

Кафедра факультетской терапии
Клинические ситуации для оценки практической подготовки студентов
4 курса педиатрического факультета по дисциплине
«Факультетская терапия, профессиональные болезни»

Задача 1

Больная 30 лет, обратилась по поводу постоянных запоров в течение многих лет, сопровождающиеся периодическими болями в нижних отделах живота, уменьшающимися после акта дефекации. Оправляется с трудом 1 раз в 3- 4 дня, каловые массы твердые, без примеси слизи и крови.

Объективно: без особенностей

Пальцевое исследование прямой кишки, ирригография без патологических изменений.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Обоснуйте диагноз.
3. План дообследования
4. План лечения

Задача 2

Больной 45 лет. Жалобы на боли в эпигастральной области, иногда опоясывающего характера, частые поносы.

В течение многих лет злоупотреблял алкоголем. В течение года сахарный диабет, принимал диабетон. 6 месяцев понос с полужидким калом беловатого цвета. Похудел на 10 кг.

Объективно: масса тела 55 кг, рост – 170 см. Нерезкая болезненность над пупком. Печень по краю реберной дуги.

Диастаза мочи 256 ЕД. Глюкоза крови – 15,4 ммоль/л (норма 3,3-5,5 ммоль/л)

В анализе кала: много нейтрального жира, мыл и жирных кислот, непереваренной клетчатки, мышечных волокон, зерна крахмала.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Обоснуйте диагноз.
3. План дообследования
4. План лечения

Задача 3

Больной 47 лет. Жалобы на боли в эпигастральной области, не связанные с едой, тошноту, плохой аппетит и частые поносы.

В течение многих лет злоупотреблял алкоголем. В течение 2 лет сахарный диабет, принимал диабетон. 6 месяцев – поносы с полужидким калом беловатого цвета. Похудел на 8 кг.

Объективно: масса тела 60 кг, рост – 170 см. Кожа сухая, тургор снижен. АД 100/70 мм рт ст. Нерезкая болезненность над пупком. Печень на 3 см ниже края реберной дуги, плотная, безболезненная.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Обоснуйте диагноз.
3. План обследования
4. План лечения

Задача 4

Больной 32 лет, поступил с жалобами на боли в правом подреберье после приема жирной пищи и эмоциональных перегрузок.

Болен около 2 лет. Желтухи, повышение температуры не было.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые обычного цвета. Со стороны легких и сердца изменений нет. Язык не обложен. Живот при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ мочи и крови без изменений. Общий билирубин – 12 мкмоль/л.

Холецистография: желчный пузырь хорошо заполнен контрастным веществом, после приема яиц хорошо сократился. Теней конкрементов не обнаружено.

Дуоденальное исследование без особенностей.

Рентгеноскопия желудка в пределах нормы.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Обоснуйте диагноз.
3. План дообследования
4. План лечения

Задача 5

Больной 50 лет. Жалобы на увеличение и тяжесть в животе.

В прошлом злоупотреблял алкоголем. В течение 5 лет отмечалось увеличение печени. Увеличение живота заметил 1 месяц назад.

Объективно: телеангиоэктазии на коже туловища, гиперемия ладоней, живот увеличен в объеме, пупок сглажен, определяется тупость ниже пупка и флюктуация. Печень, селезенка не пальпируются. Билирубин крови – 30 мкмоль/л, АсАТ – 61 Ед/л, АлАТ – 85 Ед/л, протромбиновый индекс – 50%, белок – 52 г/л, альбумин – 24 г/л.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Обоснуйте диагноз.
3. План дообследования
4. План лечения

Задача 6

Больная 45 лет. Поступила с жалобами на увеличение живота, тошноту, плохой аппетит.

Больна в течение 3-х недель. 10 лет назад перенесла вирусный гепатит. Интоксикации отрицает.

Объективно: небольшие отеки голеней и стоп. Живот увеличен в объеме, пупок сглажен, выражена подкожная венозная сеть. Печень на 5 см ниже края реберной дуги, плотная с неровной поверхностью и острым краем. Пальпируется край селезенки. АД 100/60 мм.рт.ст. В остальном без особенностей.

Общий белок крови – 65 г/л., альбумины – 35 г/л., тимоловая проба – 18 ед., билирубин – 15 мкмоль/л., холестерин – 4.9 ммоль/л., протромбиновый индекс – 85%, АлАТ – 90 Ед/л, АсАТ – 71 ммоль/л/ч, щелочная фосфатаза – 146 Ед/л, циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) – 90 ед. Anti-HCV – (+), HCV-РНК – обнаружена

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Обоснуйте диагноз.
3. План дообследования
4. План лечения

Задача 7

Больной 45 лет. Жалобы на тошноту, периодическую рвоту в утренние часы, снижение аппетита, сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание в ночное время.

12 лет назад перенес острый гломерулонефрит, в последние годы контрольное обследование не проводилось. В течение последних 2х лет артериальная гипертензия.

Объективно: Состояние тяжелое. Лицо отечное, голени пастозные. Кожные покровы бледно-желтушные, сухие. Ps - 80 в мин., АД - 185/100 мм. рт. ст.

ОАК: Hb - 72 г/л, ЦП - 1,05; эритроциты - $2,46 \times 10^{12}/л$.

Эритроциты нормохромные, нормоцитарные.

ОАМ: ОПМ – 1004, белок – 1,82 г/л, цвет мочи – бесцветная, эритроциты 6-8 в п.зр., измененные, выщелоченные, цилиндры гиалиновые 2-4 в п.зр., зернистые цилиндры 1-2 в п.зр.

Биохимическое исследование крови:

Креатинин крови – 860 мкмоль/л

Мочевина – 24,2 ммоль/л

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Обоснуйте диагноз.
3. План дообследования
4. План лечения

Задача 8

Больной 27 лет, через 2 недели после перенесенного фарингита появились отеки на лице, передней брюшной стенке, жажда, головная боль, чувство тяжести в поясничной области, уменьшение количества мочи.

Около 2-х месяцев назад проводилось диспансерное обследование, патологии не было выявлено.

Объективно: Лицо, передняя брюшная стенка отечны, стопы голени пастозны. Кожные покровы бледные. АД=160\105мм.рт.ст. Ps =62 в 1', ритмичный, уд. свойств. Тоны сердца ритмичные. В легких без изменений. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

ОАК: Hb - 100г/л, эритроциты $3,28 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0,95.

ОАМ: ОПМ – 1031, белок – 2,6г/л, лейкоциты - 10-12 в п.зр, эритроциты-20-30 в п.зр, выщелоченные, измененные, цилиндры гиалиновые 2-4 в п.зр, зернистые 1-2 в п.зр.

Креатинин крови –122 мкмоль/л.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Обоснуйте диагноз.
3. План дообследования
4. План лечения

Задача 9

Больная 71 года обратилась к врачу по поводу общей слабости, выпадения волос, желаня кушать мел, непереносимости некоторых запахов, головокружений, запоров. В последнее время замечал примесь крови в кале.

Объективно: Бледность кожи и слизистых. Голубизна склер. Ногти слоятся и ломаются. Рост – 165 см, вес -55 кг. Тоны сердца приглушены, дующий систолический шум на верхушке и шум «волчка» на сосудах шеи. Пульс 98 в минуту. АД 105/70 мм. рт. ст. В остальном без особенностей.

Анализ крови: Hb - 90 г/л, эр. – $3,1 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,75.

Железо сыворотки крови- 5 мкмоль/л.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Обоснуйте диагноз.
3. План дообследования
4. План лечения

Задача 10

Больной 53 лет, поступил с жалобами на кашель с выделением гнойно-кровянистой мокроты, одышкой, повышением температуры до 39,2°C. Заболел остро 5 дней назад.

Объективно: состояние тяжелое. ЧДД - 32 в минуту. В легких справа в задне-нижних отделах укорочение перкуторного звука, звонкие мелкопузырчатые влажные хрипы.

На обзорной рентгенограмме органов грудной полости: затемнение справа соответственно нижней доле.

ОАК: Лейкоциты крови - $18 \times 10^9/\text{л}$, в лейкоцитарной формуле – сдвиг влево.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Обоснуйте диагноз.
3. План дообследования
4. План лечения

Задача 11

Больной 42 лет, поступил с жалобами на кашель с выделением небольшого количества мокроты, повышение температуры тела, общую слабость, боли в левом боку.

Заболел остро 3 дня назад.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура - 37.6°C . Ниже угла лопатки слева укорочение перкуторного звука, жесткое дыхание, влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы.

На обзорной рентгенограмме органов грудной полости: очагово-инфильтративные изменения в нижней доле слева.

ОАК: Лейкоциты крови - $18 \times 10^9/\text{л}$, в лейкоцитарной формуле – сдвиг влево.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Обоснуйте диагноз.
3. План дообследования
4. План лечения

Задача 12

Больная 32 лет поступила по поводу некупирующегося приступа экспираторного удушья.

Приступы удушья в течение 10 лет, купировались ингаляциями сальбутамола. В течение последней недели лихорадка, кашель выделением мокроты зеленоватого цвета, учащение приступов удушья. Ингаляции сальбутамола до 6-8 раз в сутки. Последний приступ удушья продолжался более 8 часов.

Объективно: больная беспокойная, возбуждена, обильный пот, цианоз. ЧДД - 30 в минуту, дыхание поверхностное, с участием вспомогательной мускулатуры. Грудная клетка бочкообразной формы, дыхание ослаблено, хрипов нет. АД 120/70 мм рт. ст. Пульс 120 в мин. Температура 38.

РаСО₂ - 58 мм рт. ст.; РаО₂ - 47 мм рт. ст.; рН артериальной крови - 7.21; НСО₃ - 30 ммоль/л. Гематокрит - 55%. Лейкоцитов - 13000, нейтрофилов 85%.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Обоснуйте диагноз.
3. План дообследования
4. План лечения

Задача 13

Больной 26 лет в течение 3 лет отмечает появление приступов экспираторного удушья в весенне-летнее время. Приступы сопровождались обильным выделением из носа, слезотечением, крапивницей. Мокрота светлая. Кожные пробы выявили аллергию на пыльцу ясеня, дуба. В остальное время года состояние удовлетворительное. Грудная клетка в межприступный период конической формы, перкуторно легочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Обоснуйте диагноз.
3. План обследования
4. План лечения

Задача 14

Больной М., 52 лет, поступил по поводу лихорадки с ознобами до $38,5^\circ\text{C}$, слабости, одышки при ходьбе. Болен в течение 1 месяца после ангины.

В возрасте 12 лет перенес острый полиартрит. С 36 лет находили компенсированный порок сердца.

Объективно: бледность кожных покровов и слизистых. В легких в задненижних отделах влажные мелкопузырчатые хрипы. Выраженная пульсация сонных артерий. Верхушечный толчок в 5-6 межреберьях, разлитой, усиленный. Во 2 межреберье справа диастолический шум убывающего характера, распространяющийся вниз по левому краю грудины, а также грубый систолический шум с иррадиацией на шею. Пульс 86 в минуту, ритмичный, высокий, быстрый. АД 150/40 мм рт. ст. Селезенка пальпируется на 2 см ниже края левой реберной дуги.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Обоснуйте диагноз.
3. План обследования
4. План лечения

Задача 15

Больная 52-х лет, поступила с жалобами на одышку в покое, отеки ног и увеличение живота.

В детстве перенесла полиартрит. В возрасте 26 лет обнаружен порок сердца. Последние 10 лет беспокоит одышка при физической нагрузке. В течение 2-х лет – отеки ног и увеличение живота.

Объективно: рост 165 см, масса тела 89 кг. На голених отеки. В легких везикулярное дыхание, патологических дыхательных шумов нет. ЧДД 20 в минуту. Шейные вены набухшие. Распространенная пульсация в области сердца, слева от грудины. Границы относительной сердечной тупости расширены во все стороны. Тоны сердца приглушены, аритмичны. На верхушке I тон усилен, дующий систолический шум; у основания мечевидного отростка – систолический шум, более грубый, усиливающийся на вдохе. ЧСС 115 в минуту. Пульс 90 в минуту. АД 110/80 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме, определяется асцит. Нижний край печени на 15 см ниже реберной дуги, уплотнён, заострён, пульсирует.

На ЭКГ: мерцательная аритмия, признаки гипертрофии правого желудочка.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Обоснуйте диагноз.
3. План дообследования
4. План лечения

Задача 16

Больной А., 28 лет, поступил с жалобами на боли в суставах рук и ног, головокружение, повышение температуры до 37,5 С.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледные. Резко выраженная пульсация сонных, подключичных артерий. Верхушечный толчок в 6 межреберье на 1 см влево от срединно-ключичной линии, разлитой, усиленный. Аускультативно: протодиастолический шум в точке Боткина-Эрба, ослабление II тона на аорте. Пульс 90 ударов в минуту, ритмичный, быстрый, высокий. АД 180/40 мм рт. ст. Печень не увеличена, отеков нет.

ЭКГ: левограмма, гипертрофия левого желудочка.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Обоснуйте диагноз.
3. План дообследования
4. План лечения

Задача 17

У больного 60-ти лет несколько часов назад развились интенсивные боли за грудиной, не полностью купировавшиеся нитроглицерином. Госпитализирован в БИТ.

В течение 10 лет отмечаются загрудинные боли утром при ходьбе, быстро проходящие при остановке или приеме нитроглицерина. Регулярно не лечился. Курит до 10 сигарет в день.

Объективно: рост 170 см, масса тела 80 кг, АД 120/80 мм рт. ст. Пульс 80 в минуту, ритмичный. Во время осмотра появились повторные загрудинные боли, потребовавшие применения наркотического анальгетика.

На ЭКГ: отрицательный зубец T в III отведении

МВ-КФК 60 ед/л, миоглобин 180 нг/мл.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Обоснуйте диагноз.
3. План дообследования
4. План лечения

Задача 18

У больного 47 лет впервые 2 недели назад при быстром подъеме на 4-й этаж возникла боль в нижней трети грудины с иррадиацией под левую лопатку и онемением левой руки, прошедшая в покое. В дальнейшем боли стали появляться при быстрой ходьбе, подъеме на 2-3-й этаж.

Объективно: пульс 72 в мин, удовл. свойств. АД 120/80 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные, звучные. Дыхание везикулярное. ЧДД 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у ребра. Отёков нет.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Обоснуйте диагноз.
3. План обследования
4. План лечения

Задача 19

Больной 53 лет доставлен СМП по поводу интенсивных болей в груди, продолжавшихся более 1 часа. Боли давящие, сжимающие, загрудинные, иррадиирующие в шею, челюсть, левое плечо, не связанные с дыханием, не успокаивающиеся после приема нитроглицерина.

В течение 10 лет отмечает повышение АД до 190/110 мм рт. ст.

Объективно: ЧДД 20 в минуту, в лёгких – без патологических дыхательных шумов. Пульс 80 в минуту, ритмичный. АД 170/100 мм рт. ст.

В остальном объективный статус без особенностей.

КФК-МВ – 75 ммоль/л, тропонин T (+)

ЭКГ: комплекс QS в отведениях III, aVF, там же подъем сегмента ST

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Обоснуйте диагноз.
3. План дообследования
4. План лечения

Задача 20

Больной 52 лет в течение месяца отмечает необычную утомляемость, сердцебиение при физической нагрузке. Две недели назад стали появляться сдавливающие боли за грудиной при ходьбе, проходящие в покое. Ночью проснулся от интенсивных загрудинных болей сжимающего характера с иррадиацией в обе руки. Повторно принимал нитроглицерин – без эффекта. В прошлом много лет курил. Повышенного питания.

Осмотрен врачом скорой помощи через 3 часа от начала болевого синдрома. Болевой синдром сохраняется. Состояние тяжелое. Конечности бледно-цианотичные, влажные, холодные. Шейные вены не набухшие. Пульс 120 в минуту, вялый, мягкий. Тоны сердца глухие, ритм галопа, шумов нет. АД 75/50 мм рт. ст. ЧДД 24 в минуту. В легких – без патологических дыхательных шумов.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Обоснуйте диагноз.
3. План обследования
4. План лечения

Задача 21

Больной 56 лет, доставлен в БИТ в бессознательном состоянии.

Со слов родственников, около 2 часов до поступления у больного возник приступ резкой загрудинной боли, эффект от приема нитроглицерина отсутствовал.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные, холодные, цианотичные. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс 100 в минуту, нитевидный. АД 60/30 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у ребра. Отёков нет.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Обоснуйте диагноз.
3. План обследования
4. План лечения

Задача 22

У больного 47 лет ночью появились интенсивные боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, длительностью 20 минут, купированы после повторного приема нитроглицерина.

Объективно: состояние средней тяжести. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 82 в минуту, АД 130/80 мм рт. ст.

На ЭКГ: ритм синусовый, подъем сегмента *ST* в отведениях *aVL*, *V3-5*.

На следующий день: сегмент *ST* регистрируется на изолинии, лейкоциты крови $6,8 \times 10^9$ /л, СОЭ 12 мм/ч, *МВ-КФК* 20 ед/л, тропонин *T* (-)

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Обоснуйте диагноз.
3. План дообследования
4. План лечения

Задача 23

Вызов к больному 66 лет. Час назад начался приступ инспираторного удушья с ощущением kloкотания в груди и кашлем с выделением пенистой кровянистой мокроты.

В течение 15 лет артериальная гипертензия до 210/100 мм рт. ст. 3 года назад перенес инфаркт миокарда. Получает каптоприл по 1 таблетке 3 раза.

Объективно: цианоз губ, акроцианоз, холодный пот. Ортопноэ, ЧД - 36 в минуту. В легких повсюду влажные крупнопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм галопа. Пульс - 110 в минуту, ритмичный, напряженный. АД - 230/140 мм рт. ст. В остальном без особенностей.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Обоснуйте диагноз.
3. План обследования
4. План лечения

Задача 24

Больной 62 лет. Вызвал скорую помощь по поводу выраженной одышки, ощущения учащенного сердцебиения, перебоев в работе сердца. Изредка - боли за грудиной при подъеме по лестнице выше 2 этажа.

5 лет назад перенес инфаркт миокарда. Курит одну пачку сигарет в день.

Объективно: состояние средней тяжести. Больной сидит с опущенными вниз ногами. Умеренные отеки голеней, цианоз губ. В нижних отделах легких выслушиваются влажные хрипы. ЧДД – 25 в минуту. Сердце расширено влево на 2 см, тоны приглушены, систолический шум на аорте. Пульс – 92 в минуту, аритмичный. Дефицит пульса – 18 в минуту. АД – 90/60 мм рт. ст. Печень у края реберной дуги.

На ЭКГ фибрилляция предсердий, ЧЖС 110 в минуту.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Обоснуйте диагноз.
3. План дообследования
4. План лечения

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

М.Е. Евсеева