

Задача №1

Пациентка М., 37 лет, жалуется на слабость, быструю утомляемость, головокружение, плохой аппетит, затрудненное глотание пищи, желание есть мел, штукатурку. Из анамнеза известно, что во время беременности 5 лет назад у больной отмечалось снижение гемоглобина до 86 г/л. В связи с этим больной назначали препараты железа.

При осмотре: больная нормального питания, кожа и видимые слизистые оболочки бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких — везикулярное дыхание. Пульс — 96 в 1 мин, ритмичный. Тоны сердца звучные, негрубый систолический шум над верхушкой и легочной артерией. АД 110/70 мм рт. ст. Язык нормальной окраски, сосочки сглажены.

Живот болезненный в надчревной области. При исследовании желудочного сока выявлена ахилия. При рентгенологическом исследовании желудка обнаружены симптомы гастрита. Гинекологический статус нормальный. Менструации регулярные, по 4 дня, необильные.

Анализ крови: эр. $3,4 \cdot 10^{12}$ /л, Нб 70 г/л, ЦП — 0,7, ретикулоц. 2 %, л. $4,7 \cdot 10^9$ /л, э. 2 %, п. 3 %, с. 64 %, лимф. 26 %, мон 5 %, СОЭ 16 мм/ч. Сывороточное железо 7,3 мкмоль/л.

Вопросы

1. Выделите основные синдромы.
2. Ваш предварительный диагноз.
3. План лабораторного и инструментального обследования.

Задача № 2

Пациентка П., 65 лет, жалуется на слабость, головокружение, одышку и боль за грудиной при физической нагрузке, боль в надчревной области, усиливающуюся после еды и в горизонтальном положении, снижение аппетита, временами черный стул.

Болеет около 5 лет, когда впервые появилась боль внадчревной области, снижение аппетита, общая слабость. При обследовании в поликлинике обнаружено снижение гемоглобина до 70 г/л, эр. $3,5 \cdot 10^{12}$ /л, цв. показатель 0,6. Больная была госпитализирована с подозрением на рак желудка. При рентгенологическом исследовании желудочно-кйшечного тракта признаков рака желудка не обнаружено, выявлена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Проводилось лечение препаратами железа, переливание эритроцитарной массы. Состояние пациентки улучшилось, уровень гемоглобина нормализовался, пациентка была выписана из стационара. Амбулаторно периодически принимала препараты железа. Однако в последний год к врачу не обращалась. За последние 6 месяцев состояние ухудшилось, нарастали слабость, головокружение, периодически появлялся черный стул. Больная была вновь госпитализирована

При осмотре: состояние средней тяжести, питание удовлетворительное, выраженная бледность ножи и видимых слизистых оболочек. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких — везикулярное дыхание. Сердце увеличено влево, до левой срединно-ключичной линии, над всеми точками систолический шум. ЧСС 100 в 1 мин. АД 100/60 мм |и ст.. Язык со сглаженными сосочками. Живот при пальпации болезненный в эпигастральной области.

Анализ мочи нормальный.

Реакция кала на скрытую кровь резко положительная.

Анализ крови: эр. $1,9 \cdot 10^{12}$ /л, НЬ 64 г/л, ретикулоц. 0,8%. ЦП- 0,65. Анизоцитоз, пойкилоцитоз, Л. $3,9 \cdot 10^9$ /л /, тромбоц. $160 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 15 мм/ч. Сывороточное железо 5 мкмоль/л.

Вопросы

1. Выделите основные синдромы.
2. Ваш предварительный диагноз.
3. План лабораторного и инструментального обследования.

Задача № 3

Пациентка К., 60 лет, доставлена в клинику без сознания. По словам родственников, в течение нескольких лет жаловалась на резкую слабость, одышку, плохой аппетит, по поводу чего 3 года назад находилась в больнице, где у нее была обнаружена анемия. В результате лечения состояние больной улучшилось. После выписки из больницы она жила в деревне, к врачам не обращалась и не лечилась. За несколько месяцев до поступления самочувствие больной ухудшилось, появились слабость, одышка, отмечалось изменение походки, ухудшение аппетита, бледность. Состояние больной прогрессивно ухудшалось: нарастала слабость, заторможенность. Больная была госпитализирована.

При осмотре: состояние очень тяжелое, больная без ; сознания, температура 36 °С, резкая бледность кожи и слизистых оболочек, кожа чистая, отеков нет. Органы дыхания без особенностей. Сердце несколько расширено вправо и влево. Тоны глухие, нерезкий систолический шум над верхушкой. Тахикардия, пульс 120 в 1 мин, ритм правильный. АД 90/60 мм рт. ст.. Язык ярко-красного цвета, сосочки сглажены, живот мягкий, печень увеличена на 3 см, мягкая, пальпируется селезенка.

Анализ крови: эр. $2,5 \times 10^{12}/л$, НЬ 50 г/л, ЦП 1,5, макроцитоз, пойкилоцитоз, анизоцитоз, тельца Жолли и кольца Кебота; имеются мегалобласты; тромбоц. $140 \times 10^9/л$, Л. $3,4 \times 10^9/л$, ретикулоц. 0,1 % СОЭ 20 мм/ч. Сахар в крови и остаточный азот в пределах нормы.

Данные ЭКГ: синусовая тахикардия, отрицательный зубец *T* в отведениях I, II, aVL.

Вопросы

1. Выделите основные синдромы.
2. Ваш предварительный диагноз.
3. План лабораторного и инструментального обследования.

Задача №4.

Пациентка 63-х лет обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на снижение аппетита, чувство тяжести в эпигастрии, возникающее после приёма любой пищи, отрыжку воздухом, вздутие живота, неустойчивый стул, жжение и боли в кончике языка. Выше указанные жалобы беспокоят больную на протяжении 2-х месяцев. Из анамнеза известно, что 3 года тому назад пациентке была произведена правосторонняя гемиколэктомия по поводу рака восходящего отдела толстого кишечника, пациентка наблюдается в онкологическом диспансере, данных за рецидив заболевания нет. При осмотре: кожные покровы бледные с лимонно-жёлтым оттенком, склеры иктеричны. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=16 в минуту. Тоны сердца сохранены, ритмичные, шумы над областью сердца и крупными сосудами не выслушиваются, ЧСС=72 уд/мин., АД=140/80 мм.рт.ст.. Язык ярко-розовый, блестящий, с небольшим количеством сосочков, отпечатки зубов, налёта нет, живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. В анализах крови: Нв=85 г/л, Эр= 2×10^{12} /л., ЦП=1,3, ретикулоциты=4%, лейкоциты= $3,0 \times 10^9$ /л, тромбоциты= 110×10^9 /л, СОЭ=45мм/час, выраженный анизоцитоз, пойкилоцитоз. тельца Жолли и кольца Кебота; билирубин общ.=25 мкмоль/л, АСТ=16 МЕ, АЛТ=20 МЕ. В общем анализе мочи – повышен уробилин, в остальном без патологии. В анализе кала – без отклонений от нормы. Исследование пунктата костного мозга: пунктат костного мозга богат клеточными элементами, созревание нейтрофилов несколько ускоренно. Эритропоэз смешанный, нормобласты составляют 22%, мегалобласты 9%. Встречаются тельца Жолли и кольца Кебота. Среди нейтрофилов встречаются гигантские и уродливые палочкоядерные формы. Мегакариоциты найдены.

Вопросы

1. Выделите основные синдромы.
2. Ваш предварительный диагноз.
3. План лабораторного и инструментального обследования.

Задача № 5

Пациентка В., 39 лет, доставлена в больницу бригадой «скорой помощи». Жаловалась на резкую слабость, головокружение, в последнюю неделю трижды теряла сознание на короткое время. Ухудшение состояния отмечает в течение 2 мес. В течение полугода у пациентки обильные менструации, которые отмечались и в последние 3 дня. В день поступления в клинику больная внезапно почувствовала резкую слабость и головокружение, упала на улице и потеряла сознание.

При осмотре: больная удовлетворительного питания, состояние средней тяжести, резкая бледность кожи и слизистых оболочек, синяки на коже предплечий и бедер, лимфоузлы не увеличены, положительные симптомы шипка и жгута. Тоны сердца глухие, ритмичные, пульс до 130 в 1 мин. АД 80/60 мм рт. ст.. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены.

Анализ мочи: без патологии.

Анализ крови: эр. $1,5 \times 10^{12}/л$, НЬ 40 г/л, ЦП 0,8, ретикулоц. 0,1 %, тромбоц. $150 \times 10^9/л$, Л. $4,5 \times 10^9/л$, б. 0, э. 0 %, п. 3 %, с. 52 %, лимф. 39 %, мон. 6 %, СОЭ 42 мм/ч.

Вопросы

1. Выделите основные синдромы.
2. Ваш предварительный диагноз.
3. План лабораторного и инструментального обследования.

Задача № 6

Пациентка Л., 42 лет, жалуется на слабость, потливость, повышение температуры.

Год назад появились слабость, потливость, повышенная утомляемость, выявлены изменения в крови. По словам пациентки, лейкоцитоз в крови тогда составлял $24,0 \times 10^9/\text{л}$. Проводилось лечение 6-меркаптопурином. Полгода назад анализ крови: эр. $4 \times 10^{12}/\text{л}$, НЬ 120 г/л, цв. показатель 0,9, тромбоц. $200 \times 10^9/\text{л}$, Л. $34 \times 10^9/\text{л}$, э. 1 %, б. 4 %, миелоц. 5 %, н. 20 %, с. 49 %, лимф. 13 %, мон. 1 %, бластные клетки 7 %, СОЭ 29 мм/ч. Пациентке удалили селезенку, проводилось лечение миелосаном. В последний месяц нарастали слабость, потливость, появилась боль в костях, повысилась температура.

При осмотре: состояние Пациентки средней тяжести, небольшая бледность кожных покровов, единичные петехиальные кровоизлияния на коже, периферические лимфоузлы не увеличены. В легких — дыхание везикулярное. Тоны сердца звучные, чистые. Пульс 100 в 1 мин. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги. Анализ крови: эр. $2,5 \times 10^{12}/\text{л}$, НЬ 90 г/л, ЦП-0,75, тромбоц. $107 \times 10^9/\text{л}$, л. $89 \times 10^9/\text{л}$, э. 9%, миелоц. 10 %, с. 16 %, лимф. 22 %, бластные клетки 43 %, СОЭ 30 мм/ч.

Вопросы

1. Выделите основные синдромы.
2. Ваш предварительный диагноз.
3. План лабораторного и инструментального обследования.

Задача № 7

Пациент К., 53 лет, поступил в клинику с жалобами на слабость, потливость, временами повышение температуры до 37,2—37,5 °С, увеличение лимфоузлов — шейных, подмышечных, паховых.

В последние 3 года часто болел простудными заболеваниями, год назад перенес тяжелую форму ангины. В последние 3—4 мес. появились нарастающая слабость, похудание. Впервые обнаружил небольшие лимфоузлы на шее и в подмышечной области. К врачу не обращался. В последний месяц наблюдалось повышение температуры до 37,5°С, заметно увеличились лимфоузлы.

При осмотре: больной правильного телосложения, пониженного питания, кожные покровы бледные с желтушным оттенком. Пальпируются увеличенные до куриного яйца лимфоузлы: шейные, паховые, подмышечные. Лимфоузлы мягкие, не спаяны между собой и с подкожной основой, безболезненны. В легких — перкуторный звук с коробочным оттенком, дыхание ослабленное, рассеянные сухие хрипы с обеих сторон. Границы сердца в пределах нормы. Тоны звучные, ритм правильный. Пульс 92 в 1 мин, ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст.

Язык обложен белым налетом, влажный. Печень на 1,5—2 см выступает из-под края реберной дуги, чувствительная при пальпации. Селезенка на 4—5 см выступает из-под края левой реберной дуги, плотноватая, безболезненная при пальпации.

Анализ крови: эр. $2,3 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб 74 г/л, ретикулоц. 20 %, л. $50 \times 10^9/\text{л}$, э. 1 %, п. 2 %, с. 17%, лимф. 79 %, мон. 1 %, СОЭ 60 мм/ч, тромбоциты $100 \times 10^9/\text{л}$. Данные рентгеноскопии грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, увеличены медиастинальные лимфатические узлы. Сердце — без отклонений от нормы.

Вопросы

1. Выделите основные синдромы.
2. Ваш предварительный диагноз.
3. План лабораторного и инструментального обследования.

Задача №8

Пациент 20-и лет предъявляет жалобы на головокружение, слабость, учащённое сердцебиение, появившиеся около 2-х недель тому назад. Из анамнеза известно, что отец страдает ИБС, язвенной болезнью, у матери гипертоническая болезнь с 38-и лет, состояние после холецистэктомии по поводу ЖКБ.

При осмотре: состояние удовлетворительное, кожные покровы и конъюнктивы бледные. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧД=16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, выслушивается систолический шум во всех точках аускультации сердца, «шум волчка» ЧСС=92 уд/мин., АД=100/60 мм.рт.ст.. При поверхностной пальпации: живот мягкий, безболезненный, не вздут, не напряжён, при глубокой пальпации определяется умеренная болезненность в эпигастрии.

В ан.крови: Нв=75,3г/л, Эр= 3×10^{12} , ЦП=0,6, лейкоц.= $6,1 \times 10^9$, ретикулоциты=1,2%, выраженный анизоцитоз эритроцитов, СОЭ=11 мм/час.; железо=7мкмоль/л. Анализ мочи без патологии. В анализе кала – бензидиновая проба резко положительная.

Вопросы

1. Выделите основные синдромы.
2. Ваш предварительный диагноз.
3. План лабораторного и инструментального обследования.

Клиническая задача ? 1

Больная П., 60 лет, поступила в приемное отделение городской больницы с жалобами на нарастающую в течение предшествующих нескольких месяцев слабость, вялость, резкую усталость при выполнении минимальной физической нагрузки, головокружение, ощущение сердцебиения (не только при ходьбе, но и в покое), онемение и покалывание в пальцах рук.

Считает себя больной в течение последних 6 мес, когда впервые стала отмечать все более выраженную утомляемость, несоответствующую выполненной физической нагрузке. Вслед за этим обратила внимание на затруднения при попытке вдеть нитку в иголку из-за неприятных ощущений в кончиках пальцев рук. При обследовании в поликлинике была обнаружена, по словам участкового терапевта, «небольшая анемия».

Около 15 лет назад перенесла оперативное вмешательство - резекцию желудка с ваготомией по поводу частых обострений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с продолжительными кровоте-

чениями. Первые годы после хирургического вмешательства чувствовала себя вполне удовлетворительно, при обследовании в поликлинике отмечалось повышение уровня гемоглобина в крови до нормальных цифр (до операции уровень гемоглобина постоянно был ниже нормальных значений).

При осмотре: состояние удовлетворительное. Конституция нормостеническая, обычного питания. Рост - 165 см. Вес - 62 кг. Кожные покровы бледные с легким желтушным оттенком и участками гипопигментации по типу витилиго. Иктеричность склер и мягкого нёба не отмечается. Язык не обложен, сосочки языка сглажены (см. вклейку, с. 8, рис. 10-2). Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, легкий систолический шум на верхушке, усиливающийся в вертикальном положении и после незначительной физической нагрузки. Ритм правильный. ЧСС - 96 в минуту. АД - 115/70 мм рт.ст. Живот несколько вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Размеры печени по Курлову: 9х8х7 см. Селезенка не пальпируется. Стул в норме. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание в норме. Периферических отеков нет. Снижение поверхностной чувствительности по ладонной поверхности пальцев рук. Мышечная сила не изменена. Парезов нет. Тремор пальцев рук. Неуверенность при ходьбе. Отмечается некоторая заторможенность при контакте с врачом. Временами пациентка не сразу понимает задаваемые ей вопросы и переспрашивает, не всегда адекватно отвечая на них.

Клинический анализ крови (произведенный в приемном отделении): Hb - 88 г/л; эритроциты - $2,4 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты - $6,8 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула не изменена; СОЭ - 28 мм/ч.

1. Сформулируйте предполагаемый диагноз.
2. Проведение каких дополнительных методов исследования необходимо в данной ситуации?
3. Какие патогенетические механизмы обусловили клиническую симптоматику у данной больной?
4. С чем связано развитие заболевания у данной пациентки?
5. Какие методы лечения необходимо использовать у данной больной после верификации диагноза?

Клиническая задача ? 2

Больной У., 52 лет, доставлен в неврологическое отделение городской больницы бригадой скорой медицинской помощи на носилках. Со слов больного, последние дни не мог не только ходить, но даже встать с кровати из-за очень выраженной слабости и «непослушности ног».

Из анамнеза известно, что около 6 мес назад после смерти жены уехал к родственникам в деревню, где ежедневно выпивал не менее 0,5 л водки, что помогало ему не думать о «свалившейся на него беде». Примерно за месяц до настоящей госпитализации заметил дрожание рук, умеренные болезненные ощущения в руках и ногах, в том числе снижение болевой чувствительности, из-за чего возникали частые ожоги и порезы кожи; похолодание и онемение рук и ног. Вслед за этим возникло своеобразное ощущение при ходьбе: по словам пациента, он перемещался «будто по ватной поверхности». Родственники привезли больного в город и вызвали бригаду скорой помощи, которая доставила его в стационар с предположительным диагнозом «паралитический парез неясного происхождения».

Больной по профессии летчик-испытатель, на пенсии с 48 лет, ранее алкоголь употреблял, по его словам, «умеренно». Хронических заболеваний внутренних органов не было, проходил ежегодную диспансеризацию. Не курит.

При осмотре: состояние средней тяжести. Конституция нормостеническая, повышенного питания. Рост - 175 см. Вес - 92 кг. Лицо одутловатое. Кожные покровы бледные с отчетливым лимонно-желтым оттенком и участками гиперпигментации. Видимые слизистые бледные. Язык малинового цвета со сглаженными сосочками. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких дыхание ослабленное везикулярное, хрипов нет. Перкуторный звук над всей поверхностью легких с коробочным оттенком. ЧД - 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, в положении на левом боку определяется отчетливый систолический шум на верхушке сердца без проведения. Ритм - правильный. ЧСС - 112 в минуту. АД - 140/85 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме за счет избыточного отложения подкожной жировой клетчатки, при пальпации мягкий,

безболезненный. Плотноватый край печени выступает из-под реберной дуги на 3 см. Размеры печени по Курлову: 11х9х9 см. Пальпируется край селезенки. В течение последней недели беспокоили запоры. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание в норме.

Пастозность голеней. В неврологическом статусе определяется следующая симптоматика: мышечная гипотония верхних и нижних конечностей, снижение сухожильных рефлексов, патологические рефлексы Бабинского и Оппенгейма.

Поверхностная и глубокая чувствительность в области дистальных отделов верхних и нижних конечностей снижены. Умеренное снижение слуха, резкое снижение обоняния, нарушения вкуса. Больной резко заторможен, немногословен. На вопросы отвечает не сразу, односложно, однако во времени и месте ориентирован.

Клинический анализ крови: Hb - 60 г/л, эритроциты - $1,6 \times 10^{12}$ /л, макроцитоз, лейкоциты - $6,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 4%, сегментоядерные - 72 %, лимфоциты - 18 %, моноциты - 3 %, эозинофилы - 3 %, тромбоциты - 235×10^3 /л, СОЭ - 52 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза - 6,2 ммоль/л, холестерин - 5,5 ммоль/л, креатинин - 86 мкмоль/л, общий белок - 58 г/л, АЛТ - 84 Ед/л, АСТ - 62 Ед/л, ГГТП - 140 Ед/л.

ЭГДС: атрофия слизистой оболочки желудка.

УЗИ: печень повышенной эхогенности, увеличена преимущественно за счет левой доли; небольшое увеличение селезенки; признаки незначительного фиброза поджелудочной железы; почки - без патологии.

1. Какой диагноз можно поставить на основании описанной клинической картины и дополнительных методов исследования?
2. Какие наиболее характерные симптомы позволяют верифицировать диагноз данного заболевания?
3. Какое неврологическое нарушение наблюдается у данного больного и какие патогенетические механизмы лежат в ее основе?
4. Чем можно объяснить повышение активности ферментов печени (АЛТ, АСТ, ГГТП) у данного больного?
5. Что способствовало развитию заболевания у данного пациента?
6. Какие методы лечения необходимо использовать в данной ситуации?