МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Тульский государственный университет»

Медицинский институт
Кафедра «Внутренние болезни»

Утверждено на заседании кафедры
«Внутренние болезни»
«17» января 2023г., протокол №_7_

Заведующий кафедрой

_____О.Н. Борисова

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ (ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ (МОДУЛЮ)

«Факультетская терапия»

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы специалитета

по специальности
31.05.02 Педиатрия

с направленностью (профилем)
Педиатрия

Форма обучения: очная

Идентификационный номер образовательной программы: 310501-01-23

Тула 2023 год

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ
фонда оценочных средств (оценочных материалов)

Разработчик:

Борисова О.Н., заведующий кафедрой ВБ,
д.м.н., доцент

(подпись)

1. Описание фонда оценочных средств (оценочных материалов)

Фонд оценочных средств (оценочные материалы) включает в себя контрольные задания и (или) вопросы, которые могут быть предложены обучающемуся в рамках текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине (модулю). Указанные контрольные задания и (или) вопросы позволяют оценить достижение обучающимся планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), установленных в соответствующей рабочей программе дисциплины (модуля), а также сформированность компетенций, установленных в соответствующей общей характеристике основной профессиональной образовательной программы.

Полные наименования компетенций и индикаторов их достижения представлены в общей характеристике основной профессиональной образовательной программы.

2. Оценочные средства (оценочные материалы) для проведения текущего контроля успеваемости обучающихся по дисциплине (модулю)

7 семестр

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-4 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-4.1)

Клиническая задача 1

Больной К., 35 лет, обратился к врачу с жалобами на частые умеренные боли в эпигастральной области, возникающие через 20-30 мин после приема пищи, а также на голодные боли, отрыжку кислым, изжогу, неприятный вкус во рту, плохой сон, запоры.

Анамнез заболевания. Считает себя больным около года. При болях и изжоге принимает фосфалюгель или альмагель с положительным эффектом. Несколько дней назад самочувствие ухудшилось, в связи с чем обратился к врачу.

Профессиональный анамнез: больной работает шофером на междугородних перевозках, часто бывает в командировках, во время которых интервалы между приемами пищи длительные, еда всухомятку. Вредные привычки: курит 10 лет по 1 пачке сигарет в день. Алкоголь употребляет редко. Любит горячий крепкий чай, кофе.

Семейный анамнез: у отца – язвенная болезнь желудка.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно. Язык обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой методической пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову – 9х8х7 см. Селезенка не увеличена.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 136 г/л, лейкоциты – 6,1 х 10^9/л, палочкоядерные – 3 %, сегментоядерные – 57 %, эозинофилы – 2 %, лимфоциты – 32 %, моноциты – 6 %, СОЭ – 14 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1019, белок, эритроциты и цилиндры отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Показатели инструментального исследования:

ЭГДС: Преимущественно в антральной части желудка слизистая оболочка блестящая с налетом фибрина, отечная, гиперемированная, имеются единичные кровоизлияния в слизистую оболочку. Взята биопсия слизистой оболочки

Данные биопсии: выявлен *Helicobacter pylori* – слабая обсемененность (до 20 микробных тел в поле зрения).

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 2

Больная М., 27 лет, поступила в клинику с жалобами на общее недомогание, ощущение слабости, снижение работоспособности, отеки век, лица, поясницы, нижних конечностей, тупые, ноющие, продолжительные боли слабой интенсивности в поясничной области, уменьшение выделения мочи.

Из анамнеза известно, что больная с детства болеет частыми ангинами. Три недели назад, после перенесенной ангины стала отмечать снижение работоспособности, отеки век преимущественно по утрам, кратковременные изменения цвета мочи (моча цвета мясных помоев). К врачам не обращалась. Неделю назад появились выраженные отеки лица, ног, поясницы, боли в поясничной области.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, частые ангины, ОРЗ, пневмония. Больная работает парикмахером, профессиональных вредностей не имеет. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: у матери 47 лет – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца 50 лет – гипертоническая болезнь. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела – 36,8 °С. Лицо бледное, одутловатое, веки отечны, глаза сужены. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. Выраженные отеки век, лица, лодыжек и поясницы. Грудная клетка конической формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания – 20 в мин. При сравнительной перкуссии ясный, легочный звук. При топографической перкуссии границы легких без патологии. При аускультации легких: дыхание везикулярное. Бронхофония не изменена.

При аускультации сердца: тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 78 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД – 130/80 мм рт. ст.

Живот обычной формы, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется, болезненность в области верхней и нижней мочеточниковой точках не определяется.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: уровень НЬ – 110 г/л, количество эритроцитов – 4,1 х 10^{12}/л, цветной показатель – 0,9, количество лейкоцитов – 6,8 х 10^{9}/л, сегментоядерные – 76%, палочкоядерные – 1 %, эозинофилы – 2 %, моноциты – 2 % лимфоциты – 15 %, СОЭ – 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1,018, белок – 1,066 г/л, эритроциты – 10-12 в поле зрения, лейкоциты – 7-8 в поле зрения.

Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты – 6000 в 1 мл, лейкоциты – 3000 в 1 мл, цилиндров не обнаружено.

Суточная протеинурия – 1,8 г.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, альбумины – 33 г/л, белки плазмы крови (электрофоретическое разделение): α1-глобулин – 8 %; a_2-глобулин – 13 %; ß-глобулин – 15 %, γ-глобулин – 20 %, креатинин – 130 мкмоль/л, мочевина сыворотки крови – 7,9 ммоль/л, калий – 4 ммоль/л.

Комплемент СЗ – 70 мг %. **Антистрептолизин-О** – 525 ЕД.

Бактериологическое исследование мазка из зева — патологической микрофлоры не выявлено.

Показатели инструментального исследования:

УЗИ почек: размеры правой и левой почек – 120 х 62 см, толщина паренхимы – 18 мм. Чашечно-лоханочная система не изменена.

Вопросы:
1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 3

Больной Н., 47 лет, жалуется на боли ноющего характера, возникающие независимо от приема пищи, и чувство тяжести после еды в эпигастральной области, отрыжку воздухом, неприятный вкус во рту по утрам, снижение аппетита, ощущение урчания и переливания в животе, метеоризм, поносы, раздражительность, неустойчивое настроение.

Анамнез заболевания. Считает себя больным четыре года. В последние два месяца самочувствие ухудшилось, появились боли в эпигастральной области непосредственно после еды, которые сохраняются в течение часа. Питается нерегулярно, всухомятку, в пищу употребляет консервы. Вредные привычки: курит, употреблял алкоголь. Семейный анамнез: у матери и брата – хронический гастрит.

Объективно. Язык обложен белым налетом, на краях языка отмечаются отпечатки зубов, сосочки сглажены. Десны легко кровоточат. Живот нормальной конфигурации, активно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, пальпация в подложечной области и слева от пупка вызывает разлитую болезненность. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Менделя отрицательны. При глубокой методической пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко сигмовидная и слепая кишки слегка болезненны. Отмечается урчание и плеск при пальпации слепой и ободочной кишки. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову – 9х8х7 см. Селезенка не увеличена.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 100 г/л, лейкоциты – 6,8 х 10^9/л, палочкоядерные – 4 %, сегментоядерные – 57 %, эозинофилы – 1 %, лимфоциты - 30 %, моноциты – 8 %, СОЭ – 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1020, белок, эритроциты и цилиндры отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Helicobacter pylori не выявлен.

Показатели инструментального исследования:

ЭГДС: Эндообразований в пищеводе, желудке и осмотренных отделах двенадцатиперстной кишки не выявлено (см. рис). Слизистая оболочка истончена, бледно-серого цвета с просвечивающимися кровеносными сосудами, рельеф сглажен. Широкие участки незначительно истонченной слизистой оболочки чередуются с зонами атрофии белесоватого цвета различной формы небольших размеров.

Вопросы:
1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 4

Больной А, 28 лет, поступил в клинику с жалобами на ноющие, голодные боли в эпигастральной области, которые снимаются приемом пищи и возникают вновь через 1,5-2 ч, тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение, снижение аппетита, запоры.

Анамнез заболевания. Впервые подобные жалобы возникли год назад, но боли быстро купировались приемом альмагеля в течение 2 недель. Из анамнеза известно, что ранее в течение многих лет наблюдался в поликлинике с диагнозом хронический гастрит. По работе имеет час-

тые командировки, питание нерегулярное. Вредные привычки: часто на банкетах употребляет алкоголь в больших количествах. Семейный анамнез: у отца и дяди – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Объективно. Больной пониженного питания, астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, кожа сухая. Язык обложен белым налетом, на краях языка отмечаются отпечатки зубов. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в пилородуоденальной зоне. Симптом Менделя положительный. При глубокой методической пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко сигмовидная, восходящая, поперечная, нисходящая и слепая части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные. Нижний край печени не пальпируется. Размеры печени по Курлову – 9х8х7 см. Селезенка не увеличена. Стул оформленный, регулярный, обычного цвета.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 130 г/л, лейкоциты – 6,4 х 10^9/л, палочкоядерные – 1 %, сегментоядерные – 60 %, эозинофилы – 1 %, лимфоциты – 30 %, моноциты – 8 %, СОЭ - 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1020, белок, эритроциты и цилиндры отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 7,5 ммоль/л, холестерин – 4,2 ммоль/л, мочевина – 6,7 ммоль/л, креатинин – 86 ммоль/л, АЛТ – 16, АСТ – 21, ЛДГ – 380, общий билирубин – 12 ммоль/л.

Показатели инструментального исследования:

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка двенадцатиперстной кишки гиперемированная, отечная, блестящая с налетом фибрина, имеется язвенный дефект размером 1,2 см. Взята биопсия слизистой оболочки

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 5

Больная В., 28 лет, медицинская сестра процедурного кабинета, жалуется на выраженную слабость, быструю утомляемость, снижение работоспособности.

Анамнез заболевания. Указанные жалобы беспокоят в течение полутора лет, появились без видимой причины и постепенно нарастают. Анамнестических данных об употреблении алкоголя и перенесенном остром вирусном гепатите не получено.

Объективно. Конституция нормостеническая. Кожные покровы и слизистые бледные с иктеричным оттенком, сухие. Пальмарная эритема. На коже груди – единичные телеангиоэктазии. Живот округлой формы. При поверхностной пальпации живот мягкий, чувствительный в правом подреберье. При глубокой методической скользящей пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко слепая кишка, восходящая, нисходящая, поперечная части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные. Размеры печени по Курлову – 13 х 10 х 10 см. Нижний край печени несколько закруглен, пальпируется на 4 см под краем реберной дуги, гладкий, мягкий, чувствительный. Селезенка не увеличена.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: уровень НЬ – 115 г/л, количество эритроцитов – 3,9 х 10^{12}/л, цветной показатель – 0,88, количество лейкоцитов – 8,8 х 10^9/л, палочкоядерных нейтрофилов – 1 %, сегментоядерных нейтрофилов – 76 %, эозинофилов – 2 %, моноцитов – 2 %, лимфоцитов – 15 %, СОЭ – 30 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1021, белка нет, эритроциты – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 3-5 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 70 г/л, альбумины – 31 г/л. Белки плазмы крови (электрофоретическое разделение): α1 - глобулин – 7 %; α2 -глобулин – 14 %; ß-

глобулин – 13 %, γ - глобулин – 21 %, креатинин – 135 мкмоль/л, мочевина сыворотки крови – 8,1 ммоль/л, калий – 4 ммоль/л, АСТ – 62 ЕД, АЛТ – 84 ЕД.

В крови определяется **анти-HCV**.

Показатели инструментального исследования:

По данным **сцинтиграфии и УЗИ печени** патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-4 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-4.2)

Клиническая задача1

Пациент К., 38 лет, грузчик, злоупотребляет алкоголем, на момент осмотра жалуется на ноющие боли в правом подреберье, неоформленный стул, плохой сон.

Анамнез заболевания. Считает себя больным в течение трех дней, после очередного алкогольного эксцесса.

Объективно: больной пониженного питания, отмечается увеличение околоушных слюнных желез. На коже плечевого пояса телеангиоэктазии, гинекомастия. Склеры инъецированы, субиктеричны. В легких при сравнительной перкуссии звук легочный с коробочным оттенком, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до l. axillaris anterior, вправо – на 3 см латеральнее правого края грудины, вверх до нижнего края II ребра. Тоны сердца приглушены, тихий дующего тембра систолический шум на верхушке, на основании мечевидного отростка. ЧСС – 92 уд/мин. Живот несколько вздут. При пальпации болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову – 18 х 16 х 15 см, печень на 6 см выступает из-под реберной дуги, край уплотнен, поверхность печени гладкая. Селезенка не пальпируется.

Показатели лабораторного исследования:

Анализ мочи: Трехкратное превышение активности диастазы мочи.

Биохимический анализ крови: Билирубин крови – 54 ммоль/л. Активность трансаминаз превышает норму в 5 раз.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача2

Больная М., 46 лет, домохозяйка, обратилась в клинику с жалобами на интенсивный зуд кожи преимущественно в вечернее время, незначительное увеличение в размерах живота, похудание за 2 года на 20 кг.

Анамнез заболевания. Больна 2,5 года, когда впервые появился кожный зуд, по поводу которого длительное время лечилась у дерматолога без эффекта. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния госпитализирована.

Объективно. Больная пониженного питания. Кожные покровы и склеры желтушны. Ксантелазмы век. Пергаментность кожи на стопах и голенях, большое количество расчесов. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой, методической пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные. Нижний край печени выступает из-под края реберной дуги на 4 см. Размеры печени по Курлову – 12 х 10 х 10 см. Селезенка не пальпируется. Стул объемный, пенистый.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 130 г/л, эритроциты – 3700 000, лейкоциты – 7800, палочкоядерные – 3 %, сегментоядерные – 78 %, лимфоциты – 17 %, моноциты – 5%, тромбоциты – 150 000, СОЭ – 36 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 7,8 г/л, альбумин – 4,0 отн %, холестерин – 7,8 мм/л, мочевина – 6,1 мм/л, креатинин – 101 мкм/л, глюкоза – 5,8 мм/л, общий билирубин – 182 мм/л, прямой билирубин – 162 мм/л, K^+ – 4,1 мэкв/л, Na^+ – 145 мэкв/л, АЛТ – 52 ЕД/л, АСТ – 48 ЕД/л, ЩФ – 720 ЕД/л, ГГТП – 460 ЕД/л.

Маркеры вирусных гепатитов не обнаружены.

Копрология: растительная непереваримая клетчатка – много.

Показатели инструментального исследования:

УЗИ органов брюшной полости: умеренная гепато- и спленомегалия, умеренное расширение воротной вены, в желчном пузыре 3 конкремента, общий желчный проток не расширен, небольшое кол-во свободной жидкости в брюшной полости.

ЭГДС: умеренно выраженное расширение вен пищевода. Признаки хронического гастрита.

Сканнограмма печени и селезенки: Неравномерная интенсивность изображения печени. Повышенное накопление радиофармпрепарата в селезенке.

Компьютерная томограмма: Поверхность печени бугристая. Структура паренхимы неоднородна за счет множественных, сливающихся между собой крупных узлов. Плотность печени 45-50 Н. Расширение воротной и селезеночной вен. Увеличение селезенки.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 3

Больной С., 45 лет, поступил с жалобами на периодические ноющие боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, возникающие чаще после приема жирной пищи и алкоголя, тошноту, отрыжку воздухом, неустойчивый стул, вздутие живота.

Анамнез заболевания. Описанные симптомы беспокоят в течение года. Последнее ухудшение самочувствия возникло ночью после приема алкоголя, обильной еды. Работает в ресторане поваром.

Наследственность: у матери сахарный диабет 2-го типа.

Объективно. Больной пониженного питания. Кожные покровы иктеричны, со следами расчесов. Телеангиоэктазий, пальмарной эритемы нет. Язык влажный, обложен желтоватым налетом. При пальпации живот несколько вздут, болезненный при пальпации в правом подреберье. Слабоположительный симптом Кача, Мейо-Робсона, болезненность в зоне Шоффара. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации живота отделы толстой кишки нормальных размеров, безболезненные. Размеры печени по Курлову – 14 х12 х15 см, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, умеренно плотная, чувствительная при пальпации. Селезенка не пальпируется.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: лейкоциты – 11 х 10^9, палочкоядерные нейтрофилы – 8 %, сегментоядерные нейтрофилы – 68 %, эозинофилы – 2 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 2 %, СОЭ – 25 мм/ч.

Биохимический анализ крови: билирубин – 60 ммоль/л за счет прямой фракции пигмента, холестерин – 9 ммоль/л, щелочная фосфотаза – 6 ЕД (норма до 2,9 ЕД), тимоловая проба – 5,5, амилаза – 600 ЕД, глюкоза крови натощак – 7,4 ммоль/л, АСТ – 0,8, АЛТ – 0,92.

Анализ кала: резко снижено содержание стеркобилина.

Показатели инструментального исследования:

УЗ исследование: эхогенность паренхимы pancreas неоднородна и усилена. Головка железы увеличена до 3 см, контуры железы неровные.

Ретроградная панкреатохолангиография: контрастирован извитой и расширенный проток поджелудочной железы.

Компьютерная томография: железа истончена, головка увеличена, контуры неровные. Структура паренхимы неоднородна, плотность повышена.

Вопросы:
1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 4

Больная М., 43 лет, повышенного питания, ведущая малоподвижный образ жизни, предъявляет жалобы на периодические боли в правом подреберье, тянущие, ноющие, иррадиирующие в правую лопатку и надплечье, провоцируемые приемом жирной пищи. Отмечает склонность к запорам.

Анамнез заболевания. Боли беспокоят в течение 10 лет. Ее мать и сестра страдают хроническим некалькулезным холециститом и дискинезией желчных путей.

Объективно. Рост – 160 см, вес – 95 кг, ИМТ – 36,5 кг/м^2. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски и влажности. Язык влажный, обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живота отмечается незначительная болезненность в правом подреберье. При глубокой методической скользящей пальпации по методу Образцова-Стражеско-Василенко пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра диаметром 1,5 см. Другие отделы толстой кишки не пальпируются. Размеры печени по Курлову – 9х8,5х6 см. Нижний край печени мягкий, ровный, безболезненный. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не увеличена. Определяется положительный симптом Ортнера, Кера, Георгиевского-Мюсси.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: эритроциты – 3,8 х 10^{12}/л, лейкоциты – 9,8 х 10^{9}/л (без сдвига формулы), СОЭ – 21 мм/ч, НЬ – 126 г/л.

Биохимический анализ крови: холестерин – 5,9 ммоль/л, билирубин непрямой 12 мкмоль/л, функциональные пробы печени нормальные, СРВ +++, сиаловая кислота – 250 mg, фибриноген – 5,6 мкмоль/л.

Показатели инструментального исследования:

При дуоденальном зондировании в порции «В» много хлопьев, слизи, определяется увеличение содержания билирубината кальция и снижение холатохолестеринового коэффициента.

Эхограмма: пузырь увеличен, стенки утолщены с эхогенными включениями, содержимое неоднородно.

Компьютерная томограмма: желчный пузырь увеличен, стенки утолщены, содержимое неоднородно.

Вопросы:
1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 5

Больная Н., 21 год, студентка, в течение двух недель после перенесенного на ногах ОРВИ, протекавшего с повышением температуры до 38 °С, насморком. Появилась утомляемость, слабость, сердцебиение, колющие боли в области сердца, длящиеся несколько секунд, возникающие и проходящие спонтанно, одышка при умеренной физической нагрузке (подъем по лестнице до второго этажа).

При осмотре: астеническое телосложение. Кожные покровы бледные, гипермобильность суставов. Температура – 36,7 °С. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Число дыханий – 16 в мин. Верхушечный толчок ослабленный, локали-

зован в V межреберье по 1. mediaclavicularis sinistra. При перкуторном определении границ относительной сердечной тупости: правая – на 1 см латеральнее правого края грудины, левая – по 1. mediaclavicularis sinistra, верхняя – по II межреберью. При аускультации сердца: тоны приглушены, ритмичны. На верхушке выслушивается мягкий, дующий систолический шум без проведения. ЧСС = Ps =110 уд/мин, АД – 110/70 мм рт. ст. Пульс мягкий, слабого наполнения, ненапряжен, ритмичен. Живот мягкий, безболезненный. Мягко-эластичный край печени пальпируется под краем реберной дуги. Область почек при пальпации безболезненна, почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Дизурии нет. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе – без особенностей.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 125 г/л, эритроциты – 4,5 х 10^{12}, лейкоциты – 10,2 х 10^{9}, эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 56%, моноциты – 15%, лимфоциты – 26%, СОЭ – 20 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 7,0, альбумины – 48%, глобулины: а1 – 4,3 %, a_2 – 12,1 %, ß – 14,2, у – 21,4 %. СРВ ++. Креатинин – 88 мкм/л, мочевина – 4,6 мм/л, АЛТ – 22 ЕД, АСТ – 34 ЕД, биллирубин общий – 10, прямой – 1, K^+ – 4,3 мэкв/л, Na^+ – 138 мэкв/л.

Общий анализ мочи без патологии.

Показатели инструментального исследования:

Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля прозрачны. Корни структурны. Синусы свободны, диафрагма подвижна. Сердце и аорта – без особенностей.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-4 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-4.3)

Клиническая задача1

Больная В., 55 лет, в течение последних 3,5 лет отмечает частые приступы боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую половину шеи, правое плечо, сопровождающиеся повышением температуры тела до субфебрильных цифр, тошнотой, рвотой с примесью желчи.

Анамнез заболевания. Боли провоцировались приемом острой и жирной пищи. Лечилась самостоятельно: ограничивала приемы пищи, принимала спазмолитики, пользовалась грелкой. Настоящее ухудшение в течение 2-х дней. Боли участились. Появился кожный зуд, устойчиво сохранялась субфебрильная температура.

Объективно: состояние больной средней тяжести. Телосложение правильное. Рост – 164 см, вес – 69 кг, ИМТ – 25,5 кг/$м^2$. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки субиктеричны, нормальной влажности, следы расчесов. Язык влажный, обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живота отмечается незначительная болезненность в правом подреберье, в точке желчного пузыря. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой методической скользящей пальпации по методу Образцова-Стражеско-Василенко пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра диаметром 2,0 см. Другие отделы толстого кишечника не пальпируются. Размеры печени по Курлову – 13,5х11,5х10 см. Печень пальпируется на 2 см ниже реберной дуги, край ее тестоватой консистенции. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не увеличена. Определяется положительный симптом Ортнера, Кера, Георгиевского-Мюсси.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 132 г/л, лейкоциты – 15 х 10^{9}/л, палочкоядерные нейтрофилы – 20 %, сегментоядерные нейтрофилы – 58 %, эозинофилы – 1 %, лимфоциты – 12 %, моноциты – 9 %, СОЭ – 21 мм/ч.

Биохимический анализ крови: уровень щелочной фосфотазы резко повышен.

Показатели инструментального исследования:

Ретроградная панкреатохолангиография: в общем желчном протоке много мелких конкрементов (см. рис).

Крмпьютерная томограмма: желчный пузырь увеличен, стенки уплотнены. Визуализируются конкременты (см. рис).

УЗ исследование: желчный пузырь увеличен. Стенки пузыря уплотнены наличием эхогенных включений, в просвете – конкременты (см. рис).

Холецистограмма: в области дна желчного пузыря визуализируются несколько мелких конкрементов (см. рис).

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача2

Пациент К., 38 лет, грузчик, злоупотребляет алкоголем, на момент осмотра жалуется на ноющие боли в правом подреберье, неоформленный стул, плохой сон.

Анамнез заболевания. Считает себя больным в течение трех дней, после очередного алкогольного эксцесса.

Объективно: больной пониженного питания, отмечается увеличение околоушных слюнных желез. На коже плечевого пояса телеангиоэктазии, гинекомастия. Склеры инъецированы, субиктеричны. В легких при сравнительной перкуссии звук легочный с коробочным оттенком, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до l. axillaris anterior, вправо – на 3 см латеральнее правого края грудины, вверх до нижнего края II ребра. Тоны сердца приглушены, тихий дующего тембра систолический шум на верхушке, на основании мечевидного отростка. ЧСС – 92 уд/мин. Живот несколько вздут. При пальпации болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову – 18 х 16 х 15 см, печень на 6 см выступает из-под реберной дуги, край уплотнен, поверхность печени гладкая. Селезенка не пальпируется.

Показатели лабораторного исследования:

Анализ мочи: Трехкратное превышение активности диастазы мочи.

Биохимический анализ крови: Билирубин крови – 54 ммоль/л. Активность трансаминаз превышает норму в 5 раз.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 3

Больной С., 45 лет, поступил с жалобами на периодические ноющие боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, возникающие чаще после приема жирной пищи и алкоголя, тошноту, отрыжку воздухом, неустойчивый стул, вздутие живота.

Анамнез заболевания. Описанные симптомы беспокоят в течение года. Последнее ухудшение самочувствия возникло ночью после приема алкоголя, обильной еды. Работает в ресторане поваром.

Наследственность: у матери сахарный диабет 2-го типа.

Объективно. Больной пониженного питания. Кожные покровы иктеричны, со следами расчесов. Телеангиоэктазий, пальмарной эритемы нет. Язык влажный, обложен желтоватым налетом. При пальпации живот несколько вздут, болезненный при пальпации в правом подреберье. Слабоположительный симптом Кача, Мейо-Робсона, болезненность в зоне Шоффара. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации живота отделы толстой кишки нормальных размеров, безболезненные. Размеры печени по Курлову – 14 х12 х15 см, печень

выступает из-под края реберной дуги на 3 см, умеренно плотная, чувствительная при пальпации. Селезенка не пальпируется.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: лейкоциты – 11 х 10^9, палочкоядерные нейтрофилы – 8 %, сегментоядерные нейтрофилы – 68 %, эозинофилы – 2 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 2 %, СОЭ – 25 мм/ч.

Биохимический анализ крови: билирубин – 60 ммоль/л за счет прямой фракции пигмента, холестерин – 9 ммоль/л, щелочная фосфотаза – 6 ЕД (норма до 2,9 ЕД), тимоловая проба – 5,5, амилаза – 600 ЕД, глюкоза крови натощак – 7,4 ммоль/л, АСТ – 0,8, АЛТ – 0,92.

Анализ кала: резко снижено содержание стеркобилина.

Показатели инструментального исследования:

УЗ исследование: эхогенность паренхимы pancreas неоднородна и усилена. Головка железы увеличена до 3 см, контуры железы неровные.

Ретроградная панкреатохолангиография: контрастирован извитой и расширенный проток поджелудочной железы.

Компьютерная томография: железа истончена, головка увеличена, контуры неровные. Структура паренхимы неоднородна, плотность повышена.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 4

Больной К., 49 лет, поступил с жалобами на головные боли, головокружение, мелькание мушек перед глазами на фоне повышения артериального давления до 200/110 мм рт. ст.

Анамнез заболевания. Больной 5 лет назад после проведения вакцинации через 10-15 дней отметил появление мочи цвета мясных помоев. Цвет мочи в течение нескольких дней восстановился. К врачу не обращался. Головные боли, головокружение, мелькание мушек перед глазами беспокоят около 4-5 лет. Максимальное повышение АД до 190/100 мм рт. ст., адаптирован к 170/100 мм рт. ст.

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

Объективно. Состояние средней тяжести. Температура тела – 36,5 °С. Лицо бледное, одутловатое, веки отечны, глаза сужены. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. Отеки век, лодыжки и голени пастозны. Область сердца и крупных сосудов не изменена. Акцент II тона над аортой. Пульс – 68 уд/мин, удовлетворительного наполнения, напряжен, АД – 200/110 мм рт. ст. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 102 г/л, эритроциты – 4,2 х 10^{12}/л, лейкоциты – 5,8 х 10^9/л, палочкоядерные – 4 %, сегментоядерные – 56 %, эозинофилы – 0 %, лимфоциты – 33%, моноциты – 7 %, СОЭ – 16 мм/ч.

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

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

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

Биохимический анализ крови: креатинин – 138 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 5

Больной К., 49 лет, поступил с жалобами на головные боли, головокружение, мелькание мушек перед глазами на фоне повышения артериального давления до 200/110 мм рт. ст.

Анамнез заболевания. Больной 5 лет назад после проведения вакцинации через 10-15 дней отметил появление мочи цвета мясных помоев. Цвет мочи в течение нескольких дней восстановился. К врачу не обращался. Головные боли, головокружение, мелькание мушек перед глазами беспокоят около 4-5 лет. Максимальное повышение АД до 190/100 мм рт. ст., адаптирован к 170/100 мм рт. ст.

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

Объективно. Состояние средней тяжести. Температура тела – 36,5 °С. Лицо бледное, одутловатое, веки отечны, глаза сужены. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. Отеки век, лодыжки и голени пастозны. Область сердца и крупных сосудов не изменена. Акцент II тона над аортой. Пульс – 68 уд/мин, удовлетворительного наполнения, напряжен, АД – 200/110 мм рт. ст. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 102 г/л, эритроциты – 4,2 х 10^{12}/л, лейкоциты – 5,8 х 10^{9}/л, палочкоядерные – 4 %, сегментоядерные – 56 %, эозинофилы – 0 %, лимфоциты – 33%, моноциты – 7 %, СОЭ – 16 мм/ч.

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

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

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

Биохимический анализ крови: креатинин – 138 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-7 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-7.1)

Клиническая задача1

Больная М., 43 лет, повышенного питания, ведущая малоподвижный образ жизни, предъявляет жалобы на периодические боли в правом подреберье, тянущие, ноющие, иррадиирующие в правую лопатку и надплечье, провоцируемые приемом жирной пищи. Отмечает склонность к запорам.

Анамнез заболевания. Боли беспокоят в течение 10 лет. Ее мать и сестра страдают хроническим некалькулезным холециститом и дискинезией желчных путей.

Объективно. Рост – 160 см, вес – 95 кг, ИМТ – 36,5 кг/м^2. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски и влажности. Язык влажный, обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живота отмечается незначительная болезненность в правом подреберье. При глубокой методической скользящей пальпации по методу Образцова-Стражеско-Василенко пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра диаметром 1,5 см. Другие отделы толстой кишки не пальпируются. Размеры печени по

Курлову – 9х8,5х6 см. Нижний край печени мягкий, ровный, безболезненный. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не увеличена. Определяется положительный симптом Ортнера, Кера, Георгиевского-Мюсси.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: эритроциты – 3,8 х 10^{12}/л, лейкоциты – 9,8 х 10^{9}/л (без сдвига формулы), СОЭ – 21 мм/ч, НЬ – 126 г/л.

Биохимический анализ крови: холестерин – 5,9 ммоль/л, билирубин непрямой 12 мкмоль/л, функциональные пробы печени нормальные, СРВ +++, сиаловая кислота – 250 mg, фибриноген – 5,6 мкмоль/л.

Показатели инструментального исследования:

При дуоденальном зондировании в порции «В» много хлопьев, слизи, определяется увеличение содержания билирубината кальция и снижение холатохолестеринового коэффициента.

Эхограмма: пузырь увеличен, стенки утолщены с эхогенными включениями, содержимое неоднородно.

Компьютерная томограмма: желчный пузырь увеличен, стенки утолщены, содержимое неоднородно.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача2

Больная В., 55 лет, в течение последних 3,5 лет отмечает частые приступы боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую половину шеи, правое плечо, сопровождающиеся повышением температуры тела до субфебрильных цифр, тошнотой, рвотой с примесью желчи.

Анамнез заболевания. Боли провоцировались приемом острой и жирной пищи. Лечилась самостоятельно: ограничивала приемы пищи, принимала спазмолитики, пользовалась грелкой. Настоящее ухудшение в течение 2-х дней. Боли участились. Появился кожный зуд, устойчиво сохранялась субфебрильная температура.

Объективно: состояние больной средней тяжести. Телосложение правильное. Рост – 164 см, вес – 69 кг, ИМТ – 25,5 кг/$м^2$. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки субиктеричны, нормальной влажности, следы расчесов. Язык влажный, обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живота отмечается незначительная болезненность в правом подреберье, в точке желчного пузыря. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой методической скользящей пальпации по методу Образцова-Стражеско-Василенко пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра диаметром 2,0 см. Другие отделы толстого кишечника не пальпируются. Размеры печени по Курлову – 13,5х11,5х10 см. Печень пальпируется на 2 см ниже реберной дуги, край ее тестоватой консистенции. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не увеличена. Определяется положительный симптом Ортнера, Кера, Георгиевского-Мюсси.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 132 г/л, лейкоциты – 15 х 10^{9}/л, палочкоядерные нейтрофилы – 20 %, сегментоядерные нейтрофилы – 58 %, эозинофилы – 1 %, лимфоциты – 12 %, моноциты – 9 %, СОЭ – 21 мм/ч.

Биохимический анализ крови: уровень щелочной фосфотазы резко повышен.

Показатели инструментального исследования:

Ретроградная панкреатохолангиография: в общем желчном протоке много мелких конкрементов (см. рис).

Крмпьютерная томограмма: желчный пузырь увеличен, стенки уплотнены. Визуализируются конкременты (см. рис).

УЗ исследование: желчный пузырь увеличен. Стенки пузыря уплотнены наличием эхогенных включений, в просвете – конкременты (см. рис).

Холецистограмма: в области дна желчного пузыря визуализируются несколько мелких конкрементов (см. рис).

Вопросы:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 3

Больная М., 46 лет, домохозяйка, обратилась в клинику с жалобами на интенсивный зуд кожи преимущественно в вечернее время, незначительное увеличение в размерах живота, похудание за 2 года на 20 кг.

Анамнез заболевания. Больна 2,5 года, когда впервые появился кожный зуд, по поводу которого длительное время лечилась у дерматолога без эффекта. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния госпитализирована.

Объективно. Больная пониженного питания. Кожные покровы и склеры желтушны. Ксантелазмы век. Пергаментность кожи на стопах и голенях, большое количество расчесов. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой, методической пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные. Нижний край печени выступает из-под края реберной дуги на 4 см. Размеры печени по Курлову – 12 х 10 х 10 см. Селезенка не пальпируется. Стул объемный, пенистый.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 130 г/л, эритроциты – 3700 000, лейкоциты – 7800, палочкоядерные – 3 %, сегментоядерные – 78 %, лимфоциты – 17 %, моноциты – 5%, тромбоциты – 150 000, СОЭ – 36 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 7,8 г/л, альбумин – 4,0 отн %, холестерин – 7,8 мм/л, мочевина – 6,1 мм/л, креатинин – 101 мкм/л, глюкоза – 5,8 мм/л, общий билирубин – 182 мм/л, прямой билирубин – 162 мм/л, K^+ – 4,1 мэкв/л, Na^+ – 145 мэкв/л, АЛТ – 52 ЕД/л, АСТ – 48 ЕД/л, ЩФ – 720 ЕД/л, ГГТП – 460 ЕД/л.

Маркеры вирусных гепатитов не обнаружены.

Копрология: растительная непереваримая клетчатка – много.

Показатели инструментального исследования:

УЗИ органов брюшной полости: умеренная гепато- и спленомегалия, умеренное расширение воротной вены, в желчном пузыре 3 конкремента, общий желчный проток не расширен, небольшое кол-во свободной жидкости в брюшной полости.

ЭГДС: умеренно выраженное расширение вен пищевода. Признаки хронического гастрита.

Сканнограмма печени и селезенки: Неравномерная интенсивность изображения печени. Повышенное накопление радиофармпрепарата в селезенке.

Компьютерная томограмма: Поверхность печени бугристая. Структура паренхимы неоднородна за счет множественных, сливающихся между собой крупных узлов. Плотность печени 45-50 Н. Расширение воротной и селезеночной вен. Увеличение селезенки.

Вопросы:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 4

Больной А, 28 лет, поступил в клинику с жалобами на ноющие, голодные боли в эпигастральной области, которые снимаются приемом пищи и возникают вновь через 1,5-2 ч, тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение, снижение аппетита, запоры.

Анамнез заболевания. Впервые подобные жалобы возникли год назад, но боли быстро купировались приемом альмагеля в течение 2 недель. Из анамнеза известно, что ранее в течение многих лет наблюдался в поликлинике с диагнозом хронический гастрит. По работе имеет частые командировки, питание нерегулярное. Вредные привычки: часто на банкетах употребляет алкоголь в больших количествах. Семейный анамнез: у отца и дяди – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Объективно. Больной пониженного питания, астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, кожа сухая. Язык обложен белым налетом, на краях языка отмечаются отпечатки зубов. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в пилородуоденальной зоне. Симптом Менделя положительный. При глубокой методической пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко сигмовидная, восходящая, поперечная, нисходящая и слепая части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные. Нижний край печени не пальпируется. Размеры печени по Курлову – 9х8х7 см. Селезенка не увеличена. Стул оформленный, регулярный, обычного цвета.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 130 г/л, лейкоциты – 6,4 х 10^9/л, палочкоядерные – 1 %, сегментоядерные – 60 %, эозинофилы – 1 %, лимфоциты – 30 %, моноциты – 8 %, СОЭ - 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1020, белок, эритроциты и цилиндры отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 7,5 ммоль/л, холестерин – 4,2 ммоль/л, мочевина – 6,7 ммоль/л, креатинин – 86 ммоль/л, АЛТ – 16, АСТ – 21, ЛДГ – 380, общий билирубин – 12 ммоль/л.

Показатели инструментального исследования:

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка двенадцатиперстной кишки гиперемированная, отечная, блестящая с налетом фибрина, имеется язвенный дефект размером 1,2 см. Взята биопсия слизистой оболочки

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 5

Больной Р., 29 лет. Болен сахарным диабетом с 12 лет. Течение диабета лабильное, со склонностью к кетоацидозу. Постоянно находится на интенсифицированной инсулинотерапии, в настоящее время получает Хумулин NPH 16 ЕД перед завтраком и 10 ЕД перед ужином, Хумулин регуляр перед основными приемами пищи (завтрак, обед, ужин) 8/4/6 ЕД. В течение 5 лет отмечает снижение зрения, около года периодически появляются отеки нижних конечностей, повышение артериального давления.

Объективно: рост – 1,70 м, масса тела – 74 кг. Кожные покровы бледные, пастозность лица, голеней. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца смещена влево на 1 см от левой срединно-ключичной линии. При аускультации – тоны сердца ясные, ритм правильный. АД – 159/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: эритроциты – 4,0 х 10^{12}/л, Нв –124 г/л, цв. показ. – 0,93, лейкоциты – 6,8 х 10^9/л, э – 1%, п – 3%, с – 61%, л – 30%, м – 5%, СОЭ – 16 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет св. желт., реакция кислая, уд. вес 1030, белок – 0,099 г/л, эпителий плоский 2 – 3 в п/з, лейкоциты 3 – 4 в п/з, эритроциты 1 – 3 в п/з, бактерии (+).

Глюкоза крови натощак 14,0 ммоль/л. Суточный гликемический профиль 6.00 – 8,5 ммоль/л, 10.00 – 9,8 ммоль/л, 13.00 – 12,8 ммоль/л, 16.00 – 13,6 ммоль/л, 22.00 – 8,8 ммоль/л. Сахар мочи 16,8 ммоль/л.

Биохимический анализ крови: Общий белок – 62г/л, остаточный азот – 24 ммоль/л, креатинин – 0,08 ммоль/л, мочевина – 6,4 ммоль/л, холестерин – 6,7 ммоль/л.

Глазное дно: диски зр. нервов бледные, артерии сужены, вены расширены, микроаневризмы, точечные геморрагии.

Вопросы:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-7 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-7.2)

Клиническая задача1

Больная М., 46 лет, домохозяйка, обратилась в клинику с жалобами на интенсивный зуд кожи преимущественно в вечернее время, незначительное увеличение в размерах живота, похудание за 2 года на 20 кг.

Анамнез заболевания. Больна 2,5 года, когда впервые появился кожный зуд, по поводу которого длительное время лечилась у дерматолога без эффекта. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния госпитализирована.

Объективно. Больная пониженного питания. Кожные покровы и склеры желтушны. Ксантелазмы век. Пергаментность кожи на стопах и голенях, большое количество расчесов. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой, методической пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные. Нижний край печени выступает из-под края реберной дуги на 4 см. Размеры печени по Курлову – 12 х 10 х 10 см. Селезенка не пальпируется. Стул объемный, пенистый.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 130 г/л, эритроциты – 3700 000, лейкоциты – 7800, палочкоядерные – 3 %, сегментоядерные – 78 %, лимфоциты – 17 %, моноциты – 5%, тромбоциты – 150 000, СОЭ – 36 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 7,8 г/л, альбумин – 4,0 отн %, холестерин – 7,8 мм/л, мочевина – 6,1 мм/л, креатинин – 101 мкм/л, глюкоза – 5,8 мм/л, общий билирубин – 182 мм/л, прямой билирубин – 162 мм/л, K^+ – 4,1 мэкв/л, Na^+ – 145 мэкв/л, АЛТ – 52 ЕД/л, АСТ – 48 ЕД/л, ЩФ – 720 ЕД/л, ГГТП – 460 ЕД/л.

Маркеры вирусных гепатитов не обнаружены.

Копрология: растительная непереваримая клетчатка – много.

Показатели инструментального исследования:

УЗИ органов брюшной полости: умеренная гепато- и спленомегалия, умеренное расширение воротной вены, в желчном пузыре 3 конкремента, общий желчный проток не расширен, небольшое кол-во свободной жидкости в брюшной полости.

ЭГДС: умеренно выраженное расширение вен пищевода. Признаки хронического гастрита.

Сканнограмма печени и селезенки: Неравномерная интенсивность изображения печени. Повышенное накопление радиофармпрепарата в селезенке.

Компьютерная томограмма: Поверхность печени бугристая. Структура паренхимы неоднородна за счет множественных, сливающихся между собой крупных узлов. Плотность печени 45-50 Н. Расширение воротной и селезеночной вен. Увеличение селезенки.

Вопросы:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача2

Больная М., 27 лет, поступила в клинику с жалобами на общее недомогание, ощущение слабости, снижение работоспособности, отеки век, лица, поясницы, нижних конечностей, тупые, ноющие, продолжительные боли слабой интенсивности в поясничной области, уменьшение выделения мочи.

Из анамнеза известно, что больная с детства болеет частыми ангинами. Три недели назад, после перенесенной ангины стала отмечать снижение работоспособности, отеки век преимущественно по утрам, кратковременные изменения цвета мочи (моча цвета мясных помоев). К врачам не обращалась. Неделю назад появились выраженные отеки лица, ног, поясницы, боли в поясничной области.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, частые ангины, ОРЗ, пневмония. Больная работает парикмахером, профессиональных вредностей не имеет. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: у матери 47 лет – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца 50 лет – гипертоническая болезнь. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела – 36,8 °С. Лицо бледное, одутловатое, веки отечны, глаза сужены. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. Выраженные отеки век, лица, лодыжек и поясницы. Грудная клетка конической формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания – 20 в мин. При сравнительной перкуссии ясный, легочный звук. При топографической перкуссии границы легких без патологии. При аускультации легких: дыхание везикулярное. Бронхофония не изменена.

При аускультации сердца: тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 78 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД – 130/80 мм рт. ст.

Живот обычной формы, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется, болезненность в области верхней и нижней мочеточниковой точках не определяется.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: уровень НЬ – 110 г/л, количество эритроцитов – 4,1 х 10^{12}/л, цветной показатель – 0,9, количество лейкоцитов – 6,8 х 10^{9}/л, сегментоядерные – 76%, палочкоядерные – 1 %, эозинофилы – 2 %, моноциты – 2 % лимфоциты – 15 %, СОЭ – 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1,018, белок – 1,066 г/л, эритроциты – 10-12 в поле зрения, лейкоциты – 7-8 в поле зрения.

Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты – 6000 в 1 мл, лейкоциты – 3000 в 1 мл, цилиндров не обнаружено.

Суточная протеинурия – 1,8 г.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, альбумины – 33 г/л, белки плазмы крови (электрофоретическое разделение): α1-глобулин – 8 %; a_2-глобулин – 13 %; ß-глобулин – 15 %, γ-глобулин – 20 %, креатинин – 130 мкмоль/л, мочевина сыворотки крови – 7,9 ммоль/л, калий – 4 ммоль/л.

Комплемент СЗ – 70 мг %. **Антистрептолизин-О** – 525 ЕД.

Бактериологическое исследование мазка из зева — патологической микрофлоры не выявлено.

Показатели инструментального исследования:

УЗИ почек: размеры правой и левой почек – 120 х 62 см, толщина паренхимы – 18 мм. Чашечно-лоханочная система не изменена.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 3

Больной А, 28 лет, поступил в клинику с жалобами на ноющие, голодные боли в эпигастральной области, которые снимаются приемом пищи и возникают вновь через 1,5-2 ч, тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение, снижение аппетита, запоры.

Анамнез заболевания. Впервые подобные жалобы возникли год назад, но боли быстро купировались приемом альмагеля в течение 2 недель. Из анамнеза известно, что ранее в течение многих лет наблюдался в поликлинике с диагнозом хронический гастрит. По работе имеет частые командировки, питание нерегулярное. Вредные привычки: часто на банкетах употребляет алкоголь в больших количествах. Семейный анамнез: у отца и дяди – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Объективно. Больной пониженного питания, астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, кожа сухая. Язык обложен белым налетом, на краях языка отмечаются отпечатки зубов. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в пилородуоденальной зоне. Симптом Менделя положительный. При глубокой методической пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко сигмовидная, восходящая, поперечная, нисходящая и слепая части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные. Нижний край печени не пальпируется. Размеры печени по Курлову – 9х8х7 см. Селезенка не увеличена. Стул оформленный, регулярный, обычного цвета.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 130 г/л, лейкоциты – 6,4 х 10^9/л, палочкоядерные – 1 %, сегментоядерные – 60 %, эозинофилы – 1 %, лимфоциты – 30 %, моноциты – 8 %, СОЭ - 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1020, белок, эритроциты и цилиндры отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 7,5 ммоль/л, холестерин – 4,2 ммоль/л, мочевина – 6,7 ммоль/л, креатинин – 86 ммоль/л, АЛТ – 16, АСТ – 21, ЛДГ – 380, общий билирубин – 12 ммоль/л.

Показатели инструментального исследования:

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка двенадцатиперстной кишки гиперемированная, отечная, блестящая с налетом фибрина, имеется язвенный дефект размером 1,2 см. Взята биопсия слизистой оболочки

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 4

Больная М., 46 лет, домохозяйка, обратилась в клинику с жалобами на интенсивный зуд кожи преимущественно в вечернее время, незначительное увеличение в размерах живота, похудание за 2 года на 20 кг.

Анамнез заболевания. Больна 2,5 года, когда впервые появился кожный зуд, по поводу которого длительное время лечилась у дерматолога без эффекта. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния госпитализирована.

Объективно. Больная пониженного питания. Кожные покровы и склеры желтушны. Ксантелазмы век. Пергаментность кожи на стопах и голенях, большое количество расчесов. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой, методической пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные. Нижний край печени выступает из-под края реберной дуги на 4 см. Размеры печени по Курлову – 12 х 10 х 10 см. Селезенка не пальпируется. Стул объемный, пенистый.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 130 г/л, эритроциты – 3700 000, лейкоциты – 7800, палочкоядерные – 3 %, сегментоядерные – 78 %, лимфоциты – 17 %, моноциты – 5%, тромбоциты – 150 000, СОЭ – 36 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 7,8 г/л, альбумин – 4,0 отн %, холестерин – 7,8 мм/л, мочевина – 6,1 мм/л, креатинин – 101 мкм/л, глюкоза – 5,8 мм/л, общий билирубин – 182 мм/л, прямой билирубин – 162 мм/л, K^+ – 4,1 мэкв/л, Na^+ – 145 мэкв/л, АЛТ – 52 ЕД/л, АСТ – 48 ЕД/л, ЩФ – 720 ЕД/л, ГГТП – 460 ЕД/л.

Маркеры вирусных гепатитов не обнаружены.

Копрология: растительная неперевариваемая клетчатка – много.

Показатели инструментального исследования:

УЗИ органов брюшной полости: умеренная гепато- и спленомегалия, умеренное расширение воротной вены, в желчном пузыре 3 конкремента, общий желчный проток не расширен, небольшое кол-во свободной жидкости в брюшной полости.

ЭГДС: умеренно выраженное расширение вен пищевода. Признаки хронического гастрита.

Сканнограмма печени и селезенки: Неравномерная интенсивность изображения печени. Повышенное накопление радиофармпрепарата в селезенке.

Компьютерная томограмма: Поверхность печени бугристая. Структура паренхимы неоднородна за счет множественных, сливающихся между собой крупных узлов. Плотность печени 45-50 Н. Расширение воротной и селезеночной вен. Увеличение селезенки.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 5

Больная И. 73 года обратилась с жалобами на давящие боли за грудиной, возникающие при ходьбе до 50 м (по дому), иррадиирующие в левую руку, купируются в покое или после приема нитроглицерина в течение 5-7 мин. Кроме этого, больную беспокоит одышка при небольшой физической нагрузке, сердцебиение. Периодически в вечернее время отмечает появление отеков нижних конечностей.

Из анамнеза известно, что 25 лет страдает АГ, максимальное АД 200 мм рт ст, адаптирована к АД 130/80 мм рт ст, регулярно принимает эналаприл. Около 5 лет отмечает одышку, сердцебиение при ходьбе, к врачам не обращалась. Последние 2 года периодически стала отмечать боли в грудной клетке при ускорении ходьбы, подъеме по лестнице. По рекомендации участкового терапевта постоянно принимала нитросорбид. В течение последнего года боли в грудной клетке участились, стали возникать при меньшей физической нагрузке. Больная уменьшила свою физическую активность, перестала выходить на улицу.

При осмотре: Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледно-розовые, цианоз губ, пастозность нижних конечностей. Повышенного питания. ИМТ 36. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 84 в мин, АД 180/90 мм рт ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, б/б. Печень не увеличена.

При обследовании: холестерин 7.2 ммоль/л, сахар 6.8 ммоль/л. На ЭКГ синусовый ритм, единичные желудочковые экстрасистолы, сглаженные и двуфазные «Т» в I, II, aVL, V1-V3 отведениях.

При ЭХО-КГ склероз стенок аорты, аортального клапана, гипертрофия миокарда ЛЖ, субэндокардиальный фиброз миокарда передней стенки левого желудочка. Сократительная функция снижена ФВ 40%. Диастолическая дисфункция левого желудочка.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-7 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-7.3)

Клиническая задача1

Больной П., 30 лет, госпитализирован в стационар с жалобами на слабость, утомляемость, головокружение, нарушение речи. Ранее периодически отмечал боли в прекардиальной области колющего и давящего характера, сердцебиение.

Несколько лет назад перенес инфекционный эндокардит, осложненный мезентериальным тромбозом. В течение длительного времени находился на стационарном лечении, от последующего направления на хирургическое лечение отказался.

Больной курит, ранее употреблял наркотики, сейчас отрицает.

При объективном осмотре состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, определяется пульсация зрачков, капиллярный пульс, симптом Мюссе. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы. ЧДД 18 в мин. Верхушечный толчок разлитой, смещен влево и вниз. Границы относительной сердечной тупости расширены влево. Тоны сердца ослаблены, диастолический шум убывающего характера во втором межреберье справа и в точке Боткина. ЧСС 96 в мин., АД 130/40 мм рт ст. Выслушивается двойной тон Траубе и двойной шум Дюрозье над бедренной артерией. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

Общ.ан.крови: Нв 116 г/л, Л 5,3 х10х9/л, тр 170х10х9/л, СОЭ 34 мм/ч.

Общ.ан.мочи: отн.плотность 1013, Белок– 0,1 г/л, Л 1-3 в п/зр, Эр 1-2 в п/зр.

ЭКГ: смещение ЭОС влево. Косонисходящая депрессия ST и отрицательный T в V5-V6. Преходящая А-В блокада 2 ст.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 2

Больной Г., 50 лет доставлен в приемный покой с места работы, где он почувствовал внезапную слабость, головокружение, потерял сознание.

В течение последнего месяца испытывал изжогу, боль в животе после еды, накануне боли уменьшились, двукратно был черный жидкий стул.

Пациент и ранее отмечал боли в животе, но к врачам не обращался. Страдает артритом плечевого сустава и регулярно принимает ибупрофен. Из вредных привычек называет курение, выкуривает по 1,5 пачки сигарет в день. Отец больного умер от рака желудка.

При осмотре состояние тяжелое, кожные покровы и слизистые бледные. На лбу холодный пот. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧДД 20 в мин. Сердечные тоны приглушены, на верхушке систолический шум, ЧСС 98 в мин. АД 90/60 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный.

Ан крови в приемном покое: Нв 72 г/л, Л 6,8х10х9/л, СОЭ 18 мм/ч

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 3

Больная М., 36 лет обратилась на амбулаторный прием с жалобами на одышку при физической нагрузке, кашель, повышенную утомляемость, сердцебиение.

В подростковом возрасте находилась на лечении в стационаре по поводу болей в суставах и повышенной температуры. Известно, что в это период был «шум в сердце». В дальнейшем в течение нескольких лет получала инъекции бициллина. Настоящее ухудшение в течение последнего года.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание с жестким оттенком, в нижних отделах – влажные мелкопузырчатые хрипы, ЧДД 18 в мин. Граница относительной сердечной тупости смещена влево и вверх. Тоны сердца приглушены, на верхушке I тон ослаблен, выслушивается грубый систолический шум, проводящийся в подмышечную область. ЧСС 78 в мин., АД 110/70 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены, отеков нет.

Общий анализ крови и мочи без патологии.

Через несколько дней после посещения терапевта – приступ сердцебиения, сопровождающийся одышкой и страхом смерти. При осмотре выявлен симптом дефицита пульса.

Врачом скорой помощи проведена запись ЭКГ: зарегистрировано отсутствие зубца Р во всех отведениях, наличие волн f, различная величина интервалов R-R. ЧСС 108-125 в мин.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 4

Больная В., 48 лет обратилась к терапевту с жалобами на периодические «опоясывающие» боли в верхних отделах живота, урчание в животе, вздутие живота, тошноту после еды, особенно жареной, копченой пищи, неоформленный стул до 3-5 раз в день. При ухудшении состояния принимает но-шпу, которая несколько облегчает ее состояние.

При осмотре состояние больной средней тяжести. Кожные покровы и слизистые сухие, субиктеричные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца звучные, шумов нет. ЧСС 72 в мин. АД 125/70 мм рт ст. Живот болезненный в зоне Шоффара, положительные симптомы Дежардена, Мюсси, гиперестезия в зоне VIII-IX грудных позвонков. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный. Отеков нет.

В общеклиническом и биохимическом анализе крови: Нв 1109 г/л, Л 14х10х9/л, п/я 8 %, с/я 68 %, лимф 19 %, моноциты 5 %, СОЭ 37 мм/ч. АСТ 28 Ед/л, АЛТ 37 Ед/л, амилаза 285 МЕ/л, ЩФ 200 МЕ/л.

Ан.мочи – диастаза 256 МЕ/л.

Ан.кала: в большом кол-ве мышечные волокна, жиры.

ЭГДС: в желудке слизь в большом количестве, слизистая 12-перстной кишки гиперемирована.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 5

Больная В., 48 лет обратилась к терапевту с жалобами на периодические «опоясывающие» боли в верхних отделах живота, урчание в животе, вздутие живота, тошноту после еды, особенно жареной, копченой пищи, неоформленный стул до 3-5 раз в день. При ухудшении состояния принимает но-шпу, которая несколько облегчает ее состояние.

При осмотре состояние больной средней тяжести. Кожные покровы и слизистые сухие, субиктеричные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца звучные, шумов нет. ЧСС 72 в мин. АД 125/70 мм рт ст. Живот болезненный в зоне Шоф-

фара, положительные симптомы Дежардена, Мюсси, гиперестезия в зоне VIII-IX грудных позвонков. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный. Отеков нет.

В общеклиническом и биохимическом анализе крови: Нв 1109 г/л, Л 14х10х9/л, п/я 8 %, с/я 68 %, лимф 19 %, моноциты 5 %, СОЭ 37 мм/ч. АСТ 28 Ед/л, АЛТ 37 Ед/л, амилаза 285 МЕ/л, ЩФ 200 МЕ/л.

Ан.мочи – диастаза 256 МЕ/л.

Ан.кала: в большом кол-ве мышечные волокна, жиры.

ЭГДС: в желудке слизь в большом количестве, слизистая 12-перстной кишки гиперемирована.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

8 семестр

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-4 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-4.1)

Клиническая задача1

Больная К., 26 лет, поступила жалобами на лихорадку до 38 °С, потливость, слабость, одышку смешанного характера при минимальной физической нагрузке, боли в нижних отделах грудной клетки справа, усиливающиеся при глубоком вдохе, кашле, сухой кашель, ощущение сердцебиения, нарастающее при небольшой физической нагрузке.

Заболела остро около 2-х месяцев назад, когда впервые появилась лихорадка до 39 °С с ознобами, потливостью и слабостью, боли в нижних отделах грудной клетки справа. Расценила свое состояние как проявление ОРВИ. Принимала жаропонижающие средства без эффекта. На рентгенограмме грудной клетки выявлена правосторонняя нижнедолевая пневмония. Принимала сумамед в адекватной дозе. Несмотря на это, появился сухой кашель, усилились боли в грудной клетки, появилась одышка сначала при умеренной, затем при небольшой физической нагрузке. Была госпитализирована в стационар с диагнозом двусторонняя пневмония, распространенная эмпиема плевры справа с деструкцией легочной ткани. Получала парентеральную терапию гентамицином, ванкомицином, метронидазолом, цефтриаксоном. На этом фоне отмечена положительная динамика состояния, однако при контрольной рентгенографии выявлены признаки формирования абсцесса в верхней доле левого легкого, сохраняющейся эмпиемы плевры, пневмонии в нижней доле правого легкого. Была переведена в торакальное отделение.

Семейный анамнез без особенностей. *Вредные привычки* отрицает

Гинекологический анамнез: 2 беременности, 4 аборта, последний за 2 месяца до начала заболевания.

При осмотре состояние тяжелое. Температура тела – 38,5 °С. Кожные покровы бледные, влажные. ЧД – 20/мин. При перкуссии выявляется выраженное притупление звука в нижних отделах справа до уровня V ребра, притупление звука в верхних отделах левого легкого. При аускультации: дыхание бронхиальное, в верхних отделах слева – ослабленное, в нижних отделах справа на фоне резкого ослабления дыхания выслушивается крепитация. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС – 120 уд/мин, над мечевидным отростком грудины выслушивается нечеткий, дующий систолический шум, который немного усиливается на высоте вдоха с задержкой дыхания. Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, дефицита пульса нет. Вдоль кубитальных вен следы инъекций. АД – 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 103 г/л, эритроциты – 3,34 х 10^{12}/л, лейкоциты – 13,6 х 10^{9}/л, лейкоцитарная формула: палочкоядерные – 2 %, сегментоядерные – 75 %, эозинофилы – 0 %, лимфоциты – 19 %, моноциты – 4 %, СОЭ – 60 мм/ч.

Биохимический анализ крови без особенностей. HCV+. Австралийский антиген, реакция Вассермана, ВИЧ отрицательный.

Общий анализ мочи: уд. вес – 1018, белок – следы, лейкоциты – 3-4 в поле зрения, эритроциты – 2-3 в поле зрения, цилиндров нет.

Показатели инструментального исследования:

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 115/мин, очаговых и диффузных изменений не выявлено.

Рентгенография органов грудной клетки: инфильтрация в нижней доле правого легкого, уровень жидкости до IV-V ребер, очаговая инфильтрация в верхней доле правого легкого.

Эхо-КГ: пролапс передней створки трикуспидального клапана III степени (до 14-16 мм) с перфорацией створки в области пролабирующего сегмента, на котором фиксирована подвижная эхогенная структура размером до 1,2 х 2,2 см. Признаки умереннно тяжелой трикуспидальной недостаточности. Аортальный, митральный и клапан легочной артерии интактны.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача2

Больной П., 43 года, госпитализирован в кардиологическое отделение с жалобами на сердцебиение, перебои в работе сердца, дискомфорт в области сердца, отеки нижних конечностей, тяжесть в правом подреберье, не связанную с приемом пищи, увеличение размеров живота на фоне общего похудения.

Анамнез заболевания: считает себя больным около пяти лет, когда периодически, в основном при эмоциональном перенапряжении, стали беспокоить эпизоды сердцебиения, сопровождающиеся головокружением, тошнотой, внезапно появляющиеся и внезапно исчезающие спустя 2-3 мин. В последующем эпизоды сердцебиения прекратились, в течение последних 3 лет пульс был постоянно аритмичным. Самочувствие ухудшилось в течение 6 месяцев, когда появилась слабость, утомляемость, одышка при подъеме по лестнице до первого этажа, отечность голеней и стоп. Отмечает прибавку веса на 6 кг за последние полгода, в то же время лицо и руки похудели. В связи с отеками по совету родственников начал принимать фуросемид – 40 мг 2 раза в неделю. Отеки ног сохранялись, одышка усилилась, значительно ограничивая бытовую физическую активность, что и стало причиной госпитализации.

Семейный анамнез: бабушка и отец больного страдали заболеванием сердца и умерли до 45 лет.

При осмотре: состояние тяжелое. Положение ортопноэ. Телосложение астеничное. Рост – 170 см, вес – 65 кг. Кожные покровы бледные, губы цианотичные, акроцианоз. Отмечается гипермобильность суставов. Отеки голеней, стоп. При аускультации легких в базальных отделах легких, больше слева, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. При перкуссии в нижних отделах легких отмечается притупление перкуторного звука. Тахипноэ – до 24 уд/мин. Верхушечный толчок ослабленный, разлитой. Границы относительной сердечной тупости: левая – по передней подмышечной линии, верхняя – по II межреберью, правая – на 4 см латеральнее правого края грудины. Тоны сердца глухие, протодиастолический ритм галопа, мерцательная аритмия. На верхушке выслушивается дующий систолический шум с проведением в левую подмышечную область. ЧСС = 110-120 уд/мин. Ps = 80-90 уд/мин. АД – 110/70 мм рт. ст. Пульс мягкий, слабого наполнения, ненапряжен, аритмичен. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову – 15 х 13 х 8 см. Край печени на

4 см выступает из-под края реберной дуги, мягко-эластичной консистенции, закруглен. Почки не пальпируются.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 136 г/л, эритроциты – 4,2 х 10^{12}, лейкоциты – 6,4 х 10^{9}, эозинофилы – 2 %, палочкоядерные нейтрофилы – 2 %, сегментоядерные нейтрофилы – 68 %, моноциты – 15 %, лимфоциты – 13 %, СОЭ – 8 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 7,4, креатинин – 78 мкм/л, мочевина – 5,2 мм/л, АЛТ – 24 ЕД, АСТ – 30 ЕД, K^{+} – 4,6 мэкв/л, Na^{+} – 141 мэкв/л, холестерин – 3,2 мм/л, триглицериды – 0,8 мм/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1019, белок – следы, глюкоза – нет, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты – нет, цилиндры – нет.

Показатели инструментального исследования:

На **ЭКГ** зубцов Р нет, разные расстояния RR. ЧСС – 80-156 уд/мин. Волны f.

ЭхоКГ: Стенки аорты и створки аортального клапана не изменены, движение створок не нарушено. Полость правого предсердия – 4,6 см. Левый желудочек дилатирован (КДР – 5,8 см, КСР – 5,2 см), толщина межжелудочковой перегородки – 1,0 см, задней стенки – 0,9 см. Полость правого желудочка расширена до 4,3 см. Митральная регургитация II-III ст. Трикуспидальная регургитация II ст. Повышение давления на a. pulmonalis. Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) – около 30 %. Гидроперикард.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 3

Больной К., машинист поезда, 50 лет, некурящий, спортивного вида, обратился в поликлинику по поводу появления впервые в жизни кратковременных сжимающих загрудинных болей при подъеме на 3 этаж, проходящих после небольшого отдыха.

Семейный анамнез: мать больного 73 лет страдает сахарным диабетом 2-го типа и облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, отец больного умер в возрасте 57 лет от рака легких.

При осмотре состояние удовлетворительное. Температура тела – 36,4 °С. Больной нормостенического телосложения, рост – 178 см, вес – 74 кг, ИМТ – 23,3 кг/$м^2$. Грудная клетка конической формы. Грудная клетка в дыхании участвует симметрично, подвижность ее снижена. Брюшной тип дыхания. Пальпация грудной клетки безболезненна. Голосовое дрожание ощущается симметрично с обеих сторон. ЧД – 16 уд/мин. При аускультации определяется везикулярное дыхание, хрипов нет. Бронхофония в симметричных участках грудной клетки ощущается примерно с одинаковой силой. Верхушечный толчок невидимый, пальпируется в V межреберье на 2 см кнутри от левой среднеключичной линии, разлитой, высокий, усиленный, резистентный. Сердечный толчок отсутствует. При аускультации тоны сердца приглушены. ЧСС – 70 уд/мин. Ритм правильный, шумов нет. Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, синхронный, аритмичный с частотой 70 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Дефицита пульса нет. При аускультации артерий патологических изменений нет. АД – 120/70 мм рт. ст.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печеночной тупости по Курлову – 9 х 8 х 7 см. Печень пальпируется у края правой реберной дуги, край печени мягкий, острый, ровный, гладкий, безболезненный.

Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон

Показатели инструментальног исследования:

ЭКГ покоя: в пределах нормы.

ЭКГ с дозированной физической нагрузкой – см рис

Вопросы:
1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 4

Больная Л., 63 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое, приступы удушья в ночное время, возникающие в горизонтальном положении, кашель с выделением небольшого количества мокроты с примесью крови, выраженные отеки нижних конечностей, повышение температуры тела до 38 °С, слабость. Из анамнеза известно, что больная с детского возраста страдает ревматизмом с формированием порока сердца. Настоящее ухудшение в течение последнего месяца, которое больная связывает с переохлаждением.

При осмотре состояние тяжелое, положение ортопноэ. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, на лице – румянец щек с цианотичным оттенком, акроцианоз. Выраженные отеки голеней и стоп. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧД – 24 уд/мин. При сравнительной перкуссии отмечается притупление перкуторного звука в нижних долях обоих легких. Топографическая перкуссия нижних границ легких: окологрудинная линия (правое легкое) – V межреберье, среднеключичная (правое легкое) – VI ребро, передняя подмышечная – VII ребро, средняя подмышечная – VIII ребро, задняя подмышечная – IX ребро, лопаточная – X ребро, околопозвоночная – остистый отросток XI грудного позвонка.

При аускультации легких – дыхание жесткое, ослабленное в нижних отделах, выслушиваются влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. В нижней доле правого легкого выслушивается крепитация. Грудная клетка в области сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая – 3 см кнаружи от правого края грудины, левая – 2,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя – верхний II ребра. При аускультации сердца выслушивается хлопающий I тон, тон открытия митрального клапана, протодиастолический шум, акцент II тона над легочной артерией. Ритм сердечных сокращений правильный, ЧСС – 90 уд/мин, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот нормальной формы, симметричен. При перкуссии живота отмечается тимпанит. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная и слепая кишка нормальной консистенции, безболезненные.

Размеры печени: по правой передней подмышечной – 14 см, по правой среднеключичной – 13 см, по правой окологрудинной – 12 см. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, край закруглен, чувствительный при пальпации. Область почек не изменена, болезненности в области мочеточниковых точек нет. Селезенка не увеличена.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 125 г/л, эритроциты – 4 млн, лейкоциты – 9,6 тыс., эозинофилы – 2 %, палочкоядерные – 5 %, сегментоядерные – 68 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 5 %, СОЭ – 19 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1021, реакция кислая, белок, глюкоза, эритроциты отсутствуют, лейкоциты – 2-3 в поле зрения.

Ревмопробы: СРБ – положительный, титр антистрептолизина -О – 160 (норма – до 250), титр антигиалуронидазы –200 (норма – до 300).

Показатели инструментального исследования:

Рентгенография органов грудной полости: см рис

ЭхоКГ: створки митрального клапана утолщены. Площадь левого атриовентрикулярного отверстия – 2,2 см^2 (норма – 4-6 см^2). Другие клапаны интактны. Фракция выброса левого желудочка – 30 % (норма – 50-70 %). Легочная гипертензия.

Вопросы:
1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 5

Больная В., 49 лет, жалуется на головные боли в затылочной области, возникающие после эмоционального перенапряжения и сопровождающиеся мельканием мушек перед глазами, ощущением сердцебиения.

Из анамнеза известно, что с 40 лет страдает бронхиальной астмой. Выявлена положительная реакция на домашнюю пыль, пыльцу злаков. Постоянно принимает сальметерол, будесонид в среднетерапевтических дозах с хорошим стойким эффектом. Обострения бронхиальной астмы развиваются один раз в 2-3 года, чаще в период цветения растений, а также на фоне ОРВИ. Последнее обострение было 2,5 года назад. Приступы удушья возникают редко, быстро купируются сальбутамолом. В течение последних двух лет после тяжелого стресса (болезнь отца) впервые появились и стали беспокоить головные боли, преимущественно в затылочной области. Боли возникали редко, всегда на фоне эмоционального перенапряжения, сопровождались ощущением сердцебиения, мельканием мушек перед глазами, редко тошнотой. Различные анальгетики головную боль не купировали. Неделю назад впервые измерила АД во время приступа боли: 150/100 мм рт. ст.

Семейный анамнез: мать пациентки 71 года страдает гипертонической болезнью, отец пациентки 74 лет также страдает гипертонической болезнью, 2 года назад перенес инсульт. Вредных привычек нет.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Индекс массы тела – 24,3 кг/м^2. Кожные покровы бледно-розовые, умеренно влажные, эластичные. Отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Форма грудной клетки цилиндрическая, перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. ЧД – 16 уд/мин, при аускультации легких дыхание жесткое, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1,5 см кнаружи от правого края грудины в IV межреберье, левая – 1 см кнутри от левой среднеключичной линии в V межреберье, верхняя – верхний край III ребра. Тоны сердца ритмичные, ЧСС — 88 уд/мин, I и II тон над верхушкой ясные, шумов нет. Пульс ритмичный, без дефицита, напряженный. АД – 140/90 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный.. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: гемоглобин – 136 г/л, лейкоциты – 5,6 х 10^9/л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ – 8 мм/ч. Биохимический анализ крови в норме. Общий анализ мочи: уд. вес – 1018, белок, глюкоза отсутствуют, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты отсутствуют. Трехстаканный анализ мочи: белок отсутствует во всех порциях, лейкоциты 350-300-abs, эритроциты отсутствуют. Уровень ТТГ в норме.

Показатели инструментального исследования:

ЭхоКГ: толщина задней стенки и межжелудочковой перегородки – 0,9 см,

ЭКГ (см рис)

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, нормальных размеров, контуры ровные, чашечно-лоханочная система не расширена, конкрементов нет.

Окулист: очаговое сужение артерий сетчатки.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-4 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-4.2)

Клиническая задача1

Больная К., 26 лет, поступила жалобами на лихорадку до 38 °С, потливость, слабость, одышку смешанного характера при минимальной физической нагрузке, боли в нижних отде-

лах грудной клетки справа, усиливающиеся при глубоком вдохе, кашле, сухой кашель, ощущение сердцебиения, нарастающее при небольшой физической нагрузке.

Заболела остро около 2-х месяцев назад, когда впервые появилась лихорадка до 39 °С с ознобами, потливостью и слабостью, боли в нижних отделах грудной клетки справа. Расценила свое состояние как проявление ОРВИ. Принимала жаропонижающие средства без эффекта. На рентгенограмме грудной клетки выявлена правосторонняя нижнедолевая пневмония. Принимала сумамед в адекватной дозе. Несмотря на это, появился сухой кашель, усилились боли в грудной клетки, появилась одышка сначала при умеренной, затем при небольшой физической нагрузке. Была госпитализирована в стационар с диагнозом двусторонняя пневмония, распространенная эмпиема плевры справа с деструкцией легочной ткани. Получала парентеральную терапию гентамицином, ванкомицином, метронидазолом, цефтриаксоном. На этом фоне отмечена положительная динамика состояния, однако при контрольной рентгенографии выявлены признаки формирования абсцесса в верхней доле левого легкого, сохраняющейся эмпиемы плевры, пневмонии в нижней доле правого легкого. Была переведена в торакальное отделение.

Семейный анамнез без особенностей. *Вредные привычки* отрицает

Гинекологический анамнез: 2 беременности, 4 аборта, последний за 2 месяца до начала заболевания.

При осмотре состояние тяжелое. Температура тела – 38,5 °С. Кожные покровы бледные, влажные. ЧД – 20/мин. При перкуссии выявляется выраженное притупление звука в нижних отделах справа до уровня V ребра, притупление звука в верхних отделах левого легкого. При аускультации: дыхание бронхиальное, в верхних отделах слева – ослабленное, в нижних отделах справа на фоне резкого ослабления дыхания выслушивается крепитация. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС – 120 уд/мин, над мечевидным отростком грудины выслушивается нечеткий, дующий систолический шум, который немного усиливается на высоте вдоха с задержкой дыхания. Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, дефицита пульса нет. Вдоль кубитальных вен следы инъекций. АД – 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 103 г/л, эритроциты – 3,34 х 10^{12}/л, лейкоциты – 13,6 х 10^{9}/л, лейкоцитарная формула: палочкоядерные – 2 %, сегментоядерные – 75 %, эозинофилы – 0 %, лимфоциты – 19 %, моноциты – 4 %, СОЭ – 60 мм/ч.

Биохимический анализ крови без особенностей. HCV+. Австралийский антиген, реакция Вассермана, ВИЧ отрицательный.

Общий анализ мочи: уд. вес – 1018, белок – следы, лейкоциты – 3-4 в поле зрения, эритроциты – 2-3 в поле зрения, цилиндров нет.

Показатели инструментального исследования:

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 115/мин, очаговых и диффузных изменений не выявлено.

Рентгенография органов грудной клетки: инфильтрация в нижней доле правого легкого, уровень жидкости до IV-V ребер, очаговая инфильтрация в верхней доле правого легкого.

Эхо-КГ: пролапс передней створки трикуспидального клапана III степени (до 14-16 мм) с перфорацией створки в области пролабирующего сегмента, на котором фиксирована подвижная эхогенная структура размером до 1,2 х 2,2 см. Признаки умереннно тяжелой трикуспидальной недостаточности. Аортальный, митральный и клапан легочной артерии интактны.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача2

Больной П., 43 года, госпитализирован в кардиологическое отделение с жалобами на сердцебиение, перебои в работе сердца, дискомфорт в области сердца, отеки нижних конечностей, тяжесть в правом подреберье, не связанную с приемом пищи, увеличение размеров живота на фоне общего похудения.

Анамнез заболевания: считает себя больным около пяти лет, когда периодически, в основном при эмоциональном перенапряжении, стали беспокоить эпизоды сердцебиения, сопровождающиеся головокружением, тошнотой, внезапно появляющиеся и внезапно исчезающие спустя 2-3 мин. В последующем эпизоды сердцебиения прекратились, в течение последних 3 лет пульс был постоянно аритмичным. Самочувствие ухудшилось в течение 6 месяцев, когда появилась слабость, утомляемость, одышка при подъеме по лестнице до первого этажа, отечность голеней и стоп. Отмечает прибавку веса на 6 кг за последние полгода, в то же время лицо и руки похудели. В связи с отеками по совету родственников начал принимать фуросемид – 40 мг 2 раза в неделю. Отеки ног сохранялись, одышка усилилась, значительно ограничивая бытовую физическую активность, что и стало причиной госпитализации.

Семейный анамнез: бабушка и отец больного страдали заболеванием сердца и умерли до 45 лет.

При осмотре: состояние тяжелое. Положение ортопноэ. Телосложение астеничное. Рост – 170 см, вес – 65 кг. Кожные покровы бледные, губы цианотичные, акроцианоз. Отмечается гипермобильность суставов. Отеки голеней, стоп. При аускультации легких в базальных отделах легких, больше слева, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. При перкуссии в нижних отделах легких отмечается притупление перкуторного звука. Тахипноэ – до 24 уд/мин. Верхушечный толчок ослабленный, разлитой. Границы относительной сердечной тупости: левая – по передней подмышечной линии, верхняя – по II межреберью, правая – на 4 см латеральнее правого края грудины. Тоны сердца глухие, протодиастолический ритм галопа, мерцательная аритмия. На верхушке выслушивается дующий систолический шум с проведением в левую подмышечную область. ЧСС = 110-120 уд/мин. Ps = 80-90 уд/мин. АД – 110/70 мм рт. ст. Пульс мягкий, слабого наполнения, ненапряжен, аритмичен. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову – 15 х 13 х 8 см. Край печени на 4 см выступает из-под края реберной дуги, мягко-эластичной консистенции, закруглен. Почки не пальпируются.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 136 г/л, эритроциты – 4,2 х 10^{12}, лейкоциты – 6,4 х 10^{9}, эозинофилы – 2 %, палочкоядерные нейтрофилы – 2 %, сегментоядерные нейтрофилы – 68 %, моноциты – 15 %, лимфоциты – 13 %, СОЭ – 8 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 7,4, креатинин – 78 мкм/л, мочевина – 5,2 мм/л, АЛТ – 24 ЕД, АСТ – 30 ЕД, K^+ – 4,6 мэкв/л, Na^+ – 141 мэкв/л, холестерин – 3,2 мм/л, триглицериды – 0,8 мм/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1019, белок – следы, глюкоза – нет, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты – нет, цилиндры – нет.

Показатели инструментального исследования:

На **ЭКГ** зубцов Р нет, разные расстояния RR. ЧСС – 80-156 уд/мин. Волны f.

ЭхоКГ: Стенки аорты и створки аортального клапана не изменены, движение створок не нарушено. Полость правого предсердия – 4,6 см. Левый желудочек дилатирован (КДР – 5,8 см, КСР – 5,2 см), толщина межжелудочковой перегородки – 1,0 см, задней стенки – 0,9 см. Полость правого желудочка расширена до 4,3 см. Митральная регургитация II-III ст. Трикуспидальная регургитация II ст. Повышение давления на a. pulmonalis. Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) – около 30 %. Гидроперикард.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 3

Больной П., 42 года, инженер, обратился к врачу с жалобами на одышку при бытовых физических нагрузках, неприятные ощущения в области сердца, перебои в работе сердца, отеки голеней и стоп.

Из анамнеза около пяти месяцев назад перенес ОРВИ, с температурой до 38,8 °С, ринореей, слабостью, принимал аспирин, нафтизин в течение недели. Температура нормализовалась на третьи сутки, сохранялась выраженная слабость. Постепенно стала появляться одышка при физической нагрузке, перебои в работе сердца, снизилась толерантность к физической нагрузке. Около 2-х недель назад одышка стала значительной, появились отеки голеней, стоп. Обратился за медицинской помощью.

Раннее был здоров. Из перенесенных заболеваний отмечает травматический гемартроз левого коленного сустава около 20 лет назад.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, цианоз губ. Отеки голеней и стоп. В легких жесткое дыхание. Хрипов нет. Число дыханий – 24 в мин. Верхушечный толчок ослабленный, разлитой. При перкуторном определении границ относительной сердечной тупости: левая – по передней подмышечной линии, верхняя – по II межреберью, правая – на 2 см латеральнее правого края грудины. При аускультации сердца: тоны глухие, выслушивается протодиастолический ритм галопа. На верхушке выслушивается дующий систолический шум с проведением в левую подмышечную область. ЧСС – 102 уд/мин. Экстрасистолия – до 10 в мин. АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову – 15 х 13 х 8 см. Край печени на 2 см выступает из-под края реберной дуги, мягко-эластичной консистенции, закруглен. Селезенка не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательныйДизурии нет. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе – без особенностей.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 136 г/л, эритроциты – 4,2 х 10^{12}, лейкоциты – 9,5 х 10^{9}, эозинофилы – 2 %, палочкоядерные – 2 %, сегментоядерные – 57 %, моноциты – 11 %, лимфоциты – 28 %, СОЭ –38 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 7,4, альбумины – 40 %, глобулины: а 1 – 7,3 %, a_2 – 17,1 %, ß – 10,2, γ – 25 %. СРБ +++, Креатинин – 100 мкм/л, АЛТ – 64 ЕД, АСТ – 80 ЕД, КФК – 260 ЕД/л, K^+ – 4,6 мэкв/л, Na^+ – 141 мэкв/л, фибриноген – 6 г/л. Антистрептолизин- О < 100 ЕД.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1019, белок – следы, глюкоза отрицательная, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты отрицательные, цилиндры отрицательные.

Показатели инструментальног исследования:

Рентгенограмма грудной клетки: кардиомегалия. Кардиоторакальный индекс – 0,6, усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента.

Эхо КГ: Стенки аорты и створки аортального клапана не изменены, движение створок не нарушено. Полость правого предсердия – 4,6 см. Левый желудочек дилатирован (КДР – 5,8 см, КСР – 5,2 см), толщина межжелудочковой перегородки – 1,0 см, задней стенки – 0,9 см. Полость правого желудочка расширена до 4,3 см. Митральная регургитация II-III ст. Трикуспидальная регургитация II ст. Повышение давления на a. pulmonalis. Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) – около 40 %.

Равновесная радиовентрикулография: отмечено снижение общей ФВ ЛЖ до 36 %, правого – до 32 %. КДО ЛЖ – 285 мл, ПЖ – 270 мл. При оценке локальной сократимости выявлены множественные ее нарушения во всех стенках обоих желудочков по типу лоскутного одеяла. При острой пробе с нитроглицерином улучшения показателей общей и локальной сократимости миокарда не отмечено.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?

2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 4

Больная Н., 21 год, студентка, в течение двух недель после перенесенного на ногах ОРВИ, протекавшего с повышением температуры до 38 °С, насморком. Появилась утомляемость, слабость, сердцебиение, колющие боли в области сердца, длящиеся несколько секунд, возникающие и проходящие спонтанно, одышка при умеренной физической нагрузке (подъем по лестнице до второго этажа).

При осмотре: астеническое телосложение. Кожные покровы бледные, гипермобильность суставов. Температура – 36,7 °С. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Число дыханий – 16 в мин. Верхушечный толчок ослабленный, локализован в V межреберье по 1. mediaclavicularis sinistra. При перкуторном определении границ относительной сердечной тупости: правая – на 1 см латеральнее правого края грудины, левая – по 1. mediaclavicularis sinistra, верхняя – по II межреберью. При аускультации сердца: тоны приглушены, ритмичны. На верхушке выслушивается мягкий, дующий систолический шум без проведения. ЧСС = Ps =110 уд/мин, АД – 110/70 мм рт. ст. Пульс мягкий, слабого наполнения, ненапряжен, ритмичен. Живот мягкий, безболезненный. Мягко-эластичный край печени пальпируется под краем реберной дуги. Область почек при пальпации безболезненна, почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Дизурии нет. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе – без особенностей.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 125 г/л, эритроциты – 4,5 х 10^{12}, лейкоциты – 10,2 х 10^{9}, эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 56%, моноциты – 15%, лимфоциты – 26%, СОЭ – 20 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 7,0, альбумины – 48%, глобулины: а1 – 4,3 %, a_2 – 12,1 %, ß – 14,2, у – 21,4 %. СРВ ++. Креатинин – 88 мкм/л, мочевина – 4,6 мм/л, АЛТ – 22 ЕД, АСТ – 34 ЕД, биллирубин общий – 10, прямой – 1, K^+ – 4,3 мэкв/л, Na^+ – 138 мэкв/л.

Общий анализ мочи без патологии.

Показатели инструментального исследования:

Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля прозрачны. Корни структурны. Синусы свободны, диафрагма подвижна. Сердце и аорта – без особенностей.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 5

Больная Л., 38 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое, перебои в работе сердца, периодический кашель с небольшим количеством мокроты с примесью крови, отеки нижних конечностей, повышение температуры тела до 38 °С, слабость.

Из анамнеза известно, что больная с детского возраста часто болела ангинами. Отмечались изменениях со стороны сердца. В течение последнего года стала отмечать одышку при ходьбе, приступы сердцебиения, перебои в работе сердца. Состояние ухудшилось в течение трех недель, когда после перенесенной простуды стали нарастать жалобы.

При осмотре состояние тяжелое. Кожные покровы и слизистые бледные, румянец щек с цианотичным оттенком, акроцианоз. Выраженные отеки голеней и стоп. ЧД – 24 уд/мин. При сравнительной перкуссии отмечаются притупление перкуторного звука в нижней доле левого легкого, тупой перкуторный звук справа ниже угла лопатки. При аускультации легких дыхание везикулярное, ослабленное в нижней доле левого легкого, выслушиваются влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы, справа ниже угла лопатки дыхание не проводится.

Грудная клетка в области сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая – 4 см кнаружи от правого края грудины, левая – по левой передней аксилярной линии, верхняя – верхний край II ребра. При пальпации области сердца определяются сердечный толчок и диастолическое дрожание. Верхушечный толчок резко ослаблен. При аускультации сердца в I точке выслушиваются хлопающий I тон, диастолический шум, а также систолический шум, проводящийся в левую аксилярную область. Акцент II тона над легочной артерией. Ритм сердечных сокращений неправильный. ЧЖС – 93 уд/мин, пульс на лучевых артериях асимметричный, амплитуда пульсовой волны слева ослаблена. Пульс – 85 уд/мин. Дефицит пульса – 8 уд/мин. АД справа – 120/80 мм рт. ст. АД слева – 100/70 мм рт. ст. Живот нормальной формы, симметричен. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени: по правой передней подмышечной – 15 см, по правой средне- ключичной – 13 см, по правой окологрудинной – 10 см. Печень выступает из-под края реберной дуги на 6 см, край печени закруглен, чувствительный при пальпации. Область почек не изменена. Дизурии нет.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 129 г/л, эритроциты – 4,2 млн, лейкоциты – 11 тыс., палочкоядерные – 7 %, сегментоядерные – 68 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 5 %, СОЭ – 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1021, реакция кислая, белок, глюкоза, эритроциты отсутствуют, лейкоциты – 2-3 в поле зрения.

Показатели инструментального исследования:

Рентгенография органов грудной полости: см рис

При рентгенографии органов грудной полости с контрастированием пищевода: выбухание второй и третьей дуги левого контура сердца в передне- заднем положении, смещение контрастированного пищевода вправо и назад в переднем косом положении, сужение ретростернального пространства, расширение корней легких и усиление легочного рисунка.

Эхо КГ: корень аорты не расширен – 3,0 см. Раскрытие створок аортального клапана полное – более 15 мм. Створки митрального клапана утолщены, уплотнены, грубо деформированы, кальцифицированы, практически неподвижны. Площадь левого АВ- отверстия – менее 1,5 см^2 (норма – 4-6 см^2). При М- Эхо КГ движение створок митрального клапана монофазное. Левое предсердие расширено до 5,2 см. Стенки левого желудочка утолщены: межжелудочковая перегородка – 1,2 см, задняя стенка – 1,1 см. Полость левого желудочка расширена: КДР – 6,2 см, КСР – 4,6 см. Фракция выброса – 35 %. Выраженное расширение полости правого желудочка с его гипертрофией до 0,8 см — признаки выраженной легочной гипертензии. При допплеровском исследовании определяются митральная регургитация II ст., трикуспидальная регургитация III ст.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-4 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-4.3)

Клиническая задача1

Больной А., 17 лет, обратился в клинику с жалобами на приступы сильного сердцебиения на высоте физической нагрузки или употребления крепкого кофе, которые сопровождаются ощущением нехватки воздуха, слабостью.

Из анамнеза известно, что приступы сердцебиения беспокоят с детского возраста, однако физическую нагрузку переносит хорошо, до настоящего времени не обследовался. При прохождении медицинского осмотра в военкомате месяц назад был обнаружен пролапс митрального клапана I степени, что и явилось поводом для настоящего обращения к врачу.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.

Профессиональный анамнез: студент I курса философского факультета МГУ.

Вредных привычек нет. Любит крепкий чай, кофе.

Семейный анамнез: мать здорова, у отца – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре состояние удовлетворительное. Температура тела – 36,6 °С. Больной астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, чистые, влажные.

Грудная клетка конической формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания – 17 в мин. При сравнительной перкуссии ясный, легочный звук. Подвижность нижнего легочного края по средней подмышечной линии ± 3,5 см, по среднеключичной и лопаточной линиям справа ± 2,5 см. При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Бронхофония не изменена.

Верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая на 1,5 см вправо от правого края грудины, левая на 1 см кнутри от среднеключичной линии в V межреберье, верхняя на уровне верхнего края III ребра. При аускультации сердца: тоны сердца ясные, ритмичные, акцент I тона на верхушке сердца, там же выслушивается короткий систолический шум. Пульс – 100 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД – 115/70 мм рт. ст.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. При глубокой методической пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные. Нижний край печени не пальпируется. Размеры печени по Курлову – 9 х 8 х 7 см. Селезенка не увеличена.

Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется, болезненность в области верхней и нижней мочеточниковых точках не определяется.

Общий анализ крови: НЬ – 136 г/л, лейкоциты – 6,1 х 10^9/л, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 57 %, эозинофилы – 2 %, лимфоциты – 32 %, моноциты – 6 %, СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1019, белок, эритроциты и цилиндры отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

ЭКГ: см рис

ЭхоКГ: пролапс митрального клапана I степени, без регургитации. Полости сердца не расширены, изменений локальной сократимости не выявлено.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача2

Больной П., 42 года, инженер, обратился к врачу с жалобами на одышку при бытовых физических нагрузках, неприятные ощущения в области сердца, перебои в работе сердца, отеки голеней и стоп.

Из анамнеза около пяти месяцев назад перенес ОРВИ, с температурой до 38,8 °С, ринореей, слабостью, принимал аспирин, нафтизин в течение недели. Температура нормализовалась на третьи сутки, сохранялась выраженная слабость. Постепенно стала появляться одышка при физической нагрузке, перебои в работе сердца, снизилась толерантность к физической нагрузке. Около 2-х недель назад одышка стала значительной, появились отеки голеней, стоп. Обратился за медицинской помощью.

Раннее был здоров. Из перенесенных заболеваний отмечает травматический гемартроз левого коленного сустава около 20 лет назад.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, цианоз губ. Отеки голеней и стоп. В легких жесткое дыхание. Хрипов нет. Число дыханий – 24 в мин. Верхушечный толчок ослабленный, разлитой. При перкуторном определении границ относительной сердечной тупости: левая – по передней подмышечной линии, верхняя – по II межреберью, правая – на 2 см латеральнее правого края грудины. При аускультации сердца: тоны глухие, выслушивается протодиастолический ритм галопа. На верхушке выслушивается дующий систолический шум с проведением в левую подмышечную область. ЧСС – 102 уд/мин. Экстрасистолия – до 10 в мин. АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову – 15 х 13 х 8 см. Край печени на 2 см выступает из-под края реберной дуги, мягко-эластичной консистенции, закруглен. Селезенка не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательныйДизурии нет. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе – без особенностей.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 136 г/л, эритроциты – 4,2 х 10^{12}, лейкоциты – 9,5 х 10^{9}, эозинофилы – 2 %, палочкоядерные – 2 %, сегментоядерные – 57 %, моноциты – 11 %, лимфоциты – 28 %, СОЭ –38 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 7,4, альбумины – 40 %, глобулины: а 1 – 7,3 %, a_2 – 17,1 %, ß – 10,2, γ – 25 %. СРБ +++, Креатинин – 100 мкм/л, АЛТ – 64 ЕД, АСТ – 80 ЕД, КФК – 260 ЕД/л, K^+ – 4,6 мэкв/л, Na^+ – 141 мэкв/л, фибриноген – 6 г/л. Антистрептолизин- О < 100 ЕД.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1019, белок – следы, глюкоза отрицательная, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты отрицательные, цилиндры отрицательные.

Показатели инструментальног исследования:

Рентгенограмма грудной клетки: кардиомегалия. Кардиоторакальный индекс – 0,6, усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента.

Эхо КГ: Стенки аорты и створки аортального клапана не изменены, движение створок не нарушено. Полость правого предсердия – 4,6 см. Левый желудочек дилатирован (КДР – 5,8 см, КСР – 5,2 см), толщина межжелудочковой перегородки – 1,0 см, задней стенки – 0,9 см. Полость правого желудочка расширена до 4,3 см. Митральная регургитация II-III ст. Трикуспидальная регургитация II ст. Повышение давления на a. pulmonalis. Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) – около 40 %.

Равновесная радиовентрикулография: отмечено снижение общей ФВ ЛЖ до 36 %, правого – до 32 %. КДО ЛЖ – 285 мл, ПЖ – 270 мл. При оценке локальной сократимости выявлены множественные ее нарушения во всех стенках обоих желудочков по типу лоскутного одеяла. При острой пробе с нитроглицерином улучшения показателей общей и локальной сократимости миокарда не отмечено.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 3

Больной К., машинист поезда, 50 лет, некурящий, спортивного вида, обратился в поликлинику по поводу появления впервые в жизни кратковременных сжимающих загрудинных болей при подъеме на 3 этаж, проходящих после небольшого отдыха.

Семейный анамнез: мать больного 73 лет страдает сахарным диабетом 2-го типа и облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, отец больного умер в возрасте 57 лет от рака легких.

При осмотре состояние удовлетворительное. Температура тела – 36,4 °С. Больной нормостенического телосложения, рост – 178 см, вес – 74 кг, ИМТ – 23,3 кг/$м^2$. Грудная клетка конической формы. Грудная клетка в дыхании участвует симметрично, подвижность ее сни-

жена. Брюшной тип дыхания. Пальпация грудной клетки безболезненна. Голосовое дрожание ощущается симметрично с обеих сторон. ЧД – 16 уд/мин. При аускультации определяется везикулярное дыхание, хрипов нет. Бронхофония в симметричных участках грудной клетки ощущается примерно с одинаковой силой. Верхушечный толчок невидимый, пальпируется в V межреберье на 2 см кнутри от левой среднеключичной линии, разлитой, высокий, усиленный, резистентный. Сердечный толчок отсутствует. При аускультации тоны сердца приглушены. ЧСС – 70 уд/мин. Ритм правильный, шумов нет. Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, синхронный, аритмичный с частотой 70 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Дефицита пульса нет. При аускультации артерий патологических изменений нет. АД – 120/70 мм рт. ст.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печеночной тупости по Курлову – 9 х 8 х 7 см. Печень пальпируется у края правой реберной дуги, край печени мягкий, острый, ровный, гладкий, безболезненный.

Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон

Показатели инструментальног исследования:

ЭКГ покоя: в пределах нормы.

ЭКГ с дозированной физической нагрузкой – см рис

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 4

Больная Д., 13 лет, школьница поступила в стационар с жалобами на повышение температуры тела до 38,5 °С, боли в коленных, голеностопных и локтевых суставах, насильственные движения мышц рук, туловища, лица, плаксивость, выраженную слабость, утомляемость. Из анамнеза известно, что за 2 недели до госпитализации больная перенесла тяжелую ангину.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные на ощупь. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧД – 16 уд/мин.

При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук. При аускультации легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипы не выслушиваются. Грудная клетка в области сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудины, левая – по левой среднеключичной линии, верхняя – III межреберье.

При аускультации сердца тоны сердца приглушены, ритмичны, на верхушке выслушивается систолический шум. Ритм сердечных сокращений правильный, ЧСС – 98 уд/мин, АД – 120/80 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени: по правой передней подмышечной – 9 см, по правой среднеключичной – 8 см, по правой окологрудинной – 7 см. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена.

Область почек не изменена, болезненности в области мочеточниковых точек нет.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 130 г/л, эритроциты – 4,5 млн, лейкоциты – 9,6 тыс., эозинофилы – 2 %, палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 68 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 5 %, СОЭ – 24 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1010, реакция кислая, белок, глюкоза, эритроциты отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Ревмопробы: СРБ – +++, титр антистрептолизина-О – 290 (норма – до 250), титр антигиалуронидазы – 330 (норма – до 300).

Показатели инструментального исследования:

При рентгенографии органов грудной полости: легочные поля прозрачны, очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

ЭКГ: ритм синусовый, нормальное положение электрической оси сердца, ЧСС – 98 уд/мин. Единичная наджелудочковая экстрасистола.

Консультация невролога: больная эмоционально лабильна. Определяются гиперкинезы рук, туловища, мимической мускулатуры. Выполнение координационных проб затруднено.

Вопросы:
1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 5

Больной К., 45 лет, инженер, доставлен в стационар из поликлиники по поводу неприятных ощущений в области сердца давящего характера при ходьбе до 100 м, при подъеме на один пролет лестницы, проходящих после прекращения движения через 5 мин.

Считает себя больным в течение 1 месяца, когда при обычной физической нагрузке впервые появились вышеописанные жалобы. Приступ загрудинных болей длительностью около 1,5 ч был 3 дня назад, когда больной пробежался за автобусом.

Перенесенные заболевания отрицает.

Вредные привычки отрицает.

Семейный анамнез: отец больного умер внезапно в возрасте 50 лет от сердечного приступа. Старший брат пациента умер в возрасте 48 лет внезапно.

При осмотре: состояние средней тяжести. Больной нормостенического телосложения, рост – 170 см, вес – 65 кг, индекс Кетле – 22,3. Кожные покровы бледные, акроцианоз, холодный пот. Подкожно-жировой слой развит избыточно: толщина кожной складки на уровне пупка – 6 см. Отеков нет. Дыхание через нос свободное. ЧД – 20 уд/мин. При сравнительной перкуссии перкуторный звук легочный. При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание, хрипов нет. Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок невидимый, пальпируется в V межреберье по левой среднеключичной линии, разлитой, высокий, усиленный, резистентный. Сердечный толчок отсутствует. При аускультации тоны сердца глухие. ЧСС – 77 уд/мин. Ритм правильный, шумов нет. Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, синхронный, ритмичный с частотой 88 уд/мин, слабый, нитевидный. АД – 130/80 мм рт. ст.

Живот симметричен, мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края правой реберной дуги, край печени мягкий, ровный, гладкий, безболезненный. Дизурии нет.

Показатели инструментального исследования:

ЭКГ, снятая во время болевого приступа в приемном отделении**:** см рис

Вопросы:
1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-7 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-7.1)

Клиническая задача1

Пациент К., 30 лет, мастер спорта по тяжелой атлетике обратился в клинику для обследования. На момент осмотра жалоб не предъявлял, причиной обращения к врачу – обследование перед соревнованиями.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. *Вредных привычек* нет.

Профессиональный анамнез: в течение последних 13 лет занимается тяжелой атлетикой. Неоднократно побеждал в соревнованиях.

Семейный анамнез: мать страдала бронхиальной астмой, отец — гипертонической болезнью.

При осмотре повышенного питания, гиперстенического телосложения, хорошо развита мускулатура верхнего плечевого пояса. Индекс массы тела – 32. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Грудная клетка бочкообразной формы. Частота дыхания – 18 в мин. При сравнительной перкуссии звук ясный, легочный. При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. При аускультации сердца тоны звучные, ритмичные. Пульс – 50 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД – 145/80 мм рт. ст.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени мягкий, безболезненный. Селезенка не увеличена.

Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 140 г/л, лейкоциты – 8,2 х 10^9/л, палочкоядерные – 1 %, сегментоядерные – 63 %, эозинофилы – 3 %, лимфоциты – 30 %, моноциты – 3 %, СОЭ – 8 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1019, белок, эритроциты и цилиндры отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Показатели инструментального исследования:

ЭКГ: см рис

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача2

Больной Ф., 83 лет, госпитализирован в клинику с жалобами на приступы кратковременной потери сознания, которые возникают без видимой причины, длятся со слов родственников 10-20 секунд, проходят самостоятельно.

Из анамнеза известно, что в течение последних трех лет страдает МБС, при бытовых физических нагрузках появляются ощущение тяжести в грудной клетке, одышка. В течение последнего года быстро прогрессируют когнитивные расстройства, значительно снизилась память. Настоящее ухудшение в течение последнего месяца, когда стали появляться кратковременные потери сознания, которые сопровождаются урежением пульса до 20 уд/мин.

При осмотре состояние тяжелое, обращает на себя внимание выраженный цианоз губ, акроцианоз, бледность кожных покровов. При пальпации кисти рук холодные.

Форма грудной клетки воронкообразная, дыхание свободное. ЧД – 17 уд/мин. При перкуссии звук ясный, легочный, границы легких в пределах нормы. При аускультации дыхание жесткое, в нижних отделах ослаблено, хрипов нет. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичны, акцент II тона над аортой. ЧСС – 48 уд/мин. Пульсация периферических сосудов снижена. САД = ДАД = 160/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги. Мочеиспускание свободное, безболезненное, дизурических явлений нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: эритроциты – 4,5 млн, гемоглобин – 136 г/л, лейкоциты – 6,2 тыс., тромбоциты – 209 тыс., СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельные вес – 1010, реакция кислая, прозрачность полная, цвет желтый. Белка, глюкозы нет. Цилиндров нет. Лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты – 0-1 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 80 г/л, общий билирубин – 17 ммоль/л, креатинин – 81 ммоль/л, глюкоза – 5,6 ммоль/л, холестерин – 7,1 ммоль/л, триглицериды – 3,8 ммоль/л, K^+ – 4,2 ммоль/л, Na^+ – 135 ммоль/л, АСТ – 21 ЕД/л, АЛТ – 20 ЕД/л.

Показатели инструментального исследования:

При объективном обследовании пациент потерял сознание, на фоне которого была снята

ЭКГ: см рис

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 3

Больной Г., 48 лет, поступил в приемное отделение с жалобами на интенсивные загрудинные боли в течение 2 ч, которые сопровождались резкой слабостью.

Заболел остро 2 ч назад, когда впервые появились вышеописанные жалобы.

Перенесенные заболевания отрицает.

Семейный анамнез: отец больного умер внезапно в возрасте 55 лет от сердечного приступа. Старший брат пациента перенес инфаркт миокарда в возрасте 50 лет.

Вредные привычки: курит до 5 сигарет в день, алкоголь употребляет ежедневно – до 50-100 мл коньяка или водки.

При осмотре состояние крайне тяжелое. Больной нормостенического телосложения, рост – 170 см, вес – 100 кг, индекс Кетле – 34,6. При осмотре головы, лица, шеи патологических изменений не наблюдается. Кожные покровы бледные, акроцианоз, холодный пот. Подкожно-жировой слой развит избыточно: толщина кожной складки на уровне пупка – 6 см. Отеков нет.

Дыхание через нос свободное. Грудная клетка конической формы. Правая и левая половины грудной клетки в дыхании участвуют симметрично, подвижность ее снижена. Вспомогательные дыхательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Брюшной тип дыхания. Пальпация грудной клетки безболезненна. Голосовое дрожание ощущается симметрично с обеих сторон. ЧД – 20 уд/мин. При сравнительной перкуссии перкуторный звук легочный. При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание, хрипов нет. Грудная клетка в области сердца не изменена.

Верхушечный толчок невидимый, пальпируется в V межреберье по левой среднеключичной линии, разлитой, высокий, усиленный, резистентный. Сердечный толчок отсутствует. Пульсации в эпигастральной области нет. Границы относительной тупости сердца: правая – правый край грудины в IV межреберье; левая – левая среднеключичная линия в V межреберье; верхняя – на уровне III ребра. Правая и левая границы сосудистого пучка располагаются во II межреберье по соответствующим краям грудины. Поперечник сосудистого пучка 6 см. При аускультации тоны сердца глухие. ЧСС – 88 уд/мин. Ритм правильный, шумов нет. Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, синхронный, ритмичный, с частотой 88 уд/мин, слабый, нитевидный. АД – 60/40 мм рт. ст.

Язык розовой окраски, влажный, чистый, сосочки выражены хорошо. Живот симметричен. Окружность живота на уровне пупка – 96 см. При перкуссии живота определяется тимпанический звук. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптом раздражения брюшины (Щеткина-Блюмберга) отрицательный. Размеры печеночной тупости по Курлову: по правой среднеключичной линии – 9 см; по передней срединной линии – 8 см; по правой реберной дуге – 7 см. Печень пальпируется у края правой реберной дуги, край печени мягкий, ровный, гладкий, безболезненный.

Симптом Пастернацкого отрицательный Дизурии нет.

Показатели инструментального исследования:

ЭКГ: см рис

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 4

Больной А., 17 лет, обратился в клинику с жалобами на приступы сильного сердцебиения на высоте физической нагрузки или употребления крепкого кофе, которые сопровождаются ощущением нехватки воздуха, слабостью.

Из анамнеза известно, что приступы сердцебиения беспокоят с детского возраста, однако физическую нагрузку переносит хорошо, до настоящего времени не обследовался. При прохождении медицинского осмотра в военкомате месяц назад был обнаружен пролапс митрального клапана I степени, что и явилось поводом для настоящего обращения к врачу.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.

Профессиональный анамнез: студент I курса философского факультета МГУ.

Вредных привычек нет. Любит крепкий чай, кофе.

Семейный анамнез: мать здорова, у отца – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре состояние удовлетворительное. Температура тела – 36,6 °С. Больной астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, чистые, влажные.

Грудная клетка конической формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания – 17 в мин. При сравнительной перкуссии ясный, легочный звук. Подвижность нижнего легочного края по средней подмышечной линии ± 3,5 см, по среднеключичной и лопаточной линиям справа ± 2,5 см. При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Бронхофония не изменена.

Верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая на 1,5 см вправо от правого края грудины, левая на 1 см кнутри от среднеключичной линии в V межреберье, верхняя на уровне верхнего края III ребра. При аускультации сердца: тоны сердца ясные, ритмичные, акцент I тона на верхушке сердца, там же выслушивается короткий систолический шум. Пульс – 100 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД – 115/70 мм рт. ст.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. При глубокой методической пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные. Нижний край печени не пальпируется. Размеры печени по Курлову – 9 х 8 х 7 см. Селезенка не увеличена.

Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется, болезненность в области верхней и нижней мочеточниковых точках не определяется.

Общий анализ крови: НЬ – 136 г/л, лейкоциты – 6,1 х 10^9/л, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 57 %, эозинофилы – 2 %, лимфоциты – 32 %, моноциты – 6 %, СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1019, белок, эритроциты и цилиндры отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

ЭКГ: см рис

ЭхоКГ: пролапс митрального клапана I степени, без регургитации. Полости сердца не расширены, изменений локальной сократимости не выявлено.

Вопросы:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 5

Больная Л., 38 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое, перебои в работе сердца, периодический кашель с небольшим количеством мокроты с примесью крови, отеки нижних конечностей, повышение температуры тела до 38 °С, слабость.

Из анамнеза известно, что больная с детского возраста часто болела ангинами. Отмечались изменениях со стороны сердца. В течение последнего года стала отмечать одышку при ходьбе, приступы сердцебиения, перебои в работе сердца. Состояние ухудшилось в течение трех недель, когда после перенесенной простуды стали нарастать жалобы.

При осмотре состояние тяжелое. Кожные покровы и слизистые бледные, румянец щек с цианотичным оттенком, акроцианоз. Выраженные отеки голеней и стоп. ЧД – 24 уд/мин. При сравнительной перкуссии отмечаются притупление перкуторного звука в нижней доле левого легкого, тупой перкуторный звук справа ниже угла лопатки. При аускультации легких дыхание везикулярное, ослабленное в нижней доле левого легкого, выслушиваются влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы, справа ниже угла лопатки дыхание не проводится. Грудная клетка в области сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая – 4 см кнаружи от правого края грудины, левая – по левой передней аксилярной линии, верхняя – верхний край II ребра. При пальпации области сердца определяются сердечный толчок и диастолическое дрожание. Верхушечный толчок резко ослаблен. При аускультации сердца в I точке выслушиваются хлопающий I тон, диастолический шум, а также систолический шум, проводящийся в левую аксилярную область. Акцент II тона над легочной артерией. Ритм сердечных сокращений неправильный. ЧЖС – 93 уд/мин, пульс на лучевых артериях асимметричный, амплитуда пульсовой волны слева ослаблена. Пульс – 85 уд/мин. Дефицит пульса – 8 уд/мин. АД справа – 120/80 мм рт. ст. АД слева – 100/70 мм рт. ст. Живот нормальной формы, симметричен. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени: по правой передней подмышечной – 15 см, по правой средне- ключичной – 13 см, по правой окологрудинной – 10 см. Печень выступает из-под края реберной дуги на 6 см, край печени закруглен, чувствительный при пальпации. Область почек не изменена. Дизурии нет.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 129 г/л, эритроциты – 4,2 млн, лейкоциты – 11 тыс., палочкоядерные – 7 %, сегментоядерные – 68 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 5 %, СОЭ – 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1021, реакция кислая, белок, глюкоза, эритроциты отсутствуют, лейкоциты – 2-3 в поле зрения.

Показатели инструментального исследования:

Рентгенография органов грудной полости: см рис

При рентгенографии органов грудной полости с контрастированием пищевода: выбухание второй и третьей дуги левого контура сердца в передне- заднем положении, смещение контрастированного пищевода вправо и назад в переднем косом положении, сужение ретростернального пространства, расширение корней легких и усиление легочного рисунка.

Эхо КГ: корень аорты не расширен – 3,0 см. Раскрытие створок аортального клапана полное – более 15 мм. Створки митрального клапана утолщены, уплотнены, грубо деформированы, кальцифицированы, практически неподвижны. Площадь левого АВ- отверстия – менее 1,5 см^2 (норма – 4-6 см^2). При М- Эхо КГ движение створок митрального клапана монофазное. Левое предсердие расширено до 5,2 см. Стенки левого желудочка утолщены: межжелудочковая перегородка – 1,2 см, задняя стенка – 1,1 см. Полость левого желудочка расширена: КДР – 6,2 см, КСР – 4,6 см. Фракция выброса – 35 %. Выраженное расширение по-

лости правого желудочка с его гипертрофией до 0,8 см — признаки выраженной легочной гипертензии. При допплеровском исследовании определяются митральная регургитация II ст., трикуспидальная регургитация III ст.

Вопросы:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-7 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-7.2)

Клиническая задача1

Больная Р., 27 лет, госпитализирована с жалобами на боль и припухлость в коленных суставах, повышение температуры тела до 37,6, слабость, потливость, одышку при подъеме по лестнице на 3 этаж.

Больная сообщила, что за 2 недели до госпитализации перенесла ангину. В течение жизни многократно болела ангинами. Обращалась за врачебной помощью не всегда.

При поступлении состояние средней тяжести. Кожные покровы влажные, бледные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет. Коленные суставы дефигурированы за счет периартикулярного отека, пальпация их болезненна. Сгибание ограничено из-за боли. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧДД 16 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный, на верхушке тихий систолический шум, ЧСС 82 в мин. АД 110/70 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Общ.ан.крови: Нв 126 г/л, Л – 7,2х10х9/л, СОЭ 28 мм/ч.

АСЛ-О 568 Ед/л, СРБ 12 мг/л, фибриноген 5,4 г/л, креатинин 75 мкмоль/л.

ЭКГ: Нормальное положение ЭОС, А-В блокада 1 ст.

Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля прозрачны, очаговых и инфильтративных теней нет, контуры сердца не изменены.

Вопросы:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача2

Больной Д., 48 лет обратился на амбулаторный прием к терапевту с жалобами на тошноту, метеоризм, отрыжку воздухом,увеличение живота в объеме, слабость, утомляемость, раздражительность. Периодически отмечает кожный зуд. Подобные проявления стал замечать в течение последнего года.

При опросе выяснилось, что на протяжении 20 лет больной ежедневно употребляет крепкие алкогольные напитки в объеме 200-300 мл. Несколько лет назад был госпитализирован в хирургическое отделение с острой болью в животе, выписан на амбулаторное лечение по поводу последствий острого панкреатита.

При осмотре больного обращает внимание небольшаяиктеричность кожных покровов и слизистых. Периферические лимфоузлы не увеличены. Гинекомастия. Двусторонние контрактуры Дюпюитрена. В области плечевого пояса – сосудистые звездочки. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, на верхушке – короткий тихий систолический шум. ЧСС 82 в мин. АД 100/70 мм рт ст. Живот увеличен в объеме, при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Печень плотная, край выступает на 8 см из-под реберной дуги. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный.

В медицинской карте пациента имеются результаты следующих исследований:

Общий анализ крови: Нв 102 г/л, Эр – 3,6х10х12/л, Л – 4,3х10х9/л, тр. 140х10х9/л, СОЭ 1 мм/ч. HBsAg – отр. HCV – отр. Общий белок 64 г/л, АСТ 88 Ед/л, АЛТ 92 Ед/л, ЩФ 186 Ед/л.

ЭГДС: варикозное расширение вен пищевода 1-2 ст.

УЗИ брюшнойполости: гепатоспленомегалия, эхогенность печени диффузно неоднородна, вена порта - 1,2 см. Небольшой асцит. Поджелудочная железа в размере не увеличена, диффузно неоднородна.

Вопросы:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 3

Больной П., 63 года госпитализирован в стационар с жалобами на слабость, боль в правом подреберье, отеки ног, снижение массы тела, тошноту и рвоту после еды, желтушность кожных покровов и склер, кожный зуд, носовые кровотечения, кровоточивость десен, нарушения сна.

В приемном покое у пациента – рвота «кофейной гущей».

Из медицинской документации известно, что у больного выявлялся положительный HBs – антиген. По этому поводу не наблюдался, к врачам не обращался. Алкоголем не злоупотребляет. Переливания крови отрицает.

Объективно: состояние тяжелое. В месте, времени и собственной личности ориентирован. Кожные покровы, склеры и слизистые желтушной окраски. ИМТ 18. Вены передней поверхности грудной клетки и передней стенки живота расширены. На лице и груди – множественные телеангиэктазии. На теле – следы расчесов. Отеки нижних конечностей. В легких дыхание везикулярное, ЧДД 18 в мин, справа от угла лопатки дыхание не проводится, здесь же - тупой перкуторный звук. Сердечные тоны приглушены, на верхушке – систолический шум, ЧСС 92 в мин. Живот увеличен в объеме за счет асцита. Печень пропальпировать не удается, размеры печени по Курлову 16х13х13 см.

В приемном покое ан.крови: Нв 92 г/л, Л 3,3 х10х9/л, тр. 110х10х9/л, СОЭ 21 мм/ч. АСТ 164 Ед/Л, АЛТ 181 Ед/л, билирубин общий 134 ммоль/л, креатинин 128 мкмоль/л, МНО 2,0

Вопросы:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 4

Больная Н., 50 лет, обратилась с жалобами на одышку при небольшой нагрузке и в положении лежа, кашель с выделением слизистой мокроты, приступы сердцебиения, сопровождающиеся сильным головокружением, отеки.

Из анамнеза известно, что больная в детстве болела ангинами. В возрасте 23 лет перенесла тонзилэктомию. В детстве периодически после ОРВИ, переохлаждений возникали боли в коленных и плечевых суставах, в течение 2- 3 недель проходили, сопровождались лихорадкой. Ухудшение состояния стала отмечать после 45 лет, когда стала снижаться толерантность к физическим нагрузкам. Постепенно усиливалась одышка, появились отеки голеней. В течение 2-х лет возникают приступы сердцебиения.

При поступлении состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные. Отеки нижних конечностей до бедра. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах влажные мелкопузырчатые хрипы, ЧДД 21 в мин. Притупление перкуторного звука в нижних долях легких. Тоны сердца приглушены, на верхушке усиленный I тон, выслушивается тон открытия митрального клапана, диастолический шум. Акцент II тона на легочной артерии. Ритм не-

правильный. ЧСС 102 в мин, АД 110/70 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень плотная, выступает на 5 см из-под реберной дуги. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный.

В общем анализе крови и мочи патологических изменений нет. СРБ 1,2 мг/л, фибриноген 2,8 г/л, АСЛ-О 125 Ед/л, креатинин 86 мкмоль/л, общ.белок 62 г/л.

Вопросы:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 5

Больной С. 45 лет обратился к терапевту с жалобами на головокружение при физической нагрузке, слабость, низкое АД, периодические давящие боли за грудиной.

В детстве отмечал частые ангины с повышением температуры до 38-38,5. Во время службы в армии находился в госпитале в связи с заболеванием сердца, закончил службу раньше установленного срока.

При осмотре: кожные покровы бледные, чистые. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧДД 16 в мин. Границы относительной сердечной тупости расширены влево. Сердечные тоны приглушены. Во всех точках аускультации сердца, особенно во 2-м межреберье справа от грудины и в т. Боткина – грубый систолический шум. Шум проводится на сонные артерии. ЧСС 78 в мин. АД 100/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

Рентгенография органов грудной клетки: очаговых и инфильтративных теней нет. Талия сердца подчеркнута. Контуры сердца напоминают «сидящую утку».

ЭКГ: горизонтальное положение ЭОС, амплитуда зубца S в V2 20 мм, R в V5 17 мм, амплитуда комплекса QRS в aVL 13 мм. Единичные желудочковые экстрасистолы.

Вопросы:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-7 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-7.3)

Клиническая задача1

Больной М., 30 лет, обратился на амбулаторный прием с жалобами на боль в животе, тошноту и рвоту после еды. При уточнении характера болей выяснилось, что сразу после еды боль проходит, но возобновляется вновь через 2 ч после приема пищи и больше беспокоит в голодный период.

Работает водителем-дальнобойщиком. Питается в придорожных кафе, часто употребляет фаст-фуд. Курит много лет. Отец страдал язвенной болезнью 12-перстной кишки. По поводу остеохондроза позвоночника регулярно принимает ибупрофен.

При объективном исследовании больной нормостеник, ИМТ 22. Кожные покровы чистые, видимые слизистые бледные, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД 17 в мин. Сердечные тоны звучные, шумов нет. ЧСС 68 в мин. АД 130/80 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

В общ.ан.крови: Нв 124 г/л, Л 6,8х10х9/л, СОЭ 10 мм/ч. АСТ 32 Ед/л АЛТ 36 Ед/л. Билирубин 23 ммоль/л.

ЭГДС: признаки воспаления антрального отдела желудка. Язвенный дефект 4х6х3 мм по передней поверхности луковицы 12-перстной кишки.

Вопросы:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача2

Больная Н., 21 год, студентка, в течение двух недель после перенесенного на ногах ОРВИ, протекавшего с повышением температуры до 38 °С, насморком. Появилась утомляемость, слабость, сердцебиение, постоянные ноющие боли в области сердца, одышка при умеренной физической нагрузке (подъем по лестнице до второго этажа).

При осмотре: астеническое телосложение. Кожные покровы бледные. Температура – 37,4 °С. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Число дыханий – 16 в мин. Верхушечный толчок ослабленный, локализован в Vмежреберье по 1. mediaclavicularissinistra. При перкуторном определении границ относительной сердечной тупости: правая – на 1 см латеральнее правого края грудины, левая – по 1. Media clavicularis sinistra, верхняя – по II межреберью. При аускультации сердца: тоны приглушены, ритмичны, выслушивается 3 тон, единичные экстрасистолы. На верхушке выслушивается мягкий, дующий систолический шум без проведения. ЧСС = Ps =110 уд/мин, АД – 110/70 мм рт. ст. Пульс мягкий, слабого наполнения, ненапряжен, ритмичен. Живот мягкий, безболезненный. Мягко-эластичный край печени пальпируется под краем реберной дуги. Область почек при пальпации безболезненна, почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Дизурии нет. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе – без особенностей.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 125 г/л, эритроциты – 4,5 х 10^{12}, лейкоциты – 11,2 х 10^{9}, эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 56%, моноциты – 15%, лимфоциты – 26%, СОЭ – 28 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 70 г/л, альбумины – 48%, глобулины: а1 –4,3 %, a_2 – 12,1 %, в – 14,2, у – 21,4 %. СРВ ++. Креатинин – 88 мкм/л, мочевина – 4,6 мм/л, АЛТ – 22 ЕД, АСТ – 34 ЕД, биллирубин общий – 10, прямой – 1, K^+ – 4,3 мэкв/л, Na^+ – 138 мэкв/л.

Общий анализ мочи без патологии.

Показатели инструментального исследования:

Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля прозрачны. Корни структурны. Синусы свободны, диафрагма подвижна. Тень сердца несколько расширена.

Вопросы:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 3

Больной П., 36 лет, поступил с жалобами на тяжесть в правом подреберье, повышение температуры тела до 37,2°С, кровоточивость десен, вялость, сонливость, общую слабость.

Болен около двух лет, когда впервые появилась желтуха, общая слабость, снижение аппетита. При обследовании в инфекционной больнице диагностирован острый гепатит. После выписки из больницы оставалась общая слабость, беспокоила тяжесть в правом подреберье, изредка носовые кровотечения.

В последние 2 недели после злоупотребления алкоголем, отмечалось ухудшение самочувствия: снизился аппетит, появилась сонливость, общая слабость, желтуха, кровоточивость десен, кровотечения из носа.

Объективно: общее состояние тяжелое. Сонлив. Апатичен. Изо рта печеночный запах. Кожные покровы и слизистые оболочки желтушны. На коже груди, спины, верхних ко-

нечностей «сосудистые звездочки». «Печеночные» ладони. Живот несколько вздут, при перкуссии в отлогих частях живота определяется жидкость. Печень выступает из подреберья на 4 см., безболезненная, плотная, бугристая с острым краем. Селезенка выступает на 3 см, плотно-эластической консистенции, безболезненная.

АЛТ 78, АСТ 68, билирубин 45 мкмоль/л, прямой 20 мкмоль/л, креатинин 124 мкмоль/л

Вопросы:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 4

Больная Р., 25 лет, поступила жалобами на лихорадку до 39 °С, потливость, слабость, одышку смешанного характера при минимальной физической нагрузке, боли в нижних отделах грудной клетки справа, усиливающиеся при глубоком вдохе, кашле, сухой кашель, ощущение сердцебиения, нарастающее при небольшой физической нагрузке.

Заболела остро около 2-х месяцев назад, когда появилась лихорадка до 39 °С с ознобами, потливостью и слабостью, боли в нижних отделах грудной клетки справа. На рентгенограмме грудной клетки выявлена правосторонняя нижнедолевая пневмония с формированием абсцесса легкого. Наметилась положительная динамика на фоне терапии, но через 3 недели вновь повышение температуры тела, усиление одышки. На Рг-грмме органов грудной клетки пневмония в нижней доле слева (подозрительна в плане инфаркт-пневмонии).

Семейный анамнез без особенностей. *Вредные привычки* отрицает

Гинекологический анамнез: 2 беременности, 4 аборта, последний за 2 мес до заболевания.

При осмотре состояние тяжелое. Температура тела – 38,5 °С. Кожные покровы бледные, влажные. ЧД – 20/мин. При перкуссии выявляется выраженное притупление звука в нижних отделах левого легкого. При аускультации: дыхание бронхиальное, в нижних отделах слева – ослабленное, выслушивается крепитация. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС – 120 уд/мин, над мечевидным отростком грудины выслушивается грубый систолический шум, который немного усиливается на высоте вдоха с задержкой дыхания. Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, дефицита пульса нет. Вдоль кубитальных вен следы инъекций. АД – 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 103 г/л, эритроциты – 3,34 х 10^{12}/л, лейкоциты – 16,6 х 10^{9}/л, лейкоцитарная формула: палочкоядерные – 2 %, сегментоядерные – 85 %, эозинофилы – 0 %, лимфоциты – 19 %, моноциты – 4 %, СОЭ – 60 мм/ч.

Биохимический анализ крови без особенностей. HCV+. Австралийский антиген, реакция Вассермана, ВИЧ отрицательные.

Общий анализ мочи: уд.вес – 1018, белок – 0,3 г\л, лейкоциты – 3-4 в поле зрения, эритроциты – 2-3 в поле зрения, цилиндров нет.

Показатели инструментального исследования:

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 115/мин, очаговых и диффузных изменений не выявлено.

Эхо-КГ: пролапс передней створки трикуспидального клапана III степени (до 14-16 мм) с перфорацией створки в области пролабирующего сегмента, на котором фиксирована подвижная эхогенная структура размером до 1,2 х 2,2 см. Признаки умеренно тяжелой трикуспидальной недостаточности. Аортальный, митральный и клапан легочной артерии интактны.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 5

Больная П., 58 лет, предъявляет жалобы на боли в животе, локализующиеся в околопупочной области, спастические, иногда тупые, без иррадиации, появляющиеся после приема пищи, сопровождающиеся вздутием, уменьшающиеся после применения тепла; стул 3-4 раза в день, кал желтого цвета, неоформленный, дефекация безболезненная, позывы к дефекации возникают через 20-30 мин. после приема пищи, сопровождаются сильным урчанием, также отмечает выраженную слабость, утомляемость, раздражительность, бессонницу.

Впервые вышеуказанные симптомы появились около 3 лет назад и усиливаются после нервно-эмоционального напряжения, больная стала раздражительной, нарушился сон, похудела на 8 кг.

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Больная красочно описывает жалобы, плаксива. Положение тела активное. Правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы обычной окраски, кожа сухая, тургор ее снижен, отмечается шелушение. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс 84 в 1 мин. АД 135/75 мм.рт. ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот мягкий, при глубокой пальпации определяется болезненность в околопупочной области и по ходу толстого кишечника. При пальпации слепой и сигмовидной кишки определяется шум плеска. Печень не увеличена.

Вопросы:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

3. Оценочные средства (оценочные материалы) для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)

7 семестр
Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-4 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-4.1)

Клиническая задача 1

Больной К., 35 лет, обратился к врачу с жалобами на частые умеренные боли в эпигастральной области, возникающие через 20-30 мин после приема пищи, а также на голодные боли, отрыжку кислым, изжогу, неприятный вкус во рту, плохой сон, запоры.

Анамнез заболевания. Считает себя больным около года. При болях и изжоге принимает фосфалюгель или альмагель с положительным эффектом. Несколько дней назад самочувствие ухудшилось, в связи с чем обратился к врачу.

Профессиональный анамнез: больной работает шофером на междугородних перевозках, часто бывает в командировках, во время которых интервалы между приемами пищи длительные, еда всухомятку. Вредные привычки: курит 10 лет по 1 пачке сигарет в день. Алкоголь употребляет редко. Любит горячий крепкий чай, кофе.

Семейный анамнез: у отца – язвенная болезнь желудка.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно. Язык обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой методической пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги,

гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову – 9х8х7 см. Селезенка не увеличена.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 136 г/л, лейкоциты – 6,1 х 10^9/л, палочкоядерные – 3 %, сегментоядерные – 57 %, эозинофилы – 2 %, лимфоциты – 32 %, моноциты – 6 %, СОЭ – 14 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1019, белок, эритроциты и цилиндры отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Показатели инструментального исследования:

ЭГДС: Преимущественно в антральной части желудка слизистая оболочка блестящая с налетом фибрина, отечная, гиперемированная, имеются единичные кровоизлияния в слизистую оболочку. Взята биопсия слизистой оболочки

Данные биопсии: выявлен *Helicobacter pylori* – слабая обсемененность (до 20 микробных тел в поле зрения).

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 2

Больная М., 27 лет, поступила в клинику с жалобами на общее недомогание, ощущение слабости, снижение работоспособности, отеки век, лица, поясницы, нижних конечностей, тупые, ноющие, продолжительные боли слабой интенсивности в поясничной области, уменьшение выделения мочи.

Из анамнеза известно, что больная с детства болеет частыми ангинами. Три недели назад, после перенесенной ангины стала отмечать снижение работоспособности, отеки век преимущественно по утрам, кратковременные изменения цвета мочи (моча цвета мясных помоев). К врачам не обращалась. Неделю назад появились выраженные отеки лица, ног, поясницы, боли в поясничной области.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, частые ангины, ОРЗ, пневмония. Больная работает парикмахером, профессиональных вредностей не имеет. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: у матери 47 лет – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца 50 лет – гипертоническая болезнь. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела – 36,8 °С. Лицо бледное, одутловатое, веки отечны, глаза сужены. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. Выраженные отеки век, лица, лодыжек и поясницы. Грудная клетка конической формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания – 20 в мин. При сравнительной перкуссии ясный, легочный звук. При топографической перкуссии границы легких без патологии. При аускультации легких: дыхание везикулярное. Бронхофония не изменена.

При аускультации сердца: тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 78 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД – 130/80 мм рт. ст.

Живот обычной формы, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется, болезненность в области верхней и нижней мочеточниковой точках не определяется.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: уровень НЬ – 110 г/л, количество эритроцитов – 4,1 х 10^{12}/л, цветной показатель – 0,9, количество лейкоцитов – 6,8 х 10^9/л, сегментоядерные – 76%, палочкоядерные – 1 %, эозинофилы – 2 %, моноциты – 2 % лимфоциты – 15 %, СОЭ – 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1,018, белок – 1,066 г/л, эритроциты – 10-12 в поле зрения, лейкоциты – 7-8 в поле зрения.

Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты – 6000 в 1 мл, лейкоциты – 3000 в 1 мл, цилиндров не обнаружено.

Суточная протеинурия – 1,8 г.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, альбумины – 33 г/л, белки плазмы крови (электрофоретическое разделение): α1-глобулин – 8 %; a_2-глобулин – 13 %; ß-глобулин – 15 %, γ-глобулин – 20 %, креатинин – 130 мкмоль/л, мочевина сыворотки крови – 7,9 ммоль/л, калий – 4 ммоль/л.

Комплемент СЗ – 70 мг %. **Антистрептолизин-О** – 525 ЕД.

Бактериологическое исследование мазка из зева — патологической микрофлоры не выявлено.

Показатели инструментального исследования:

УЗИ почек: размеры правой и левой почек – 120 х 62 см, толщина паренхимы – 18 мм. Чашечно-лоханочная система не изменена.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 3

Больной Н., 47 лет, жалуется на боли ноющего характера, возникающие независимо от приема пищи, и чувство тяжести после еды в эпигастральной области, отрыжку воздухом, неприятный вкус во рту по утрам, снижение аппетита, ощущение урчания и переливания в животе, метеоризм, поносы, раздражительность, неустойчивое настроение.

Анамнез заболевания. Считает себя больным четыре года. В последние два месяца самочувствие ухудшилось, появились боли в эпигастральной области непосредственно после еды, которые сохраняются в течение часа. Питается нерегулярно, всухомятку, в пищу употребляет консервы. Вредные привычки: курит, употреблял алкоголь. Семейный анамнез: у матери и брата – хронический гастрит.

Объективно. Язык обложен белым налетом, на краях языка отмечаются отпечатки зубов, сосочки сглажены. Десны легко кровоточат. Живот нормальной конфигурации, активно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, пальпация в подложечной области и слева от пупка вызывает разлитую болезненность. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Менделя отрицательны. При глубокой методической пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко сигмовидная и слепая кишки слегка болезненны. Отмечается урчание и плеск при пальпации слепой и ободочной кишки. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову – 9х8х7 см. Селезенка не увеличена.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 100 г/л, лейкоциты – 6,8 х 10^9/л, палочкоядерные – 4 %, сегментоядерные – 57 %, эозинофилы – 1 %, лимфоциты - 30 %, моноциты – 8 %, СОЭ – 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1020, белок, эритроциты и цилиндры отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Helicobacter pylori не выявлен.

Показатели инструментального исследования:

ЭГДС: Эндообразований в пищеводе, желудке и осмотренных отделах двенадцатиперстной кишки не выявлено (см. рис). Слизистая оболочка истончена, бледно-серого цвета с просвечивающимися кровеносными сосудами, рельеф сглажен. Широкие участки незначительно истонченной слизистой оболочки чередуются с зонами атрофии белесоватого цвета различной формы небольших размеров.

Вопросы:
1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 4

Больной А, 28 лет, поступил в клинику с жалобами на ноющие, голодные боли в эпигастральной области, которые снимаются приемом пищи и возникают вновь через 1,5-2 ч, тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение, снижение аппетита, запоры.

Анамнез заболевания. Впервые подобные жалобы возникли год назад, но боли быстро купировались приемом альмагеля в течение 2 недель. Из анамнеза известно, что ранее в течение многих лет наблюдался в поликлинике с диагнозом хронический гастрит. По работе имеет частые командировки, питание нерегулярное. Вредные привычки: часто на банкетах употребляет алкоголь в больших количествах. Семейный анамнез: у отца и дяди – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Объективно. Больной пониженного питания, астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, кожа сухая. Язык обложен белым налетом, на краях языка отмечаются отпечатки зубов. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в пилородуоденальной зоне. Симптом Менделя положительный. При глубокой методической пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко сигмовидная, восходящая, поперечная, нисходящая и слепая части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные. Нижний край печени не пальпируется. Размеры печени по Курлову – 9х8х7 см. Селезенка не увеличена. Стул оформленный, регулярный, обычного цвета.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 130 г/л, лейкоциты – 6,4 х 10^9/л, палочкоядерные – 1 %, сегментоядерные – 60 %, эозинофилы – 1 %, лимфоциты – 30 %, моноциты – 8 %, СОЭ - 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1020, белок, эритроциты и цилиндры отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 7,5 ммоль/л, холестерин – 4,2 ммоль/л, мочевина – 6,7 ммоль/л, креатинин – 86 ммоль/л, АЛТ – 16, АСТ – 21, ЛДГ – 380, общий билирубин – 12 ммоль/л.

Показатели инструментального исследования:

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка двенадцатиперстной кишки гиперемированная, отечная, блестящая с налетом фибрина, имеется язвенный дефект размером 1,2 см. Взята биопсия слизистой оболочки

Вопросы:
1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 5

Больная В., 28 лет, медицинская сестра процедурного кабинета, жалуется на выраженную слабость, быструю утомляемость, снижение работоспособности.

Анамнез заболевания. Указанные жалобы беспокоят в течение полутора лет, появились без видимой причины и постепенно нарастают. Анамнестических данных об употреблении алкоголя и перенесенном остром вирусном гепатите не получено.

Объективно. Конституция нормостеническая. Кожные покровы и слизистые бледные с иктеричным оттенком, сухие. Пальмарная эритема. На коже груди – единичные телеангиоэктазии. Живот округлой формы. При поверхностной пальпации живот мягкий, чувствительный в правом подреберье. При глубокой методической скользящей пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко слепая кишка, восходящая, нисходящая, поперечная части ободочной

кишки нормальных размеров, безболезненные. Размеры печени по Курлову – 13 х 10 х 10 см. Нижний край печени несколько закруглен, пальпируется на 4 см под краем реберной дуги, гладкий, мягкий, чувствительный. Селезенка не увеличена.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: уровень НЬ – 115 г/л, количество эритроцитов – 3,9 х 10^{12}/л, цветной показатель – 0,88, количество лейкоцитов – 8,8 х 10^{9}/л, палочкоядерных нейтрофилов – 1 %, сегментоядерных нейтрофилов – 76 %, эозинофилов – 2 %, моноцитов – 2 %, лимфоцитов – 15 %, СОЭ – 30 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1021, белка нет, эритроциты – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 3-5 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 70 г/л, альбумины – 31 г/л. Белки плазмы крови (электрофоретическое разделение): α1 - глобулин – 7 %; α2 -глобулин – 14 %; ß-глобулин – 13 %, γ - глобулин – 21 %, креатинин – 135 мкмоль/л, мочевина сыворотки крови – 8,1 ммоль/л, калий – 4 ммоль/л, АСТ – 62 ЕД, АЛТ – 84 ЕД.

В крови определяется **анти-HCV**.

Показатели инструментального исследования:

По данным **сцинтиграфии и УЗИ печени** патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-4 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-4.2)

Клиническая задача1

Пациент К., 38 лет, грузчик, злоупотребляет алкоголем, на момент осмотра жалуется на ноющие боли в правом подреберье, неоформленный стул, плохой сон.

Анамнез заболевания. Считает себя больным в течение трех дней, после очередного алкогольного эксцесса.

Объективно: больной пониженного питания, отмечается увеличение околоушных слюнных желез. На коже плечевого пояса телеангиоэктазии, гинекомастия. Склеры инъецированы, субиктеричны. В легких при сравнительной перкуссии звук легочный с коробочным оттенком, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до l. axillaris anterior, вправо – на 3 см латеральнее правого края грудины, вверх до нижнего края II ребра. Тоны сердца приглушены, тихий дующего тембра систолический шум на верхушке, на основании мечевидного отростка. ЧСС – 92 уд/мин. Живот несколько вздут. При пальпации болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову – 18 х 16 х 15 см, печень на 6 см выступает из-под реберной дуги, край уплотнен, поверхность печени гладкая. Селезенка не пальпируется.

Показатели лабораторного исследования:

Анализ мочи: Трехкратное превышение активности диастазы мочи.

Биохимический анализ крови: Билирубин крови – 54 ммоль/л. Активность трансаминаз превышает норму в 5 раз.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача2

Больная М., 46 лет, домохозяйка, обратилась в клинику с жалобами на интенсивный зуд кожи преимущественно в вечернее время, незначительное увеличение в размерах живота, похудание за 2 года на 20 кг.

Анамнез заболевания. Больна 2,5 года, когда впервые появился кожный зуд, по поводу которого длительное время лечилась у дерматолога без эффекта. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния госпитализирована.

Объективно. Больная пониженного питания. Кожные покровы и склеры желтушны. Ксантелазмы век. Пергаментность кожи на стопах и голенях, большое количество расчесов. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой, методической пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные. Нижний край печени выступает из-под края реберной дуги на 4 см. Размеры печени по Курлову – 12 х 10 х 10 см. Селезенка не пальпируется. Стул объемный, пенистый.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 130 г/л, эритроциты – 3700 000, лейкоциты – 7800, палочкоядерные – 3 %, сегментоядерные – 78 %, лимфоциты – 17 %, моноциты – 5%, тромбоциты – 150 000, СОЭ – 36 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 7,8 г/л, альбумин – 4,0 отн %, холестерин – 7,8 мм/л, мочевина – 6,1 мм/л, креатинин – 101 мкм/л, глюкоза – 5,8 мм/л, общий билирубин – 182 мм/л, прямой билирубин – 162 мм/л, K^+ – 4,1 мэкв/л, Na^+ – 145 мэкв/л, АЛТ – 52 ЕД/л, АСТ – 48 ЕД/л, ЩФ – 720 ЕД/л, ГГТП – 460 ЕД/л.

Маркеры вирусных гепатитов не обнаружены.

Копрология: растительная непереваримая клетчатка – много.

Показатели инструментального исследования:

УЗИ органов брюшной полости: умеренная гепато- и спленомегалия, умеренное расширение воротной вены, в желчном пузыре 3 конкремента, общий желчный проток не расширен, небольшое кол-во свободной жидкости в брюшной полости.

ЭГДС: умеренно выраженное расширение вен пищевода. Признаки хронического гастрита.

Сканнограмма печени и селезенки: Неравномерная интенсивность изображения печени. Повышенное накопление радиофармпрепарата в селезенке.

Компьютерная томограмма: Поверхность печени бугристая. Структура паренхимы неоднородна за счет множественных, сливающихся между собой крупных узлов. Плотность печени 45-50 Н. Расширение воротной и селезеночной вен. Увеличение селезенки.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 3

Больной С., 45 лет, поступил с жалобами на периодические ноющие боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, возникающие чаще после приема жирной пищи и алкоголя, тошноту, отрыжку воздухом, неустойчивый стул, вздутие живота.

Анамнез заболевания. Описанные симптомы беспокоят в течение года. Последнее ухудшение самочувствия возникло ночью после приема алкоголя, обильной еды. Работает в ресторане поваром.

Наследственность: у матери сахарный диабет 2-го типа.

Объективно. Больной пониженного питания. Кожные покровы иктеричны, со следами расчесов. Телеангиоэктазий, пальмарной эритемы нет. Язык влажный, обложен желтоватым налетом. При пальпации живот несколько вздут, болезненный при пальпации в правом подреберье. Слабоположительный симптом Кача, Мейо-Робсона, болезненность в зоне Шоффара. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации живота отделы толстой кишки нормальных размеров, безболезненные. Размеры печени по Курлову – 14 х12 х15 см, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, умеренно плотная, чувствительная при пальпации. Селезенка не пальпируется.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: лейкоциты – 11 х 10^9, палочкоядерные нейтрофилы – 8 %, сегментоядерные нейтрофилы – 68 %, эозинофилы – 2 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 2 %, СОЭ – 25 мм/ч.

Биохимический анализ крови: билирубин – 60 ммоль/л за счет прямой фракции пигмента, холестерин – 9 ммоль/л, щелочная фосфотаза – 6 ЕД (норма до 2,9 ЕД), тимоловая проба – 5,5, амилаза – 600 ЕД, глюкоза крови натощак – 7,4 ммоль/л, АСТ – 0,8, АЛТ – 0,92.

Анализ кала: резко снижено содержание стеркобилина.

Показатели инструментального исследования:

УЗ исследование: эхогенность паренхимы pancreas неоднородна и усилена. Головка железы увеличена до 3 см, контуры железы неровные.

Ретроградная панкреатохолангиография: контрастирован извитой и расширенный проток поджелудочной железы.

Компьютерная томография: железа истончена, головка увеличена, контуры неровные. Структура паренхимы неоднородна, плотность повышена.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 4

Больная М., 43 лет, повышенного питания, ведущая малоподвижный образ жизни, предъявляет жалобы на периодические боли в правом подреберье, тянущие, ноющие, иррадиирующие в правую лопатку и надплечье, провоцируемые приемом жирной пищи. Отмечает склонность к запорам.

Анамнез заболевания. Боли беспокоят в течение 10 лет. Ее мать и сестра страдают хроническим некалькулезным холециститом и дискинезией желчных путей.

Объективно. Рост – 160 см, вес – 95 кг, ИМТ – 36,5 кг/$м^2$. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски и влажности. Язык влажный, обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живота отмечается незначительная болезненность в правом подреберье. При глубокой методической скользящей пальпации по методу Образцова-Стражеско-Василенко пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра диаметром 1,5 см. Другие отделы толстой кишки не пальпируются. Размеры печени по Курлову – 9х8,5х6 см. Нижний край печени мягкий, ровный, безболезненный. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не увеличена. Определяется положительный симптом Ортнера, Кера, Георгиевского-Мюсси.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: эритроциты – 3,8 х 10^{12}/л, лейкоциты – 9,8 х 10^9/л (без сдвига формулы), СОЭ – 21 мм/ч, НЬ – 126 г/л.

Биохимический анализ крови: холестерин – 5,9 ммоль/л, билирубин непрямой 12 мкмоль/л, функциональные пробы печени нормальные, СРВ +++, сиаловая кислота – 250 mg, фибриноген – 5,6 мкмоль/л.

Показатели инструментального исследования:

При дуоденальном зондировании в порции «В» много хлопьев, слизи, определяется увеличение содержания билирубината кальция и снижение холатохолестеринового коэффициента.

Эхограмма: пузырь увеличен, стенки утолщены с эхогенными включениями, содержимое неоднородно.

Компьютерная томограмма: желчный пузырь увеличен, стенки утолщены, содержимое неоднородно.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?

2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 5

Больная Н., 21 год, студентка, в течение двух недель после перенесенного на ногах ОРВИ, протекавшего с повышением температуры до 38 °С, насморком. Появилась утомляемость, слабость, сердцебиение, колющие боли в области сердца, длящиеся несколько секунд, возникающие и проходящие спонтанно, одышка при умеренной физической нагрузке (подъем по лестнице до второго этажа).

При осмотре: астеническое телосложение. Кожные покровы бледные, гипермобильность суставов. Температура – 36,7 °С. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Число дыханий – 16 в мин. Верхушечный толчок ослабленный, локализован в V межреберье по 1. mediaclavicularis sinistra. При перкуторном определении границ относительной сердечной тупости: правая – на 1 см латеральнее правого края грудины, левая – по 1. mediaclavicularis sinistra, верхняя – по II межреберью. При аускультации сердца: тоны приглушены, ритмичны. На верхушке выслушивается мягкий, дующий систолический шум без проведения. ЧСС = Ps =110 уд/мин, АД – 110/70 мм рт. ст. Пульс мягкий, слабого наполнения, ненапряжен, ритмичен. Живот мягкий, безболезненный. Мягко-эластичный край печени пальпируется под краем реберной дуги. Область почек при пальпации безболезненна, почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Дизурии нет. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе – без особенностей.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 125 г/л, эритроциты – 4,5 х 10^{12}, лейкоциты – 10,2 х 10^{9}, эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 56%, моноциты – 15%, лимфоциты – 26%, СОЭ – 20 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 7,0, альбумины – 48%, глобулины: а1 – 4,3 %, a_2 – 12,1 %, ß – 14,2, у – 21,4 %. СРВ ++. Креатинин – 88 мкм/л, мочевина – 4,6 мм/л, АЛТ – 22 ЕД, АСТ – 34 ЕД, биллирубин общий – 10, прямой – 1, K^+ – 4,3 мэкв/л, Na^+ – 138 мэкв/л.

Общий анализ мочи без патологии.

Показатели инструментального исследования:

Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля прозрачны. Корни структурны. Синусы свободны, диафрагма подвижна. Сердце и аорта – без особенностей.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-4 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-4.3)

Клиническая задача1

Больная В., 55 лет, в течение последних 3,5 лет отмечает частые приступы боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую половину шеи, правое плечо, сопровождающиеся повышением температуры тела до субфебрильных цифр, тошнотой, рвотой с примесью желчи.

Анамнез заболевания. Боли провоцировались приемом острой и жирной пищи. Лечилась самостоятельно: ограничивала приемы пищи, принимала спазмолитики, пользовалась грелкой. Настоящее ухудшение в течение 2-х дней. Боли участились. Появился кожный зуд, устойчиво сохранялась субфебрильная температура.

Объективно: состояние больной средней тяжести. Телосложение правильное. Рост – 164 см, вес – 69 кг, ИМТ – 25,5 кг/$м^2$. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки субиктеричны, нормальной влажности, следы расчесов. Язык влажный, обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живота отмечается незначительная болезненность в правом подре-

берье, в точке желчного пузыря. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой методической скользящей пальпации по методу Образцова-Стражеско-Василенко пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра диаметром 2,0 см. Другие отделы толстого кишечника не пальпируются. Размеры печени по Курлову – 13,5х11,5х10 см. Печень пальпируется на 2 см ниже реберной дуги, край ее тестоватой консистенции. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не увеличена. Определяется положительный симптом Ортнера, Кера, Георгиевского-Мюсси.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 132 г/л, лейкоциты – 15 х 10^9/л, палочкоядерные нейтрофилы – 20 %, сегментоядерные нейтрофилы – 58 %, эозинофилы – 1 %, лимфоциты – 12 %, моноциты – 9 %, СОЭ – 21 мм/ч.

Биохимический анализ крови: уровень щелочной фосфотазы резко повышен.

Показатели инструментального исследования:

Ретроградная панкреатохолангиография: в общем желчном протоке много мелких конкрементов (см. рис).

Крмпьютерная томограмма: желчный пузырь увеличен, стенки уплотнены. Визуализируются конкременты (см. рис).

УЗ исследование: желчный пузырь увеличен. Стенки пузыря уплотнены наличием эхогенных включений, в просвете – конкременты (см. рис).

Холецистограмма: в области дна желчного пузыря визуализируются несколько мелких конкрементов (см. рис).

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача2

Пациент К., 38 лет, грузчик, злоупотребляет алкоголем, на момент осмотра жалуется на ноющие боли в правом подреберье, неоформленный стул, плохой сон.

Анамнез заболевания. Считает себя больным в течение трех дней, после очередного алкогольного эксцесса.

Объективно: больной пониженного питания, отмечается увеличение околоушных слюнных желез. На коже плечевого пояса телеангиоэктазии, гинекомастия. Склеры инъецированы, субиктеричны. В легких при сравнительной перкуссии звук легочный с коробочным оттенком, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до l. axillaris anterior, вправо – на 3 см латеральнее правого края грудины, вверх до нижнего края II ребра. Тоны сердца приглушены, тихий дующего тембра систолический шум на верхушке, на основании мечевидного отростка. ЧСС – 92 уд/мин. Живот несколько вздут. При пальпации болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову – 18 х 16 х 15 см, печень на 6 см выступает из-под реберной дуги, край уплотнен, поверхность печени гладкая. Селезенка не пальпируется.

Показатели лабораторного исследования:

Анализ мочи: Трехкратное превышение активности диастазы мочи.

Биохимический анализ крови: Билирубин крови – 54 ммоль/л. Активность трансаминаз превышает норму в 5 раз.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 3

Больной С., 45 лет, поступил с жалобами на периодические ноющие боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, возникающие чаще после приема жирной пищи и алкоголя, тошноту, отрыжку воздухом, неустойчивый стул, вздутие живота.

Анамнез заболевания. Описанные симптомы беспокоят в течение года. Последнее ухудшение самочувствия возникло ночью после приема алкоголя, обильной еды. Работает в ресторане поваром.

Наследственность: у матери сахарный диабет 2-го типа.

Объективно. Больной пониженного питания. Кожные покровы иктеричны, со следами расчесов. Телеангиоэктазий, пальмарной эритемы нет. Язык влажный, обложен желтоватым налетом. При пальпации живот несколько вздут, болезненный при пальпации в правом подреберье. Слабоположительный симптом Кача, Мейо-Робсона, болезненность в зоне Шоффара. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации живота отделы толстой кишки нормальных размеров, безболезненные. Размеры печени по Курлову – 14 х12 х15 см, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, умеренно плотная, чувствительная при пальпации. Селезенка не пальпируется.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: лейкоциты – 11 х 10^9, палочкоядерные нейтрофилы – 8 %, сегментоядерные нейтрофилы – 68 %, эозинофилы – 2 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 2 %, СОЭ – 25 мм/ч.

Биохимический анализ крови: билирубин – 60 ммоль/л за счет прямой фракции пигмента, холестерин – 9 ммоль/л, щелочная фосфотаза – 6 ЕД (норма до 2,9 ЕД), тимоловая проба – 5,5, амилаза – 600 ЕД, глюкоза крови натощак – 7,4 ммоль/л, АСТ – 0,8, АЛТ – 0,92.

Анализ кала: резко снижено содержание стеркобилина.

Показатели инструментального исследования:

УЗ исследование: эхогенность паренхимы pancreas неоднородна и усилена. Головка железы увеличена до 3 см, контуры железы неровные.

Ретроградная панкреатохолангиография: контрастирован извитой и расширенный проток поджелудочной железы.

Компьютерная томография: железа истончена, головка увеличена, контуры неровные. Структура паренхимы неоднородна, плотность повышена.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 4

Больной К., 49 лет, поступил с жалобами на головные боли, головокружение, мелькание мушек перед глазами на фоне повышения артериального давления до 200/110 мм рт. ст.

Анамнез заболевания. Больной 5 лет назад после проведения вакцинации через 10-15 дней отметил появление мочи цвета мясных помоев. Цвет мочи в течение нескольких дней восстановился. К врачу не обращался. Головные боли, головокружение, мелькание мушек перед глазами беспокоят около 4-5 лет. Максимальное повышение АД до 190/100 мм рт. ст., адаптирован к 170/100 мм рт. ст.

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

Объективно. Состояние средней тяжести. Температура тела – 36,5 °С. Лицо бледное, одутловатое, веки отечны, глаза сужены. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. Отеки век, лодыжки и голени пастозны. Область сердца и крупных сосудов не изменена. Акцент II тона над аортой. Пульс – 68 уд/мин, удовлетворительного наполнения, на-

пряжен, АД – 200/110 мм рт. ст. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 102 г/л, эритроциты – 4,2 х 10^{12}/л, лейкоциты – 5,8 х 10^{9}/л, палочкоядерные – 4 %, сегментоядерные – 56 %, эозинофилы – 0 %, лимфоциты – 33%, моноциты – 7 %, СОЭ – 16 мм/ч.

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

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

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

Биохимический анализ крови: креатинин – 138 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 5

Больной К., 49 лет, поступил с жалобами на головные боли, головокружение, мелькание мушек перед глазами на фоне повышения артериального давления до 200/110 мм рт. ст.

Анамнез заболевания. Больной 5 лет назад после проведения вакцинации через 10-15 дней отметил появление мочи цвета мясных помоев. Цвет мочи в течение нескольких дней восстановился. К врачу не обращался. Головные боли, головокружение, мелькание мушек перед глазами беспокоят около 4-5 лет. Максимальное повышение АД до 190/100 мм рт. ст., адаптирован к 170/100 мм рт. ст.

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

Объективно. Состояние средней тяжести. Температура тела – 36,5 °С. Лицо бледное, одутловатое, веки отечны, глаза сужены. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. Отеки век, лодыжки и голени пастозны. Область сердца и крупных сосудов не изменена. Акцент II тона над аортой. Пульс – 68 уд/мин, удовлетворительного наполнения, напряжен, АД – 200/110 мм рт. ст. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 102 г/л, эритроциты – 4,2 х 10^{12}/л, лейкоциты – 5,8 х 10^{9}/л, палочкоядерные – 4 %, сегментоядерные – 56 %, эозинофилы – 0 %, лимфоциты – 33%, моноциты – 7 %, СОЭ – 16 мм/ч.

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

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

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

Биохимический анализ крови: креатинин – 138 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-7 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-7.1)

Клиническая задача1

Больная М., 43 лет, повышенного питания, ведущая малоподвижный образ жизни, предъявляет жалобы на периодические боли в правом подреберье, тянущие, ноющие, иррадиирующие в правую лопатку и надплечье, провоцируемые приемом жирной пищи. Отмечает склонность к запорам.

Анамнез заболевания. Боли беспокоят в течение 10 лет. Ее мать и сестра страдают хроническим некалькулезным холециститом и дискинезией желчных путей.

Объективно. Рост – 160 см, вес – 95 кг, ИМТ – 36,5 кг/м^2. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски и влажности. Язык влажный, обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живота отмечается незначительная болезненность в правом подреберье. При глубокой методической скользящей пальпации по методу Образцова-Стражеско-Василенко пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра диаметром 1,5 см. Другие отделы толстой кишки не пальпируются. Размеры печени по Курлову – 9х8,5х6 см. Нижний край печени мягкий, ровный, безболезненный. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не увеличена. Определяется положительный симптом Ортнера, Кера, Георгиевского-Мюсси.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: эритроциты – 3,8 х 10^{12}/л, лейкоциты – 9,8 х 10^{9}/л (без сдвига формулы), СОЭ – 21 мм/ч, НЬ – 126 г/л.

Биохимический анализ крови: холестерин – 5,9 ммоль/л, билирубин непрямой 12 мкмоль/л, функциональные пробы печени нормальные, СРВ +++, сиаловая кислота – 250 mg, фибриноген – 5,6 мкмоль/л.

Показатели инструментального исследования:

При дуоденальном зондировании в порции «В» много хлопьев, слизи, определяется увеличение содержания билирубината кальция и снижение холатохолестеринового коэффициента.

Эхограмма: пузырь увеличен, стенки утолщены с эхогенными включениями, содержимое неоднородно.

Компьютерная томограмма: желчный пузырь увеличен, стенки утолщены, содержимое неоднородно.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача2

Больная В., 55 лет, в течение последних 3,5 лет отмечает частые приступы боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую половину шеи, правое плечо, сопровождающиеся повышением температуры тела до субфебрильных цифр, тошнотой, рвотой с примесью желчи.

Анамнез заболевания. Боли провоцировались приемом острой и жирной пищи. Лечилась самостоятельно: ограничивала приемы пищи, принимала спазмолитики, пользовалась грелкой. Настоящее ухудшение в течение 2-х дней. Боли участились. Появился кожный зуд, устойчиво сохранялась субфебрильная температура.

Объективно: состояние больной средней тяжести. Телосложение правильное. Рост – 164 см, вес – 69 кг, ИМТ – 25,5 кг/м^2. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки субиктеричны, нормальной влажности, следы расчесов. Язык влажный, обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живота отмечается незначительная болезненность в правом подреберье, в точке желчного пузыря. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой методической скользящей пальпации по методу Образцова-Стражеско-Василенко пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра диаметром 2,0 см. Другие отделы толстого кишечника не пальпируются. Размеры печени по Курлову – 13,5х11,5х10 см. Печень пальпируется на 2 см ниже реберной дуги, край ее тестоватой конси-

стенции. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не увеличена. Определяется положительный симптом Ортнера, Кера, Георгиевского-Мюсси.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 132 г/л, лейкоциты – 15 х 10^9/л, палочкоядерные нейтрофилы – 20 %, сегментоядерные нейтрофилы – 58 %, эозинофилы – 1 %, лимфоциты – 12 %, моноциты – 9 %, СОЭ – 21 мм/ч.

Биохимический анализ крови: уровень щелочной фосфотазы резко повышен.

Показатели инструментального исследования:

Ретроградная панкреатохолангиография: в общем желчном протоке много мелких конкрементов (см. рис).

Крмпьютерная томограмма: желчный пузырь увеличен, стенки уплотнены. Визуализируются конкременты (см. рис).

УЗ исследование: желчный пузырь увеличен. Стенки пузыря уплотнены наличием эхогенных включений, в просвете – конкременты (см. рис).

Холецистограмма: в области дна желчного пузыря визуализируются несколько мелких конкрементов (см. рис).

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 3

Больная М., 46 лет, домохозяйка, обратилась в клинику с жалобами на интенсивный зуд кожи преимущественно в вечернее время, незначительное увеличение в размерах живота, похудание за 2 года на 20 кг.

Анамнез заболевания. Больна 2,5 года, когда впервые появился кожный зуд, по поводу которого длительное время лечилась у дерматолога без эффекта. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния госпитализирована.

Объективно. Больная пониженного питания. Кожные покровы и склеры желтушны. Ксантелазмы век. Пергаментность кожи на стопах и голенях, большое количество расчесов. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой, методической пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные. Нижний край печени выступает из-под края реберной дуги на 4 см. Размеры печени по Курлову – 12 х 10 х 10 см. Селезенка не пальпируется. Стул объемный, пенистый.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 130 г/л, эритроциты – 3700 000, лейкоциты – 7800, палочкоядерные – 3 %, сегментоядерные – 78 %, лимфоциты – 17 %, моноциты – 5%, тромбоциты – 150 000, СОЭ – 36 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 7,8 г/л, альбумин – 4,0 отн %, холестерин – 7,8 мм/л, мочевина – 6,1 мм/л, креатинин – 101 мкм/л, глюкоза – 5,8 мм/л, общий билирубин – 182 мм/л, прямой билирубин – 162 мм/л, K^+ – 4,1 мэкв/л, Na^+ – 145 мэкв/л, АЛТ – 52 ЕД/л, АСТ – 48 ЕД/л, ЩФ – 720 ЕД/л, ГГТП – 460 ЕД/л.

Маркеры вирусных гепатитов не обнаружены.

Копрология: растительная непереваримая клетчатка – много.

Показатели инструментального исследования:

УЗИ органов брюшной полости: умеренная гепато- и спленомегалия, умеренное расширение воротной вены, в желчном пузыре 3 конкремента, общий желчный проток не расширен, небольшое кол-во свободной жидкости в брюшной полости.

ЭГДС: умеренно выраженное расширение вен пищевода. Признаки хронического гастрита.

Сканнограмма печени и селезенки: Неравномерная интенсивность изображения печени. Повышенное накопление радиофармпрепарата в селезенке.

Компьютерная томограмма: Поверхность печени бугристая. Структура паренхимы неоднородна за счет множественных, сливающихся между собой крупных узлов. Плотность печени 45-50 Н. Расширение воротной и селезеночной вен. Увеличение селезенки.

Вопросы:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 4

Больной А, 28 лет, поступил в клинику с жалобами на ноющие, голодные боли в эпигастральной области, которые снимаются приемом пищи и возникают вновь через 1,5-2 ч, тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение, снижение аппетита, запоры.

Анамнез заболевания. Впервые подобные жалобы возникли год назад, но боли быстро купировались приемом альмагеля в течение 2 недель. Из анамнеза известно, что ранее в течение многих лет наблюдался в поликлинике с диагнозом хронический гастрит. По работе имеет частые командировки, питание нерегулярное. Вредные привычки: часто на банкетах употребляет алкоголь в больших количествах. Семейный анамнез: у отца и дяди – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Объективно. Больной пониженного питания, астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, кожа сухая. Язык обложен белым налетом, на краях языка отмечаются отпечатки зубов. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в пилородуоденальной зоне. Симптом Менделя положительный. При глубокой методической пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко сигмовидная, восходящая, поперечная, нисходящая и слепая части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные. Нижний край печени не пальпируется. Размеры печени по Курлову – 9х8х7 см. Селезенка не увеличена. Стул оформленный, регулярный, обычного цвета.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 130 г/л, лейкоциты – 6,4 х 10^9/л, палочкоядерные – 1 %, сегментоядерные – 60 %, эозинофилы – 1 %, лимфоциты – 30 %, моноциты – 8 %, СОЭ - 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1020, белок, эритроциты и цилиндры отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 7,5 ммоль/л, холестерин – 4,2 ммоль/л, мочевина – 6,7 ммоль/л, креатинин – 86 ммоль/л, АЛТ – 16, АСТ – 21, ЛДГ – 380, общий билирубин – 12 ммоль/л.

Показатели инструментального исследования:

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка двенадцатиперстной кишки гиперемированная, отечная, блестящая с налетом фибрина, имеется язвенный дефект размером 1,2 см. Взята биопсия слизистой оболочки

Вопросы:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 5

Больной Р., 29 лет. Болен сахарным диабетом с 12 лет. Течение диабета лабильное, со склонностью к кетоацидозу. Постоянно находится на интенсифицированной инсулинотерапии, в настоящее время получает Хумулин NPH 16 ЕД перед завтраком и 10 ЕД перед ужином, Хумулин регуляр перед основными приемами пищи (завтрак, обед, ужин) 8/4/6 ЕД. В

течение 5 лет отмечает снижение зрения, около года периодически появляются отеки нижних конечностей, повышение артериального давления.

Объективно: рост – 1,70 м, масса тела – 74 кг. Кожные покровы бледные, пастозность лица, голеней. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца смещена влево на 1 см от левой срединно-ключичной линии. При аускультации – тоны сердца ясные, ритм правильный. АД – 159/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: эритроциты – 4,0 х 10^{12}/л, Нв –124 г/л, цв. показ. – 0,93, лейкоциты – 6,8 х 10^{9}/л, э – 1%, п – 3%, с – 61%, л – 30%, м – 5%, СОЭ – 16 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет св. желт., реакция кислая, уд. вес 1030, белок – 0,099 г/л, эпителий плоский 2 – 3 в п/з, лейкоциты 3 – 4 в п/з, эритроциты 1 – 3 в п/з, бактерии (+).

Глюкоза крови натощак 14,0 ммоль/л. Суточный гликемический профиль 6.00 – 8,5 ммоль/л, 10.00 – 9,8 ммоль/л, 13.00 – 12,8 ммоль/л, 16.00 – 13,6 ммоль/л, 22.00 – 8,8 ммоль/л. Сахар мочи 16,8 ммоль/л.

Биохимический анализ крови: Общий белок – 62г/л, остаточный азот – 24 ммоль/л, креатинин – 0,08 ммоль/л, мочевина – 6,4 ммоль/л, холестерин – 6,7 ммоль/л.

Глазное дно: диски зр. нервов бледные, артерии сужены, вены расширены, микроаневризмы, точечные геморрагии.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-7 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-7.2)

Клиническая задача1

Больная М., 46 лет, домохозяйка, обратилась в клинику с жалобами на интенсивный зуд кожи преимущественно в вечернее время, незначительное увеличение в размерах живота, похудание за 2 года на 20 кг.

Анамнез заболевания. Больна 2,5 года, когда впервые появился кожный зуд, по поводу которого длительное время лечилась у дерматолога без эффекта. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния госпитализирована.

Объективно. Больная пониженного питания. Кожные покровы и склеры желтушны. Ксантелазмы век. Пергаментность кожи на стопах и голенях, большое количество расчесов. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой, методической пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные. Нижний край печени выступает из-под края реберной дуги на 4 см. Размеры печени по Курлову – 12 х 10 х 10 см. Селезенка не пальпируется. Стул объемный, пенистый.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 130 г/л, эритроциты – 3700 000, лейкоциты – 7800, палочкоядерные – 3 %, сегментоядерные – 78 %, лимфоциты – 17 %, моноциты – 5%, тромбоциты – 150 000, СОЭ – 36 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 7,8 г/л, альбумин – 4,0 отн %, холестерин – 7,8 мм/л, мочевина – 6,1 мм/л, креатинин – 101 мкм/л, глюкоза – 5,8 мм/л, общий билирубин – 182 мм/л, прямой билирубин – 162 мм/л, K^{+} – 4,1 мэкв/л, Na^{+} – 145 мэкв/л, АЛТ – 52 ЕД/л, АСТ – 48 ЕД/л, ЩФ – 720 ЕД/л, ГГТП – 460 ЕД/л.

Маркеры вирусных гепатитов не обнаружены.

Копрология: растительная неперевариваемая клетчатка – много.

Показатели инструментального исследования:

УЗИ органов брюшной полости: умеренная гепато- и спленомегалия, умеренное расширение воротной вены, в желчном пузыре 3 конкремента, общий желчный проток не расширен, небольшое кол-во свободной жидкости в брюшной полости.

ЭГДС: умеренно выраженное расширение вен пищевода. Признаки хронического гастрита.

Сканнограмма печени и селезенки: Неравномерная интенсивность изображения печени. Повышенное накопление радиофармпрепарата в селезенке.

Компьютерная томограмма: Поверхность печени бугристая. Структура паренхимы неоднородна за счет множественных, сливающихся между собой крупных узлов. Плотность печени 45-50 Н. Расширение воротной и селезеночной вен. Увеличение селезенки.

Вопросы:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача2

Больная М., 27 лет, поступила в клинику с жалобами на общее недомогание, ощущение слабости, снижение работоспособности, отеки век, лица, поясницы, нижних конечностей, тупые, ноющие, продолжительные боли слабой интенсивности в поясничной области, уменьшение выделения мочи.

Из анамнеза известно, что больная с детства болеет частыми ангинами. Три недели назад, после перенесенной ангины стала отмечать снижение работоспособности, отеки век преимущественно по утрам, кратковременные изменения цвета мочи (моча цвета мясных помоев). К врачам не обращалась. Неделю назад появились выраженные отеки лица, ног, поясницы, боли в поясничной области.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, частые ангины, ОРЗ, пневмония. Больная работает парикмахером, профессиональных вредностей не имеет. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: у матери 47 лет – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца 50 лет – гипертоническая болезнь. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела – 36,8 °С. Лицо бледное, одутловатое, веки отечны, глаза сужены. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. Выраженные отеки век, лица, лодыжек и поясницы. Грудная клетка конической формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания – 20 в мин. При сравнительной перкуссии ясный, легочный звук. При топографической перкуссии границы легких без патологии. При аускультации легких: дыхание везикулярное. Бронхофония не изменена.

При аускультации сердца: тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 78 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД – 130/80 мм рт. ст.

Живот обычной формы, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется, болезненность в области верхней и нижней мочеточниковой точках не определяется.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: уровень НЬ – 110 г/л, количество эритроцитов – 4,1 х 10^{12}/л, цветной показатель – 0,9, количество лейкоцитов – 6,8 х 10^{9}/л, сегментоядерные – 76%, палочкоядерные – 1 %, эозинофилы – 2 %, моноциты – 2 % лимфоциты – 15 %, СОЭ – 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1,018, белок – 1,066 г/л, эритроциты – 10-12 в поле зрения, лейкоциты – 7-8 в поле зрения.

Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты – 6000 в 1 мл, лейкоциты – 3000 в 1 мл, цилиндров не обнаружено.

Суточная протеинурия – 1,8 г.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, альбумины – 33 г/л, белки плазмы крови (электрофоретическое разделение): α1-глобулин – 8 %; a_2-глобулин – 13 %; ß-глобулин – 15 %, γ-глобулин – 20 %, креатинин – 130 мкмоль/л, мочевина сыворотки крови – 7,9 ммоль/л, калий – 4 ммоль/л.

Комплемент СЗ – 70 мг %. **Антистрептолизин-О** – 525 ЕД.

Бактериологическое исследование мазка из зева — патологической микрофлоры не выявлено.

Показатели инструментального исследования:

УЗИ почек: размеры правой и левой почек – 120 х 62 см, толщина паренхимы – 18 мм. Чашечно-лоханочная система не изменена.

Вопросы:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 3

Больной А, 28 лет, поступил в клинику с жалобами на ноющие, голодные боли в эпигастральной области, которые снимаются приемом пищи и возникают вновь через 1,5-2 ч, тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение, снижение аппетита, запоры.

Анамнез заболевания. Впервые подобные жалобы возникли год назад, но боли быстро купировались приемом альмагеля в течение 2 недель. Из анамнеза известно, что ранее в течение многих лет наблюдался в поликлинике с диагнозом хронический гастрит. По работе имеет частые командировки, питание нерегулярное. Вредные привычки: часто на банкетах употребляет алкоголь в больших количествах. Семейный анамнез: у отца и дяди – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Объективно. Больной пониженного питания, астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, кожа сухая. Язык обложен белым налетом, на краях языка отмечаются отпечатки зубов. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в пилородуоденальной зоне. Симптом Менделя положительный. При глубокой методической пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко сигмовидная, восходящая, поперечная, нисходящая и слепая части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные. Нижний край печени не пальпируется. Размеры печени по Курлову – 9х8х7 см. Селезенка не увеличена. Стул оформленный, регулярный, обычного цвета.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 130 г/л, лейкоциты – 6,4 х 10^9/л, палочкоядерные – 1 %, сегментоядерные – 60 %, эозинофилы – 1 %, лимфоциты – 30 %, моноциты – 8 %, СОЭ - 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1020, белок, эритроциты и цилиндры отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 7,5 ммоль/л, холестерин – 4,2 ммоль/л, мочевина – 6,7 ммоль/л, креатинин – 86 ммоль/л, АЛТ – 16, АСТ – 21, ЛДГ – 380, общий билирубин – 12 ммоль/л.

Показатели инструментального исследования:

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка двенадцатиперстной кишки гиперемированная, отечная, блестящая с налетом фибрина, имеется язвенный дефект размером 1,2 см. Взята биопсия слизистой оболочки

Вопросы:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 4

Больная М., 46 лет, домохозяйка, обратилась в клинику с жалобами на интенсивный зуд кожи преимущественно в вечернее время, незначительное увеличение в размерах живота, похудание за 2 года на 20 кг.

Анамнез заболевания. Больна 2,5 года, когда впервые появился кожный зуд, по поводу которого длительное время лечилась у дерматолога без эффекта. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния госпитализирована.

Объективно. Больная пониженного питания. Кожные покровы и склеры желтушны. Ксантелазмы век. Пергаментность кожи на стопах и голенях, большое количество расчесов. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой, методической пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные. Нижний край печени выступает из-под края реберной дуги на 4 см. Размеры печени по Курлову – 12 х 10 х 10 см. Селезенка не пальпируется. Стул объемный, пенистый.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 130 г/л, эритроциты – 3700 000, лейкоциты – 7800, палочкоядерные – 3 %, сегментоядерные – 78 %, лимфоциты – 17 %, моноциты – 5%, тромбоциты – 150 000, СОЭ – 36 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 7,8 г/л, альбумин – 4,0 отн %, холестерин – 7,8 мм/л, мочевина – 6,1 мм/л, креатинин – 101 мкм/л, глюкоза – 5,8 мм/л, общий билирубин – 182 мм/л, прямой билирубин – 162 мм/л, K^+ – 4,1 мэкв/л, Na^+ – 145 мэкв/л, АЛТ – 52 ЕД/л, АСТ – 48 ЕД/л, ЩФ – 720 ЕД/л, ГГТП – 460 ЕД/л.

Маркеры вирусных гепатитов не обнаружены.

Копрология: растительная непереваримая клетчатка – много.

Показатели инструментального исследования:

УЗИ органов брюшной полости: умеренная гепато- и спленомегалия, умеренное расширение воротной вены, в желчном пузыре 3 конкремента, общий желчный проток не расширен, небольшое кол-во свободной жидкости в брюшной полости.

ЭГДС: умеренно выраженное расширение вен пищевода. Признаки хронического гастрита.

Сканнограмма печени и селезенки: Неравномерная интенсивность изображения печени. Повышенное накопление радиофармпрепарата в селезенке.

Компьютерная томограмма: Поверхность печени бугристая. Структура паренхимы неоднородна за счет множественных, сливающихся между собой крупных узлов. Плотность печени 45-50 Н. Расширение воротной и селезеночной вен. Увеличение селезенки.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 5

Больная О. 46 лет поступила с жалобами на выраженную одышку, кащель с мокротой, хрипы в груди.

Из анамнеза: заболевания сердечно-сосудистой системы отрицает, иногда беспокоили головные боли. Настоящее ухудшение связано с сильным нервным напряжением, после которого возникли данные симптомы, доставлена бригадой СМП. Работает бухгалтером. Гинекологический анамнез: роды -1, беременностей- 3, последние 2 года принимает противозачаточные препараты. Наследственный анамнез: мать страда гипертонической болезнью, умерла от инфаркта миокарда в 56 лет. Курит с 16 лет, алкоголь употребляет редко.

Объективно: Состояние средней тяжести. Положение ортопноэ. Кожные покровы нормальной окраски, влажные, отеков нет. Цианоз губ. Границы относительной сердечной тупости: верхняя -2 м\р по окологрудинной линии, правая- правый край грудины в 4 м\р, левая- на 1 см влево от средне-ключичной линии. Тоны сердца ясные, акцент 2 тона на аорте, ритм

правильный, ЧСС 84 в мин, АД 200\100 мм рт ст. Дыхание с жестким оттенком, выслушиваются влажные разнокалиберные хрипы по всем легочным полям, при кашле изо рта и носа выделяется пенистая розовая мокрота, сатурация О2 88%. Живот мягкий, б\б.

Вопросы:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-7 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-7.3)

Клиническая задача1

Больной П., 30 лет, госпитализирован в стационар с жалобами на слабость, утомляемость, головокружение, нарушение речи. Ранее периодически отмечал боли в прекардиальной области колющего и давящего характера, сердцебиение.

Несколько лет назад перенес инфекционный эндокардит, осложненный мезентериальным тромбозом. В течение длительного времени находился на стационарном лечении, от последующего направления на хирургическое лечение отказался.

Больной курит, ранее употреблял наркотики, сейчас отрицает.

При объективном осмотре состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, определяется пульсация зрачков, капиллярный пульс, симптом Мюссе. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы. ЧДД 18 в мин. Верхушечный толчок разлитой, смещен влево и вниз. Границы относительной сердечной тупости расширены влево. Тоны сердца ослаблены, диастолический шум убывающего характера во втором межреберье справа и в точке Боткина. ЧСС 96 в мин., АД 130/40 мм рт ст. Выслушивается двойной тон Траубе и двойной шум Дюрозье над бедренной артерией. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

Общ.ан.крови: Нв 116 г/л, Л 5,3 х10х9/л, тр 170х10х9/л, СОЭ 34 мм/ч.

Общ.ан.мочи: отн.плотность 1013, Белок– 0,1 г/л, Л 1-3 в п/зр, Эр 1-2 в п/зр.

ЭКГ: смещение ЭОС влево. Косонисходящая депрессия ST и отрицательный T в V5-V6. Преходящая А-В блокада 2 ст.

Вопросы:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача2

Больной Г., 50 лет доставлен в приемный покой с места работы, где он почувствовал внезапную слабость, головокружение, потерял сознание.

В течение последнего месяца испытывал изжогу, боль в животе после еды, накануне боли уменьшились, двукратно был черный жидкий стул.

Пациент и ранее отмечал боли в животе, но к врачам не обращался. Страдает артритом плечевого сустава и регулярно принимает ибупрофен. Из вредных привычек называет курение, выкуривает по 1,5 пачки сигарет в день. Отец больного умер от рака желудка.

При осмотре состояние тяжелое, кожные покровы и слизистые бледные. На лбу холодный пот. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧДД 20 в мин. Сердечные тоны приглушены, на верхушке систолический шум, ЧСС 98 в мин. АД 90/60 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный.

Ан крови в приемном покое: Нв 72 г/л, Л 6,8х10х9/л, СОЭ 18 мм/ч

Вопросы:
1. Сформулируйте диагноз.

2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 3

Больная М., 36 лет обратилась на амбулаторный прием с жалобами на одышку при физической нагрузке, кашель, повышенную утомляемость, сердцебиение.

В подростковом возрасте находилась на лечении в стационаре по поводу болей в суставах и повышенной температуры. Известно, что в это период был «шум в сердце». В дальнейшем в течение нескольких лет получала инъекции бициллина. Настоящее ухудшение в течение последнего года.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание с жестким оттенком, в нижних отделах – влажные мелкопузырчатые хрипы, ЧДД 18 в мин. Граница относительной сердечной тупости смещена влево и вверх. Тоны сердца приглушены, на верхушке I тон ослаблен, выслушивается грубый систолический шум, проводящийся в подмышечную область. ЧСС 78 в мин., АД 110/70 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены, отеков нет.

Общий анализ крови и мочи без патологии.

Через несколько дней после посещения терапевта – приступ сердцебиения, сопровождающийся одышкой и страхом смерти. При осмотре выявлен симптом дефицита пульса.

Врачом скорой помощи проведена запись ЭКГ: зарегистрировано отсутствие зубца Р во всех отведениях, наличие волн f, различная величина интервалов R-R. ЧСС 108-125 в мин.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Опишите гемодинамические нарушения, возникающие при данном пороке сердца.
3. Какое нарушение ритма развилось у больной?
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Предложите лечение.

ЗАДАЧА 2

Больная В., 48 лет обратилась к терапевту с жалобами на периодические «опоясывающие» боли в верхних отделах живота, урчание в животе, вздутие живота, тошноту после еды, особенно жареной, копченой пищи, неоформленный стул до 3-5 раз в день. При ухудшении состояния принимает но-шпу, которая несколько облегчает ее состояние.

При осмотре состояние больной средней тяжести. Кожные покровы и слизистые сухие, субиктеричные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца звучные, шумов нет. ЧСС 72 в мин. АД 125/70 мм рт ст. Живот болезненный в зоне Шоффара, положительные симптомы Дежардена, Мюсси, гиперестезия в зоне VIII-IX грудных позвонков. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный. Отеков нет.

В общеклиническом и биохимическом анализе крови: Нв 1109 г/л, Л 14х10х9/л, п/я 8 %, с/я 68 %, лимф 19 %, моноциты 5 %, СОЭ 37 мм/ч. АСТ 28 Ед/л, АЛТ 37 Ед/л, амилаза 285 МЕ/л, ЩФ 200 МЕ/л.

Ан.мочи – диастаза 256 МЕ/л.

Ан.кала: в большом кол-ве мышечные волокна, жиры.

ЭГДС: в желудке слизь в большом количестве, слизистая 12-перстной кишки гиперемирована.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 4

Больная В., 48 лет обратилась к терапевту с жалобами на периодические «опоясывающие» боли в верхних отделах живота, урчание в животе, вздутие живота, тошноту после еды, особенно жареной, копченой пищи, неоформленный стул до 3-5 раз в день. При ухудшении состояния принимает но-шпу, которая несколько облегчает ее состояние.

При осмотре состояние больной средней тяжести. Кожные покровы и слизистые сухие, субиктеричные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца звучные, шумов нет. ЧСС 72 в мин. АД 125/70 мм рт ст. Живот болезненный в зоне Шоффара, положительные симптомы Дежардена, Мюсси, гиперестезия в зоне VIII-IX грудных позвонков. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный. Отеков нет.

В общеклиническом и биохимическом анализе крови: Нв 1109 г/л, Л 14х10х9/л, п/я 8 %, с/я 68 %, лимф 19 %, моноциты 5 %, СОЭ 37 мм/ч. АСТ 28 Ед/л, АЛТ 37 Ед/л, амилаза 285 МЕ/л, ЩФ 200 МЕ/л.

Ан.мочи – диастаза 256 МЕ/л.

Ан.кала: в большом кол-ве мышечные волокна, жиры.

ЭГДС: в желудке слизь в большом количестве, слизистая 12-перстной кишки гиперемирована.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 5

Обратился пациент В. 56 лет с жалобами на периодически возникающие давящие боли за грудиной на фоне нервно-эмоциональной нагрузки и при выполнении обычных физических нагрузок (ходьба до 500 м, по лестнице выше 2 этажа), проходящих в покое. Из анамнеза известно, что пациент страдает артериальной гипертензией около 5 лет, максимально до 180/110 мм, регулярной гипотензивной терапии не получает. Страдает хроническим бронхитом. Родители больного умерли от инсульта. Курит много лет, алкоголь не употребляет. Работает руководителем отдела программирования. Выше описанные симптомы имеются в течение 2-3 месяцев.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски, влажности. Отеков нет. ИМТ 36. Объем талии 110 см. Границы относительной сердечной тупости: правая по краю грудины справа в 4 межреберье, верхняя – окологрудинная линия в 2 межреберье, левая- на 1 см кнаружи от средне- ключичной линии в 5 межреберье. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 76 в мин, АД 160/110 мм рт ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин. Живот мягкий. б\б.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

8 семестр

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-4 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-4.1)

Клиническая задача1

Больная К., 26 лет, поступила жалобами на лихорадку до 38 °С, потливость, слабость, одышку смешанного характера при минимальной физической нагрузке, боли в нижних отде-

лах грудной клетки справа, усиливающиеся при глубоком вдохе, кашле, сухой кашель, ощущение сердцебиения, нарастающее при небольшой физической нагрузке.

Заболела остро около 2-х месяцев назад, когда впервые появилась лихорадка до 39 °С с ознобами, потливостью и слабостью, боли в нижних отделах грудной клетки справа. Расценила свое состояние как проявление ОРВИ. Принимала жаропонижающие средства без эффекта. На рентгенограмме грудной клетки выявлена правосторонняя нижнедолевая пневмония. Принимала сумамед в адекватной дозе. Несмотря на это, появился сухой кашель, усилились боли в грудной клетки, появилась одышка сначала при умеренной, затем при небольшой физической нагрузке. Была госпитализирована в стационар с диагнозом двусторонняя пневмония, распространенная эмпиема плевры справа с деструкцией легочной ткани. Получала парентеральную терапию гентамицином, ванкомицином, метронидазолом, цефтриаксоном. На этом фоне отмечена положительная динамика состояния, однако при контрольной рентгенографии выявлены признаки формирования абсцесса в верхней доле левого легкого, сохраняющейся эмпиемы плевры, пневмонии в нижней доле правого легкого. Была переведена в торакальное отделение.

Семейный анамнез без особенностей. *Вредные привычки* отрицает

Гинекологический анамнез: 2 беременности, 4 аборта, последний за 2 месяца до начала заболевания.

При осмотре состояние тяжелое. Температура тела – 38,5 °С. Кожные покровы бледные, влажные. ЧД – 20/мин. При перкуссии выявляется выраженное притупление звука в нижних отделах справа до уровня V ребра, притупление звука в верхних отделах левого легкого. При аускультации: дыхание бронхиальное, в верхних отделах слева – ослабленное, в нижних отделах справа на фоне резкого ослабления дыхания выслушивается крепитация. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС – 120 уд/мин, над мечевидным отростком грудины выслушивается нечеткий, дующий систолический шум, который немного усиливается на высоте вдоха с задержкой дыхания. Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, дефицита пульса нет. Вдоль кубитальных вен следы инъекций. АД – 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 103 г/л, эритроциты – 3,34 х 10^{12}/л, лейкоциты – 13,6 х 10^{9}/л, лейкоцитарная формула: палочкоядерные – 2 %, сегментоядерные – 75 %, эозинофилы – 0 %, лимфоциты – 19 %, моноциты – 4 %, СОЭ – 60 мм/ч.

Биохимический анализ крови без особенностей. HCV+. Австралийский антиген, реакция Вассермана, ВИЧ отрицательный.

Общий анализ мочи: уд. вес – 1018, белок – следы, лейкоциты – 3-4 в поле зрения, эритроциты – 2-3 в поле зрения, цилиндров нет.

Показатели инструментального исследования:

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 115/мин, очаговых и диффузных изменений не выявлено.

Рентгенография органов грудной клетки: инфильтрация в нижней доле правого легкого, уровень жидкости до IV-V ребер, очаговая инфильтрация в верхней доле правого легкого.

Эхо-КГ: пролапс передней створки трикуспидального клапана III степени (до 14-16 мм) с перфорацией створки в области пролабирующего сегмента, на котором фиксирована подвижная эхогенная структура размером до 1,2 х 2,2 см. Признаки умереннно тяжелой трикуспидальной недостаточности. Аортальный, митральный и клапан легочной артерии интактны.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача2

Больной П., 43 года, госпитализирован в кардиологическое отделение с жалобами на сердцебиение, перебои в работе сердца, дискомфорт в области сердца, отеки нижних конечностей, тяжесть в правом подреберье, не связанную с приемом пищи, увеличение размеров живота на фоне общего похудения.

Анамнез заболевания: считает себя больным около пяти лет, когда периодически, в основном при эмоциональном перенапряжении, стали беспокоить эпизоды сердцебиения, сопровождающиеся головокружением, тошнотой, внезапно появляющиеся и внезапно исчезающие спустя 2-3 мин. В последующем эпизоды сердцебиения прекратились, в течение последних 3 лет пульс был постоянно аритмичным. Самочувствие ухудшилось в течение 6 месяцев, когда появилась слабость, утомляемость, одышка при подъеме по лестнице до первого этажа, отечность голеней и стоп. Отмечает прибавку веса на 6 кг за последние полгода, в то же время лицо и руки похудели. В связи с отеками по совету родственников начал принимать фуросемид – 40 мг 2 раза в неделю. Отеки ног сохранялись, одышка усилилась, значительно ограничивая бытовую физическую активность, что и стало причиной госпитализации.

Семейный анамнез: бабушка и отец больного страдали заболеванием сердца и умерли до 45 лет.

При осмотре: состояние тяжелое. Положение ортопноэ. Телосложение астеничное. Рост – 170 см, вес – 65 кг. Кожные покровы бледные, губы цианотичные, акроцианоз. Отмечается гипермобильность суставов. Отеки голеней, стоп. При аускультации легких в базальных отделах легких, больше слева, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. При перкуссии в нижних отделах легких отмечается притупление перкуторного звука. Тахипноэ – до 24 уд/мин. Верхушечный толчок ослабленный, разлитой. Границы относительной сердечной тупости: левая – по передней подмышечной линии, верхняя – по II межреберью, правая – на 4 см латеральнее правого края грудины. Тоны сердца глухие, протодиастолический ритм галопа, мерцательная аритмия. На верхушке выслушивается дующий систолический шум с проведением в левую подмышечную область. ЧСС = 110-120 уд/мин. Ps = 80-90 уд/мин. АД – 110/70 мм рт. ст. Пульс мягкий, слабого наполнения, ненапряжен, аритмичен. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову – 15 х 13 х 8 см. Край печени на 4 см выступает из-под края реберной дуги, мягко-эластичной консистенции, закруглен. Почки не пальпируются.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 136 г/л, эритроциты – 4,2 х 10^{12}, лейкоциты – 6,4 х 10^{9}, эозинофилы – 2 %, палочкоядерные нейтрофилы – 2 %, сегментоядерные нейтрофилы – 68 %, моноциты – 15 %, лимфоциты – 13 %, СОЭ – 8 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 7,4, креатинин – 78 мкм/л, мочевина – 5,2 мм/л, АЛТ – 24 ЕД, АСТ – 30 ЕД, K^+ – 4,6 мэкв/л, Na^+ – 141 мэкв/л, холестерин – 3,2 мм/л, триглицериды – 0,8 мм/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1019, белок – следы, глюкоза – нет, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты – нет, цилиндры – нет.

Показатели инструментального исследования:

На **ЭКГ** зубцов Р нет, разные расстояния RR. ЧСС – 80-156 уд/мин. Волны f.

ЭхоКГ: Стенки аорты и створки аортального клапана не изменены, движение створок не нарушено. Полость правого предсердия – 4,6 см. Левый желудочек дилатирован (КДР – 5,8 см, КСР – 5,2 см), толщина межжелудочковой перегородки – 1,0 см, задней стенки – 0,9 см. Полость правого желудочка расширена до 4,3 см. Митральная регургитация II-III ст. Трикуспидальная регургитация II ст. Повышение давления на a. pulmonalis. Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) – около 30 %. Гидроперикард.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 3

Больной К., машинист поезда, 50 лет, некурящий, спортивного вида, обратился в поликлинику по поводу появления впервые в жизни кратковременных сжимающих загрудинных болей при подъеме на 3 этаж, проходящих после небольшого отдыха.

Семейный анамнез: мать больного 73 лет страдает сахарным диабетом 2-го типа и облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, отец больного умер в возрасте 57 лет от рака легких.

При осмотре состояние удовлетворительное. Температура тела – 36,4 °С. Больной нормостенического телосложения, рост – 178 см, вес – 74 кг, ИМТ – 23,3 кг/м^2. Грудная клетка конической формы. Грудная клетка в дыхании участвует симметрично, подвижность ее снижена. Брюшной тип дыхания. Пальпация грудной клетки безболезненна. Голосовое дрожание ощущается симметрично с обеих сторон. ЧД – 16 уд/мин. При аускультации определяется везикулярное дыхание, хрипов нет. Бронхофония в симметричных участках грудной клетки ощущается примерно с одинаковой силой. Верхушечный толчок невидимый, пальпируется в V межреберье на 2 см кнутри от левой среднеключичной линии, разлитой, высокий, усиленный, резистентный. Сердечный толчок отсутствует. При аускультации тоны сердца приглушены. ЧСС – 70 уд/мин. Ритм правильный, шумов нет. Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, синхронный, аритмичный с частотой 70 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Дефицита пульса нет. При аускультации артерий патологических изменений нет. АД – 120/70 мм рт. ст.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печеночной тупости по Курлову – 9 х 8 х 7 см. Печень пальпируется у края правой реберной дуги, край печени мягкий, острый, ровный, гладкий, безболезненный.

Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон

Показатели инструментальног исследования:

ЭКГ покоя: в пределах нормы.

ЭКГ с дозированной физической нагрузкой – см рис

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 4

Больная Л., 63 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое, приступы удушья в ночное время, возникающие в горизонтальном положении, кашель с выделением небольшого количества мокроты с примесью крови, выраженные отеки нижних конечностей, повышение температуры тела до 38 °С, слабость. Из анамнеза известно, что больная с детского возраста страдает ревматизмом с формированием порока сердца. Настоящее ухудшение в течение последнего месяца, которое больная связывает с переохлаждением.

При осмотре состояние тяжелое, положение ортопноэ. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, на лице – румянец щек с цианотичным оттенком, акроцианоз. Выраженные отеки голеней и стоп. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧД – 24 уд/мин. При сравнительной перкуссии отмечается притупление перкуторного звука в нижних долях обоих легких. Топографическая перкуссия нижних границ легких: окологрудинная линия (правое легкое) – V межреберье, среднеключичная (правое легкое) – VI ребро, передняя подмышечная – VII ребро, средняя подмышечная – VIII ребро, задняя подмышечная – IX ребро, лопаточная – X ребро, околопозвоночная – остистый отросток XI грудного позвонка.

При аускультации легких – дыхание жесткое, ослабленное в нижних отделах, выслушиваются влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. В нижней доле правого легкого выслушивается крепитация. Грудная клетка в области сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая – 3 см кнаружи от правого края грудины, левая – 2,5 см кна-

ружи от левой среднеключичной линии, верхняя – верхний II ребра. При аускультации сердца выслушивается хлопающий I тон, тон открытия митрального клапана, протодиастолический шум, акцент II тона над легочной артерией. Ритм сердечных сокращений правильный, ЧСС – 90 уд/мин, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот нормальной формы, симметричен. При перкуссии живота отмечается тимпанит. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная и слепая кишка нормальной консистенции, безболезненные.

Размеры печени: по правой передней подмышечной – 14 см, по правой среднеключичной – 13 см, по правой окологрудинной – 12 см. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, край закруглен, чувствительный при пальпации. Область почек не изменена, болезненности в области мочеточниковых точек нет. Селезенка не увеличена.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 125 г/л, эритроциты – 4 млн, лейкоциты – 9,6 тыс., эозинофилы – 2 %, палочкоядерные – 5 %, сегментоядерные – 68 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 5 %, СОЭ – 19 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1021, реакция кислая, белок, глюкоза, эритроциты отсутствуют, лейкоциты – 2-3 в поле зрения.

Ревмопробы: СРБ – положительный, титр антистрептолизина -О – 160 (норма – до 250), титр антигиалуронидазы –200 (норма – до 300).

Показатели инструментального исследования:

Рентгенография органов грудной полости: см рис

ЭхоКГ: створки митрального клапана утолщены. Площадь левого атриовентрикулярного отверстия – 2,2 см^2 (норма – 4-6 см^2). Другие клапаны интактны. Фракция выброса левого желудочка – 30 % (норма – 50-70 %). Легочная гипертензия.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 5

Больная В., 49 лет, жалуется на головные боли в затылочной области, возникающие после эмоционального перенапряжения и сопровождающиеся мельканием мушек перед глазами, ощущением сердцебиения.

Из анамнеза известно, что с 40 лет страдает бронхиальной астмой. Выявлена положительная реакция на домашнюю пыль, пыльцу злаков. Постоянно принимает сальметерол, будесонид в среднетерапевтических дозах с хорошим стойким эффектом. Обострения бронхиальной астмы развиваются один раз в 2-3 года, чаще в период цветения растений, а также на фоне ОРВИ. Последнее обострение было 2,5 года назад. Приступы удушья возникают редко, быстро купируются сальбутамолом. В течение последних двух лет после тяжелого стресса (болезнь отца) впервые появились и стали беспокоить головные боли, преимущественно в затылочной области. Боли возникали редко, всегда на фоне эмоционального перенапряжения, сопровождались ощущением сердцебиения, мельканием мушек перед глазами, редко тошнотой. Различные анальгетики головную боль не купировали. Неделю назад впервые измерила АД во время приступа боли: 150/100 мм рт. ст.

Семейный анамнез: мать пациентки 71 года страдает гипертонической болезнью, отец пациентки 74 лет также страдает гипертонической болезнью, 2 года назад перенес инсульт. Вредных привычек нет.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Индекс массы тела – 24,3 кг/м^2. Кожные покровы бледно-розовые, умеренно влажные, эластичные. Отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Форма грудной клетки цилиндрическая, перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. ЧД – 16 уд/мин, при аускультации легких дыхание жесткое, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1,5 см кнаружи от пра-

вого края грудины в IV межреберье, левая – 1 см кнутри от левой среднеключичной линии в V межреберье, верхняя – верхний край III ребра. Тоны сердца ритмичные, ЧСС — 88 уд/мин, I и II тон над верхушкой ясные, шумов нет. Пульс ритмичный, без дефицита, напряженный. АД – 140/90 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный.. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: гемоглобин – 136 г/л, лейкоциты – 5,6 х 10^9/л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ – 8 мм/ч. Биохимический анализ крови в норме. Общий анализ мочи: уд. вес – 1018, белок, глюкоза отсутствуют, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты отсутствуют. Трехстаканный анализ мочи: белок отсутствует во всех порциях, лейкоциты 350-300-abs, эритроциты отсутствуют. Уровень ТТГ в норме.

Показатели инструментального исследования:

ЭхоКГ: толщина задней стенки и межжелудочковой перегородки – 0,9 см,

ЭКГ (см рис)

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, нормальных размеров, контуры ровные, чашечно-лоханочная система не расширена, конкрементов нет.

Окулист: очаговое сужение артерий сетчатки.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-4 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-4.2)

Клиническая задача1

Больная К., 26 лет, поступила жалобами на лихорадку до 38 °С, потливость, слабость, одышку смешанного характера при минимальной физической нагрузке, боли в нижних отделах грудной клетки справа, усиливающиеся при глубоком вдохе, кашле, сухой кашель, ощущение сердцебиения, нарастающее при небольшой физической нагрузке.

Заболела остро около 2-х месяцев назад, когда впервые появилась лихорадка до 39 °С с ознобами, потливостью и слабостью, боли в нижних отделах грудной клетки справа. Расценила свое состояние как проявление ОРВИ. Принимала жаропонижающие средства без эффекта. На рентгенограмме грудной клетки выявлена правосторонняя нижнедолевая пневмония. Принимала сумамед в адекватной дозе. Несмотря на это, появился сухой кашель, усилились боли в грудной клетки, появилась одышка сначала при умеренной, затем при небольшой физической нагрузке. Была госпитализирована в стационар с диагнозом двусторонняя пневмония, распространенная эмпиема плевры справа с деструкцией легочной ткани. Получала парентеральную терапию гентамицином, ванкомицином, метронидазолом, цефтриаксоном. На этом фоне отмечена положительная динамика состояния, однако при контрольной рентгенографии выявлены признаки формирования абсцесса в верхней доле левого легкого, сохраняющейся эмпиемы плевры, пневмонии в нижней доле правого легкого. Была переведена в торакальное отделение.

Семейный анамнез без особенностей. *Вредные привычки* отрицает

Гинекологический анамнез: 2 беременности, 4 аборта, последний за 2 месяца до начала заболевания.

При осмотре состояние тяжелое. Температура тела – 38,5 °С. Кожные покровы бледные, влажные. ЧД – 20/мин. При перкуссии выявляется выраженное притупление звука в нижних отделах справа до уровня V ребра, притупление звука в верхних отделах левого легкого. При аускультации: дыхание бронхиальное, в верхних отделах слева – ослабленное, в нижних отделах справа на фоне резкого ослабления дыхания выслушивается крепитация. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС – 120 уд/мин, над мечевидным отростком грудины

выслушивается нечеткий, дующий систолический шум, который немного усиливается на высоте вдоха с задержкой дыхания. Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, дефицита пульса нет. Вдоль кубитальных вен следы инъекций. АД – 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 103 г/л, эритроциты – 3,34 х 10^{12}/л, лейкоциты – 13,6 х 10^{9}/л, лейкоцитарная формула: палочкоядерные – 2 %, сегментоядерные – 75 %, эозинофилы – 0 %, лимфоциты – 19 %, моноциты – 4 %, СОЭ – 60 мм/ч.

Биохимический анализ крови без особенностей. HCV+. Австралийский антиген, реакция Вассермана, ВИЧ отрицательный.

Общий анализ мочи: уд. вес – 1018, белок – следы, лейкоциты – 3-4 в поле зрения, эритроциты – 2-3 в поле зрения, цилиндров нет.

Показатели инструментального исследования:

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 115/мин, очаговых и диффузных изменений не выявлено.

Рентгенография органов грудной клетки: инфильтрация в нижней доле правого легкого, уровень жидкости до IV-V ребер, очаговая инфильтрация в верхней доле правого легкого.

Эхо-КГ: пролапс передней створки трикуспидального клапана III степени (до 14-16 мм) с перфорацией створки в области пролабирующего сегмента, на котором фиксирована подвижная эхогенная структура размером до 1,2 х 2,2 см. Признаки умереннно тяжелой трикуспидальной недостаточности. Аортальный, митральный и клапан легочной артерии интактны.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача2

Больной П., 43 года, госпитализирован в кардиологическое отделение с жалобами на сердцебиение, перебои в работе сердца, дискомфорт в области сердца, отеки нижних конечностей, тяжесть в правом подреберье, не связанную с приемом пищи, увеличение размеров живота на фоне общего похудения.

Анамнез заболевания: считает себя больным около пяти лет, когда периодически, в основном при эмоциональном перенапряжении, стали беспокоить эпизоды сердцебиения, сопровождающиеся головокружением, тошнотой, внезапно появляющиеся и внезапно исчезающие спустя 2-3 мин. В последующем эпизоды сердцебиения прекратились, в течение последних 3 лет пульс был постоянно аритмичным. Самочувствие ухудшилось в течение 6 месяцев, когда появилась слабость, утомляемость, одышка при подъеме по лестнице до первого этажа, отечность голеней и стоп. Отмечает прибавку веса на 6 кг за последние полгода, в то же время лицо и руки похудели. В связи с отеками по совету родственников начал принимать фуросемид – 40 мг 2 раза в неделю. Отеки ног сохранялись, одышка усилилась, значительно ограничивая бытовую физическую активность, что и стало причиной госпитализации.

Семейный анамнез: бабушка и отец больного страдали заболеванием сердца и умерли до 45 лет.

При осмотре: состояние тяжелое. Положение ортопноэ. Телосложение астеничное. Рост – 170 см, вес – 65 кг. Кожные покровы бледные, губы цианотичные, акроцианоз. Отмечается гипермобильность суставов. Отеки голеней, стоп. При аускультации легких в базальных отделах легких, больше слева, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. При перкуссии в нижних отделах легких отмечается притупление перкуторного звука. Тахипноэ – до 24 уд/мин. Верхушечный толчок ослабленный, разлитой. Границы относительной сердечной тупости: левая – по передней подмышечной линии, верхняя – по II межреберью, правая – на 4 см латеральнее правого края грудины. Тоны сердца глухие, протодиастолический

ритм галопа, мерцательная аритмия. На верхушке выслушивается дующий систолический шум с проведением в левую подмышечную область. ЧСС = 110-120 уд/мин. Ps = 80-90 уд/мин. АД – 110/70 мм рт. ст. Пульс мягкий, слабого наполнения, ненапряжен, аритмичен. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову – 15 х 13 х 8 см. Край печени на 4 см выступает из-под края реберной дуги, мягко-эластичной консистенции, закруглен. Почки не пальпируются.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 136 г/л, эритроциты – 4,2 х 10^{12}, лейкоциты – 6,4 х 10^{9}, эозинофилы – 2 %, палочкоядерные нейтрофилы – 2 %, сегментоядерные нейтрофилы – 68 %, моноциты – 15 %, лимфоциты – 13 %, СОЭ – 8 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 7,4, креатинин – 78 мкм/л, мочевина – 5,2 мм/л, АЛТ – 24 ЕД, АСТ – 30 ЕД, K^+ – 4,6 мэкв/л, Na^+ – 141 мэкв/л, холестерин – 3,2 мм/л, триглицериды – 0,8 мм/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1019, белок – следы, глюкоза – нет, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты – нет, цилиндры – нет.

Показатели инструментального исследования:

На **ЭКГ** зубцов Р нет, разные расстояния RR. ЧСС – 80-156 уд/мин. Волны f.

ЭхоКГ: Стенки аорты и створки аортального клапана не изменены, движение створок не нарушено. Полость правого предсердия – 4,6 см. Левый желудочек дилатирован (КДР – 5,8 см, КСР – 5,2 см), толщина межжелудочковой перегородки – 1,0 см, задней стенки – 0,9 см. Полость правого желудочка расширена до 4,3 см. Митральная регургитация II-III ст. Трикуспидальная регургитация II ст. Повышение давления на a. pulmonalis. Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) – около 30 %. Гидроперикард.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 3

Больной П., 42 года, инженер, обратился к врачу с жалобами на одышку при бытовых физических нагрузках, неприятные ощущения в области сердца, перебои в работе сердца, отеки голеней и стоп.

Из анамнеза около пяти месяцев назад перенес ОРВИ, с температурой до 38,8 °С, ринореей, слабостью, принимал аспирин, нафтизин в течение недели. Температура нормализовалась на третьи сутки, сохранялась выраженная слабость. Постепенно стала появляться одышка при физической нагрузке, перебои в работе сердца, снизилась толерантность к физической нагрузке. Около 2-х недель назад одышка стала значительной, появились отеки голеней, стоп. Обратился за медицинской помощью.

Раннее был здоров. Из перенесенных заболеваний отмечает травматический гемартроз левого коленного сустава около 20 лет назад.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, цианоз губ. Отеки голеней и стоп. В легких жесткое дыхание. Хрипов нет. Число дыханий – 24 в мин. Верхушечный толчок ослабленный, разлитой. При перкуторном определении границ относительной сердечной тупости: левая – по передней подмышечной линии, верхняя – по II межреберью, правая – на 2 см латеральнее правого края грудины. При аускультации сердца: тоны глухие, выслушивается протодиастолический ритм галопа. На верхушке выслушивается дующий систолический шум с проведением в левую подмышечную область. ЧСС – 102 уд/мин. Экстрасистолия – до 10 в мин. АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову – 15 х 13 х 8 см. Край печени на 2 см выступает из-под края реберной дуги, мягко-эластичной консистенции, закруглен. Селезенка не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательныйДизурии нет. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе – без особенностей.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 136 г/л, эритроциты – 4,2 х 10^{12}, лейкоциты – 9,5 х 10^{9}, эозинофилы – 2 %, палочкоядерные – 2 %, сегментоядерные – 57 %, моноциты – 11 %, лимфоциты – 28 %, СОЭ –38 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 7,4, альбумины – 40 %, глобулины: а 1 – 7,3 %, a_2 – 17,1 %, ß – 10,2, γ – 25 %. СРБ +++, Креатинин – 100 мкм/л, АЛТ – 64 ЕД, АСТ – 80 ЕД, КФК – 260 ЕД/л, K^+ – 4,6 мэкв/л, Na^+ – 141 мэкв/л, фибриноген – 6 г/л. Антистрептолизин- О < 100 ЕД.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1019, белок – следы, глюкоза отрицательная, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты отрицательные, цилиндры отрицательные.

Показатели инструментальног исследования:

Рентгенограмма грудной клетки: кардиомегалия. Кардиоторакальный индекс – 0,6, усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента.

Эхо КГ: Стенки аорты и створки аортального клапана не изменены, движение створок не нарушено. Полость правого предсердия – 4,6 см. Левый желудочек дилатирован (КДР – 5,8 см, КСР – 5,2 см), толщина межжелудочковой перегородки – 1,0 см, задней стенки – 0,9 см. Полость правого желудочка расширена до 4,3 см. Митральная регургитация II-III ст. Трикуспидальная регургитация II ст. Повышение давления на a. pulmonalis. Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) – около 40 %.

Равновесная радиовентрикулография: отмечено снижение общей ФВ ЛЖ до 36 %, правого – до 32 %. КДО ЛЖ – 285 мл, ПЖ – 270 мл. При оценке локальной сократимости выявлены множественные ее нарушения во всех стенках обоих желудочков по типу лоскутного одеяла. При острой пробе с нитроглицерином улучшения показателей общей и локальной сократимости миокарда не отмечено.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 4

Больная Н., 21 год, студентка, в течение двух недель после перенесенного на ногах ОРВИ, протекавшего с повышением температуры до 38 °С, насморком. Появилась утомляемость, слабость, сердцебиение, колющие боли в области сердца, длящиеся несколько секунд, возникающие и проходящие спонтанно, одышка при умеренной физической нагрузке (подъем по лестнице до второго этажа).

При осмотре: астеническое телосложение. Кожные покровы бледные, гипермобильность суставов. Температура – 36,7 °С. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Число дыханий – 16 в мин. Верхушечный толчок ослабленный, локализован в V межреберье по 1. mediaclavicularis sinistra. При перкуторном определении границ относительной сердечной тупости: правая – на 1 см латеральнее правого края грудины, левая – по 1. mediaclavicularis sinistra, верхняя – по II межреберью. При аускультации сердца: тоны приглушены, ритмичны. На верхушке выслушивается мягкий, дующий систолический шум без проведения. ЧСС = Ps =110 уд/мин, АД – 110/70 мм рт. ст. Пульс мягкий, слабого наполнения, ненапряжен, ритмичен. Живот мягкий, безболезненный. Мягко-эластичный край печени пальпируется под краем реберной дуги. Область почек при пальпации безболезненна, почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Дизурии нет. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе – без особенностей.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 125 г/л, эритроциты – 4,5 х 10^{12}, лейкоциты – 10,2 х 10^{9}, эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 56%, моноциты – 15%, лимфоциты – 26%, СОЭ – 20 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 7,0, альбумины – 48%, глобулины: a1 – 4,3 %, a_2 – 12,1 %, ß – 14,2, у – 21,4 %. СРВ ++. Креатинин – 88 мкм/л, мочевина – 4,6 мм/л, АЛТ – 22 ЕД, АСТ – 34 ЕД, биллирубин общий – 10, прямой – 1, K^+ – 4,3 мэкв/л, Na^+ – 138 мэкв/л.

Общий анализ мочи без патологии.

Показатели инструментального исследования:

Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля прозрачны. Корни структурны. Синусы свободны, диафрагма подвижна. Сердце и аорта – без особенностей.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 5

Больная Л., 38 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое, перебои в работе сердца, периодический кашель с небольшим количеством мокроты с примесью крови, отеки нижних конечностей, повышение температуры тела до 38 °С, слабость.

Из анамнеза известно, что больная с детского возраста часто болела ангинами. Отмечались изменениях со стороны сердца. В течение последнего года стала отмечать одышку при ходьбе, приступы сердцебиения, перебои в работе сердца. Состояние ухудшилось в течение трех недель, когда после перенесенной простуды стали нарастать жалобы.

При осмотре состояние тяжелое. Кожные покровы и слизистые бледные, румянец щек с цианотичным оттенком, акроцианоз. Выраженные отеки голеней и стоп. ЧД – 24 уд/мин. При сравнительной перкуссии отмечаются притупление перкуторного звука в нижней доле левого легкого, тупой перкуторный звук справа ниже угла лопатки. При аускультации легких дыхание везикулярное, ослабленное в нижней доле левого легкого, выслушиваются влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы, справа ниже угла лопатки дыхание не проводится. Грудная клетка в области сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая – 4 см кнаружи от правого края грудины, левая – по левой передней аксилярной линии, верхняя – верхний край II ребра. При пальпации области сердца определяются сердечный толчок и диастолическое дрожание. Верхушечный толчок резко ослаблен. При аускультации сердца в I точке выслушиваются хлопающий I тон, диастолический шум, а также систолический шум, проводящийся в левую аксилярную область. Акцент II тона над легочной артерией. Ритм сердечных сокращений неправильный. ЧЖС – 93 уд/мин, пульс на лучевых артериях асимметричный, амплитуда пульсовой волны слева ослаблена. Пульс – 85 уд/мин. Дефицит пульса – 8 уд/мин. АД справа – 120/80 мм рт. ст. АД слева – 100/70 мм рт. ст. Живот нормальной формы, симметричен. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени: по правой передней подмышечной – 15 см, по правой средне- ключичной – 13 см, по правой окологрудинной – 10 см. Печень выступает из-под края реберной дуги на 6 см, край печени закруглен, чувствительный при пальпации. Область почек не изменена. Дизурии нет.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 129 г/л, эритроциты – 4,2 млн, лейкоциты – 11 тыс., палочкоядерные – 7 %, сегментоядерные – 68 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 5 %, СОЭ – 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1021, реакция кислая, белок, глюкоза, эритроциты отсутствуют, лейкоциты – 2-3 в поле зрения.

Показатели инструментального исследования:

Рентгенография органов грудной полости: см рис

При рентгенографии органов грудной полости с контрастированием пищевода:

выбухание второй и третьей дуги левого контура сердца в передне- заднем положении, смещение контрастированного пищевода вправо и назад в переднем косом положении, сужение ретростернального пространства, расширение корней легких и усиление легочного рисунка.

Эхо КГ: корень аорты не расширен – 3,0 см. Раскрытие створок аортального клапана полное – более 15 мм. Створки митрального клапана утолщены, уплотнены, грубо деформированы, кальцифицированы, практически неподвижны. Площадь левого АВ- отверстия – менее 1,5 см^2 (норма – 4-6 см^2). При М- Эхо КГ движение створок митрального клапана монофазное. Левое предсердие расширено до 5,2 см. Стенки левого желудочка утолщены: межжелудочковая перегородка – 1,2 см, задняя стенка – 1,1 см. Полость левого желудочка расширена: КДР – 6,2 см, КСР – 4,6 см. Фракция выброса – 35 %. Выраженное расширение полости правого желудочка с его гипертрофией до 0,8 см — признаки выраженной легочной гипертензии. При допплеровском исследовании определяются митральная регургитация II ст., трикуспидальная регургитация III ст.

Вопросы:
1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-4 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-4.3)

Клиническая задача 1

Больной А., 17 лет, обратился в клинику с жалобами на приступы сильного сердцебиения на высоте физической нагрузки или употребления крепкого кофе, которые сопровождаются ощущением нехватки воздуха, слабостью.

Из анамнеза известно, что приступы сердцебиения беспокоят с детского возраста, однако физическую нагрузку переносит хорошо, до настоящего времени не обследовался. При прохождении медицинского осмотра в военкомате месяц назад был обнаружен пролапс митрального клапана I степени, что и явилось поводом для настоящего обращения к врачу.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.

Профессиональный анамнез: студент I курса философского факультета МГУ.

Вредных привычек нет. Любит крепкий чай, кофе.

Семейный анамнез: мать здорова, у отца – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре состояние удовлетворительное. Температура тела – 36,6 °С. Больной астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, чистые, влажные.

Грудная клетка конической формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания – 17 в мин. При сравнительной перкуссии ясный, легочный звук. Подвижность нижнего легочного края по средней подмышечной линии ± 3,5 см, по среднеключичной и лопаточной линиям справа ± 2,5 см. При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Бронхофония не изменена.

Верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая на 1,5 см вправо от правого края грудины, левая на 1 см кнутри от среднеключичной линии в V межреберье, верхняя на уровне верхнего края III ребра. При аускультации сердца: тоны сердца ясные, ритмичные, акцент I тона на верхушке сердца, там же выслушивается короткий систолический шум. Пульс – 100 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД – 115/70 мм рт. ст.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. При глубокой методической пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки нормальных размеров, безболез-

ненные. Нижний край печени не пальпируется. Размеры печени по Курлову – 9 х 8 х 7 см. Селезенка не увеличена.

Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется, болезненность в области верхней и нижней мочеточниковых точках не определяется.

Общий анализ крови: НЬ – 136 г/л, лейкоциты – 6,1 х 10^9/л, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 57 %, эозинофилы – 2 %, лимфоциты – 32 %, моноциты – 6 %, СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1019, белок, эритроциты и цилиндры отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

ЭКГ: см рис

ЭхоКГ: пролапс митрального клапана I степени, без регургитации. Полости сердца не расширены, изменений локальной сократимости не выявлено.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача2

Больной П., 42 года, инженер, обратился к врачу с жалобами на одышку при бытовых физических нагрузках, неприятные ощущения в области сердца, перебои в работе сердца, отеки голеней и стоп.

Из анамнеза около пяти месяцев назад перенес ОРВИ, с температурой до 38,8 °С, ринореей, слабостью, принимал аспирин, нафтизин в течение недели. Температура нормализовалась на третьи сутки, сохранялась выраженная слабость. Постепенно стала появляться одышка при физической нагрузке, перебои в работе сердца, снизилась толерантность к физической нагрузке. Около 2-х недель назад одышка стала значительной, появились отеки голеней, стоп. Обратился за медицинской помощью.

Раннее был здоров. Из перенесенных заболеваний отмечает травматический гемартроз левого коленного сустава около 20 лет назад.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, цианоз губ. Отеки голеней и стоп. В легких жесткое дыхание. Хрипов нет. Число дыханий – 24 в мин. Верхушечный толчок ослабленный, разлитой. При перкуторном определении границ относительной сердечной тупости: левая – по передней подмышечной линии, верхняя – по II межреберью, правая – на 2 см латеральнее правого края грудины. При аускультации сердца: тоны глухие, выслушивается протодиастолический ритм галопа. На верхушке выслушивается дующий систолический шум с проведением в левую подмышечную область. ЧСС – 102 уд/мин. Экстрасистолия – до 10 в мин. АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову – 15 х 13 х 8 см. Край печени на 2 см выступает из-под края реберной дуги, мягко-эластичной консистенции, закруглен. Селезенка не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательныйДизурии нет. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе – без особенностей.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 136 г/л, эритроциты – 4,2 х 10^{12}, лейкоциты – 9,5 х 10^9, эозинофилы – 2 %, палочкоядерные – 2 %, сегментоядерные – 57 %, моноциты – 11 %, лимфоциты – 28 %, СОЭ –38 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 7,4, альбумины – 40 %, глобулины: а 1 – 7,3 %, a_2 – 17,1 %, ß – 10,2, γ – 25 %. СРБ +++, Креатинин – 100 мкм/л, АЛТ – 64 ЕД, АСТ – 80 ЕД, КФК – 260 ЕД/л, K^+ – 4,6 мэкв/л, Na^+ – 141 мэкв/л, фибриноген – 6 г/л. Антистрептолизин- О < 100 ЕД.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1019, белок – следы, глюкоза отрицательная, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты отрицательные, цилиндры отрицательные.

Показатели инструментальног исследования:

Рентгенограмма грудной клетки: кардиомегалия. Кардиоторакальный индекс – 0,6, усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента.

Эхо КГ: Стенки аорты и створки аортального клапана не изменены, движение створок не нарушено. Полость правого предсердия – 4,6 см. Левый желудочек дилатирован (КДР – 5,8 см, КСР – 5,2 см), толщина межжелудочковой перегородки – 1,0 см, задней стенки – 0,9 см. Полость правого желудочка расширена до 4,3 см. Митральная регургитация II-III ст. Трикуспидальная регургитация II ст. Повышение давления на a. pulmonalis. Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) – около 40 %.

Равновесная радиовентрикулография: отмечено снижение общей ФВ ЛЖ до 36 %, правого – до 32 %. КДО ЛЖ – 285 мл, ПЖ – 270 мл. При оценке локальной сократимости выявлены множественные ее нарушения во всех стенках обоих желудочков по типу лоскутного одеяла. При острой пробе с нитроглицерином улучшения показателей общей и локальной сократимости миокарда не отмечено.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 3

Больной К., машинист поезда, 50 лет, некурящий, спортивного вида, обратился в поликлинику по поводу появления впервые в жизни кратковременных сжимающих загрудинных болей при подъеме на 3 этаж, проходящих после небольшого отдыха.

Семейный анамнез: мать больного 73 лет страдает сахарным диабетом 2-го типа и облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, отец больного умер в возрасте 57 лет от рака легких.

При осмотре состояние удовлетворительное. Температура тела – 36,4 °С. Больной нормостенического телосложения, рост – 178 см, вес – 74 кг, ИМТ – 23,3 кг/м^2. Грудная клетка конической формы. Грудная клетка в дыхании участвует симметрично, подвижность ее снижена. Брюшной тип дыхания. Пальпация грудной клетки безболезненна. Голосовое дрожание ощущается симметрично с обеих сторон. ЧД – 16 уд/мин. При аускультации определяется везикулярное дыхание, хрипов нет. Бронхофония в симметричных участках грудной клетки ощущается примерно с одинаковой силой. Верхушечный толчок невидимый, пальпируется в V межреберье на 2 см кнутри от левой среднеключичной линии, разлитой, высокий, усиленный, резистентный. Сердечный толчок отсутствует. При аускультации тоны сердца приглушены. ЧСС – 70 уд/мин. Ритм правильный, шумов нет. Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, синхронный, аритмичный с частотой 70 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Дефицита пульса нет. При аускультации артерий патологических изменений нет. АД – 120/70 мм рт. ст.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печеночной тупости по Курлову – 9 х 8 х 7 см. Печень пальпируется у края правой реберной дуги, край печени мягкий, острый, ровный, гладкий, безболезненный.

Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон

Показатели инструментальног исследования:

ЭКГ покоя: в пределах нормы.

ЭКГ с дозированной физической нагрузкой – см рис

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?

2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 4

Больная Д., 13 лет, школьница поступила в стационар с жалобами на повышение температуры тела до 38,5 °С, боли в коленных, голеностопных и локтевых суставах, насильственные движения мышц рук, туловища, лица, плаксивость, выраженную слабость, утомляемость. Из анамнеза известно, что за 2 недели до госпитализации больная перенесла тяжелую ангину.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные на ощупь. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧД – 16 уд/мин.

При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук. При аускультации легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипы не выслушиваются. Грудная клетка в области сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудины, левая – по левой среднеключичной линии, верхняя – III межреберье.

При аускультации сердца тоны сердца приглушены, ритмичны, на верхушке выслушивается систолический шум. Ритм сердечных сокращений правильный, ЧСС – 98 уд/мин, АД – 120/80 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени: по правой передней подмышечной – 9 см, по правой среднеключичной – 8 см, по правой окологрудинной – 7 см. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена.

Область почек не изменена, болезненности в области мочеточниковых точек нет.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 130 г/л, эритроциты – 4,5 млн, лейкоциты – 9,6 тыс., эозинофилы – 2 %, палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 68 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 5 %, СОЭ – 24 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1010, реакция кислая, белок, глюкоза, эритроциты отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Ревмопробы: СРБ – +++, титр антистрептолизина-О – 290 (норма – до 250), титр антигиалуронидазы – 330 (норма – до 300).

Показатели инструментального исследования:

При рентгенографии органов грудной полости: легочные поля прозрачны, очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

ЭКГ: ритм синусовый, нормальное положение электрической оси сердца, ЧСС – 98 уд/мин. Единичная наджелудочковая экстрасистола.

Консультация невролога: больная эмоционально лабильна. Определяются гиперкинезы рук, туловища, мимической мускулатуры. Выполнение координационных проб затруднено.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Клиническая задача 5

Больной К., 45 лет, инженер, доставлен в стационар из поликлиники по поводу неприятных ощущений в области сердца давящего характера при ходьбе до 100 м, при подъеме на один пролет лестницы, проходящих после прекращения движения через 5 мин.

Считает себя больным в течение 1 месяца, когда при обычной физической нагрузке впервые появились вышеописанные жалобы. Приступ загрудинных болей длительностью около 1,5 ч был 3 дня назад, когда больной пробежался за автобусом.

Перенесенные заболевания отрицает.

Вредные привычки отрицает.

Семейный анамнез: отец больного умер внезапно в возрасте 50 лет от сердечного приступа. Старший брат пациента умер в возрасте 48 лет внезапно.

При осмотре: состояние средней тяжести. Больной нормостенического телосложения, рост – 170 см, вес – 65 кг, индекс Кетле – 22,3. Кожные покровы бледные, акроцианоз, холодный пот. Подкожно-жировой слой развит избыточно: толщина кожной складки на уровне пупка – 6 см. Отеков нет. Дыхание через нос свободное. ЧД – 20 уд/мин. При сравнительной перкуссии перкуторный звук легочный. При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание, хрипов нет. Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок невидимый, пальпируется в V межреберье по левой среднеключичной линии, разлитой, высокий, усиленный, резистентный. Сердечный толчок отсутствует. При аускультации тоны сердца глухие. ЧСС – 77 уд/мин. Ритм правильный, шумов нет. Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, синхронный, ритмичный с частотой 88 уд/мин, слабый, нитевидный. АД – 130/80 мм рт. ст.

Живот симметричен, мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края правой реберной дуги, край печени мягкий, ровный, гладкий, безболезненный. Дизурии нет.

Показатели инструментального исследования:

ЭКГ, снятая во время болевого приступа в приемном отделении**:** см рис

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести?

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-7 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-7.1)

Клиническая задача1

Пациент К., 30 лет, мастер спорта по тяжелой атлетике обратился в клинику для обследования. На момент осмотра жалоб не предъявлял, причиной обращения к врачу – обследование перед соревнованиями.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. *Вредных привычек* нет.

Профессиональный анамнез: в течение последних 13 лет занимается тяжелой атлетикой. Неоднократно побеждал в соревнованиях.

Семейный анамнез: мать страдала бронхиальной астмой, отец — гипертонической болезнью.

При осмотре повышенного питания, гиперстенического телосложения, хорошо развита мускулатура верхнего плечевого пояса. Индекс массы тела – 32. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Грудная клетка бочкообразной формы. Частота дыхания – 18 в мин. При сравнительной перкуссии звук ясный, легочный. При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. При аускультации сердца тоны звучные, ритмичные. Пульс – 50 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД – 145/80 мм рт. ст.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени мягкий, безболезненный. Селезенка не увеличена.

Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 140 г/л, лейкоциты – 8,2 х 10^9/л, палочкоядерные – 1 %, сегментоядерные – 63 %, эозинофилы – 3 %, лимфоциты – 30 %, моноциты – 3 %, СОЭ – 8 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1019, белок, эритроциты и цилиндры отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Показатели инструментального исследования:

ЭКГ: см рис

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 2

Больной Ф., 83 лет, госпитализирован в клинику с жалобами на приступы кратковременной потери сознания, которые возникают без видимой причины, длятся со слов родственников 10-20 секунд, проходят самостоятельно.

Из анамнеза известно, что в течение последних трех лет страдает МБС, при бытовых физических нагрузках появляются ощущение тяжести в грудной клетке, одышка. В течение последнего года быстро прогрессируют когнитивные расстройства, значительно снизилась память. Настоящее ухудшение в течение последнего месяца, когда стали появляться кратковременные потери сознания, которые сопровождаются урежением пульса до 20 уд/мин.

При осмотре состояние тяжелое, обращает на себя внимание выраженный цианоз губ, акроцианоз, бледность кожных покровов. При пальпации кисти рук холодные.

Форма грудной клетки воронкообразная, дыхание свободное. ЧД – 17 уд/мин. При перкуссии звук ясный, легочный, границы легких в пределах нормы. При аускультации дыхание жесткое, в нижних отделах ослаблено, хрипов нет. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичны, акцент II тона над аортой. ЧСС – 48 уд/мин. Пульсация периферических сосудов снижена. САД = ДАД = 160/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги. Мочеиспускание свободное, безболезненное, дизурических явлений нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: эритроциты – 4,5 млн, гемоглобин – 136 г/л, лейкоциты – 6,2 тыс., тромбоциты – 209 тыс., СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельные вес – 1010, реакция кислая, прозрачность полная, цвет желтый. Белка, глюкозы нет. Цилиндров нет. Лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты – 0-1 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 80 г/л, общий билирубин – 17 ммоль/л, креатинин – 81 ммоль/л, глюкоза – 5,6 ммоль/л, холестерин – 7,1 ммоль/л, триглицериды – 3,8 ммоль/л, K^+ – 4,2 ммоль/л, Na^+ – 135 ммоль/л, АСТ – 21 ЕД/л, АЛТ – 20 ЕД/л.

Показатели инструментального исследования:

При объективном обследовании пациент потерял сознание, на фоне которого была снята

ЭКГ: см рис

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 3

Больной Г., 48 лет, поступил в приемное отделение с жалобами на интенсивные загрудинные боли в течение 2 ч, которые сопровождались резкой слабостью.

Заболел остро 2 ч назад, когда впервые появились вышеописанные жалобы.

Перенесенные заболевания отрицает.

Семейный анамнез: отец больного умер внезапно в возрасте 55 лет от сердечного приступа. Старший брат пациента перенес инфаркт миокарда в возрасте 50 лет.

Вредные привычки: курит до 5 сигарет в день, алкоголь употребляет ежедневно – до 50-100 мл коньяка или водки.

При осмотре состояние крайне тяжелое. Больной нормостенического телосложения, рост – 170 см, вес – 100 кг, индекс Кетле – 34,6. При осмотре головы, лица, шеи патологических изменений не наблюдается. Кожные покровы бледные, акроцианоз, холодный пот. Подкожно-жировой слой развит избыточно: толщина кожной складки на уровне пупка – 6 см. Отеков нет.

Дыхание через нос свободное. Грудная клетка конической формы. Правая и левая половины грудной клетки в дыхании участвуют симметрично, подвижность ее снижена. Вспомогательные дыхательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Брюшной тип дыхания. Пальпация грудной клетки безболезненна. Голосовое дрожание ощущается симметрично с обеих сторон. ЧД – 20 уд/мин. При сравнительной перкуссии перкуторный звук легочный. При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание, хрипов нет. Грудная клетка в области сердца не изменена.

Верхушечный толчок невидимый, пальпируется в V межреберье по левой среднеключичной линии, разлитой, высокий, усиленный, резистентный. Сердечный толчок отсутствует. Пульсации в эпигастральной области нет. Границы относительной тупости сердца: правая – правый край грудины в IV межреберье; левая – левая среднеключичная линия в V межреберье; верхняя – на уровне III ребра. Правая и левая границы сосудистого пучка располагаются во II межреберье по соответствующим краям грудины. Поперечник сосудистого пучка 6 см. При аускультации тоны сердца глухие. ЧСС – 88 уд/мин. Ритм правильный, шумов нет. Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, синхронный, ритмичный, с частотой 88 уд/мин, слабый, нитевидный. АД – 60/40 мм рт. ст.

Язык розовой окраски, влажный, чистый, сосочки выражены хорошо. Живот симметричен. Окружность живота на уровне пупка – 96 см. При перкуссии живота определяется тимпанический звук. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптом раздражения брюшины (Щеткина-Блюмберга) отрицательный. Размеры печеночной тупости по Курлову: по правой среднеключичной линии – 9 см; по передней срединной линии – 8 см; по правой реберной дуге – 7 см. Печень пальпируется у края правой реберной дуги, край печени мягкий, ровный, гладкий, безболезненный.

Симптом Пастернацкого отрицательный Дизурии нет.

Показатели инструментального исследования:

ЭКГ: см рис

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 4

Больной А., 17 лет, обратился в клинику с жалобами на приступы сильного сердцебиения на высоте физической нагрузки или употребления крепкого кофе, которые сопровождаются ощущением нехватки воздуха, слабостью.

Из анамнеза известно, что приступы сердцебиения беспокоят с детского возраста, однако физическую нагрузку переносит хорошо, до настоящего времени не обследовался. При прохождении медицинского осмотра в военкомате месяц назад был обнаружен пролапс митрального клапана I степени, что и явилось поводом для настоящего обращения к врачу.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.

Профессиональный анамнез: студент I курса философского факультета МГУ.

Вредных привычек нет. Любит крепкий чай, кофе.

Семейный анамнез: мать здорова, у отца – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре состояние удовлетворительное. Температура тела – 36,6 °С. Больной астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, чистые, влажные.

Грудная клетка конической формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания – 17 в мин. При сравнительной перкуссии ясный, легочный звук. Подвижность нижнего легочного края по средней подмышечной линии ± 3,5 см, по среднеключичной и лопаточной линиям справа ± 2,5 см. При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Бронхофония не изменена.

Верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая на 1,5 см вправо от правого края грудины, левая на 1 см кнутри от среднеключичной линии в V межреберье, верхняя на уровне верхнего края III ребра. При аускультации сердца: тоны сердца ясные, ритмичные, акцент I тона на верхушке сердца, там же выслушивается короткий систолический шум. Пульс – 100 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД – 115/70 мм рт. ст.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. При глубокой методической пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные. Нижний край печени не пальпируется. Размеры печени по Курлову – 9 х 8 х 7 см. Селезенка не увеличена.

Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется, болезненность в области верхней и нижней мочеточниковых точках не определяется.

Общий анализ крови: НЬ – 136 г/л, лейкоциты – 6,1 х 10^9/л, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 57 %, эозинофилы – 2 %, лимфоциты – 32 %, моноциты – 6 %, СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1019, белок, эритроциты и цилиндры отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

ЭКГ: см рис

ЭхоКГ: пролапс митрального клапана I степени, без регургитации. Полости сердца не расширены, изменений локальной сократимости не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 5

Больная Л., 38 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое, перебои в работе сердца, периодический кашель с небольшим количеством мокроты с примесью крови, отеки нижних конечностей, повышение температуры тела до 38 °С, слабость.

Из анамнеза известно, что больная с детского возраста часто болела ангинами. Отмечались изменениях со стороны сердца. В течение последнего года стала отмечать одышку при ходьбе, приступы сердцебиения, перебои в работе сердца. Состояние ухудшилось в течение трех недель, когда после перенесенной простуды стали нарастать жалобы.

При осмотре состояние тяжелое. Кожные покровы и слизистые бледные, румянец щек с цианотичным оттенком, акроцианоз. Выраженные отеки голеней и стоп. ЧД – 24 уд/мин. При сравнительной перкуссии отмечаются притупление перкуторного звука в нижней доле левого легкого, тупой перкуторный звук справа ниже угла лопатки. При аускультации легких дыхание везикулярное, ослабленное в нижней доле левого легкого, выслушиваются влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы, справа ниже угла лопатки дыхание не проводится. Грудная клетка в области сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца: пра-

вая – 4 см кнаружи от правого края грудины, левая – по левой передней аксилярной линии, верхняя – верхний край II ребра. При пальпации области сердца определяются сердечный толчок и диастолическое дрожание. Верхушечный толчок резко ослаблен. При аускультации сердца в I точке выслушиваются хлопающий I тон, диастолический шум, а также систолический шум, проводящийся в левую аксилярную область. Акцент II тона над легочной артерией. Ритм сердечных сокращений неправильный. ЧЖС – 93 уд/мин, пульс на лучевых артериях асимметричный, амплитуда пульсовой волны слева ослаблена. Пульс – 85 уд/мин. Дефицит пульса – 8 уд/мин. АД справа – 120/80 мм рт. ст. АД слева – 100/70 мм рт. ст. Живот нормальной формы, симметричен. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени: по правой передней подмышечной – 15 см, по правой средне- ключичной – 13 см, по правой окологрудинной – 10 см. Печень выступает из-под края реберной дуги на 6 см, край печени закруглен, чувствительный при пальпации. Область почек не изменена. Дизурии нет.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 129 г/л, эритроциты – 4,2 млн, лейкоциты – 11 тыс., палочкоядерные – 7 %, сегментоядерные – 68 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 5 %, СОЭ – 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1021, реакция кислая, белок, глюкоза, эритроциты отсутствуют, лейкоциты – 2-3 в поле зрения.

Показатели инструментального исследования:

Рентгенография органов грудной полости: см рис

При рентгенографии органов грудной полости с контрастированием пищевода: выбухание второй и третьей дуги левого контура сердца в передне- заднем положении, смещение контрастированного пищевода вправо и назад в переднем косом положении, сужение ретростернального пространства, расширение корней легких и усиление легочного рисунка.

Эхо КГ: корень аорты не расширен – 3,0 см. Раскрытие створок аортального клапана полное – более 15 мм. Створки митрального клапана утолщены, уплотнены, грубо деформированы, кальцифицированы, практически неподвижны. Площадь левого АВ- отверстия – менее 1,5 см^2 (норма – 4-6 см^2). При М- Эхо КГ движение створок митрального клапана монофазное. Левое предсердие расширено до 5,2 см. Стенки левого желудочка утолщены: межжелудочковая перегородка – 1,2 см, задняя стенка – 1,1 см. Полость левого желудочка расширена: КДР – 6,2 см, КСР – 4,6 см. Фракция выброса – 35 %. Выраженное расширение полости правого желудочка с его гипертрофией до 0,8 см — признаки выраженной легочной гипертензии. При допплеровском исследовании определяются митральная регургитация II ст., трикуспидальная регургитация III ст.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-7 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-7.2)

Клиническая задача1

Больная Р., 27 лет, госпитализирована с жалобами на боль и припухлость в коленных суставах, повышение температуры тела до 37,6, слабость, потливость, одышку при подъеме по лестнице на 3 этаж.

Больная сообщила, что за 2 недели до госпитализации перенесла ангину. В течение жизни многократно болела ангинами. Обращалась за врачебной помощью не всегда.

При поступлении состояние средней тяжести. Кожные покровы влажные, бледные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет. Коленные суставы дефигурированы за счет периартикулярного отека, пальпация их болезненна. Сгибание ограничено из-за боли. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧДД 16 в мин. Сердечные

тоны приглушены, ритм правильный, на верхушке тихий систолический шум, ЧСС 82 в мин. АД 110/70 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Общ.ан.крови: Нв 126 г/л, Л – 7,2х10х9/л, СОЭ 28 мм/ч.

АСЛ-О 568 Ед/л, СРБ 12 мг/л, фибриноген 5,4 г/л, креатинин 75 мкмоль/л.

ЭКГ: Нормальное положение ЭОС, А-В блокада 1 ст.

Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля прозрачны, очаговых и инфильтративных теней нет, контуры сердца не изменены.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 2

Больной Д., 48 лет обратился на амбулаторный прием к терапевту с жалобами на тошноту, метеоризм, отрыжку воздухом,увеличение живота в объеме, слабость, утомляемость, раздражительность. Периодически отмечает кожный зуд. Подобные проявления стал замечать в течение последнего года.

При опросе выяснилось, что на протяжении 20 лет больной ежедневно употребляет крепкие алкогольные напитки в объеме 200-300 мл. Несколько лет назад был госпитализирован в хирургическое отделение с острой болью в животе, выписан на амбулаторное лечение по поводу последствий острого панкреатита.

При осмотре больного обращает внимание небольшаяиктеричность кожных покровов и слизистых. Периферические лимфоузлы не увеличены. Гинекомастия. Двусторонние контрактуры Дюпюитрена. В области плечевого пояса – сосудистые звездочки. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, на верхушке – короткий тихий систолический шум. ЧСС 82 в мин. АД 100/70 мм рт ст. Живот увеличен в объеме, при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Печень плотная, край выступает на 8 см из-под реберной дуги. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный.

В медицинской карте пациента имеются результаты следующих исследований:

Общий анализ крови: Нв 102 г/л, Эр – 3,6х10х12/л, Л – 4,3х10х9/л, тр. 140х10х9/л, СОЭ 1 мм/ч. HBsAg – отр. HCV – отр. Общий белок 64 г/л, АСТ 88 Ед/л, АЛТ 92 Ед/л, ЩФ 186 Ед/л.

ЭГДС: варикозное расширение вен пищевода 1-2 ст.

УЗИ брюшнойполости: гепатоспленомегалия, эхогенность печени диффузно неоднородна, вена порта - 1,2 см. Небольшой асцит. Поджелудочная железа в размере не увеличена, диффузно неоднородна.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 3

Больной П., 63 года госпитализирован в стационар с жалобами на слабость, боль в правом подреберье, отеки ног, снижение массы тела, тошноту и рвоту после еды, желтушность кожных покровов и склер, кожный зуд, носовые кровотечения, кровоточивость десен, нарушения сна.

В приемном покое у пациента – рвота «кофейной гущей».

Из медицинской документации известно, что у больного выявлялся положительный HBs – антиген. По этому поводу не наблюдался, к врачам не обращался. Алкоголем не злоупотребляет. Переливания крови отрицает.

Объективно: состояние тяжелое. В месте, времени и собственной личности ориентирован. Кожные покровы, склеры и слизистые желтушной окраски. ИМТ 18. Вены передней поверхности грудной клетки и передней стенки живота расширены. На лице и груди – множественные телеангиэктазии. На теле – следы расчесов. Отеки нижних конечностей. В легких дыхание везикулярное, ЧДД 18 в мин, справа от угла лопатки дыхание не проводится, здесь же - тупой перкуторный звук. Сердечные тоны приглушены, на верхушке – систолический шум, ЧСС 92 в мин. Живот увеличен в объеме за счет асцита. Печень пропальпировать не удается, размеры печени по Курлову 16х13х13 см.

В приемном покое ан.крови: Нв 92 г/л, Л 3,3 х10х9/л, тр. 110х10х9/л, СОЭ 21 мм/ч. АСТ 164 Ед/Л, АЛТ 181 Ед/л, билирубин общий 134 ммоль/л, креатинин 128 мкмоль/л, МНО 2,0

Вопросы:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 4

Больная Н., 50 лет, обратилась с жалобами на одышку при небольшой нагрузке и в положении лежа, кашель с выделением слизистой мокроты, приступы сердцебиения, сопровождающиеся сильным головокружением, отеки.

Из анамнеза известно, что больная в детстве болела ангинами. В возрасте 23 лет перенесла тонзилэктомию. В детстве периодически после ОРВИ, переохлаждений возникали боли в коленных и плечевых суставах, в течение 2- 3 недель проходили, сопровождались лихорадкой. Ухудшение состояния стала отмечать после 45 лет, когда стала снижаться толерантность к физическим нагрузкам. Постепенно усиливалась одышка, появились отеки голеней. В течение 2-х лет возникают приступы сердцебиения.

При поступлении состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные. Отеки нижних конечностей до бедра. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах влажные мелкопузырчатые хрипы, ЧДД 21 в мин. Притупление перкуторного звука в нижних долях легких. Тоны сердца приглушены, на верхушке усиленный I тон, выслушивается тон открытия митрального клапана, диастолический шум. Акцент II тона на легочной артерии. Ритм неправильный. ЧСС 102 в мин, АД 110/70 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень плотная, выступает на 5 см из-под реберной дуги. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный.

В общем анализе крови и мочи патологических изменений нет. СРБ 1,2 мг/л, фибриноген 2,8 г/л, АСЛ-О 125 Ед/л, креатинин 86 мкмоль/л, общ.белок 62 г/л.

Вопросы:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 5

Больной С. 45 лет обратился к терапевту с жалобами на головокружение при физической нагрузке, слабость, низкое АД, периодические давящие боли за грудиной.

В детстве отмечал частые ангины с повышением температуры до 38-38,5. Во время службы в армии находился в госпитале в связи с заболеванием сердца, закончил службу раньше установленного срока.

При осмотре: кожные покровы бледные, чистые. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧДД 16 в мин. Границы относительной сердечной тупости расширены влево. Сердечные тоны приглушены. Во всех точках аускультации сердца, особенно во 2-м межреберье справа от грудины и в т. Боткина – грубый систолический шум. Шум про-

водится на сонные артерии. ЧСС 78 в мин. АД 100/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

Рентгенография органов грудной клетки: очаговых и инфильтративных теней нет. Талия сердца подчеркнута. Контуры сердца напоминают «сидящую утку».

ЭКГ: горизонтальное положение ЭОС, амплитуда зубца S в V2 20 мм, R в V5 17 мм, амплитуда комплекса QRS в aVL 13 мм. Единичные желудочковые экстрасистолы.

Вопросы:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-7 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-7.3)

Клиническая задача 1

Больной М., 30 лет, обратился на амбулаторный прием с жалобами на боль в животе, тошноту и рвоту после еды. При уточнении характера болей выяснилось, что сразу после еды боль проходит, но возобновляется вновь через 2 ч после приема пищи и больше беспокоит в голодный период.

Работает водителем-дальнобойщиком. Питается в придорожных кафе, часто употребляет фаст-фуд. Курит много лет. Отец страдал язвенной болезнью 12-перстной кишки. По поводу остеохондроза позвоночника регулярно принимает ибупрофен.

При объективном исследовании больной нормостеник, ИМТ 22. Кожные покровы чистые, видимые слизистые бледные, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД 17 в мин. Сердечные тоны звучные, шумов нет. ЧСС 68 в мин. АД 130/80 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

В общ.ан.крови: Нв 124 г/л, Л 6,8х10х9/л, СОЭ 10 мм/ч. АСТ 32 Ед/л АЛТ 36 Ед/л. Билирубин 23 ммоль/л.

ЭГДС: признаки воспаления антрального отдела желудка. Язвенный дефект 4х6х3 мм по передней поверхности луковицы 12-перстной кишки.

Вопросы:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 2

Больная П. 19 лет поступила с жалобами на боли в правом плечевом суставе, лихорадку до 38,5 град, слабость, нарушение почерка.Из анамнеза: В детские годы страдала частыми ангинами, периодически лечилась антибактериальными средствами, предлагали тонзлэктомию, от которой родители отказались. Настоящее ухудшение состояние через 2 недели после ангины, появилась лихорадка, слабость, нарушился почерк и походка. Через несколько дней заболел и опух плечевой сустав. Обратилась к участковому терапевту и была направлена на госпитализацию.Объективно: Состояние средней тяжести. Кожные покровы розовые, горячие. Правый плечевой сустав несколько дефигурирован за счет отека, болезненный при движениях. Тоны сердца приглушены, выслушивается 3 тон, ритм правильный, ЧСС 92 в мин, дефицита пульса нет, АД 110/70 мм рт ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, б\б. Диурез не изменен. На ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС 92 в мин, ЭОС нормальная, зубцы Р расширены, комплексы, PR 0,22 сек, QRS не деформированы, ST на изолинии-При Рг-графии плечевого сустава костных изменений не выявлено, отек мягких тканей

Вопросы:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 3

Больной П, 25 лет, поступил в клинику с жалобами на ноющие, голодные боли в эпигастральной области, которые проходят после приема пищи.

Анамнез заболевания. Впервые подобные жалобы возникли год назад, но боли быстро купировались приемом альмагеля в течение 2 недель. Из анамнеза известно, что ранее в течение многих лет наблюдался в поликлинике с диагнозом хронический гастрит. По работе имеет частые командировки, питание нерегулярное. Вредные привычки: часто на банкетах употребляет алкоголь в больших количествах, курит. Семейный анамнез: у отца и дяди – хронический гастрит. Иногда по поводу головных болей принимает ибупрофен.

Объективно. Больной пониженного питания, астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, кожа сухая. Язык обложен белым налетом, на краях языка отмечаются отпечатки зубов. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в пилородуоденальной зоне. Симптом Менделя положительный. При глубокой методической пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко сигмовидная, восходящая, поперечная, нисходящая и слепая части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные. Нижний край печени не пальпируется. Размеры печени по Курлову – 9х8х7 см. Селезенка не увеличена. Стул оформленный, регулярный, обычного цвета.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 130 г/л, лейкоциты – 6,4 х 10^9/л, палочкоядерные – 1 %, сегментоядерные – 60 %, эозинофилы – 1 %, лимфоциты – 30 %, моноциты – 8 %, СОЭ - 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1020, белок, эритроциты и цилиндры отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 7,5 ммоль/л, холестерин – 4,2 ммоль/л, мочевина – 6,7 ммоль/л, креатинин – 86 ммоль/л, АЛТ – 16, АСТ – 21, ЛДГ – 380, общий билирубин – 12 ммоль/л.

Показатели инструментального исследования:

Эзофагогастродуоденоскопия: Слизистая оболочка двенадцатиперстной кишки гиперемированная, отечная, блестящая с налетом фибрина, имеется язвенный дефект размером 1,2 см. Взята биопсия слизистой оболочки

Вопросы:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 4

Больной 42 года поступил в отделение с жалобами на боли за грудиной при ходьбе и нервно-эмоциональном напряжении, купирующиеся в покое. Впервые в жизни боль за грудиной возникла 4 дня назад при подъеме тяжести (поднимал мебель на 4 этаж). В покое боль полностью купировалась, но затем при ходьбе боли в груди стали повторяться, носили прогрессирующий характер Из анамнеза: Болей в грудной клетке ранее не отмечал, с физическими нагрузками справлялся хорошо. Однако при расспросе выяснено, что иногда беспокоит повышение АД, максимально до 150/90 мм рт ст, но по этому поводу к врачу не обращался, принимал капотен при повышении АД. Больной занят умственным трудом, на работу и с работы добирается на автомобиле, ведет неактивный образ жизни, любит плотно покушать. Курит с 20 лет. Алкоголем не злоупотребляет. Отец больного страдает ИБС, перенес инфаркт миокарда. При осмотре: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы розовые, нормальной влажности. Повышенного питания, ИМТ 36. Тоны сердца приглушены, ритм пра-

вильный. ЧСС 72 в мин. АД 150/100 мм рт ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, б\б Печень не увеличена. При обследовании: холестерин 7.3 ммоль/л, гликемия 4.5 ммоль/л, КФК-МВ 25 ЕД/л, АЛТ 19 ЕД/л, АСТ 23 ЕД/л, Тропониновый тест отрицательный.
ЭКГ: ритм синусовый, нормальная ЭОС, ЧСС 75 в мин, ST на изолинии во всех отведениях, QRS не расширен, не деформирован.

Вопросы:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Клиническая задача 5

Больная Р., 45 лет, обратилась в клинику с жалобами на кожный зуд преимущественно в вечернее время, увеличение в размерах живота, похудание за 2 года на 15 кг.

Анамнез заболевания. Больна 2 года, когда впервые появился кожный зуд, по поводу которого длительное время лечилась у дерматолога без эффекта. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния госпитализирована.

Объективно. Больная пониженного питания. ИМТ 18. Кожные покровы и склеры желтушны. Ксантелазмы век. Пергаментность кожи на стопах и голенях, большое количество расчесов. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой, методической пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные. Нижний край печени выступает из-под края реберной дуги на 5 см. Размеры печени по Курлову – 14 х 13 х 10 см. Селезенка не пальпируется. Стул неоформленный, пенистый, светлый.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 130 г/л, эритроциты – 3,7*10/12/л, лейкоциты – 7,8*10/9/л, палочкоядерные – 3 %, сегментоядерные – 78 %, лимфоциты – 17 %, моноциты – 5%, тромбоциты – 150*10/9/л, СОЭ – 36 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 7,8 г/л, альбумин – 4,0 отн %, холестерин – 7,8 мм/л, мочевина – 6,1 мм/л, креатинин – 121 мкм/л, глюкоза – 5,8 мм/л, общий билирубин – 182 мм/л, прямой билирубин – 162 мм/л, K^+ – 4,1 мэкв/л, Na^+ – 145 мэкв/л, АЛТ – 52 ЕД/л, АСТ – 48 ЕД/л, ЩФ – 720 ЕД/л, ГГТП – 460 ЕД/л.

Маркеры вирусных гепатитов не обнаружены.

Копрология: растительная непереваримая клетчатка – много.

Показатели инструментального исследования:

УЗИ органов брюшной полости: умеренная гепато- и спленомегалия, умеренное расширение воротной вены до 1,4 см, небольшое кол-во свободной жидкости в брюшной полости.

ЭГДС: умеренно выраженное расширение вен пищевода. Признаки хронического гастрита.

Компьютерная томограмма: Поверхность печени бугристая. Структура паренхимы неоднородна за счет множественных, сливающихся между собой крупных узлов. Плотность печени 45-50 Н. Расширение воротной и селезеночной вен. Увеличение селезенки.

Вопросы:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.