

ЗАДАЧА № 1

Больной П., 18 лет, слесарь, жалуется на головную боль в теменной и затылочной областях, тупую боль в поясничной области, появляющуюся при поворотах туловища, наклонах. Кроме того, заметил что стал реже мочиться, при каждом мочеиспускании выделяется мало мочи.

После охлаждения 3 нед. назад стало болеть горло. По совету врача начал принимать сульфадиметоксин, полоскать горло раствором фурацилина. Самочувствие вскоре улучшилось, приступил к работе. Ухудшение наступило вчера днём: появились тяжести в теменной и затылочной области головы, недомогание. Обратился в поликлинику. Были сделаны анализы крови и мочи. На следующий день, поскольку самочувствие не улучшилось, направлен в стационар для обследования и лечения.

При осмотре : П – 70 мин. ритм., удовл. наполнения напряжен. АД 21,3/14 кПа (160/105 мм. рт.ст.). 1 тон над верхушкой ослабленной звучности. 2 тон усилен над аортой. Других изменений со стороны внутренних органов не выявлено.

Ан. крови: эр. $4,3 \cdot 10^{12}$ /л, Нв 140г/л, л $7,6 \cdot 10^9$ /л , СОЭ – 22 мм/ч.

Ан. мочи относительность плотность 1,028, белок 1,65 г/л, л . 5-6 в п/зр, эр вышел. 10-15 в п/зр, цилиндры гиалиновые и зернистые 5-6 в п/зр.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
3. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА №2

Больной С., 40 лет, жалуется на головную боль (болит вся голова), общая слабость, головокружение. Заболевание началось внезапно, сегодня утром. Перенёс ангину 3 нед. назад, до вчерашнего чувствовал себя удовл.

При осмотре: П 90 в мин., ритм удовл., наполнения, напряжений. АД 24/14 кПа (180/150 мм.рт. ст.). Границы относительной тупости сердца не изменены. Тоны сердца нормальной звучности, 2 тон немного усилен над аортой. Изменений со стороны лёгких и органов брюшной полости не выявлено. Т. 37,2 С.

Ан. крови : эр. $4,2 \cdot 10^{12}$ /л, Нв 146 г/л, л. $6,8 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 12 мм/ч.

Ан. мочи: реакция слабокислая, относит. плотность 1,028, белок 1,65 г/л, эр вышел. 60-80 в п/зр., л 20-25 в п/з, цилиндры гиалиновые 4-6 в п/з, зернистые 1-3 в п/з. Мочевина крови 21,7 ммоль/л, креатинин 0,27 ммоль/л. Клубочковая фильтрация 40,5 мл/мин.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
3. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА №3

Больной Н., 19 лет, поступил в клинику в связи с повышением АД до 21,3/14 кПа (160/105 мм.рт.ст.) Повышение АД определено впервые. Никаких жалоб не предъявляет. Часто болеет простудными заболеваниями, последний раз 2,5 нед. назад.

При осмотре: бледность и одутловатость лица, пастозность на голеньях. П 84 в 1 мин., ритм напряжённый. АД 22,7/14,7 кПа (170/110 мм. рт. ст.), 1 тон над верхушкой сердца ослаблен, 2 тон усилен над аортой. Со стороны остальных внутренних органов изменений не выявлено.

Ан. крови: эр. $4,8 \cdot 10^{12}/л$, Нв. 146 г/л, Л. $4,2 \cdot 10^9/л$, СОЭ 18 мм/ч.

Ан. мочи: реакция слабокислая, относит. плотность 1,028, белок 0,99 г/л. л. 18-20 в п/зр., эр. измен. 35-50 в п/зр, цилиндры гиалиновые 4-6 в п/зр., зернистые 2-3 в п/зр., слизь в умеренном кол-ве.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
3. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА №4

Больной Л 22 лет, утром при мочеиспускании заметил выделения кровянистой мочи. Никакой боли при этом не ощущал. Накануне бала сырая дождливая погода, и больной вымок под дождём. В настоящее время отмечает общую слабость, тяжесть в затылке, тошноту.

При осмотре: Т. 37,4С, пульс 90 в 1 мин., ритм.. напряжённый. АД 20/14 кПа (150/105 мм.рт.ст.). Тоны сердца нормальной звучности. Со стороны других органов изменений не выявлено. С-м Пастернацкого слабо положит. с обеих сторон. Зев гиперемирован, миндалины рыхлые, выступают из-за дужек.

Ан. крови: эр. $4,7 \cdot 10^{12}/л$, Нв 148 г/л, л. $8,6 \cdot 10^9/л$, п. 11%, СОЭ 24 мм.ч.

Ан. мочи: реакция слабокислая, относит. плотность 1,029, белок 3,3 г/л, эр. покрывают всё поле зрения, л. 10-13 в п/зр, цилиндры гиалиновые 5-6 в п/зр., зернистые 1-2 в п/зр.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
3. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА №5

Больная Б., 22 лет, швея, поступила в гинекологическое отд. в связи с подозрением на ранний токсикоз беременных.

Беременность первая, 10 нед. Жалуется на тошноту, позывы на рвоту, общую слабость, головную боль в теменной и затылочной областях.

При осмотре: больная повышенного питания, лицо одутловатое, мягкие отёки на руках и голенях кожные покровы бледные. Пульс 96 в 1 мин., ритмичный, напряжённый. АД 22,7/14,7 кПа (170/110 мм.рт.ст). Тоны сердца сильно ослаблены, над верхушкой определяется мягкий систолический шум, 2 тон усилен над аортой. В нижнезадних отделах обоих лёгких перкуторный тон притуплен, дыхательный шум в этих местах ослаблен. Печень у края реберной дуги чувствительна в зоне жёлчного пузыря.

Ан. крови: $l. 8,6 \cdot 10^9/l$, н. 72%, п. 8%, СОЭ 28 мм/ч.

Ан. мочи: реакция слабокислая, относит. плотность 1,028, белок 3,3г/л, эр. измен. 25-30 в п/зр, л. 16-18 в п/зр, цилиндры гиалиновые 5-6 в п/зр, зернистые 1-2 в п/зр.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
3. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА № 6

Больной Д., 51 года, доставлен машиной « скорой помощи» в связи с повышением АД до 32/20 кПа (240/150 мм.рт.ст.) Повышение АД определено впервые, раньше кроме простудных заболеваний, ничем не болел

При осмотре: тяжесть в теменной и затылочной областях, небольшое головокружение. Перенёс ОРВИ 3 нед. назад, лечился домашними средствами, продолжает работать В настоящее время ещё сохраняется небольшой кашель. Температура 37,2С. Пульс 96 в 1 мин., ритмичный, напряжённый. АД 29,3/17,3 кПа (220/130 мм.рт.ст.). Тоны сердца нормальной звучности, 2 тон преобладает над аортой, над аортой также определяется жестковатый систолический шум. Над лёгкими – перкуторный тон не изменён, в нижнезадних отделах с обеих сторон – жёсткое дыхание и единичные сухие хрипы. Печень на 2см. выступает из- под края реберной дуги, немного уплотнена и болезненна в зоне желчного пузыря.

Ан. крови: умеренный нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево (с.72%, п.6%) и увеличение СОЭ до 22 мм/ч.

Ан. мочи: реакция слабокислая, относит. плотность 1,029, белок 1,65г/л, эр. измен. 25-30 в п/зр л. 18-20 в п/зр, цилиндры гиалиновые 4-6 в п/зр, зернистые 1-2 в п/зр.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
3. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА №7

Больной Ч., 34 лет, доставлен в клинику «скорой помощи» в связи с повышением АД до 26, 7/16 кПа (200/120 мм.рт.ст.). Повышение АД стало отмечаться в последние два года, но не такого уровня. Лечился нерегулярно. Принимал папазол, иногда инъекции дибазола. 10 лет болен сахарным диабетом, принимает инсулин (20 ЕД простого и 44ЕД ИЦС). Часто болеет простудными заболеваниями, проявляющимися субфебрильной температурой, першением в горле, кашлем. Лечился домашними средствами. Последнее время стал отмечать повышенную утомляемость, слабость, тяжесть в голове, головокружение. Связывал это с сахарным диабетом. Так как стала беспокоить жажда, пьёт много жидкости и выделяется большое количество мочи, особенно в ночное время.

При осмотре: одутловатость лица, бледность кожных покровов. П-100 в мин. напряжённый, слабого наполнения, с единич. экстрасистолами. АД 28/16 кПа (210/120 мм.рт.ст.). Верхушечный толчок усиленный, разлитой, на 3 см. кнаружи от левой срединно-ключичной линии. 1 тон на верхушке сердца глухой, систолический шум и усиление 2-ого тона над аортой. В нижнезадних отделах лёгких – жёсткость дыхательного шума. Печень на 3 см. выступает из-под края реберной дуги, немного уплотнена, не болезненна.

Уровень сахара в крови 12 ммоль/л. Общ. ан. крови: эр. $2,6 \cdot 10^{12}/л$, Нв. 90г/л, СОЭ 42 мм/ч.

АН. мочи: относит. плотность 1,008, белок 0,99г/л, эр. измен. 5-6 в п/зр., л. 5-8 в п/зр., цилиндры гиалиновые 4-5 в п/зр, зернистые 2-4 в п/зр, сахар 14 г/л.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
3. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА № 8

Больной М. 18 лет, учащийся, направлен комиссией райвоенкомата для обследования в связи с изменениями в об. ан. мочи (белок, един. эритроциты, лейкоциты, гиалиновые цилиндры). Подобные изменения определялись год назад также при обследовании в райвоенкомате. Весь этот период не обследовался и не лечился. Жалоб не предъявляет. Температура нормальная.

При осмотре : незначительная бледность кожных покровов и небольшая одутловатость лица. Пульс 80 в 1 мин., ритм удовл. наполнения. АД 17,3/ 10,7 кПа (130/80 мм.рт.ст.). Тоны сердца нормальной звучности, шумы не выслушиваются. Со стороны других органов изменений не выявлено. С-м Пастернацкого отриц. с обеих сторон. Зев слегка гиперемирован, миндалины рыхлые, выступают из-за дужек. Удалось выяснить, что последние 2 года часто простуживался, но к врачу не обращался. Курит.

АН. крови: эр. $4,3 \cdot 10^{12}/л$, Нв 146 г/л, л. $5,1 \cdot 10^9/л$, СОЭ 12мм/ч.

АН. мочи: реакция слабокислая, относит. плотность 1,015, белок 0,66 г/л, эр.5-7 в п/зр, л. 4-6 в п/зр, цилиндры гиалиновые 3-5 в п/зр, при обследовании нескольких полей зрения выявлены два зернистых цилиндра.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
3. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА № 9

Больная С., 64 лет, жалуется на общую слабость, сухость во рту, жажду. В прошлом часто болела ангинами. Последние 10 лет определяется белок в анализах мочи, но не придавала этому значения, не обследовалась и не лечилась.

При осмотре: одутловатость лица, отёчность пальцев рук, голеней. Отёки появились месяц тому назад, без видимой причины. Температура субфебрильная. Беспокоит сильная общая слабость, потеря аппетита, тошнота, позывы на рвоту. Пульс 90 в 1 мин., напряжённый, ритмичный. АД 21,3/ 14,7 кПа (160/110 мм.рт.ст.). 1 тон над верхушкой шум и усиление 2 тона над аортой. Притупление перкуторного тона в нижнезадних отделах лёгких, дыхательный шум в зонах притупления ослаблен. Живот увеличен в размерах, равномерно вздут, что не позволяет прощупать передненижний край печени.

АН. крови: эр. $3,2 \cdot 10^{12}/л$, Нв 90 г/л, Л. $8,2 \cdot 10^9/л$, н. 72%, п. 6%, СОЭ 46 мм/ч. Креатинин крови 0,17 ммоль/л.

АН. мочи: белок 1,25 г/л, Л. до 60 в п/зр, эр. до 8 в п/зр, гиалиновые цилиндры до 6 в п/зр, проба Нечипоренко: л. $16,8 \cdot 10^8/л$, эр. $1,2 \cdot 10^8/л$.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?

ЗАДАЧА № 10

Больная Н., 42 лет, доставлена в клинику в тяжелом состоянии с постоянной одышкой, кашлем, выделением мокроты желтоватого цвета, временами с примесью крови. Врач «скорой помощи» диагностировал острую пневмонию.

При осмотре: температура тела 38,20 С, больная сильно ослаблена, с трудом говорит. Кожа бледная с сероватым оттенком. Кровоточивость десен, язык бледный, обложен сероватым налетом. Пульс 116 в 1 мин., немного напряженный, ритмичный слабый. АД 20/14,7 кПа (150/110 мм.рт.ст.). Тоны сердца ослаблены, над легкими перкуторный тон легочный, небольшое притупление в перкуторных зонах. Дыхательный шум на всем протяжении жесткий с удлинением выдоха. В нижнезадних отделах выслушиваются свистящие сухие и небольшое количество мелкопузырчатых хрипов, преимущественно в подлопаточных зонах. Печень на 2 см. выступает из-под края реберной дуги, немного уплотнена, чувствительна при пальпации.

Удалось выяснить, что 8 лет назад у больной был приступ правосторонней почечной колики, сопровождающийся высокой температурой. Лечилась в урологическом отделении. В дальнейшем иногда ощущала тупую боль в пояснице, больше с права и иногда ознобы.

АН. крови: эр. $2,1 \cdot 10^{12}/л$, Нв 90 г/л, л. $14,6 \cdot 10^9/л$, СОЭ 50 мм / ч.

АН. мочи: относит. плотность 1,006, белок 0,99 г/л, л. покрывают все поле зрения, эр. выщел. 6-8 в п/зр, цилиндры гиалиновые 4-5 в п/зр.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
3. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА №11

Больной Л., 50 лет, преподаватель, жалуется на общую слабость, повышенную утомляемость, головную боль в теменной и затылочной областях после работы. Последние 5 лет отмечает повышение АД, которое с трудом поддается лечению гипотензивными средствами (адельфан, клофелин). Головная боль возникает только при значительном повышении АД. В последний год заметил, что 1-2 раза за ночь возникает потребность в мочеиспускании, при этом выделяется много мочи. 20 лет назад в ан. мочи выявлены белок, един. эритроциты, гиалиновые и зернистые цилиндры. Была произведена тонзиллэктомия, в результате которой ангины прекратились (до этого ежегодно болел ангиной, иногда 2 раза в год).

При осмотре: незначительная одутловатость лица, пульс 88 в 1 мин., ритмичный, напряженный. АД 24/15,3 кПа (180/115 мм.рт.ст.). 1 тон над верхушкой сердца приглушен, систолический шум усиление 2 тона над аортой. Других изменений не выявлено.

Ан. крови: эр. $2,1 \cdot 10^{12}/л$, Нв 136 г/л, л. $7,5 \cdot 10^9/л$, СОЭ 14 мм / ч. Креатинин крови 0,12 ммоль/л.

Ан. мочи: относит. плотность 1,008, белок 0,66 г/л, эр. выщел. 5-6 в п/з, цилиндры гиалиновые и зернистые 5-6 в п/зр.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
3. Ваша врачебная тактика.

ЗАДАЧА 12

Больной Н., 19 лет поступил в клинику в связи с повышением АД до 21,3/14 кПа (160/105 мм. рт. ст.). Повышение АД определено впервые. Никаких жалоб не предъявляет. Часто болеет простудными заболеваниями, последний раз 2,5 недели назад.

При осмотре: бледность и одутловатость лица, пастозность на голенях. Пульс 84 в 1 мин, ритмичный, напряженный. АД 22,7/14,7 кПа (170/110 мм.рт.ст.). 1 тон над верхушкой сердца ослаблен, 2 тон усилен над аортой. Других изменений не выявлено.

Ан. крови: эр. $4,8 \cdot 10^{12}/л$, Нв 146 г/л, л. $4,2 \cdot 10^9/л$, СОЭ 18 мм / ч.

Ан. мочи: реакция слабокислая, относит. плотность 1,028, белок 0,99 г/л, л. 18-20 в п/зр, эр. измен. 35-50 в п/зр, цилиндры гиалиновые 4-6 в п/зр., зернистые 2-3 в п/зр., слизь в умеренном количестве.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
3. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА 13

Больной Д., 16 лет, во время обследования комиссией райвоенкомата пожаловался на беспокоящую его в последнее время головную боль в теменной области, головокружение. АД 29,3/17,3 кПа (220/130 мм.рт.ст.). в прошлом ни чем не болел. Изменений внутренних органов кроме небольшого усиления 2 тона над аортой, не выявлено, в анализах мочи следы белка, единичные эритроциты.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
3. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА 14

Больная Д., 57 лет, жалуется на головную боль в теменной и затылочной областях, снижение аппетита, тошноту, сухость во рту, жажду. За последнее время похудела на 4 кг. В течении 10 лет наблюдается врачом по поводу повышения АД. Принимает иногда адефлан, но он мало помогает.

При осмотре: больная пониженного питания, кожные покровы бледные, пульс 87 в 1 мин., ритмичный, напряженный. АД 30,7/18,3 кПа (230/140 мм.рт.ст.).Верхушечный толчок усилен, смещен в лево до передней подмышечной линии, 1 тон над верхушкой сердца глухой, 2 тон усилен над аортой, систолический шум над аортой. В легких изменений не выявлено. Печень на 2 см. выступает из - под края реберной дуги, уплотнена, немного болезненна в зоне желчного пузыря. С-м Пастернацкого слабо выражено с права.

Ан. крови: эр. $2,4 \cdot 10^{12}/л$, Нв 86 г/л, л. $8,4 \cdot 10^9/л$, СОЭ 54 мм / ч. Креатинин крови 0,268 ммоль/л.

Ан. мочи: относит. плотность 1,008, белок 1,65 г/л, л. 80-100 в п/з, эр. выщел. 8-10 в п/з, цилиндры гиалиновые 5-6 в п/зр.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
3. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА № 15

Больной Г., 74 лет, жалуется на общую слабость, сухость во рту, жажду. Последнюю неделю появилась тошнота. В течении 6-7 лет отмечается повышения АД. Принимает адельфан по 1 табл. 2 раза в сутки. За последнее время похудел. Других заболеваний в прошлом не помнит. При осмотре: больной пониженного питания, худощавый, кожные покровы бледные, пульс 84 в 1 мин., ритмичный, напряженный. АД 29,3/18,3 кПа (220/120 мм.рт.ст.). Левая граница относительной тупости сердца смещена влево на 2 см. 1 тон над верхушкой приглушен, 2 тон усилен над аортой. Над легкими перкуторный тон с коробочным оттенком, дыхательный шум жесткий, особенно в нижнезадних отделах. Печень у края реберной дуги, пальпация ее не болезненна. С-м Пастернацкого слабо выражено с обеих сторон, больше справа.

Ан. крови: эр. $2,1 \cdot 10^{12}/л$, Нв 80 г/л, л. $7,8 \cdot 10^9/л$, СОЭ 24 мм / ч. Креатинин крови 0,354 ммоль/л кальций крови 2,02 ммоль/л.

Ан. мочи: относит. плотность 1,006, белок 0,33 г/л, л. выщел. 5-7 в п/з, л. 10-12 в п/зр. цилиндры гиалиновые 2-3 в п/зр.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
3. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА №16

Больной П., 46 лет, жалуется на кашель с выделением мокроты желтоватого цвета до полстакана в сутки, иногда с примесью крови. Температура тела 37,6 0С. В течении 5 лет наблюдается пульмонологом по поводу бронхоэктатической болезни. Заболевание возникло после затяжной пневмонии. В прошлом много курил, злоупотреблял алкоголем.

При осмотре: больной пониженного питания, цианоз лица, кончиков пальцев, ногтевые фаланги пальцев рук утолщены, ногти по типу часовых стекол. Над легкими - признаки эмфиземы, шум на всем протяжении легких жесткий, выдох удлинен, в прикорневых зонах выслушиваются свистящие сухие хрипы, там же с обеих сторон определяются звучные средне-пузырчатые хрипы. Печень на 3 см. выступает из-под края реберной дуги, чувствительна при пальпации.

Ан. крови: эр. Нв 168 г/л, л. $11,2 \cdot 10^9/л$, п.11%, СОЭ 35мм/ч.

АН. мочи: относительная плотность 1,020, белок 1,65г/л, эр. выщел. 5-6 в п/зр, л.6-8 в п/зр, цилиндры гиалиновые 4-6 в п/зр.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА 17

Больная С., 39 лет, жалуется на головокружение при вставании с постели, тошноту, усиливающуюся после еды, позывы на рвоту. В течении 20 лет наблюдается врачом по поводу сахарного диабета. В последнее время получает 52 ЕД инсулина пролонгированного действия в сутки.

При осмотре: кожные покровы бледные, отечность голеней туловища и на лице. Пульс 80 в 1 мин., слабый, трудно сжимаемый ритмичный. АД 22,7/14,7 кПа (230/140 мм.рт.ст.). Сердечный толчок не прощупывается, левая граница относительной тупости сердца смещена влево на 3 см. 1 тон над верхушкой сердца приглушен, 2 тон усилен над аортой. В нижнезадних отделах легких перкуторный тон притуплен, дыхательный шум в этих местах ослаблен. Живот равномерно вздут, печень прощупывать не удается, перкуторно ее передне-нижний край выступает на 3 см. из под реберной дуги.

Ан. крови: эр. $2,2 \cdot 10^{12}/л$, Нв 80 г/л, л. $4,8 \cdot 10^9/л$, СОЭ 54 мм / ч.

Ан. мочи: относит. плотность 1,006, белок 0,99 г/л, л. 10-12 в п/з, эр. выщел. 3-5 в п/з, цилиндры гиалиновые 4-5 в п/зр., сахар 12 г/л

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
3. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА № 18

Больной П., 46 лет, при поступлении в клинику жалуется на кашель с выделением мокроты желтоватого цвета до двух стаканов за сутки, в основном в утренние часы. Кроме того, беспокоят общая слабость, недомогание, потливость ног.

Более 12 лет, наблюдается в противотуберкулезном диспансере. Проходит курсы противорецидивного лечения, но нерегулярно. Последнее время стал отмечать небольшую отечность век.

При осмотре: больной пониженного питания, лицо цианотично, ногтевые фаланги пальцев рук утолщены. Грудная клетка эмфизематозна, пульс 88 в 1 мин., ритмичный, удовл. наполнения. Тоны сердца ослаблены. Над лёгкими перкуторный тон коробочный, притупление в подключичных зонах, в этих местах жёсткое с бронхиальным оттенком дыхания. В прикорневых зонах свистящие сухие хрипы. На всём протяжении лёгких дыхательный шум жёсткий, с удлинённым выдохом. Печень на 2 см. выступает из-под края реберной дуги, уплотнена, не болезненна.

Ан. крови: эр. $5,2 \cdot 10^{12}/л$, Нв 164 г/л, л. $8,2 \cdot 10^9/л$, н. 69%, п. 5%, лимф. 32%, СОЭ 42 мм/ч.

Ан. мочи: относит. Плотность 1,018, белок 1,65 г/л, л. 22 в п/зр, эр. 6-8 в п/зр. Цилиндры гиалиновые 5-6 в п/зр, зернистые 1-2 в п/зр.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?

ЗАДАЧА № 19

Больная К., 65 лет, с детского возраста больна сахарным диабетом. Последние 6 лет отмечается повышение АД, стала замечать отёчность пальцев рук, голеней, преимущественно утром.

В клинику доставлена в тяжёлом состоянии: выраженные отёки лица, туловища и конечностей, катаракта на правом глазу. Полная потеря зрения на оба глаза последние 2 года. Пульс 90 в 1 мин. ритм. Тоны сердца сильно ослаблены. АД 20/14,7 кПа (150/110 мм.рт.ст). Над задненижними отделами лёгких определяется небольшое притупление перкуторного тона, над остальными отделами лёгких – лёгочный перкуторный тон. Живот увеличен в объёме, шарообразной формы, пупок сглажен. Печень прощупать не удаётся. В наружных отделах живота определяется притупление перкуторного тона.

Ан. крови: эр. $2,1 \cdot 10^{12}/л$, Нв 92 г/л, л. $8,2 \cdot 10^9/л$, СОЭ 26 мм/ч.

Ан. мочи: относит. плотность 1,016, белок 12,3 г/л, сахар 12 г/л, эр. до 15 в п/зр. Л. 8-10 в п/зр., цилиндры гиалиновые 6-8 в п/зр., зернистые 3-4 в п/зр., восковидные 2-3 в п/зр.

Уровень сахара в крови 8,4 ммоль/л.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?

ЗАДАЧА № 20

Больная Б., 54 лет, поступила в клинику в связи с повышением АД до 29,3/17,3 кПа (220/130 мм.рт.ст.). Жалуется на тяжесть в теменной и затылочной областях. Снижение зрения. Повышение АД впервые выявлено 10 лет назад. Регулярно принимает адельфан по 3т. в сутки. В начале заболевания АД было 24/14,7 кПа (180/100 мм.рт.ст.), последнее время 29,3/16 кПа (220/120 мм.рт.ст.). Стала дополнительно принимать клофелин по 2-3 раза в день, но и это помогало мало.

При осмотре: больная несколько повышенного питания. Пульс 90 в 1 мин. напряжённый, ритмичный. 1 тон над верхушкой приглушен, систолический шум и усиление 2 тона над аортой. В нижнезадних отделах лёгких – жёсткое дыхание. Печень у края реберной дуги. Немного болезненна в зоне желчного пузыря. Слабо выражен с-м Пастернацкого слева. Температура тела 37,2С.

При дополнительном расспросе выяснено, что 6 лет назад была левосторонняя почечная колика.

Ан. крови: л. $8,2 \cdot 10^9/л$, п. 8%, СОЭ 28 мм/ч.

Ан. мочи: относит. плотность 1,014, белок 1,65 г/л, л. 60-80 в п/зр., эр. 5-6 в п/зр., цилиндры гиалиновые 5-6 в п/зр, зернистые 4-5 в п/зр.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?

ЗАДАЧА № 21

Больная Д., 24 лет, обратилась в поликлинику в связи с отёчностью на лице, веках (глаза плохо раскрываются), тяжестью в затылочной области, недомогание, общей слабостью. Тем. тела 37,2С.

Заболевание началось сегодня утром, за 2 нед. перед этим перенесла острое респираторное заболевание, которое проявилось повышением темп. до 37,8С, недомогание, общей слабостью, болью в горле при глотании, небольшим кашлем. Затем состояние улучшилось, приступила к работе (работает маляром). Последние 2 года часто простуживается.

При осмотре: бледность и одутловатость лица, отёчность век, на голеньях и пальцах рук -мягкие отёки. Пульс ритмичный, слабого наполнения, немного напряжён, 88 в 1мин. АД 18,7/12,8 кПа (140/96 мм.рт.ст.). Сердечный толчок не прощупывается, тоны сердца сильно ослаблены, 2 тон преобладает над аортой. Других изменений со стороны внутренних органов не выявлено. Синдром Пастернацкого отриц. с обеих сторон.

Ан. крови: эр. $4,4 \cdot 10^{12}$ /л., Нв 140 г/л., л. $7,2 \cdot 10^9$, СОЭ 18мм/ч.

Ан.мочи: реакция слабокислая, относит. плотность 1,024, белок 3,3г/л эр. 6-7 в п/зр., л. до 8 в п/зр., цилиндры гиалиновые 6-8 в п/зр., зернистые 3-5 в п/зр.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
3. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА № 22

Больной П., 46 лет, Жалуется на кашель с выделением мокроты жёлтого цвета, до полстакана в сутки. Иногда с примесью крови. Температура тела 37,6С. В течении 5 лет наблюдается пульмонологом по поводу бронхоэктатической болезни. Заболевание возникло после затяжной пневмонии. В прошлом много курил, злоупотреблял алкоголем.

При осмотре: больной несколько пониженного питания, цианоз лица, кончиков пальцев, ногтевые фаланги пальцев рук утолщены, ногти по типу часовых стёкол. Над лёгкими – признаки эмфиземы, дыхательный шум на всём протяжении лёгких жёсткий, выдох удлинён, в прикорневых зонах выслушиваются свистящие сухие хрипы, там же с обеих сторон определяются звучные средне-пузырчатые хрипы. Печень на 3 см. выступает из-под края реберной дуги, уплотнена, чувствительна при пальпации.

Ан. крови Нв 168г/л., л. $11,2 \cdot 10^9$ /л., п. 11%, СОЭ 35мм/ч.

Ан. мочи: относит. плотность 1,020, белок 1,65г/л, эр. вышел. 5-6 в п/зр., л. 6-8 в п/зр., цилиндры гиалиновые 4-6 в п/зр.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА № 23

Больной Н., 31 года, доставлен в клинику машиной «скорой помощи» с подозрением на пищевое отравление. При поступлении жалуется на постоянную тошноту, рвоту после каждого приёма пищи, жажду, сухость во рту. Ухудшение самочувствия возникло в последние дни без видимой причины. В течение последних лет заметил повышенную утомляемость, часто стали беспокоить общая слабость, головокружение. Последние 5 лет находится под наблюдением в связи с повышением АД.

В прошлом часто болел ангиной. 12 лет назад была произведена тонзиллэктомия, и ангины прекратились. 10 лет назад в моче случайно был обнаружен белок, но больше по этому поводу не обследовался.

При осмотре : бледность кожных покровов, похудание, небольшая одутловатость лица. Отдельные подёргивания мышц туловища, и верхних конечностей. Пульс 84 в 1 мин., ритм напряжённый. АД 22,7/15,3 кПа (170/115 мм. Рт. Ст.). 1 тон над верхушкой сердца ослаблен, 2 тон усилен над аортой. В задненижних отделах лёгких- жёсткое дыхание. Живот мягкий, запавший. Симптомов раздражения брюшины нет. Сигмовидная кишка сокращена, чувствительна. Привратник при пальпации чувствительный, сокращённый.

Ан. крови: эр. $2,1 \cdot 10^{12}/л$ Нв 92г/л, л. $7,2 \cdot 10^9/л$, СОЭ 24 мм/ч.

Ан. мочи: относит. плотность 1,006, белок 0,33 г/л., л. 12 в п/зр., эр. Измен. 10-12 в п/зр., цилиндры гиалиновые и зернистые 5-6 в п/зр., креатинин крови 0,356 ммоль/л.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимо дополнительные методы исследования?

ЗАДАЧА № 24

Больная К., 28 лет, во второй половине беременности почувствовала головокружение, тяжесть в затылочной области, участковый врач определил повышение АД до 32/17,3 кПа (240/130 мм. рт.ст.). До этого АД было в пределах нормы (последний раз АД измеряли месяц назад).

При осмотре: больная несколько повышенного питания, отёков нет, пульс 100 в 1 мин., ритмичный, напряжённый. АД 32/17,3 кПа (230/140 мм.рт.ст.). Тоны сердца звучные. 2 тон усилен над аортой. Других изменений во внутренних органах не выявлено. В околопупочной области справа и по ходу правой бедренной артерии определяется систолический шум. Пульс на правой бедренной артерии ослаблен.

Ан. мочи: белок 0,033 г/л., единичные изменения эритроциты и единичные лейкоциты.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?

ЗАДАЧА № 25

Больная Д., 50 лет, библиотекарь жалуется на боль в левом боку при наклонах и поворотах туловища, повышение температуры до 37.8-38 С, общую слабость, похудание. Ухудшение самочувствия возникло последние полгода без видимой причины. Вначале появились повышенная утомляемость, повышение температуры до субфебрильной, затем присоединились другие, описанные выше симптомы.

При осмотре: больная пониженного питания, кожные покровы бледные. В области грудинно-ключичного сочленения справа и в области 4-5 ребер слева до передней подмышечной линии определяются плотные утолщения, связанные с подлежащей костью. Пульс 88-92 в 1 мин. ритм умеренного наполнения. АД 14,7/9,3 кПа (110/70 мм.рт.ст.). Тоны сердца ослабленной звучности. Над лёгкими определяется лёгочный перкуторный тон, дыхательный шум немного жестковат. Живот мягкий, печень на 2 см. выступает из-под края реберной дуги, край её мягкий, неболезненный. В положении на правом боку прощупывает нижний полюс селезёнки, на 2 см, выступающий из-под края реберной дуги. Край её мягкий, чувствительный при пальпации.

Ан. крови: эр. $1,8 \cdot 10^{12}$ /л., Нв. 80г/л., СОЭ 70мм/ч.

Ан. мочи: белок 2,2 г/л., единичные изменения эритроциты, цилиндры гиалиновые и зернистые 5-6 в п/зр.

Общий белок сыворотки крови 92 г/л., альб. 35%, глоб. 66%, креатинин крови 0,12 ммоль/л.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?

ЗАДАЧА № 26

Больной З., 30 лет, заболел остро после гриппа: появились боль и припухлость в коленных и голеностопных суставах, температура повысилась до 38,2С, возникла резчайшая боль в икроножных мышцах. Затем стало нарастать истощение. Повысилось АД до 30,7/20 кПа (230/150 мм.рт.ст.), ухудшилось зрение, появились одышка, приступы удушья. На левом предплечье по ходу сосудов прощупываются узелки. Число дыханий до 40 в 1 мин. пульс 130 в 2 мин., ритм. Напряжённый АД 30,7/18,7 кПа (230/140 мм.рт.ст.) Сердечный толчок разлитой, тоны сердца очень ослаблены, преобладает 2 тон над аортой. Над нижними отделами лёгких – жёсткое дыхание и един. свистящие сухие хрипы. Печень на 3 см. выступает из-под края реберной дуги, уплотнена, чувствительна при пальпации. На голених определяется отёчность

Ан. крови: Нв 66г/л., л. $7,8 \cdot 10^9$, СОЭ 57мм/ч.

Ан. мочи: относит. плотность 1,003, белок 1,65 г/л., эр. 10-12 в п/зр., л. 14-18 в п/зр., цилиндры гиалиновые 3-5 в п/зр.

ВОПРОСЫ

1. Какие ведущие синдромы заболевания?
2. Какие заболевания нужно исключить?
3. Ваш диагноз?

ЗАДАЧА № 27

Больная И., 31 года, последнее время по состоянию здоровья не работает, в прошлом геолог. При поступлении в клинику жалуется на одышку, боль в области сердца, в коленных, локтевых, голеностопных, лучезапястных суставах, мелких суставах пальцев рук, повышение температуры до 38С.

Более 2 года. Заболевание началось летом во время пребывания в степи. Стало отмечаться повышение температуры до 38,6С, появились общая слабость, боль в суставах конечностей, припухлость суставов. Лечилась в ревматологической клинике ацетилсалициловой кислотой, антибиотиками, однако состояние продолжало ухудшаться.

При осмотре: состояние средней тяжести, больная пониженного питания, кожные покровы бледноватые, губы цианотичные, на щеках – яркий румянец. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, немного болезненны. Коленные, локтевые, лучезапястные, голеностопные суставы, суставы пальцев рук отёчные, кожа над ними горячая. Пульс 105 в 1 мин. ритм умеренного наполнения, немного напряжён. АД 20/13.3 кПа (150/100 мм.рт.ст.). Сердечный толчок разлитой, 1 тон над верхушкой ослаблен, 2 тон усилен над лёгочной артерией. В нижнезадних отделах лёгких – жёсткое дыхание, в подлопаточной обл. справа - небольшое количество мелкопузырчатых хрипов. Печень на 3 см. выступает из-под реберной дуги, немного уплотнена, чувствительна при пальпации.

Ан. крови: эр. $3,2 \cdot 10^{12}/л.$, Нв 100 г/л., л. $3,5 \cdot 10^9/л.$, СОЭ 54 мм/ч.

Ан. мочи: относит. плотность 1,018, белок 0,99 г/л., эр. 30 в п/зр., л. 8-10 в п/зр., цилиндры гиалиновые 5-6 в п/зр.

ВОПРОСЫ

1. Какое заболевание необходимо исключить?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?

ЗАДАЧА № 28

Больная С., 19 лет, обратилась к врачу в связи с повышением температуры до 38С, болью в крупных суставах конечностей, суставах пальцев рук, в области сердца, общей слабостью. Состояние ухудшилось в последние дни пребывания в Крыму. 7 лет назад перенесла хорею. В прошлом часто болела ангиной. 6 лет назад перенесла тонзиллэктомию.

При осмотре: больная несколько пониженного питания, коленные, лучезапястные, голеностопные суставы, суставы пальцев рук немного отёчны, движения в них болезненны, температура кожи над ними повышена, на щеках яркий румянец. Увеличение и небольшая болезненность лимфоузлов шеи, уплотнение их. Пульс 110 в 1 мин., ритмичный, слабого наполнения. АД 14,7/9,3 кПа (110/70 мм.рт.ст.). Сердечный толчок разлитой, 1 тон над верхушкой сердца ослаблен, жестковатый систолический шум над верхушкой, 2 тон усилен над лёгочной артерией. В нижнезадних отделах лёгких – жёсткость дыхательного шума. Печень на 3 см. выступает из-под реберной дуги, немного уплотнена и чувствительна при пальпации. Волосы редкие (последнее время отмечает усиленное выпадение волос).

Ан. крови: эр. $3,2 \cdot 10^{12}/л.$, Нв 100 г/л., л. $3,2 \cdot 10^9/л.$, СОЭ 54мм/ч.

Ан. мочи: относит. плотность 1,018, белок 0,33г/л., эр. 30-40 в п/зр., л. 12-16 в п/зр., цилиндры гиалиновые 5-6 в п/зр.

ВОПРОСЫ

1. Какие заболевания следует исключить?
2. Какое из них наиболее вероятное?
3. Какие необходимы дополнительные методы исследования?

ЗАДАЧА № 29

Больная Б., 26 лет, жалуется на острую боль в животе, жидкий стул, кал чёрного цвета. Температура тела 37,8С. Заболевание началось утром. Накануне попал под дождь и сильно промёрз.

При осмотре: лицо одутловатое, небольшие мягкие отёки на тыльной поверхности кистей рук и в области нижней трети голеней. На разгибательной поверхности голеней и предплечий – геморрагические высыпания. Небольшая отёчность коленных суставов. Пульс 90 в 1 мин. ритмичный. 1 тон над верхушкой сердца приглушен, мягкий систолический шум над верхушкой, 2 тон усилен над лёгочной артерией. Со стороны лёгких изменений не выявлено. Живот напряжён, слабо выражен с-м Блюмберга, из-за этого произвести глубокую пальпацию невозможно. С—м Пастернацкого отриц. с обеих сторон.

Ан. крови: эр. $4,4 \cdot 10^{12}/л.$, Нв 142 г/л., л. $8,2 \cdot 10^9/л.$, СОЭ 32мм/ч.

Ан. мочи: относит. плотность 1,024, белок 3,3 г/л., эритроциты изменённые и малоизменённые 40-60 в п/зр., цилиндры гиалиновые 5-6 в п/зр., оксалаты в умеренном кол-ве. Общий белок сыворотки крови 5,8 г/л.

ВОПРОСЫ

1. Какие заболевания следует исключить?
2. Какое из них наиболее вероятное?
3. Какие необходимы дополнительные методы исследования?

ЗАДАЧА № 30

Больной М., 46 лет, жалуется на боль в суставах конечностей, утреннюю скованность в суставах, отёки на лице, туловище, конечностях, которые появились на днях после охлаждения (принимал недостаточно тёплую ванну, замёрз). 10 лет находится под наблюдением врача по поводу ревматоидного артрита.

При осмотре: распространённая отёчность на лице, туловище, конечностях, отеки мягкие, кожа над ними бледноватая, с восковидным оттенком. Пульс 88 в 1 мин., АД 17,3/10,7 кПа (130/80 мм.рт.ст.). Тоны сердца очень ослаблены. В нижнезадних отделах лёгких перкуторный тон немного притуплен, дыхательный шум в этих местах ослаблен. Печень у края реберной дуги. Деформация суставов пальцев рук, локтевых, коленных суставов с небольшим нарушением их функции.

Ан. крови: об. белок 62 г/л.

Ан. мочи: относит. плотность 1,026. Белок 3.3 г/л., ед. эритроциты., лейкоц. 18 в п/зр., цилиндры гиалиновые 5-7 в п/зр., зернистые 4-5 в п/зр.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
3. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА № 31

Больная Е., 20 лет. Заболевание началось год назад, вначале проявлялось болью в суставах конечностей и повышением Т. тела до 37,8-38,2С. Наблюдалась небольшая отёчность суставов. Летом после пребывания в сельской местности состояние больной ухудшилось: температура повысилась до 38,7С, увеличилась боль в суставах, стала более выраженной отёчность суставов. На щеках появился стойкий яркий румянец. В связи с этим направлена в клинику.

При осмотре: больная несколько пониженного питания, на щеках яркий румянец. Суставы конечностей (коленные, локтевые, лучезапястные, голеностопные, пальцев рук) утолщены, температура кожи над ними повышена. Увеличены и немного болезненны лимфоузлы шеи. Пульс 110 в 1 мин.. с отдельными экстрасистолами. Умеренного наполнения. АД 18,7/9,3 кПа (140/70 мм.рт.ст.). 1 тон над верхушкой сердца ослаблен, систолический шум над верхушкой, небольшое усиление 2 тона над лёгочной артерией. Над подлопаточной областью справа перкуторный тон притуплен до пятого межреберья, дыхательный шум в зоне притупления ослаблен. Печень на 2 см. выступает из-под края реберной дуги, немного уплотнена, чувствительна при пальпации.

Ан. крови: эр. $3,1 \cdot 10^{12}$ /л., Нв 100 г/л., л. $3,5 \cdot 10^9$ /л., СОЭ 52 мм/ч.

Ан. мочи: белок 0,99 г/л., эр. 24 в п/зр., л. 16-18 в п/зр., цилиндры гиалиновые 5-6 в п/зр.

ВОПРОСЫ

1. Ваш диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?

ЗАДАЧА № 32

Больной К., 40 лет, заболел после сильного охлаждения. Появились распространённые отёки туловища, лица, конечностей, кашель с небольшим выделением мокроты, в мокроте почти каждый день определялась примесь крови. Нарастала одышка. Над лёгкими отмечается притупление перкуторного тона в прикорневых зонах и в нижнезадних отделах с обеих сторон неравномерно. В подлопаточных зонах. В местах притупления – звучная крепитация и мелкопузырчатые хрипы. Пульс 90 в 1 мин., ритм напряжённый. АД 22,7/14,7 кПа (170/110 мм.рт.ст.). Тоны сердца ослаблены, 2 тон преобладает над аортой. Печень на 2 см выступает из-под реберной дуги, мягкая, неболезненная.

Ан. крови: эр. $3,1 \cdot 10^{12}$ /л., Нв 96 г/л., л. $8,6 \cdot 10^9$, СОЭ 43мм/ч.

Ан. мочи: относит. плотность 1,024, белок 3.3 г/л, эр. 24 в п/зр., цилиндры гиалиновые 5 в п/зр., зернистые 3-5 в п/зр.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?

ЗАДАЧА № 33

Больной З., 30 лет, заболел остро, повысилась температура 38,4С, появилась боль в коленных и голеностопных суставах, припухлость этих суставов, затем стала беспокоить боль в икроножных мышцах. Был поставлен диагноз ревматоидного артрита и начато лечение диклофенаком. Состояние продолжало ухудшаться. Нарастали общая слабость, похудание. Через 2 месяца стало определяться повышение АД. Заметил ослабление зрения. Появилась одышка при ходьбе. Временами стали возникать приступы удушья.

При осмотре: кожные покровы бледные, температура тела 37,8С, цианоз губ. ЧД 40 в 1 мин. Пульс 130 в 1 мин., ритмичный, напряжённый. АД 30.7/20 кПа (230/150 мм.рт. ст.). Сердечный толчок разлитой, верхушечный толчок смещён до передней подмышечной линии, усилен. 1 тон над верхушкой сердца глухой, 2 тон усилен над аортой. В нижнезадних отделах с обеих сторон жёсткое дыхание, свистящие сухие и мелкопузырчатые хрипы в небольшом количестве. Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги, немного уплотнена и болезненна при пальпации. На голенях-небольшая отёчность. Коленные и голеностопные суставы немного отёчны. На левом предплечье по ходу сосудов прощупываются узелки.

Ан. крови: Нв 99 г/л., л. $7,2 \cdot 10^9$ /л., СОЭ 59 мм/ч.

Ан. мочи: белок 1,66 г/л., эр. 35-40 в п/зр., л. 10-12 в п/зр., цилиндры гиалиновые 5-6 в п/зр.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?

ЗАДАЧА № 34

Больная Ф., 20 лет, последние 5 мес. стала отмечать боль в суставах кистей рук и стоп, по утрам – скованность в этих суставах. К врачам не обращалась. Летом после пребывания на пляже состояние больной резко ухудшилось: появилась боль в других суставах (коленных, голеностопных, локтевых), суставы отёчны, болезненны при движении. Кроме того, стали беспокоить одышка, сердцебиение, кашель с выделением небольшого количества мокроты. Температура тела 38,5-39,4С. Пульс 120 в 1 мин., ритмичный АД 20/14,7 кПа (150/110 мм.рт.ст.). Тоны сердца ослаблены, над верхушкой определяется мягкий систолический шум. Над нижним отделом правого лёгкого сзади до середины лопатки определяется притупление перкуторного тона и ослабление дыхательного шума. Печень на 3 см., селезёнка на 2см. выступают из-под края реберной дуги, края этих органов при пальпации чувствительны. Отмечается также увеличение лимфоузлов на шее, узлы не спаяны с окружающими тканями, немного болезненны. Имеются мягкие отёки на лице, туловище, конечностях.

Ан. крови: эр. $3,3 \cdot 10^{12}$ /л., Нв. 102 г/л., л. $3,6 \cdot 10^9$ /л., СОЭ 54мм/ч.

Ан. мочи: белок 3,3 г/л., эр. 12-16 в п/зр., цилиндры гиалиновые 4-6 в п/зр., зернистые 2-4 в п/зр.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?

ЗАДАЧА № 35

Больной В., 30 лет, заболел вскоре после гриппа. Заболевание началось с повышения температуры до 38,6 С озноба, общей слабости. Затем появилась головная боль в теменной и затылочной областях, ухудшился слух. АД 120/80 мм.рт.ст. В моче изменений не обнаружено. В домашних условиях получал антибиотики, но состояние не улучшилось и на 25-й день болезни был госпитализирован.

При осмотре: пульс 118 в 1 мин. напряжённый, ритмичный. АД 200/120 мм.рт.ст. Тоны сердца ослабленной звучности. Над лёгкими в задне-нижних отделах жёсткое дыхание. Единичные свистящие сухие хрипы. Живот при пальпации немного напряжён и болезнен во всех отделах. Печень на 2 см выступает из-под реберной дуги, уплотнена. Симптом Пастернацкого слабо-положительный с обеих сторон.

Ан. крови: эр. $1,7 \cdot 10^{12}/л.$, Нв 61 г/л., СОЭ 60 мм/ч. Y-глобулины 33%.

Ан. мочи: относит. плотность 1018, белок 3.9 г/л., эритроциты свежие и выщелоченные до 100 в поле зрения, л. 20-25 в п/зр.

Минимальный диурез 0.3 мл в 1 мин., клубочковая фильтрация – 50,1 мл в 1 мин., уровень мочевины в крови увеличен до 54,3 ммоль/л., уровень креатинина в крови – до 1,12 ммоль/л.

ВОПРОСЫ

1. Ваш диагноз?
2. Какие необходимы методы дополнительного обследования?
3. Какие заболевания нужно исключить?
4. Каковы самые неотложные лечебные мероприятия?

ЗАДАЧА № 36

Больной Н., 56 лет, поступил в клинику в связи с повышением АД до 29,3/17 кПа (220/130 мм.рт.ст.). Болеет 12 лет. Повышение АД определено случайно, переносит его неплохо, регулярно не лечится. Правда, при углубленном распросе удалось выяснить, что в молодом возрасте 2 года развивалась правосторонняя почечная колика. Периодически принимает адельфан или клофелин, но АД существенно не снижается. Т. тела нормальная, изредка 37,2С.

При осмотре: пульс 88 в 1 мин., напряжённый, ритм. АД 29,3/17,3 кПа (220/130 мм.рт.ст.). 1 тон над верхушкой сердца приглушен, систолический шум и усиление 2 тона над аортой. В нижнезадних отделах лёгких – жёсткость дыхательного шума. Печень на 2 см. выступает из-под края реберной дуги, чувствительна в зоне желчного пузыря, слабо выражен с-м Пастернацкого справа.

Ан.крови: эр. $3,2 \cdot 10^{12}/л.$, Нв 108 г/л., л. $7,3 \cdot 10^9/л.$, СОЭ 22мм/ч.

Ан. мочи: относит. плотность 1,016, белок 1,65г/л., л. 80-100 в п/зр., эр. до 8-10 в п/зр., цилиндры гиалиновые 5-6 в п/зр., бактерии и слизь в небольшом количестве.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
3. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА № 37

Больной П., 26 лет, обратилась к врачу в связи с тем, что утром заметил выделение мочи кровянистого цвета. Боли не ощущал. Т. тела 37,2 С За две недели перед этим перенёс ОРВИ, при этом ощущал боль в горле при глотании. В прошлом часто страдал простудными заболеваниями. Не обследовался и не лечился. Каких – либо других заболеваний не отмечает.

При осмотре: больной правильного телосложения, худощав, подчелюстные лимфоузлы увеличены, уплотнены, чувствительны при пальпации. Пульс 90 в 1 мин., ритмичный. АД 16/9,3 кПа (120/70 мм.рт.ст.). Тоны сердца нормальной звучности. Со стороны лёгких и органов брюшной полости изменений не выявлено. С-м Пастернацкого отриц., с обеих сторон. Миндалины увеличены, выступают из-за дужек, слизистая оболочка над ними гиперемирована.

Ан. крови: эр. $4,5 \cdot 10^{12}/л.$, Нв 145г/л, л. $8,2 \cdot 10^9$, п. 8%, э. 2 % , с. 72%, лимф. 15%, мон. 3%, СОЭ 26 мм/ч.

Ан. мочи: относит. плотность 1,028, белок 1,65 г/л., эр. густо покрывают поле зрения, един. гиалиновые цилиндры.

ВОПРОСЫ

1. Какие заболевания следует исключить?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?

ЗАДАЧА № 38

Больной В., 38 лет, жалуется на одышку, чувство тяжести в надчревьё, небольшую отёчность в области голеней к вечеру. В течение 6 лет наблюдается по поводу ревматизма. Регулярно проходит противорецидивные курсы лечения. Последние 2 года стал отмечать одышку. Чувство тяжести в надчревной области после еды, небольшую отёчность на голенях в конце дня.

При осмотре: больной несколько пониженного питания, небольшой цианотический румянец на щеках. Набухание шейных вен. Пульс 110 в 1 мин., неритмичный. АД 14,7/9,3 кПа (110/70 мм.рт.ст.). 1 тон над верхушкой сердца усилен, систолический и протодиастолический шумы над верхушкой, 2 тон усилен над лёгочной артерией. В нижнезадних отделах лёгких жёсткое дыхание, единичные мелкопузырчатые хрипы. Печень на 3 см. выступает из-под края реберной дуги, уплотнена, немного болезненна. На голенях небольшая отёчность.

Ан. мочи: относит. плотность 1,020, белок 0,66 г/л., эр. 12-16 в п/зр., л. 8-10 в п/зр., цилиндры гиалиновые 4-5 в п/зр.

ВОПРОСЫ

1. Ваш диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
3. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА № 39

Больной Е., 57 лет, поступил в клинику с распространёнными отёками туловища и конечностей. Накануне 2 раза был кал чёрного цвета, кашицеобразной консистенции. Последние 2 месяца чувствовал слабость, понижение аппетита.

При осмотре: больной гиперстенического телосложения, кожные покровы бледноватые. В левой надключичной зоне прощупывается увеличенный лимфоузел. Пульс 88 в 1 мин., ритмичный. АД 17,3 /10,7 кПа (130/90 мм.рт.ст.). В сердце и лёгких изменений не выявлено. Живот дряхлый, немного запавший. Обращает на себя внимание отсутствие пространства Траубе (исследование производилось натошак). Печень и селезёнка не выступают из-под края реберной дуги, пальпация их безболезненна.

Ан. крови: эр. $2,1 \cdot 10^{12}$ /л., Нв 66 г/л., СОЭ 56 мм/ч.

Ан. мочи: относительная плотность 1024, белок 3.6 г/л., гиалиновые и зернистые цилиндры 5-6 в п/зр., эр. измен. 8-12 в п/зр., л. 5-8 в п/зр.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?

ЗАДАЧА № 40

Больная М., 46 лет, жалуется на резкую общую слабость, повышение температуры до 38°C ., потливость, боль в предсердечной области, распространяющуюся в левую руку. Периодически наступающее удушье. Кроме того беспокоит кашель с выделением мокроты, иногда кровохарканье, вздутие живота, изредка – схваткообразная боль в животе, боль в суставах.

Болеет около 2-х лет. До этого 14 лет по роду работы имела дело со свинцом. Заболевание началось с повышения температуры до субфебрильной, затем – до 38°C . Стала беспокоить боль в суставах и в области сердца. Проводилось противоревматическое лечение. Но эффекта не дало. При применении пеницилина стали возникать приступы удушья.

При осмотре: состояние тяжёлое, перламутровая бледность кожных покровов, похудание, цианоз губ, «свинцовая кайма» на дёснах. Мелкие суставы пальцев рук отёчны, немного деформированы, движения в них болезненны. Пульс 128 в 1 мин., напряжённый, неритмичный 25-30 экстрасистол в 1 мин., АД 210/100 мм.рт.ст. Левая граница относительной тупости сердца на 3 см смещена влево и достигает 6-го межреберья. 1 тон над верхушкой приглушен, систолический шум и усиление 2 тона над аортой. В задненижних отделах лёгких единичные свистящие сухие и небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Печень на 2-3 см выступает из-под реберной дуги, чувствительна при пальпации. Селезёнка на 2 см выступает из-под реберной дуги, чувствительна при пальпации. Отмечаются гипотрофия и болезненность мышц верхних и нижних конечностей.

Ан. крови: эр. $3,1 \cdot 10^{12}/\text{л}$., Нв 90г/л., СОЭ 56 мм/ч., Л. $14 \cdot 10^9/\text{л}$., э. 4%, п. 8%, с. 74%, лимф. 10%, мон. 4%,

Концентрация свинца в 5 раз превышает норму. Уровень мочевины в крови 28 ммоль/л, креатинина в крови – 0,31 ммоль/л.

Ан. мочи: относительная плотность 1,008, белок 3,8г/л., л. 4-6 в п/зр., эр. 2-4 в п/зр.

ВОПРОСЫ

1. Ваш диагноз (выделить основное и сопутствующее заболевание)?

Больной Н. 28 лет, обратился с жалобами на изменение цвета мочи (стала бурого цвета), головные боли, одутловатость лица, ощущение тяжести в поясничной области.

Считал себя здоровым человеком. В детстве несколько раз были ангины, протекавшие достаточно тяжело, предлагалась тонзилэктомия, однако она так и не была произведена. Последняя ангина около 15 лет назад. В 18 лет при обследовании в военкомате никакой патологии со стороны внутренних органов и в анализах крови и мочи не выявляли. Периодически злоупотребляет алкоголем. Вышеописанные жалобы появились около месяца назад во время служебной командировки в одну из африканских стран. Перед поездкой больному была проведена вакцинация против ряда тропических заболеваний. Плохое самочувствие объяснял сменой климата и напряженной работой, однако после возвращения домой состояние продолжало ухудшаться, головные боли стали практически постоянными, цвет мочи оставался бурым. Обратился к врачам.

При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Цвет кожных покровов обычный. Отмечается одутловатость лица, пастозность голеней. Периферические л/у не увеличены. Костно-мышечная система без видимой патологии. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Отмечается тахикардия – 110 уд в мин. АД -160\100 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, мягко-эластической консистенции, безболезненная при пальпации. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон.

Общий анализ крови: Эр- 4100000, Нб – 13,5 г/ л, Л – 6000, лейкоцитарная ф-ла без изменений, тромбоц. – 260 000, СОЭ – 15 мм/час.

Общий анализ мочи: уд. вес – 1018, белок – 0,6 ‰, Л – 2-3 в п/зр, Эр – 20-25 в п/зр, цил – нет.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После второго этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования больного, укажите какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
4. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Больной Р., 28 лет поступил в клинику по направлению уролога поликлиники. Пациент около 2 недель назад обратил внимание на изменение цвета мочи (красноватый оттенок). Около месяца назад перенес ОРВИ, принимал аспирин. В поликлинике по месту жительства урологом была выявлена гематурия, однако проведенное обследование, включавшее в себя в/в урографию, УЗИ и цистоскопию патологических изменений не выявило. При осмотре состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, отеков нет, периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 66 уд/мин, ритмичный. Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД 140 и 80 мм рт.ст. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, дополнительных дыхательных шумов нет. ЧДД 24/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Поясничная область визуально не изменена, симптом поколачивания по поясничной области слабopоложительный. Лабораторные исследования: Нв 154 г/л, эритроциты 4,6 млн, лейкоциты 6,4 тыс, СОЭ 8 мм/ч, тромбоциты 278 тыс. в 1 мкл, общ. белок 7,3 г%, альбумин 4,4 г%, общ. билирубин – 1,1 мг%, СРБ (-), креатинин 1,3 мг%, IgA 680 мг%, титр АСЛО – ниже 1:250, коагулограмма, комплемент С3 в пределах нормы. Анализ мочи: рН 5,5 относительная плотность – 1018, белок 0,033 промиллей, сахара, ацетона нет, лейкоциты – 0-1-2 в п/зр, эритроциты 20-40 в п/зр (выщелоченные), цилиндры (гиалиновые) – 1-2 в п/зр.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После второго этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования больного, укажите какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки клинического диагноза.

Задача №43.

Больная Р. 15 лет, через 10 дней после перенесенной ангины отметила признаки задержки жидкости (уменьшение количества выделяемой мочи при обычном питьевом режиме,

отечность конечностей и одутловатость лица), изменение цвета мочи (цвет «мясных помоев»), боли в затылочной области.

При осмотре состояние средней тяжести. Конституция нормостеническая. Температура тела 36,8 град. Кожные покровы и слизистые нормальной окраски, чистые. Катаральных явлений нет. Задняя стенка глотки бледно-розовая, небные миндалины несколько увеличены, бледно-розовые, незначительно инъецированы сосудами. Определяются отеки голеней, стоп, лица. Лимфатические узлы не увеличены. ЧДД 17 в мин., дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Сердце не расширено (левая граница на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, правая граница по правому краю грудины, верхняя – по нижнему краю III ребра). Тоны сердца ясные, II тон во втором межреберье справа от грудины усилен. ЧСС 88 уд/мин, ритм сердца правильный, АД 160 и 100 мм рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень не выходит за край реберной дуги по правой среднеключичной линии, селезенка не увеличена. Поясничная область визуально не изменена, симптом поколачивания по поясничной области слабopоложительный. Лабораторные исследования : Нв 127 г/л, эритроциты 3,6 млн, лейкоциты 6,7 тыс (нейтр – 54%, палочкояд. – 2%, лимфоц.-29), СОЭ 18 мм/ч, тромбоциты 234 тыс. в 1 мкл, общ. белок 8,3 г%, альбумин 4,8 г%, общ. билирубин – 1,1 мг%, СРБ (+), креатинин 2,6 мг%, IgA 230 мг%, титр АСЛО – 1:640, снижение комплемента С3. Анализ мочи: рН 5, относительная плотность – 1022, белок 0,033 промиллей, сахара, ацетона нет, лейкоциты – 5-7 п/зр, эритроциты густо покрывают поле зрения 20 в п/зр, единичные цилиндры – 4-6 п/зр. Суточный диурез 800 – 950 мл.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После второго этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования больного, укажите какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки клинического диагноза.

Задача № 44

Больной 49 лет, инженер. Жалобы на отеки лица, нижних конечностей, слабость, снижение аппетита, одышку при физической нагрузке, головокружение, жажду, периодические поносы. Выяснено, что около 3-х месяцев назад стал отмечать отечность лица по утрам, затем появилась слабость, снижение работоспособности. За последние 3 недели после

перенесенного ОРВИ, появились отеки голеней, стоп, жажда, головокружение, одышка при физической нагрузке. Десять лет назад – открытый перелом бедра слева, неоднократно госпитализировался в хирургический стационар по поводу посттравматического остеомиелита, перенес три операции на левом бедре.

Объективно: общее состояние средней тяжести, адинамичен, кожные покровы сухие, бледные, холодные на ощупь. Рыхлые отеки нижних конечностей, пастозность лица. Левая нога на 3 см короче правой, в средней трети бедра – послеоперационные рубцы. Отмечается притупление легочного звука в задне-нижних отделах легких с уровня VII ребра с обеих сторон. Дыхание везикулярное, в области притупления – ослабленное. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 110/65 мм рт. ст., пульс – 82 уд. в мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий безболезненный, несколько увеличен в размерах. Определяется притупление в отлогих местах с обеих сторон от срединной линии.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,4 \times 10^{12}$; Нв – 100 г/л, цв. показ. – 0,95; лейкоциты – $5,0 \times 10^9$, э-1, п-4, с-61, л-29, м-5, СОЭ-60 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 100,0; цвет – светло-желтый, реакция – кислая; плотность – 1020, сахар – нет, белок – 5,3 г/л, эпителиальные клетки – 2-3 в п/зрения, эритроциты – 0, гиалиновые цилиндры 3-4 в п/зрения.

Креатин крови – 88 мкмоль/л (N 40-150), мочевины – 6,8 мкмоль/л.

Задания:

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд заболеваний с учетом ведущих синдромов.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение и другие методы.

Задача № 45

Больной 35 лет. Жалобы на общую слабость, частые и продолжительные головные боли в затылочной области, постоянные ноющие боли в поясничной области, появление

отеков на лице по утрам. Болен в течение 1-1,5 лет, четких сроков начала заболевания указать не может. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение тела активное. Кожные покровы бледные. Отеки на лице, на нижних конечностях отеков нет. Перкуторно над легкими легочный звук, границы легких в пределах нормы, дыхание везикулярное. ЧДД – 15 в мин. Прекардиальная область не изменена. Верхушечный толчок в 5 межреберье на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, ригидный разлитой. Граница относительной сердечной тупости: левая совпадает с верхушечным толчком, правая – у правого края грудины, верхняя – край 3 ребра. Сердечный ритм правильный, на верхушке короткий систолический шум, акцент II тона во II межреберье справа. ЧСС – 76 уд. в мин., АД – 220/120 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания слабо положительный с обеих сторон. Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, прозрачная, плотность – 1010, белок – 0,4 г/л, лейкоциты – 4-5 в п/зр, эритроциты – 25-30 в п/зр, гиалиновые цилиндры 8-12 в п/зр. Общий анализ крови: эритроциты $4,0 \times 10^{12}$; Hb – 127 г/л, цв. показ. – 0,9; лейкоциты – $8,9 \times 10^9$, э-3, п-7, с-39, л-41, м-10, СОЭ-28 мм/час. Креатин крови – 86 мкмоль/л, мочевины – 6,6 мкмоль/л.

Задания:

1. Выделите основные синдромы.
2. Укажите диф-диаг. ряд заболеваний с учетом выявленных синдромов.
3. Сформулируйте предв. диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Составьте план лечения с указанием диеты, режима, основных групп лекарственных препаратов.

Задача №46

Больной 28 лет, рабочий, жалоб не предъявляет. Поступил в клинику для обследования в связи с выявленным на проф. осмотре повышением артериального давления. В анамнезе: частые обострения хронического тонзиллита.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет. Отмечается расширение границ сердца влево на 2 см. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. АД 170/110 мм рт. ст., пульс 80 уд. в мин. Язык чистый, влажный; живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

Общий анализ крови: эритроциты $4,2 \times 10^{12}$; Нв – 120 г/л, цв. показ. – 0,95; лейкоциты – $6,0 \times 10^9$, э-1, п-4, с-64, л-26, м-5, СОЭ-10 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 100,0; реакция – кислая, цвет – светло-желтый; плотность – 1012, белок – 0,8 г/л, эпителиальные клетки – 2-3 в п/зрения, лейкоциты – 5-6 в п/зрения, эритроциты – 8-10 в п/зрения.

Консультация окулиста: ретинопатия.

Креатин крови – 283 мкмоль/л, мочевины – 11,4 мкмоль/л.

Задания:

1. Выделите ведущие синдромы. Гипертензии, мочевого синдром, синдром почечной недостаточности
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд по ведущему синдрому.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Укажите ожидаемые результаты лабораторных и инструментальных обследований.
6. Составьте план лечения.

Задача № 47

Больной 38 лет поступил с жалобами на общую слабость, сонливость, быструю утомляемость, снижение аппетита, тошноту, зуд кожных покровов, одышку при физической нагрузке, постоянные головные боли и отечность лица. Год назад начали беспокоить головные боли, общая слабость. К врачу не обращался. Последние 2 месяца усилилась общая слабость, появился кожный зуд, одышка, сонливость, тошнота, снижение аппетита, ноющие боли в животе, склонность к поносам. Объективно: Общее состояние ср. тяжести, сонливость. Положение тела активное. Геморрагические высыпания на голених. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчесов, отеки лица, голеней. Перкуторно над легкими легочный звук, дыхание везикулярное. Верхушечный толчок в V м/р слева на 2,0 см кнаружи от срединно-ключичной линии, границы отн. сердечной тупости: верхняя – край 3 ребра, правая – правый край грудины, левая совпадает с верх. толчком. Серд. ритм правильный, акцент II тона во 2 межреберье справа. ЧСС – 76 уд. в мин., АД – 210/120 мм рт. ст. Язык сухой, обложен коричневатым налетом. Печень и селезенка не увеличены. С-м поколачивания «-» с обеих сторон. ОАК: эр- $3,1 \times 10^{12}$; Нв – 94 г/л, цв. показ. – 0,8; Л – $7,4 \times 10^9$, э-2, п-9, с-41, л-39, м-9, СОЭ-15 мм/час. ОАМ: цвет – светло-желтый, сахара нет, белок – 0,1 г/л, плотность 1006, лейкоциты – 3-4 в п/зр, эритроциты – 5-8 в п/зр, единичные гиалиновые цилиндры. Креатин крови – 915 мкмоль/л, мочевины – 24,2 мкмоль/л. ЭКГ – синусовый ритм, гипертрофия левого желудочка, метаболические изменения в миокарде.

Задания:

1. Выделите осн. синдромы.
2. Укажите диф-диагн. ряд заболеваний с учетом ведущих синдромов.
3. Сформул. предв. диагноз.
4. Какие доп. иссл. целесообразно провести больному.
5. Составьте план леч. с указанием диеты, режима, основн. групп лек. препаратов.

Задача № 48

Больная 47 лет доставлена бригадой «Скорой помощи» с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, частое и болезненное мочеиспускание, тупые, ноющие боли в поясничной области справа без иррадиации, головную боль, слабость, периодическое познабливание. 20 лет назад, на сроке 30-36 недель беременности, наблюдались изменения в моче, исчезнувшие после родов. Около 12 лет назад выявлено повышение АД до 180/100 – 200/120 мм рт. ст. При осмотре больной патологических изменений не обнаружено. При перкуссии – расширение левой границы относительной тупости сердца кнаружи на 1 см. АД - 190/120 мм рт. ст. Положительный симптом Пастернацкого справа. Общий анализ мочи: количество – 150,0; плотность – 1007, белок – 0,099 г/л, эпителий – большое количество, лейкоциты – 40-60 в п/зр, эритроциты – 3-4 в п/зр, цилиндры (гиалиновые) – 1-2 в п/зр.

Задания:

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд по ведущему синдрому.
3. Сформулируйте предв. диагноз.
4. Составьте план обследования, включая консультации специалистов.
5. Составьте план лечения, указав режим, диету, основные группы лекарственных средств и другие лечебные мероприятия.

Задача № 49

Больной 35 лет. Жалобы на общую слабость, частые и продолжительные головные боли в затылочной области, постоянные ноющие боли в поясничной области, появление отеков на лице по утрам. Болен в течение 1-1,5 лет, четких сроков начала заболевания указать не может. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение тела активное. Кожные покровы бледные. Отеки на лице, на нижних конечностях отеков нет. Перкуторно над легкими легочный звук, границы легких в пределах нормы, дыхание везикулярное. ЧДД – 15 в мин. Прекардиальная область не изменена. Верхушечный толчок в 5 межреберье на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, ригидный разлитой. Граница относительной сердечной тупости: левая совпадает с верхушечным толчком, правая – у правого края грудины, верхняя – край 3 ребра. Сердечный ритм правильный, на верхушке короткий систолический шум, акцент II тона во II межреберье справа. ЧСС – 76 уд. в мин., АД – 220/120 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания слабо положителен с обеих сторон. Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, прозрачная, плотность – 1010, белок – 0,4 г/л, лейкоциты – 4-5 в п/зр, эритроциты – 25-30 в п/зр, гиалиновые цилиндры 8-12 в п/зр. Общий анализ крови: эритроциты $4,0 \times 10^{12}$; Нв – 127 г/л, цв. показ. – 0,9; лейкоциты – $8,9 \times 10^9$, э-3, п-7, с-39, л-41, м-10, СОЭ-28 мм/час. Креатин крови – 86 мкмоль/л, мочевины – 6,6 мкмоль/л.

Задания:

Выделите основные синдромы

Сформулируйте и обоснуйте диагноз

Назовите диагностические критерии заболевания

Какие доп. исследования необходимо назначить

Проведите диф-диагностику

Составьте план лечения

Задача №50

Больной 49 лет, инженер. Жалобы на отеки лица, нижних конечностей, слабость, снижение аппетита, одышку при физической нагрузке, головокружение, жажду, периодические поносы. Выяснено, что около 3-х месяцев назад стал отмечать отеки лица по утрам, затем появилась слабость, снижение работоспособности. За последние 3 недели после перенесенного ОРВИ, появились отеки голеней, стоп, жажда, головокружение, одышка при физической нагрузке. Десять лет назад – открытый перелом бедра слева, неоднократно госпитализировался в хирургический стационар по поводу посттравматического остеомиелита, перенес три операции на левом бедре.

Объективно: общее состояние средней тяжести, адинамичен, кожные покровы сухие, бледные, холодные на ощупь. Рыхлые отеки нижних конечностей, пастозность лица. Левая нога на 3 см короче правой, в средней трети бедра – послеоперационные рубцы. Отмечается притупление легочного звука в задне-нижних отделах легких с уровня VII ребра с обеих сторон. Дыхание везикулярное, в области притупления – ослабленное. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 110/65 мм рт. ст., пульс – 82 уд. в мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий безболезненный, несколько увеличен в размерах. Определяется притупление в отлогих местах с обеих сторон от срединной линии.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,4 \times 10^{12}$; Нв – 100 г/л, цв. показ. – 0,95; лейкоциты – $5,0 \times 10^9$, э-1, п-4, с-61, л-29, м-5, СОЭ-60 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 100,0; цвет – светло-желтый, реакция – кислая; плотность – 1020, сахар – нет, белок – 5,3 г/л, эпителиальные клетки – 2-3 в п/зрения, эритроциты – 0, гиалиновые цилиндры 3-4 в п/зрения.

Креатин крови – 88 мкмоль/л (N 40-150), мочевины – 6,8 (3-7) мкмоль/л.

Задания:

Выделите основные синдромы

Сформулируйте и обоснуйте диагноз

Назовите диагностические критерии заболевания

Какие доп. исследования необходимо назначить

Проведите диф-диагностику

Составьте план лечения

Задача №51

У больной 25 лет после очередной ангины, спустя 3 нед. появились отеки на лице, головные боли, слабость. Отеки прогрессировали, отмечалось усиление головных болей, появилось головокружение, шум в ушах, прогрессивно снижалась острота зрения. На 7 день количество мочи уменьшилось, появились диплопия, чувство тяжести в подреберьях, рвота. Больная потеряла сознание, внезапно возникли тонические, а затем клонические судороги. С подозр. на опухоль головного мозга и эпилепсию больная доставлена в нейрохирург.отдел. Зарегистрированы высокие цифры АД – 240/140 мм рт. ст. Через 20 мин больная пришла в сознание, но оставалась заторможенной, речь была затруднена. Осмотрев больную и проведя ряд доп. исследований, нейрохирург отверг вышеупомянутый д-з и рекомендовал госп-ть в другое отделение.

Задания:

Выделите основные синдромы

Сформулируйте и обоснуйте диагноз

Назовите диагностические критерии заболевания

Какие доп. исследования необходимо назначить

Проведите диф-диагностику

Задача №52

Больной 28 лет, рабочий, жалоб не предъявляет. Поступил в клинику для обследования в связи с выявленным на проф. осмотре повышением артериального давления. В анамнезе: частые обострения хронического тонзиллита.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет. Отмечается расширение границ сердца влево на 2 см. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. АД 170/110 мм рт. ст., пульс 80 уд. в мин. Язык чистый, влажный; живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

Общий анализ крови: эритроциты $4,2 \times 10^{12}$; Нв – 120 г/л, цв. показ. – 0,95; лейкоциты – $6,0 \times 10^9$, э-1, п-4, с-64, л-26, м-5, СОЭ-10 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 100,0; реакция – кислая, цвет – светло-желтый; плотность – 1012, белок – 0,8 г/л, эпителиальные клетки – 2-3 в п/зрения, лейкоциты – 5-6 в п/зрения, эритроциты – 8-10 в п/зрения.

Консультация окулиста: ретинопатия.

Креатин крови – 283 мкмоль/л, мочевины – 11,4 мкмоль/л.

Задания:

Выделите основные синдромы

Сформулируйте и обоснуйте диагноз

Назовите диагностические критерии заболевания

Какие доп. исследования необходимо назначить

Проведите диф-диагностику

Составьте план лечения

Задача №53.

Больной Р., 28 лет поступил в клинику по направлению уролога поликлиники. Пациент около 2 недель назад обратил внимание на изменение цвета мочи (красноватый оттенок). Около месяца назад перенес ОРВИ, принимал аспирин. В поликлинике по месту жительства урологом была выявлена гематурия, однако проведенное обследование, включавшее в себя в/в урографию, УЗИ и цистоскопию патологических изменений не выявило. При осмотре состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, отеков нет, периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 66 уд/мин, ритмичный. Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД 140 и 80 мм рт.ст. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, дополнительных дыхательных шумов нет. ЧДД 24/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Поясничная область визуально не изменена, симптом поколачивания по поясничной области слабopоложительный. Лабораторные исследования: Нв 154 г/л, эритроциты 4,6 млн, лейкоциты 6,4 тыс, СОЭ 8 мм/ч, тромбоциты 278 тыс. в 1 мкл, общ. белок 7,3 г%, альбумин 4,4 г%, общ.билирубин – 1,1 мг%, СРБ (-), креатинин 1,3 мг%, IgA 680 мг%, титр АСЛО – ниже 1:250, коагулограмма, комплемент С3 в пределах нормы. Анализ мочи: рН 5,5 относительная плотность – 1018, белок 0,033 промиллей, сахара, ацетона нет, лейкоциты – 0-1-2 в п/зр, эритроциты 20-40 в п/зр (выщелоченные), цилиндры (гиалиновые) – 1-2 в п/зр.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После второго этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования больного, укажите какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки клинического диагноза.
4. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №54.

Больная Р. 15 лет, через 10 дней после перенесенной ангины отметила признаки задержки жидкости (уменьшение количества выделяемой мочи при обычном питьевом режиме, отечность конечностей и одутловатость лица), изменение цвета мочи (цвет «мясных помоев»), боли в затылочной области.

При осмотре состояние средней тяжести. Конституция нормостеническая. Температура тела 36,8 град. Кожные покровы и слизистые нормальной окраски, чистые. Катаральных явлений нет. Задняя стенка глотки бледно-розовая, небные миндалины несколько увеличены, бледно-розовые, незначительно инъецированы сосудами. Определяются отеки голеней, стоп, лица. Лимфатические узлы не увеличены. ЧДД 17 в мин., дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Сердце не расширено (левая граница на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, правая граница по правому краю грудины, верхняя – по нижнему краю III ребра). Тоны сердца ясные, II тон во втором межреберье справа от грудины усилен. ЧСС 88 уд/мин, ритм сердца правильный, АД 160 и 100 мм рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень не выходит за край реберной дуги по правой среднеключичной линии, селезенка не увеличена. Поясничная область визуально не изменена, симптом поколачивания по поясничной области слабopоложительный. Лабораторные исследования: Нв 127 г/л, эритроциты 3,6 млн, лейкоциты 6,7 тыс (нейтр – 54%, палочкояд. – 2%, лимфоц.-29%, СОЭ 18 мм/ч, тромбоциты 234 тыс. в 1 мкл, общ. белок 8,3 г%, альбумин 4,8 г%, общ.билирубин – 1,1 мг%, СРБ (+), креатинин 2,6 мг%, IgA 230 мг%, титр АСЛО – 1:640, снижение комплемента С3. Анализ мочи: pH 5, относительная плотность – 1022, белок 0,033 промиллей, сахара, ацетона нет, лейкоциты – 5-7 п/зр, эритроциты густо покрывают поле зрения 20 в п/зр, единичные цилиндры – 4-6 п/зр. Суточный диурез 800 – 950 мл.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После второго этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования больного, укажите какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки клинического диагноза.

Задача № 55

Больной Н. 28 лет, обратился с жалобами на изменение цвета мочи (стала бурого цвета), головные боли, одутловатость лица, ощущение тяжести в поясничной области.

Считал себя здоровым человеком. В детстве несколько раз были ангины, протекавшие достаточно тяжело, предлагалась тонзилэктомия, однако она так и не была произведена. Последняя ангина около 15 лет назад. В 18 лет при обследовании в военкомате никакой патологии со стороны внутренних органов и в анализах крови и мочи не выявляли. Периодически злоупотребляет алкоголем. Вышеописанные жалобы появились около месяца назад во время служебной командировки в одну из африканских стран. Перед поездкой больному была проведена вакцинация против ряда тропических заболеваний. Плохое самочувствие объяснял сменой климата и напряженной работой, однако после возвращения домой состояние продолжало ухудшаться, головные боли стали практически постоянными, цвет мочи оставался бурым. Обратился к врачам.

При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Цвет кожных покровов обычный. Отмечается одутловатость лица, пастозность голеней. Периферические л/у не увеличены. Костно-мышечная система без видимой патологии. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Отмечается тахикардия – 110 уд в мин. АД -160\100 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, мягко-эластической консистенции, безболезненная при пальпации. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон.

Общий анализ крови: эритроциты $4,1 \times 10^{12}$; Нв – 135 г/л ; лейкоциты – $6,0 \times 10^9$ лейкоцитарная ф-ла без изменений, тромбоциты – 260 000 в мкл., СОЭ – 15 мм/час.

Общий анализ мочи: уд.вес – 1018, белок – 0,6 ‰, Л – 2-3 в п/зр, Эр – 20-25 в п/зр, цил – нет.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После второго этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования больного, укажите какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
4. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.

Больной Е., 56 лет, предъявляет жалобы на отеки верхних и нижних конечностей, периодически одышку, сердцебиение, боли в суставах кистей рук, голеностопных, коленных суставах, никтурию. Из анамнеза: более 20 лет страдает ревматоидным полиартритом, принимает 10 мг преднизолона в сутки. По данным общего анализа мочи: суточный диурез – 1600 мл, удельный вес – 1008, белок – 2,8 г/л, лейкоциты – 4-7 в поле зрения, эритроциты – 4-5 в поле зрения. Общий анализ крови: нормохромная, нормоцитарная анемия, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ = 30 мм/ч. Биохимия крови: глюкоза 4,2 ммоль/л, креатинин 0,088 ммоль/л, мочевины 6,5 ммоль/л, тимоловая проба 6 ед., общий холестерин 6,8 ммоль/л, общий белок 53 г/л.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз больному.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения характера поражения почек?
3. Скорректируйте лечение ревматоидного полиартрита с учетом поражения почек.

ЗАДАЧА №57.

Больной П., 45 лет, предъявляет жалобы на тянущую боль в поясничной области, больше справа, пастозность лица, повышение температуры тела до 37,3 С, учащенное мочеиспускание. Из анамнеза: госпитализирован в порядке скорой помощи с жалобами на острую боль в поясничной области, больше справа, с иррадиацией по ходу мочеточника, в паховую область, внутреннюю поверхность бедра, задержку мочеиспускания. После введения спазмолитиков ощутил сильный позыв на мочеиспускание, выделилось около 500 мл темной мочи, после чего болевые ощущения уменьшились. Объективно: симптом поколачивания положителен с обеих сторон, больше справа, почки не пальпируются, АД 160/100 мм. рт. ст. Диурез 1200 мл/сут, моча светлая, реакция мочи щелочная, удельный вес 1010, белок 0,1 г/л, лейкоциты 150 в поле зрения.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз больному.
2. С каким состоянием связан эпизод острых болей в поясничной области и задержки мочеиспускания?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения характера поражения почек?
4. Назначьте лечение.

Больной К., 22 лет, поступил с жалобами на слабость, головные боли, повышение температуры тела до 37,5 С, отеки нижних конечностей, лица. Ранее заболеваниями почек не страдал, в анамнезе частые ангины, последнюю перенес около месяца назад. Объективно: состояние ближе к средней тяжести, АД 170/100 мм.рт.ст., диурез 1000 мл/сут, дизурических явлений нет, симптом поколачивания слабо положителен с обеих сторон, почки не пальпируются. Общий анализ мочи: моча светло-розового цвета, реакция мочи кислая, удельный вес 1010, белок 0,5 г/л, лейкоциты 2 – 3 в поле зрения, эритроциты 50 – 80 в поле зрения, цилиндры 3-4 в поле зрения.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз больному.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения характера поражения почек?
3. Наметьте план лечения.

ЗАДАЧА №59.

Больная К, 50 лет, поступила в отделение гастроэнтерологии с жалобами на изжогу, тошноту, периодически – рвоту, отсутствие аппетита, кожный зуд. Ранее заболеваниями ЖКТ не страдала. Более 20 лет назад был диагностирован хронический пиелонефрит, латентное течение, после чего больная не обследовалась и не лечилась. Объективно: больная несколько пониженного питания, кожные покровы сухие, со следами расчесов. Симптомов раздражения брюшины нет, пальпация живота слабо болезненна в эпигастрии, печень, селезенка не увеличены. АД 160/100 мм.рт.ст., ЧСС 100 в мин. Диурез 700 мл/сут, моча светлая, удельный вес 1008, белок 0,165 г/л, лейкоциты и эритроциты – единичные в поле зрения. В общем анализе крови – признаки анемии. Биохимия крови: глюкоза 4,2 ммоль/л, мочевины 18,2 ммоль/л, креатинин 0,44 ммоль/л, общий белок 62 г/л, калий крови 6,7 ммоль/л.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз больному.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза и тяжести состояния больного?
3. Какие патологические изменения требуют немедленной коррекции у данного больного?
4. Наметьте план лечения.