

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)**

Институт Клинической медицины
им.Н.В.Склифосовского
Кафедра Госпитальной терапии №2

Методические материалы по дисциплине:

Госпитальная терапия

основная профессиональная образовательная программа высшего
образования - программа специалитета

Тестовые задания для прохождения промежуточной аттестации.

Вопросы для подготовки к промежуточной аттестации по дисциплине.

1. ИБС. Стенокардия: классификация, диагностика, принципы лечения.
2. Медикаментозное и немедикаментозное лечение хронической ИБС.
3. Методы оценки сердечно-сосудистого риска. Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний.
4. Острый коронарный синдром с подъёмом ST: определение, диагностический алгоритм, лечение на догоспитальном этапе и в стационаре.
5. Острый коронарный синдром без подъёма ST: определение, стратификация риска, тактика ведения.
6. Осложнения инфаркта миокарда.
7. Дифференциальная диагностика при остром коронарном синдроме.
8. Антиагреганты: классификация, показания к применению, осложнения терапии.
9. Антикоагулянты: классификация, показания к применению, осложнения терапии.
10. Гипертоническая болезнь: диагностические критерии, определение степени, стадии, категории сердечно-сосудистого риска.
11. Гипертоническая болезнь: принципы терапии, основные классы антигипертензивных препаратов. Понятие о злокачественной и резистентной артериальной гипертензии.
12. Вторичные артериальные гипертензии: причины, методы диагностики, лечение.
13. Гипертонический криз: определение, варианты развития, принципы лечения.
14. Рестриктивная кардиомиопатия: этиология, клинические проявления, алгоритм обследования, лечение.
15. Гипертрофическая кардиомиопатия: этиология, клинические проявления, алгоритм обследования, лечение.
16. Дилатационная кардиомиопатия: этиология, клинические проявления, алгоритм обследования, лечение.
17. Миокардиты: этиология, классификация, диагностика, лечение.
18. Перикардиты: этиология, классификация, диагностика, лечение.
19. Тахикардии: классификация, принципы лечения.
20. Брадикардии: классификация, принципы лечения.
21. Жизнеугрожающие аритмии: классификация, диагностика, лечение, профилактика.
22. Фибрилляция предсердий: этиология, классификация, оценка риска тромбоэмболических осложнений, принципы лечения.
23. Хроническая сердечная недостаточность: определение, причины развития, классификация, диагностические критерии.
24. Хроническая сердечная недостаточность с низкой фракцией выброса: принципы лечения.
25. Острая сердечная недостаточность: причины развития, классификация, тактика лечения.
26. Инфекционный эндокардит: этиология, классификация, диагностические критерии.
27. Инфекционный эндокардит: принципы лечения, профилактика.
28. Сепсис: определение, диагностические критерии, принципы терапии.
29. Внебольничная пневмония: определение, диагностика, оценка тяжести и прогноза.
30. Внебольничная пневмония: осложнения, принципы терапии и вторичной профилактики.
31. Нозокомиальная пневмония: определение, классификация, диагностический алгоритм, тактика ведения.
32. Плевральный выпот: этиология, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациента.
33. ТЭЛА: причины, клинические проявления, диагностика, принципы лечения и профилактики.
34. ХОБЛ: определение, классификация, диагностический алгоритм, фенотипы.
35. ХОБЛ: принципы лечения стабильной ХОБЛ. Осложнения ХОБЛ.
36. Обострение ХОБЛ: определение, классификация, принципы лечения.
37. Бронхиальная астма: определение, классификация, варианты течения, критерии диагностики.
38. Бронхиальная астма: основные классы препаратов и принципы базисной терапии.
39. Диагностика и лечение обострений бронхиальной астмы.
40. Идиопатический легочный фиброз: определение, клиническая картина, дифференциальная диагностика, принципы терапии.
41. Бронхоэктазы: причины, клинические проявления, диагностика, принципы терапии.
42. Экзогенный аллергический альвеолит: определение, этиология и патогенез, принципы диагностики и лечения.

43. Саркоидоз: определение, классификация, диагностика, тактика ведения пациентов.
44. Дыхательная недостаточность: этиология, классификация, принципы диагностики и терапии.
45. Отёк лёгких: этиология, диагностика, принципы терапии.
46. Нефротический синдром: понятие, этиология, осложнения, принципы терапии.
47. Острый гломерулонефрит: этиология, клиническая картина, диагностика, осложнения, принципы терапии.
48. Хронический гломерулонефрит: этиология, клинические и морфологические варианты, диагностика, лечение, тактика ведения пациентов.
49. Амилоидоз: классификация, клиническая картина, диагностика, осложнения, принципы терапии.
50. Хроническая болезнь почек (ХБП): определение, этиология, классификация, тактика ведения пациентов.
51. Основные принципы нефропротективной терапии.
52. Классификация инфекций мочевыводящих путей. Острый пиелонефрит: этиология, диагностика, лечение.
53. Острое повреждение почек (ОПП): этиология, классификация, принципы терапии, осложнения.
54. Кардиоренальный синдром: понятие, классификация, тактика ведения пациентов.
55. ГЭРБ: этиология, клинические проявления, классификация, диагностика.
56. ГЭРБ: принципы немедикаментозной и медикаментозной терапии. Осложнения ГЭРБ.
57. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: этиология, клиническая картина, диагностика.
58. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: принципы терапии. Осложнения язвенной болезни.
59. Болезнь Крона: определение, классификация, клинические проявления, диагностика, принципы лечения.
60. Язвенный колит: определение, классификация, клинические проявления, диагностика, принципы лечения.
61. Дифференциальная диагностика язвенного колита и болезни Крона. Осложнения воспалительных заболеваний кишечника.
62. Синдром раздраженного кишечника: диагностические критерии, алгоритм обследования, принципы лечения.
63. Функциональная диспепсия: диагностические критерии, алгоритм обследования и лечения.
64. Антибиотик-ассоциированная диарея: причины развития, клинические проявления, принципы диагностики, лечения и профилактики.
65. Аутоиммунный гепатит: клинические проявления, типы, лабораторные маркеры, тактика ведения.
66. Алкогольная болезнь печени: клинические формы, маркеры ХАИ, диагностика, особенности лечения алкогольного гепатита.
67. Холестатические заболевания печени: клинические проявления, диагностика и дифференциальная диагностика, принципы лечения.
68. Цирроз печени: определение, этиология, основные синдромы, оценка прогноза.
69. Цирроз печени: принципы лечения. Осложнения.
70. ДВС – синдром: понятие, этиология, стадии, диагностика, принципы лечения.
71. Железодефицитная анемия: этиология, клиника, диагностика, принципы лечения.
72. Мегалобластные анемии: этиология, клиника, диагностика, принципы лечения.
73. Гемолитические анемии: классификация, клинические проявления, диагностика, принципы лечения.
74. Гипопластические и апластические анемии: клинические проявления, диагностический алгоритм и тактика ведения больных.
75. Эритроцитоз: понятие, этиология, тактика ведения пациентов.
76. Миелодиспластический синдром: понятие, причины, диагностика, тактика ведения пациентов.
77. Острые лейкозы: классификация, клинические проявления, алгоритм обследования, принципы терапии.
78. Хронические лейкозы: классификация, клинические проявления, алгоритм обследования, принципы терапии.
79. Лимфогранулематоз: клиническая картина, классификация, диагностика, принципы лечения.
80. Множественная миелома: клиническая картина, диагностика, осложнения, лечение.
81. Лимфаденопатии: основные причины, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов.
82. Тромбоцитопении: классификация, основные формы, принципы лечения.
83. Спленомегалия: причины, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов.
84. Ревматоидный артрит: классификация, клиническая картина, критерии диагноза.

85. Ревматоидный артрит: принципы базисной и симптоматической терапии, мониторинг активности заболевания.
86. Системная красная волчанка: клиническая картина, классификация, диагностика, принципы терапии.
87. Системная склеродермия: клиническая картина, диагностика, принципы терапии.
88. Воспалительные миопатии: классификация, клиническая картина, диагностика, принципы терапии.
89. Подагра: этиология, клиническая картина, классификация, диагностика, принципы терапии.
90. Гиперурикемия: причины, варианты поражения почек, тактика ведения пациентов.
91. Остеоартрит: классификация, клиническая картина, диагностика, нехирургические методы лечения.
92. Системные васкулиты: классификация, оценка активности, общие принципы лечения.
93. Гранулематоз с полиангиитом: клиническая картина, диагностика, тактика лечения.
94. Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом: клиническая картина, диагностика, тактика лечения.
95. Микроскопический полиангиит: клиническая картина, диагностика, тактика лечения.
96. Геморрагический васкулит: клиническая картина, диагностика, тактика лечения.
97. Узелковый полиартериит: клиническая картина, диагностика, тактика лечения.
98. Сахарный диабет 2 типа: этиология, клиническая картина, диагностика, тактика лечения. Основные группы сахароснижающих лекарственных средств.
99. Осложнения сахарного диабета: виды, дифференциальная диагностика, принципы терапии.
100. Метаболический синдром: определение, критерии и методы диагностики, принципы лечения.
101. Осложнения лекарственного лечения.
102. Паранеопластические синдромы: определение понятия, варианты, тактика ведения пациентов.
103. Принципы рациональной антимикробной терапии в клинике внутренних болезней.
104. Лихорадка неясного генеза: определение, этиология, алгоритм диагностического поиска.

Ситуационные задачи для прохождения промежуточной аттестации.

Задача 1.

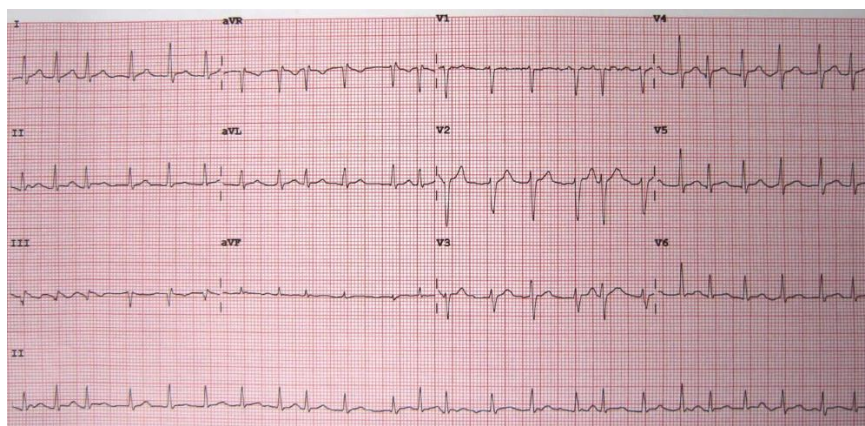
Пациентка 48 лет. поступила в приёмное отделение с жалобами на перебои в работе сердца, беспокойство, чувство нехватки воздуха.

Считает себя практически здоровой. За сутки до поступления в стационар возникли вышеописанные жалобы. По совету родственников принимала валокордин, существенного эффекта не отметила.

Работает программистом в крупной компьютерной фирме. Курит до 7 сигарет в день, алкоголь употребляет 1 раз в неделю по выходным. Мать пациентки страдала гипертонической болезнью, умерла в возрасте 67 лет от инсульта.

Правильного телосложения, рост 176 см, вес 68 кг. Кожные покровы обычной окраски, повышенной влажности, периферических отёков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тона сердца приглушены, ритм неправильный. ЧСС 120 в мин, пульс 110 уд/в мин. АД 170/100 мм рт. ст.

ЭКГ.



Клинический анализ крови: Нв 140 г/л, лейкоц. 5.4×10^9 /л, формула без патологии, тромбоциты 210×10^9 /л, СОЭ 7 мм/час.

Биохимический анализ крови: креатинин 72 мкмоль/л, мочевины 6.0 ммоль/л, общий белок 78 г/л, альбумин 42 г/л, АЛТ- 60 ЕД/л; АСТ- 25 ЕД/л; ЛДГ- 376 ЕД/л.

Липидный профиль:

Холестерин общий	6,0 ммоль/л
Триглицериды	2,57 ммоль/л
Холестерин ЛПНП	4,1 ммоль/л
Холестерин ЛПВП	1,12 ммоль/л

Исследование гормонов щитовидной железы: уровень ТТГ 0.1 мМЕ/л, уровень Т4 30 пмоль/л, антитиреоидные антитела не определялись.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Лечебно-диагностическая тактика.

Ответы.

1. Клинический диагноз (предварительный): Диффузный токсический зоб. Вторичная АГ на фоне гипертиреоза. Осложнение: Персистирующая форма фибрилляции предсердий, тахисистолический вариант.

2. Обследование ЩЖ (антитиреоидные Ат, УЗИ ЩЖ, скintiграфия ЩЖ), ЭхоКГ, исследование сосудов глазного дна, дуплексное сканирование сонных артерий, определение СКФ, микроальбуминурии.

Бета-блокаторы, антикоагулянты, ингибиторы АПФ, после уточнения патологии ЩЖ- тиреостатики.

Задача 2.

У пациента 88 лет закружилась голова, упал и почувствовал сильную боль в правом бедре.

Более 20 лет артериальная гипертония. Постоянно принимает гипотензивные препараты с положительным эффектом. Обычные цифры АД пределах 145/85 – 130/80 мм рт. ст. Десять лет назад перенёс инфаркт миокарда. До развития инфаркта были частые приступы стенокардии. После инфаркта миокарда на фоне приёма бета-блокаторов приступов стенокардии не отмечал. В течение последнего года появились кратковременные эпизоды головокружения (не более 10 секунд), при этом артериальное давление не превышало обычный для пациента уровень. Несколько раз был на приёме у невролога, который сделал заключение, что приступы обусловлены хронической цереброваскулярной

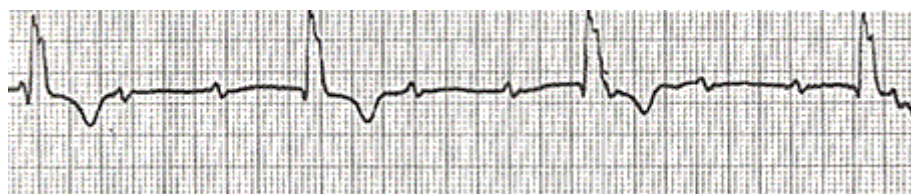
недостаточностью. От назначенной неврологом терапии положительного эффекта не было. В день поступления в стационар дома потерял сознание и упал на пол. При попытке встать почувствовал резкую боль в правом бедре и был вынужден по телефону вызвать врача. Доставлен в стационар с диагнозом «перелом правой бедренной кости».

Работал инженером, профессиональных вредностей не было. Не курит, не употребляет алкоголь. Аллергологический анамнез не отягощен.

Состояние средней тяжести. В ясном сознании. На вопросы отвечает правильно. Кожные покровы бледные. При осмотре отмечается укорочение правой нижней конечности, ее наружная ротация и симптом прилипшей пятки. АД 140/80 мм рт. ст., тоны сердца приглушены, ЧСС 50 в минуту, шумы не выслушиваются. ЧД 18 в минуту, хрипы над лёгкими не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Отёков нет.

При поступлении тропонин Т- 0,02 нг/мл.

ЭКГ (мониторное отведение):



1. Ваш диагноз?

2. Тактика ведения пациента.

Ответы.

1 Клинический диагноз: 1. ИБС: почти инфарктный кардиосклероз. Атеросклероз коронарных сосудов, аорты. 2. Чрезвертельный перелом правой бедренной кости.

Осложнение: Полная ав блокада III степени с приступами Морганьи-Адамса-Стокса.

2. Постоянная двухкамерная эндокардиальная ЭКС, после чего оперативное лечение перелома. Провести КАГ в плановом порядке для определения дальнейшей тактики лечения ИБС.

Задача 3.

Больной 75 лет госпитализирован бригадой СМП после кратковременного эпизода потери сознания.

Жалобы на общую слабость, головокружения, эпизоды кратковременной потери сознания, возникающие внезапно, на перебои в работе сердца, давящие и сжимающие боли за грудиной, с иррадиацией в левую руку, возникающие при физической нагрузке и ходьбе на расстояние не более 100 м, проходящие в покое.

Рос и развивался нормально. Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия, детские инфекции. Наследственность: мать пациента умерла от инфаркта миокарда, длительно страдала гипертонической болезнью. Вредные привычки: курил до 10 сигарет в день, бросил 10 лет назад, алкоголь не употребляет.

Приступы давящих болей за грудиной беспокоят в течение 3 лет. Возникали при значительных физических нагрузках и быстрой ходьбе на расстояние около 1 км, проходили в покое. К врачу не обращался. Два месяца назад отметил появление перебоев в работе сердца, общей слабости, головокружения. Было три эпизода потери сознания без предшествующих симптомов с получением ушибов и ссадин. Отметил значительное снижение переносимости

физических нагрузок.

Состояние средней тяжести. Вес 85 кг, рост 168 см. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Отёков нет. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧД 18 в мин. Границы относительной тупости сердца: левая по левой среднеключичной линии, правая по правому краю грудины, верхняя по нижнему краю III ребра. Тоны сердца несколько приглушены, ритм неправильный. ЧСС 46 в мин., АД 160/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1.0 см.

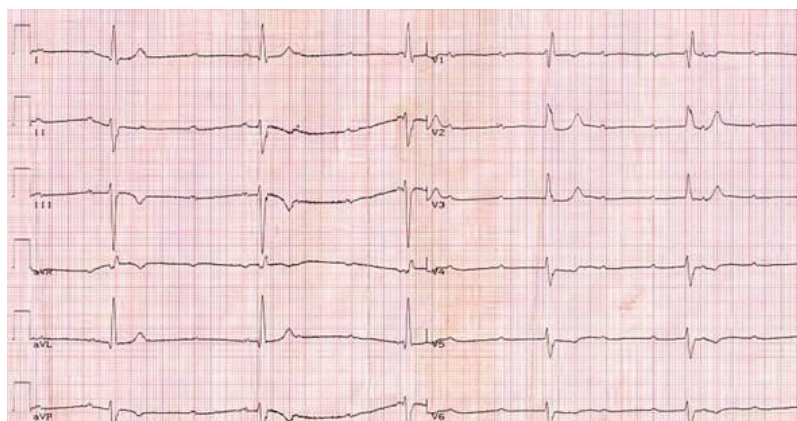
Клинический анализ крови: Hb 135 г/л, лейкоц. $7.6 \times 10^9/\text{л}$, формула без патологии, тромбоц. $308 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 12 мм/час.

Уровень гликозилированного гемоглобина HbA1C- 4,8%.

Липидный спектр:

Холестерин общий	6,0
Триглицериды	2,57
ЛПНП	4,1

ЭКГ:



1. Ваш диагноз?
2. Тактика ведения пациента.

Ответы.

1. Клинический диагноз: ИБС: стенокардия напряжения III ф.кл. Атеросклероз коронарных сосудов, аорты. Осложнение: Преходящая атрио-вентрикулярная блокада I-III степени с приступами Морганьи-Адамса-Стокса.

2. Постоянная двухкамерная эндокардиальная ЭКС, статины, бета-блокаторы.

Провести КАГ в плановом порядке для определения дальнейшей тактики лечения ИБС.

Задача 4.

Мужчина 49 лет госпитализирован в кардиологическое отделение по направлению районной поликлиники, куда обратился с жалобами на слабость, сердцебиение, одышку при незначительной физической нагрузке. **Анамнез заболевания.** Д не повышалось. При сборе анамнеза клинических данных за ишемическую болезнь сердца не получено: болей за грудиной ангинозного характера не отмечал, физическую нагрузку переносил удовлетворительно. Острый инфаркт миокарда отрицает. Ранее злоупотреблял алкоголем. Ухудшение состояния в течение последних 3-х месяцев, когда отметил слабость,

сердцебиение, появление и прогрессивное нарастание одышки. За медицинской помощью не обращался. Фармакологических препаратов не принимал. **Анамнез жизни.** Работает на заводе. В настоящее время не курит. Ранее курил по 10-15 сигарет в день. Наследственность отягощена по линии отца: гипертоническая болезнь, смерть от заболевания сердца в 55 лет. Внезапная смерть брата в 45 лет. Перенесенные заболевания: аппендицит, хронический гастрит. **Объективный статус.** Состояние средней степени тяжести. Правильного телосложения. Рост 176 см, вес 78 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности, акроцианоз. Отеков нет. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧД в покое 22 в минуту. Границы сердца расширены влево на 2 см, вверх на 1 см. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 112 уд/мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

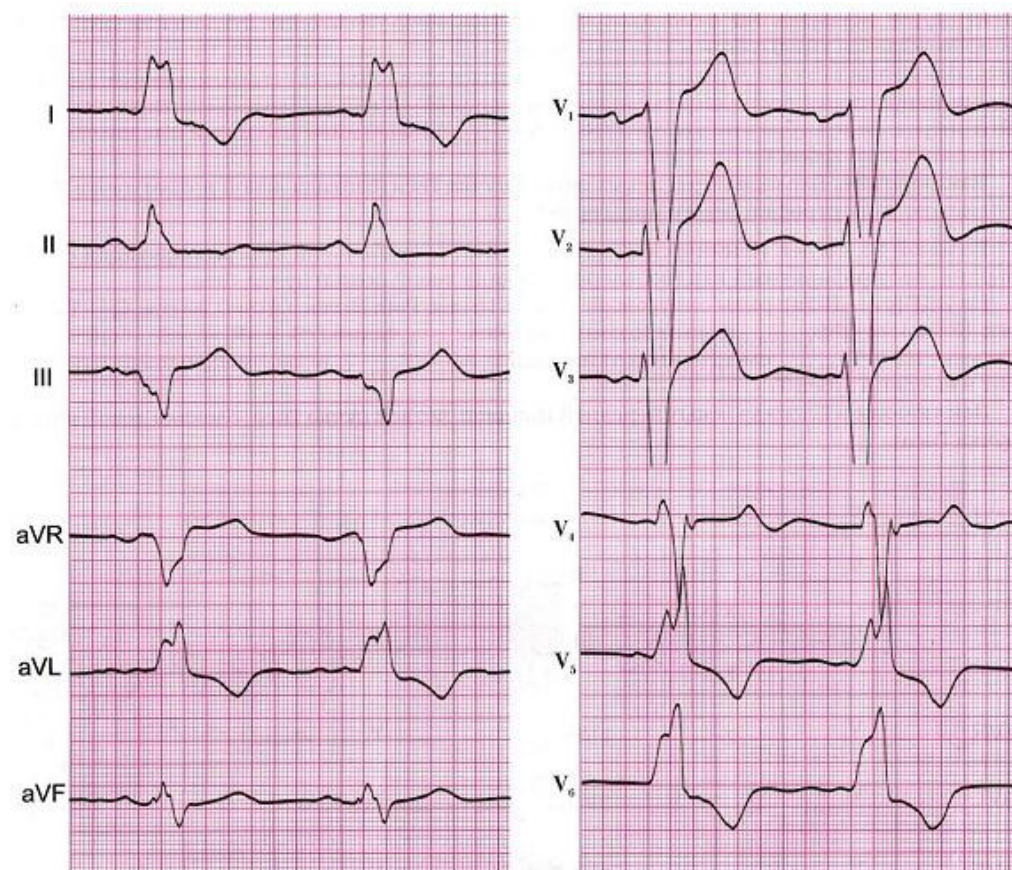
Клинический анализ крови:

Исследование	Результат	Единицы	Референсные значения
Гематокрит	36.9	%	35.0 - 45.0
Гемоглобин	13.1	г/дл	11.7 - 15.5
Эритроциты	4.29	млн/мкл	3.80 - 5.10
MCV (ср. объем эритроц.)	86.0	фл	81.0 - 100.0
RDW (шир. распредел. эритроц.)	12.7	%	11.6 - 14.8
MCH (ср. содер. Hb в эр.)	30.5	пг	27.0 - 34.0
MCHC (ср. конц. Hb в эр.)	35.5	г/дл	32.0 - 36.0
Тромбоциты	197	тыс/мкл	150 - 400
Лейкоциты	5.57	тыс/мкл	4.50 - 11.00
Нейтрофилы (общ.число), %	72.9	%	48.0 - 78.0
Лимфоциты, %	19.4	%	19.0 - 37.0
Моноциты, %	5.9	%	3.0 - 11.0
Эозинофилы, %	1.1	%	1.0 - 5.0
Базофилы, %	0.7	%	< 1.0
Нейтрофилы, абс.	4.06	тыс/мкл	1.56 - 6.13
Лимфоциты, абс.	1.08*	тыс/мкл	1.18 - 3.74
Моноциты, абс.	0.33	тыс/мкл	0.20 - 0.95
Эозинофилы, абс.	0.06	тыс/мкл	0.00 - 0.70
Базофилы, абс.	0.04	тыс/мкл	0.00 - 0.20
СОЭ (по Вестергрену)	2	мм/ч	< 20

Биохимический анализ крови:

Показатели	Значения
Общий белок	69 г/л
Мочевина	6,5 ммоль/л
Креатинин	126 мкмоль/л
Мочевая кислота	302,3 мкмоль/л
Глюкоза	4,6 ммоль/л
Холестерин общий	5,2 ммоль/л
ЛПНП	3,0 ммоль/л
ЛПВП	1,2 ммоль/л
Аланинаминотрансфераза	39 ЕД/л
Аспартатаминотрансфераза	72 ЕД/л
Креатинфосфокиназа	92 Ед/л
Билирубин общий	36 мкмоль/л
Калий	4,3 ммоль/л
Натрий	132 ммоль/л

ЭКГ:



ЭхоКГ:



Аорта: 3,4 см (N до 3,5 см). Аортальный клапан: створки уплотнены, аортальный клапан без особенностей.

Камеры сердца	Данные пациента	Норма муж.
Размер левого предсердия	4,6 см	3,0-4,0 см
Объем левого предсердия	96 мл	18-58 мл
Левый желудочек: толщина МЖП систола/диастола	1,0 см/1,2 см	0,6-1,0 см
Левый желудочек: толщина задней стенки систола/диастола	0,9 см/1,2 см	0,6-1,0 см
Левый желудочек: КСО	71 мл	22-58 мл
Левый желудочек: КДР	6,4 см	4,2-5,9 см
Левый желудочек: КДО	172 мл	67-155 мл

Фракция выброса (ФВ) по Симпсону 37% (норма $\geq 55\%$). Правое предсердие: объем – 70 мл (N до 30-60 мл). Правый желудочек: 3,3 см (норма -2,5-3,1 см). Митральная регургитация 2 ст. Трикуспидальная регургитация 2 ст. Систолическое давление в легочной артерии 40 мм рт. ст. Диастолическая функция: по типу псевдонормализация кровотока. Локальная сократимость: диффузный гипокинез. Асинхронное движение межжелудочковой перегородки.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Назначьте лечение.

Ответы.

1. Клинический диагноз: Дилатационная кардиомиопатия. Осложнения: ХСН 2 А ст., III ФК по NYHA. Блокада левой ножки пучка Гиса. Соутствующие: Хронический гастрит.
2. Ингибиторы АПФ/БРА, спиронолактон, б

Задача 5.

Пациент К., 57 лет, предъявляет жалобы на усиление одышки экспираторного характера при незначительной физической нагрузке (умывании, одевании), сопровождающуюся свистом в грудной клетке; на приступообразный кашель с увеличением мокроты до 20 мл в сутки в утренние часы, повышение температуры до 37,8°C.

Анамнез заболевания: сухой кашель в течение последних 20 лет. Последние 10 лет стал отмечать экспираторную одышку при ускоренной ходьбе, подъеме на 2 этаж. В течение последнего года одышка резко усилилась и стала беспокоить при обычной нагрузке, разговоре, периодически начала появляться густая, скудная мокрота желто-зеленого цвета. Обострения 2 раза за прошедший год. Ухудшение в течение 2 недель: поднялась температура до 37,8°C, усилился кашель, появилась гнойная мокрота, увеличился ее объем, усилилась экспираторная одышка. Принимал дома амоксициллин по 500 мг 3 раза в день, беродуал по 2 вдоха 4 раза в день через ДАИ 1 один день, без улучшения. Обратился в приёмный покой городской больницы.

Анамнез жизни: курит 30 лет по 1,5 пачки в сутки, употребляет 1 раз в месяц 200 мл водки. Работает прорабом на стройке. У родственников заболеваний органов дыхания нет. Аллергоанамнез не отягощен.

Объективно: кожные покровы влажные, диффузный цианоз. Температура 37,5°C. Рост – 172 см, вес – 60 кг. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере, сглаженность над- и подключичных ямок, эпигастральный угол тупой. Перкуторный звук – коробочный.

Подвижность нижнего лёгочного края по средней подмышечной линии - 2,5 см. При аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 100 ударов в минуту. АД – 120/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Отёков нет.

Оценка по модифицированному опроснику британского медицинского исследовательского совета (mMRC) составила 4 балла.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,42 \times 10^{12}/л$, Нв -165 г/л, Нт - 50%, лейкоциты - $8,4 \times 10^9 /л$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты - 25%, моноциты – 4%, СОЭ - 28 мм/час.

Общий анализ мокроты – вязкая, зелёного цвета. Лейкоциты – 100 в поле зрения, эритроцитов – нет.

При пульсоксиметрии сатурация кислорода на воздухе - 88%

ФВД ОФВ₁ – 27%, ФЖЕЛ – 52%, ОФВ₁/ФЖЕЛ – 57%. После пробы с сальбутамолом 400 мкг Δ ОФВ₁ – 2,12%/50 мл, ОФВ₁/ФЖЕЛ – 60%.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз.
2. План обследования и лечения.

Ответы.

1. Хроническая обструктивная болезнь лёгких, крайне тяжёлая (GOLD 4), категория риска D, обострение I типа, средней тяжести. ДН 2 ст.

2. Анализы крови: АСТ, АЛТ, билирубин, фибриноген, С-реактивный белок, калий, натрий, креатинин, мочевины, КЩС, газы артериальной крови.

Анализы мокроты: культуральное исследование мокроты, исследование мокроты на кислотоустойчивые микроорганизмы.

Мониторинг пиковой скорости выдоха, рентгенография органов грудной клетки (выявление очагово-инфильтративных теней), ЭКГ, ЭХО-кардиография (оценка лёгочной гипертензии), специальные методы исследования по показаниям: бодиплетизмография (оценка лёгочных объёмов), спиральная компьютерная томография органов грудной клетки (оценка объёма эмфиземы).

Продолжить лечение согласно наличия высокого риска категории пациентов Д с хронической обструктивной болезнью лёгких. Отказ от курения. Лёгочная реабилитация. Малопоточная кислородотерапия не менее 15 часов в сутки через кислородный концентратор. Вакцинация против гриппа, вакцинация против пневмококковой инфекции, ингаляционные глюкокортикостероиды + длительнодействующие бета2-агонисты + длительнодействующие м-холинолитики (например, Формотерол/Будесонид 4,5/160 мкг 2 вдоха 2 раза в день порошковый ингалятор + Тиотропия бромид 5 мкг 1 раз в день респимат или другие варианты). N-ацетилцистеин - 600 мг 1 раз в день. При наличии буллёзной эмфиземы лёгких возможно их хирургическое удаление.

Задача 6.

Женщина 45 лет, продавец, обратилась в поликлинику с жалобами на приступы удушья и одышку после физической нагрузки и спонтанные ночью, на дискомфорт в груди. Впервые заболела после тяжелой пневмонии 11 лет назад. Затем приступы повторялись после физической нагрузки и вовремя ОРВИ. Приступы удушья снимала ингаляцией сальбутамола (3-4 раза в сутки).

В анамнезе: внебольничная 2-сторонняя бронхопневмония, острый аппендицит. Наличие аллергических заболеваний у себя и родственников отрицает. Гемотрансфузий не было. Вредных привычек нет.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа и слизистые чистые, физиологической окраски. Язык влажный. Лимфоузлы не увеличены. В легких: перкуторно – коробочный звук, аускультативно – дыхание жесткое, сухие хрипы по всем легочным полям, свистящие при форсированном выдохе. Частота дыхательных движений – 18 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД - 140/90 мм рт. ст. Пульс – 69 ударов в минуту, хорошего наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Физиологические отправления не нарушены.

Анализ крови: гемоглобин – 126 г/л, эритроциты – $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $9,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, эозинофилы – 5%, моноциты – 6%, лимфоциты – 13%; СОЭ - 19 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин - 5,3 мкм/л; общий белок - 82 г/л, мочевины - 4,7 ммоль/л. Анализ мочи: удельный вес - 1028, белок - отриц., эпителий - 1-3 в поле зрения. Анализ мокроты: слизистая, без запаха. При микроскопии: лейкоциты - 5-6 в поле зрения, эозинофилы - 10-12 в поле зрения, клетки эпителия бронхов, ед. альвеолярные макрофаги. ВК - отриц. (3-кратно).

Рентгенография грудной клетки: повышена прозрачность легочных полей, уплощение и низкое стояние купола диафрагмы. Легочный рисунок усилен. Корни легких увеличены, тень усилена. Тень сердца увеличена в поперечнике.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования и лечения.

Ответы.

1. Бронхиальная астма неаллергическая, средней степени тяжести, частично контролируемое течение. ДН0.

2. Исследование функции внешнего дыхания: спирометрия (определение объема форсированного выдоха за 1 секунду - ОФВ1 и форсированной жизненной емкости легких - ФЖЕЛ). Тест с бронхолитиком (тест на обратимость бронхообструкции). Аллергологическое обследование (кожные пробы, определение специфических IgE в сыворотке крови, ингаляционные провокационные тесты с аллергенами). Рентгенография грудной клетки (для исключения альтернативного диагноза).

Ингаляционные глюкокортикостероиды в низких дозах в сочетании с длительно действующими бета2-агонистами. Альтернатива: ингаляционные глюкокортикостероиды в средних или высоких дозах, или ингаляционные глюкокортикостероиды в низких дозах в сочетании с антилейкотриеновыми рецепторами.

Ингаляционные бета2-агонисты быстрого действия при потребности или комбинация ингаляционных глюкокортикостероидов в низких дозах в сочетании с Формотеролом.

Задача 7.

Больной Г., 55 лет поступил в стационар с жалобами на сильную одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке и даже при одевании, кашель с желтой вязкой мокротой до 150 мл/сутки, сердцебиение, слабость, потливость. В течение 15 лет беспокоит кашель со скудной слизистой мокротой, в основном по утрам, к врачу по этому

поводу не обращался. Последние 7 лет появилась одышка при ходьбе на расстояние около 500 метров на выдохе, в холодное время ощущает затруднение выдоха и «свисты» в груди. Самостоятельно принимает эуфиллин внутрь. Ухудшение состояния 5 дней назад, когда после ОРВИ резко усилилась одышка, ночь спал сидя, увеличилось количество мокроты. Работает водителем. Курит. Индекс курения - 120 пачка-лет. Алкоголь употребляет 2 раза в месяц понемногу (около 100 мл). Аллергологический и гемотрансфузионный анамнез не отягощен.

Состояние тяжелое. Кожа влажная, цианоз губ и кончика носа. Температура - 36,8°C. Подкожно-жировой слой развит слабо. Отеки на голенях до средней трети. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в дыхании. ЧД - 28 в минуту. Перкуторный звук мозаичный. При аускультации по всем легочным полям масса сухих хрипов. Границы сердца расширены вправо. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 120 в минуту, на легочном стволе - акцент 2 тона. АД - 130/70 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Общий анализ крови: эритроциты - $5,4 \times 10^{12}/л$; гемоглобин - 177 г/л; лейкоциты - $10,6 \times 10^9/л$; эозинофилы - 0%; базофилы - 0%; палочкоядерные нейтрофилы - 5%; сегментоядерные нейтрофилы - 70%; лимфоциты - 20%; моноциты - 5 %. СОЭ - 22 мм/час.

Рентгенограмма органов грудной клетки: очаговые и инфильтративные изменения не определяются. Легочный рисунок деформирован. Корни расширены, бесструктурны. Диафрагма расположена обычно, синусы свободны. Выбухает ствол легочной артерии.

Спирограмма: индекс Тиффно - 0,65; ОФВ₁ после БДТ - 29%. рО₂, 58 мм рт. ст. (артериальная кровь), SaO₂ - 78% (на воздухе).

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. План обследования и лечения.

Ответы.

1. ХОБЛ, крайне тяжелой степени (GOLD 4), категория риска D, обострение II типа, тяжелое. ДН 2 ст. НК 2Б. ФКЗ. Легочная гипертензия. Вторичный эритроцитоз.

2. Общий анализ и посев мокроты, ЭХО-КГ, ЭКГ.

Оксигенотерапия, небулайзеротерапия с Беродуалом и Будесонидом, антибиотики, муколитики, гепарин, мочегонные препараты, м-холинолитики, кислородотерапия.

Задача 8.

Мужчина 23 лет, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на приступы удушья, возникающие 1-2 раза в месяц, с затрудненным выдохом, сопровождающиеся свистящими хрипами и тяжестью в груди, приступообразным кашлем с трудноотделяемой мокротой. В последнее время приступы участились до 2 раз в неделю, возникают и ночью.

Из анамнеза известно, что приступы появились около года назад, отмечаются в течение всего года, появляются при контакте с домашней пылью, пылью растений, шерстью животных, резких запахах, прекращаются самостоятельно или после приема таблетки эуфиллина. У бабушки больного также были подобные приступы удушья. В течение трех лет в мае-июне отмечает слезотечение, заложенность носа, чихание.

Состояние пациента удовлетворительное, частота дыхания - 24 в мин. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При аускультации выслушивается большое количество

сухих свистящих рассеянных хрипов на выдохе. Тоны сердца ритмичные, ясные, 90 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Общий анализ крови: лейкоциты – $6,0 \times 10^9$ /л; сегментоядерные нейтрофилы – 63%; лимфоциты – 23%; эозинофилы – 10%; моноциты – 4%, СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мокроты: консистенция вязкая, характер слизистый, лейкоциты – 1–5 в поле зрения, эозинофилы – 20–30 в поле зрения, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена.

IgE общ. сыворотки крови повышен в три раза.

Спирометрия: индекс Тиффно – 0,75, ОФВ₁ – 73%, прирост ОФВ₁ после ингаляции сальбутамола 400 мкг – 25% и 400 мл.

Рентгенография органов грудной клетки - очаговых или инфильтративных теней не выявлено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. План обследования и лечения.

Ответы.

1. Бронхиальная астма аллергическая, легкая персистирующая, лёгкое течение, обострение, легкая степень. Дыхательная недостаточность (ДН) I степени. Аллергический риноконъюнктивит, сезонный, легкое течение.

2. Спирометрия с проведением пробы с сальбутамолом в динамике, контроль общего анализа крови и мокроты в динамике, консультация аллерголога.

Бета-2-агонисты короткого действия «по требованию», ингаляционные глюкокортикостероиды.

Задача 9.

Пациент Ж., 40 лет, поступил с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком дыхании, кашель с выделением обильной гнойной мокроты с запахом, лихорадку до 39-40°C с ознобом и потом, одышку, сердцебиение, резкую общую слабость. Заболел остро 2 недели тому назад, за медицинской помощью не обращался. Злоупотребляет алкоголем и курением. Не работает в течение года, 6 месяцев назад перенес острый вирусный гепатит В.

Объективно: масса тела 56 кг, рост 180 см. В области локтевой вены – следы инъекций, лимфангит. Кожные покровы бледные, акроцианоз, глаза ввалившиеся, на губах – корочки, в углах рта – заеды. ЧДД – 24/мин. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Голосовое дыхание усилено. Перкуторно: на уровне 8 ребра – притупление и тупость. Дыхание над этой областью не выслушивается, выше притупления – мелкопузырчатые влажные хрипы, ослабленное везикулярное дыхание. Видна пульсация в эпигастрии. Тоны сердца приглушены, ослаблен 1 тон, выслушивается систолический шум у основания мечевидного отростка, усиливающийся на вдохе. Пульс- 110/мин, малый, частый. АД – 110/80 мм рт. ст. Печень +5 см, болезненная, пульсирует на вдохе. Живот мягкий, безболезнен. Отеков нет.

ОАК: эритроциты $-3,5 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 116 г/л, лейкоциты – $24,0 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 100×10^9 /л, палочкоядерные- 18 %, сегментоядерные -70 %, лимфоциты – 9 %, моноциты – 3 %, СОЭ – 56 мм/час, токсическая зернистость нейтрофилов.

Коагулограмма: ПТИ – 55 %, фибриноген – 2 г/л, время свертывания – 10 мин.
Биохимический анализ крови, этаноловая проба ++, протаминсульфатная проба +.

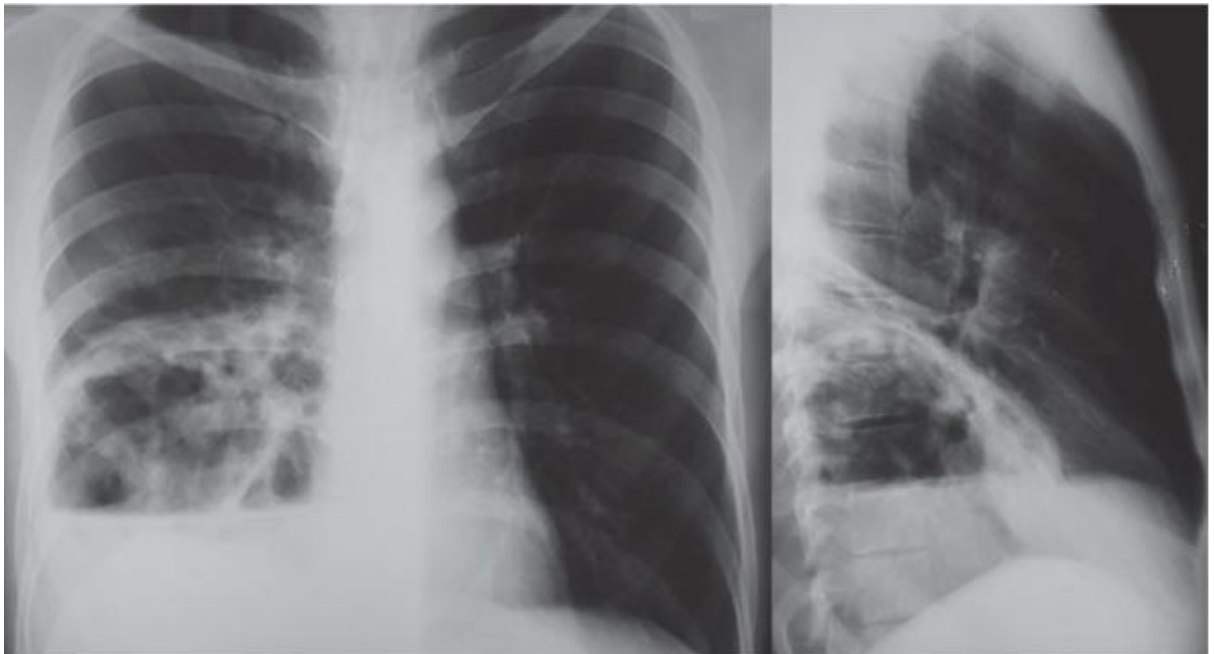


Рисунок 1. Рентгенограмма ОГК пациента Ж.

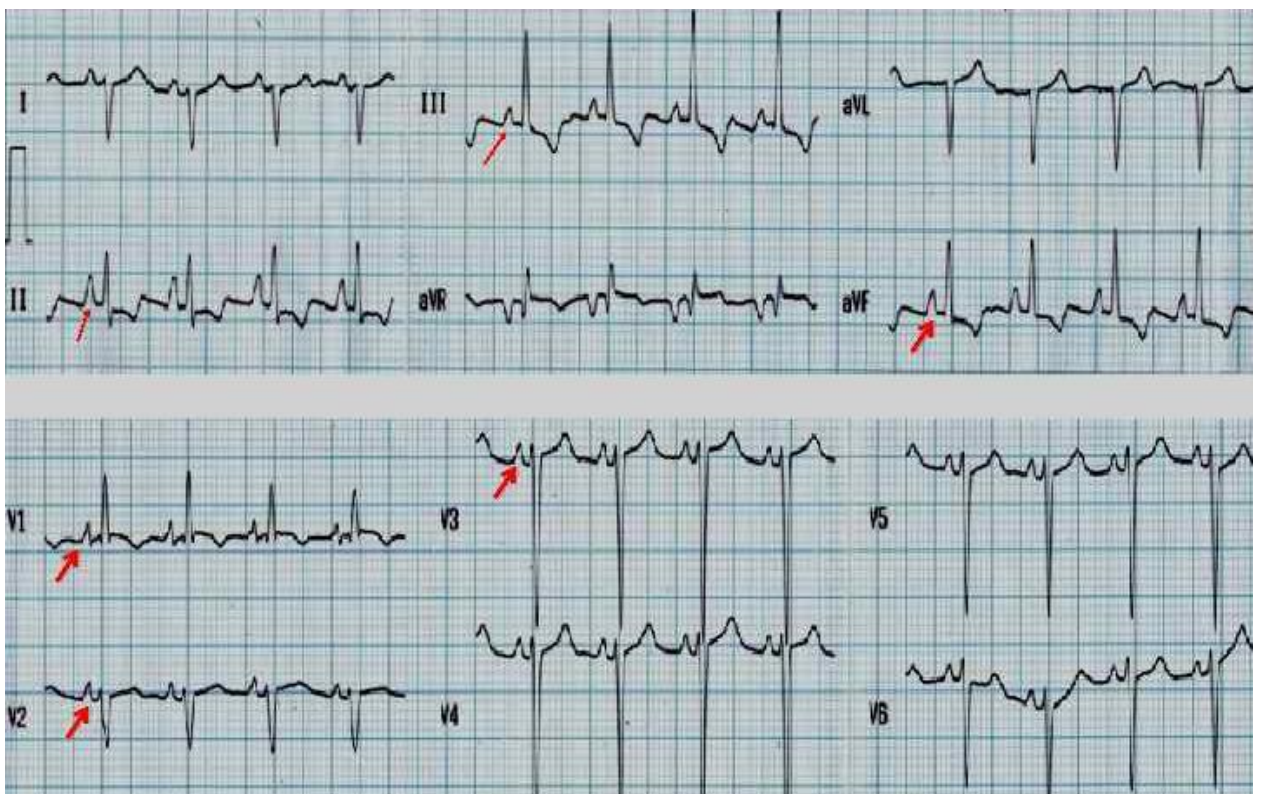


Рисунок 2. ЭКГ пациента Ж.

В посеве мокроты и в плевральной жидкости выделен патогенный стафилококк, не чувствительный к пенициллину и ампициллину, чувствительный к ванкомицину, цефалоспорином.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз основного заболевания и его осложнений.
2. Какие методы следует назначить для подтверждения диагноза?

Ответы.

1. Диагноз: внебольничная пневмония с локализацией в нижней доле правого легкого, осложненная абсцедированием, экссудативным плевритом, дыхательной недостаточностью, легочной гипертензией, сердечной недостаточностью.

2. Для подтверждения диагноза рекомендуется проведение КТ ОГК, Эхо-КГ.

Задача 10.

Пациент Ч., 43 года, проходит диспансеризацию для оформления мед. книжки при устройстве на работу. В анамнезе: ревматизм, сочетанный митральный порок сердца с преобладанием стеноза, НК-II. Снята ЭКГ (рис. 1).

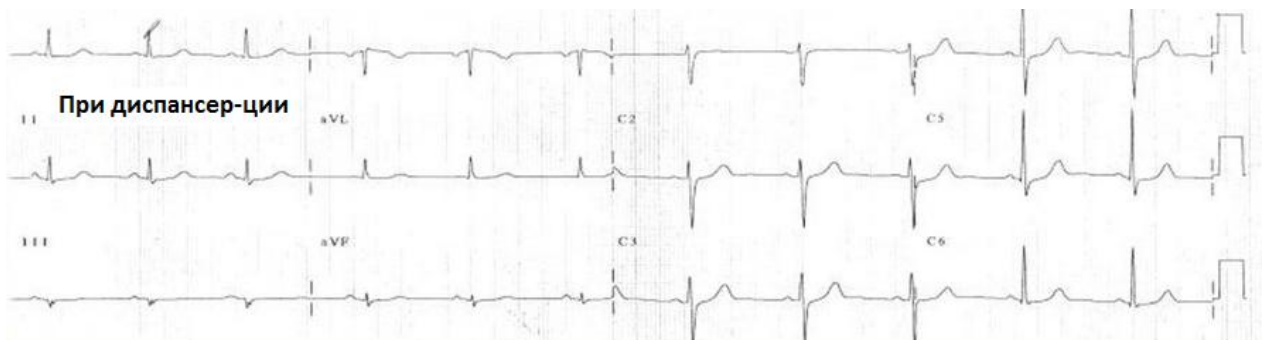


Рисунок 1. ЭКГ пациента Ч. при диспансерном обследовании.

Через 1.5 часа неожиданно почувствовал себя плохо. Жалуется на острую боль в левой половине грудной клетки и кровохарканье, выросла одышка, появились отёки на ногах.

При осмотре выявлено притупление легочного звука на ограниченном участке – слева под лопаткой. Бронхофония локально несколько усилена.

Повторно сняли ЭКГ (рис. 2).

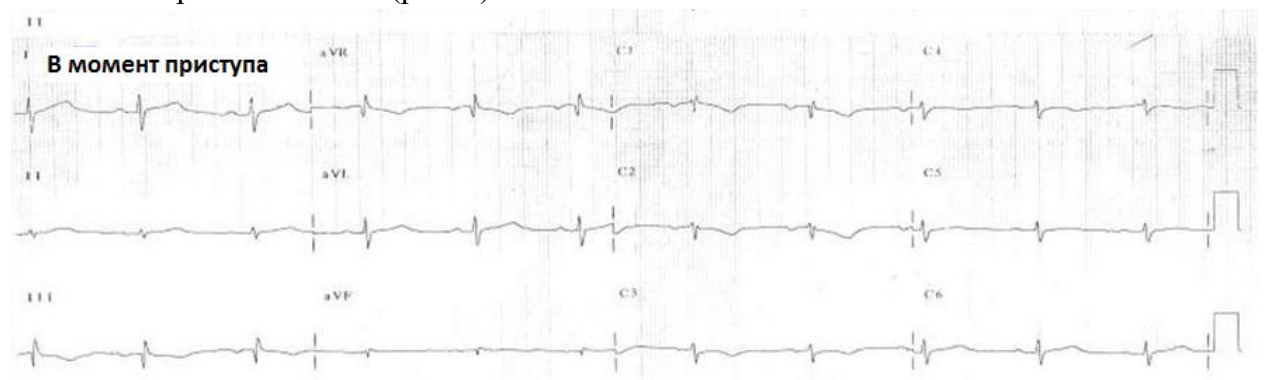


Рисунок 2. ЭКГ пациента Ч. при ухудшении самочувствия.

Вопросы:

1. Опишите изменения на ЭКГ.
2. Предполагаемый диагноз.

Ответы.

1. Появилось смещение ЭОС вправо, S_I , Q_{III} , отрицательный T_{III} , V_1-V_3 , неполная блокада правой ножки пучка Гиса, снижение R и появление S в V_4-V_6 , что свидетельствует об острой перегрузке ПЖ.

2. Можно говорить о тромбоэмболии лёгочной артерии (ТЭЛА), приведшей к развитию инфаркта лёгкого.

Задача 11.

Пациент А., 55 лет поступил с жалобами на интенсивную постоянную боль в левой половине грудной клетки, усиливающуюся при вдохе, на слабость, потливость, повышение температуры тела до 38,50С. Перенёс инфаркт миокарда 3 недели назад.

При осмотре: состояние средней тяжести, сознание ясное, положение активное. ЧДД – 20/мин. Грудная клетка при пальпации резистентна, безболезненна. Определяется болезненность в области левого плечелопаточного сустава, ограничение его подвижности. При перкуссии легких – ясный легочный звук. Аускультативно – дыхание везикулярное. Границы относительной тупости сердца: левая – на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, правая – на 0,5 см кнаружи от правого края грудины. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичны. Определяется шум скребущего характера (напоминает хруст снега), который лучше выслушивается у левого края грудины в IV межреберье при надавливании фонендоскопом и не проводится в смежные области, не связан с актом дыхания.

ОАК: эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 120 г/л, лейкоциты – $9,8 \times 10^9/л$, эозинофилы – 12 %, палочкоядерные – 6 %, сегментоядерные – 65 %, лимфоциты – 12 %, моноциты – 5 %, СОЭ – 22мм/час.

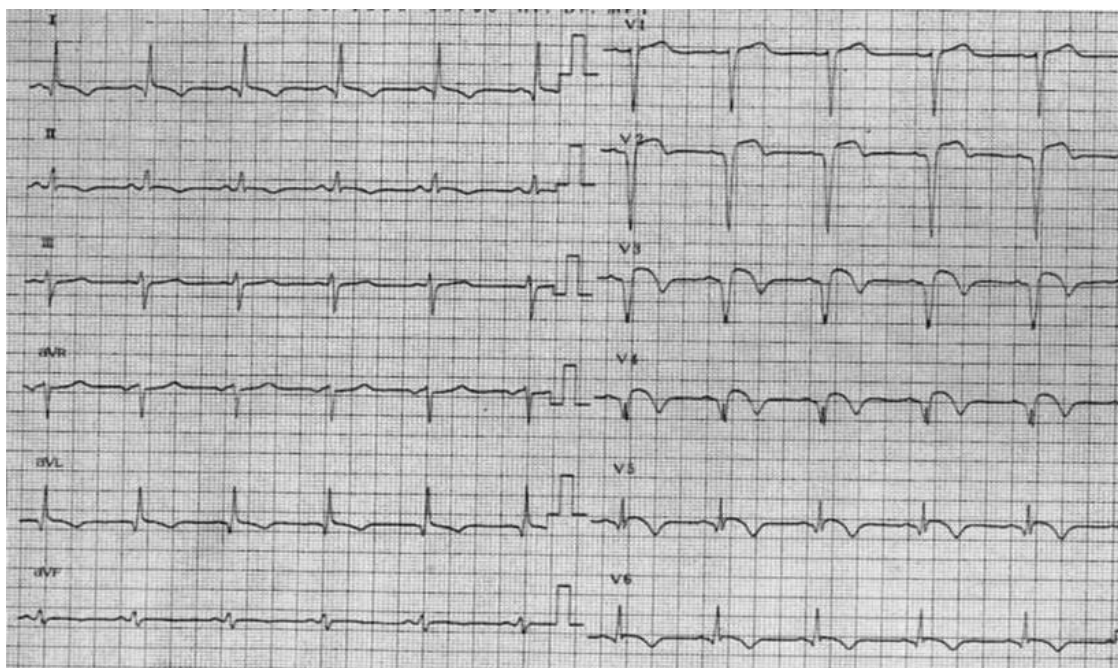


Рисунок 1. ЭКГ пациента А.

Эхо-КГ: аорта не изменена, диаметр аорты – 2,9 см, открытие аортального клапана – 1,9 см, левое предсердие – 3,5 см, правый желудочек – 2,6 см, конечный диастолический размер (КДР) – 5,5 см, конечный систолический размер (КСР) – 3,6 см, толщина задней стенки левого желудочка 0,8 см, фракция выброса 56 %. Участок гипокинезии передней стенки левого желудочка. Сепарация листков перикарда – 0,8 см.

Вопросы:

- 1.Трактуйте результаты дополнительных исследований.
- 2.Какой синдром является ведущим в клинике заболевания в настоящее время? Для какого периода инфаркта миокарда характерно развитие данного осложнения?
- 3.Объясните природу болевого синдрома в области сердца.

Ответы.

1.ЭКГ: Q в, I, AVL, V₂-V₄ конкордантный подъем сегмента ST в стандартных и грудных отведениях с переходом в отрицательный зубец T.

2.Ведущий синдром – синдром Дресслера – обычно развивается в подостром периоде инфаркта миокарда и его причиной является иммунологическая реакция некротической ткани с антителами против мускулатуры сердца.

3. Болевой синдром в области сердца объясняется вовлечением в аутоиммунный процесс перикарда.

Задача 12.

В хирургическое отделение госпитализирована пациентка К., 38 лет с жалобами на выраженную боль в правом подреберье, возникшую остро.

Из анамнеза известно, что страдает ЖКБ. Ранее были эпизоды почечных колик, разрешавшихся консервативно на фоне лечения спазмолитиками. Пациентка злоупотребляет алкоголем. За неделю до появления болей в животе отмечала появление лихорадки, которая купировалась приемом жаропонижающих. Отмечала сухой кашель, периодически с отхождением слизисто-гнойной мокроты. Лечения по этому поводу не получала.

При осмотре обращают на себя внимание вынужденное положение на правом боку. Одышка в покое до 40 в минуту. Сатурация кислорода 96%. При перкуссии отмечается притупление ниже V ребра правой лопатки и тупой перкуторный звук от VII ребра и ниже по лопаточной линии справа. Слева границы легкого в пределах нормы. При аускультации хрипы не выслушиваются, дыхание жесткое, от угла правой лопатки и ниже ослаблено, ниже VIII ребра - не проводится. При просьбе сделать глубокий вдох, пациентка отмечает усиление болей и ограничивает рукой движения в грудной клетке. Боль в правом подреберье четко связана с дыханием.

Со стороны сердечно-сосудистой системы отмечается тахикардия до 98 сокращений в минуту, склонность к гипотензии 95/60 мм рт. ст., шейные вены не набухшие. Ритм сердца правильный.

При пальпации живота перитонеальные симптомы сомнительные, глубокой пальпации живот не доступен из-за выраженной болезненности в правой половине живота.

Дизурию отрицает. Стул был, нормальной окраски и консистенции. Отеков и высыпаний на коже нет. Очаговой неврологической и менингеальной симптоматики нет.

При обследовании:

Ан. крови: Hb 125 г/л, эритроциты $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $20,2 \times 10^9$ /л, миелоциты 2%, палочкоядерные нейтрофилы 14%, сегментоядерные нейтрофилы 77%, эозинофилы 1%, лимфоциты 5%, моноциты 1%.

Б/х анализ крови: общий белок 66 г/л, общий билирубин 6,4 ммоль/л, АСТ 65 МЕ/л, АЛТ 24 МЕ/л, ЛДГ 288 МЕ/л, ЩФ 42 МЕ/л, ГГТ 38 МЕ/л, глюкоза крови 4,5 ммоль/л, креатинин 78 мкмоль/л, калий 4,3 ммоль/л, натрий 152 ммоль/л, кальций 2,2 ммоль/л, СРБ 268 мг/л, прокальцитонин 1,2 нг/л

Рентгенография органов грудной клетки: тень средостения без особенностей. Легочный рисунок усилен, корни легких расширены, тяжистые. Справа косто-диафрагмальный синус не определяется, нижняя доля правого легкого коллабирована за счет наличия жидкости в правой плевральной области до переднего отрезка VI ребра.

Обзорная рентгенография брюшной полости и забрюшинного пространства: убедительных данных за наличие уровней жидкости, чаш Клойбера или газа в брюшной

полости нет.

УЗИ брюшной полости, почек: Печень в размерах не увеличена, эхогенность немного повышена, желчный пузырь нормальных размеров, стенки не утолщены, в проекции дна желчного пузыря определяется конкремент размером 1,0x0,8 см, желчные пути не расширены. Эхогенность поджелудочной железы повышена, размеры в пределах нормы, очагов деструкции нет. Почки нормальных размеров и эхогенности, чашечно-лоханочная система не расширена, конкрементов нет.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Какова тактика лечения данной пациентки?

Ответы.

1. Деструктивная внебольничная пневмония в нижней доле правого легкого нетяжелого течения (CRB-65 1 балл), предположительно вызванная *S. aureus* или энтеробактериями, осложненная эмпиемой плевры, ДН 2. Фон – алкоголизм. Сопутствующие заболевания: ЖКБ. Хронический холецистит в стадии ремиссии.

2. Назначение антибактериальной терапии эмпирически с учетом предполагаемых возбудителей: комбинация цефалоспоринов III поколения без антисинегнойной активности (цефотаксим или цефтриаксон) в максимальной суточной дозе с линкозамидами в максимальной суточной дозе (линкомицин или клиндамицин), адекватное обезболивание НПВП или анальгетиками, кислородотерапия, хирургическая санация очага инфекции (дренирование, промывание плевральной полости).

Задача 13.

Пациентка Т., 79 лет, госпитализирована в отделение кардиореанимации с жалобами на постоянную загрудинную боль, которая беспокоит в течение последних 2 недель, не связана с физической нагрузкой, выраженную одышку, нараставшую постепенно в течение недели до удушья, ощущение перебоев в работе сердца, слабость. Интенсивные боли в нижних конечностях

Из анамнеза известно, что к врачам практически никогда не обращалась. Ничем не лечилась.

При осмотре кахексия. Тургор кожи снижен, кожа сухая. Под кожей левой молочной железы пальпируется безболезненное плотное образование диаметром 2 см. Отеков нет. Пальпируются плотные, не спаянные с кожей безболезненные подмышечные лимфоузлы с обеих сторон.

От уровня середины лопатки и ниже тупой перкуторный звук, в верхней части левого легкого притупление перкуторного звука. Над правым легким коробочный перкуторный звук. Граница правого легкого расширена вниз на 1 ребро. При аускультации над левым легким дыхание не проводится. Справа дыхание жесткое, хрипов нет.

Систолический шум на верхушке с проведением в подмышечную, подлопаточную область и на сосуды шеи.

При пальпации живота в левом подреберье пальпируется каменистой плотности образование, болезненное, не смещаемое при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме. Аппетит снижен.

Ан. крови: Нб 94 г/л, Эр. $2,64 \times 10^{12}/л$, МСН 29 пг, тромбоциты $587,0 \times 10^9/л$, лейкоциты $5,8 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы 3%, сегментоядерные нейтрофилы 68%, эозинофилы 4%, моноциты 5%, лимфоциты 20%. СОЭ 65 мм/ч

Б/х анализ крови: общий белок 62 г/л, общий билирубин 18 ммоль/л, креатинин 83 мкмоль/л, АСТ 42 МЕ/л, АЛТ 40 МЕ/л, КФК 155 МЕ/л, тропонин отрицательный.

Анализ мочи: относительная плотность 1020, прозрачность полная, белок 0,033 г/л, лейкоциты 3-4 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения

Рентгенография грудной клетки: тотальный гидроторакс слева. Смещение тени средостения вправо на 1 см. Аорта кальцинирована. Правое легкое без очаговых и инфильтративных теней. Эмфизема.

ЭКГ: вертикальное положение ЭОС, ЧСС 128 ударов в минуту. Фибрилляция предсердий.

Больной проведена плевральная пункция в VIII межреберье слева. Эвакуировано 1200 мл геморрагической жидкости. Жидкость направлена на исследование общеклиническое, цитологическое, микробиологическое, на микобактерии туберкулеза.

Результат клинического исследования плевральной жидкости: относительная плотность 1025. Прозрачность неполная. Белок 50 г/л. Глюкоза 5 ммоль/л. Цитоз $2,1 \times 10^9$ /л, Эритроциты $1,3 \times 10^9$ /л, лейкоциты $0,8 \times 10^9$ /л, Нейтрофилы 6%, эозинофилы 8%, лимфоциты 86%.

Цитологическое исследование плевральной жидкости в работе.

Микробиологическое исследование плевральной жидкости – роста нет.

Бактерии Коха в плевральной жидкости не обнаружены.

Рентгенография грудной клетки после эвакуации плевральной жидкости:

Горизонтальный уровень жидкости в левой плевральной области на уровне переднего отрезка V ребра. В левом легком определяются множественные очаги уплотнения легочной ткани с неоднородными просветлениями в центре. Тень средостения расположена в норме.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Какие дообследования надо провести пациентке для подтверждения диагноза и для исключения других причин плеврального выпота?
3. Какую фармакотерапию необходимо назначить данной пациентке?

Ответы.

1. Основной: Тотальный левосторонний геморрагический плеврит, предположительно параканкрозного происхождения из неуточненного первичного очага. Деструкция легочной ткани левого легкого (предположительно деструкция опухоли). Осложнения: ДН III-IV. Фибрилляция предсердий неизвестной давности. ОССН. Нормохромная анемия легкой степени. Кахексия. Раковая интоксикация. Сопутствующий: атеросклероз аорты, клапанов сердца.

2. С целью проведения дифференциального диагноза болей в грудной клетке и происхождения уплотнений легочной ткани с предполагаемой деструкцией по данным рентгенографии органов грудной клетки необходимо провести КТ органов грудной клетки

С целью онкопоиска (первичного очага и распространенности процесса) УЗИ брюшной полости, почек, малого таза, КТ брюшной полости с контрастированием, ЭГДС, колоноскопия, УЗИ щитовидной железы, молочных желез, КТ позвоночника для исключения метастатического поражения и выяснения причины болей в нижних конечностях.

Прицельная биопсия в случае выявления неопроцесса

ЭХО-КГ для исключения других причин шумов в сердце на митральном и аортальном клапанах, помимо атеросклеротического поражения, Изменения фракции выброса и нарушений локальной сократимости миокарда для определения причин гипотензии, измерения размеров камер сердца и определения наличия тромбообразования для решения вопроса о восстановлении ритма сердца.

Для исключения инфекционной природы деструкции легочной ткани исследование СРБ, прокальцитонина несмотря на отсутствие убедительных данных за инфекционный процесс (отсутствие ССВР, нет нейтрофильного цитоза в плевральной жидкости, отсутствие роста возбудителей при микробиологическом исследовании), течение деструктивной пневмонии у пожилых может иметь особенности течения без выраженного ССВР.

Для исключения инфильтративно-кавернозного туберкулеза легких Диаскин-тест или ИФА на БК, поскольку отсутствие БК в плевральной жидкости не исключает наличия туберкулеза.

3. До выяснения причины плеврального выпота симптоматическая терапия: адекватное обезболивание анальгетиками, парацетамолом (другие НПВС нежелательны с учетом геморрагического характера выпота из-за их гематотоксичности), абсолютные показания для лечебно-диагностической плевральной пункции (проведена) с учетом наличия смещения органов средостения с нарушением ритма сердца, тяжелой ДН.

После проведения ЭХО-КГ при отсутствии противопоказаний решение вопроса о восстановлении ритма сердца.

С учетом гипотензии и признаков дегидратации инфузионная терапия под контролем диуреза.

После подтверждения диагноза консультация онколога (или фтизиатра в случае получения казеоза при пункции лимфоузла) для решения вопроса об этиотропной и патогенетической терапии.

Учитывая весь симптомокомплекс наиболее вероятно метастатическое поражение тел позвонков с их деструкцией, а также прорастание опухолевой ткани в плевру.

Задача 14.

У 35-летнего больного в течение 3-х недель отмечается повышение температуры до 38-39⁰С, ночная потливость. Назначались антибиотики (Ампициллин, Клафоран) без эффекта. Обратился к врачу в связи появившимся кашлем, одышкой при нагрузке. Анамнез без особенностей.

Об-но: состояние средней тяжести. Кожные покровы умеренно бледные. Пальпируются увеличенные шейные и надключичные лимфоузлы справа, плотные, безболезненные, малоподвижные. В легких жесткое дыхание, единичные сухие хрипы, больше справа. ЧД 20/мин. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 92/мин. Печень и селезенка не увеличены.

Ан. крови: Нв.100 г/л., Л -14 x 10⁹/л. Э-8, П-10, С-70, Л- 8, М-4. Тромбоциты – 180 x 10⁹/л. СОЭ – 50 мм/час.

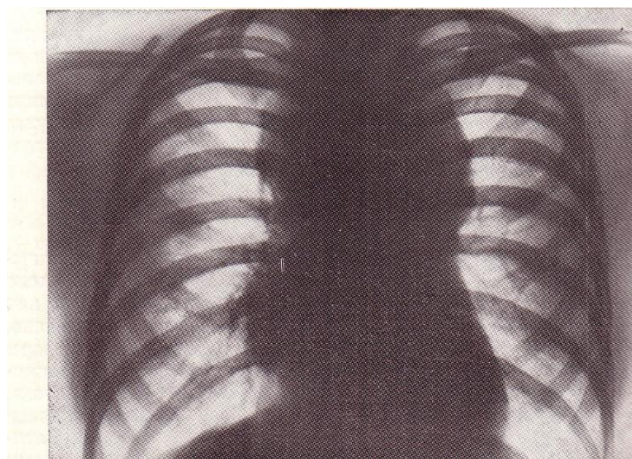


Рис. 1. Рентгенограмма органов грудной клетки

В связи с выявленными изменениями на рентгенограмме больной направлен на консультацию к онкологу, который рекомендовал биопсию шейного лимфоузла. Проведено гистологическое исследование биопсированного шейного лимфоузла (рис.2). Консилиум в составе пульмонолога, фтизиатра, онколога, морфолога обсуждают диагноз заболевания.

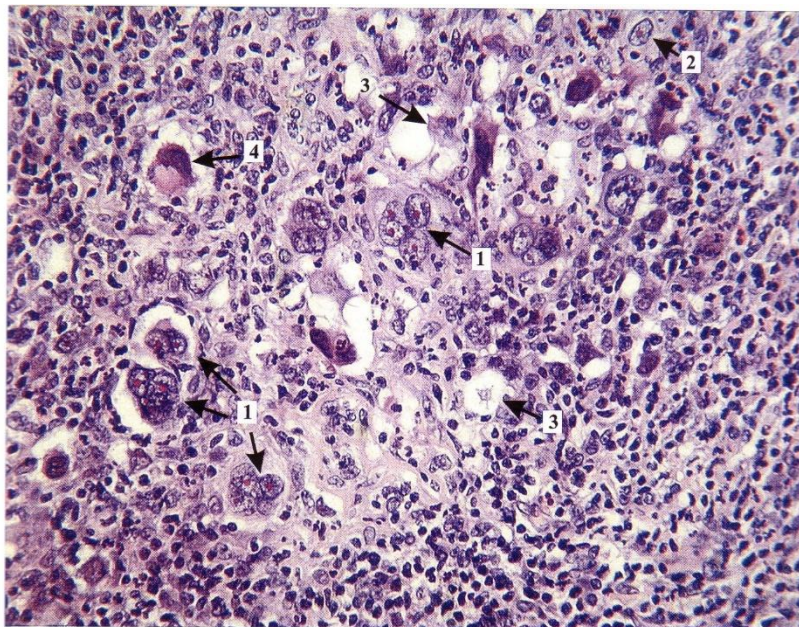


Рис. 2. Гистологический препарат лимфоузла больной.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента
3. Предложите тактику лечения.

Ответы.

1. Лимфогранулематоз (болезнь Ходжкина) с поражением периферических и внутригрудных лимфоузлов IIВ стадии
2. КТ органов брюшной полости. Трепанобиопсия. Биохимические исследования (общий белок, трансаминазы, билирубин)
3. Больным в возрасте до 60 лет без симптомов интоксикации может быть рекомендовано лечение 6 циклами по программе ABVD (доксорубицин, блеомицин, винбластин, дакарбазин) при достижении полной ремиссии после 4-х циклов или 8 циклами ABVD при достижении частичной ремиссии после 4-х циклов. Решение о тактике лечения принимается гематологом с учетом особенностей заболевания

Задача 15.

60-летняя больная обратилась с жалобами на слабость, боли в спине, синяки на коже. Считает себя больной около года, когда стала отмечать боли в спине, усиливающиеся при нагрузке. При обследовании была выявлена протеинурия до 1‰, увеличение показателей СОЭ до 35 мм/час. Диагностирован латентный гломерулонефрит. Было рекомендовано динамическое наблюдение, однако больная к врачам не обращалась. За последнее время стала отмечать слабость, одышку при нагрузке, ухудшился аппетит.

Об-но: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, петехиально-пятнистые

геморрагические высыпания. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное без хрипов. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 84/мин. АД 160/90 мм.рт.ст. Со стороны других органов без особенностей. Периферических отеков нет.

Ан. крови: Нв.85 г/л, Эр. - $2,8 \times 10^{12}$ /л. Л - 9×10^9 /л. П-6, С-54, Л-30, М-10, тромбоциты - 95×10^9 /л. СОЭ 65 мм/час. Общий белок 100 г/л. Альбумины 30%, глобулины 65%. Мочевина - 16 ммоль/л., креатинин – 123 мкмоль/л. Ан. мочи относительная плотность 1010. Белок – 3 ‰. Л-1-2 в п/зр. Проведено электрофоретическое исследование белков сыворотки (рис.1), а с целью выявления причины анемии и тромбоцитопении - исследование костного мозга (рис. 2).

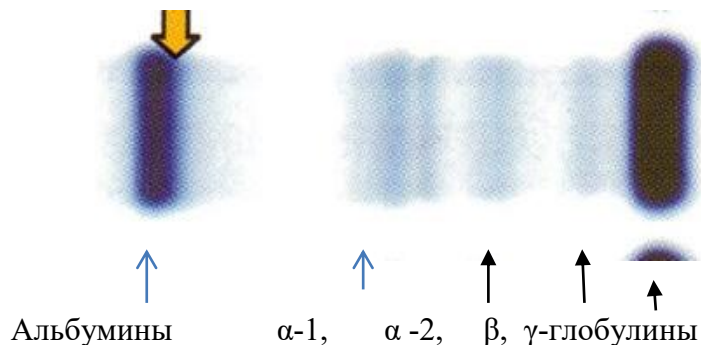


Рис.1. Электрофорез белков сыворотки крови

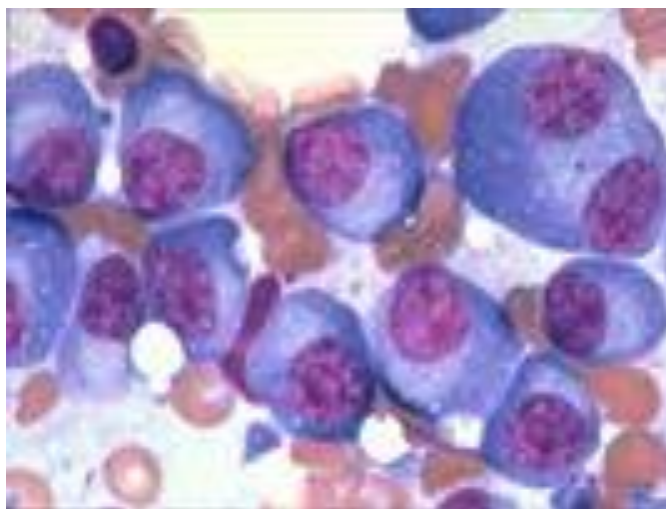


Рис.2. Пунктат костного мозга

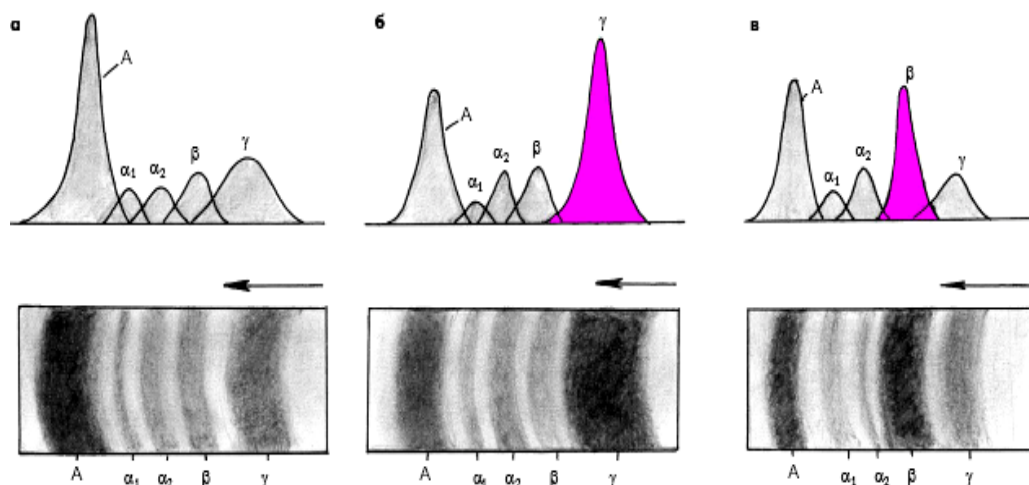


Рис. 3. Иммуноэлектрофорез белков сыворотки. А – норма. Б - М-градиент в области гамма-глобулинов, В- М-градиент в области бета-глобулинов.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента
3. Предложите тактику лечения.

Ответы.

1. Множественная миелома. Миеломная нефропатия. ХПН.

2. Рентгенологическое исследование (КТ) позвоночника, костей черепа. Иммуноэлектрофорез сыворотки крови и мочи. Содержание кальция и калия в сыворотке

3. Стандартная химиотерапия с использованием мелфалана (*цитостатический алкилирующий препарат*), преднизолона и бортезомиба (*ингибитор активности протеасомы 26S (ключевой компонент, катализирующий расщепление основных белков, управляющих жизненным циклом клеток)*). показано ослабленным пациентам и людям старше 65 лет. Для пациентов с тяжелой почечной недостаточностью проводят лечение с использованием бортезомиба и дексаметазона (преднизолона).

Высокодозная полихимиотерапия. Наилучшие результаты достигаются при применении высокодозной полихимиотерапии (ВПХ) с последующей трансплантацией гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК). Такое лечение показано пациентам младше 65 лет, а также пациентам 65-70 лет при удовлетворительном состоянии и отсутствии противопоказаний.

Поддерживающая терапия назначается как после ТГСК, так и после стандартной ХТ. Ее целью является уничтожение остаточного клона миеломных клеток. Используется леналидомид или бортезомиб.

Задача 16.

66-летний больной доставлен в стационар с диагнозом «пневмония». Болен в течение недели, когда повысилась температура до 38°C , появились боли в левой половине грудной клетки. Назначен амоксициллин внутрь. В связи с ухудшением состояния госпитализирован. По данным анамнеза, два года тому назад перенес инфаркт миокарда. В течение последнего года отмечает ночную потливость, периодическое повышение температуры тела до $38-39^{\circ}\text{C}$ длительностью 1-2 недели без респираторной симптоматики. Назначение антибиотиков неэффективно

Об-но: состояние средней тяжести, пониженного питания. На коже спины папулезно-везикулезные высыпания (рис.1). Увеличение шейных, надключичных и подмышечных лимфоузлов, плотно-эластических, безболезненных. Дыхание ослаблено слева, хрипов нет. ЧСС 100/мин АД 110/70 мм рт. ст. Селезенка не увеличена.

Ан. крови: Нв. 110 г/л., Л - $12 \times 10^9/\text{л}$. П-7, С-73, Л-15, М-5. Тромбоциты – $180 \times 10^9/\text{л}$. СОЭ-35 мм/час.

При рентгенологическом исследовании грудной клетки инфильтративных изменений не обнаружено.



Рис.1.Высыпания на коже спины у больного

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента
3. Предложите тактику лечения.

Ответы.

1.Хронический лимфолейкоз, развернутая стадия. Осложнение: Вирусная инфекция herpes zoster.

2.Исследование костного мозга (стерильная пункция,трепанобиопсия). Исследование фенотипа лимфоцитов. Иммуноэлектрофоретическое исследование сыворотки крови. Исследование антител к вирусу простого герпеса, CMV и EBV

3.Химиотерапия:

Флударабин±ритуксимаб

Хлорбутин±преднизолон

Циклофосфан±преднизолон

СОР (циклофосфан, винкристин, преднизолон)

ФС (флударабин, циклофосфан)±ритуксимаб

Принятие решения о тактике лечения принимается гематологом До проведения химиотерапии больному показана противовирусная терапия для купирования герпес-вирусной инфекции

Задача 17.

Пациент Д., 29 лет, поступил с жалобами на желтушность глазных яблок, слабость, отсутствие аппетита. Из анамнеза: с юношеского возраста отмечает периодическое пожелтение склер после интеркуррентных инфекций, пропущенного приема пищи.

При осмотре: кожные покровы обычного цвета, иктеричность склер, ИМТ 16,1 кг/м², кожные покровы чистые, АД - 120/80 мм рт. ст., пульс 76/мин. Живот мягкий безболезненный, печень 9-8-7 см., селезенка не пальпируется.

ОАК: гемоглобин 143 г/л, эритроциты 7,0 x 10¹²/л, лейкоциты - 7,9 x 10⁹/л, тромбоциты 291 x 10⁹/л.

Б/х анализ крови: АЛТ - 19 Ед/л (N 0-150), АСТ - 21 Ед/л (N 0-50), билирубин общий -

57,7 мкмоль/л (N 3-21,0), прямой билирубин - 3,3 мкмоль/л (N 0.0-3,4), ЩФ - 58 Ед/л (N 30-120), гамма-ГТ- 23 Ед/л (N 0-55), общий белок - 85 г/л (N 66-83), альбумин - 44 г/л (N 32-54), холинэстераза - 10100 Ед/л (N 5230-12920), протромбиновый индекс - 82 (N 68-90).

УЗИ органов брюшной полости: патологии не выявлено.

HBs-Ag (-), HCV-Ab (-).

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие пробы используют для диагностики данного состояния?

Ответы.

1. Синдром Жильбера. При гемолитической анемии также имеет место непрямая гипербилирубинемия, сопровождающаяся обязательным снижением гемоглобина. Отсутствие цитолиза, маркеров вирусных гепатитов исключает вирусный генез гипербилирубинемии.

2. Специальные диагностические пробы при синдроме Жильбера включают:

- пробу с голоданием (повышение уровня билирубина в сыворотке на фоне голодания);
- пробу с никотиновой кислотой (внутривенное введение никотиновой кислоты, которая уменьшает осмотическую резистентность эритроцитов, вызывая повышение билирубина);
- пробу с фенобарбиталом (проем фенобарбитала, индуцирующего конъюгирующие ферменты печени, вызывает снижение уровня билирубина).

Задача 18.

Пациентка И., 48 лет, поступила в стационар с жалобами на рвоту кровью, увеличение в объеме живота, ноющие боли в правом подреберье, слабость. В анамнезе: периодическое употребление алкоголя в течение 7 лет. В последние полгода стала отмечать слабость, появилась желтушность кожных покровов, кожный зуд, в дальнейшем отметила увеличение живота в объеме. Ухудшение состояния в день поступления в стационар, когда утром, после подъема тяжести однократно была рвота кровью, резко усилилась слабость.

При осмотре: пациентка контактна, правильно отвечает на вопросы. Склеры иктеричные, кожные покровы желтушные. Дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД – 16/мин. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумы не выслушиваются. ЧСС – 98 уд/мин. АД - 100/70 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме, напряжен. Пастозность стоп.

Биохимический анализ крови: креатинин – 110 мкмоль/л, АЛТ – 90 ЕД/л, АСТ – 260 ЕД/л, билирубин общ. – 151 мкмоль/л, билирубин прямой – 105 мкмоль/л, ЩФ – 300 мкмоль/л, альбумин – 22 ммоль/л, ПТВ – 5 с.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 80 г/л, эритроциты – $2,8 \cdot 10^{12}/л$, MCV- 89 fl, MCH -28 пг, ретикулоциты – 20 %, лейкоц. – $11 \cdot 10^9/л$

Проведена ЭГДС: просвет пищевода сужен за счет выбухания варикозно расширенных вен в нижней и средней третях пищевода, которые частично спадаются при инсuffляции воздуха. На верхушках варикозно расширенных вен определяются единичные красные маркеры или ангиоэктазии. Признаки состоявшегося кровотечения.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Выделите синдромы и осложнения заболевания
3. Составьте план дополнительного обследования и лечения.

Ответы.

1.Основной: Алкогольный цирроз печени класс С по Чайлд-Пью, декомпенсация. Синдром портальной гипертензии (асцит). Синдром цитолиза, холестатический синдром.

Осложнения: Кровотечение из расширенных вен пищевода. Острая постгеморрагическая анемия средней степени тяжести, нормохромная, нормоцитарная. Цирроз печени по Чайлд-Пью – класс С

2.Синдром портальной гипертензии (асцит, пастозность стоп, варикозно расширенные вены пищевода).

Синдром цитолиза (повышение АЛТ, АСТ).

Синдром холестаза (желтуха, кожный зуд, повышение билирубина, ЩФ).

3.УЗИ брюшной полости. Клинический анализ крови в динамике. Коагулограмма.

Лечение: консультация хирурга.

Ограничение соли в пище (не более 1 г в сутки) – с учетом содержания соли в инфузионных препаратах. Ограничить прием жидкости до 1 л/сутки

Терапия отечно – асцитического синдрома: диуретики, верошпирон, В-адреноблокаторы.

Детоксикационная терапия. Лечение холестатического синдрома:

S-аденозил-L-метионин (Гептрал 400-800 мг в/в или в/м 10-14 дней, затем по 400-800 мг (1-2 табл.) 2 р/д – в течение 2 мес.)

урсодезоксихолевая кислота (Урсофальк 250 мг – по 2-5 капсулы в сутки (10 мг на 1 кг массы тела) в течение 3-6 мес.).

Эссенциальные фосфолипиды (Эссенциале Н по 2 капсулы 2-3 р/д в течение 3 мес.; Фосфоглив 100 мг - по 1-2 капсулы 3 р/д в течение 1-2 мес.)

Лактулоза в дозе 20-50 мл 3 р/сут

Ситуационная задача 19.

Мужчина 48 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, тупые ноющие боли в области правого подреберья, тошноту, отрыжку воздухом, снижение аппетита, периодически возникающий кожный зуд. Из анамнеза известно, что пациент употребляет алкоголь (более 60 г этанола в сутки) в течение 13 лет. Два дня назад появились боли ноющего характера в области правого подреберья, общая слабость, тошнота, периодически возникающий кожный зуд, усиливающийся в вечернее время. За медицинской помощью пациент не обращался. Периодически принимал баралгин антигистаминные средства; эффекта от принимаемых препаратов не отметил.

Ухудшение самочувствия в течение последних трех недель, когда после употребления алкоголя появились слабость, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом. Операций, гемотрансфузий не было. При осмотре: ИМТ 24,9кг/м². Сознание ясное.

Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны; в телеангиэктазии на груди, спине, плечах, «пальмарная» эритема. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 70 в 1 мин; АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Живот мягкий, при поверхностной пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9 × 8 × 7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность. Селезёнка не пальпируется. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Общий анализ крови: гемоглобин 148 г/л, эритроциты – $4,4 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $6,3 \times 10^9$ /л; нейтрофилы – 65%; лимфоциты – 28%; моноциты – 4%; эозинофилы – 2%; базофилы – 1%; тромбоциты – 217×10^9 /л; СОЭ – 18 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин – 25 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,5 мкмоль/л; АЛТ – 203 ед/л; АСТ – 214 ед/л; ГГТП – 89 ед/л; ЩФ – 298 ед/л; ТГ – 3,9 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 2,8 ммоль/л; ХС-ЛПВП – 1,5 ммоль/л; глюкоза – 5,0 ммоль/л; креатинин – 62 мкмоль/л; альбумин – 43 г/л; общий белок – 71,5 г/л; альфа-фетопротеин – 3,1 ед/л; железо – 21,5 мкмоль/л; амилаза – 44 ед/л; холестерин – 5,3 ммоль/л. Протромбиновый индекс - 84%. Общий анализ мочи без изменений. Анализ кала на скрытую кровь отрицательный. Эластометрия печени: определена стадия F2, умеренный фиброз (по шкале METAVIR). На рентгенограмме органов грудной клетки лёгких изменений не обнаружено. На ЭКГ ритм синусовый, ЧСС 100 в минуту. ЭОС не отклонена.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Дайте пациенту рекомендации по питанию. При необходимости назначьте медикаментозное лечение.

Ответы.

1. Хронический алкогольный гепатит умеренной степени активности, стадия F2 (умеренный фиброз).
2. УЗИ органов брюшной полости для исключения очаговых образований печени, признаков портальной гипертензии; ЭГДС – для определения состояния вен пищевода, слизистой верхних отделов ЖКТ. Маркеры вирусных гепатитов
3. Диета. Исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао. Целесообразно употребление продуктов, назначение богатых белками (не менее 1 г на 1 кг массы тела), с высокой энергетической ценностью (не менее 2000 ккал/сут), с достаточным содержанием витаминов (особенно группы В, фолиевой и липоевой кислот) и микроэлементов – цинка и селена, дефицит которых наиболее часто наблюдается при злоупотреблении алкоголем. Пациенту показано назначение Адemetионина (Гептрал) в дозе 1600 мг в сутки в течение 4-8 недель. Применение экзогенного адemetионина позволяет снизить накопление и отрицательное воздействие токсических метаболитов на гепатоциты, стабилизировать вязкость клеточных мембран, активизировать работу связанных с ними ферментов.

Задача 20.

Мужчина 59 лет, обратился с жалобами на изжогу и приступы кашля, усиливающегося в горизонтальном положении и после приема пищи. Считает себя больным в течение 3-х лет, когда впервые появился сухой кашель, усиливающийся после еды и в положении лежа. Приступы кашля продолжались до 5-10 минут, не купировались сальбутамолом. В связи с наличием у матери бронхиальной астмы неоднократно обследовался в поликлинике по месту жительства (выполнялись рентгенография органов грудной клетки, спирометрия, бронхоскопия), данных за заболевания бронхолегочной системы не получено. 4 месяца назад появилась изжога, которая возникала после еды и в ночное время. На фоне приема антацидов отметил некоторое облегчение.

Объективно: повышенного питания, ИМТ 32 кг/м². Кожные покровы обычного цвета. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧД 16 в мин. АД 120/70 мм.рт.

ст., пульс 68 в мин. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Составьте план дополнительного обследования
3. Дайте рекомендации по лечению
4. Осложнения заболевания

Ответы.

1. Гастрэзофагеальная рефлюксная болезнь
2. Клинический анализ крови. ЭГДС
3. Избегать ситуаций с повышением внутрибрюшного давления, прием ингибиторов протонной помпы
4. Пищевод Баретта, стриктуры пищевода, рак пищевода

Задача 21.

Больная Ф., 30 лет, дизайнер, поступила в отделение ревматологии с жалобами на эпизодическое повышение температуры тела до субфебрильных цифр, боль в коленных суставах, высыпания на щеках, одышку при незначительной физической нагрузке, сердцебиение, «зябкость» и посинение пальцев рук на холоде, выраженную общую слабость и утомляемость, похудание (на 6 кг за 4 месяца).

Анамнез заболевания. Считает себя больной в течение 8 лет. В возрасте 22 лет у нее впервые появилась боль в плечевых, коленных и локтевых суставах, боль и припухлость мелких суставов кистей. При обследовании выявлены перикардит (с минимальным объемом жидкости в перикарде) и следовая протеинурия. Установлен диагноз «Ревматоидный артрит». Назначена терапия НПВП; внутрисуставно вводились глюкокортикостероиды. В последующие годы продолжала принимать НПВП, другой терапии не получала. Эпизодически возникала боль в суставах. Через 2 года перенесла первый эпилептиформный припадок, в последующие годы припадки рецидивировали, протекая по типу *petit mal*. Больная принимала клоназепам в качестве противосудорожного средства. Состояние оставалось удовлетворительным, хотя наблюдались посинение и выраженная зябкость пальцев рук на холоде. Однажды перенесла тромбоз глубоких вен правой голени; лечилась гепарином, местно использовала троксевазин. За 2 месяца до настоящей госпитализации после инсоляции появилась эритема на лице с повышением температуры тела до 37,5°C. Госпитализирована в отделение ревматологии для уточнения диагноза и коррекции терапии.

При осмотре состояние удовлетворительное. Конституция гиперстеническая, повышенного питания. Рост 176 см. Вес 77 кг. На щеках эритематозные высыпания с шелушением и гиперкератозом. Сетчатое ливедо на коже верхних конечностей и бедер. Гипотермия и синюшность пальцев кистей. Хейлит. Энантема на слизистой оболочке твердого неба. Пальпируются подчелюстные лимфатические узлы диаметром 0,5 см. Тонус и сила мышц достаточные, атрофий не обнаружено. Суставы при осмотре не изменены; пальпация их безболезненна; движения в суставах сохранены в полном объеме. Левая граница относительной тупости сердца смещена кнаружи на 0,5 см. Тоны сердца слегка приглушены, ритм - правильный. Систолический шум на верхушке сердца и над мечевидным отростком. ЧСС=PS=100 в мин. АД=115/85 мм рт.ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД=18 в мин. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги, ее размеры по Курлову 11x8x7 см. Селезенка не пальпируется,

перкуторно ее размеры 11x5 см. Физиологические отправления в норме. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет.

Клинический анализ крови: Hb - 92 г/л; эритроциты – $3,5 \times 10^{12}$; лейкоциты – $4,2 \times 10^9$, палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 68%, лимфоциты – 18%, моноциты – 5%, эозинофилы – 4%; тромбоциты – 229×10^9 ; СОЭ - 34 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,8 ммоль/л, холестерин – 4,6 ммоль/л, креатинин – 72 мкмоль/л, мочевины – 4,1 ммоль/л, общий белок – 66 г/л, калий – 4,3 ммоль/л, железо сыворотки – 10 мкмоль/л.

Иммунологический анализ крови: криопреципитины +1; анти-ДНК - 54 (до 20 ед); АНФ – 1/320, антикардиолипиновые антитела (IgG) – 94 GpL (Nдо 30).

Проба Кумбса: положительная - тепловые агглютинины+4, холодовые+3.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1010, белок – 0,9 г/л, лейкоциты – 3-4 п/зр, эритроциты – 6-8 п/зр, гиалиновые цилиндры – 3-5 п/зр, зернистые цилиндры – 2-4 п/зр.

Эхо-КГ: Аорта не уплотнена, не расширена. Левое предсердие не увеличено. Полость левого желудочка не расширена. Сократительная способность миокарда левого желудочка удовлетворительная. ФВ – 55%. Зоны дискинезии не выявлены. МЖП и ЗСЛЖ не утолщены. Створки митрального, аортального и трикуспидального клапанов уплотнены. Перикард утолщен. Обнаружены признаки недостаточности митрального (3 ст.), аортального (0-1 ст.), трикуспидального (2 ст.) и легочного (1 ст.) клапанов.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Какие диагностические критерии позволили установить диагноз? С чем мог быть связан длительный промежуток от начала заболевания до установления окончательного диагноза?

3. С чем может быть связано поражение клапанов сердца у данной больной? Какие клинические и лабораторные проявления могут подтвердить данную концепцию?

4. Чем может объясняться развитие у больной эпилептиформных припадков?

5. Какова тактика дальнейшего ведения больной

Ответы.

1. Диагноз: Системная красная волчанка, подострого течения, активность 3: люпус-нефрит с нефротическим синдромом, поражение ЦНС (интеллектуально-мнестические и эмоциональные нарушения), фотосенсибилизация, кожный васкулит, хейлит, энантема, язвенный стоматит, синдром Рейно, диффузная алопеция, суставной синдром, миалгии, лихорадка, похудание, гематологические (Кумбс-позитивная анемия) и иммунологические нарушения, АНФ «+».

2. Диагноз был установлен на основании следующих критериев: нефрит (с уровнем протеинурии более 0,5 г/сут), фотодерматит, язвы на слизистой полости рта, артрит 2 периферических суставов, гематологические нарушения (гемолитическая анемия), иммунологические нарушения (антитела к ДНК в высоком титре), наличие антиядерных антител (АНФ). Таким образом, у больной выявляется 7 диагностических критериев СКВ из 11, а для установления диагноза необходимо, по крайней мере, 4.

3. У данной больной необходима биопсия почки. Результаты этого исследования могут выявить диффузный пролиферативный гломерулонефрит с полулуниями и фибриноидным некрозом. Наряду с этим желательно уточнение характера почечной патологии посредством выполнения пробы Реберга (можно предполагать снижение скорости клубочковой фильтрации), анализа мочи по Нечипоренко (возможно выявление выраженной эритроцит-

лейкоцит- и цилиндрурии). Целесообразна также рентгенография органов грудной полости (возможно обнаружение плеврального выпота) и Эхо-КГ (вероятно выявление экссудативного перикардита).

4. Возникновение анемии у данной больной обусловлено выработкой антител к эритроцитам с развитием аутоиммунной гемолитической анемии, о чем свидетельствует положительная проба Кумбса.

5. Тактика дальнейшего ведения больной заключается в назначении высоких доз глюкокортикостероидов внутрь (не менее 1 мг/кг веса/сут в пересчете на преднизолон), наряду с внутривенным капельным введением высоких доз глюкокортикостероидов (не менее 1000 мг метилпреднизолона ежедневно в течение 3 последовательных дней) в сочетании с высокими дозами циклофосфамида (1000 мг). Показано лечение антикоагулянтами и антиагрегантами, переливание одногруппной свежезамороженной плазмы и применение альбумина.

Задача 22.

Больной К., 52 лет, длительный анамнез подагры с множественными тофусами, без признаков острого артрита на момент осмотра. Уратснижающую терапию не получает. Мочевая кислота 506 мкмоль/л.

Вопросы

1. Назначьте уратснижающую терапию и препараты для профилактики обострений артрита, обоснуйте выбор.
2. Укажите целевой уровень мочевой кислоты.

Ответы.

1. Аллопуринол 100 мг 1 раз в сутки.
НПВП (например, эторикоксиб 60 мг 1 раз/сутки) или колхицин в дозе 0,5 мг/сут в течение 6 мес после начала уратснижающей терапии.
2. <300 мкмоль/л до растворения тофусов, в дальнейшем - <360 мкмоль/л.

Задача 23.

Больной В., 44 лет, поступил в ревматологическое отделение в сентябре с жалобами на ноющие боли в плюснефаланговых суставах I пальцев обеих стоп, правом голеностопном и левом коленном суставах, усиливающиеся к утру (в момент пробуждения) и при движениях, ограничение объема движений в вышеперечисленных суставах, отечность голеней и стоп, эпизодическое повышение АД до 160/110 мм рт.ст, ноющие боли в правой поясничной области.

Анамнез. Считает себя больным в течение последних 5 лет, когда впервые на фоне полного благополучия появились сильнейшие жгучие, пульсирующие боли в области плюснефалангового сустава I пальца левой стопы около двух часов ночи, вследствие чего больной не мог вновь заснуть. Боли в суставе сопровождались появлением его припухлости, кожа над ним покраснела, стала горячей, натянутой и блестящей. Повысилась температура тела до 38,2°C. Болевой синдром был настолько выраженным, что не купировался приемом анальгетиков. Кроме того, появились резкое ограничение движений в этом суставе, болезненность при дотрагивании до него, соприкосновении с простыней. К утру интенсивность боли заметно ослабела, но припухлость сустава сохранялась.

К врачам пациент обращаться не стал, особо ничем не лечился; через 2-3 сут. боли в I плюснефаланговом суставе левой стопы купировались полностью, через несколько дней спустя исчезла и припухлость сустава.

Второй приступ болезни последовал примерно через 1 год, с вовлечением в процесс правого голеностопного сустава, боли в суставе носили стереотипный характер, сопровождались общими явлениями в виде субфебрилитета, недомогания, в продромальный период пациент отметил потерю аппетита, гиперсаливацию и жажду. Обратился к врачу, при обследовании выявлены ускоренное СОЭ до 52 мм/ч, гиперфибриногенемия (6,88 г/л), гиперурикемия (мочевая кислота в крови 546 мкмоль/л), на рентгенограмме правого голеностопного сустава изменения не обнаружены. Назначен индометацин в дозе 150 мг/сут.

В дальнейшем пациент отметил, что частота приступов артрита составляла ранее 1 раз в год, а с течением времени кратность обострений болезни увеличилась до 3-4 раз в год. В последние 3 года отмечаются эпизоды повышения АД, появились боли в поясничной области, в связи с чем проведено УЗИ почек, которое выявило камень в нижнем полюсе правой почки размером 13 мм.

При объективном осмотре (на момент поступления больного в ревматологическое отделение): больной повышенного питания, деформация голеностопных суставов, более выраженная справа, I плюснефаланговых суставов обеих стоп, кожа над суставами не изменена, без локальной гипертермии. Движения в суставах с болезненным ограничением. На медиальном крае правой стопы обнаружен тофус до 6 мм в диаметре.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие провоцирующие факторы могли послужить причиной новых приступов артрита?
3. Какие лекарственные препараты необходимо назначить больному: а) в настоящее время; б) для профилактики? Обоснуйте свой выбор препаратов.

Ответы.

1. Первичная хроническая тофусная подагра. Патогенетический тип подагры можно будет указать после дополнительного лабораторного исследования сывороточного уровня мочевой кислоты и ее экскреции с мочой.

2. Вероятные провоцирующие факторы в обострении подагрического артрита – употребление алкоголя или большого количества продуктов, содержащих в высоких концентрациях пуриновые основания, нервно-психическое напряжение, физическое переутомление, ОРЗ, переохлаждение, травмы, ушибы, прием лекарственных препаратов (диуретики).

3. Для купирования обострения хронического подагрического артрита используют (по частоте применения) – неселективные (диклофенак или индометацин) НПВП (или селективный ингибитор ЦОГ-2 – гранулированный нимесулид) в больших терапевтических дозах коротким курсом, или ГКС, применяемые системно или внутрисуставно, или колхицин в низких дозах. В межприступный период назначают ингибитор ксантиноксидазы – аллопуринол (показания для его назначения – персистирующая гиперурикемия и острые атаки, артропатия, тофусы или рентгенологические изменения суставов). Терапию аллопуринолом начинают с низких доз (50-100 мг) и при необходимости повышают на 100 мг каждые 2-4 нед. под контролем уровня урикемии до достижения целевого уровня мочевой кислоты (менее 360 мкмоль/л).

Задача 24.

Больной, 19 лет, студент, переведён в клинику из районной больницы с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, отёки лица и конечностей, резкое снижение зрения. Болен в течение 4 недель, когда после купания в холодной воде появились отёки лица, слабость. На 3-й день болезни был госпитализирован в районную больницу, где ему был назначен режим с ограничением жидкости и соли, проводилась терапия гепарином натрия (подкожно). Несмотря на проводимую терапию, состояние больного продолжало постепенно ухудшаться, суточный диурез оставался в пределах 500-700 мл.

При обследовании в клинике: выраженные отёки лица и конечностей, суточный диурез 600 мл/сут, АД 200/110 мм рт.ст., ЧСС – 95 уд/мин.

Анализ крови: гемоглобин – 110 г/л, СОЭ – 50 мм/ч, креатинин – 246 мкмоль/л, общий холестерин — 9,8 ммоль/л.

Анализ мочи: относительная плотность – 1,016, белок – 9,5 г/л, эритроциты – 90-100 в поле зрения, лейкоциты – 3-4 в поле зрения, цилиндры зернистые – 5-6 в поле зрения, двоякопреломляющие кристаллы липидов, бактерии – нет.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз.
2. Предполагаемый этиологический фактор заболевания.
3. Рекомендации по лечению.

Ответы.

1. Острый гломерулонефрит. Симптоматическая Артериальная гипертензия Острая почечная недостаточность.

2. Бета гемолитический стрептококк группы А

3. Строгий постельный режим. Антибактериальная терапия при доказанной связи со стрептококковой инфекцией или наличия явных очагов хронической инфекции (цефалоспорины, фторхинолоны). Устранение отеков: диуретики (фуросемид, диувер). Гипотензивная терапия (лозартан 50 мг 2 раза в сутки).

Задача 25.

Больной 43 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на отёки лица, век, туловища, конечностей, снижение количества выделяемой за сутки мочи, слабость, головную боль.

Из анамнеза известно, что страдает хроническим тонзиллитом. Подобные симптомы впервые появились 2 года назад. длительно лечился в нефрологическом отделении, чем не знает, выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. После выписки у врача не наблюдался, не лечился, хотя отмечал периодически отёки на лице. Две недели назад переболел ангиной, после этого состояние резко ухудшилось, появились вышеуказанные жалобы. При осмотре АД 150/95 мм рт. ст., ЧСС - 92 удара в минуту, ЧДД - 22 в мин.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,4 \times 10^{11}$, гемоглобин - 124 г/л, цветовой показатель - 0.89, лейкоциты - 5.4×10^9 /л. лейкоцитарная формула - в норме. СОЭ - 42 мм/ч

Биохимическое исследование: общий белок крови - 35.6 г/л. альбумины - 33%. холестерин крови - 9 ммоль/л.

Клинический анализ мочи: удельный вес 1012, белок 5,4 г/л, эритроциты выщелоченные - 20-25 в поле зрения, восковидные цилиндры - 9-10 в поле зрения

Вопросы:

1. Укажите основной клинико-лабораторный синдром.
2. Сформулируйте предположительный диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по терапии больных с данной патологией

Ответы.

1. Нефротический синдром.
2. Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма, стадия обострения.
3. Проведение УЗИ органов брюшной полости и почек, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография органов грудной клетки. определение креатинина, мочевины, электролитов, расчёт СКФ, определение суточной протеинурии, исследование глазного дна.
4. Показана N° 7.

Основное лечение состоит из четырехкомпонентной схемы. включающей в себя глюкокортикостероиды (Преднизолон в дозе 1 мг/кг/сут); цитостатики (Циклофосфан 100-200 мг/сут); антикоагулянты (Гепарин 10 тыс. ЕД/сут). Дополнительно: диуретики, ингибиторы АПФ / блокаторы рецепторов ангиотензина, блокаторы кальцевых каналов, статины под контролем липидного спектра

Задача 26.

Пациент, 48 лет жалобы не предъявляет. При плановом медицинском осмотре выявлено незначительное повышение АСТ до 2 ВГН, ГГТП до 1,5 ВГН.

Из анамнеза: пациент употребляет алкоголь в течение 25 лет. По результатам вопросника «AUDIT» - 24 балла.

При осмотре: состояние удовлетворительное; рост 168 см, вес 69 кг.

Кожные покровы чистые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 15 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 70 в 1 минуту; АД 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10×9×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется незначительная болезненность. Селезенка не пальпируется. Дизурий нет.

Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Клинический анализ крови: эритроциты $4,96 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 130 г/л, лейкоциты $6,3 \times 10^9/л$, СОЭ 13 мм/ч. Биохимический анализ крови: билирубин 18,0 мкмоль/л, холестерин 5,9 глюкоза 5,5 ммоль/л. Общий анализ мочи: в пределах нормы.

HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти- HCV отриц. Кал на скрытую кровь – отриц.

УЗИ печени - гиперэхогенная структура паренхимы печени, статоз.

Эластометрия печени: определена стадия F0 (по шкале METAVIR).

Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений.

ЭКГ – без патологических изменений.

Вопросы.

1. Какой наиболее вероятный диагноз?
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Назначьте лечение.

Ответы.

1. Алкогольная болезнь печени, стеатоз.

2. Диагноз поставлен на основании незначительного повышения АСТ, ГГТП, обнаруженных случайно при плановом обследовании, бессимптомном течении заболевания. При пальпации печень увеличенная, гладкая, с закругленным краем. При УЗИ - гиперэхогенная структура паренхимы печени. Алкогольную этиологию подтверждает результат опросника «AUDIT» (более 20 баллов) и отсутствие других причин изменения лабораторных показателей.

3. Первым и обязательным условием лечения пациента является полное прекращение употребления алкоголя. Полноценное питание: энергетическая ценность диеты должна быть не менее 2000 ккал в сутки, с достаточным количеством витаминов (в составе продуктов или мультивитаминных препаратов). Исключение тугоплавких жиров и легкоусваиваемых углеводов, необходимо достаточное содержание белка в диете в дозе не менее 1–1,5 грамма на килограмм идеальной массы тела. Рекомендуются липотропные продукты, способствующие оттоку желчи (овсяная и гречневая крупы, изделия из творога, нежирные сорта рыбы). УДХК 10 мг/кг/сут однократно в вечернее время (500-750 мг) сроком на 3 месяца.

Задача 27.

Женщина 35 лет, без анамнеза хронических заболеваний, обратилась в поликлинику по месту жительства с жалобами на одышку при умеренной физической нагрузке.

Анамнез: 2 года назад после перенесенного ОРВИ длительно сохранялся малопродуктивный кашель, позже появилась одышка, интенсивность которой нарастала (отмечает ее появление при ходьбе на расстояние менее 500 м). Ранее курила около 10 лет (ИПЛ =10), работает последние 2 года на птицеферме.

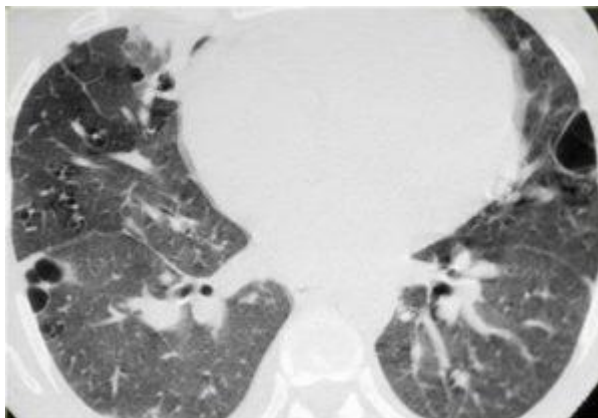
Объективно: дыхание везикулярное, равномерно ослаблено с обеих сторон, в нижних отделах выявляется конечно-инспираторная крепитация, единичные свистящие хрипы. ЧД 18/мин, ЧСС 84/мин, АД 110/70 мм рт ст. SpO₂ 94% в покое при дыхании атмосферным воздухом, после нагрузки - 92%.

Общий и биохимический анализ крови без патологии.

Дополнительные исследования: DLCO 47%, ОФВ₁ 2,62 л (77%), ФЖЕЛ 2,78 л (72%).

КТ ОГК – см рисунок. КТ признаки интерстициального заболевания легких с

формированием фиброза и эмфиземы.



Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Интерпретируйте функциональные легочные тесты.
3. С какими заболеваниями будете проводить дифференциальный диагноз?
4. Назначьте лечение

Ответы.

1. Гиперчувствительный пневмонит/экзогенный аллергический альвеолит, хроническое течение.
2. Умеренное нарушение диффузионной способности легких, рестриктивные вентиляционные нарушения, ДН 1.
3. Идиопатический легочный фиброз, саркоидоз, туберкулез, легочные проявления при системных васкулитах, лекарственные пневмопатии
4. Смена работы, системные ГКС (например, преднизолон 0,5 мг/кг/день 6-8 нед с постепенным уменьшением до 10 мг/сут., отмена - при полном отсутствии симптомов), антифибротические препараты (нинтеданиб, пирфенидон)

Задача 28.

Мужчина, 69 лет, пенсионер, курильщик (ИПЛ=55). Госпитализирован в пульмонологическое отделение с жалобами на одышку, усиливающуюся при малейшей физической нагрузке, слабость, сердцебиение, потерю веса. Из анамнеза известно, что одышка появилась около 12 мес. назад, постепенно нарастала. Профессиональный анамнез без особенностей, лекарственные препараты регулярно не принимает. По совету знакомой 2 мес. назад начал пользоваться сальбутамолом 2-3 раза в день, однако значимого эффекта не отмечает.

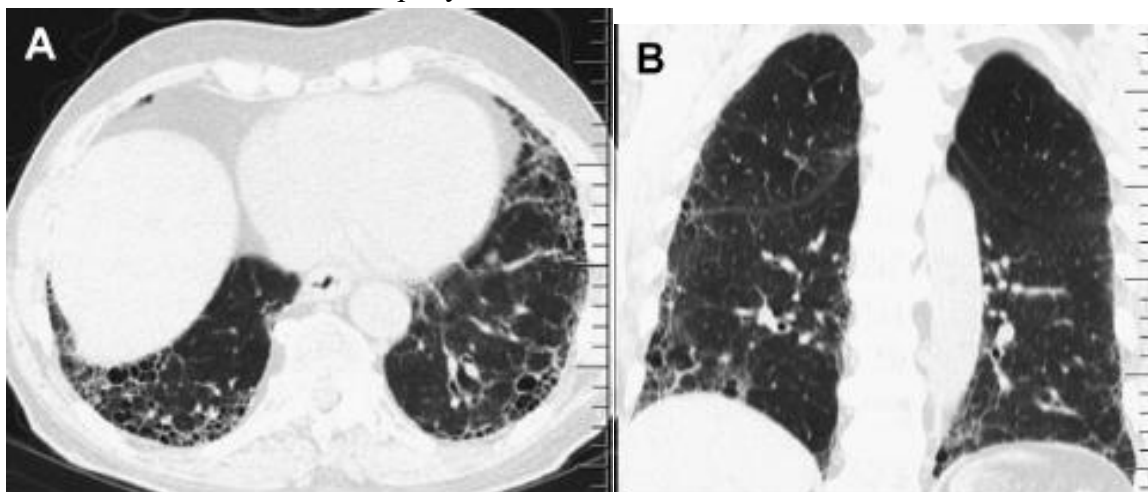
Объективно: Рост 178 см, масса тела 64 кг. Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледно-розовые. Деформация ногтей по типу «часовых стекол». Аускультативно в легких дыхание ослаблено, в межлопаточной области и над нижними отделами легких – распространенная крепитация по типу «треска целлофана», ЧДД 20 в мин, SpO₂ 89% (десатурация после 6МХ до 83%). Тоны сердца ритмичные, ЧСС 94 в мин. АД 140/75 мм.рт.ст.

Общий анализ крови:

Эритроциты $10^{12}/л$	Гемоглобин г/л	Гематокрит	MCV фл	MCH пг	Тромбоциты $10^9/л$	Лейкоциты $10^9/л$	Нейтрофилы %	Лимфоциты %	Моноциты %	Эозинофилы %	Базофилы %	СОЭ мм/ч
4,6 (3,9-5,0)	152 (120-160)	0,5 (0,37-0,52)	89,0 (80-99)	28,5 (27-31)	380 (180-400)	9,6 (4-9)	84(40-78), в т.ч. П -3 (0-6)	32 (19-37)	10 (3-11)	3 (0,5-5)	1 (0-1)	20

На рентгенограмме ОГК: корни легких расширены, деформированы. Диффузные изменения легочной ткани в виде мелкосетчатой деформации легочного рисунка. По данным спирометрии выявлены рестриктивные нарушения вентиляционной функции легких.

Выполнена КТ ОГК – см. рисунок.



Вопросы.

1. Интерпретируйте КТ ОГК.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте алгоритм обследования пациента.
4. Дайте рекомендации по лечению.

Ответы.

1. Диффузные двухсторонние ретикулярные изменения с преобладанием в кортикальных отделах; картина «сотового» легкого.

2. Идиопатический легочный фиброз. Осл: ХДН II ст.

3. Учитывая типичный КТ паттерн обычной интерстициальной пневмонии дополнительное обследование для верификации диагноза не требуется, алгоритм обследования будет включать оценку диффузионной способности легких и выявление возможных осложнений заболевания (например, Эхо КГ для скрининга на наличие легочной гипертензии).

4. Антифибротическая терапия (нинтеданиб, пирфенидон), наблюдение в специализированном центре лечения ИЛФ, длительная малопоточная кислородотерапия, постановка в лист ожидания трансплантации лёгких.

Задача 29.

Мужчина 37 лет, менеджер, ранее не куривший и не обращавшийся к врачу, стал отмечать эпизоды кашля с отхождением минимального количества мокроты, повышение t до 37°C , боли в лучезапястных и коленных суставах, снижение массы тела на 3 кг в течение нескольких месяцев. Самостоятельно принимал ЛС против простуды и амоксициллин без эффекта.

Объективно: SpO_2 95%. T $37,1^{\circ}\text{C}$. ЧДД 18/мин. Аускультация легких: дыхание везикулярное, в межлопаточной области – бронхиальное, там же единичные сухие свистящие хрипы. Пульс ритмичный, 72 уд/мин., АД 120/78 мм рт. ст.

Общий анализ крови без особенностей. В биохимическом анализе крови выявляется повышение СРБ до 32 мг/л ($n = <5$). Выполнена рентгенография ОГК - см. рисунок.



Выполнена трансбронхиальная биопсия, при гистологическом исследовании ткани лимфоузла выявлено гранулематозное воспаление с большим количеством гистиоцитов и гигантских многоядерных клеток без казеозного некроза.

Вопросы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Назовите рентгенологический синдром, выявленный у пациента, составьте перечень заболеваний для дифференциальной диагностики.
4. Составьте план лечения.

Ответы.

1. Саркоидоз I стадии с поражением внутригрудных лимфоузлов, суставов, фаза прогрессирования.

2. Общий анализ мочи, определение уровня кальция в крови и моче, АПФ, кожные пробы для диагностики туберкулеза, форсированная спирометрия, исследование диффузионной способности легких, ЭКГ, ЭхоКГ.

3. Двустороннее расширение срединной тени средостения. Двустороннее асимметричное расширение срединной тени встречается при лимфогранулематозе, лимфосаркоме, метастазах рака щитовидной железы, гиперплазии и опухолях вилочковой железы, внутригрудном зобе с локализацией в переднем средостении, липоме, реже медиастинальной форме рака бронха. Двустороннее симметричное расширение срединной

тени - при лимфогранулематозе, лимфосаркоме, лейкозе, злокачественной опухоли вилочковой железы, внутригрудном зобе.

4.Динамическое наблюдение, при выявлении значимых функциональных нарушений/внеторакальных проявлений – лечение, ЛС выбора - преднизолон внутрь в дозе 0,5 мг/кг/сутки на 4 недели, с последующим снижением и отменой.

Задача 30.

Пациентка Л., 34 года, не работает, в течение 10 лет в/в наркомания.

Жалобы на лихорадку ($39-40^{\circ}\text{C}$) в течение 3-х месяцев с ознобами и артралгиями, одышку в покое.

Осмотр: Т – $39,5^{\circ}\text{C}$. Геморрагическая сыпь на голенях – см. рисунок. Дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах с обеих сторон, там же большое количество звонких мелкопузырчатых хрипов. ЧДД - 24 в минуту. В сердце систолический шум в проекции трикуспидального клапана. АД 110/70 мм рт. ст. ЧСС – 110 в минуту. Печень $13/4/12/10$. Пальпируется нижний полюс селезенки.

В крови: эритроциты $4,15 \cdot 10^{12}/\text{л}$ ($4,0-5,0$), гемоглобин 111 ($130,0-160,0$) г/л, лейкоциты $11,4 \cdot 10^9/\text{л}$ ($4,0-9,0$), СРБ 69,7 ($0,0-5,0$) мг/л, креатинин 76 мкмоль/л ($53-97$), СКФ (MDRD) 80 мл/мин/ $1,73\text{м}^2$ ($90-140$), сывороточное железо 12 ($10,7-32,2$) мкмоль/л.

В общем анализе моче: белок 0,38 г/л, эритроциты до 100 в поле зрения.

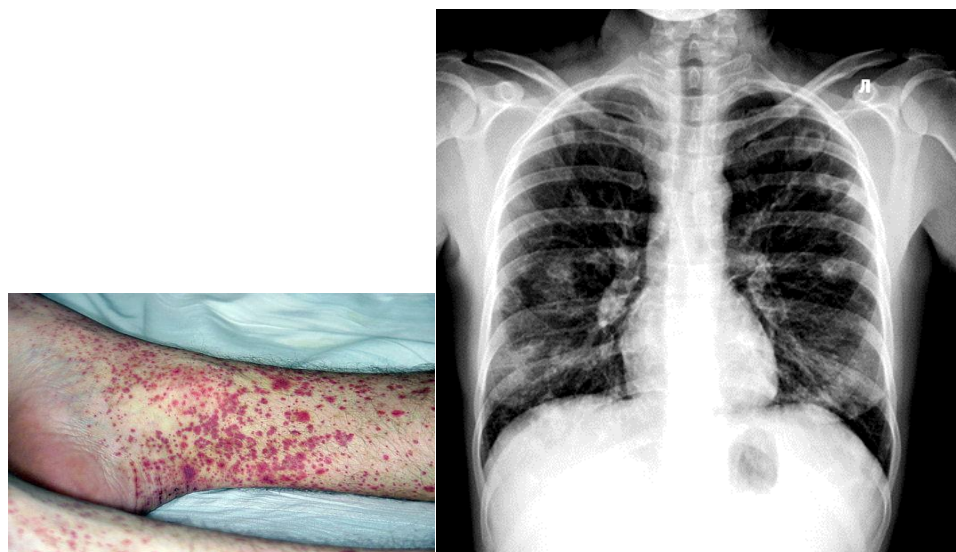


Рисунок 1. Данные пациентки Л., 34-х лет

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Составьте план дополнительного обследования
3. Предложите тактику лечения

Ответы.

1.Вероятный внебольничный ИЭ нативного трикуспидального клапана, подострый. Двусторонняя полисегментарная внебольничная пневмония. По модифицированным критериям DUKE - 3 малых критерия.

2.Трансторакальная ЭХО-КГ, культуральное исследование 3-х сетов венозной крови. УЗИ органов брюшной полости.

3.Эмпирическая АБ терапия препаратами, активными против ключевых возбудителей правостороннего ИЭ, в том числе *S. aureus* (MSSA): например, оксациллин 12 г/сут + гентамицин 3 мг/кг/сут в/в.

Задача 30.

Пациент С., 58 лет, без вредных привычек, инженер. В 20 лет оперирован по поводу миксоматозной дегенерации створок митрального клапана с установкой механического протеза.

В течение 3-х месяцев повышение температуры до 38,5⁰С, озноб (накануне за неделю обращался к стоматологу – выполнена экстракция зуба).

Осмотр: Т – 38,6⁰С. Кожные покровы бледные, выявляются пятна Лукина – см. рисунок. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. При аускультации сердца: мелодия протезированного клапана, систолический шум на митральном клапане. АД 110/70 мм рт. ст. ЧСС – 72 в минуту. Печень 14/3*11*10 см. Пальпируется селезенка.

В крови: эритроциты 2,8 *10¹²/л (4,0–5,0), гемоглобин 86 (130,0–160,0) г/л, MCV – 62,5 fl (82,0–101,0), MCH – 25,2 (27,0–34,0), лейкоциты 11,4*10⁹/л (4,0–9,0), тромбоциты 120*10⁹/л (140–440), С-РБ 100,7 (0,0–5,0) мг/л, креатинин 80 мкмоль/л (59–104), СКФ (MDRD) 92 мл/мин/1,73м² (90–140), сывороточное железо 4,5 (10,7–32,2) мкмоль/л.

В анализах мочи: белок 0,56 г/л, эритроциты сплошь в поле зрения.

ЭХО-КГ: ФВ-64%, сохранная функция протеза, вегетации не выявлены.

В посеве крови в 3 пробах из 4-х, полученных с интервалом 1 ч: *Enterococcus faecalis*, чувствительный к ампициллину, рифампицину, ванкомицину, даптомицину, гентамицину.



Вопросы.

- 1.Сформулируйте предварительный диагноз
- 2.Составьте план дополнительного обследования пациента
- 3.Предложите тактику лечения

Ответы.

1.Внебольничный подострый ИЭ протеза митрального клапана, вызванный *Enterococcus faecalis* поздний. Гепатоспленомегалия. Железодефицитная анемия средней степени тяжести. По модифицированным критериям DUKE 1 большой+3 малых критерия, достоверный ИЭ.

2.УЗИ брюшной полости и почек, ЧП ЭХО-КГ, рентгенография ОГК.

3.Антибактериальная терапия: ампициллин 3 г*4 р/д в/в в комбинации с гентамицином 3 мг/кг в/в*1 р/д, курс терапии не менее 6 недель (гентамицин – 2 недели).

Задача 32.

Пациентка В., 76 лет, без вредных привычек, на пенсии (ранее учитель в школе).

В анамнезе: гипертоническая болезнь, ИБС. Стенокардия напряжения 2 ФК, СД 2 типа (получает метформин). 3 недели назад упала, диагностирован перелом шейки бедра, иммобилизована (в стационаре провела 5 дней).

В течение 2-х недель повышение температуры до $38,6^{\circ}\text{C}$, ознобы, последние 5 дней стала беспокоить одышка в горизонтальном положении.

При осмотре: $T - 37,8^{\circ}\text{C}$. Акроцианоз. Ортопноэ. Отеки на уровне стоп и $n/3$ голеней с обеих сторон. Пролежень в области крестца. Дыхание везикулярное, обильные незвучные мелкопузырчатые хрипы в н/о с обеих сторон. ЧДД - 23 в минуту. Сатурация 93% на воздухе. В сердце: диастолический шум на верхушке и во II точке. АД 140/110 мм рт.ст. ЧСС – 72 в минуту. Печень $15/3 \times 12 \times 10$ см. Селезенка не увеличена.

В анализах крови: эритроциты $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$ ($4,0-5,0$), гемоглобин 130 г/л ($130,0-160,0$), лейкоциты $12,6 \times 10^9/\text{л}$ ($4,0-9,0$), тромбоциты $180 \times 10^9/\text{л}$ ($140-440$), креатинин 132 мкмоль/л ($53-97$), СКФ (MDRD) 36,0 мл/мин/1,73м² ($90-140$), С-РБ 72,7 мг/л ($0,0-5,0$), NT-pro-BNP – 1204 пг/мл (< 420), ревматоидный фактор – 36 ($0,0-14,0$) МЕ/мл.

В анализах мочи: без патологии

Посев крови: в двух пробах, полученных из разных периферических вен - рост MRSA.

При трансторакальной ЭхоКГ – на створках митрального клапана две рыхлые вегетации

5 и 8 мм, соответственно. Трикуспидальная регургитация I-II. Полости сердца расширены, ФВ 55%, признаки диастолической дисфункции ЛЖ.



Вопросы.

1. Сформулируйте клинический диагноз
2. Составьте план дополнительного обследования, если оно необходимо
3. Предложите тактику лечения

Ответы.

1. Нозокомиальный острый ИЭ нативного митрального клапана, вызванный MRSA. Гепатомегалия. Гипертоническая болезнь, III стадия, риск 4. ИБС: Стенокардия напряжения

2 ФК. ХСН 2Б с сохранной ФВ ЛЖ, по NYHA III ФК. Сахарный диабет 2 типа (целевой HbA1c < 8,0%). ОДН 1 ст. Перелом шейки бедра, иммобилизация.

2.УЗИ брюшной полости и почек.

3.Антибактериальная терапия (ванкомицин 40 мг/кг/день в 2 введения), консультация кардиохирурга и решение вопроса об оперативном лечении ИЭ.

Задача 33.

Мужчина 46 лет жалуется на дискомфорт за грудиной. Накануне после физической нагрузки и употребления пива, появились головокружение, резкая слабость, одышка, наблюдалась кратковременная потеря сознания. Ранее периодически возникала боль за грудиной при физических и эмоциональных нагрузках. По назначению участкового врача принимал перед нагрузкой изосорбида динитрат, но после приема препарата возникало головокружение и слабость.

Хронические заболевания отрицает. Аллергических реакций не наблюдалось. Не курил. Отец пациента умер внезапно в возрасте 45 лет, страдал пороком сердца.

Объективно: Астеник. ИМТ 22,8 кг/м². Отеков нет. В легких везикулярное дыхание. Границы сердца не смещены. Тоны сердца ритмичные, частота сердечных сокращений 72 в минуту. АД 100/80 мм рт. ст. В области верхушки сердца и вдоль левого края грудины выслушивается систолический шум, усиливающийся после нагрузки. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

В клиническом и биохимическом анализах крови, общем анализе мочи отклонений от нормы не обнаружено.

На электрокардиограмме синусовый ритм с частотой сердечных сокращений 80 в минуту. Электрическая ось сердца не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Умеренная депрессия ST и отрицательный Т в отведениях V₅ - V₆

На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции размеры сердца не увеличены, в легких изменений нет.

Эхокардиография: Дилатация левого предсердия (4,7 см). Асимметричная гипертрофия левого желудочка (толщина межжелудочковой перегородки 17 мм, задней стенки левого желудочка - 10 мм). Сократительная функция миокарда не снижена (ФВ ЛЖ 60%). Переднесистолическое движение передней створки митрального клапана, регургитация на митральном клапане второй степени. Прикрытие створок аортального клапана в систолу.

Вопросы.

1. Каков предварительный диагноз? Обоснуйте
2. Какой показатель позволит подтвердить предполагаемую форму заболевания?
3. Какие исследования необходимы пациенту?
4. Назначьте лечение

Ответы.

1.Гипертрофическая кардиомиопатия (утолщение межжелудочковой перегородки более 15 мм, отсутствие артериальной гипертензии в анамнезе, признаков аортального порока), обструктивная форма (изменяющийся систолический шум по левому краю грудины, прикрытие створок аортального клапана в систолу, переднесистолическое движение передней створки митрального клапана)

2.Обструктивная форма гипертрофической кардиомиопатии характеризуется наличием градиента давления в выносящем тракте левого желудочка 30 и более мм рт. ст. в покое или после провокации (физическая нагрузка, проба Вальсальвы).

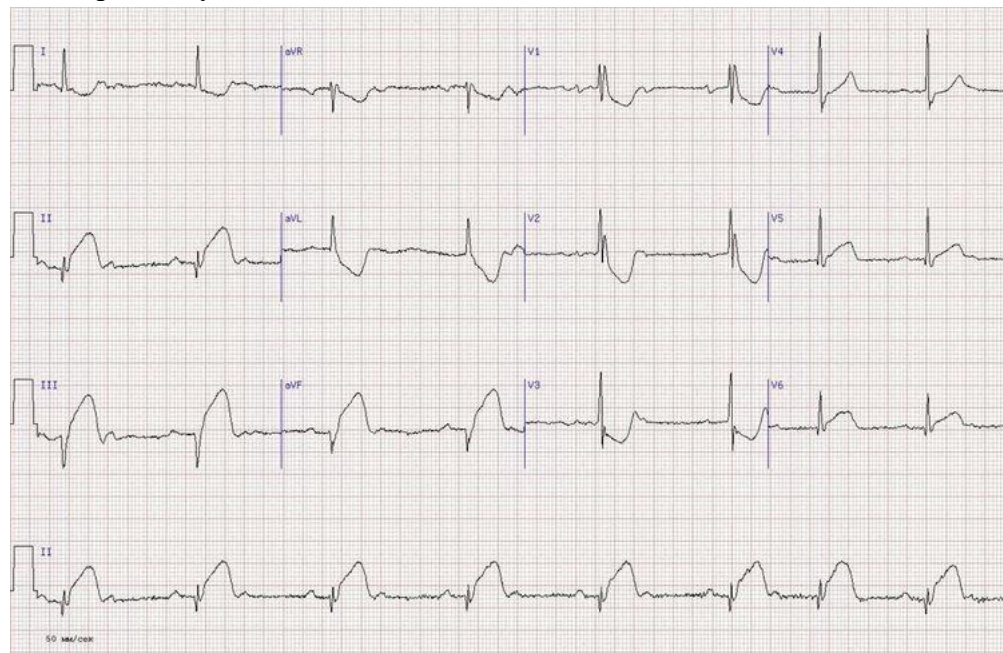
3. Пациенту необходимо оценить риск внезапной сердечной смерти. Стратификация риска проводится по шкале HCM Risk-SCD. Для выявления жизнеугрожаемых нарушений ритма показано Холтеровское (суточное) мониторирование ЭКГ и проба с физической нагрузкой

4. Пациенту показана медикаментозная терапия (обструктивная форма гипертрофической кардиомиопатии, наличие симптомов). В качестве препарата первой линии рекомендуется назначить бета-адреноблокатор в минимальной дозе с постепенным её увеличением до достижения частоты сердечных сокращений 55-60 в минуту. При отсутствии клинического улучшения и сохранении градиента давления в выносящем отделе левого желудочка 50 и более мм рт. ст. рассмотреть вопрос о хирургическом лечении – редукции межжелудочковой перегородки с помощью септальной миоэктомии, расширенной септальной миоэктомии и септальной спиртовой абляции

Задача 34.

Женщина, 60 лет, поступила с болью в эпигастральной области, тошнотой, однократной рвотой. Общее состояние тяжелое. Частота дыхания 20/мин. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Пульс ритмичный, 50 уд/мин, удовлетворительного наполнения. АД 144/88 мм рт.ст. Соотношение тонов сердца сохранено, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

ЭКГ при поступлении



Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Опишите ЭКГ
3. Какой лабораторный тест необходимо выполнить для подтверждения диагноза?
4. Оклюзия какой коронарной артерии может сочетаться с вышеперечисленными жалобами и симптомами?

Ответы.

1. ОКС с подъемом сегмента ST. Далеко зашедшая АВ-блокада 2 степени. ОСН I класс (Killip).

2. Ритм синусовый, далеко зашедшая АВ-блокада 2 степени (тип определить не представляется возможным); зубец Q, элевация сегмента ST в отведениях II, III, aVF, V₅₋₆; депрессия ST в отведениях V₁₋₄, (очаговые изменения в области нижней и боковой стенок левого желудочка), блокада правой ножки пучка Гиса.

3. Кардиоспецифические ферменты (тропонин, КФК-MB).

4. Правая коронарная артерия (ПКА) кровоснабжает большую часть нижней стенки миокарда, частично боковую стенку ЛЖ (из бассейна задне-боковой ветви). В 70% случаев ПКА формирует ветвь, снабжающую АВ-соединение (АВС). Оклюзия ПКА может быть причиной ишемии АВС, сопровождающейся АВ-блокадой различной степени, изменениями на ЭКГ в виде элевации сегмента ST II, III, aVF, V₅₋₆ и реципрокными изменениями в передних грудных отведениях V₁₋₄.

Задача 35.

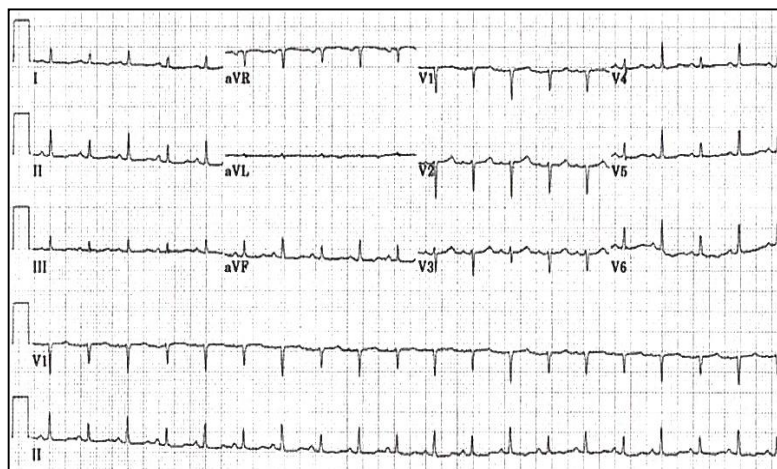
Женщина 55 лет, секретарь, с длительным анамнезом гипертонической болезни, госпитализирована экстренно с жалобами на одышку при минимальной физической нагрузке (ходьба до 50 м), отеки нижних конечностей в течение последних трех месяцев. Регулярно принимает эналаприл 5 мг 2 р. в сут., гидрохлоротиазид 25 мг. АД не измеряет. В анамнезе: много лет назад диагностировали заболевание щитовидной железы, уровень гормонов не знает, хронический пиелонефрит.

Объективно: ИМТ 39,5. Окружность талии 108 см. Кожные покровы бледной окраски. Акроцианоз. Набухшие шейные вены. Симметричные отеки стоп, голеней. Отмечается выпадение волос. Щитовидная железа равномерно увеличена пальпаторно и визуальна. В легких жесткое дыхание, в нижних отделах умеренно симметрично ослабленное, хрипов нет. ЧД 26/мин. Расширение границ относительной тупости сердца вправо и влево. Тоны сердца глухие, шумы не выслушиваются. Пульс ритмичный, 56 уд/мин. АД 142/108 мм рт.ст., на вдохе 120/92 мм рт.ст. Живот увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, безболезненный. Печень 12/3х10х8 см.

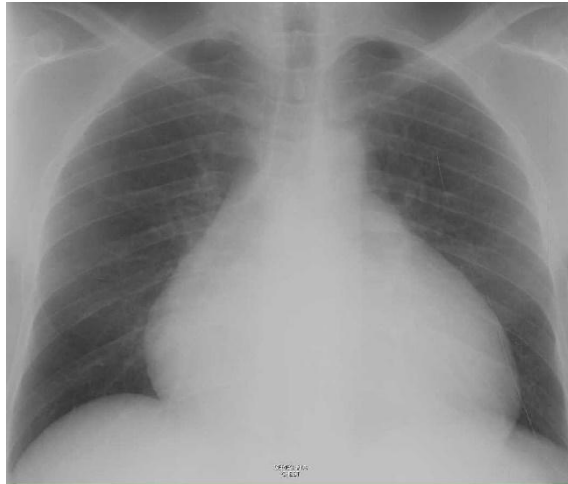
В общем анализе крови: гемоглобин 111 г/л, лейкоциты $6,8 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 30 мм/ч.

В биохимическом анализе крови: креатинин 144 мкмоль/л. Уровень ТТГ 98,6 мкМЕ/мл (N 0,4-4,0).

ЭКГ



Рентгенография органов грудной клетки



Вопросы.

- 1.Предварительный диагноз и методы его верификации.
- 2.Тактика лечения пациента.

Ответы.

- 1.Основной: Гипотиреоз неуточнённый, декомпенсация.

Осложнения: Значительный выпот в перикард. Тампонада сердца. Недостаточность кровообращения 2 стадии по большому кругу кровообращения.

Обследование:

- Измерение уровня св.Т4, св.Т3, антител к тиреопероксидазе (АТ-ТПО), к тиреоглобулину (АТ-ТГ) для подтверждения гипотиреоза, уточнения его этиологии;
- УЗИ щитовидной железы;
- Эхокардиография для оценки количества перикардального выпота, признаков тампонады (меняющиеся скорости трансмитрального кровотока в зависимости от фазы дыхания, коллабирование левого предсердия, свободной стенки правого желудочка, патологическое движение МЖП, «качающееся сердце» и др.)
- Ввиду наличия парадоксального пульса, после проведения ЭхоКГ – диагностический (общий анализ, микроскопия, биохимический и бактериологический анализ, ПЦР) и терапевтический перикардиоцентез

2) Заместительная терапия левотироксином натрия 25 мкг/сут с постепенным увеличением дозы под контролем уровня ТТГ; в дальнейшем – пожизненная терапия в подобранной дозе

Задача 36.

Больной В., 54 года, доставлен в терапевтическое отделение многопрофильного стационара машиной СМП с жалобами на выраженную одышку, интенсивный кашель с трудно отделяемой слизисто-гноющей мокротой, резкую слабость. Заболел остро 3 дня назад, когда отметил повышение температуры до $37,8^{\circ}\text{C}$, малопродуктивный кашель; состояние ухудшилось вечером накануне госпитализации, когда резко повысилась температура тела до 40°C , появились потрясающий озноб, одышка в покое, выраженная слабость. Самостоятельно не лечился, никакие лекарственные средства не принимает, периодически по потребности пользуется ингаляционными бронхолитиками (ипратропия бромид 1-2 вдоха при затруднении дыхания), так как в течение нескольких лет страдает ХОБЛ. Пациент в

настоящее время не курит (ранее курил на протяжении 25 лет около 1 пачки сигарет в день), спиртными напитками не злоупотребляет.

При физическом обследовании: Рост 171 см, масса тела 93 кг, t 40,2⁰С. Состояние тяжелое, заторможен, на вопросы отвечает с трудом. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Дыхание в легких везикулярное, справа резко ослаблено, там же практически над всей поверхностью грудной клетки выявляются обильные мелкопузырчатые влажные хрипы.

ЧДД 31 в минуту, SpO₂ 82% (при дыхании комнатным воздухом). Тоны сердца приглушены, ритмичные, тахикардия (ЧСС 125 в минуту), АД 105/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена.

Общий анализ крови:

Лейк (10 ⁹ /л)	Нейтр (%)	Лимф (%)	СОЭ (мм/ч)
8,4 (4-9)	94 (40-78), в т.ч. П 15(0-6)	5 (19-37)	54

Биохимический анализ крови: СРБ 359, мочевины 22 ммоль/л.

Рентгенография органов грудной клетки



Вопросы.

1. Опишите изменения, выявленные при рентгенографии органов грудной полости
2. Сформулируйте диагноз, оцените степень тяжести течения заболевания
3. Составьте перечень необходимых исследований для верификации этиологического диагноза
4. Сформулируйте основные принципы лечения пациента

Ответы.

1. На рентгенограмме ОГК в прямой и правой боковой проекциях выявлено интенсивное гомогенное затемнение в верхней доле правого легкого; корни легких неструктурные, синусы свободны. Сердце расширенно в поперечнике.

2. Основной: Внебольничная правосторонняя верхнедолевая пневмония тяжелого течения. Осложнения: Дыхательная недостаточность (ДН) II степени, синдромы печеночно-клеточной недостаточности и цитолиза. Сопутствующий: ХОБЛ, стадия и клиническая группа требуют уточнения.

3. Для этиологической верификации ВП данному пациенту рекомендуется:

- Бактериоскопия и культуральное исследование мокроты;

- Культуральное исследование двух образцов венозной крови;
- Экспресс-тесты по выявлению пневмококковой и легионеллезной антигенурии.

4. Пациент с тяжелой ВП должен быть незамедлительно госпитализирован в ОРИТ. Ему рекомендуется:

- Незамедлительное назначение системных АБ препаратов; АБ терапия должна начинаться с внутривенных лекарственных форм; выбор режима терапии осуществляется с учетом клинических рекомендаций (учитывается наличие факторов риска инфицирования *P. aeruginosa* и аспирации) и индивидуальных особенностей пациента (например, индивидуальной непереносимости ЛС).
- Респираторная поддержка, которая на начальном этапе может включать кислородотерапию; начинают со средней скорости потока (5 л/мин), при необходимости увеличивая до 10 л/мин, чтобы обеспечить приемлемый уровень оксигенации крови. Оптимальным является поддержание SpO₂ в пределах 88-95% или PaO₂ – в пределах 55-80 мм рт. ст. При недостижении “целевых” показателей рассматривают другие варианты респираторной поддержки.
- Инфузионная терапия с введением кристаллоидов из расчета 20–30 мл/кг под контролем уровня АД и диуреза.
- Назначение парентеральных антикоагулянтов (гепарин, низкомолекулярные гепарины) в профилактической дозе с целью предупреждения системных тромбоэмболий.
- Антисекреторные препараты (ингибиторы протонной помпы, H₂-блокаторы) для профилактики “стрессовых” язв.

Задача 37.

Пациентка К., 50 лет, поступила в стационар с жалобами на внезапно развившуюся одышку в покое, сухой кашель, чувство тяжести за грудиной, отеки нижних конечностей (больше правой). В анамнезе – тромбоз глубоких вен нижних конечностей, ТЭЛА; спленэктомия и длительное лечение глюкокортикостероидами по поводу тромбоцитопенической пурпуры.

Объективно: общее состояние тяжелое, больная заторможена, холодный, липкий пот, бледность кожных покровов, отеки голеней и стоп, больше справа с болезненной пальпацией. ЧДД до 30 в 1 минуту. При аускультации дыхание в правой половине грудной клетки ослаблено, единичные сухие хрипы, в нижних отделах незвучные мелкопузырчатые хрипы. Шейные вены набухшие, пульс ритмичный 110 в 1 минуту. АД - 80/50 мм рт. ст. Сердечные тоны приглушены, расщепление второго тона над легочной артерией. Живот мягкий безболезненный.

В ОАК: эр. - $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв - 115 г/л, СОЭ - 25 мм/час, лейкоциты - $9,5 \times 10^9/л$, п - 2%, с - 65%, э - 2%, м - 10%, лимф. - 21%, тр. - 110×10^9 .

ЭКГ- синусовая тахикардия с ЧСС 114 в 1 мин., феномен S₁Q_{III}, блокада правой ножки п. Гиса.

ЭХОКГ: Расширение правых отделов, снижение сократимости свободной стенки ПЖ (симптом Макконела), выраженная трикуспидальная регургитация, СДЛА 64 мм рт. ст.

Вопросы.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Оцените тяжесть заболевания.
3. Определите и обоснуйте тактику лечения пациентки.

Ответы.

1. Предварительный диагноз: Тромбоэмболия легочной артерии. Обструктивный шок.
2. Тяжесть пациентки обусловлена развитием выраженной гемодинамической нестабильности в виде обструктивного шока (САД менее 90 мм рт.ст. с признаками периферической гипоперфузии), который относит ее к категории высокого риска ранней смерти.
3. Незамедлительно инициируется антикоагулянтная терапия (предпочтение отдается нефракционированному гепарину под контролем АЧТВ, так как планируется реперфузионная терапия), проводится вазопрессорная поддержка (норэпинефрин 0,2-1,0 мкг/кг/мин), при необходимости водная нагрузка и системный тромболизис (например, стрептокиназой-250000 Ед. нагрузочная дозировка в течение 30 мин, в последующем 100000 Ед./ч в течение 12-24 ч).

Задача 38.

Пациент М. 68 лет госпитализирован в стационар с жалобами на головную боль в затылочной области на фоне периодического повышения артериального давления (АД) до 200/110 мм рт. ст.

Из анамнеза известно, что повышение артериального давления отмечает с 45-летнего возраста. Максимальное АД 200/110 мм рт. ст. Постоянно принимает эналаприл 5 мг. 2 раза в день и бисопролол 5 мг утром. Настоящее ухудшение состояния в течение недели, когда отметил повышение АД до 190-200/100-110 мм рт. ст. на фоне обычной ежедневной антигипертензивной терапии. Страдает сахарным диабетом 2 типа в течение последних 5 лет. Постоянно принимает метформин 1000 мг 2 раза в день и диабетон МВ 60 мг утром. Болей в груди не отмечает, физическую нагрузку переносит удовлетворительно. Страдает мочекаменной болезнью. Наследственность: у матери и сестры артериальная гипертензия. Отец умер в 40-летнем возрасте от инфаркта миокарда.

Рост 169 см, вес 105 кг, окружность талии 110 см. Курит в течение 10 лет по 1 пачке в день.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумы не выслушиваются. ЧСС 80 в минуту. АД 190/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Отеков нет.

Клинический анализ крови: Hb 170 г/л, эритроциты $5.9 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты $9.0 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 3 мм/час, тромбоциты $178 \times 10^9/\text{л}$.

Биохимический анализ крови: глюкоза 9.2 ммоль/л (натощак), креатинин 128 мкмоль/л, калий 4,2 ммоль/л, АЛТ 32 ЕД/л, АСТ 24 ЕД/л, холестерин 7.8 ммоль/л, ЛПВП 1.0 ммоль/л, ЛПНП 6.8 ммоль/л, мочевая кислота 504 мкмоль/л.

Заключение невролога: диабетическая полинейропатия.

Заключение окулиста: диабетическая ангиопатия.



Рис 1. ЭКГ пациента М.

ЭХОКГ: камеры сердца не расширены, локальная и глобальная сократимость не нарушена. Концентрическая гипертрофия левого желудочка умеренной степени выраженности (МЖП – 1.4 см (норма до 1.1 см), ЗСЛЖ – 1.3 см (норма до 1.1 см)). Масса ЛЖ/площади поверхности тела (г/м.кв) = 130 (норма для мужчин – менее 115). Диастолическая дисфункция 1 типа (нарушение релаксации). Клапаны без особенностей. Митральная регургитация 1 ст. Трикуспидальная регургитация 1 ст.

Вопросы:

1. Выделите критерии метаболического синдрома у данного пациента.
2. Составьте перечень необходимого дообследования для данного пациента.

Ответы.

1. У пациента имеется все признаки метаболического синдрома: Артериальная гипертензия, нарушения липидного, углеводного, пуринового обмена. Ожирение.

2. УЗИ почек, УЗИ органов брюшной полости, обзорная рентгенография органов грудной клетки, дуплексное сканирование периферических артерий. Гликозилированный гемоглобин.

Задача 39.

Пациентка И. 70 лет госпитализирована в стационар с жалобами на головную боль, головокружение, рвоту, пошатывание при ходьбе, перебои в работе сердца, повышение АД до 240/120 мм рт. ст.

Из анамнеза известно, что повышение артериального давления отмечает в течение 15 лет. Максимальные цифры АД 205/100 мм рт. ст. Постоянно принимает нолипрел А форте (периндоприл 5 мг/индапамид 1.25 мг). Настоящее ухудшение состояния в день госпитализации, 4 часа назад.

В анамнезе инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка. Нарушений ритма сердца ранее отмечено не было. Наследственность: у отца гипертоническая болезнь, у матери ОНМК в 60-летнем возрасте. Пациентка не курит.

При осмотре состояние тяжелое. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный, шумы не выслушиваются. ЧСС 129/мин, АД 200/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Отеков нет. Неврологический статус: нарушение речи – дизартрия.

Клинический анализ крови: Hb 123 г/л, эритроциты 3.9×10^9 /л, лейкоциты 9.1×10^9 /л, СОЭ 12 мм/час, тромбоциты 184×10^9 /л.

Биохимический анализ крови: глюкоза 7,2 ммоль/л (натощак), креатинин 117 мкмоль/л, калий 4.0 ммоль/л, АЛТ 32 ЕД/л, АСТ 24 ЕД/л, холестерин 6.8 ммоль/л, ЛПВП 1.1 ммоль/л, ЛПНП 5.7 ммоль/л, мочевая кислота 204 мкмоль/л.

Заключение невролога: ОНМК?

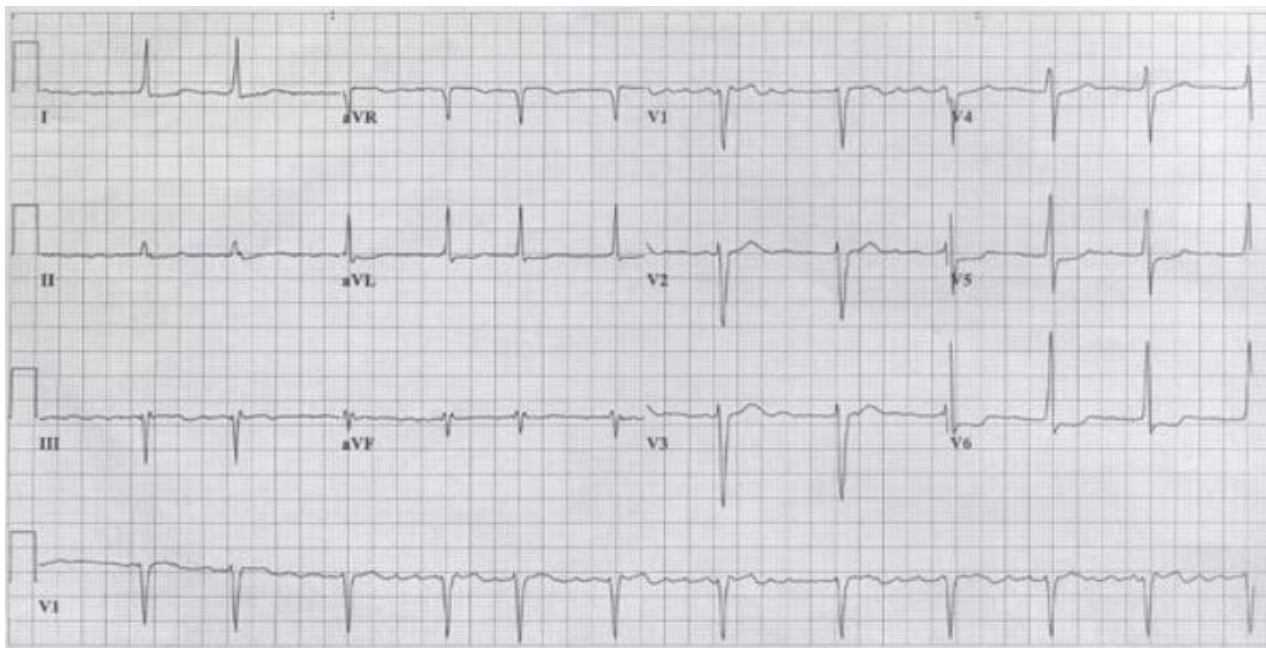


Рис 1. ЭКГ пациентки.

Вопросы:

1. Составьте перечень инструментального обследования пациентки с учетом приоритета в первые часы пребывания в стационаре.
2. Определите тактику лечения пациентки в отношении нарушения сердечного ритма.

Ответы.

1. КТ головного мозга + КТ ангиография артерий головного мозга и шеи. Рентгенография органов грудной клетки. ЭХО-КГ.
2. Контроль ЧСС. Давность нарушения ритма неизвестна. Решение вопроса о восстановлении ритма в плановом порядке.

Задача 40.

Пациент С. 36 лет госпитализирована в стационар с жалобами на повышение давления до 230/120 мм рт. ст., мышечную слабость (снизилась физическая активность), быструю утомляемость, судороги ног в ранние утренние часы.

Из анамнеза известно, что давление стало повышаться внезапно и не снижается на фоне приема нескольких гипотензивных препаратов. Пациент отмечает периодическое повышение давления острыми кризами.

Наследственность не отягощена. Пациент не курит, не употребляет алкоголь и токсические вещества, ранее не принимал лекарственных препаратов и считал себя здоровым.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧД 14 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумы не выслушиваются. ЧСС 80 в минуту, АД 179/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Отеков нет.

Клинический анализ крови: Нб 143 г/л, эритроциты 4.7×10^9 /л, лейкоциты 9.1×10^9 /л, СОЭ 10 мм/час.

Биохимический анализ крови: глюкоза 5,2 ммоль/л (натощак), креатинин 87 мкмоль/л, калий 2,7 ммоль/л, натрий 150 ммоль/л, АЛТ 32 ЕД/л, АСТ 24 ЕД/л, холестерин 4,8 ммоль/л.

При УЗИ надпочечников патологии не отмечено.

КТ брюшной полости (надпочечников): в области левого надпочечника визуализируется округлое гомогенное образование, невысокой плотности с четкими контурами, размерами 9x7 мм (Рис.1).

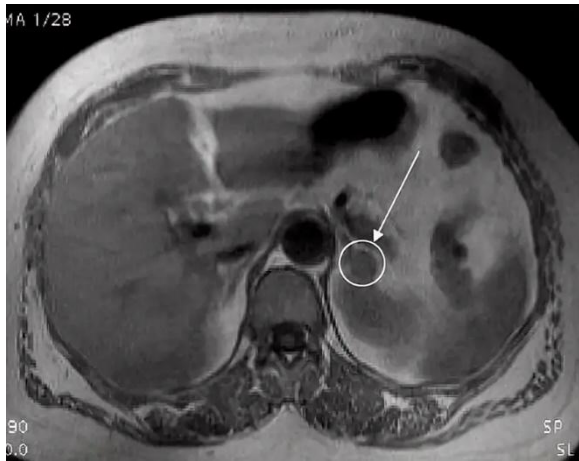


Рис 1. КТ брюшной полости пациента С.

Вопросы.

1. Какова наиболее вероятная причина повышения артериального давления?
2. Составьте план лабораторного обследования.

Ответы.

1. Наиболее вероятная причина – симптоматическая артериальная гипертензия (гормон продуцирующая аденома надпочечника).
2. Альдостерон, ренин, суточный анализ мочи на экскрецию метанеринов. Тест: дексаметазоновая проба.