

Задача №1.

Пациент И., 18 лет, поступил в клинику с жалобами на субфебрилитет до 37,5°C, боли и «опухание» коленных суставов, одышку при умеренной физической нагрузке, дискомфорт в области сердца, перебои в работе сердца, общую слабость, быструю утомляемость.

Из анамнеза известно, что больной рос и развивался нормально. Окончил среднюю школу. В настоящее время является студентом ВУЗа. Не курит, алкоголь не употребляет, диету не соблюдает. Родители здоровы, однако у тетки по линии матери в молодом возрасте диагностирован порок сердца. Из перенесенных заболеваний отмечает коклюш в детском возрасте, а также частые ангины.

Около 3-х недель назад «на ногах» перенес очередную ангину, протекавшую с болями в горле, повышением температуры тела до 37,3°C. Лечился полосканиями раствором соды. Боли в горле прошли, температура тела нормализовалась, однако неделю назад вновь отметил ее повышение до субфебрильных цифр, появление болей при ходьбе в коленных суставах, затем - появление припухлости над ними, общую слабость, повышенную утомляемость. Лечился индометациновой мазью местно без существенного эффекта. 2-3 дня назад появился дискомфорт в области сердца, отметил появление небольшой одышки и перебоев при умеренной физической нагрузке. Для обследования и лечения поступил в стационар.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 37,3°C, кожные покровы обычной окраски, повышенной влажности, отмечается увеличение в объеме коленных суставов за счет отека, кожные покровы над ними не изменены, но при пальпации локально температура повышена, определяется болезненность при активных и пассивных движениях. При осмотре полости рта миндалины увеличены, видны единичные белые «пробки» в лакунах. Поднижнечелюстные лимфатические узлы пальпируются, размером с небольшую горошину, мягкоэластические. Другие группы лимфоузлов не пальпируются. ЧД в покое 17/мин, в легких хрипов нет, перкуторный звук ясный легочный. При перкуссии сердца левая граница на 1 см левее средне-ключичной линии, остальные границы в норме. При аускультации сердечные тоны приглушены, единичные экстрасистолы, ЧСС 100/мин, выслушивается мягкий систолический шум на верхушке. АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный.

В клиническом анализе крови лейкоциты 13×10^9 /л, п/я 3%, с/я 75%, СОЭ 37 мм/ч. СРБ +++, увеличение уровня фибриногена до 5,5 г/л. Титр анти-О-стрептолизина 1:400. На ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС 100/мин, вертикальное положение ЭОС, PQ 0,24 с, QRS - 0,08 с, единичные предсердные экстрасистолы. При рентгенографии органов грудной клетки очаговых и инфильтративных изменений не выявлено, небольшое расширение сердца влево. При ЭХО-кардиографии: диастолический диаметр левого желудочка 5,9 см, остальные камеры в пределах нормы. ФВ 50%, митральная регургитация I-II степени. Створки клапанов не изменены.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После II этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача № 2.

Пациентка С, 20 лет поступила в стационар с жалобами на боли в коленных суставах при ходьбе, повышение температуры тела до 37,3 С, общую слабость, повышенную утомляемость. Из анамнеза известно, что в детстве росла и развивалась нормально. Окончила среднюю школу и училище. Работает на складе в холодном помещении. Из перенесенных болезней отмечает частые простудные заболевания в последнее время. Наследственность не отягощена: отцу 45 лет, матери 43 года, практически здоровы, братьев, сестер нет. Отмечается аллергическая реакция на пенициллин в виде крапивницы.

3 недели назад перенесла ангину, протекавшую с повышением температуры до 38,5 С, болями в горле. Начатое лечение бензилпенициллином было прекращено из-за появления крапивницы. Препарат заменен на азитромицин, на фоне чего боли в горле прошли, температура тела нормализовалась. Однако в течение последней недели отметила вновь повышение температуры до субфебрильных цифр в вечернее время, общую слабость. Три дня назад появились боли в правом коленном суставе при ходьбе. Сегодня эти боли несколько уменьшились, однако «заболел» левый коленный сустав.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37,0°С. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Лимфатические узлы не увеличены, за исключением поднижнечелюстных и околоушных. Отеков нет. Суставы визуально не изменены. Отмечается небольшая болезненность при выполнении активных и пассивных движений в коленных суставах, больше левом. При перкуссии легких звук ясный легочный, хрипы не выслушиваются. Сердце перкуторно не расширено. Тоны несколько приглушены, выслушивается тихий систолический шум на верхушке. ЧСС 96/мин, АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

В клиническом анализе крови: лейкоциты $10 \times 10^9/\text{л}$, п/я 2%, с/я 75%, СОЭ 20 мм/ч. СРБ ++. Титр антител к анти-О-стрептолизину 1:350. На ЭКГ ритм синусовый, нормальное положение ЭОС, ЧСС 96/мин, PQ 0,18 с, QRS 0,08 с. Нарушений ритма не зафиксировано. При рентгенографии легких очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После II этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача № 3.

Больная П., 15 лет, поступила в стационар с жалобами на повышение температуры до субфебрильных цифр (максимально до 37,4 °С), изменение походки, нарушение почерка, появление произвольных движений лица и рук, лабильность настроения.

Из анамнеза известно, что в детстве росла и развивалась нормально. Родители и младший брат здоровы. Учится в 9 классе школы. В детстве перенесла ветряную оспу, эпидемический паротит.

1 месяц назад перенесла ангину. Лечилась дома. После возобновления обучения в школе учителя отметили ухудшение почерка, повышенную лабильность настроения. В дальнейшем присоединились нарушение походки, подергивание руками и головой, иногда - произвольное высовывание языка. В вечернее время отмечалось повышение температуры тела до субфебрильных цифр.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Обращает на себя внимание повышенная эмоциональная лабильность, произвольные движения пальцев рук, высовывание языка. Выполнение почерковых и пальценосовой проб затруднено. В позе Ромберга неустойчива. Кожные покровы не изменены. Отеков нет. Суставы визуально не изменены, при пальпации и выполнении движений безболезненны. В легких хрипов нет. ЧД 16/мин. Перкуторно левая граница сердца по средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены, ЧСС 100/мин, шумы не выслушиваются. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

В анализе крови: лейкоциты $11 \times 10^9/\text{л}$, п/я 4%, с/я 78%, гемоглобин 120 мг/дл, эритроциты $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$. СОЭ 18 мм/ч.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После II этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.

Задача №4.

Больная С., 25 лет, предъявляет жалобы на выраженную общую слабость, потливость, повышение температуры тела до 38,1 град, которое сопровождается ознобом, одышку при небольших физических нагрузках, приступы удушья по ночам, которые постепенно купируются в положении сидя, на приступы учащенного неритмичного сердцебиения, возникающие внезапно и купирующиеся в пределах 4-6 часов, на преходящие отеки голеней и стоп. В анамнезе – пролапс митрального клапана без регургитации. Год назад в гинекологическом стационаре проводилось диагностическое выскабливание, на следующий день впервые было отмечено повышение температуры (максимально – до 37,8 град.), был проведен курс антибактериальной терапии с эффектом (температура нормализовалась), была выписана домой. Однако через два дня после выписки возобновились подъемы температуры тела до субфебрильных цифр с ознобами, в дальнейшем температура достигала 38,7 град. Самостоятельно принимала сумамед без эффекта, при осмотре гинекологом данных за воспалительный процесс в малом тазу получено не было. Постепенно нарастали слабость и одышка, сохранялась лихорадка, по поводу которой принимала НПВП с временным эффектом. К врачу не обращалась. Неделью назад внезапно развился приступ учащенного сердцебиения, который сопровождался нарастанием одышки и купировался самостоятельно через 4 часа. С повторным приступом госпитализирована в клинику.

При осмотре: состояние средней тяжести. Конституция астеническая. Температура тела 37,4 град. Кожные покровы и слизистые умеренно бледные, чистые. На конъюнктивах – единичные геморрагии. Акроцианоз. Отеки голеней и стоп. Отмечается гипермобильность суставов. ЧД 20 в минуту, дыхание жесткое, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Сердечный толчок не определяется. Сердце: левая граница на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, правая граница по правому краю грудины, верхняя – по нижнему краю III ребра. Тоны сердца приглушены, выслушивается III тон. I тон на верхушке ослаблен, после него выслушивается шум, проводящийся в левую подмышечную область. ЧСС 122 удара в минуту, ритм сердца неправильный, АД 100 и 70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень не выходит за край реберной дуги по правой среднеключичной линии, пальпируется слегка болезненный полюс селезенки (размеры ее 11x7 см).

В ан. крови Нв 9,7 г%, эритроц. 3,4 млн., лейкоц. 9,6 тыс., п/я 7%, нейтр. 64%, лимф. 19%, тромбоц. 134 тыс., СОЭ 48 мм/час, об. белок 6,5 г%, альб. 3,8 г% (58%), альфа-1 – 3%, альфа-2 – 8%, бета – 5%, гамма – 27%; СРБ +++, латекс-тест ++, IgG 2850 мг%, креатинин 1,4 мг%, общий билирубин 1,1 мг%. В ан. мочи pH 5, уд. вес 1014, следы белка, сахара, ацетона нет, эритроц. 8-10 в п/зр., лейкоц. 01-2 в п/зр.

На рентгенограммах органов грудной клетки: несколько увеличены 2-я и 3-я и 4-я дуги по левому контуру сердца, контрастированный пищевод отклоняется по дуге большого радиуса, плевральные синусы свободны. ЭКГ синусовая тахикардия, частая НЖЭ, диффузные изменения в миокарде.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После II этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
5. Каковы показания к оперативному лечению при данном заболевании.
6. Какова оптимальная тактика лечения больной на данный момент.

Задача №5.

Больной В., 75 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, головокружения, головные боли, периодическую потливость по ночам, эпизоды повышения температуры тела до 38,3 град, одышку при умеренных физических нагрузках, приступы сжимающих болей за грудиной без четкой связи с нагрузками, интенсивную боль в правой поясничной области, возникшую около двух часов назад, потемнение мочи. Более 40 лет курит около 20 сигарет в день. В течение последних 20 лет беспокоят приступы загрудинных болей, которые расценивались как стенокардия, проводилась терапия нитратами и аспирином с некоторым эффектом. Около 7 лет назад стал отмечать боли в икроножных мышцах при ходьбе, которые значительно выросли в течение последнего полугодия, в связи с чем 2 месяца назад произведена операция аорто-бедренного шунтирования. После операции отмечался длительный период субфебрильной температуры, которая постепенно нормализовалась на фоне терапии цефотаксимом. Однако эпизоды повышения температуры периодически возобновлялись, значительно нарастала общая слабость, стали беспокоить выраженные головокружения.

При осмотре: состояние тяжелое. Конституция гиперстеническая. Температура тела 37,1 град. Кожные покровы и слизистые умеренно бледные, чистые. Акроцианоз. Отеков нет. ЧД 22 в минуту, дыхание жесткое, проводится во все отделы легких, в базальных отделах с обеих сторон – единичные незвонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Сердце: левая граница на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, правая граница по правому краю грудины, верхняя – по нижнему краю III ребра. Тоны сердца приглушены, II тон во втором межреберье справа от грудины резко ослаблен, после I тона выслушиваются грубый шум, проводящийся на сонные артерии, и шум после II тона с эпицентром в точке Боткина. ЧСС 106 ударов в минуту, ритм сердца правильный, АД 110 и 45 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень +1 см по правой среднеключичной линии, селезенка не пальпируется, размеры ее 10x7 см.

В ан. крови Нв 8,7 г%, эритро. 3,1 млн., лейко. 8,6 тыс., п/я 2%, нейтр. 44%, лимф. 39%, тромбо. 144 тыс., СОЭ 43 мм/час, об. белок 6,8 г%, альб. 3,9 г% (54%), альфа-1 – 8%, альфа-2 – 11%, бета – 9%, гамма – 18%; СРБ ++, латекс-тест +, IgG 1400 мг%, креатинин 2,4 мг%, азот мочевины 40 мг%, общий билирубин 1,3 мг%. В ан. мочи pH 5, уд. вес 1012, белок 0,1%, сахара, ацетона нет, эритро. 20-30 в поле зрения.

На рентгенограммах органов грудной клетки: значительно увеличены 3-я и 4-я дуги по левому контуру сердца, плевральные синусы свободны. ЭКГ – синусовая тахикардия, ГЛЖ, ГЛП.

Дайте письменные ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После II этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача № 6.

Пациент А., 26 лет поступил в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 38°C , сопровождающееся ознобами; ночную потливость; снижение аппетита; отеки голеней, тяжесть в правом подреберье.

Из анамнеза известно, что в детстве рос и развивался нормально. Окончил среднюю школу, училище. С 17 лет работал курьером. Последние 3 года постоянной работы не имеет. Курит в течение 12 лет до 1 пачки сигарет в день. Со слов матери, в течение последних 3-х лет употребляет наркотические вещества (героин). Наследственность неотягощена. Из перенесенных заболеваний отмечает скарлатину в детстве, около 1 года назад перенес тяжелую пневмонию, лечился в стационаре. Аллергологический анамнез неотягощен.

Считает себя больным в течение 2-х месяцев, в течение которых отмечает повышения температуры до $38,0^{\circ}\text{C}$, сопровождающиеся ознобами, ночные поты, общую слабость. Обращался к врачу по месту жительства. При рентгенографии легких патологических изменений не выявлено. Состояние расценено как ОРВИ. Принимал бисептол, затем сумамед (азитромицин) без существенного эффекта. В течение последних двух недель отметил появление отеков на ногах, тяжести в правом подреберье.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела $37,7^{\circ}\text{C}$, кожные покровы бледные с синюшным оттенком, множественные следы инъекций в области локтевых сгибов, отеки стоп и голеней. Лимфатические узлы не пальпируются. В легких дыхание жесткое хрипов нет. Перкуторный звук ясный легочный, локальных притуплений не выявляется. При перкуссии сердца правая граница на 2 см правее правого края грудины, другие границы в пределах нормы. При аускультации тоны сердца ритмичные, ЧСС 110/мин, отмечается ослабление первого тона над трикуспидальным клапаном. Здесь же выслушивается систолический шум усиливающийся на вдохе. Отмечаются набухшие шейные вены. Живот мягкий, безболезненный. Печень +3 см от края реберной дуги. Край закруглен, мягкоэластической консистенции. Пальпируется край селезенки. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

В клиническом анализе крови: гемоглобин 10,0 г/л, эритроциты $3,9 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты $15 \times 10^9/\text{л}$, п/я 7%, с/я 80%, лимфоциты 9%, моноциты 3%, эозинофилы 1%, СОЭ 55 мм/ч. СРБ +++++. В общем анализе мочи удельный вес 1017, белок 0,03%, сахара нет, лейкоциты 2-3 в п/зр, эритроцитов нет. На ЭКГ: ритм синусовый, нормальное положение ЭОС, ЧСС 110/мин, отмечаются высокие (до 3 мм) зубцы Р в отведениях II, III, aVF, двуфазные зубцы Т в отведениях V_2 - V_4 . При рентгенографии органов грудной клетки небольшое выбухание правого контура сердца. Очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. При ЭхоКГ: отмечается увеличение диастолического размера правого желудочка до 2,7 см, правого предсердия до 4,5 см. Отмечается вегетация и перфорация створки трикуспидального клапана, трикуспидальная регургитация II-III степени.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После II этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

ЗАДАЧА №7

Больной 27 лет поступил с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, головокружения, боли в области сердца, ознобы, потливость, общую слабость. Из анамнеза известно, что больной с 18 лет состоит на учёте у ревматолога по поводу митрального порока сердца. Последние три недели у больного отмечалась субфебрильная температура, ночная потливость, нарастающая слабость.

При осмотре: кожные покровы бледные, с сероватым оттенком, на слизистой мягкого нёба и конъюнктиве мелкоточечные кровоизлияния, склеры субиктеричны. Верхушечный толчок усиленный, разлитой, локализован в 5 межреберье на 2 см влево от срединно-ключичной линии. При аускультации – систолический дующий шум на верхушке, связанный с 1 тоном, выраженный протодиастолический шум во 2 межреберье справа. Пульс высокий и быстрый, «пляска каротид», АД 130/30 мм.

В анализе крови: Нв 88 г/л, эр $3,4 \cdot 10^{12}/л$, лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 49 мм/час, СРБ ++++, общий белок 75 г/л, альбумины 47%, глобулины 53%, α_1 7,2%, α_2 9,8%, γ 24%, фибриноген 7,1 (норма 2-4 г/л), билирубин 32 мкмоль/л, прямой 25,4 мкмоль/л, непрямой 6,6 мкмоль/л, креатинин 209 (норма 48-98 мкмоль/л), мочевины 10,6 (норма 2,5 – 8,3 ммоль/л).

- О каком заболевании следует думать прежде всего? Почему?
- Какие дополнительные исследования Вы назначите для уточнения диагноза?
- Принципы лечения данного заболевания.

ЗАДАЧА №8

Больной 56 лет поступил с жалобами на озноб, пот. Лихорадку, ноющие боли в области сердца, сердцебиения, одышку при физической нагрузке, головные боли, общую слабость. Заболел внезапно три месяца назад после переохлаждения, отмечал повышение температуры до 39-40° с потрясающим ознобом и проливным потом. За это время сильно похудел, появилась выраженная мышечная слабость, затем присоединилась нарастающая одышка, головная боль, носовые кровотечения. В анамнезе указания на какие-либо заболевания отсутствуют.

При осмотре состояние больного тяжёлое, бледен, питание снижено. На голенях и стопах свежие геморрагические высыпания, петехиальные до 2 см в диаметре. Умеренная пульсация каротид. Левая граница сердечной тупости на 3 см кнаружи от среднеключичной линии. Систолический и диастолический шум на всех точках, пульс 120 уд/мин, быстрый, высокий, ритмичный. АД 120/40 мм рт.ст. Печень плотная с закругленным краем, чувствительная при пальпации, размеры 12*14*12 см. Пальпируется селезёнка, размеры её 17*8 см. В крови: Нв 103 г/л, эр $3,5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоц 8,2*10⁹/л, п/я 8%, с 67%, лимф 21%, мон 4%, СОЭ 44 мм/час. Фибриноген 6,8 г/л, общий белок 92 г/л, альбумины 32%, гамма глобулины 30%. При бактериологическом исследовании трижды выделен эпидермальный стафилококк. В анализе мочи: белок 0,66 г/л, эритроц 6-8 в п/зр. На ЭКГ синусовый ритм, блокада передневерхней ветви левой ножки пучка Гиса, гипертрофия левого желудочка. ЭХОКГ: подвижность створок клапана аорты не ограничена, на свободных краях створок булавовидные вегетации, пролабирующие в диастолу за плоскость аортального кольца в выводной отдел левого желудочка. Умеренная дилатация полостей, концентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка

- Достаточно ли у Вас данных, чтобы поставить диагноз?
- Если достаточно, то сформулируйте клинический диагноз.
- Назначьте лечение больного.
- Определите прогноз.

ЗАДАЧА №9

Больная 40 лет около 15 лет назад перенесла полиартрит с высокой температурой, опуханием и покраснением коленных, локтевых и голеностопных суставов, отмечалась летучесть болей. В течение месяца лечилась аспирином. Через 5 лет появилась одышка при ходьбе, сердцебиение, в последние два года – отёки голеней, «перебои» в работе сердца

Объективно: пониженное питание, цианоз губ. Пульс 100 уд/мин, аритмичный, малый. АД 100/80 мм рт.ст. Границы относительной тупости сердца смещены: левая - на 1 см влево от среднеключичной линии, верхняя – второе ребро, правая – на 1 см вправо от правого края грудины. Аускультативно: ритм неправильный, тахикардия, 1 тон на верхушке усилен, здесь же выслушивается систолический и диастолический шум, акцент 2 тона на лёгочной артерии. В задненижних отделах лёгких небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Печень по Курлову 14-11-9 см, пальпируется слегка болезненный уплотнённый её край. Пастозность голеней и стоп. Лабораторные данные без патологии. На ЭКГ – ритм неправильный (R-R разные), P отсутствует, $S_1 - R_{III}$, высокий R в V_1, II, AVR , глубокий S в $V_{5,6}$.

- Поставьте предварительный диагноз.
- Дайте заключение по ЭКГ
- Назначьте дополнительные обследования для уточнения диагноза.

ЗАДАЧА №10

Больная 17 лет жалуется на периодические подъёмы температуры до субфебрильных цифр, слабость, потливость, сыпь на коже, боли в суставах. В анамнезе малая хорея, ангины. Вышеуказанные жалобы появились две недели назад.

Объективно: на коже анулярная эритема. Пульс лабильный ритмичный 72 – 96 уд/мин, сердце не увеличено, тоны слегка приглушены, соотношение тонов сохранено, лёгкий систолический шум на верхушке. В анализе крови СОЭ 25 мм/час, альбуминов 46%, глобулинов 54% (α_2 12%, γ 29%). На ЭКГ интервал PQ 0,26, диффузные изменения миокарда. Выделите синдромы.

Сформулируйте диагноз.

Обоснуйте план диагностических мероприятий.

ЗАДАЧА №11

У больного 16 лет три недели назад после перенесённой ангины появились боли в правом, а затем в левом голеностопном суставе. Через два дня боли в этих суставах стали стихать, но появились в лучезапястных и межфаланговых суставах. Повысилась температура до 38°C . Объективно: коленные суставы припухшие, покрасневшие, болезненные, движения в них ограничены из-за болезненности. В лёгких изменений не выявлено. Приглушены тоны сердца, тахикардия. В анализе крови: лейкоциты $10 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 37 мм/час, АСЛ-О – 625 ед., СРБ +++++. ЭКГ низкий вольтаж зубцов, PQ – 0,28 сек.

- Выделите основные синдромы.
- Сформулируйте диагноз.
- Назначьте необходимые дополнительные исследования.

ЗАДАЧА №12

Больная 34 лет жалуется на слабость, одышку при небольшой физической нагрузке.

В возрасте 10 лет был обнаружен митральный порок, но чувствовала себя хорошо. Месяц назад стала периодически повышаться температура до $37,6-38^{\circ}$, иногда с ознобом. Две недели назад возник приступ очень сильной боли в правом боку, больше сзади, в пояснице.

Объективно: Бледность с желтушным оттенком, на голенях точечная петехиальная сыпь. Пульс 88 уд/мин, АД 140/40 мм рт.ст. При осмотре видна пульсация в 6 межреберье по аксиллярной линии слева, в 5-6 межреберьях определяется диастолическое дрожание. Границы сердца: левая в 6 межреберье на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии, верхняя по 3 ребру, правая кнаружи на 3 см от правого края грудины. Выслушивается диастолический шум на аорте и в 5 точке, систолический шум на верхушке, акцент 2 тона на легочной артерии. В лёгких дыхание жестковатое. Печень выходит из-под рёберной дуги на 3 см, чувствительная при пальпации. Справа пальпируется нижний полюс почки, болезненный при пальпации. Анализ крови: Hb 65 г/л, эритроциты $2,6 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $3,8 \cdot 10^9$ /л, эоз 2%, п/я 6%, сегм 66%, лимф 20%, моноциты 6%, СОЭ 55 мм/час.

- Сформулируйте клинический диагноз.
- С чем связан болевой синдром?
- Назначьте необходимые дополнительные методы исследования.
- Тактика лечения.