

Задачи к практике 4к 16-28.07.20г.

Задача №1

Больной Щ., 65 лет, находится на стационарном лечении второй месяц. Ежедневно неоднократно бывают затяжные приступы удушья, проходящие после внутривенных вливаний эуфиллина, ингаляций беротека. В межприступном периоде беспокоят также одышка при малейшей нагрузке, сильный надсадный кашель с трудно отделяемой слизисто-гнойной мокротой. Болен более 30 лет, неоднократно болел воспалением легких, страдал бронхитом (много курил). Затем стали появляться приступы удушья с предшествующим приступообразным кашлем. Имел 2 группу инвалидности с 55 лет. Постепенно стал замечать появление приступов удушья от различных резких запахов.

В холодное время избегал выходить на улицу. Несколько раз за год (особенно зимой) находится на стационарном лечении, дважды был в отделении реанимации.

Больной цианотичный, ноги пастозны, предпочитает сидеть, опираясь руками о край кровати (хотя приступа нет). Число дыханий 15 в минуту с затрудненным выдохом.

Грудная клетка эмфизематозная. Границы легких значительно опущены, активная подвижность их равна 1-2 см. Дыхание жесткое с удлиненным выдохом, множество рассеянных сухих хрипов, в нижних отделах легких - единичные незвучные влажные хрипы. Печень выступает на 3 см, плотнее обычной, болезненна, размеры - 11, 10, 10 см.

Рентгенография: легочные поля эмфизематозны, резко выраженное усиление и деформация бронхо-сосудистого рисунка, корни расширены, уплотнены, не структурны.

Сердце расширено в поперечнике, талия сглажена.

Вопросы:

1. Ваш развернутый диагноз?
2. Чем обусловлено усиление и деформация бронхо-сосудистого рисунка, сглаженность талии сердца?
3. Какие инструментальные и лабораторные исследования необходимо назначить и какие изменения вы ожидаете увидеть?
4. Почему одышка при бронхиальной астме не сопровождается учащением дыхания?
5. Показано ли назначение стероидных гормонов?
5. Назначьте лечение.

Задача №2

Больная К., 44 лет, учительница, обратилась на прием к участковому терапевту в поликлинике с жалобами на головную боль, головокружение, возникающие при повышении артериального давления до 190/110 мм рт.ст.

Анамнез заболевания: Повышение артериального давления отмечает в течение 8 лет, регулярно АД не контролировала. Лечилась индапом, эналаприлом, тенориком, а при резком повышении АД самостоятельно принимала коринфар. В течение последних 4-х месяцев эпизоды повышения АД стали чаще, до 2 – 3 раз в неделю. Связывает с интенсивной работой в течение этого времени.

Было две беременности, во время которых повышение АД не отмечалось.

Алкоголь употребляет редко, по 200 г. сухого вина. Наследственность: у матери отмечалось повышение АД с 40 лет, умерла в возрасте 69 лет от инсульта. Обследована амбулаторно: патологии почек не выявлено.

Объективно: состояние удовлетворительное, рост 156 см, вес – 78 кг. Объем талии - 96 см. Кожные покровы нормальной влажности. Дыхание в легких везикулярное, ЧДД – 18 в минуту. Левая граница сердца на 0,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, усилен 2-ой тон во 2-ом межреберье справа. ЧСС 86 уд/минуту, Пульс – 86 уд/минуту. АД D = S 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, размеры печеночной тупости по Курлову: 10см, 9см, 7см. Отеков нет. Пульсация на артериях стоп сохранена.

ЭХОКГ: Внутренний диаметр клапанного кольца аорты – 2,8 см. (норма менее 4 см) Аортальный клапан – створки тонкие, в систолу в виде «коробочки». В диастолу – сомкнуты, не смещены. Левое предсердие (переднее – задний размер) - 3,8 см. (норма менее 4 см) Митральный клапан расположен нормально. Левый желудочек – конечный диастолический размер – 4,9 см (норма менее 5,6см), конечный систолический размер – 3,8 см. (норма менее 4 см), фракция выброса – 65%, (норма более 45%), толщина задней стенки левого желудочка – 1,2 см (норма менее 1,1см), межжелудочковая перегородка – 1,2 см (норма менее 1,1см). Движение правильное. Правый желудочек Дд (по длинной оси) – 2,6 см (норма менее 3 см), диаметр фиброзного кольца легочной артерии - 2,4 см. (норма менее 2,8). Створки легочной артерии тонкие, подвижные. Индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) равен 120 г\м² (норма менее 110 г\м²).

ЭКГ прилагается.

Ваш диагноз?

С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?

Стратегия и тактика лечения? Возможные осложнения? Прогноз?

Задача №3

Больной С., 20 лет, студент, обратился на прием к участковому терапевту в поликлинике с жалобами на головную боль, головокружение, повышение артериального давления до 180/110 мм рт.ст., ощущение сердцебиение, колющие и ноющие боли в прекардиальной области.

Анамнез заболевания: Повышение артериального давления отмечает в течение 4 лет, выявлено при профосмотре. Максимальное АД 180/120 мм рт.ст. Регулярно АД не контролировал, не лечился. К врачам не обращался. В течение последнего времени снизилась толерантность к физической нагрузке, появились вышеперечисленные жалобы. Из вредных привычек – курит в течение 5 лет, около 10 – 15 сигарет в день. Наследственность по заболеваниям сердца не отягощена, родители живы и здоровы.

Объективно: Состояние удовлетворительное, вес 62 кг, рост 173 см. Отмечается диспропорция мышечной системы верхнего и нижнего пояса: мышцы верхнего пояса гипертрофированы при относительно менее развитых мышцах нижних конечностей. Видимое дрожание над выемкой грудины, усиленная пульсация сосудов шеи и межреберных артерий. Тоны сердца ритмичные, выслушивается систолический шум во 2 межреберье справа от грудины и в межлопаточной области. ЧСС 86 уд/минуту. Пульс – 86 уд/минуту. АД D = S 160/100 мм рт. ст. Пульсация на лучевых артериях сохранена, пульсация на артериях стоп ослаблена. АД на нижних конечностях 130/80 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, ЧД – 18 в минуту. Живот мягкий, безболезнен во всех отделах. Размеры печеночной тупости по Курлову-9см,8см,7см. Симптом поколачивания отрицательный с 2-х сторон.

ЭХОКГ: Внутренний диаметр клапанного кольца аорты – 2,8 см, (норма менее 4 см) Сужение аорты в области перешейка до 1,8 см. Аортальный клапан – створки тонкие, в систолу в виде «коробочки». В диастолу – сомкнуты, не смещены. Левое предсердие (переднее – задний размер) - 3,8 см (норма менее 4,см). Левый желудочек – конечный диастолический размер – 4,9 см (норма менее 5.6см), конечный систолический размер – 3,8 см. (норма менее 4 см), фракция выброса – 65% (норма более 45%), толщина задней стенки левого желудочка – 1,4 см. (норма менее 1,1 см), межжелудочковая перегородка – 1,4 см. (норма менее 1,1 см). Движение правильное. Правый желудочек Дд (по длинной оси) – 2, 6 см. (норма менее 3,0 см), диаметр фиброзного кольца легочной артерии - 2,4 см. (норма менее 2,8 см) Створки легочной артерии

тонкие, подвижные. Индекс массы миокарда левого желудочка равен 146 г/м^2 (норма менее 123 г/м^2)

Доплерографическое исследование аортального клапана: в диастолу регистрируется поток регургитации 1ст. Брюшная аорта: сужен просвет, имеется коллатеральный кровоток.

Ваш диагноз?

С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?

Стратегия и тактика лечения?

Возможные осложнения? Прогноз?

Задача №4

Больная, 60 лет, предъявляет жалобы на интенсивную пульсирующую головную боль, тошноту, мелькание “мушек” перед глазами. Плохо себя почувствовала около часа назад, после эмоционального стресса. Из анамнеза: более 10 лет страдает артериальной гипертонией и сахарным диабетом. В течение месяца не принимает антигипертензивных препаратов. При осмотре: состояние ближе к удовлетворительному, повышенного питания, гипергидроз, гиперемия лица, положение активное. Границы сердца расширены влево на 1 см. Тоны сердца ритмичные, ясные, АД 185/100 мм рт.ст., ЧСС 86 в минуту. Периферических отеков нет.

1. Предварительный диагноз?
2. Вероятная причина данного состояния?
3. Какова тактика? Первая врачебная помощь?
4. Составьте план обследования.
5. Составьте план длительного лечения.

Задача №5

Больная, 40 лет, обратилась с жалобами на головные боли в затылочной области на фоне повышения АД. Из анамнеза: в течение года отмечает повышение АД до 160/90 мм рт.ст., после эмоциональных и физических перегрузок, в конце рабочего дня. Антигипертензивные препараты принимает ситуационно. За медицинской помощью не обращалась. Заболевания почек, ИБС, цереброваскулярные заболевания отрицает. Вредные привычки: курит более 10 лет. Наследственный анамнез: мама страдала АГ с 50-летнего возраста.

При осмотре: состояние удовлетворительное, резко повышенного питания. Над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 в мин. Границы сердца в пределах нормы. Тоны ясные, ритм сердечной деятельности

правильный. АД 160/90 мм рт.ст., ЧСС 72 в мин. Печень по краю реберной дуги. Периферических отеков нет. Лабораторно-инструментальные методы исследования: глюкоза периферической крови натощак 3,9 ммоль/л, холестерин 7,0 ммоль/л. По ЭКГ: ритм синусовый, 70 в мин. Глазное дно – без особенностей.

1. Предварительный диагноз?
2. Каковы факторы риска?
3. Составьте план обследования.
4. Составьте план лечения.

Задача №6

У больного А., 20 лет, с детства отмечается повышенное АД, уровень которого в настоящее время составляет 180-200/110-120 мм рт. ст. Влияние психоэмоциональных факторов отсутствует. Колебаний АД практически нет. Головной боли нет. Нормализовать АД с помощью антигипертензивных препаратов не удается. Слева и справа от пупка выслушивается систолический шум. Общий анализ мочи без патологии.

1. Назовите предположительную форму артериальной гипертензии и ее вероятную причину у данного больного.
2. Каков механизм формирования артериальной гипертензии?
3. Какое исследование следует выполнить для подтверждения или опровержения диагноза?
4. Какой результат данного исследования подтвердит ваше предположение?

Задача №7

Женщина 46 лет, раздражительная, амбициозная, руководитель низшего звена, часто конфликтует с персоналом. Последние 2-3 года после волнений, конфликтов стала отмечать повышение АД до 150-160/90-95 мм рт. ст. продолжительностью 1-3 дня. Доставлена по неотложной помощи в приемное отделение стационара с жалобами на головную боль, тревожность, дрожь во всем теле, колющую боль в области сердца, сердцебиение, перебои. АД 170/105 мм. рт. ст. После введения транквилизатора и β -блокатора АД нормализовалось и самочувствие улучшилось.

1. Назовите предположительную форму артериальной гипертензии.
2. Каков механизм формирования артериальной гипертензии?
3. Объясните патогенез симптомов при поступлении пациентки в стационар.

Задача №8

У больной Р., 42 лет, отмечаются упорные головные боли, общая слабость, мышечная слабость, ощущение ползания мурашек, полиурия, никтурия. Относительная плотность мочи 1001-1002. АД 230/120 мм рт. ст. В крови снижено содержание калия. При ультразвуковом исследовании обнаружена опухоль правого надпочечника.

1. Назовите форму артериальной гипертензии.
2. Какой гормон продуцирует опухоль?
3. Каковы механизмы формирования артериальной гипертензии при данной патологии?

Задача №9

У больной Н., 26 лет, постоянное повышение АД до 170-180/90-110 мм рт. ст., выявленное случайно 7-8 лет назад, имеются изменения в общем анализе мочи (низкий удельный вес, протеинурия, эритроцитурия). В возрасте 12 лет после перенесенной ангины отмечались отеки лица и голеней, обнаруживались изменения в моче.

1. Назовите предположительную форму артериальной гипертензии и ее вероятную причину у данной больной.
2. Каков механизм формирования артериальной гипертензии?

Задача №10

Больная П., 32 лет, страдает внезапно начинающимися и внезапно заканчивающимися приступами сильной головной боли с резким повышением АД (до 280-300 мм рт.ст.), потливостью, беспокойством, чувством страха, учащенным сердцебиением, тошнотой, рвотой, болью в животе. Во время приступа лицо красное, тремор, кисти и стопы холодные, ЧСС 100-140 в минуту. Дополнительным исследованием обнаружена опухоль правого надпочечника.

1. Назовите форму артериальной гипертензии. Какой гормон продуцирует опухоль?
2. Каковы механизмы формирования артериальной гипертензии при данной патологии?

Задача №11

Больной М., 63 лет, страдающий бронхиальной астмой, на протяжении нескольких лет принимал препараты глюкокортикоидов. В течение этих лет

постепенно увеличивалась масса тела, развился сахарный диабет и артериальная гипертензия.

1. Назовите форму артериальной гипертензии.
2. Каковы механизмы формирования артериальной гипертензии при данной патологии?

Задача №12

Больная К., 60 лет, обратилась в поликлинику по поводу болей в левой руке, возникающих при ходьбе в умеренном темпе на расстояние до 200 м, эмоциональных переживаниях, проходящих в течение 3 мин в покое и после приема нитроглицерина, который стала принимать сама. Боли в левой руке отмечает около трех месяцев.

В течение 10 лет отмечает повышение АД максимально до 180/110 мм рт.ст., сопровождающееся головной болью в затылочной области. В этих случаях принимает 1 таблетку нифедипина с положительным эффектом: АД снижается до 130/80 мм рт.ст. Постоянную антигипертензивную терапию не получает. Обычно АД держится в пределах 160/100 мм рт.ст. В течение 5 лет страдает СД, получает глибенкламид (манинил*) 5 мг по 2 таб. в сутки. Вредных привычек нет. Семейный анамнез: мать пациентки страдала АГ, умерла от инсульта в возрасте 65 лет, отец умер в возрасте 55 лет от ИМ.

При осмотре - состояние средней тяжести. Гиперстенического телосложения, рост - 160 см, вес - 72 кг. Кожные покровы нормальной окраски, умеренно влажные. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 15 в минуту. Границы сердца расширены влево на 2 см кнаружи от среднеключичной линии, тоны сердца приглушены, ритм правильный, АД 160/100 мм рт.ст. ЧСС - 70 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края правой реберной дуги, безболезненная.

На ЭКГ синусовый ритм, отклонение ЭОС влево, признаки гипертрофии левого желудочка: увеличение амплитуды зубца R в левых грудных отведениях $R_{V4} < R_{V5} < R_{V6}$, $R_{V6} + V_2 = 35$ мм.

2. Сформулируйте диагноз.
3. Назначьте план обследования.
4. Назначьте лечение.

Задача №13

Больной К., 50 лет, обратился в поликлинику по поводу появления кратковременных сжимающих загрудинных болей при подъеме на 3-й этаж, проходящих после небольшого отдыха. Боли беспокоят в течение 3 мес.

Другие заболевания отрицает. Вредных привычек нет. Семейный анамнез не отягощен.

При осмотре состояние удовлетворительное. Больной нормостенического телосложения, рост - 187 см, вес - 70 кг. Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. Отеков нет. ЧД - 18 в минуту. При аускультации над легкими определяется везикулярное дыхание, хрипов нет. Размеры сердца в пределах нормы. Тоны сердца слегка приглушены, шумов нет, ритм правильный. АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС - 70 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края правой реберной дуги, безболезненная.

На ЭКГ неполная блокада правой ножки пучка Гиса (QRS 0,11 с).

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте план обследования.
3. Назначьте лечение.

Задача №14

Больной Н., 70 лет, отмечает жалобы на давящие боли в области сердца при небольшой физической нагрузке: ходьбе в пределах квартиры, приготовлении обеда, разговоре по телефону. Полгода назад перенес ИМ. Получал аспирин* 100 мг/сут, метопролол 100 мг/сут, периндоприл 2,5 мг/сут, изосорбида динитрат 40 мг/сут. Другие заболевания отрицает.

Объективно: нормостенического телосложения, рост - 170 см, вес - 72 кг. Бледен, акроцианоз, отеков нет. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах с обеих сторон ослаблено, хрипов нет, ЧД - 20 в минуту. Границы сердца расширены влево до передней подмышечной линии, АД 150/100 мм рт.ст., ЧСС - 100 уд/мин, тоны сердца глухие, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края правой реберной дуги, безболезненная.

На ЭКГ полная блокада левой ножки пучка Гиса.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте план обследования.
3. Назначьте лечение.

Задача №15

Больная Е., 50 лет, доставлена на ФАП с жалобами на головную боль, высокую температуру, резкую колющую боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при кашле, одышку, кашель с мокротой ржавого цвета. Заболевание началось остро, после переохлаждения. Больна 2-день.

Объективно: температура 39,40С. Общее состояние тяжелое. Лицо гиперемировано, на губах определяются герпетические высыпания. ЧДД - 28

в мин. При осмотре правая половина грудной клетки отстает при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа усилено, при перкуссии справа над нижней долей определяется притупление звука, при аускультации справа над нижней долей дыхание ослабленное, везикулярное, определяется крепитация. Тоны сердца приглушены. Пульс 110 в мин., ритмичный, АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

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

Задача №16

Больной Г., 20 лет, обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышение температуры, кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку. Заболел 10 дней назад: появился насморк, кашель, болела голова, лечился сам, больничный лист не брал. Хуже стало вчера - вновь поднялась температура до 38,40С.

Объективно: температура - 38,60С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, гиперемия лица. Число дыханий 30 в мин. При осмотре грудной клетки и при пальпации изменений нет. При перкуссии справа под лопаткой притупление перкуторного звука. При аускультации в этой области дыхание более жесткое, выслушиваются звучные влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс - 98 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 110/60 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

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

Задача №17

Больной М., 40 лет, слесарь жалуется на кашель с выделением мокроты желто-коричневого цвета, боли в правой половине грудной клетки при дыхании, кашле, на одышку при умеренной физической нагрузке, повышение

температуры тела до 39,4 °С, общую слабость, головную боль, «ломоту» в мышцах, сердцебиение, снижение аппетита.

Заболел остро, накануне днем, когда появились вышеуказанные жалобы. Развитие заболевания связывает с переохлаждением. Принимал аспирин*, однако сохранялись лихорадка, выраженная слабость и боли в грудной клетке, что послужило причиной госпитализации.

Перенесенные заболевания: детские инфекции (корь, ветряная оспа), ОРВИ, хронический гастрит. Больной курит по 1 пачке в день, алкоголь употребляет 2-3 раза в месяц. Семейный анамнез: у матери - ИБС; у отца - хронический гастрит, хронический панкреатит; брат и сестра - здоровы. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 38,9 °С. Кожные покровы бледные, чистые, влажные, цианоз губ. Грудная клетка конической формы. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании, больной ее щадит. ЧД - до 28 в минуту. При пальпации грудная клетка эластичная, правая половина грудной клетки болезненна, в нижних ее отделах - умеренное усиление голосового дрожания. При сравнительной перкуссии: слева - звук ясный, легочный, справа - ниже угла лопатки, по средней и задней подмышечным линиям выявлено притупление перкуторного звука. При аускультации легких: над участком укорочения перкуторного звука - бронхиальное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы, над остальными участками легких - дыхание везикулярное. Бронхофония усилена справа в зоне укорочения перкуторного звука.

Область сердца и крупных сосудов не изменена. Границы относительной тупости сердца в пределах возрастной нормы. При аускультации сердца: акцент II тона во втором межреберье слева от грудины, ритм сердечных сокращений правильный. Пульс ритмичный, ЧСС - до 98 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 115/70 мм рт.ст.

Живот обычной формы, при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10x9x8 см. Селезенка не увеличена.

Анализ крови: гемоглобин - 155 г/л, лейкоциты - 20,0x10⁹/л: палочкоядерные - 10 %, сегментоядерные - 68 %, эозинофилы - 1 %, лимфоциты - 12 %, моноциты - 9 %. СОЭ - 37 мм/ч.

Микроскопия мазка мокроты, окрашенного по Граму, - слизис-то-гнойная, вязкая, лейкоциты 30-45 в поле зрения, эритроциты 10-15 в поле зрения, альвеолярные макрофаги и эпителиальные клетки - единичные в поле зрения,

выявляется большое количество грамположительных кокков в виде виноградных гроздей.

Рентгенография органов грудной полости: справа, в области проекции нижней доли, участки затемнения разного размера, умеренной интенсивности. Правый корень расширен, синусы свободны. Слева - без патологии. Сердечно-сосудистая тень без патологии.

1. Перечислите основные клинические синдромы, характерные для данного заболевания.
2. Дайте заключение по данным физикального осмотра и лабораторно-инструментального обследования.
3. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
4. Ваша тактика лечения данного больного.

Задача №18

Больной П., 35 лет, доставлен в стационар бригадой «скорой помощи». Больной жалуется на боль при дыхании в правой половине грудной клетки, кашель с небольшим количеством «ржавой» мокроты, выраженную слабость, озноб, повышение температуры тела до 39,5 °С.

Заболел остро 2 дня назад, когда после эмоционального стресса и переохлаждения почувствовал озноб, температура тела повысилась до 39,5 °С. Принимал парацетамол. На следующий день присоединились боли в грудной клетке при дыхании и кашле, а также «ржавая» мокрота. Вызвал бригаду «скорой помощи», которой был госпитализирован в клинику.

Перенесенные заболевания: ангина, ОРВИ. Больной работает менеджером, профессиональных вредностей не имеет. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: мать здорова, отец здоров. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 39,0 °С. Кожные покровы бледные, чистые, влажные, цианоз губ, на верхней губе - herpes labialis. Форма грудной клетки нормостеническая, правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, больной щадит ее. ЧД в покое до 24 дыхательных движений в минуту. Грудная клетка при пальпации эластичная, боли в правой половине груди при сдавлении грудной клетки ослабевают, голосовое дрожание справа в нижних отделах грудной клетки усилено, слева - нормальное. При сравнительной перкуссии: справа ниже угла лопатки притупление перкуторного звука, в остальных участках легкого звук ясный легочный. При аускультации легких: слева дыхание везикулярное, справа над

участком перкуторной тупости - ослаблено, крепитация на вдохе, бронхофония усилена.

Область сердца и крупных сосудов не изменена. Границы относительной тупости сердца в пределах нормальных значений. При аускультации акцент II тона во втором межреберье слева от грудины, ритм сердечных сокращений правильный. ЧСС - 92 уд/мин, АД 110/70 мм рт.ст.

Живот обычной формы. Верхняя половина живота активно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10x 9x 8 см. Селезенка не увеличена.

В анализе крови: гемоглобин - 140 г/л, лейкоциты - $14,8 \times 10^9$ /л: палочкоядерные - 8 %, сегментоядерные - 68 %, эозинофилы - 2 %, лимфоциты - 20 %, моноциты - 2 %. СОЭ - 38 мм/ч.

В анализе мокроты - эритроциты, фибрин.

Рентгенография органов грудной полости: интенсивная инфильтративная тень в проекции нижней доли правого легкого, корень и легочный рисунок не дифференцируются. Значительно утолщена плевра в области преднедиафрагмального синуса.

1. Перечислите основные клинические синдромы, характерные для данного заболевания
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Объясните клиническое значение притупления перкуторного звука над пораженными участками легкого.
4. Предложите схему лечения больного.

Задача №19

Больная С., 30 лет, экономист, поступила в стационар с жалобами на кашель с небольшим количеством мокроты желтоватого цвета, слабость, одышку при физической нагрузке, неприятные ощущения в правой половине грудной клетки при кашле, повышение температуры тела до 38 °С.

Заболела остро 3 дня назад, когда после переохлаждения появились указанные жалобы. Принимала аспирин*, анальгин*, травяные отвары. Состояние не улучшалось, обратилась к участковому терапевту - была рекомендована госпитализация.

Перенесенные заболевания: ангина, ОРВИ. Профессиональных вредностей не имеет. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: мать здорова, отец здоров. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 38,0 °С. Кожные покровы бледные, чистые, влажные. Форма грудной клетки нормостеническая. Частота дыхательных движений в покое 21 в минуту. Грудная клетка при пальпации эластичная, безболезненная, голосовое дрожание справа в нижних отделах грудной клетки усилено, слева - нормальное. При сравнительной перкуссии: справа ниже угла лопатки притупление, в остальных участках легкого звук ясный легочный. При аускультации легких: слева дыхание везикулярное, справа над участком притупления перкуторного звука - бронхиальное, звонкие мелкопузырчатые хрипы.

Область сердца и крупных сосудов не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая на 1,5 см вправо от правого края грудины, верхняя на уровне нижнего края III ребра, левая на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии в пятом межреберье. При аускультации сердца: тоны ясные, акцент II тона во втором межреберье слева от грудины, ритм сердечных сокращений правильный, ЧСС - 85 уд/мин, АД 120/70 мм рт.ст.

Живот обычной формы. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10x9x8 см. Селезенка не увеличена.

В анализе крови: гемоглобин - 140 г/л, лейкоциты - $12,8 \times 10^9$ /л: палочкоядерные - 6 %, сегментоядерные - 68 %, эозинофилы - 2 %, лимфоциты - 20 %, моноциты - 2 %. СОЭ - 20 мм/ч.

Анализ мокроты: мокрота слизисто-гнойная, вязкая, лейкоциты - 20-35 в поле зрения, альвеолярные макрофаги - единичные в поле зрения, выявляются цепочки грамположительных кокков.

Рентгенография органов грудной полости: в проекции нижней доли правого легкого - негетерогенные очагово-пятнистые тени. Сердечно-сосудистая тень - без патологии.

1. Перечислите основные клинические синдромы, характерные для данного заболевания.
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
3. Проведите анализ данных физического и лабораторно-инструментального обследования больной.
4. Предложите тактику терапии.

Задача №20

К., 56 лет, на приеме у терапевта предъявляет жалобы на одышку при обычной физической нагрузке, с затрудненным выдохом, периодически кашель, с

мокротой зеленого цвета, в объеме до 30 мл, без запаха, без примесей крови, преимущественно в утренние часы, потливость, повышение температура до 37,3оС в течение последних 2-х дней.

Около 15 лет назад, после переохлаждения появился сухой кашель, продолжающийся в течение месяца. Лечился у терапевта мукалтином, бронхолитином, периодически принимал антибиотики. Ежегодно, в течение 2-х лет весной и осенью после переохлаждения появлялся кашель, гнойная мокрота, после лечения мокроты не было. В течение последнего года – обострение в третий раз. В анамнезе: курит 20 лет по 1,5 пачки в сутки, работает 29 лет журналистом, наследственный и аллергоанамнез неотягощены.

При осмотре: температура тела 37,3оС. Кожные покровы влажные. Цианоз слизистых губ. Грудная клетка нормостеническая. ЧДД 22 в 1 минуту. При перкуссии легких – звук легочный. Подвижность нижнего легочного края до 6 см в фазе вдоха по задней подмышечной линии. При аускультации легких: дыхание жесткое, умеренное количество сухих рассеянных хрипов с обеих сторон. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 88 в минуту. АД 130 и 82 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у реберной дуги. Отеков нет. Общий анализ крови: эр. $4,42 \times 10^{12}/л$, Нв=150 г/л, Нт=50% л - $12,4 \times 10^9/л$, п - 8%, с – 60%, э - 3%, л - 25%, м – 4%, СОЭ 29 мм /час.

Мокрота – вязкая, зеленого цвета, слизисто-гнойная. Лейкоциты до 100 в поле зрения, эритроцитов – 0. Общий белок 72 г/л. Глюкоза крови 5,0 ммоль/л. Креатинин 88 мкмоль/л, мочевины 4,7 ммоль/л. ФВД – ОФВ178%, ЖЕЛ 98%, индекс Тиффно 80%. При пробе с 4 дозами сальбутамола Δ ОФВ1 6,78%.

Задача №21

На прием в поликлинику обратился мужчина, 65 лет, с жалобами на сухой кашель преимущественно в ночное и утреннее время. Иногда по утрам откашливается 2-3 плевка светлой мокроты. Никогда не болел воспалением легких, простудным заболеваниями не подвержен, даже после значительных охлаждений оставался здоровым. Курит в течение 40 лет по 1-1,5 пачки сигарет в день. Лет 5 назад стал отмечать одышку при нагрузке, кашель в утреннее время с отделением нескольких плевков слизистой мокроты. Особенно выраженными одышка и кашель стали в последний год, из-за кашля стал просыпаться ночью. Объективно: грудная клетка бочкообразной формы, межреберные промежутки расширены. Нижние границы легких опущены на два ребра. Подвижность нижнего легочного края по всем линиям ограничена до 2-3см. Дыхание ослабленное, “ватное“, выдох не удлиннен, выслушиваются

единичные сухие незвучные хрипы. Частота дыханий в покое 20 в минуту. Границы сердца не изменены, ритм сердца правильный. ЧСС 70 ударов в минуту. Печень не увеличена, отеков нет. $ОФВ1/ФЖЕЛ < 70\%$; $ОФВ1=56\%$.

- 1) Выделите ведущие клинические синдромы.
- 2) Наметьте план обследования.
- 3) Поставьте и обоснуйте диагноз.
- 4) Рассчитать индекс курильщика (ИК).
- 5) Назначьте лечение.

Задача №22

Больной, 47 лет, курит с 14 лет по пачке в день. В течение 4 лет беспокоит надсадный кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, одышка при нагрузке. Грудная клетка бочкообразной формы, надключичные пространства выбухают. Голосовое дрожание ослаблено с обеих сторон. Перкуторно коробочный звук. Дыхание жесткое с удлинненным выдохом, в боковых отделах дискантовые хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе. При функциональном исследовании снижение $ОФВ1$ до 65% и $ОФВ1/ФЖЕЛ$ менее 70%. SaO_2 — 91%.

- 1) Выделите ведущие клинические синдромы.
- 2) Наметьте план обследования.
- 3) Поставьте и обоснуйте диагноз.
- 4) Рассчитать индекс курильщика (ИК).
- 5) Назначьте лечение.

Задача №23

Больной, 62 лет, поступил по поводу нарастающей одышки, преимущественно экспираторного типа. Много лет курит по 1,5 — 2 пачки сигарет в сутки. Несколько лет отмечает кашель с трудно отхаркиваемой вязкой мокротой, отделение которой ухудшилось за последний месяц. Температура не повысилась. Принимал бета — стимуляторы и эуфиллин без эффекта. Объективно: признаки эмфиземы легких. При аускультации дыхание с удлинненным выдохом, сухие хрипы на выдохе. АД -180/105 мм.рт.ст. Пульс 90 в минуту. При рентгенографии: усиленный легочный рисунок, эмфизема легких. Спирография: $ФЖЕЛ 78\%$, $ОФВ1/ФЖЕЛ 55\%$, $ОФВ1 62\%$.

- 1) Назовите физикальные признаки эмфиземы легких и ее патогенез
- 2) Признаки и главная причина бронхиальной обструкции

- 3) Возможные причины артериальной гипертензии
- 4) Какое лечение следует назначить больному с учетом анамнеза?
- 5) Каков механизм действия эуфиллина?

Задача №24

Пациент К., 65 лет. Жалобы на одышку при подъеме на 2 лестничных пролета («врачи говорят, что сердце – в порядке»), на изменение цвета мокроты (со светлого на серый) 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 стал беспокоить сухой малопродуктивный кашель. Тогда же изменился цвет мокроты, стала беспокоить одышка при выполнении повседневной нагрузки (подъем по лестнице, долгая ходьба в магазин и пр.). Профессия: пенсионер, ранее работал слесарем. Вредные привычки: курит по 1 пачке сигарет в день в течение 45 лет. ФВД: ФЖЕЛ– 79%; ОФВ1= 45%, ОФВ1/ФЖЕЛ – 56%

- 1) Выделите ведущие клинические синдромы.
- 2) Наметьте план обследования.
- 3) Поставьте и обоснуйте диагноз.
- 4) Рассчитать индекс курильщика (ИК).
- 5) Назначьте лечение.

Задача №25

Пациент К., 62 лет, автомеханик. Жалобы на: сильную одышку, усиливающуюся даже при минимальной нагрузке (застилание кровати), препятствующую нормальному приему пищи, разговору; эпизодический кашель, отделение мокроты зеленого цвета, ощущение нехватки воздуха, редкие эпизоды головокружения, слабость, разбитость. Профессиональные вредности: работа на холоде, контакт с химическими веществами (бензин и т.д.). Вредные привычки: курит по 2 пачки сигарет в день в течение 35 лет; употребляет алкоголь до 0,5 л/неделю. Никогда не болел, хотя несколько лет назад «...врач говорил о бронхите, прописал антибиотик...». По утрам всегда «надо откашляться, как и любому курильщику, а вообще кашля нет». Привык, что до 3-4 раз в год болеет простудой, при которой «иногда сильно закладывает грудь, и по утрам никак не раздышишься». Но применял народные средства, и «все проходило». ФЖЕЛ – 43%; ОФВ1– 17%; ОФВ1/ФЖЕЛ – 29%. SatO2— 89%.

- 1) Рассчитать ИК и Индекс пачка/лет

- 2) Выделить основные синдромы
- 3) Определить степень тяжести ХОБЛ
- 4) Назначить лечение при стабильном течении

Задача №26

Больной 52 лет предъявляет жалобы на одышку в покое, кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, слабость, утомляемость. Много лет курит и кашляет с периодическими обострениями в связи с простудой. Последние 3 года отмечает постепенно увеличивающуюся одышку, последние месяцы появились отеки на голенях.

Объективно: пониженное питание. Цианоз губ, акроцианоз. Небольшие отеки на голенях. Грудная клетка бочкообразной формы, малоподвижна. При перкуссии звук с коробочным оттенком, границы легких опущены на одно ребро. Дыхание жесткое, с удлиненным выдохом, сухие хрипы при выдохе. Шейные вены в лежачем положении набухают. Имеется пульсация в эпигастральной области. Пульс – 92 в минуту. Печень на 5 см ниже края реберной дуги. На основании приведенных данных поставлен диагноз: Хронический обструктивный бронхит. Эмфизема легких. ДН-II. Хроническое легочное сердце, декомпенсация. ФК IV.

1. Какие признаки бронхиальной обструкции, какие дополнительные исследования для уточнения ее наличия и степени выраженности?
2. Как подтвердить наличие легочного сердца?
3. Какие особенности в анализе крови можно ожидать?
4. Какова причина цианоза?
5. Какие основные задачи лечения?

Задача №27

Больная 37 лет, доставлена в стационар по скорой помощи по поводу внезапного приступа удушья и болей в груди, возникших среди полного здоровья. В прошлом было две беременности, закончившиеся нормальными родами. Обычное АД 140/80 мм рт. ст.

Объективно: одышка в покое – 32 в минуту, обильный пот, цианоз губ, акроцианоз. Температура – 36.8. В легких дыхание жесткое с удлиненным выдохом, хрипов нет. Пульс – 100 в минуту. АД 90/70 мм рт ст. Живот мягкий, не вздут, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

При обследовании гинекологом обнаружена фибромиома матки.

Варикозное расширение и уплотнение вен левой голени и бедра.

ЭКГ: ритм синусовый, правограмма, глубокий S_I, Q_{III}; высокие и остроконечные P_{II}, III, aVF; отрицательные T в V₁₋₃.

1. Какова причина развития острой дыхательной недостаточности и гипотензии?
2. Как оценить изменения ЭКГ?
3. С чего начать лечение?
4. Методы контроля?

Задача №28

Больной Д., 54 года, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при физической нагрузке, кашель с отделением скудной гнойной мокроты, общую слабость.

Из анамнеза заболевания известно: считает себя больным в течение 1,5 мес, когда на фоне ОРВИ у больного усилился кашель с выделением мокроты гнойного характера, появилось «свистящее» дыхание, сохранился субфебрилитет, что больной расценил как обострение хронического бронхита курильщика. В результате проведенной антибиотикотерапии температура нормализовалась, однако продолжал беспокоить кашель. Пациент отметил снижение толерантности к физической нагрузке (появилась одышка), а также увеличение отеков нижних конечностей.

Данные объективного осмотра. При аускультации сердца выслушивается систолический шум вдоль левого края грудины и акцент II тона над легочным стволом. ЧСС – 102 в минуту, АД 140/80 мм рт.ст. Нижний край печени выступает на 4 см из-под реберной дуги. Плотные отеки стоп, голеней.

Клинический анализ крови: эритроциты – $6,0 \times 10^{11}/л$, Hb – 170 г/л, лейкоциты – $12,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные лейкоциты – 10 %, СОЭ – 7 мм/ч.

Электрокардиография: синусовая тахикардия S – тип ЭКГ, высокий остроконечный P во II, III, aVF отведениях, преобладающий R в V₁, V₂, глубокий S в левых грудных отведениях.

Данные эхографического исследования: аорта в восходящем отделе – 35 мм в диаметре. Левые отделы сердца не расширены. Левое предсердие – 36 мм в диаметре, левый желудочек 45 мм в диаметре. Толщина межжелудочковой перегородки 9 мм, толщина задней стенке левого желудочка – 9 мм. ФВ левого желудочка – 42 %. Створки аортального, митрального и легочного клапанов не изменены, подвижность створок не ограничена. Ствол легочной артерии не дилатирован. Правые отделы сердца расширены. Правый желудочек – 52 мм в

диаметре, правое предсердие: по горизонтали – 51 мм в диаметре, по вертикали 55 мм в диаметре. Толщина стенки правого желудочка – 12 мм.

При доплерографии определяется митральная и легочная регургитация II степени, трикуспидальная регургитация II степени и легочная гипертензия (систолическое давление в легочной артерии 45 мм рт.ст.).

Сформулируйте предварительный диагноз.

Дайте оценку полученным результатам объективного обследования больного.

Оцените результаты дополнительных методов исследования больного.

Составьте план лечения данного больного.

Задача №29

Пациент Л., 37 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на сильную прибавку в весе в течение 7 лет, утомляемость, сонливость, эпизоды внезапного засыпания, храп во сне, одышку в покое смешанного характера, усиливающуюся при физической нагрузке.

Объективный осмотр. Рост 173 см. Вес 110 кг. Кифоз грудного отдела. Отеки стоп, голеней. Теплый диффузный цианоз. Над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 19 в минуту. Тоны сердца ритмичные, глухие, ЧСС – 96 в минуту. АД 140/88 мм рт.ст.

Клинический анализ крови: Hb – 174 г/л, лейкоциты – $5,5 \times 10^9$ /л, эритроциты – $6,0 \times 10^{11}$ /л, тромбоциты – 350000. СОЭ – 4 мм/ч. Увеличение протромбиновой активности плазмы, снижение фибринолитической активности плазмы, усиление адгезии тромбоцитов.

Исследование газов крови: PO₂ – 92 мм рт.ст., PCO₂ – 46 мм рт.ст.

Рентгенография органов грудной клетки: высокое стояние диафрагмы, обеднение сосудистого рисунка. Относительное увеличение дуги ПЖ в левом косом положении. Дилатация общего ствола ЛА в правом косом положении. В боковой проекции определяется усиленный кифоз грудного отдела позвоночника.

Исследование функции внешнего дыхания: ЖЕЛ снижена, ФЖЕЛ1 снижена, индекс Тиффно – выше 70 %.

На электрокардиограмме: синусовая тахикардия, отклонение ЭОС резко вправо, блокада левой задней ветви пучка Гиса, блокада правой ножки пучка Гиса. Амплитуды RV1 + SV5 – более 10,5. слабоотрицательные зубца Т в V1 – V2.

ЭхоКГ. Левые отделы сердца не расширены. Левое предсердие – 36 мм в диаметре, левый желудочек 45 мм в диаметре. Толщина межжелудочковой перегородки 12 мм, толщина задней стенки левого желудочка – 13 мм.

Фракция выброса левого желудочка – 60%. Створки аортального, митрального и легочного клапанов не изменены, подвижность створок не ограничена. Правые отделы сердца расширены. Правый желудочек – 54 мм в диаметре, правое предсердие: по горизонтали – 49 мм в диаметре, по вертикали 53 мм в диаметре. Толщина стенки правого желудочка – 10 мм.

При доплерографии определяется легочная регургитация II степени, трикуспидальная регургитация II степени и легочная гипертензия (систолическое давление в легочной артерии 42,8 мм рт.ст.).

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Объясните патогенез нарушения дыхания при ожирении.
3. Оцените результаты дополнительных методов исследования больного.
4. Составьте план лечения данного больного.

Задача №30

Больная 54 лет поступила в реанимационное отделение с жалобами на затянувшийся приступ удушья, приступообразный сухой кашель, сердцебиение, резкую слабость.

Приступы удушья беспокоят 15 лет. Сначала приступы беспокоили только при контакте с аллергеном (была выявлена сенсibilизация к домашней пыли), а последний год беспокоят ежедневно. В межприступный период беспокоит приступообразный кашель с небольшим количеством трудноотделяемой слизистой мокроты, экспираторная одышка при незначительной физической нагрузке. Постоянно принимает симбикорт, таблетированные глюкокортикостероиды. За последний год 3 раза лечилась стационарно. Ухудшение самочувствия отмечает последние сутки. У больной усилилась одышка, перестала отходить мокрота, было 4 приступа удушья, причем последний самостоятельно купировать не смогла.

Объективно общее состояние тяжелое, больная возбуждена, положение тела вынужденное – сидя с фиксированным плечевым поясом, отмечается диффузный цианоз кожных покровов. Грудная клетка в состоянии максимального вдоха, в акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура. Слышны дистанционные хрипы. ЧДД 40 в 1 мин. При пальпации голосовое дрожание ослаблено, перкуторно коробочный звук, смещение нижних границ легких вниз и резкое ограничение их подвижности, аускультативно – в нижних отделах дыхание не выслушивается, в верхних отделах – жесткое, с умеренным количеством сухих хрипов, бронхофония ослаблена. Тоны сердца приглушены, ЧСС 120 в 1 мин. АД 130/90 мм. рт. ст.

Вопросы

1. Выделите ведущие клинические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз основного заболевания.
3. Как это заболевание классифицируют по этиологии?
4. Какие виды аллергенов вы знаете?
5. Какое осложнение этого заболевания можно предположить?

Задача №31

Больная 32 лет поступила по поводу некупирующегося приступа экспираторного удушья. Приступы удушья в течение 15 лет, купировались ингаляциями бета-стимуляторов. В течение последней недели лихорадка, кашель с выделением мокроты зеленоватого цвета, учащение приступов удушья. Принимала эуфиллин по 1 свече 3 раза в день и ингаляции салбутамола до 6-8 раз в сутки. Последний приступ удушья продолжался более 8 часов.

Объективно: Больная беспокойная, возбуждение, обильный пот, цианоз. ЧД - 30 в мин., поверхностное с участием вспомогательной мускулатуры. Грудная клетка бочкообразная, дыхание ослаблено, хрипов нет. АД - 120/70 мм рт.ст. Пульс 120 в мин. Температура – 38^оС. Лейкоцитов 13x10⁹/л.

- 1) Определите стадию астматического статуса и его вероятную причину.
- 2) С каких препаратов начнете оказание неотложной помощи?
- 3) Какие еще препараты следует назначить больной?
- 4) С учетом чего следует проводить антибактериальную терапию?
- 5) Что делать при неэффективности лечения?

Задача №32

У больной бронхиальной астмой тяжелый затяжной приступ удушья. После ингаляции 4-х доз беротека лучше не стало. Вызвала скорую помощь.

При осмотре дистанционные свистящие хрипы. При аускультации дыхание резко ослаблено, местами не выслушивается, хрипов нет. ЧД - 30 в мин. Пульс - 100 в минуту, АД - 110/60 мм рт.ст.

- 1) Основные этиологические факторы бронхиальной астмы
- 2) Основные звенья патогенеза бронхиальной астмы
- 3) Что случилось с больной?
- 4) Окажите помощь как врач скорой помощи.
- 5) Решите вопрос с госпитализацией (если есть необходимость, то куда?)

Задача №33

Больной К., 58 лет, главный инженер завода, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на сильные головные боли в затылочной области пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, однократной рвотой, головокружением, появлением “сетки” перед глазами. Головные боли бывали раньше, чаще по утрам или после психоэмоционального напряжения. За медицинской помощью не обращался. Последний приступ болей возник внезапно на фоне удовлетворительного самочувствия. Перед этим был в командировке, напряженно работал.

Объективно: состояние средней тяжести. Больной несколько возбужден, испуган. Кожные покровы чистые, повышенной влажности, отмечается гиперемия лица и шеи. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс — симметричный, напряжен, частый — 92 в 1 мин. АД — на пр. руке — 195/100 мм рт. ст., на левой — 200/100 мм рт. ст. Границы сердца — левая — на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Сердечные тоны звучные, ритмичные, акцент II тона на аорте. ЧСС — 92 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.

Глазное дно — сужение артерий и вен, извитость сосудов Салюс — II.

Анализ мочи — уд. вес — 1018, белка нет, сахара нет, л — 1-3 в п/зр.

Гипертрофия левого желудочка, признаки гиперкинетического типа гемодинамики.

Общий анализ крови: Нв — 132 г/л, эр. — $4,5 \times 10^{12}/л$, л — $6,0 \times 10^9/л$, ц.п. — 0,9 ; э — 1, п — 4, с — 66, л — 24, м — 5, СОЭ — 6 мм/час.

Глюкоза крови — 4,5 ммоль/л.

Задание

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

Задача №34

Больной П., 46 лет, поступил в отделение с жалобами на головную боль в теменно-затылочной области по утрам, головокружение, боль в сердце колющего характера, плохой сон, общую слабость. Болен 2 месяца.

Объективно: состояние удовлетворительное, повышенного питания, кожа лица гиперемирована. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс — 90 в 1 мин., ритмичный, напряженный. АД на обеих руках — 180/100 мм рт.

ст. Левая граница сердца на 1,0 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, правая и верхняя в норме. Тоны сердца на верхушке приглушены. П тон акцентирован на аорте. Со стороны органов брюшной полости — без патологических изменений.

Общий анализ крови: эр. — $4,9 \times 10^{12}/л$, Нв — 130 г/л, цв.п. — 1,0 тромбоциты — $300 \times 10^9/л$, лейкоциты — $6,0 \times 10^9/г$, пал. — 2%, сегм. — 60%, лимф. — 30%, мон. — 8%, СОЭ — 8 мм/час.

Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес — 1023, белка и сахара нет, лейкоц. — 0-2 в п/зр. эр. — 1-2 в п/зр., цилиндров нет.

Анализ мочи по Зимницкому: уд. вес от 1008 до 1027, дневной диурез — 800,0 мл, ночной диурез — 500,0 мл.

Анализ мочи по Нечипоренко: в 1 мл мочи эр. — 800, лейкоц. — 1000.

Проба Реберга: клубочковая фильтрация — 100 мл/мин, канальцевая реабсорбция — 98%.

Анализ крови: на мочевину — 6,0 ммоль/л, креатинин — 0,088 ммоль/л, холестерин — 5,5 ммоль/л, триглицериды — 1,5 ммоль/л, бета-липопротеиды — 4,5 г/л, ПТИ — 100 ед.

Эхокардиография: незначительное расширение полости левого желудочка, утолщение задней стенки левого желудочка, фракция выброса — 65%.

УЗИ почек — почки обычных размеров, чашечно-лоханочный комплекс не изменен, конкрементов не определяется.

Радиоренография — поглотительная и выделительная функции почек не нарушены.

Глазное дно — некоторое сужение артерий.

Консультация невролога — функциональное расстройство нервной системы.

Задание

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

Задача №35

Больная 31 года, жалуется на одышку при физической нагрузке, резкую общую слабость, приступы сердцебиений, головокружения и обмороки, постоянная боль в области сердца. Считает себя больной около 3 лет, наблюдается участковым врачом и лечится по поводу ревматизма и недостаточности митрального клапана.

При осмотре: больная пониженного питания, видимых отеков нет. Пульс 60 в минуту, ритмичный, АД 90/69 мм рт.ст., ЧДД 22 в минуту. Выраженная пульсация в области верхушки сердца. Пальпаторно над областью аорты систолическое дрожание. Границы сердца смещены влево на 2,5 см. Над верхушкой сердца первый тон ослаблен, систолический шум, проводящийся в подмышечную область. На аорте систолический шум.

При клиническом и биохимическом анализе крови отклонений не обнаружено. Данные ЭКГ: ритм синусовый, отклонение электрической оси влево, признаки гипертрофии левого желудочка. Данные Эхо-КГ: гипертрофия левого желудочка и перегородки. Соотношение перегородки к задней стенке 3:1. Полость левого желудочка увеличена. Относительная недостаточность митрального клапана.

Ваш диагноз?

Чем обусловлены приступообразная одышка, обмороки, сердцебиение?

Ваша врачебная тактика.

Задача №36

Больной, 55 лет, жалобы на периодические приступы стенокардии при физической нагрузке, иногда – головокружение с кратковременной потерей сознания. Нитроглицерин боли не купирует, усиливает головокружение. В молодом возрасте находили порок сердца. Указанные симптомы около года.

Объективно: сердце расширено влево на 2 см. Тоны сердца ясные, на верхушке и у левого края грудины довольно грубый систолический шум, уменьшается к основанию сердца, на шею не проводится. АД – 130/90 мм рт.ст. Пульс – 80 в мин.

На ЭКГ: признаки выраженной гипертрофии и перегрузки левого желудочка.

При поступлении поставлен диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения. Склеротическая недостаточность митрального клапана. Цереброваскулярная недостаточность.

При каких заболеваниях, помимо атеросклероза коронарных артерий, может наблюдаться типичный синдром стенокардии?

Как можно у данного больного объяснить систолический шум и гипертрофию левого желудочка, помимо митральной недостаточности?

Какое дообследование необходимо для уточнения диагноза? Что ожидается?

Почему нитроглицерин не эффективен и плохо переносится?

Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №37

Больной Х., 20 лет, обратился к врачу после эпизода кратковременной потери сознания, других жалоб нет. Считает себя здоровым человеком, самостоятельно занимался физкультурой, однако несколько раз после физических нагрузок испытывал чувство дурноты, к врачу не обращался. Отец умер в молодом возрасте от неизвестного заболевания сердца.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, питание умеренное, мускулатура хорошо развита. Кожные покровы обычной окраски, цианоза, желтушности нет. Лимфатические узлы не увеличены, селезенка не пальпируется. Аускультация легких без патологии. ЧДД 15 в минуту. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные. В III-IV межреберьях слева от грудины выслушивается громкий, отстоящий от первого тона, систолический шум. Шум проводится на верхушку. Шум усиливается в вертикальном положении пациента. ЧСС 58 в минуту, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не пальпируется.

Клинический анализ крови и общий анализ мочи: без патологии.

Биохимический анализ крови: белок общий 65 г/л; мочевины 6,5 ммоль/л; креатинин 72 мкмоль/л; КФК общ. 59 ед/л; КФК МБ 15,4 ед/л; билирубин общий 16,5 мкмоль/л; калий 4,72 ммоль/л; глюкоза сыворотки 6,2 ммоль/л.

ЭКГ: нормальное положение сердца, небольшой зубец Q в отведениях III, aVF. ЭХОКГ - ассиметричная гипертрофия межжелудочковой перегородки, более выраженная в верхней трети, её гипокинез; систолическое движение передней створки митрального клапана, направленное вперед; соприкосновение передней створки митрального клапана с межжелудочковой перегородкой в диастолу; малый размер полости лж.

Предполагаемый диагноз? Обоснуйте.

Какая форма патологии у пациента? Почему?

Задача №38

Больная 52 лет, поступила в клинику по направлению участкового врача. Жалуется на одышку при незначительной физической нагрузке, сердцебиение, перебои в работе сердца, отеки на ногах. В течение последних 6 лет при регулярных профосмотрах диагностировали кардиомегалию. После перенесенного 2 месяца назад гриппа состояние ухудшилось: возросла одышка, появилось сердцебиение, отеки на ногах к вечеру.

Амбулаторное лечение эффекта не дало. В анамнезе данных за перенесенный ревматизм нет.

При осмотре: состояние тяжелое, больная избыточного питания. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Пульс - 96 в минуту, неритмичный, АД 150/90

мм рт.ст., ЧСС 120 в минуту. Сердце расширено во все стороны, определяется ослабление звучности тонов. Систолический шум над верхушкой и над основанием мечевидного отростка, мерцательная аритмия. В нижне-боковых отделах легких выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы в небольшом количестве. Живот увеличен за счет подкожно-жировой основы и асцита. Печень выступает на 4 см из-под края реберной дуги, плотная, с закругленным нижним краем. Выраженные отеки на голених и тыле стоп.

Анализ крови: эритроциты 3,96, гемоглобин 118 г/л, лейкоциты 5,6, сдвига в лейкоформуле - нет, СОЭ 18 мм/ч, СРБ отрицательный, титры антистрептолизина-О и антистрептогиалуронидазы в пределах нормы, умеренно выраженная диспротеинемия.

Результаты рентгенологического исследования: выраженные признаки пневмосклероза и эмфиземы легких, сердце увеличено за счет всех отделов. Данные ЭКГ: горизонтальное положение оси сердца, четких признаков гипертрофии желудочков нет, снижение зубца Т в грудных отведениях, снижение вольтажа комплекса QRS во всех отведениях, мерцательная аритмия.

Ваш предварительный диагноз?

Какие заболевания нужно исключить?

Возможно ли хирургическое лечение?

Задача №39

Больной 28 лет, поступил с жалобами на одышку при физической нагрузке и в покое, тяжесть в правом подреберье. Болеет около 4 лет. Неоднократно лечился в стационаре с кратковременным эффектом.

При осмотре: кожные покровы бледные, цианоз губ, акроцианоз, пастозность голених и стоп. Систолический шум над верхушкой сердца и по левому краю грудины, мерцательная аритмия с дефицитом пульса 20 в минуту. В задненижних отделах легких ослабленное дыхание. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5-6 см.

Данные ЭКГ: отклонение электрической оси вправо, комбинированная гипертрофия миокарда, сложные нарушения ритма сердца и проводимости.

Данные Эхо-КГ: полости обоих желудочков и левого предсердия значительно расширены, клапаны не изменены, сократительная функция снижена. В результате рентгенологического исследования изменений в легких не обнаружено. Сердце значительно расширено в поперечнике, талия не дифференцируется. Контрастированный пищевод отклоняется кзади пологой дугой.

Ваш диагноз?

Каково значение ЭхоКГ в данном случае?

Ваша врачебная тактика?

Задача №40

Больной 24 лет, жалуется на резко выраженную одышку в покое, усиливающуюся при небольшой физической нагрузке. Сердцебиение. Резкую слабость, тупую длительную боль в области сердца. Начало заболевания больной связывает с перенесенным гриппом: через неделю после гриппа возникла быстро прогрессирующая одышка, через две недели больной не смог из-за этого спать в горизонтальном положении.

При физическом обследовании обнаружено положение ортопноэ. ЧДД 28 в минуту. Границы сердца расширены влево до передней аксиллярной линии, вправо - за срединно-ключичную линию. Тоны сердца глухие, пульс слабого наполнения 110 в минуту, артериальное давление 100/70 мм рт. ст. В легких выслушиваются застойные хрипы в нижнезадних отделах. Живот не увеличен. Пальпируется болезненный край печени на 3 см ниже реберной дуги.

Анализ крови и СОЭ в норме. ЭКГ - синусовая тахикардия, резко выраженные диффузные изменения миокарда.

Ваш диагноз (обоснуйте его).

Какие заболевания необходимо исключить?

Ваша врачебная тактика?

Показаны ли кортикостероидные препараты?

Задача №41

Больной И., 42 лет, дворник, обратился на прием к врачу общей практики с жалобами на сердцебиение, перебои в работе сердца, одышку при физических нагрузках. Считает себя больным в течение нескольких месяцев, когда стала беспокоить одышка и перебои в работе сердца при ходьбе. В анамнезе: в течение 5 лет возникают перебои в работе сердца, проходящие самостоятельно. В армии не служил, во время медкомиссии было выявлено увеличение размеров сердца. Курит в течение 20 лет до 10 сигарет в день. Алкогольные напитки употребляет редко. При осмотре: кожные покровы бледно розовые, повышенного питания, в легких везикулярное дыхание, ЧДД 24 в минуту. Границы сердца: левая: на 1 см снаружи от срединно-ключичной линии в 5 межреберье. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный, ЧСС 124 в минуту, пульс аритмичный 92 удара в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Живот безболезненный, размеры печеночной тупости по Курлову 15 см, 10

см, 10 см, край при пальпации выступает из подреберья на 4 см. Периферических отеков нет.

ЭХОКГ: Внутренний диаметр клапанного кольца аорты – 3,4 см (норма менее 4,0 см). Аортальный клапан – створки тонкие, в систолу в виде «коробочки». В диастолу – сомкнуты, не смещены. Левое предсердие (передне-задний размер) – 4,5 см (норма менее 4,0 см). Митральный клапан не изменен. Левый желудочек – конечный диастолический размер – 6,4 см (норма менее 5,6 см), конечный систолический размер – 5,2 см (норма менее 4,0 см), фракция выброса – 42% (норма более 45%), толщина задней стенки левого желудочка – 0,9 см (норма менее 1,1 см), межжелудочковая перегородка – 0,8 см (норма менее 1,1 см). Диффузная гипокинезия стенок левого желудочка. Правый желудочек Дд (по длинной оси) – 3,6 см (норма менее 3,0 см), диаметр фиброзного кольца легочной артерии – 2,4 см. Створки легочной артерии тонкие, подвижные.

Поставьте и обоснуйте диагноз.

Назначьте лечение.

Задача №42

У больного 58 лет на вторые сутки повторного переднего трансмурального ИМ внезапно ухудшилось состояние. Появилась резкая слабость, кожные покровы влажные, бледные, число дыханий – 26 в минуту, АД 85/55 мм рт.ст. При ЭКГ-мониторировании регистрируется тахикардия.

У больного диагностирован кардиогенный шок и начато лечение допамином, преднизолоном, внутривенным введением реополиглюкина* и гидрокарбонатом натрия. Учитывая данные ЭКГ (суправентрикулярная тахикардия), больному внутривенно капельно вводится раствор кордарона* (амиодарона) 1200 мг. В течение часа на фоне проводимого лечения состояние больного существенно не изменилось. Почему лечение оказалось неэффективным?

Задача №42

Вызов реаниматолога в приемное отделение районной больницы.

Больной В. 50 лет доставлен в стационар бригадой скорой медицинской помощи. Из анамнеза, в течение последних 10 лет страдает артериальной гипертензией с периодическими кризами. Много курит, назначенные гипотензивные препараты принимает не регулярно. Со слов родственников, 40 минут назад после умеренной физической нагрузки внезапно стал предъявлять жалобы на сердцебиение, шум в ушах, слабость, загрудинные боли давящего характера, не купируемые приемом нитроглицерина.

Объективно: сознание спутанное, кожные покровы бледные, выраженные нарушения микроциркуляции; конечности холодные, влажные. Пульс 120 ударов в 1 минуту, нитевидный слабого наполнения. АД 90/60 мм рт. ст., ЧДД 22 в 1 минуту, аускультативно в легких дыхание с везикулярное ослабленное в нижних отделах. На ЭКГ отмечается подъем ST в III, AVF отведениях, величина зубца Q 1/5 величины зубца R. (В предварительном диагнозе выставлена патология не Q инфаркт для установки данного диагноза необходимо наличие описания зубца Q)

Задания:

1. Ваш предварительный диагноз (основной и осложнения, связанные с ним; определить топическую локализацию изменений в миокарде).
2. Перечислите необходимые диагностические, тактические и лечебные мероприятия на данном этапе.
3. Укажите дальнейшую тактику ведения больного

Задача №44

В приемное отделение районной больницы бригадой СМП из дома доставлен мужчина, 62 лет, с интенсивными болями в грудной клетке, появившимися с вечера и сопровождавшимися холодным липким потом. Бригада СМП зафиксировала АД 85/70 мм.рт.ст., зарегистрировала ЭКГ. Диагноз: острый ИМ. Больной госпитализирован в отделение реанимации.

При поступлении: состояние крайне тяжелое. Больной вял, заторможен. Жалуется на загрудинные боли. Общая бледность, диффузный цианоз, мраморный рисунок кожи. Кожа холодная, липкий пот. Мочевой пузырь пуст. Частота дыхания 22 в минуту, в легких хрипов нет. Тоны сердца едва прослушиваются, ЧСС 100 в мин, АД аускультативно не определяется, по пульсу систолическое 65 мм.рт.ст.

Анамнез: указание на многолетнюю артериальную гипертензию. На ЭКГ синусовая тахикардия, гипертрофия левого желудочка; острая фаза распространенного крупноочагового ИМ.

Задания:

- Определите вид неотложного состояния по сведениям указанным в задаче.
Составьте алгоритм оказания неотложной помощи пациенту, на всех этапах.
Составьте план ухода и наблюдения за пациентом в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Какие еще осложнения могут возникать при ИМ?

Задача №45

Больной К., 57 лет, учитель, доставлен машиной скорой помощи с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение 1,5 часов, не снимающиеся приемом нитроглицерина, перебои в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот. Накануне чрезмерно поработал физически на даче. В анамнезе - в течение 4-5 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, длящиеся 3-5 минут, проходящие в покое и от приема нитроглицерина.

Объективно: кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 96 в минуту, единичные экстрасистолы. АД - 90/60 мм.рт.ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны глухие, единичные экстрасистолы. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

Общий анализ крови : эр. - $4,3 \times 10^{12}$, лейкоц. - $9,2 \times 10^9$, п. - 4, сегм. - 66, л. - 23, м. - 7, СОЭ - 10 мм/ час.

1. Поставьте диагноз.
2. Тактика лечения

Задача №46

Больной М., 36 лет, каменщик, житель села, обратился к участковому терапевту с жалобами на повышение температуры тела до 38,50С с ознобами и обильным потоотделением, общую слабость, боли в мышцах и суставах. Указанные симптомы появились через 5 дней после экстракции зуба, за медицинской помощью не обращался, лечился в течение 4 недель самостоятельно жаропонижающими. В течение последней недели отметил появление одышки инспираторного характера при обычной физической нагрузке, отеки стоп, голеней, высыпаний на коже.

Из анамнеза: 2-3 раза в год страдает простудными заболеваниями. В армии служил. Курит по 20 сигарет/день. Алкоголь употребляет 1-2 раза в неделю по 150 мл водки. Полгода назад проходил медосмотр, был признан здоровым.

При поступлении состояние больного средней степени тяжести. Рост 170см, вес 66 кг. Температура тела 38,40С. Кожные покровы бледные, влажные с желтушным оттенком. На коже дистальных отделов конечностей петехии, в области подушечек пальцев кистей и стоп – множественные болезненные узелки красного цвета размером 2-4 мм. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах влажные средне-пузырчатые хрипы. ЧДД 24 в мин. Перкуторно левая граница сердца на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны

сердца ритмичные, ЧСС 106 в мин. Над всеми аускультативными точками выслушивается громкий систолический шум с эпицентром на верхушке сердца. Шум проводится в подмышечную впадину. В 5 точке выслушивается короткий диастолический шум. АД 140/60 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги по срединно-ключичной линии. Селезенка увеличена в размерах, слабо болезненна при пальпации. Почки не пальпируются. Симптом «поколачивания» отрицателен с обеих сторон. Стул в норме. Мочеиспускание безболезненное, 3-4 раза в сутки, цвет мочи с/желтый. Отеки стоп, голеней.

Лабораторно. Общий анализ крови: эритроциты – $3,2 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 100 г/л, ретикулоциты – 5%, тромбоциты – $150 \cdot 10^9/л$, лейкоциты – $19,6 \cdot 10^9/л$, формула: б – 1%, э – 1%, ю – 3%, п – 20%, с – 55%, л – 17%, м – 3%. СОЭ – 40 мм/ч. Общий анализ мочи: уд. вес – 1018, сахар, белок – отриц, лейкоциты – 1-2 в п/зрения.

Выделите основной клинический синдром.

С какими заболеваниями надо провести дифференциальный диагноз? Обоснуйте свою точку зрения.

Предварительный диагноз. Какие дополнительные методы исследования необходимы?

Стратегия и тактика лечения, дальнейшее ведение больного.

Задача №47

Мужчина 56 лет чувствовал себя совершенно здоровым. За 2 месяца до поступления в стационар заметил у себя перемежающуюся лихорадку (температура часто превышала 38 градусов), утомляемость и уменьшение массы тела. Присоединились снижение настроения, падение трудоспособности и боли в спине. Других симптомов, касающихся дыхательных путей, мочевыводящего или желудочно-кишечного тракта, больной не отмечал. При осмотре: Больной выглядел старше своих лет. Шумов в сердце обнаружено не было, размеры печени и селезенки, данные неврологического обследования — в пределах нормы. Результаты рутинных лабораторных исследований (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, рентгенограмма, кардиограмма) и посевы мочи оказались в норме.

Больной ранее никогда не болел, кроме того, он работал фермером и разводил крупный рогатый скот в районе, где отмечается высокая распространённость бруцеллёза. В его стаде также отмечались случаи бруцеллёза. За несколько

недель до начала заболевания больной без перчаток оказывал помощь корове во время выкидыша.

Поставьте диагноз и обоснуйте его.

Какие дополнительные методы исследования надо провести для верификации диагноза?

Задача №48

Женщина 45 лет попала в клинику из-за лихорадочного состояния. Температура между 38 и 39 0С, лейкоцитоз не обнаружен, общее состояние удовлетворительно. Обследование не дало результатов. Понизить температуру антибиотиками не удалось, в конце концов, в результате приёма большой дозы парацетамола температура снизилась и больше не поднималась. Больная была выписана. Через 2 месяца она опять поступает в клинику с лихорадкой, но теперь уже с частыми приступами рвоты.

При обследовании правая половина живота чувствительная при пальпации. При холецистографии желчный пузырь не заполняется контрастом. При дуоденальном зондировании во фракциях А и В желчи обнаружены большие количества лейкоцитов. Антибиотики, как и в первый раз, не оказывали никакого эффекта. Лихорадка приняла септический характер, рвота не прекращалась и к ней присоединилась икота. Была предпринята диагностическая лапаротомия, в результате которой хирург обнаружил гнойный холецистит.

Гистологический анализ после холецистэктомии показал наличие туберкулезного холецистита.

Почему терапия антибиотиками оказалась неэффективной?

Какая терапия показана больной?

Задача №49

Мужчина 72 лет поступил в клинику для выявления причины лихорадки, продолжающейся около 2 лет. Всю свою жизнь он отличался хорошим здоровьем и после ухода на пенсию чувствовал себя хорошо. Однако 2 года назад больной впервые отметил повышение температуры тела до 38 градусов без ознобов и уменьшение массы тела. Никаких специфических жалоб, включая снижение чувствительности стоп, больной не предъявлял, у него не было ни кашля, ни боли в животе, ни инфекций мочевыводящих путей, ни артралгий. Больной никуда не выезжал из своего города и не имел домашних животных. За время болезни он дважды госпитализировался, но попытки выявить причину лихорадки были безуспешны.

При объективном исследовании обнаружена походка с широко расставленными ногами и потеря чувствительности в области стоп и голеней (прикосновения, укол иглой, вибрация). Концентрация гемоглобина составила 125 г/л, число лейкоцитов в норме, функция почек, концентрация электролитов, печёночные пробы — также без патологии. Поскольку на основании анамнеза можно было заподозрить скрытую злокачественную опухоль, была начата подробное обследование для выявления первичной опухоли. И хотя у больного не было мышечных болей, тем не менее возникло подозрение, что имеется миозит в качестве составляющей паранеопластического синдрома. Проведена биопсия мышц, обнаружен некротизирующий артериит. Тест на антиядерные антитела оказался положительным, проба на антитела к ДНК также положительная.

Поставьте диагноз и обоснуйте его

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для верификации диагноза?

Задача №50

Мужчина 52 лет поступил в инфекционное отделение по поводу лихорадки, продолжающейся несколько недель. Ранее никогда на здоровье не жаловался. Приблизительно 3-4 недели назад у него стали отмечаться периодические подъёмы температуры до 38,5 градусов, иногда с ознобами. При этом отмечались боли в суставах; больной заметил появление увеличенного лимфоузла в области шеи. За время болезни больной потерял около 8 кг.

Анамнез: Больному не переливались препараты крови, не проводились инъекции. Контакта с лицами, страдающими туберкулёзом или инфекционными мононуклеозом не отмечено. Кожная сыпь, зуд или патология половых органов не обнаружены. Больной выкуривал в день 3-4 сигареты. Немедленно после первичного обращения к врачу общей практики больной получил внутривенно курс антибиотиков (неоправданно торопливая врачебная тактика) без эффекта.

При клиническом исследовании обнаружено лишь увеличение лимфатических узлов на передней и задней поверхности шеи, в подмышечной и паховой области. Общий анализ крови и данные биохимического исследования оказались нормальными.

Поставьте диагноз и обоснуйте его

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для верификации диагноза?

Задача №51

Больная 72 лет вызвала врача «скорой помощи» в связи с развившемся приступом одышки, сопровождающимся болями за грудиной и в левой половине грудной клетки, иррадиирующими в левую руку. Самостоятельно приняла эринит. В анамнезе: более 20 лет страдает ишемической болезнью сердца: стенокардией напряжения, гипертонической болезнью (привычное АД – 140/90 мм рт. ст.). Два года назад перенесла острый передний распространенный крупноочаговый инфаркт миокарда. Постоянно принимает нитросорбид, аспирин, дигоксин, предуктал. Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Больная занимает вынужденное сидячее положение. В легких дыхание жесткое, везикулярное, множественные сухие хрипы по всем легочным полям, мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах легких с обеих сторон. ЧДД – 42 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 92 в 1 мин., АД 170/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

ЭКГ — синусовая тахикардия, форма QRST без динамики.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику.
3. Перечислите причины, приводящие к подобному состоянию.
4. Определитесь с тактикой ведения больной.
5. Прогноз.

Задача №52

Больной О., 63 лет, доставлен в реанимационное отделение в тяжелом состоянии. Жалобы на сильное удушье, одышку, слабость, невозможность находиться в горизонтальном положении, сердцебиения и чувство сдавления в грудной клетке. Почувствовал себя плохо в день, предшествующий госпитализации. Появилось удушье, которое нарастало. Ночью сидел в кресле и почти не спал. Около 1 года назад перенес инфаркт миокарда.

При осмотре в реанимационном отделении: состояние тяжелое. Ортопноэ. Цианоз лица. На лице капли пота. Дистанционно слышно шумное клочущее дыхание и сухие хрипы. При кашле выделяется белая пенная мокрота. При аускультации легких выслушивается множество средне- и крупнопузырчатых влажных хрипов во всех отделах легких, вплоть до верхних. ЧДД 28 в минуту.

Тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС 100 в минуту, АД 150/90 мм рт. ст. Живот несколько вздут, при пальпации безболезненный, печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги.

Клинический анализ крови: гемоглобин 143 г/л; эритроциты $4,5 \times 10^{12}$ /л; гематокрит 45%; цветовой показатель 0,9; лейкоциты $9,0 \times 10^9$ /л; СОЭ 17 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии.

Биохимический анализ крови: мочевины 7,0 ммоль/л; креатинин 105 мкмоль/л; АСТ 25 ед/л; АЛТ 65 ед/л; КФК общ. 855 ед/л; КФК МБ 154 ед/л; тропонин I 27,5 нг/мл; калий 4,9 ммоль/л; натрий 148 ммоль/л; хлориды 101 ммоль/л; глюкоза сыворотки 5,0 ммоль/л.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз
2. Выделите ведущие синдромы
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифдиагноз?
4. Какие дополнительные методы исследования следует провести?
5. Назначьте лечение

Задача №53

Мужчина, 45 лет. Болен фиброзно-кавернозным туберкулезом в течение 15 лет. Процесс правосторонний с бронхогенной диссеминацией в левое легкое. Последний раз отмечает ухудшение состояния в виде общей слабости, повышенной утомляемости, кашля с мокротой, в связи с чем направлен на стационарное лечение. На 5-й день стационарного лечения, утром внезапно после кашля, появились острые боли в правой половине грудной клетки, нарастающая одышка в покое.

Объективно - больной синюшный, перкуторно - тимпанит слева над легкими и отсутствие дыхания по средне-подмышечной и лопаточной линии, частота дыхательных движений 28 в минуту. Тоны сердца, выслушиваемые во всех опознавательных точках, смещены вправо. Пульс ритмичный, 110 в минуту, слабого наполнения.

При рентгенологическом исследовании выявлено коллабированное легкое, воздух в плевральной полости.

Вопросы к задаче

Поставьте диагноз и его обоснуйте его

С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Какие дополнительные методы исследования необходимы для верификации диагноза?

Назовите возможные причины развития данной патологии
Неотложная помощь?

Задача №54

Пожилая женщина потеряла сознание в поликлинике. Была реанимирована бригадой скорой медицинской помощи. После первоначального улучшения и безуспешной попытки установить центральный катетер состояние пациентки стало быстро ухудшаться. Срочно доставлена в приемный покой ближайшей клиники, где была выполнена обзорная рентгенография органов грудной клетки. Определяется повышенная пневматизация правого легочного поля в плащевом отделе с отсутствием легочного рисунка. Средостение смещено в сторону, противоположную просветлению. При внимательном исследовании снимка выявляется наличие воздуха в мягких тканях в правой надключичной области.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

Какова причина повторного ухудшения состояния?

Какое действие необходимо срочно предпринять?

Задача №55

Мужчина 24 лет обратился к терапевту с жалобами на кашель и боль в грудной клетке, усиливающуюся при кашле и глубоком вдохе. Ранее ничем не болел. На обзорной рентгенограмме определяется полоса просветления в плащевом отделе левого легочного поля шириной до 2 см. На фоне просветления отсутствует легочный рисунок.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

Каков предположительный диагноз?

Задача №56

Больной 46 лет в течение ряда лет страдает варикозным расширением вен нижних конечностей. 3 дня назад появилась болезненность по ходу расширенной вены на заднемедиальной поверхности правой голени. Болезненность постепенно нарастала. При осмотре по ходу вены определяется резкая гиперемия. Вена утолщена, местами четкообразно. Пальпируется в виде резко болезненного шнура. Сутки назад у больного появилась интенсивная боль в грудной клетке, одышка. Был эпизод кровохарканья. Каковы диагноз и тактика лечения?

Задача №57

Больная находится в гинекологическом отделении, где на 10 сутки после операции произошел острый тромбоз левой общей подвздошной вены. Двое суток назад после эпизода сильной боли в грудной клетке приступ сильной одышки с кровохарканьем. На рентгенограмме грудной клетки выявлено разностояние куполов диафрагмы, умеренное количество жидкости в левом плевральном синусе, дисковидные ателектазы в левом легком. Предполагаемый диагноз? Как следует диагностировать данное заболевание?

Задача №58

1. У больного Г. 59 лет, рабочего-токаря, при расширении двигательного режима в постоперационном периоде после оперативного вмешательства на поясничном отделе позвоночника появились: резкая одышка смешанного характера, боли в грудной клетке.

Объективно: общее состояние больного тяжелое, возбужден, мечется в кровати, кожные покровы умеренной влажности, цианоз. Дыхание поверхностное, одышка до 30 в одну минуту, при аускультации большое количество влажных, незвучных хрипов, рассеянные сухие хрипы. Шейные вены набухшие, выявляется пульсация во II межреберье слева. Правая граница сердца расширена. Аускультативно: акцент второго тона над лёгочной артерией. Живот мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, край плотный умеренно болезненный.

Задание

1. Установите предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительных обследований с указанием ожидаемых результатов.
3. Проведите диффдиагностику.
4. Определите тактику лечения.
5. Оцените прогноз и трудоспособность больного.

Задача №59

У роженицы М. 35 лет, повара, во время первых родов появились боли в грудной клетке, резкая одышка, потеряла сознание. Ранее регулярно принимала гормональные противозачаточные препараты.

Объективно: Общее состояние тяжелое, сознание присутствует, отмечается сине-багровый цианоз верхней части тела. Дыхание поверхностное до 30 в одну минуту. При аускультации дыхание ослаблено, средне- и

мелкопузырчатые незвучные хрипы над всей поверхностью легких. Шейные вены набухшие, пульс нитевидный 100 в одну минуту, тоны сердца глухие. Артериальное давление 90/40 мм рт.ст. Живот увеличен, пальпации не доступен.

Задание

1. Установите предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительных обследований с указанием предварительных результатов.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику лечения.
5. Оцените прогноз и трудоспособность больного.

Задача №60

Больной И., 50 лет, поступил в кожное отделение РКВД с жалобами на поражение кожи лица, усиление гиперемии в очагах. Болен 2 года, заболел весной после работы на солнце (по профессии механизатор), когда на коже лица появились отечные пятна, долгое время не обращался к дерматологу, лечился самостоятельно различными мазями, отмечает ухудшение каждую весну, обратился к дерматологу по месту жительства, был направлен в стационар РКВД.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Патологических изменений со стороны внутренних органов не выявлено. Поражена кожа лица в области щек и спинки носа, где имеются очаги, по форме напоминающие бабочку, размерами 4x5 см и 2x5 см с четкими, неровными границами. В центре очагов имеются участки рубцевидной атрофии, по периферии - зона фолликулярного гиперкератоза и гиперемии застойно-синюшного цвета. На поверхности очагов имеются участки с наличием чешуек серого цвета, при поскабливании которых отмечается болезненность (симптом Бенъе-Мещерского). С внутренней стороны чешуек видны шипики (симптом «дамского каблука»). В центральной части очага кожа истончена, депигментирована, с множественными телеангиоэктазиями. Других высыпаний на коже и слизистых нет. LE- клетки в крови не обнаружены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте больному лечение.
3. Прогноз заболевания?
4. Каковы меры профилактики рецидивов?

Задача №61

Больная К., 62 лет, поступила в стационар РКВД 13 ноября 2006 года с жалобами на наличие высыпаний на коже лица, общую слабость. Считает себя больной 4 мес. Заболевание началось с появления красноты на коже лица, повышения температуры, болей в суставах, вскоре выпали волосы на голове, наступило резкое похудание. По месту жительства лечилась антигистаминными препаратами, смазывала очаги поражения кортикостероидными мазями - без эффекта. Больная была направлена в РКВД с диагнозом экзема лица.

При поступлении: питание понижено, волосы в лобной и теменной области выпали, кожа лица гиперемирована, отечна, особенно в области лба и вокруг глаз, на этом фоне рассеяны в большом количестве плотно сидящие на коже белесоватые чешуйки.

В детстве перенесла брюшной тиф, пневмонию, оперирована по поводу фибромиомы матки. Сопутствующие заболевания; атеросклеротический кардиосклероз, ишемическая болезнь сердца, деформирующий артрозоартрит коленных суставов. ОАК : Нв 120 г/л, эр. $3,7 \times 10^{12}/л$, л. $6,9 \times 10^9/л$, э. 2%, с. 69%, лимф. 25%, мон. 5%. СОЭ 45 мм/час. ОАМ в пределах нормы. В крови обнаружены в большом количестве LE- клетки.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?
3. Прогноз?

Задача №62

Пациент 53 лет обратился с жалобами на головные боли, сухость во рту, жажду (выпивает до 4 литров жидкости в сутки), общую слабость, утомляемость, тошноту, рвоту, учащенное мочеиспускание, временами зуд кожи, одышку при физической нагрузке, перебои в работе сердца.

Из анамнеза: болеет 12 лет, когда впервые появились отеки лица, голеней и стоп, головные боли. В последующие годы присоединилась артериальная гипертония (АД 160/100-190/110 мм рт. ст.). В моче периодически обнаруживали белок 1.2-3.4%, лейкоциты и эритроциты. Несмотря на рекомендации врачей, планового лечения не проводил. Лечился стационарно,

получал преднизолон, аскорутин, мочегонные, после выписки состояние улучшалось, отеки сходили, белок в моче снижался до 0,33%. В последнее время головные боли стали носить упорный характер, стал отмечать тошноту, рвоту, сухость во рту, жажду, кожный зуд, снизился аппетит, больной похудел. Объективно: состояние средней тяжести. Несколько заторможен, апатичен, сонлив. Пониженного питания, ИМТ 19 кг/м². Кожные покровы сухие, бледные, следы расчесов.

Лицо одутловатое, мягкие тестоватые отеки ног (при надавливании остается ямка). В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон ослабленное, хрипов нет. Сердце расширено влево на 2 см. Тоны сердца приглушены, частые экстрасистолы. ЧСС 88 уд/мин. АД 210/120 мм РТ, ст. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Мочеиспускание 8-10 раз в сутки, в том числе 1-2 раза ночью, моча темного цвета.

При обследовании:

В общем ан. крови: гемоглобин – 69 г/л, эритроциты - $2,8 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $9,8 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты – $126 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 75 мм/ч. В об. ан. мочи: уд. вес 1003, белок –

0,8 г/л, лейкоц. – 3-8 в п/зр., эр. 35 в п/зр., цилиндры гиал 1-2, зернистые 1-2. Суточная альбуминурия 800 мг/сут. Креатинин 370 мкмоль/л. СКФ по формуле SKD/ EPI 15 мл/мин.

ЭКГ – гипертрофия левого желудочка, уменьшение вольтажа, удлинение PQ, сглаженность и двухфазность зубца Т, частые желудочковые экстрасистолы.

При УЗИ почек правая 8,1x3,7 см, левая 9,4x 4,1 см. Контуры неровные, толщина паренхимы 14-15 мм, ткань почек диффузно гипреэхогенна, кровоток обеднен, кортикомедуллярная дифференциация нарушена. В обеих почках единичные мелкие кисты.

ВОПРОСЫ:

1. Предположите и обоснуйте вероятный диагноз
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования
3. Назначьте лечение

Задача №63

Пациент 24 лет, при поступлении предъявляет жалобы на отеки ног, лица, боли в пояснице, кровянистую мочу и уменьшение ее суточного выделения, слабость, недомогание, головные боли, некоторое ухудшение зрения.

Из анамнеза: болен 3 недели. Заболевание началось с болей в горле при глотании и заложенность носа с обильным гнойным отделяемым, беспокоили головные боли, температура до 39-40 С. Через 3 дня температура снизилась, самочувствие улучшилось. Неделю назад появилась тошнота и рвота после приема пищи, изжога, появились отеки лица и голеней, моча приобрела красный оттенок. Вновь заметил периодические подъемы температуры до субфебрильных цифр. В прошлом отмечал неоднократные ангины и обострения гайморита.

Объективно: кожные покровы чистые, бледные. Отмечаются отек лица, особенно в области век, мягкие теплые отеки голеней и стоп. Пальпируются несколько увеличенные лимфатические узлы глоточного кольца, болезненные при пальпации. Зев гиперемирован, миндалины гипертрофированы, с гнойным налетом. По задней стенке глотки – гнойное отделяемое из носа. Тоны сердца чистые, звучные. ЧСС – 80 уд.в мин., АД – 170/100 мм рт.ст. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастрии. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Дизурии нет.

При исследовании: в общем анализе крови Нв 129 г/л, лейкоцитов $5,3 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 27мм/ч; в общем анализе мочи удельный вес 1018-1020, белок 0,99 г/л; эр. – 40-50 в п/зр., лейкоц. – 2-3 в п/зр. Мазок из зева дал рост бета-гемолитического стрептококка.

- 1.Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз
2. Составьте и обоснуйте план исследования
3. Назначьте лечение

Задача №64

Женщина 28 лет направлена в приемный покой больницы из поликлиники, на момент осмотра жалуется на боли ноющего характера в поясничной области, частые мочеиспускания преимущественно в ночное время, повышение температуры до 39 градусов, сопровождающееся ознобом, слабостью.

Из анамнеза: 5 месяцев назад после переохлаждения появились боли внизу живота, частые болезненные мочеиспускания, боли в поясничной области справа, повышение температуры, по поводу чего самостоятельно принимала амоксилав, фурагин, парацетамол в течение 5 дней, боли уменьшились, температура нормализовалась, после самолечения к врачам не обращалась. Неделю назад после перенесенной респираторной инфекции, появились боли в области поясницы, частые мочеиспускания, повысилась температура ,по

поводу чего обратилась в поликлинику по месту жительства, где было проведено обследование: гемоглобин-118 г/л, эр-3.2*10¹²/л: лейк-10,6*10⁹/л, СОЭ-32мм/ч. о/а мочи: уд.вес 1016, белок 0.3 г/л. лейк-сплошь в п/зр, цилиндры гиалиновые 0-1, эр-1-2 в п/зр. Креатинин 96 мкмоль/л.

Больная направлена на стационарное лечение в отделение нефрологии.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы несколько бледные, температура 38,2. Над легкими перкуторно ясный легочный звук, аускультативно везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 96 в мин, АД 130/80мм.рт .ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.

- 1.Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз
2. Составьте и обоснуйте план исследования
3. Назначьте лечение

Задача №65

Мужчина, 57 лет, обратился к врачу с жалобами на тяжесть и дискомфорт в правом подреберье без четкой связи с приемом пищи, общую слабость, быструю утомляемость, выраженное вздутие живота.

Из анамнеза известно, что пациент работает слесарем, часто употребляет алкоголь, однако отрицает злоупотребление. До настоящего времени считал себя здоровым, к врачам не обращался.

Семейный анамнез: отец умер в 50 лет от цирроза печени.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ –25 кг/м².

Окружность живота – 90 см. Кожные покровы смуглые, склеры желтушные. На крыльях носа, на щеках, на подбородке выраженная подкожная капиллярная сеть. На коже груди, спины единичные сосудистые звездочки, контрактура Дюпюитрена больше выражена слева. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 90 уд. в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот вздут, при пальпации безболезненный в эпигастрии, правом подреберье. Печень перкуторно увеличена, выступает из-под реберной дуги на 3 см по среднеключичной линии справа. Край печени заострен, уплотнен, чувствителен при пальпации. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 2 см, плотная, безболезненная при пальпации. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: гемоглобин - 138 г/л, эритроциты - $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты - $5,8 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты - $126 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 15 мм/ч, АСТ - 86 Ед/л, АЛТ - 58 Ед/л, ГГТ - 92 Ед/л, ЩФ - 920 Ед/л, общий холестерин - 6,9 ммоль/л, общий билирубин - 45 мкмоль/л, прямой билирубин - 33 мкмоль/л, альбумин - 3,5 г/дл, ПТИ - 70%. Маркеры вирусных гепатитов В и С отрицательные.

При УЗИ органов брюшной полости выявлено увеличение печени и селезенки, расширение печеночной и селезеночной вен, небольшое количество свободной жидкости.

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз
2. Составьте и обоснуйте план исследования
3. Назначьте лечение

Задача №66

Больная Ч., 31 год, обратилась к врачу с жалобами на слабость, утомляемость, снижение аппетита, рецидивирующий кожный зуд, усиливающийся в ночное время, желтушное окрашивание кожных покровов и склер, тяжесть в правом подреберье, боли в коленных суставах, периодические повышения температуры тела до 38 градусов.

Из анамнеза известно, что данная симптоматика появилась у больной два года назад, когда после простуды отметила появление сильного кожного зуда в области нижней половины тела, общую слабость. В течение последующих 6 месяцев неоднократно обращалась к дерматологу. Проводилось лечение антигистаминными препаратами, мазями, однако кожный зуд не только не исчез, но и усилился. Еще через четыре месяца периодически отмечала подъем температуры до 38° С. Больная заметила изменение цвета кожных покровов - окраска кожи приняла грязновато-серый оттенок.

Семейный анамнез: мать умерла в 59 лет от заболевания печени.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ - 22 кг/м². Кожные покровы желтушны, с грязновато-серым оттенком, со следами расчесов, склеры иктеричны, на груди, шее - сосудистые звездочки, на голенях - мелкие геморрагические высыпания. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 88 уд. в мин., АД - 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2-3 см, край болезненный, плотно-эластической консистенции. Селезенка не пальпируется. Стул в норме. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах крови: гемоглобин – 90 г/л, эритроциты – $3,96 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6,3 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 54 мм/ч, альбумины – 36%, гамма-глобулины – 42%, тимоловая проба –

14,4 ед, ПТИ – 60%, холестерин – 7,8 ммоль/л, общий билирубин – 120 мкмоль/л (прямой – 88, непрямой – 32 мкмоль/л), АЛТ – 238 Ед/л, АСТ – 196 Ед/л, сывороточное железо – 25 мкмоль/л, щелочная фосфатаза – 1295 ед, глюкоза крови – 5,5 ммоль/л; обнаружены тканевые антитела к гладкой мускулатуре (SMA) в титре 1:160 и антинуклеарные антитела (ANA) в титре 1:120, LE-клетки в низком титре.

В анализе мочи: уд.вес – 1017, лейкоциты – единичные в поле зрения.

Маркеры вирусного гепатита – HBs-Ag, HBe-Ag, HbC-Ag(-), антитела к HCV(-).

ЭКГ: синусовый ритм 86 в минуту, электрическая ось сердца не отклонена.

Неспецифические изменения миокарда.

УЗИ органов брюшной полости: печень - передне-задний размер 17 см, селезенка – 10 см; портальная вена – 1,0 см, селезеночная вена – 0,8 см.

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз

2. Составьте и обоснуйте план исследования

3. Назначьте лечение

Задача №67

У больного А., 25 лет, две недели назад появились слабость, потливость, субфебрильная температура, одышка, боли в груди слева. Лечилась с диагнозом ОРЗ без улучшения. Одышка нарастала, повысилась температура тела до 39,00 С, хотя боли в груди слева уменьшились. Из анамнеза – курит в последние 3 года.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы влажные, обычной окраски. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Перкуторно слева ниже 4 ребра определяется притупление. Дыхание в этой зоне не выслушивается, а над правым легким по всем полям выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД 20 в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет.

В общем анализе крови: эр. - $4,2 \cdot 10^{12}$, Нв - 138 г/л, лейкоциты - $12,7 \cdot 10^9$ /л (п/я - 2%, с/я - 80%, л - 12, м - 6), СОЭ - 38 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 76 г/л, общий билирубин 12 мкмоль/л, сахар 4,0 ммоль/л.

Произведена плевральная пункция, удалена 1200 мл соломенно-желтой, прозрачной жидкости, произведен анализ плеврального содержимого: белок 50 г/л, цитоз умеренноклеточный, лимфоциты 96%, нейтрофилы 4%, микобактерии, опухолевые клетки не обнаружены.

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз
2. Составьте и обоснуйте план исследования
3. Назначьте лечение

Задача №68

Мужчина, Н., 56 лет, инженер, поступил в стационар с жалобами на повышение температуры тела максимально до 38,4°C в течение последних двух суток, с ознобом, а также на слабость, появление кашля, вначале сухого, затем с отхождением небольшого количества мокроты желто-зеленого цвета, одышку, учащенное сердцебиение, боли в правой половине грудной клетки при кашле. Заболел остро три дня назад, после переохлаждения. Из анамнеза – курит около 38 лет до 15-20 сигарет в день, в течение последних 5 лет отмечает утренний кашель с небольшим выделением мокроты.

При осмотре состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, горячие, умеренно выраженный диффузный цианоз. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет. Число дыхательных движений в покое 26 в минуту. При осмотре обращает на себя внимание отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При пальпации отмечается усиление голосового дрожания и бронхофонии справа до угла лопатки, в этой же области – укорочение перкуторного звука. Аускультативно на фоне жесткого дыхания и сухих рассеянных жужжащих хрипов справа до уровня угла лопатки определяются участок бронхиального дыхания и звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы.

Тоны сердца слегка приглушены, тахикардия (ЧСС 96-102 в минуту), АД - 115/75 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. В неврологическом статусе признаков очаговой симптоматики и менингеальных знаков нет.

В анализах крови: эритроциты - $4,2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 124 г/л, Hct - 47%, ЦП - 0,85, лейкоциты - 15,4 тыс. (п/я - 4%, с/я - 72%), лимфоциты - 16%, эозинофилы - 1%, базофилы - 1%, моноциты - 4%), СОЭ - 42 мм/ч, СРБ - +++.

В общем анализе мокроты: характер слизисто-гнойный, консистенция вязкая, лейкоциты 50-80 в поле зрения, эритроцитов, эозинофилов нет, атипичные клетки, БК, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, эластичные

волокна не обнаружены, при окраске по Граму обнаружены грамположительные диплококки.

В анализе мочи: удельный вес -1017, следы белка, лейкоциты -0-1-2 в поле зрения.

- 1.Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз
2. Составьте и обоснуйте план исследования
3. Назначьте лечение

Задача №69

Мужчина, 56 лет, обратился к врачу с жалобами на затрудненное дыхание, больше на выдохе, кашель с трудноотделяемой, вязкой желто-зеленой мокротой, одышку, возникающую при умеренной физической нагрузке, повышение температуры до 37,8 °С.

Из анамнеза известно, что пациент курит 40 лет по 1 пачке сигарет в день.

Последние 15 лет его беспокоит кашель, больше по утрам, преимущественно в холодное время года. При ухудшении состояния и повышении температуры принимал аспирин, анальгин, травяные сборы. Около двух лет назад появилась одышка при физической нагрузке, усилился кашель, в связи с чем больной впервые обратился к врачу Настоящее ухудшение в течение последних 5 дней, связывает с переохлаждением. В связи с появлением затрудненного дыхания и с усилением одышки и гнойной мокроты, повышением температуры обратился к врачу.

Объективно: состояние средне степени тяжести. Температура тела 37,6 °С. Кожные покровы чистые, влажные. Диффузный цианоз лица, акроцианоз кистей рук. Телосложение гиперстеническое, грудная клетка бочкообразной формы, над- и подключичные ямки сглажены. Ребра расположены горизонтально, межреберные промежутки расширены. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Частота дыхательных движений 22 в минуту. При перкуссии определяется коробочный звук, нижняя граница легких опущена на I ребро, подвижность нижнего легочного края снижена. При аускультации легких - дыхание с удлинненным выдохом, в фазу выдоха выслушиваются сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС – 88 уд/мин, выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. Пульс – 88 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 120/85 мм рт.ст. Со стороны органов пищеварения и мочевого выделения патологии не выявлено.

Общий анализ крови: НВ - 155 г/л, эритроциты - $4,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $9,7 \times 10^9$ /л, эозинофилы -4%, палочкоядерные -1%, сегментоядерные - 57 %, лимфоциты - 36 %, моноциты - 2 %. СОЭ - 17 мм/ч.

Анализ мокроты: слизисто-гнойная, вязкая, эозинофилы до 4 в поле зрения, лейкоциты 50-60 в поле зрения, эритроцитов нет.

Рентгенография органов грудной полости: грудная клетка расширена, повышена прозрачность легочной ткани, корни легких тяжисты, малоструктурны, очаговых теней нет.

Посев мокроты: рост *Streptococcus pneumoniae*, чувствительного к левофлоксацину, цефтриаксону, ципрофлоксацину; устойчивых к эритромицину, оксацилину.

ЭКГ: синусовая тахикардия - 105 уд/мин, высокий зубец Р в отведениях II, III, aVF; выраженное отклонение оси QRS вправо, S-тип.

Спирография: значительные нарушения вентиляции легких рестриктивного и обструктивного характера, на уровне средних и мелких бронхов. ОФВ1- 53%, ЖЕЛ 64%.

- 1.Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз
2. Составьте и обоснуйте план исследования
3. Назначьте лечение

Задача №70

Больной, 64 лет, поступил с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке (около 100м ходьбы), кашель приступообразного характера с выделением мокроты, учащенное сердцебиение, отеки на ногах, тяжесть в правом подреберье.

Из анамнеза: Страдает хроническим бронхитом в течение 15 лет, обострения возникают 2-3 раза в год. Курил более 30 лет по 1-2 пачке сигарет в день.

Объективно: теплый диффузный цианоз, субфебрилитет, шейные вены набухшие, ЧДД - 22 в мин. Аускультативно: ослабленное везикулярное дыхание, сухие свистящие и единичные мелкопузырчатые влажные хрипы на фоне удлиненного выдоха. Границы сердца расширены вправо, тоны приглушены, акцент 2 тона над легочной артерией. АД -110/90 мм рт.ст. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Отеки на ногах. Данные спирографии: ОФВ1 (постбронходилатационный) - 45% от должного, ОФВ1/ФЖЕЛ- 65% от должного. РаО₂ - 35мм рт. ст., SaO₂ - 70%.

- 1.Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Назовите наиболее информативные инструментальные исследования для диагностики хронического легочного сердца и возможные результаты.
3. Определите схему лечения в зависимости от стадии ХОБЛ (GOLD). Установите тактику лечения ХЛС.