

## Содержание

Введение.....	4
Частный модуль «Пульмонология»	
Тема 1. Пневмония.....	6
Тема 2. Хронический бронхит.....	10
Тема 3. Бронхиальная астма.....	14
Тема 4. Плевриты.....	19
Частный модуль «Кардиология»	
Тема 5. Острая ревматическая лихорадка.....	22
Тема 6. Приобретенные пороки сердца.....	27
Тема 7. Инфекционный эндокардит .....	33
Тема 8. Хроническая ишемическая болезнь сердца.....	39
Тема 9. Острый инфаркт миокарда .....	43
Тема 10. Гипертоническая болезнь... ..	49
Тема 11. Нарушения ритма и проводимости.....	54
Частный модуль «Гастроэнтерология»	
Тема 12. Хронический гастрит.....	59
Тема 13. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.....	63
Тема 14. Хронический холецистит.....	67
Тема 15. Хронический гепатит.....	72
Тема 16. Цирроз печени.....	75
Тема 17. Хронический панкреатит.....	81
Частный модуль «Нефрология»	
Тема 18. Острый гломерулонефрит.....	87
Частный модуль «Гематология»	
Тема 19. Железодефицитная анемия .....	92
Тема 20 В-12 дефицитная анемия .....	96
Частный модуль «Ревматология»	
Тема 21. Ревматоидный артрит.....	100
Тема 22. Системная красная волчанка.....	104
Приложение (эталон решения задачи №2).....	109

## Частный модуль «ПУЛЬМОНОЛОГИЯ»

### Тема 1. Модульная единица «Пневмония»

#### Задача №1.

Больной П., 64 лет, обратился с жалобами на кашель с отхождением мокроты желто-зеленого цвета, повышение температуры тела до 38,3°C, одышку при умеренной физической нагрузке, болевые ощущения умеренной интенсивности в правой половине грудной клетки, возникающие при кашле и глубоком вдохе, общую слабость, потливость и головную боль. Заболел остро 3 дня назад, после переохлаждения. При обращении в поликлинику по месту жительства врач назначил гентамицин по 80 мг в/м 2 раза в день, мукалтин 3 таблетки в день, аспирин. На фоне лечения существенной положительной динамики не отмечено.

Пациент бывший военнослужащий, в настоящее время на пенсии, работает вахтером. Курит в течение 22 лет по 1,5 – 2 пачки сигарет в день. Периодически (2-3 раза в год) после переохлаждения или ОРВИ отмечает появление кашля с отхождением желто-зеленой мокроты, в последние 2 года появилась одышка при умеренной физической нагрузке.

При осмотре: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, умеренной влажности, отмечается гиперемия кожи лица. Температура тела – 37,6°C. Подкожно-жировой слой развит умеренно, отеков нет, периферические лимфатические узлы не увеличены. ЧД в покое – 22 в мин. Грудная клетка эмфизематозная, при осмотре обращает на себя внимание отставание правой половины грудной клетки при дыхании. Перкуторно на фоне коробочного звука отмечается участок притупления справа ниже угла лопатки, в этой же области – усиление голосового дрожания. При аускультации выслушиваются рассеянные сухие жужжащие хрипы, справа ниже угла лопатки – зона крепитации. Тоны сердца приглушены, шумов нет. ЧСС – 102 в мин., АД – 118/76 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, доступный пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет.

В анализах крови: гемоглобин – 15,6 г/л; Эритроциты – 5,1 млн.; гематокрит – 43%; лейкоциты – 14,4 тыс.; п/я – 2%; с/я – 72%; лимфоциты – 18%; эозинофилы – 2%; моноциты – 6%; СОЭ – 32 мм/ч.

В анализе мокроты: характер слизисто-гнойный, лейкоциты густо покрывают поле зрения; эозинофилы, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, БК – отсутствуют; определяются грам-положительные диплококки.

На рентгенограмме органов грудной клетки в двух проекциях определяется участок затемнения (инфильтрации) легочной ткани в нижней доле правого легкого, эмфизема легких, усиление легочного рисунка за счет интерстициального компонента.

**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.

**Эталон решения задачи №1**

*На первом этапе диагностического поиска* анализ жалоб пациента позволяет заподозрить острое воспалительное (с учетом остроты развития, вероятнее всего инфекционное) заболевание дыхательных путей. Данные анамнеза (длительное курение, периодический кашель с мокротой, появление одышки) свидетельствуют о наличии у пациента недиагностированного хронического заболевания легких – ХОБЛ, что наряду с возрастом пациента – 64 года, может быть фактором риска развития пневмонии. В данном случае провоцирующим фактором является переохлаждение. Данные физического исследования на *втором этапе диагностического поиска* предполагают наличие у пациента двух синдромов – бронхитического (сухие жужжащие хрипы) и синдрома воспалительной инфильтрации легочной ткани (отставание половины грудной клетки при дыхании, укорочение перкуторного звука, усиление голосового дрожания, крепитация). Наличие лихорадки, крепитации, изменение дыхательных шумов, тахикардии при отсутствии анамнестических указаний на наличие бронхиальной астмы с высокой долей вероятности позволяет заподозрить диагноз внебольничной пневмонии (специфичность данного симптомокомплекса составляет 92-97%).

На третьем этапе диагностического поиска результаты лабораторных исследований также свидетельствуют в пользу наличия острого воспаления (лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, увеличение СОЭ, слизисто-гнойная мокрота с большим содержанием лейкоцитов и кокков). Обнаружение в мокроте грам-положительных диплококков позволяет предположить стрептококковую (пневмококковую) этиологию заболевания. Диагноз пневмонии подтверждает рентгенологическое исследование органов грудной клетки (наличие инфильтрации легочной ткани).

Таким образом, *клинический диагноз* пациента: внебольничная пневмококковая (?) правосторонняя нижнедолевая пневмония, среднетяжелого течения.

В плане дополнительных исследований пациенту необходимо проведение ФВД для оценки бронхиальной проходимости. Пациенту следует отказаться от курения. С учетом предполагаемой этиологии и предрасполагающих факторов пациенту следует назначить цефалоспорины II-III поколения в сочетании с макролидами и муколитические средства (амброксол), при необходимости - противовоспалительные средства (аспирин), а также, после проведения ФВД, возможно

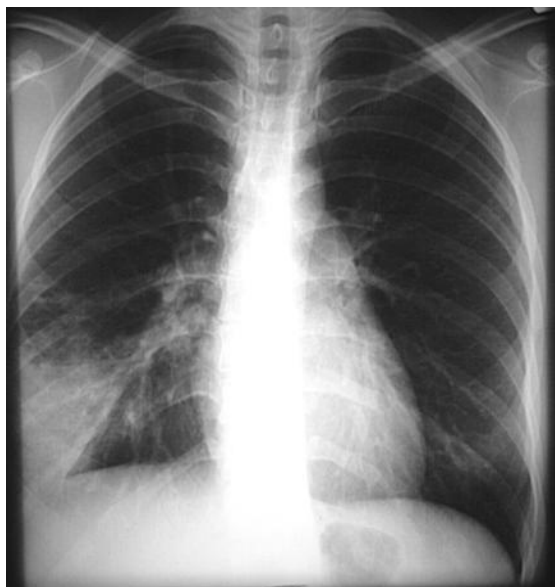
назначение бронхолитических средств (ипратропия бромид в виде ингаляций). Эффективность лечения следует оценивать через 48-72 ч, продолжительность антимикробной терапии - 5 суток с момента нормализации температуры тела.

### **Задача №2.**

Больной Н., 69 лет, пенсионер, в течение 50 лет выкуривающий до 20-25 сигарет в день, поступил с жалобами на повышение температуры тела максимально до 38,6°C в течение последних суток, с ознобом, слабость, появление кашля, сначала сухого, затем с отхождением небольшого количества мокроты желто-зеленого цвета, одышку, учащенное сердцебиение, дискомфорт в правой половине грудной клетки. Развитие заболевания связывает с переохлаждением. В анамнезе – артериальная гипертония, редкие приступы стенокардии напряжения.

При осмотре состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, горячие, умеренно выраженный диффузный цианоз. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет. Число дыхательных движений в покое 26 в минуту. При осмотре обращает на себя внимание отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При пальпации отмечается усиление голосового дрожания и бронхофонии справа до угла лопатки, в этой же области – укорочение перкуторного звука. Аускультативно на фоне жесткого дыхания и сухих рассеянных жужжащих хрипов справа до уровня угла лопатки определяется участок бронхиального дыхания и звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, тахикардия (ЧСС 100-110 в мин., определяются экстрасистолы до 5-8 в минуту), АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в области эпигастрия. Печень, селезенка не увеличены. В неврологическом статусе признаков очаговой симптоматики и менингеальных знаков не выявлено.

В анализах крови: эритроциты – 4,1 млн./мкл, Hb – 11,6 г%, Hct – 46%, ЦП – 0,85, лейкоциты – 18,6 тыс./мкл (п/я – 4%, с/я – 80%, лимфоциты – 12%, эозинофилы – 2%, базофилы – 0%, моноциты – 2%), СОЭ – 46 мм/ч, СРБ - ++++;  $pO_2$  – 58%,  $pCO_2$  – 34% (капиллярная кровь). В общем анализе мокроты: характер слизисто-гнойный, консистенция вязкая, лейкоциты 40-60 в п/зр., эритроцитов, эозинофилов нет, атипичные клетки, БК, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, эластичные волокна не обнаружены, при окраске по Грамму обнаружены грамположительные диплококки. В анализах мочи – уд.вес 1018, следы белка, лейкоциты – 4-6-8 в п/зр



**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 №3.**

У пациента К., 72 лет, находящегося в урологическом стационаре по поводу аденомы предстательной железы, на 4 сутки после цистостомии отмечено повышение температуры тела максимально до 38,9°C, с ознобом, что сопровождалось выраженной слабостью, одышкой, учащенным сердцебиением.

Пациент курит в течение 50 лет по 1 пачке сигарет в день, в течение 20 лет страдает артериальной гипертонией, в течение 15 лет – сахарным диабетом 2 типа, последние 4-5 лет отмечает приступы стенокардии напряжения, соответствующие ПФК (по CCS).

При осмотре состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, горячие, умеренно выраженный диффузный цианоз. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Число дыхательных движений в покое 30 в минуту. При пальпации грудной клетки умеренно выраженная болезненность в паравертебральных точках, перкуторный звук коробочный, слева ниже угла лопатки определяется участок укорочения перкуторного звука. В этой же области определяется усиление голосового дрожания и шепотная пекторолалия. Аускультативно: дыхание жесткое, выслушивается большое количество сухих жужжащих хрипов над всей поверхностью легких, слева

ниже угла лопатки определяется зона влажных мелкопузырчатых хрипов. Тоны сердца приглушены, тахикардия (до 110 – 115 ударов в минуту), мягкий систолический шум на верхушке, АД – 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в области правого подреберья и эпигастрия. Печень, селезенка не увеличены. Область цистостомического дренажа не изменена, моча отходит свободно, обычного цвета. В неврологическом статусе признаков очаговой симптоматики и менингеальных знаков не выявлено. В анализах крови: эритроциты – 4,6 млн./мкл, Hb – 15,1 г%, Hct – 43%, ЦП – 0,83, лейкоциты – 16,4 тыс./мкл (п/я – 4%, с/я – 80%, лимфоциты – 12%, эозинофилы – 2%, базофилы – 0%, моноциты – 2%), СОЭ – 42 мм/ч, СРБ - +++. Креатинин – 1,1 мг/дл, глюкоза – 138 мг/дл. В анализах мочи (по дренажу) – уд.вес 1018, белок – 0,023 ‰, сахара - нет, лейкоциты – 4-6-8 в п/зр. Пациенту выполнена рентгенография органов грудной клетки.



**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.

## **ТЕМА 2. Модульная единица «ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ»**

### **Задача № 1**

Пациент К., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на кашель с небольшим количеством вязкой, трудноотделяемой мокроты, на одышку при физической нагрузке. Из анамнеза известно, что кашель беспокоит в течение последних 7 лет, усиливается преимущественно после частых ОРВИ, назначались антибиотики с положительным эффектом. В течение последних 2 лет стал

отмечать одышку при умеренной физической нагрузке. Пациент курит с 17-летнего возраста по 1 пачке сигарет в день. По профессии слесарь, работа связана с частыми переохлаждениями. Ухудшение состояния в течение последних 3 дней, когда вновь усилился кашель с отхождением небольшого количества гнойной мокроты, температура тела повысилась до 37,5 С.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,5 С. Над легкими при перкуссии - коробочный звук, при аускультации - жесткое дыхание, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы. ЧДД - 22 в мин. Пульс - 80 в мин. АД - 130 и 80 мм рт.ст,

В общем анализе крови: эритроциты - 4,5 млн, Нв - 145 г/л, ЦП - 0,95, лейкоциты - 10 тыс. (п/я - 5%, с/я - 57%, лимф. - 27%, моноц. - 8%, эоз - 3%), СОЭ - 23 мм/ч. В общем анализе мокроты: лейкоциты - 60-80 в п/зр., макрофаги - много, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена и эозинофилы - не найдены, БК и атипичные клетки не обнаружены. Рентгенография органов грудной клетки: свежих очаговых и инфильтративных изменений нет, легочные поля повышенной прозрачности, стенки бронхов уплотнены, корни расширены. ФВД: ЖЕЛ - 57%, ОФВ1 - 64%, МОС 25 - 53%, МОС 50 - 49%, МОС 75 - 58%; после ингаляции беротека: ЖЕЛ - 60%, ОФВ1 - 68%, МОС 25 - 56%, МОС 50 - 54%, МОС 75 - 62%.

**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.

**Эталон решения задачи №1**

*На 1-м этапе диагностического поиска* в качестве ведущих можно выделить жалобы на кашель и одышку при умеренной физической нагрузке, что может свидетельствовать о заболевании легких (хронический бронхит, бронхиальная астма), а также быть проявлением сердечной недостаточности, развившейся на фоне имеющихся заболеваний сердечно-сосудистой системы. Однако отсутствие указаний на поражение органов кровообращения в анамнезе, длительный стаж курения, частые обострения заболевания после перенесенных ОРВИ делают наиболее вероятным предположение о наличии у пациента поражения органов дыхательной системы. Субфебрильная лихорадка может говорить в пользу обострения заболевания. В связи с отсутствием приступов удушья в анамнезе, данных о пищевой и лекарственной аллергии диагноз бронхиальной астмы представляется сомнительным, однако для его полного исключения необходимо дальнейшее

проведение диагностического поиска. Присоединение одышки в последние годы можно объяснить прогрессированием заболевания и появлением признаков дыхательной недостаточности.

*На 2-м этапе диагностического поиска* обращают на себя внимание данные перкуссии и аускультации легких. Коробочный звук при перкуссии может свидетельствовать о начальных стадиях формирования эмфиземы легких на фоне имеющегося поражения бронхолегочного дерева. Характеристика выслушиваемых хрипов и аускультации соответствует проявлениям бронхообструктивного синдрома в рамках хронического бронхита. Диагноз бронхиальной астмы можно окончательно исключить только на 3-м этапе диагностического поиска. Также не подтверждается предположение о сердечно-сосудистом генезе жалоб: у пациента отсутствуют такие признаки недостаточности кровообращения, как периферические отеки и тахикардия.

*На 3 этапе диагностического поиска* диагноз хронического бронхита окончательно подтвердился. У пациента имеется обострение заболевания, о чем свидетельствуют не только данные 1-го этапа и физикального обследования, но и такие неспецифические признаки воспаления, как лейкоцитоз и повышение СОЭ, а также увеличенное количество лейкоцитов в общем анализе мокроты. Наличие бронхообструктивного синдрома подтверждено данными функции внешнего дыхания. Снижение проходимости бронхов разного калибра и отрицательная реакция на ингаляцию беродуала позволяет окончательно отвергнуть диагноз бронхиальной астмы и говорит о формировании у пациента хронической обструктивной болезни легких.

**Клинический диагноз:** Хронический обструктивный бронхит среднетяжелого течения в фазе обострения. Дыхательная недостаточность I ст.

В плане лечения целесообразно назначение пациенту антибиотиков после получения результатов посева мокроты (вероятно, полусинтетических пенициллинов), мукорегуляторов, отхаркивающих средств, пролонгированных теофиллинов в сочетании с дыхательной гимнастикой и массажем грудной клетки. Необходимо рекомендовать пациенту отказ от курения, избегать переохлаждений, после нормализации показателей крови и анализа мокроты - периодический курсовой прием иммуномодуляторов для профилактики частых ОРВИ

## **Задача № 2**

Пациент П., 50 лет, поступил в клинику с жалобами на кашель с большим количеством мокроты зеленого цвета, периодическое повышение температуры тела до 37,4-37,5 С. Из анамнеза известно, что пациент работает почтальоном в сельской местности, испытывает частые переохлаждения. Последние 20 лет выкуривает по 1,5 пачки сигарет в день. Кашель беспокоит давно, однако пациент не обращал на него внимания, так как он возникал только по утрам и



мокрота выделялась в виде нескольких пленок белого цвета. В дальнейшем количество мокроты увеличилось, она стала приобретать желтовато-зеленоватый оттенок. Весной и осенью в течение последних 5 лет возникают обострения заболевания, сопровождающиеся повышением температуры тела до субфебрильных цифр и увеличением количества мокроты. На фоне проведения антибиотикотерапии состояние улучшалось в течение 7-10 дне, применяет отхаркивающие средства. Настоящее ухудшение состояния в течение последних 2 дней, когда вновь усилился кашель с отхождением большого количества гнойной мокроты, температура тела повысилась до 37,7 С.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 37,7 С, кожные покровы влажные, цианоза нет. Над легкими перкуторно - легочный звук с коробочным оттенком, при аускультации - жесткое дыхание, сухие жужжащие хрипы над всей поверхностью легких. ЧДД - 20 в мин. ЧСС - 82 в мин. АД - 130 и 80 мм рт.ст. Печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе крови: эритро. - 5,0 млн., Нв - 151 г/л, Лейкоциты - 12,0 тыс., п/я - 6%, с/я - 72%, лимф. - 11%, моноц - 9%, эоз. - 2%. В анализе мокроты: лейкоциты - 100 в п/зр, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена и эозинофилы не определяются. Рентгенография органов грудной клетки: свежих очаговых и инфильтративных изменений нет, умеренное повышение воздушности легочной ткани, стенки бронхов уплотнены, корни расширены, умеренный пневмосклероз. ФВД; ЖЕЛ - 76%, ОФВ1 - 72%, МОС 25 - 68%, МОС 50 - 74%, МОС 75 - 65%, после ингаляции беротека - ОФВ1 - 77%, МОС 25 - 74%, МОС 50 - 80%, МОС 75 - 76%.

**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 № 3**

Пациентка 33 лет, преподаватель начальной школы, жалуется на кашель с небольшим количеством вязкой мокроты белого цвета. Кашель возникает во время частых простудных заболеваний в холодное время года и сохраняется в течение 2-3 месяцев в течение последних 5 лет. На этом фоне сохраняется субфебрильная температура тела 37,1-37,2 С, слабость, потливость.

Пациентка не курит. Настоящее ухудшение после перенесенной ОРВИ, сохраняется кашель с небольшим количеством вязкой светлой мокроты.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, температура тела 37,1С, кожные покровы влажные, цианоза нет. Над легкими перкуторно - ясный легочный звук, при аускультации - жесткое дыхание. ЧДД - 18 в мин. ЧСС - 70 в мин. АД - 110 и 70 мм рт.ст. Печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе крови: эритроц. - 3,8 млн., Нв - 130 г/л. Лейкоциты - 8,8 тыс., п/я - 3%, с/я - 43%, лимф. - 45%, моноц - 7%, эоз. — 2%. В анализе мокроты: лейкоциты - 20-30 в п/зр, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена и эозинофилы не определяются. Рентгенография органов грудной клетки: свежих очаговых и инфильтративных изменений нет, корни структурны. ФВД: ЖЕЛ - 84%, 0ФВ1 - 82%, МОС 25 - 94%, МОС 50 - 82%, МОС 75 86%.

**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.

**ТЕМА 3. Модульная единица «БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА»**

**Задача №1.**

Больная М., 38 лет, поступила в клинику с жалобами на приступообразный кашель с трудноотделяемой вязкой слизистой мокротой (единичные плевки), приступы удушья с затрудненным выдохом, возникающие как в дневное, так и в ночное время ежедневно, одышку при незначительной физической нагрузке, заложенность носа. Сестра пациентки страдает полипозным риносинуситом, у матери больной пищевая аллергия в виде крапивницы на цитрусовые. Пациентка работает вязальщицей на текстильном предприятии, имеет постоянный контакт с шерстью. В течение последних лет отмечает частые ОРЗ – 2-3 раза в год. В анамнезе отмечены аллергические реакции на прием ампициллина – заложенность носа, слезотечение; цитрусовые и клубника – крапивница. Из анамнеза заболевания известно, что в течение многих лет беспокоит практически постоянная заложенность носа, 2 года назад диагностирован полипозный риносинусит, проведена полипотомия носа. Год назад после перенесенного ОРЗ у больной длительно сохранялся приступообразный кашель. Состояние ухудшилось весной, в апреле впервые развился приступ удушья, купированный в/в введением эуфиллина. В последующем больная самостоятельно принимала антигистаминные препараты, эуфиллин с эффектом. Последнее ухудшение вновь после

ОРЗ, резко возросла частота приступов удушья в дневное, появились ночные приступы. Для обследования и подбора терапии больная поступила в клинику.

При поступлении: состояние относительно удовлетворительное, ЧД 22 в мин., на коже кистей – экзематозные бляшки. Носовое дыхание резко затруднено. Отмечается диффузный «теплый» цианоз. При перкуссии легких – коробочный звук, при аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих и жужжащих хрипов над всей поверхностью легких. ЧСС 96 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

При исследовании крови: гемоглобин 120 г/л; эритроц. 4,5 млн., ЦП 0,79; лейкоц. 8,0 тыс.; сегм. 63%. лимф. 21%; эоз. 13%; мон. 3%., СОЭ 10 мм/час. Анализ мокроты общий: консистенция вязкая, характер слизистый, лейкоциты 1-5 в п/зр; эозинофилы 20-40-60 в п/зр; эритроцитов нет; спирали Куршмана – 1-3 в препарате, кристаллы Шарко-Лейдена – 5-7 в препарате; атипичные клетки, эластичные волокна, БК не найдены. Исследование ФВД: ЖЕЛ 84%; ОФВ<sub>1</sub> 55%; МОС<sub>25</sub> 66%; МОС<sub>50</sub> 42%; МОС<sub>75</sub> 38%. После ингаляции 400 мкг сальбутамола: ОФВ<sub>1</sub> 84%; МОС<sub>25</sub> 68%; МОС<sub>50</sub> 59%; МОС<sub>75</sub> 58%. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки – очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены, определяется уплощение купола диафрагмы, повышение воздушности легочной ткани, утолщение стенок бронхов.

**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.

**Эталон решения задачи №1**

*На I этапе диагностического поиска* анализируя жалобы больной на приступообразный кашель с трудноотделяемой мокротой и приступы удушья, можно выделить основной клинический синдром – бронхообструктивный. У больной имеются также факторы риска - отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям, постоянный контакт с веществами антигенной природы по роду профессиональной деятельности, частые острые респираторные заболевания, наличие аллергических реакций на пищевые продукты и антибиотики. Из анамнеза заболевания известно, что в течение многих лет больная страдает аллергическим заболеванием полости носа и околоносовых пазух, что необходимо расценивать как фактор риска развития аллергического поражения нижних дыхательных путей. Впервые респираторные симптомы у пациентки возникают после перенесенного ОРЗ, что определяет значимость инфекционного фактора в

качестве триггера патологического процесса. Однако яркие признаки бронхообструктивного синдрома развиваются у пациентки весной, в период цветения. Значимым является положительный эффект от проводимой терапии бронхолитиками и антигистаминными препаратами. Однако базисной противовоспалительной терапии не проводилось, что, вероятнее всего, и определило прогрессирование болезни. Таким образом, на основании результатов I этапа диагностического поиска можно предположить развитие у больной аллергического поражения дыхательных путей. Выделенные клинические синдромы, факторы риска развития болезни, делают наиболее вероятным диагноз бронхиальной астмы. Указание на роль аллергии и инфекции в генезе заболевания, позволяет предположить инфекционно-аллергический генез болезни. Ежедневные дневные и ночные симптомы болезни указывают на тяжелое течение бронхиальной астмы и фазу обострения болезни. Однако поставить достоверный диагноз возможно только после проведения 3 этапов диагностического поиска и исключив другие заболевания, которые могут сопровождаться бронхообструктивным синдромом.

*На втором этапе диагностического поиска* объективное обследование больного выявляет внелегочные проявления аллергии – экзематозные бляшки, затрудненное носовое дыхание. Подтверждается также наличие бронхообструктивного синдрома – при аускультации выслушиваются сухие свистящие хрипы в большом количестве. Наличие диффузного «теплого» цианоза свидетельствует в пользу вентиляционно-перфузионных нарушений, тахипное, перкуторный коробочный звук над областью легких – признак викарной эмфиземы. Выявленные признаки можно расценить как осложнения болезни. Таким образом, II этап диагностического поиска подтвердил предположения, высказанные после I этапа и не обнаружил клинических признаков других заболеваний, сопровождающихся бронхообструктивным синдромом.

*На третьем этапе диагностического поиска* при оценке результатов лабораторно-инструментального обследования больного выявлена эозинофилия крови – признак общей аллергической реакции; эозинофилы мокроты, кристаллы Шарко-Лейдена – подтверждение местной аллергической реакции. Обнаружение в мокроте спирали Куршмана свидетельствует о бронхообструкции. По результатам исследования ФВД выявлена генерализованная обратимая бронхиальная обструкция (постбронходилатационный тест положительный, прирост ОФВ<sub>1</sub> 29%), соответствующая тяжелому течению БА (ОФВ<sub>1</sub> < 60%). Результаты рентгенологического исследования подтверждают эмфизему легких – повышение воздушности, уплощение купола диафрагмы; указывают на диффузный воспалительный процесс в бронхах – утолщение стенок бронхов.

Таким образом, на основании результатов проведенного диагностического поиска можно поставить следующий диагноз: Бронхиальная астма, инфекционно-аллергическая, тяжелого течения в фазе обострения. Эмфизема легких. ДН II ст.

Лечение: Учитывая тяжесть течения и обострение заболевания, больной целесообразно назначить небулайзерную терапию: ингаляционные глюкокортикостероиды 4 мг/сутки (пульмикорт по 2 мг 2 раза в день) в сочетании  $\beta_2$ -агонистами короткого действия (вентолин 5 мг 4 раза в сутки). Необходимо также назначение муко-секретолитиков (амброксол через небулайзер). Учитывая выраженный общий аллергический ответ, возможно также назначение антигистаминных препаратов (лоратадин).

После купирования обострения заболевания, больной необходимо длительное лечение ингаляционными глюкокортикостероидами (1000 мкг/сутки) в сочетании с пролонгированными  $\beta_2$ -агонистами: формотерол (оксис) 4,5 мкг по 1 вд 2 раза в день. Лечение следует проводить под контролем измерения пиковой скорости выдоха (ПСВ) по результатам пикфлоуметрии.

## **Задача №2.**

Больной К., 27 лет, по профессии маляр, поступил в клинику с жалобами на резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, кашель с отделением вязкой стекловидной мокроты, чаще в ранние утренние часы. Известно, что у сестры больного – аллергический дерматит. Сын больного (3 года) страдает экссудативным диатезом. Пациент курит по 1 пачки сигарет в день в течение 10 лет. В анамнезе отмечает аллергическую реакцию в виде отека Квинке на новокаин, пищевую аллергию – крапивница при употреблении в пищу морепродуктов. Ухудшение состояния в течение недели, когда после ОРВИ появился кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой, больной самостоятельно начал принимать ампициллин. На 2 день приема препарата ночью развился приступ удушья, купированный преднизолоном и эуфиллином внутривенно бригадой СМП. С этого времени беспокоит резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, сохраняется приступообразный кашель. При поступлении: Состояние средней тяжести. Дистанционные свистящие хрипы. Грудная клетка бочкообразной формы. ЧД 24 в мин. Перкуторный звук над легочными полями коробочный. В легких дыхание резко ослаблено, выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 100 в мин, АД 120/80 мм рт.ст., Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

При исследовании крови: Нб 120 г/л; эритроциты 4,3 млн; ЦП – 0,9; лейкоц. 4,5 млн; п/я 3%; с/я 64%; эоз. 13%; лимф 20%; мон. 2%; СОЭ 10 мм /час. Ан. мокроты общий: характер слизистый, консистенция вязкая, лейкоц. 5-10 в п/зр., эозинофилы 50-60 в препарате. Спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена – единичные в препарате. Эластичные волокна, атипичные клетки, БК не найдены. При рентгенологическом исследовании легких – свежие очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены. Отмечается уплощение купола диафрагмы, повышение воздушности легочной ткани. ФВД: ЖЕЛ – 87%; ОФВ<sub>1</sub> – 53%; МОС<sub>25</sub> – 68%; МОС<sub>50</sub> – 54%; МОС<sub>75</sub> – 24%; ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ – 82%.

**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 №3.**

Больной Д., 46 лет, сварщик, поступил в клинику с жалобами на приступы удушья до 3-4 раз в сутки в дневное и ночное время, кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, одышку при умеренной физической нагрузке, заложенность носа, обильное отделяемое из носа. Из анамнеза известно, что с детства беспокоит заложенность носа, усиливающаяся в весенний период. К врачам не обращался, самостоятельно использовал сосудосуживающие капли с эффектом. В течение 20 лет курит по 1 пачке сигарет в день. Последние 5 лет часто болеет ОРЗ (3-4 раза в год). Ухудшение состояния в течение 2-х месяцев, когда после контакта с масляной краской впервые возник приступ затрудненного дыхания, прошедший самостоятельно. К врачам не обращался. 2 недели назад заболел ОРЗ, появился кашель, вновь стало беспокоить затрудненное дыхание. Лечился самостоятельно без эффекта. Последнюю неделю появились приступы удушья как в дневное, так и ночное время, которые больной купирует ингаляциями сальбутамола. Для обследования и лечения поступил в клинику

При поступлении: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледные, влажные. ЧД 18 в мин. Грудная клетка бочкообразной формы, перкуторный звук над легочными полями коробочный. В легких при аускультации над всей поверхностью выслушиваются сухие свистящие и жужжащие хрипы в большом количестве. Тоны сердца ритмичные ЧСС 86 в мин, ритм правильный, шумов нет. АД 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

При исследовании крови: гемоглобин 130 г/л; эритроц. 4,5 млн.; лейкоц. 4,5 тыс; сегм. 63%, эоз. 12%, лимфоциты 21%; мон. 4%, СОЭ 12 мм/час. В общем анализе мокроты: консистенция вязкая, характер слизисто-гнойный, лейкоциты – 20-40 в п/зр, эритроцитов нет, эозинофилы 40-60 в п/зр.; спирали Куршмана – 1-3 в препарате; кристаллы Шарко-Лейдена – 3-5 в препарате, эластические волокна, атипичные клетки, БК не найдены. При рентгенологическом исследовании легких: повышение воздушности легочной ткани, уплотнение стенок бронхов. Исследование ФВД: ЖЕЛ

90%; ОФВ<sub>1</sub> 68%; МОС<sub>25</sub> 82%; МОС<sub>50</sub> 64%; МОС<sub>75</sub> 46%. После ингаляции 40 мкг аьрвента: ОФВ<sub>1</sub> 92%; МОС<sub>25</sub> 86%; МОС<sub>50</sub> 78%; МОС<sub>75</sub> 68%.

**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.

#### **ТЕМА 4. Модульная единица «ПЛЕВРИТЫ»**

##### **Задача №1.**

Больной В., 32 лет обратился в приемное отделение клиники 15 февраля с жалобами на повышение температуры тела до 38,5° С, одышку, сухой кашель, интенсивные боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании и кашле.

Заболел остро 7 дней назад, когда внезапно повысилась температура тела до 39,0° С, появилась головная боль, сухой кашель. Самостоятельно принимал жаропонижающие (аспирин, парацетамол) без существенного эффекта. На третий день заболевания появился насморк, небольшие боли при глотании. Через 5 дней болезни температура снизилась до 38,5° С, появились боли в правой половине грудной клетки при дыхании и кашле.

При осмотре: Состояние средней тяжести. Отмечается небольшое отставание правой половины грудной клетки при дыхании. В легких жесткое дыхание, над нижними отделами правого легкого выслушивается интенсивный скребущий шум на вдохе и выдохе. АД=110/70 мм рт. ст., ЧСС = 120 уд/мин, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень и селезенка не увеличены.

В анализе крови: лейкоциты — 13,5 x 10<sup>9</sup>/л, палочкоядерные — 1%, сегментоядерные — 28%, лимфоциты — 53%, СОЭ — 28 мм/ч. При рентгенографии органов грудной клетки свежих очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

**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.

### Эталон решения задачи №1

**На первом этапе диагностического поиска** у больного выявляется общевоспалительный синдром (лихорадка, признаки интоксикации), а также признаки поражения органов дыхания (кашель, боли в грудной клетке, связанные с кашлем и дыханием). Острый дебют болезни с высокой лихорадки, интоксикации, сезонность заболевания, плохой эффект жаропонижающих средств характерен для гриппа. Болевой синдром, четко связанный с дыханием, вероятнее всего, связан с развитием сухого плеврита.

**На втором этапе диагностического поиска** выявляется кардинальный аускультативный признак сухого плеврита — шум трения плевры. Отставание половины грудной клетки при дыхании может быть связано с тем, что пациент из-за болей «щадит» пораженную сторону.

**На третьем этапе диагностического поиска** выявляются острофазовые показатели — лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Относительный и абсолютный лимфоцитоз в гемограмме повышает вероятность вирусной инфекции как причины заболевания. Отсутствие свежих очаговых и инфильтративных изменений, а также экссудата в плевральных полостях при рентгенологическом исследовании органов грудной клетки делает маловероятным наличие других легочных заболеваний и позволяет расценить состояние как сухой плеврит вирусной этиологии.

Таким образом, можно сформулировать **клинический диагноз**: Острый правосторонний сухой плеврит вирусной этиологии.

Так как плеврит имеет вирусную этиологию, больной не нуждается в антибиотикотерапии. Следует назначить нестероидные противовоспалительные препараты (диклофенак, ибупрофен), а также противокашлевые средства (кодтерпин, терпинкод, синекод) для уменьшения сухого непродуктивного кашля.

### Задача №2.

Больная М., 38 лет, поступила в клинику с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, кашель с затрудненным отхождением мокроты, повышение температуры тела.

Из анамнеза известно, что неделю назад у больной после переохлаждения отмечено повышение температуры тела до 38,8°C, кашель с небольшим количеством светлой мокроты. Самостоятельно принимала жаропонижающие, отхаркивающие препараты, несмотря на что сохранялись лихорадка и кашель. На пятый день болезни стала нарастать одышка, появились резкие боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе, в дальнейшем их интенсивность значительно уменьшилась.



При осмотре обращает внимание отставание левой половины грудной клетки при дыхании, слева над нижней долей притупление перкуторного звука, резкое ослабление дыхательных шумов в нижних отделах левого легкого. АД = 120/80 мм рт. ст. ЧСС = 115 уд./мин, пульс ритмичный. Печень и селезенка не увеличены.

В анализе крови: лейкоциты —  $16,5 \times 10^9/\text{л}$ , палочкоядерные — 12%, сегментоядерные — 70%, СОЭ — 43 мм/ч. На рентгенограмме в проекции нижних отделов левого легкого определяется гомогенное затемнение с не вполне четкой, скошенной книзу и кнутри верхней границей, находящейся на уровне переднего отрезка 4 ребра; тень средостения несколько смещена в правую сторону.

**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 №3**

Больной С., 48 лет, доставлен в клинику бригадой скорой медицинской помощи в тяжелом состоянии после купирования ангинозного приступа с жалобами на нестерпимые боли за грудиной, возникшие 2 часа назад, резкую общую слабость.

Из анамнеза известно, что за 3 недели до поступления у пациента стали возникать боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо при ходьбе, а в последнее время и в покое. К врачу не обращался. В день поступления возникли нестерпимые боли за грудиной, сопровождающиеся холодным потом, страхом смерти. Приступ болей купирован врачом СМП введением наркотических анальгетиков, больной доставлен в клинику. По данным ЭКГ, ферментного анализа крови диагностирован инфаркт миокарда.

Подострый период болезни протекал без осложнений, однако на 3 неделе пребывания в клинике возник подъем температуры до  $38,0^{\circ}\text{C}$ , общее недомогание, боли в грудной клетке при глубоком вдохе, ноющие боли в перикардиальной области. При аускультации выявлен шум трения плевры, а также шум в зоне абсолютной сердечной тупости. АД — 120/80 мм рт. ст., пульс 90 уд./мин, ритмичный. Печень и селезенка не увеличены.

В анализе крови: лейкоциты —  $12,3 \times 10^9/\text{л}$ , эозинофилы — 10%, СОЭ — 50 мм/ч.

**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.

### **Частный модуль «КАРДИОЛОГИЯ»**

#### **ТЕМА 5. Модульная единица «ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА»**

##### **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  $13 \times 10^9$  /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 1-П степени. Створки клапанов не изменены.

#### **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.

#### **Эталон решения задачи №1**

*На первом этапе диагностического поиска* среди жалоб пациента можно выделить связанные с общевоспалительным синдромом (лихорадка, общая слабость, утомляемость), связанные с поражением сердца (дискомфорт в области сердца, перебои) и связанные с суставным синдромом (по всей видимости, олигоартритом, т.к. боли в суставах сочетаются с «опуханием»). Генез одышки на данном этапе не ясен, так как, с учетом других жалоб пациента, она может свидетельствовать как о сердечной или дыхательной недостаточности, так и быть обусловлена астенией на фоне какого-то воспалительного заболевания. При появлении подобного сочетания жалоб (суставной синдром + кардиальные жалобы + лихорадка) у молодого пациента в первую очередь необходимо заподозрить острую ревматическую лихорадку. В анамнезе жизни обращает на себя внимание отягощенный семейный анамнез (порок сердца у тетки - ревматический? врожденный?) и подверженность стрептококковым инфекциям в виде частых ангин. При анализе анамнеза настоящего заболевания сразу же отмечаем связь возникновения жалоб с перенесенной ангиной с наличием 2-3-х - недельного промежутка между ангиной и развитием болезни, что делает предположение о ревматической природе заболевания очень вероятным. Необходимо

отметить неадекватность лечения ангины, что послужило важным фактором, обуславливающим развитие и выраженность симптомов острой ревматической лихорадки.

*На втором этапе диагностического поиска* при осмотре подтверждается предположение об олигоартрите. Выявляются признаки поражения коленных суставов: болезненность, отек, гипертермия кожных покровов над ними. Симметричное поражение крупных суставов является характерной чертой ревматического артрита. Кроме того, определяется поражение сердца, проявляющееся в виде расширения сердца влево, глухости сердечных тонов, систолического шума на верхушке, экстрасистолии. Обращают также на себя внимание общевоспалительные явления (лихорадка, потливость), признаки хронического тонзиллита.

Таким образом, у больного выявлены два больших (кардит и артрит) и один малый (лихорадка) критерии диагностики острой ревматической лихорадки. Кроме того, определяется связь начала заболевания с предшествующей стрептококковой инфекцией. Эти данные с большой долей вероятности свидетельствуют о наличии у пациента острой ревматической лихорадки. С учетом выраженных изменений со стороны сердца, субфебрильной температуры, олигоартрита вероятно III степень активности заболевания.

*На третьем этапе диагностического поиска* в анализах крови выявляются воспалительные изменения - нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ (малый критерий ревматической лихорадки), гиперфибриногенемия, повышение титра антистрептококковых антител, подтверждающие II степень активности заболевания. На ЭКГ определяется достаточно характерный для ревматической лихорадки признак - удлинение интервала PQ (еще один «малый признак»). При ЭХО-кардиографии определяется умеренное расширение левого желудочка со снижением фракции выброса. Признаков сформировавшегося порока не выявлено. С учетом данных II и III этапов диагностического поиска, выявивших дилатацию левого желудочка с митральной регургитацией, логично рассматривать одышку в рамках недостаточности кровообращения, соответствующей I стадии по классификации Стражеско-Василенко или II функциональному классу по NYHA.

Таким образом, *клинический диагноз* может быть сформулирован как: острая ревматическая лихорадка (кардит, олигоартрит, лихорадка), III степени активности, НК I ст. (II ф.кл по NYHA)

Пациенту показан строгий постельный режим, диета с ограничением соли, углеводов, увеличением содержания белка, богатая витаминами.

Учитывая недавнюю ангину, наличие хронического тонзиллита, показана антибиотикотерапия - бензилпенициллин 1,5 млн в сутки в течение 10 дней.

Для воздействия на воспалительный процесс показан прием диклофенака в дозе 100-150 мг/сутки в течение 2 месяцев. Однако с учетом высокой активности заболевания целесообразен прием и глюкокортикоидов (преднизолон 30 мг/сут с постепенным снижением дозы в течение 20-30 дней). В такой комбинации возрастает риск язвенообразного эффекта этих препаратов, поэтому

их назначение необходимо комбинировать с H<sub>2</sub>-блокаторами (ранитидин 150-300 мг/д) или ингибиторами протонной помпы (омепразол 20 мг/д). С учетом недостаточности кровообращения возможно назначение небольших доз мочегонных препаратов (гипотиазид 25-50 мг/сут или триампур 1 таб/сут) и ингибиторов АПФ (эналаприл, начиная с 2,5 мг/сут) под контролем АД.

После выписки из стационара пациенту показана круглогодичная вторичная профилактика с использованием инъекций экстенциллина в/м 1 раз в 3 недели в дозе 2,4 млн ЕД в течение не менее 5 лет. В дальнейшем необходимо обеспечить условия труда и жизни с исключением переохлаждений.

## **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 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 № 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  $11 \times 10^9$ /л, п/я 4%, с/я 78%, гемоглобин 120 мг/дл, эритроциты  $4,5 \times 10^{12}$ /л. СОЭ 18 мм/ч.

**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.

## ТЕМА 6. «ПОРОКИ СЕРДЦА»

### Задача №1.

Больная С, 46 лет, поступила в клинику с жалобами на интенсивную боль, похолодание правой голени, возникшие около двух часов назад без видимой причины, одышку при умеренных физических нагрузках (подъем по лестнице на 1 -2 этажа), ночной кашель с отделением небольшого количества мокроты, периодически возникающее при нагрузках ощущение учащенного сердцебиения, ноющие боли в области сердца, купирующиеся приемом валидола. В детстве однократно перенесла двустороннюю гнойную ангину, в дальнейшем чувствовала себя удовлетворительно. С 30 лет стала отмечать одышку при физических нагрузках, которая постепенно нарастала. С 35 лет стали беспокоить приступы учащенного неритмичного сердцебиения, которые купировались введением новокаинамида. От предложенного оперативного вмешательства отказывалась. Принимала аллапинин, верошпирон, эналаприл, тромбо-АСС с некоторым эффектом. За месяц до поступления в клинику развился затяжной приступ учащенного сердцебиения, который бригаде СМП не удалось купировать обычной дозой новокаинамида. Было рекомендовано заменить аллапинин на обзидан, в остальном лечение продолжить. Заметно выросла одышка, появился влажный кашель по ночам.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожа правой голени холодная, бледная, пульсация на тыльной артерии стопы не определяется. Голени и стопы пастозны. Число дыханий 20 в минуту, дыхание жесткое, в базальных отделах справа выслушиваются единичные незвонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Правая граница сердца по правому краю грудины, верхняя - по верхнему краю III ребра, левая - по левой средне-ключичной линии. Пальпируется пульсация в 3-4 межреберье слева от грудины. ЧСС 96 ударов в минуту, ритм неправильный, дефицит пульса 14 в минуту. I тон на верхушке несколько усилен, определяется акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. На верхушке выслушиваются шум между I и II тонами, проводящийся в левую подмышечную область, и шум после II тона, который усиливается в положении лежа на левом боку. АД 110 и 70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

В анализах крови: Нв 13,5 г%, эритроц. 4,1 млн., лейкоц. 4,9 тыс., лейкоц. формула не изменена, тромбоц. 195 тыс., СОЭ 7 мм/час, об. белок 7,8г%, альбумин 4,1 г%, глюкоза 101 мг%, креатинин 1,2 мг%, общий билирубин 1,0 мг%, прямой билирубин 0,2 мг%, СРБ +, латекс тест отрицательный, АСЛО ниже 200 ед. На рентгенограммах грудной клетки сосудистый рисунок легких усилен, по

левому контуру увеличены 2-я и 3-я дуги, в первой косой проекции пищевод отклоняется по дуге большого радиуса, плевральные синусы свободны. ЭКГ прилагается.

**Дайте письменный ответ на следующие вопросы:**

1. Проведите диагностический поиск
2. После II этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Нужно ли проводить дополнительные исследования (если нужно, то какие), какую информацию Вы ожидаете получить от этих исследований?
4. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

### **Эталон решения задачи №1**

*На первом этапе диагностического поиска* анализ жалоб больной позволяет выделить три ведущих синдрома - сердечная недостаточность, нарушение ритма сердца и острое нарушение кровообращения в нижней конечности. Предположение о кардиальном характере одышки связано с наличием других жалоб, говорящих о заболевании сердца (нарушения ритма, кардиалгии), нетипичным для бронхолегочных заболеваний характером кашля, который можно расценить как застойный.

В основе неритмичного сердцебиения при нагрузках может лежать экстрасистолия, однако более вероятно предположение о наличии мерцательной аритмии, причем постоянной ее формы (иначе пришлось бы предположить, что нагрузки каждый раз провоцируют возникновение пароксизма мерцательной аритмии). Наличие у больной постоянной формы мерцательной аритмии делает еще более вероятным кардиальный характер одышки, а также может служить объяснением остро возникшей ишемии нижней конечности (можно предположить тромбоэмболию). Однако остается неясным характер основного заболевания, осложнившегося мерцательной аритмией, сердечной недостаточностью и тромбоэмболией. С учетом пола и возраста больной, отсутствия характерного болевого синдрома (стенокардии) диагноз ИБС представляется маловероятным; следует исключать в первую очередь гипертоническую болезнь, пороки сердца, миокардит, кардиомиопатии, гипертиреозное состояние.

В анамнезе заболевания обращают на себя внимание тяжелая ангина, а также порядок возникновения симптомов - в первую очередь одышка, и позднее - приступы неритмичного сердцебиения, купирующиеся новокаиномидом (речь идет, наиболее вероятно, о мерцании или трепетании предсердий). Причиной появления одышки и мерцательной аритмии в молодом возрасте могут быть заболевания, протекающие с перегрузкой и дилатацией левого предсердия, следствием чего становится легочная гипертензия. К таким заболеваниям относятся прежде всего



митральные пороки сердца (митральный стеноз), некоторые врожденные пороки сердца, а также дилатационная кардиомиопатия (в т.ч. как исход миокардита). Однако наличие в анамнезе тяжелой ангины, наряду с отсутствием непосредственной связи одышки с ОРВИ, делает наиболее вероятным диагноз ревматического порока сердца, хотя и отсутствуют в анамнезе эпизоды, которые можно расценить как первичный ревмокардит, ревматический полиартрит, хорея (ревматическая лихорадка могла протекать латентно). Предположение о пороке сердца подтверждается тем, что после возникновения одышки и мерцательной аритмии больной была предложена операция.

Наконец, при непосредственном обследовании больной *на втором этапе диагностического поиска* выявлены прямые признаки митрального стеноза (усиление I тона, диастолический шум на верхушке), который носит почти исключительно ревматический характер. Прямых признаков аортального порока сердца не выявлено. Выявление застойных хрипов (наряду с умеренной дилатацией сердца влево, акцентом II тона над легочной артерией) подтверждает наличие нарушения кровообращения по малому кругу (отсутствуют отеки, гепатомегалия, признаки выпота в плевральных полостях, в сердечной сорочке, асцит). Подтверждено предположение о наличии мерцательной аритмии и развитии ишемии нижней конечности.

*На третьем этапе диагностического поиска* необходимо провести общий анализ крови в сочетании с определением уровня фибриногена, СРБ, электрофорезом белков (выявление острофазовых показателей), определение антистрептококковых антител (признаки активности ревматического процесса), общий анализ мочи; провести ЭКГ-исследование (зафиксировать мерцательную аритмию, определить признаки гипертрофии желудочков), ЭХО-КГ (выявить прямые и косвенные признаки митрального стеноза, исключить признаки перикардита), суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру (оценить «разброс» ЧСС, периоды выраженной тахисистолии, паузы, наличие сопутствующей желудочковой экстрасистолии), рентгенографию органов грудной клетки (оценить размеры сердца, признаки застоя в легких, исключить гидроторакс), а также УЗДГ сосудов нижних конечностей (для подтверждения диагноза тромбоза) и чреспищеводную эхокардиографию (для выявления первичного тромба в ушке левого предсердия). Показаны также осмотр ЛОР-врача для оценки состояния миндалин (с посевом с их поверхности), определение уровня ТТГ и УЗИ щитовидной железы (для исключения тиреотоксикоза и оценки состояния щитовидной железы перед возможным назначением кордарона).

В патогенезе митрального стеноза выделяют следующие этапы: перегрузка левого предсердия с развитием пассивной легочной гипертензии и мерцательной аритмии; активная легочная гипертензия (рефлекс Китаева), перегрузка и дилатация правых отделов сердца с развитием застоя по большому кругу кровообращения, терминальная стадия с развитием необратимых изменений в

печени, почках, кахексией. У больной имеются признаки активной легочной гипертензии (выраженная одышка с застойными хрипами в легких) и начальные признаки перегрузки правого желудочка (появление патологической пульсации за счет гипертрофии правого желудочка, ЭКГ).

Следовало в первую очередь принять все возможные меры для купирования очередного пароксизма мерцательной аритмии в пределах 2-х суток, не ограничиваясь введением новокаинамида (внутривенное введение кордарона, нибентана, электрическая кардиоверсия), поскольку у больной сохраняются неплохие шансы на удержание синусового ритма (отсутствует выраженная дилатация левого предсердия, не назначалось большинство эффективных при мерцательной аритмии антиаритмиков, включая кордарон). В случае сохранения мерцательной аритмии или ее рецидивов следовало начать терапию непрямыми антикоагулянтами для профилактики тромбообразования в предсердии. В качестве меры первичной профилактики, которая позволила бы оттянуть момент установления постоянной формы мерцательной аритмии и снизить риска тромбообразования, должно рассматриваться своевременное оперативное вмешательство (которое и было предложено) с ушиванием ушка левого предсердия и, возможно, проведением процедуры типа «лабиринт».

На данном этапе необходимо в первую очередь провести лечение развившегося осложнения - при отсутствии показаний к экстренной тромбэмболектомии (которые определяются совместно с хирургом с учетом данных УЗДГ) назначить гепарин п/к с последующим переводом на прием непрямых антикоагулянтов (под контролем ПИ и МНО), в/в вливания препаратов, улучшающих периферическое кровообращение (трентал, реополиглюкин, актовегин). Клинически имеются показания к оперативному лечению порока (коммиссуротомия или протезирования клапана), которые необходимо подтвердить данными ЭХО-КГ. В качестве предоперационной подготовки назначить урежающую ритм терапию (дигоксин,  $\beta$ -адреноблокаторы, предпочтительно метопролол), препараты для лечения сердечной недостаточности (ингибиторы АПФ, верошпирон, петлевые диуретики). При отказе больной от операции необходимо решить вопрос (с учетом размеров левого предсердия, величины градиента на митральном клапане и площади митрального отверстия, наличия или отсутствия внутрисердечных тромбов) о целесообразности планового восстановления синусового ритма (с назначением кордарона); при согласии - вернуться к вопросу об устранении мерцательной аритмии через 6 месяцев после операции. При наличии признаков активности ревматического процесса операцию отложить на 6 месяцев и назначить, наряду с регулярными (раз в месяц) инъекциями экстенциллина, НПВС и аминохинолины (делагил, плаквенил). Перед началом такой терапии дополнительно провести ЭГДС и осмотр окулиста (для выявления противопоказаний к лечению).

**Задача №2.**

Больной М, 53 лет, предъявляет жалобы на приступы давящих болей за грудиной, возникающие при умеренных физических нагрузках или без четкой связи с нагрузками, иррадиирующие в левую руку, длящиеся от нескольких до 20-25 минут, постепенно купирующиеся в покое, на головокружения, эпизоды потери сознания после приема 2 т. Нитроглицерина под язык, на одышку при подъеме по лестнице на два этажа, на перебои в работе сердца, на эпизоды повышения температуры тела до 37,2-37,3 град. В анамнезе - тонзиллэктомия в 17 лет, после сильного переохлаждения - предположение врачей о развитии миокардита. Длительное время физические нагрузки переносил хорошо. В течение последних 3-х лет беспокоят приступы загрудинных болей преимущественно при нагрузках, частота и интенсивность которых постепенно нарастают. Для купирования приступов принимал нитраты с хорошим эффектом, однако в течение последнего полугодия несколько раз отмечал эпизоды кратковременной потери сознания сразу после приема нитроглицерина, в связи с чем от дальнейшего использования нитратов отказался. Регулярно принимал тромбо-АСС, эпизодически (при возникновении перебоев в работе сердца) - анаприлин. Два года назад отмечался длительный (около месяца) период субфебрилитета, к врачу не обращался. В течение последних месяцев отметил нарастание одышки, которая ранее отмечалась лишь при значительных нагрузках. Амбулаторно было рекомендовано проведение коронароангиографии; госпитализирован в клинику для обследования.

При осмотре: состояние средней тяжести. Конституция нормостеническая. Отеков нет. ЧД 18 в минуту, дыхание с жестким оттенком, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Сердце: левая граница на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, правая граница по правому краю грудины, верхняя - по нижнему краю III ребра. I тон на верхушке ослаблен, выслушивается негрубый систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область. Во втором межреберье справа от грудины II тон резко ослаблен, выслушивается грубый шум, который начинается вскоре после I тона и хорошо проводится на сонные артерии, а также мягкий шум после II тона с эпицентром в точке Боткина. Над почечными артериями шумов нет, пульсация на тыльных артериях стоп сохранена, симметрична. ЧСС 92 удара в минуту, ритм сердца правильный, АД 120 и 50 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень и селезенка не увеличены.

В ан. крови Нв 14,7 г%, эритроц. 4,5 млн., лейкоц. 5,6 тыс., нейтр. 56%, лимф. 31%, тромбоц. 212 тыс., СОЭ 24 мм/час, об. белок 7,1 г%, альб. 3,9 г%, белковые фракции: альб. -48 отн.%, альфа-1 - 5 отн.%, альфа-2 - 14 отн.%, бета - 11 отн.%, гамма - 22 отн.%; СРБ++, триглицериды 138 мг/дл, общий холестерин 234 мг/дл, ЛНП 112 мг/дл, глюкоза 102 мг%, креатинин 1,2 мг%, общий билирубин 1,1 мг%, RW отрицательная. На рентгенограммах органов грудной клетки: увеличены 3-я и 4-я дуги по левому контуру сердца, контрастированный пищевод отклоняется по дуге большого радиуса, плевральные синусы свободны. ЭКГ прилагается.

**Дайте письменный ответ на следующие вопросы:**

1. Проведите диагностический поиск
2. После II этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Нужно ли проводить дополнительные исследования (если нужно, то какие), какую информацию Вы ожидаете получить от этих исследований?
4. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

**Задача №3.**

Больная П., 28 лет, предъявляет жалобы на перебои в работе сердца, приступы учащенного сердцебиения, возникающие с частотой раз в 1 -2 месяца, длящиеся несколько часов и купирующиеся обычно бригадой СМП внутривенным введением кордарона, на одышку при умеренных физических нагрузках (подъем по лестнице на 1-1,5 этажа, ходьба на расстояние более 100 м), приступы удушья, которые сопровождаются общей слабостью, кашлем, возникают чаще ночью и купируются в положении ортопноэ.

Из анамнеза известно, что в возрасте 16 лет впервые был выслушан шум в области сердца «функционального» характера, физические нагрузки переносила удовлетворительно. С 16 лет, во время занятий физкультурой, отметила снижение переносимости физических нагрузок, появление одышки, которая проходила в покое. Шум в области сердца по-прежнему расценивался как функциональный, обследование не проводилось. В 20 лет, во время первой беременности, одышка усилилась, стали беспокоить приступы удушья, которые самостоятельно купировались. Тогда же отметила появление перебоев в работе сердца. На позднем сроке беременности в связи с резким усилением одышки было проведено экстренное малоинвазивное катетерное вмешательство на сердце, в результате которого состояние значительно улучшилось, роды прошли в срок (произведено кесарево сечение). Сохранялись перебои в работе сердца, с этого же времени постоянно определяется небольшое количество жидкости в перикарде. Получала терапию диклофенаком, дигоксином, триампуром. В возрасте 25 лет впервые развился приступ учащенного сердцебиения, которой был купирован внутривенным введением кордарона, начата постоянная терапия хинидином-дурулес, который в возрасте 28 лет отменен в связи с наступлением второй беременности. В течение последнего года отмечает возобновление и постепенное усиление одышки. Два часа назад развился приступ учащенного сердцебиения, самостоятельно приняла 50 мг атенолола, госпитализирована в клинику.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, легкий акроцианоз. Отеков нет. Число дыханий 22 в минуту, дыхание жесткое, в базальных отделах справа выслушиваются единичные незвонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Правая граница сердца по правому краю грудины, верхняя - по верхнему краю III ребра, левая - по левой среднеключичной линии. ЧСС 76 ударов в минуту, ритм неправильный, дефицита пульса нет. I тон на

верхушке усилен, определяется акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. В пятом межреберье на 1,5 см кнаружи от левой средне-ключичной линии выслушивается шум, который начинается после II тона и усиливается в положении лежа на левом боку. АД 100 и 70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

В анализах крови: Нв 15,1 г%, эритроц. 4,8 млн., лейкоц. 6,8 тыс., лейкоц. формула не изменена, тромбоц. 260 тыс., СОЭ 10 мм/час, общий белок 7,8г%, альбумин 4,9 г%, электрофорез белков: альбумин 57,3%, альфа-14,2%, альфа-28,0%, бета-13,6%, гамма-17,0%, глюкоза 94 мг%, креатинин 1,2 мг%, общий билирубин 0,9 мг%, прямой билирубин 0,2 мг%, СРБ и латекс тест отрицательный, АСЛО ниже 200 ед. На рентгенограммах грудной клетки отмечается обогащение сосудистого рисунка, плевральные синусы свободны, сердечная талия сглажена, в I косой проекции контрастированный пищевод отклоняется по дуге малого радиуса (6 см), во II косой проекции полностью закрыт светлый треугольник. ЭКГ прилагается.

**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.

## **ТЕМА 7. «ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ».**

### **Задача №1.**

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. Неделю 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 pH5, 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 прилагается.

### **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. Каковы показания к оперативному лечению при данном заболевании.
6. Какова оптимальная тактика лечения больной на данный момент.

### **Эталон решения задачи №1**

*На первом этапе диагностического поиска* сочетание жалоб, характерных, с одной стороны, для инфекционного процесса (выраженная общая слабость, потливость, повышение

температуры тела до 38,1 град, ознобы), а с другой - для заболевания сердца с развитием сердечной недостаточности и пароксизмальной тахикардии, по всей видимости, мерцательной аритмии или трепетания предсердий с переменным коэффициентом проведения (одышка при небольших физических нагрузках, приступы удушья по ночам, которые постепенно купируются в положении сидя, приступы учащенного неритмичного сердцебиения, возникающие внезапно и купирующиеся в пределах 4-6 часов, переходящие отеки голеней и стоп) заставляет заподозрить развитие у больной инфекционного эндокардита. В пользу этого диагноза говорят такие данные анамнеза, как наличие у больной пролапса митрального клапана (предрасполагающий фактор), появление лихорадки после гинекологического вмешательства (пусковой фактор, непосредственно приведший к бактериемии), неэффективность НПВП и кратковременных курсов антибактериальной терапии.

*На втором этапе диагностического поиска* при осмотре выявлены кардинальные признаки данного заболевания: новый шум регургитации (митральной), спленомегалия, а также лихорадка, признаки дилатации левого желудочка (что обусловлено развившейся митральной регургитацией и подтверждает диагноз сердечной недостаточности), выраженного поражения миокарда (ритм галопа), аускультативно – картина мерцательной тахикардии.

*На третьем этапе диагностического поиска* выявлены дополнительные данные в пользу диагноза «инфекционный эндокардит» - лейкоцитоз со сдвигом влево, анемия, увеличение СОЭ, диспротеинемия, СРБ+++, повышение иммунных показателей (РФ, IgG), признаки гематурического варианта нефрита (в общем анализе мочи), подтверждено (на ЭКГ) развитие мерцательной аритмии, увеличение преимущественно левых камер сердца (на рентгенограммах).

Наиболее вероятно, таким образом, развитие у больной подострого вторичного (на фоне пролапса митрального клапана) инфекционного эндокардита, осложнившегося развитием гломерулонефрита.

Для верификации диагноза необходимо в первую очередь провести трехкратный посев крови на высоте лихорадки и ЭХО-КГ (трансторакальную и чреспищеводную) для выявления вегетаций на митральном клапане и уточнения степени митральной регургитации, фракции выброса левого желудочка, а также для исключения перикардита. Необходимо также провести анализ мочи по Нечипоренко, пробу Реберга (для уточнения характера и тяжести гломерулонефрита), определить коагулограмму.

Основными клиническими синдромами при инфекционном эндокардите являются неспецифический инфекционный, интоксикационный, тромбоэмболический синдромы, синдром поражения эндокарда, синдром иммунного поражения других органов и систем, а также гематологический синдром. Современная диагностика инфекционного эндокардита проводится на основании больших и малых диагностических критериев. К большим критериям относят положительную гемокультуру (типичные для инфекционного эндокардита возбудители,

выделенные не менее, чем из двух проб крови) и доказательства поражения эндокарда (положительные данные ЭХО-КГ: свежие вегетации, или абсцесс, или вновь сформировавшаяся клапанная регургитация, или возникшая дисфункция протеза). К малым критериям относят 1) предрасположенность (кардиогенные факторы или частые внутривенные инъекции лекарств, в том числе при наркомании); 2) температура тела 38 град.С и выше; 3) сосудистые феномены (эмболии крупных артерий, инфаркт легкого, микотические аневризмы, внутричерепные кровоизлияния, пятна Джэнгуэя); 4) иммунологические феномены (гломерулонефрит, узелки Ослера, пятна Рота, ревматоидный фактор+серозит, миокардит, гепатит, васкулит); 5) микробиологические данные (положительная гемокультура, не удовлетворяющая большому критерию, т.е. Однократная позитивная культура нетипичных для ИЭ возбудителей, или серологическое подтверждение активной инфекции, обусловленной потенциальным возбудителем ИЭ); 6) ЭХО-КГ данные, согласующиеся с ИЭ, но не отвечающие большому критерию (утолщение клапанных створок, «стертые» вегетации и т.д.); 7) изменения лабораторных показателей (анемия, сдвиг влево лейкоцитарной формулы, тромбоцитопения, резкое увеличение СОЭ, СРБ, гипопротейнемия, гиперфибриногенемия, криоглобулинемия, положительный ревматоидный фактор, высокий уровень ЦИК, АНФ в низких титрах, протеинурия, гематурия).

Учитывая эти критерии, можно поставить диагноз определенного эндокардита (патологические критерии: микроорганизмы, выделенные из вегетаций, эмболов или миокардиальных абсцессов, или патоморфологические изменения – вегетации или абсцессы миокарда, подтвержденные гистологически; клинические критерии: два больших критерия или один большой и три малых критериев или пять малых критериев), возможного эндокардита (результаты исследований согласуются с диагнозом эндокардита, но для определенного диагноза недостаточно критериев, а в отвергнутой эндокардит данные не укладываются) и отвергнуть этот диагноз (если имеются точный альтернативный диагноз, регресс симптомов при антибиотикотерапии до 4-х дней, отсутствие патоморфологических признаков эндокардита в операционном или аутопсийном материале при антибиотикотерапии до 4-х дней).

Показаниями к оперативному лечению при инфекционном эндокардите являются: устойчивость к антибиотикам различных групп в течение 3-4 недель; прогрессирующая вследствие клапанной деструкции (не миокардита!) сердечная недостаточность; выявление возбудителей, устойчивых к антибактериальной терапии (грибы, синегнойная палочка и др.); эндокардит протеза; абсцессы миокарда, клапанного кольца, внутрисердечные гнойные фистулы; крупные (более 10 мм), рыхлые, подвижные вегетации на клапанах или хордах (чреспищеводная ЭХО-КГ), угрожающие развитием тромбоэмболий.

Больной необходимо в первую очередь купировать развившийся у нее пароксизм мерцательной аритмии в пределах ближайших полутора суток - путем в/в введения 5 мг верапамила (изоптина) с последующим в/в капельным введением 10 мл 10% р-ра новокаинамида на



100 мл физиол. р-ра под контролем уровня АД (при неэффективности возможно в/в введение кордарона или нибентана, а также ЭИТ). Начать в/в антибактериальную терапию 20-30 млн. ЕД пенициллина в сутки (и при снижении температуры тела, тенденции к снижению острофазовых показателей продолжать вливания в течение 4 недель) в сочетании с в/м введением 0,24 гентамицина в течение 10 дней (с последующим перерывом). Кроме того, показана терапия по поводу сердечной недостаточности (ингибиторы АПФ, малые дозы метопролола, диуретики), антиаритмическая терапия препаратами IA класса (хинидин), IC (аллапинин, этацинин, пропафенон) или III (кордарон) класса. Развитие у больной иммунного гломерулонефрита требует решения вопроса о назначении малых доз преднизолона.

### **Задача №2.**

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 клафораном. 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%, эритроц. 3,1 млн., лейкоц. 8,6 тыс., п/я 2%, нейтр. 44%, лимф. 39%, тромбоц. 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 pH5, уд. вес 1012, белок 0,1‰, сахара, ацетона нет, эритроц. 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 прилагается.

**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 № 3.**

Пациент А., 26 лет поступил в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 38<sup>0</sup>С, 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 не отягощена. Из перенесенных заболеваний отмечает скарлатину в детстве, около 1 года назад перенес тяжелую пневмонию, лечился в стационаре. Аллергологический анамнез не отягощен.

Считает себя больным в течение 2-х месяцев, в течение которых отмечает повышения температуры до 38,0<sup>0</sup>С, 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<sup>0</sup>С, 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  $3,9 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты  $15 \times 10^9/л$ , 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, аVF, двуфазные зубцы Т в отведениях V<sub>2</sub>-V<sub>4</sub>. 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 вегетации и перфорация створки трикуспидального клапана, трикуспидальная регургитация II-III степени.

**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.

## **Тема 8. Модульная единица «Хроническая ишемическая болезнь сердца»**

### **Задача №1.**

Больная П., 54 лет, обратилась за медицинской помощью в связи с появлением приступов боли загрудинной локализации, с иррадиацией в область левой лопатки, возникающих при умеренной физической нагрузке (при подъеме на 4 лестничных пролета), сопровождающиеся одышкой. Боль проходит после прекращения нагрузки. Появление указанных жалоб отметила в последний месяц. Пациентка курила по 10 сигарет в день в течение 20 лет, последние 8 лет не курит. В течение последних 15 лет отмечает подъемы артериального давления до 170/110 мм рт.ст., регулярно антигипертензивные препараты не принимает, при ощущаемых субъективно подъемах АД принимает дибазол. Отец и мать пациентки живы, отец страдает АГ, год назад перенес ОНМК, мать страдает стенокардией. В гинекологическом анамнезе – 5 лет постменопауза, получает заместительную гормональную терапию клиогестом.

При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела 36,7°C, кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Пациентка повышенного питания, ИМТ – 32,6 кг/м<sup>2</sup>. Частота дыхания – 20 в мин., в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, ЧСС – 82 в мин., АД – 164/92 мм рт.ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.

В анализах крови: гемоглобин – 13,4 г/л; Эритроциты – 4,2 млн.; гематокрит – 42%; лейкоциты – 6,2 тыс.; п/я – 2%; с/я – 72%; лимфоциты – 18%; эозинофилы – 2%; моноциты – 6%; СОЭ – 10 мм/ч.

В биохимическом анализе крови: глюкоза – 118 мг/дл; креатинин – 1,0 мг/дл; общий билирубин – 0,9 мг/дл, общий холестерин – 274 мг/дл; триглицериды – 336 мг/дл. На ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС – 78 в мин., нормальное положение ЭОС, амплитудные критерии гипертрофии левого желудочка.

Проба с физической нагрузкой на тредмиле: Выполнена нагрузка 5 МЕТ. Общее время нагрузки – 4 мин.16сек. ЧСС от 86 до 120 в мин. АД от 152/86 до 190/100 мм рт.ст. Проба прекращена из-за усталости больной. Ишемических изменений ST не зарегистрировано. Реакция на нагрузку по гипертоническому типу. Заключение: Проба не доведена до диагностических критериев ишемии. Толерантность к физической нагрузке средняя.

**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.

**Эталон решения задачи №1**

На первом этапе диагностического поиска анализ жалоб пациентки позволяет заподозрить наличие типичной стенокардии напряжения (загрудинная боль с иррадиацией в область левой лопатки, возникающая при физической нагрузке и проходящая после ее прекращения). Стенокардия соответствует II функциональному классу, поэтому в данном случае клинические проявления нельзя рассматривать в рамках нестабильной стенокардии. Анализ данных анамнеза позволяет выявить наличие у пациентки факторов риска коронарного атеросклероза (курение, артериальная гипертония, постменопауза). Заместительная гормональная терапия не может в данном случае рассматриваться в качестве кардиопротективного средства.

Данные *второго этапа диагностического поиска* (физического исследования) при стенокардии малоинформативны. Избыточная масса тела является еще одним фактором риска ИБС

На третьем этапе диагностического поиска результаты лабораторных методов исследования демонстрируют наличие гиперлипидемии 4 типа. Врачи нередко склонны связывать болевой синдром в грудной клетке у женщин среднего возраста с некардиальными причинами, тем более, что у них чаще встречаются ложноположительные результаты нагрузочных проб. В данном случае проведенная проба с физической нагрузкой оказалась малоинформативной, судить на основании ее результатов о наличии или отсутствии ишемии миокарда невозможно. Поэтому для диагностики ишемии пациентки следует провести либо стресс-эхокардиографию, либо сцинтиграфию миокарда с дипиридамолом (что является более предпочтительным у пациенток с артериальной гипертонией). При положительном результате пробы наличие хронической коронарной недостаточности (с учетом жалоб и профиля факторов риска) практически не будет вызывать сомнений.

Общие мероприятия заключаются в соблюдении гиполипидемической диеты, снижении веса. Крайне важное значение имеет контроль АД. Пациентке показано назначение бета-адреноблокаторов, аспирина, иАПФ, статинов. Оценку эффективности терапии следует проводить по динамике клинической картины (устранение клинических проявлений) и по результатам контрольной нагрузочной пробы (по данным сцинтиграфии).

### **Задача №2.**

Больной Д., 58 лет, обратился за медицинской помощью в связи с появлением дискомфорта в левой половине грудной клетки и чувства нехватки воздуха, возникающих при умеренной физической нагрузке (при ходьбе в быстром темпе, подъеме в гору). Указанные ощущения проходят после прекращения нагрузки. Появление указанных жалоб отметил около 3 месяцев назад, до настоящего времени за медицинской помощью не обращался. Пациент курит по 20-30 сигарет в день в течение 40 лет. Отец пациента страдал артериальной гипертонией, умер в возрасте 74 лет от ОНМК. Мать пациента жива, страдает артериальной гипертонией, ИБС. Брат пациента 2 года в возрасте 53 лет назад без предшествующей стенокардии перенес инфаркт миокарда. У пациента в анамнезе язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела 36,7°C, кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. ИМТ – 27,3 кг/м<sup>2</sup>. Частота дыхания – 20 в мин., в легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, единичные сухие жужжащие хрипы на форсированном выдохе. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, ЧСС – 88 в мин., АД – 172/96 мм рт.ст. Живот

мягкий, доступный пальпации во всех отделах, умеренно болезненный в эпигастральной области, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.

В анализах крови: гемоглобин – 16,4 г/л; Эритроциты – 5,3 млн.; гематокрит – 43%; лейкоциты – 5,1 тыс.; п/я – 1%; с/я – 64%; лимфоциты – 28%; эозинофилы – 2%; моноциты – 5%; СОЭ – 12 мм/ч.

В биохимическом анализе крови: глюкоза – 109 мг/дл; креатинин – 1,0 мг/дл; общий билирубин – 0,9 мг/дл, общий холестерин – 288 мг/дл; триглицериды – 456 мг/дл. На ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС – 86 в мин., отклонение ЭОС влево, полная блокада левой ножки пучка Гиса.

**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 №3.**

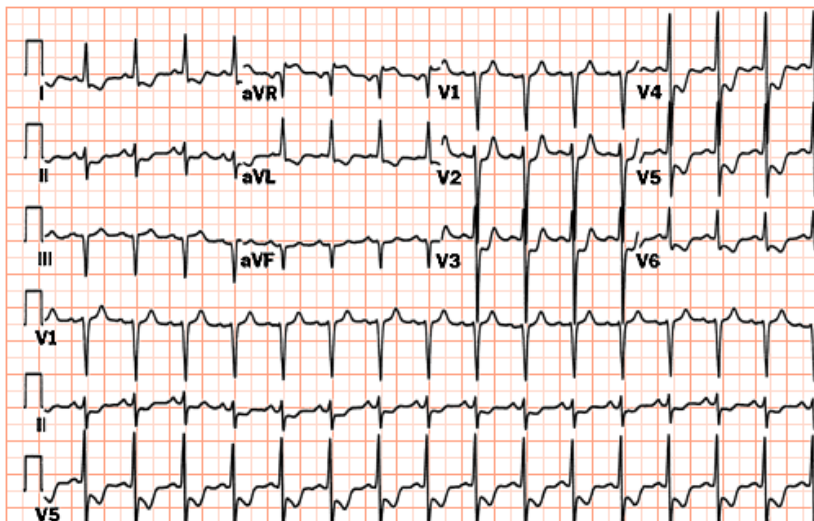
Больной Н., 64 лет, обратился за медицинской помощью в связи с увеличением частоты и продолжительности эпизодов загрудинной боли, иррадирующей в левую руку. 8 лет назад у пациента диагностирована стенокардия напряжения II ФК. Постоянно принимает атиенолол 50 мг/сут., аспирин 100 мг/сут. На фоне терапии приступы стенокардии не возникали. Около 4 месяцев назад вновь отметил возникновение ангинозных приступов, для купирования которых стал применять изосорбида динитрат (10-20 мг сублингвально) с эффектом. В поликлинике по месту жительства пациенту рекомендовали увеличить дозу атиенолола до 100 мг/сут. и добавить к лечению триметазидин (20 мг 2 раза в день). Изменение терапии дало положительный эффект, однако в течение последнего месяца пациент стал отмечать увеличение частоты и продолжительности приступов стенокардии, которые стали возникать при меньшем пороге нагрузки (ходьба в умеренном темпе до 150-200 м, подъем на один лестничный пролет), возросла потребность в дополнительном приеме нитропрепаратов.

Пациент курил по 20 сигарет в день в течение 35 лет, последние 8 лет не курит. Отец пациента страдал артериальной гипертонией, умер в возрасте 66 лет от онкологического заболевания, мать пациента страдала артериальной гипертонией, ИБС, умерла в возрасте 76 лет от инфаркта миокарда. Брат пациента перенес инфаркт миокарда в возрасте 48 лет. У пациента в анамнезе атопический дерматит, хронический гастрит.

При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела 37,1°C, пациент тревожен, кожные покровы бледные, нормальной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. ИМТ – 29,4 кг/м<sup>2</sup>. Частота дыхания – 24 в мин., в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, ЧСС – 90 в мин., АД – 158/84 мм рт.ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.

В анализах крови: гемоглобин – 11,2 г/л; Эритроциты – 3,9 млн.; гематокрит – 34%; лейкоциты – 12,4 тыс.; п/я – 2%; с/я – 78%; лимфоциты – 24%; эозинофилы – 4%; моноциты – 2%; СОЭ – 22 мм/ч. В биохимическом анализе крови: глюкоза – 130 мг/дл; креатинин – 1,3 мг/дл; общий билирубин – 0,9 мг/дл, общий холестерин – 269 мг/дл; триглицериды – 376 мг/дл.

ЭКГ представлена ниже:



**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.

## **ТЕМА 9. Модульная единица «ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА»**

### **Задача №1.**

Больной П., 56 лет, госпитализирован по каналу скорой медицинской помощи в связи затыжным приступом загрудинной боли. В 6 часов утра у пациента впервые в жизни развился

приступ интенсивной боли за грудиной, без иррадиации, сопровождавшийся выраженной слабостью, тошнотой, головокружением и чувством страха. Самостоятельно принял 2 таблетки валидола без эффекта. К моменту приезда бригады СМП продолжительность болевого приступа составила 40 минут. На догоспитальном этапе приступ был частично купирован наркотическими анальгетиками. Общая продолжительность времени с момента начала приступа до поступления в ОИТ и Р составила 3 ч.

Пациент курит по 20 сигарет в день в течение 40 лет. В течение последних 10 лет страдает артериальной гипертонией с максимальным повышением АД до 190/110 мм рт.ст., регулярно антигипертензивные препараты не принимает, при ощущаемых субъективно подъемах АД принимает коринфар. Отец и мать пациента умерли в преклонном возрасте от инфаркта миокарда, брат пациента три года назад в возрасте 50 лет перенес инфаркт миокарда.

При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 36,2°C, кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Пациент повышенного питания, ИМТ – 31,9 кг/м<sup>2</sup>. Частота дыхания – 26 в мин., в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, короткий мягкий систолический шум на верхушке сердца, ЧСС – 52 в мин., АД – 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.

В анализах крови: гемоглобин – 15,2 г/л; Эритроциты – 5,1 млн.; гематокрит – 35%; лейкоциты – 11,1 тыс.; п/я – 2%; с/я – 72%; лимфоциты – 18%; эозинофилы – 2%; моноциты – 6%; СОЭ – 12 мм/ч. В биохимическом анализе крови: глюкоза – 130 мг/дл; креатинин – 1,2 мг/дл; общий билирубин – 0,9 мг/дл.

На ЭКГ: синусовая брадикардия, ЧСС – 50 в мин., отклонение ЭОС влево, элевация сегмента ST в отведениях II, III, aVF на 1,5 мм, амплитудные критерии гипертрофии левого желудочка.

**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.

**Эталон решения задачи №1**

*На первом этапе диагностического поиска* можно сказать, что боль в грудной клетке не является специфическим симптомом и может наблюдаться при целом ряде заболеваний. Однако интенсивность боли, ее локализация и наличие таких симптомов как выраженная слабость и



головокружение, требуют, в первую очередь, исключения потенциально опасных для жизни заболеваний, таких как инфаркт миокарда, расслоение аорты и тромбоэмболия легочной артерии. Анализ данных анамнеза позволяет выявить наличие у пациента целого ряда немодифицируемых (мужской пол, возрастная группа, отягощенная наследственность) и модифицируемых (артериальная гипертония и курение) факторов риска коронарного атеросклероза. Продолжительность приступа и интенсивность болевого синдрома (потребовавшего введения наркотических анальгетиков), в первую очередь, требует исключения инфаркта миокарда. Отсутствие анамнестических указаний на наличие клинических проявлений ИБС в данном случае не исключает возможность первичного инфаркта миокарда, так как известно, что у мужчин инфаркт миокарда нередко развивается без предшествующей стенокардии.

Данные *второго этапа диагностического поиска* (физического исследования) при инфаркте миокарда зачастую малоинформативны, однако в данном клиническом случае обращает на себя внимание наличие артериальной гипотензии у пациента, страдающего артериальной гипертонией. Кроме того, следует обратить внимание на брадикардию и бледность кожных покровов. Избыточная масса тела является еще одним фактором риска ИБС.

*На третьем этапе диагностического поиска* результаты лабораторных методов исследования не демонстрируют наличие каких-либо отклонений, за исключением небольшого лейкоцитоза и гипергликемии, которые могут отражать активацию симпатoadреналовой системы на фоне болевого синдрома. В любом случае, необходима оценка данных показателей в динамике, так как нельзя исключить наличие у данного пациента нарушения толерантности к глюкозе в рамках метаболического синдрома. Определение кардиоспецифических биохимических маркеров на данном временном отрезке не предоставляет какой-либо диагностически ценной информации (минимальное время с момента возникновения приступа должно превышать 4-6 ч), поэтому определение МВ-КФК и тропонина следует провести позже. Подтверждение диагноза основывается только на ЭКГ-картине. Выявленные изменения на ЭКГ в виде элевации сегмента ST в отведениях II, III, aVF на 1,5 мм, свидетельствуют об острой ишемии миокарда в области нижней (задне-диафрагмальной) стенки левого желудочка. На данном этапе состояние следует расценить как ОКС с подъемом сегмента ST. Наиболее вероятно, что речь идет о первичном инфаркте миокарда с зубцом Q (ишемическая фаза) в области нижней стенки ЛЖ. Другие возможные причины элевации сегмента ST маловероятны. Против хронической аневризмы левого желудочка свидетельствует отсутствие указаний в анамнезе на клинические проявления ИБС и перенесенный инфаркт миокарда, а также клиническая картина, против вариантной стенокардии – продолжительность болевого приступа, против острого перикардита – ограниченная локализация изменений, четко соответствующая бассейну правой коронарной артерии. Другие возможные причины элевации сегмента ST на ЭКГ не соответствуют остроте клинической картины и локализации изменений (ранняя реполяризация желудочков, миокардит, травма, гиперкалиемия, синдром Бругада). Таким

образом, диагноз пациента звучит следующим образом: ИБС: первичный инфаркт миокарда с зубцом Q нижней стенки ЛЖ, ишемическая фаза.

Общие мероприятия заключаются в строгом постельном режиме, назначении ингаляции кислорода и отказе от курения, приеме аспирина (300 мг сублингвально). У данного пациента имеются все показания для проведения тромболитической терапии (стрептокиназа 1,5 млн. ЕД в/в в течение 30-40 мин., либо альтеплаза 100 мг в течение 60 мин.) с последующим назначением аспирина и гепарина (при применении tPA). Эффективность тромболитической терапии оценивается по снижению сегмента ST  $\geq 50\%$  от исходной элевации через 1,5 ч после тромболитизиса и появлению реперфузионных нарушений ритма. Болевой синдром следует купировать введением наркотических анальгетиков (морфина сульфат). Применение нитратов и бета-адреноблокаторов ограничено артериальной гипотензией. При прогрессирующей гипотензии (снижении систолического АД ниже 90 мм рт.ст.) необходимо установить в легочную артерию катетер Свана-Ганца и проводить инфузию жидкости для поддержания давления заклинивания на уровне 18-20 мм рт.ст. и назначить инотропные средств – допамина или добутамина. Что касается брадикардии, то, как правило, синусовая брадикардия, развившаяся в первые 6 ч у пациентов с нижним инфарктом миокарда, связана с увеличением парасимпатического тонуса и хорошо поддается медикаментозной стимуляции атропином.

После купирования острого эпизода пациенту необходимо продолжить постоянную плановую терапию, включающую бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, аспирин и статины. Эффективность антиангинальной терапии оценивается по результатам нагрузочной пробы. После выписки пациенту рекомендуется пройти курс реабилитации в условиях санатория кардиологического профиля. В дальнейшем следует рассмотреть вопрос о проведении реваскуляризации.

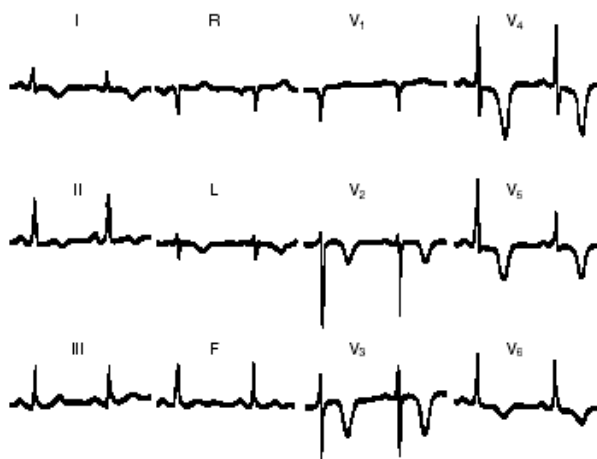
### **Задача №2.**

Больная В., 67 лет, госпитализирована бригадой скорой медицинской помощи в связи затяжным приступом загрудинной боли. В течение последних 5 лет страдает стенокардией напряжения, соответствующей IIФК (по классификации CCS). Постоянно принимает атенолол 50 мг/сут., аспирин 100 мг/сут., при возникновении приступа стенокардии использует нитроглицерин в виде спрея. Накануне вечером после психо-эмоционального стресса развился затяжной приступ стенокардии, для купирования которого пациентка дополнительно применила 4 ингаляции нитроспрея. Аналогичный приступ возник около 3 ч утра. Ингаляции нитроспрея оказались практически неэффективными, и пациентка вызвала бригаду скорой помощи.

В анамнезе – в течение 10 лет артериальная гипертония, кризового течения. Семейный анамнез не отягощен. При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 36,8°C, кожные покровы бледные, влажные, пациентка тревожна. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Рост – 166 см, масса тела – 69 кг. Частота дыхания – 20 в мин., в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, шумов нет, ЧСС – 84 в мин., АД – 190/110 мм рт.ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.

В анализах крови: гемоглобин – 13,4 г/л; Эритроциты – 3,8 млн.; гематокрит – 37%; лейкоциты – 6,6 тыс.; п/я – 1%; с/я – 67%; лимфоциты – 25%; эозинофилы – 2%; моноциты – 5%; СОЭ – 10 мм/ч. В биохимическом анализе крови: глюкоза – 109 мг/дл; креатинин – 1,0 мг/дл; общий билирубин – 0,8 мг/дл.

ЭКГ представлена ниже:



**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 №3.**

Больной П., 72 лет, госпитализирован бригадой скорой медицинской помощи в связи затычным приступом загрудинной боли. Болевой приступ возник около 5 ч утра, боль

иррадиировала в область левой лопатки. Пациент самостоятельно принял 6 таблеток нитросорбида, без эффекта.

В течение последних 8 лет страдает стенокардией напряжения, соответствующей ПФК (по классификации CCS). Постоянной антиангинальной терапии не получает, при возникновении приступов загрудинных болей принимает изосордиба динитрат (10-20 мг под язык). В течение последних 12 лет страдает артериальной гипертонией, с максимальным повышением АД давления до 200/120 мм рт.ст. Субъективно повышение АД не ощущает, антигипертензивные препараты не принимает. Курит в течение 50 лет по 20 сигарет в день. Отец пациента умер в возрасте 50 лет от инфаркта миокарда, мать пациента умерла в возрасте 82 лет от онкологического заболевания, страдала артериальной гипертонией.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 36,2°C, кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Рост – 182 см, масса тела – 74 кг. Частота дыхания – 22 в мин., в легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, единичные сухие жужжащие хрипы. Тоны сердца приглушены, аритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, систолический шум над проекцией аорты, проводящийся на сосуды шеи, ЧСС – 92 в мин., АД – 170/100 мм рт.ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.

В анализах крови: гемоглобин – 15,7 г/л; эритроциты – 4,9 млн.; гематокрит – 39%; лейкоциты – 5,3 тыс.; п/я – 1%; с/я – 65%; лимфоциты – 25%; эозинофилы – 4%; моноциты – 5%; СОЭ – 15 мм/ч. В биохимическом анализе крови: глюкоза – 137 мг/дл; креатинин – 1,4 мг/дл; общий билирубин – 0,9 мг/дл.

На ЭКГ – синусовый ритм, ЧСС – 90 в мин., полная блокада левой ножки пучка Гиса. На ЭКГ, зарегистрированной в поликлинике, нарушений внутрижелудочковой проводимости не было.

### **Вопросы:**

**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.

**ТЕМА 10. Модульная единица « ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ»****Задача №1.**

Больная А., 56 лет, поступила в клинику с жалобами на головные боли преимущественно в затылочной области, мелькание «мушек» перед глазами, ощущение шума в ушах на фоне повышения АД до 200/120 мм рт. ст. Из анамнеза известно, что матери пациентки 77 лет, страдает гипертонической болезнью, дважды перенесла острое нарушение мозгового кровообращения. Отец умер в возрасте 54 лет от обширного инфаркта миокарда. Образование высшее, работает менеджером высшего звена в крупной компании. Гинекологические заболевания отрицает, менопауза в 51 год. Курит до 1 пачки сигарет в день в течение 20 лет, ежедневно употребляет 1-2 стакана красного вина.

Головные боли беспокоят с 50 лет, с того же времени при случайных измерениях отмечалось повышение АД до 160-170/90-95 мм рт. ст. Не обследовалась, по совету знакомых нерегулярно принимала коринфар (нифедипин), каптоприл (капотен). Ухудшение состояния в течение последних 2-3 месяцев в связи со значительным эмоциональным перенапряжением.

При осмотре состояние удовлетворительное. Рост 163 см, масса тела 82 кг. Кожные покровы обычного цвета, умеренной влажности. Отеков нет. Частота дыхания 14 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Перкуторно границы сердца расширены влево. Тоны сердца ясные, шумов нет. АД 190/110 мм рт. ст., ЧСС – 112 уд/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательных с обеих сторон.

В общем анализе крови: гемоглобин 110,3 г/л, СОЭ 12 мм/ч, лейкоциты 5,5 тыс./л, формула не изменена. В биохимическом анализе крови: общий белок 6,9 г/дл, альбумин 4,2 г/дл, креатинин 1,2 мг/дл, глюкоза 112 мг/дл, мочевая кислота 5,4 мг/дл, общий билирубин 0,7 мг/дл, натрий-137,1 мэкв/л, калий-5,1 мэкв/л. Триглицериды 180 мг/дл, общий холестерин 320 мг/дл.

В общем анализе мочи: рН 5,0, удельный вес 1014, белок, сахар, ацетон – нет. Лейкоциты 1-3 в п/зр., эритроциты 0-0-1 в п/зр., цилиндры – нет. Слизь, бактерии – немного.

На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 100 уд/мин. Отклонение ЭОС влево. Высокие зубцы R в отведениях V5 и V6, глубокие зубцы S в отведениях V1 и V2. Признаков нарушения ритма и проводимости нет.

**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.

### Эталон решения задачи №1

*На первом этапе диагностического поиска* в качестве ведущих можно выделить жалобы больной на головные боли, имеющие характерную локализацию в затылочной области, мелькание «мушек» перед глазами, ощущение шума в ушах, что может быть объединено в церебральный синдром, достаточно часто встречающийся при гипертонической болезни. Более того, больная сообщает о том, что при измерении АД в момент появления описанных жалоб выявляли его повышение до 200/120 мм рт. ст. Т.е. анамнестически можно констатировать наличие синдрома артериальной гипертонии. Важную информацию дает анамнез жизни. Мать пациентки страдает гипертонической болезнью и перенесла повторный инсульт, отец страдал ишемической болезнью сердца, перенес фатальный инфаркт миокарда в молодом возрасте. Таким образом, у пациентки имеет место наследственная отягощенность по сердечно-сосудистым заболеваниям. Помимо того, необходимо обратить внимание на наличие профессиональной вредности (работа в руководящем звене крупной компании, сопряженная с хроническим нервным перенапряжением), а также привычных интоксикаций (длительный стаж курения, избыточное потребление алкогольных напитков). Из анамнеза жизни мы также узнаем, что пациентка находится в постменопаузе, т.е. периоде, уязвимом для сердечно-сосудистой системы женщины. Важно заметить, что ухудшение состояния, отмеченное в последние 2-3 месяца, было связано с эмоциональным перенапряжением, важным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний.

*На втором этапе диагностического поиска* мы выявляем повышение уровня АД до 190/110 мм рт. ст., что позволяет диагностировать синдром артериальной гипертонии. Обращает на себя внимание тахикардия (ЧСС 112 уд/мин.) – это дает возможность предположить, какие лекарственные препараты предпочтительнее назначать этой больной. При перкуссии определяется расширение границ сердца влево, что может быть обусловлено гипертрофией либо дилатацией его левых отделов. Однако признаков сердечной недостаточности, частого осложнения артериальной гипертонии, не выявляется (отсутствие одышки, влажных хрипов в легких, отеков). При физикальном обследовании мы не обнаруживаем признаков эндокринных и гемодинамических артериальных гипертоний, что склоняет диагностическую мысль в пользу гипертонической болезни. Необходимо также обратить внимание на наличие у пациентки избыточной массы тела (индекс массы тела 30,9 кг/м<sup>2</sup>), фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Предварительный диагноз можно сформулировать следующим образом: Артериальная гипертония 3 степени повышения АД. Для уточнения диагноза (определения стадии, степени риска) необходимо выполнить следующие дополнительные методы обследования:

Общий анализ крови

Общий анализ мочи

ЭКГ

Рентгенография грудной клетки

Осмотр глазного дна

УЗИ органов брюшной полости

Эхокардиография

Ультразвуковое исследование периферических сосудов (по возможности)

Определение липидного спектра и уровня триглицеридов

Определение суточной микроальбуминурии (по возможности)

*На третьем этапе диагностического поиска* мы получаем информацию о состоянии органов-мишеней артериальной гипертонии и дополнительных факторах риска сердечно-сосудистых осложнений. ЭКГ выявляет признаки гипертрофии миокарда левого желудочка (отклонение ЭОС влево, высокие зубцы R в левых грудных и глубокие зубцы S в правых грудных отведениях), что позволяет установить стадию заболевания. В биохимическом анализе крови мы не выявляет увеличения уровня азотистых шлаков, а в общем анализе мочи не обнаруживаем изменений мочевого осадка. Таким образом, признаки гипертонического поражения почек отсутствуют. Кроме того, это позволяет исключить симптоматическую нефрогенную артериальную гипертонию. В биохимическом анализе крови отмечается увеличение содержания триглицеридов и общего холестерина, т.е. гиперлипидемия, один из сердечно-сосудистых факторов риска.

**Клинический диагноз:** Гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени повышения АД, очень высокого риска. Ожирение I степени. Гиперлипидемия.

В план обследования целесообразно включить рентгенологическое исследование органов грудной клетки, эхокардиографическое исследование, суточное мониторирование АД. Больная должна быть консультирована окулистом для оценки состояния сосудов глазного дна.

Лечение включает немедикаментозные мероприятия и медикаментозную терапию. Целесообразна модификация образа жизни: по возможности избегать стрессовых ситуаций, отказ или ограничение курения, ограничение потребления алкогольных напитков. Необходимо рекомендовать малосолевую диету, ограничить потребление жиров и легко усваиваемых углеводов, увеличить потребление овощей и фруктов. Поскольку пациентка входит в группу очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений, медикаментозное лечение должно быть начато немедленно. Учитывая высокий систоло-диастолический характер гипертонии и тахикардию, лечение целесообразно начинать с комбинации бета-адреноблокаторов и диуретиков. Принимая во внимание наличие гиперлипидемии, следует использовать высокоселективные бета-адреноблокаторы (или, в качестве альтернативы, пульс-урежающие антагонисты кальция), а также тиазидоподобные диуретики (например, индапамид).

**Задача №2.**

Больной Б., 65 лет, госпитализирован в клинику с жалобами на ощущение учащенного сердцебиения, шума в ушах на фоне подъема АД до 170/100 мм рт. ст.; одышку при умеренной физической нагрузке (ходьба на 300-500 м); отеки голеней и стоп, появляющиеся в вечернее время и практически исчезающие утром.

Матери пациента 64 года, страдает ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью. Отцу 67 лет, страдает гипертонической болезнью, в возрасте 50 лет перенес инфаркт миокарда. Брату 42 года, 1 год назад выявлена гипертоническая болезнь. Образование высшее, более 30 лет работал пилотом гражданской авиации, с 60 лет не работает. Курит по 10-15 сигарет в день. Алкоголь практически не употребляет.

Около 10 лет назад во время ежегодной медкомиссии зафиксировано повышение АД до 160/90 мм рт. ст. Обследовался в Госпитале Гражданской Авиации. Подтверждено повышение АД, помимо этого отклонений обнаружено не было. В течение многих лет регулярно принимал капотен, АД сохранялось на уровне 130-140/80-90 мм рт. ст. В течение последнего года стал отмечать появление головных болей, учащенного сердцебиения, эпизодов повышения АД до 170/100 мм рт. ст., появились одышка при физической нагрузке, отеки голеней и стоп.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Рост 175 см, масса тела 70 кг. Кожные покровы обычного цвета, влажные. Пастозность голеней и стоп. В легких дыхание везикулярное, в базальных отделах легких – небольшое число влажных не звонких мелкопузырчатых хрипов. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой, шумов нет. АД 170/95 мм рт. ст., ЧСС 100 уд/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательных с обеих сторон.

В общем анализе крови: гемоглобин 140,3 г/л, эритроциты 5,9 млн./л, СОЭ 5 мм/ч. Лейкоциты 4,59 тыс./л, лейкоцитарная формула не изменена, тромбоциты 197,5 тыс./л. В биохимическом анализе крови: общий белок 8,5 г/дл, альбумин 4,6 г/дл, креатинин 1,7 мг/дл, глюкоза 106 мг/дл, мочевиная кислота 5,0 мг/дл, общий билирубин 1,3 мг/дл, натрий 140,1 мэкв/л, калий 5,8 мэкв/л. Триглицериды 227 мг/дл, общий холестерин 140 мг/дл.

В общем анализе мочи: рН 5,0, белок – следы, сахар, ацетон – нет. Лейкоциты ед. в преп., эритроциты – 3-5 в п/зр. Слизь, бактерии – немного.

На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 98 уд/мин. Горизонтальное положение ЭОС. Признаки гипертрофии и перегрузки левого желудочка. Одиночные желудочковые экстрасистолы.

На рентгенограмме грудной клетки: легкие без свежих очаговых и инфильтративных изменений. Сосудистый рисунок усилен. Корни легких структурны. Диафрагма обычно расположена. Плевральные синусы свободны. Сердце горизонтально расположено, расширено влево. Аорта обызвествлена.



При ЭхоКГ: Толщина межжелудочковой перегородки 1,23 см (N до 1,0), толщина задней стенки левого желудочка 1,2 см (N до 1,1). Характер движения стенок не нарушен. Фракция выброса 50,5%. Клапаны не изменены.

При осмотре глазного дна: ангиосклероз сетчатки.

**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 №3.**

Больная В., 34 лет, госпитализирована в клинику с жалобами на периодически возникающие чувство тяжести в затылочной области, головокружение; раздражительность, утомляемость, снижение работоспособности, бессонницу.

Матери пациентки 55 лет, с 40-42 лет отмечает эпизоды повышенного АД. Отец страдал гипертонической болезнью, умер после острого нарушения мозгового кровообращения в возрасте 46 лет. Образование высшее, работает синхронной переводчицей в туристической фирме. Более 10 лет курит по 1 пачке сигарет в день. Алкоголь практически не употребляет. Гинекологические заболевания отрицает.

До последнего года считала себя практически здоровым человеком. Около месяца назад после значительного эмоционального перенапряжения, связанного с работой, стала отмечать периодические головные боли и головокружение. Появилась утомляемость, снизилась работоспособность, нарушился сон. Обратилась в клинику для обследования.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 56 кг. Кожные покровы обычного цвета, влажные. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, акцент II тона над аортой. АД 170/90 мм рт. ст., ЧСС 72 уд/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательных с обеих сторон. Неврологических знаков не выявлено.

В общем анализе крови: гемоглобин 110,3 г/л, эритроциты 4,3 млн./л, СОЭ 7 мм/ч. Лейкоциты 4,7 тыс./л, лейкоцитарная формула не изменена, тромбоциты 208,5 тыс./л. В биохимическом анализе крови: общий белок 6,9 г/дл, альбумин 4,3 г/дл, креатинин 0,9 мг/дл, глюкоза 98 мг/дл, мочевая кислота 7,6 мг/дл, общий билирубин 0,9 мг/дл, натрий 141,2 мэкв/л, калий 4,2 мэкв/л. Триглицериды 137 мг/дл, общий холестерин 130 мг/дл.

В общем анализе мочи: рН 5,0, белок, сахар, ацетон – нет. Лейкоциты ед. в преп., эритроциты – нет. Слизь, бактерии – немного.

На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 72 уд/мин. Блокада правой ножки пучка Гиса. Признаков гипертрофии левого желудочка нет.

При осмотре глазного дна: ангиопатия сетчатки.

**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.

**ТЕМА 11. Модульная единица «НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА»**

**Задача №1.**

Больной Б., 74 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, головокружения, эпизоды кратковременной потери сознания, которые возникают без предшествующих симптомов, внезапно, на перебои в работе сердца, приступы сжимающих болей за грудиной без иррадиации, возникающие при ходьбе на расстояние более 150 м и проходящие в покое. Приступы сжимающих болей за грудиной при значительных нагрузках (быстрая ходьба на расстояния более 1 км) стали беспокоить около 3 лет назад, самостоятельно купировались в покое. Не обследовался и не лечился. Два месяца назад стали беспокоить нечастые перебои в работе сердца, в связи с чем эпизодически принимал анаприлин с небольшим эффектом; кроме того, отметил появление общей слабости, головокружений, трижды терял сознание (впервые – после приема 20 мг анаприлина, в дальнейшем без видимой причины), что сопровождалось получением небольших травм (ссадин и ушибов). Боли за грудиной стали возникать при значительно меньших нагрузках, чем ранее. Госпитализирован после очередного эпизода потери сознания.

При осмотре: состояние средней тяжести. Конституция гиперстеническая. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Отеков нет. ЧД 18 в минуту, дыхание с жестким оттенком в базальных отделах, хрипов нет. Сердце: левая граница по левой среднеключичной линии, правая граница по правому краю грудины, верхняя – по нижнему краю III ребра. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет. ЧСС 46 ударов в минуту, на фоне правильного ритма выслушиваются преждевременные сокращения (до 6 в минуту), АД 130 и 80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень +1 см по правой среднеключичной линии.

В ан. крови Нв 13,7 г%, эритроц. 4,2 млн., лейкоц. 7,5 тыс., тромбоц. 243 тыс., СОЭ 11 мм/час, об. белок 6,9 г%, альб. 4,2 г%, креатинин 1,2 мг%, азот мочевины 18 мг%, общий билирубин 0,8 мг%, триглицериды 169 мг/дл, общий холестерин 328 мг/дл, ЛНП 197 мг/дл, глюкоза 113 мг%. В ан. мочи рН 6, уд. вес 1016, белка, сахара, ацетона нет, эритроц. 0-01 в поле зрения, лейкоц. единичные в перпарате.

ЭКГ прилагается.

Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру: ритм синусовый, ЧСС днем 42-117/мин. (ср. 58/мин.), ЧСС ночью 35-64/мин. (ср. 50/мин.). Желудочковая политопная экстрасистолия - всего 2130, в т.ч. 34 куплета, 11 эпизодов бигеминии; наджелудочковая экстрасистолия - всего 847. Преходящее удлинение интервала PQ максимально до 0,28 с., 13 эпизодов АВ блокады II степени 1 типа (периодики Самойлова-Венкебаха), с 16 до 18 часов – повторные эпизоды АВ блокады 2:1 и 3:1 с максимальной паузой 3,2 с. Анализ ST-T: депрессия сегмента ST до 0.2 мВ в левых грудных отведениях, что сопровождалось отметкой о болях.

#### **Дайте письменные ответы на следующие вопросы:**

1. Что послужило причиной развития обмороков и ухудшения состояния больного в течение последних 2-х месяцев?
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз у данного больного.
3. Какое мероприятие является первоочередным в данной клинической ситуации и какого клинического эффекта можно от него ожидать?
4. Какие исследования и с какой целью необходимо дополнительно выполнить данному больному в плановом порядке?
5. Какова оптимальная тактика лечения больного на данный момент и в последующем?

#### **Эталон решения задачи №1**

*На первом этапе диагностического поиска* при анализе жалоб больного можно выявить ряд синдромов – достаточно типичная стенокардия, а также аритмия (по описанию наиболее соответствующая экстрасистолии), синдром недостаточности мозгового кровообращения и синкопе, которые, по всей видимости, являются наиболее серьезным проявлением этого синдрома, хотя нельзя исключить другие причины обмороков (эписиндром, например). Связь потери сознания с приемом анаприлина заставляет подозревать выраженную брадикардию с развитием пауз и артериальную гипотонию в качестве непосредственного механизма потери сознания, а сами обмороки классифицировать как синдром Морганьи-Эдамса-Стокса. Поскольку доза анаприлина была обычной, можно думать о наличии предшествовавших нарушений проводимости. Нарастание выраженности стенокардии и появление признаков мозговой сосудистой недостаточности как раз и могут быть проявлением таких нарушений проводимости. Данные осмотра подтверждают

предположение о наличии брадикардии и экстрасистолии, ЭКГ позволяет уточнить диагноз – синусовая брадикардия, АВ блокада I степени, желудочковая экстрасистолия. А при Холтеровском мониторировании зафиксированы эпизоды АВ блокады II степени, в т.ч. 2:1 и 3:1 с максимальной паузой 3,2 с., которые могли стать непосредственной причиной синкопе; дополнительно выявлена наджелудочковая экстрасистолия.

Естественно предположить, что нарушения ритма и недостаточность мозгового кровообращения являются проявлением ИБС, о наличии которой говорит стенокардия, а также атеросклероза сосудов головного мозга. Предположительный диагноз должен звучать следующим образом: ИБС: стенокардия напряжения III ФК, атеросклеротический кардиосклероз с нарушениями ритма и проводимости: АВ блокада I-II степени (с эпизодами 2:1 и 3:1), желудочковая и наджелудочковая экстрасистолия. Синдром Морганьи-Эдамса-Стокса. Атеросклероз аорты, коронарных, мозговых артерий.

Наличие синкопальных состояний на фоне выявленных нарушений проводимости является показанием к немедленной имплантации постоянного водителя ритма. Клинически это должно привести к полному исчезновению обмороков, уменьшению или исчезновению общей слабости, головокружений, повышению порога возникновения приступов стенокардии. Может также уменьшиться количество экстрасистол, поскольку часть из них может носить замещающий характер.

Диагноз ИБС подтвержден *на третьем этапе диагностического поиска* данными холтеровского мониторирования (выраженная депрессия сегмента ST, которая совпадала с появлением типичной стенокардии). Для определения дальнейшей тактики лечения больному показана коронароангиография; кроме того, необходимо определение липидного спектра крови, проведение общего и биохимического анализов крови (для выявления других обменных нарушений), общего анализа мочи, ЭХО-КГ, повторного холтеровского мониторирования после имплантации ЭКС, УЗДГ сосудов головного мозга.

В период до имплантации ЭКС необходимо назначить антиангинальную терапию (продолжительные нитраты, аспирин). После имплантации ЭКС и повторного холтеровского мониторирования добавить к лечению бета-блокаторы и антиаритмический препарат I класса (терапию можно начать с назначения соталекса, сочетающего в себе свойства антиаритмика и бета-блокатора), а также ингибитор АПФ; решить вопрос о целесообразности назначения статинов. Рекомендовать курсовую терапию предукталом. При наличии показаний (по данным коронароангиографии) провести ангиопластику или направить больного на аорто-коронарное шунтирование.

**Задача №2.**

Больная М., 52 лет, предъявляет жалобы на возникающие без видимой причины, преимущественно днем внезапные приступы учащенного ритмичного сердцебиения, которые сопровождаются чувством нехватки воздуха, избыточным потоотделением, чувством внутренней дрожи, длятся от 20 минут до 1-1,5 часов и заканчиваются спонтанно (также внезапно); частоту пульса во время приступа самостоятельно определить не удается в связи с его высокой частотой. Подобные приступы возникают в течение последних 4-х лет с различной периодичностью (как правило, раз в несколько месяцев), ранее купировались в результате глубокого вдоха с задержкой дыхания. Во время приступа ЭКГ ни разу не фиксировалась, на снятых в межприступный период ЭКГ, а также при ЭХО-КГ отклонений от нормы выявлено не было. Медикаментозной терапии не получала. Последний приступ возник 3 дня назад, не купировался на фоне глубокого вдоха, сопровождался выраженной общей слабостью и артериальной гипотонией (80 и 60 мм.рт.ст.), через 40 минут закончился спонтанно.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Конституция нормостеническая. Кожные покровы чистые, влажность повышена, красный дермографизм. Отеков нет. ЧД 17 в минуту, дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Сердце: левая граница на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, правая граница по правому краю грудины, верхняя – по нижнему краю III ребра. Тоны сердца звучные, шумов нет. ЧСС 94 удара в минуту, ритм сердца правильный, АД 130 и 75 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень по правой среднеключичной линии не выступает из-под края реберной дуги.

В ан. крови Нв 12,7 г%, эритроц. 3,9 млн., лейкоц. 5,6 тыс., СОЭ 7 мм/час, об. белок 6,8 г%, креатинин 1,0 мг%, азот мочевины 15 мг%, общий билирубин 1,0 мг%, глюкоза 102 мг%. В ан. мочи рН 5, уд. вес 1018, белка, сахара, ацетона нет, лейкоц. и эритроц. единичные в поле зрения.

ЭКГ, снятая при поступлении, прилагается.

ЭХО-КГ: левый желудочек 4,5 см, правый желудочек 1,6 см, левое предсердие 3,2 см, толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка 0,9 см, сократительная способность не нарушена (фракция выброса 67%), зон гипокинеза не выявлено. Определяется прогиб передней створки митрального клапана без регургитации, другие клапаны не изменены. Аорта уплотнена.

**Дайте письменные ответы на следующие вопросы:**

1. Какова наиболее вероятная природа описанных больной приступов? Чем обусловлена клиническая симптоматика во время приступа?

2. Какими методами можно подтвердить Ваше предположение - спланируйте дальнейшее обследование больной и обоснуйте необходимость проведения каждого из запланированных исследований.

3. Чем обусловлен врожденный вариант данного заболевания?
4. Какова должна быть лечебная тактика во время приступа и в межприступный период?
5. Каков прогноз заболевания у данной больной?

### **Задача №3.**

Больной Г., 45 лет, предъявляет жалобы на одышку при умеренных физических нагрузках (подъем по лестнице на 1.5 этажа), периодически возникающее ощущение учащенного неритмичного сердцебиения, которое купируется после дополнительного приема 25 мг атенолола, на преходящие отеки голеней и стоп. Чувствовал себя удовлетворительно до раннего утра 15.05, когда после употребления умеренного количества алкоголя самочувствие внезапно ухудшилось, появилась одышка, стал периодически ощущать неритмичное сердцебиение. Принимал валокордин без существенного эффекта. На утро 16.05 данное состояние сохранялось, в связи с чем обратился в поликлинику по месту работы, где зафиксирована ЭКГ. С учетом выявленных на ЭКГ изменений вызвана бригада СМП, в/в капельно введено 1000 мг новокаинамида без эффекта, рекомендовано стационарное лечение в плановом порядке. В течение последующих дней одышка сохранялась, под вечер стали отмечаться небольшие отеки голеней и стоп. 21.05 госпитализирован в клинику.

При осмотре: состояние средней тяжести. Конституция нормостеническая. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Пастозность голеней и стоп. ЧД 20 в минуту, дыхание с жестким оттенком в базальных отделах, хрипов нет. Сердце: левая граница по левой среднеключичной линии, правая граница по правому краю грудины, верхняя – по нижнему краю III ребра. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет. ЧСС 136 ударов в минуту, ритм сердца неправильный, дефицит пульса до 20-25 в минуту, АД 110 и 70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень + 0,5 см по правой среднеключичной линии. Щитовидная железа не пальпируется.

В ан. крови Нв 14,2 г%, эритроц. 4,5 млн., лейкоц. 5,5 тыс., п/я 1%, нейтр. 54%, лимф. 29%, тромбоц. 214 тыс., СОЭ 7 мм/час, об. белок 6,3 г%, альб. 4,0 г%, креатинин 1,1 мг%, азот мочевины 16 мг%, общий билирубин 1,1 мг%, гамма-ГТ 16 ед/л, глюкоза 98 мг%, общий холестерин 198 мг/дл, триглицериды 134 мг/дл. В ан. мочи рН 5,5, уд. вес 1019, белка, сахара, ацетона нет, эритроц. и лейкоц. един. в поле зрения.

ЭКГ прилагается.

ЭХО-КГ: левый желудочек 4,2 см, правый желудочек 1,3 см, левое предсердие 3,6 см, правое предсердие 3,2 см, толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка 1,0 см, фракция выброса левого желудочка 56%, зон гипо- и акинеза не выявлено. Клапаны и аорта не изменены.

**Дайте письменные ответы на следующие вопросы:**

1. Какова причина внезапного ухудшения состояния больного? Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Какова была главная терапевтическая ошибка на догоспитальном этапе?
3. Охарактеризуйте этиологию диагностированного Вами заболевания.
4. Какие исследования необходимо провести больному для уточнения этиологии заболевания и определения тактики лечения.
5. Какова наиболее оптимальная терапевтическая тактика у данного больного?

## **Модуль «ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ»**

### **ТЕМА 12. Модульная единица «ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ»**

#### **Задача №1.**

Больная, 28 лет, поступила в клинику с жалобами на постоянные боли в эпигастриальной области, усиливающиеся натощак, ощущение тяжести в эпигастрии, тошноту, снижение аппетита и потерю в весе около 4 кг за последние 1,5-2 месяца. Считает себя больной около 10 лет, когда впервые появились боли в подложечной области, без четкой связи с приемом пищи, тошнота, позывы к рвоте, периодически изжога после погрешностей в диете. Боли несколько облегчались после приема соды или щелочной минеральной воды. В поликлинике по месту жительства проведено рентгенологическое исследование желудка, при котором было выявлено: натощак значительное количество жидкости, утолщение складок, живая перистальтика, луковица 12-перстной кишки не изменена. Лечилась амбулаторно гастроцепином, но-шпой с кратковременным эффектом. В дальнейшем боли возобновлялись после нарушения диеты (острого, жареного, жирного), четкой сезонности обострений не было. Настоящее обострение около 2 месяцев, когда после нарушения диеты (съела грибную солянку) возобновились боли в подложечной области, появилась изжога, отрыжки кислым, в дальнейшем присоединились тошнота, позывы к рвоте, исчез аппетит, потеряла в весе за время обострения около 4 кг. Прием но-шпы не принес облегчения. Поступила в клинику для обследования и лечения.

При поступлении: состояние удовлетворительное. Питание несколько снижено. Дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, ритмичные. АД-110/70мм.рт.ст., пульс 68 уд. в мин. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастриальной и пилородуоденальной областях, печень, селезенка не увеличены.

При обследовании: Эр.-4300000, НВ-12,7гр%, Лейк-6700, формула крови без особенностей, СОЭ-11 мм/час. Анализ кала на скрытую кровь - отрицательный. При РН-метрии базальная

секреция 1,5, после стимуляции-1,2. При ЭГДС: пищевод без изменений, кардия смыкается полностью. Слизистая желудка гиперемирована, в желудке натошак много прозрачной жидкости и слизи. Складки слизистой резко утолщены извиты, в антральном отделе подслизистые кровоизлияния и плоские эрозии. Луковица 12-перстной кишки не изменена. Взята биопсия из антрального отдела желудка: гиперплазия слизистой, базальная мембрана не изменена, местами имеются скопления лимфоидных элементов, а также очаги кишечной гиперплазии. Множество *Helicobacter pylori* на поверхности и в глубине ямок.

**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.

**Эталон решения задачи №1**

*На 1 этапе диагностического поиска* при анализе жалоб может быть получено первоначальное представление о характере поражения желудка или 12-перстной кишки. Имеющиеся жалобы можно расценить, как язвенноподобную диспепсию, которая может быть характерна, как для язвенной болезни 12-перстной кишки, так и для хронического гастрита с повышенной секреторной функцией.

В анамнезе имеются указания на выявленные в прошлом «повышенные» цифры желудочной секреции, а при гастродуоденоскопии признаки хронического эрозивного гастрита.

*На 2 этапе диагностического поиска* наличие разлитой эпигастральной и пилорoduodenальной областях, не противоречат первоначальной диагностической концепции.

*На 3 этапе диагностического поиска* в анализах крови существенной патологии не отмечается, обращает на себя внимание повышение секреторной функции желудка при РН-метрии. И, конечно, основные данные, позволяющие поставить окончательный диагноз – эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией, которые исключают язвенное и раковое поражения желудка, о котором никогда нельзя забывать. Т.е. ЭГДС позволила выявить гиперплазию складок слизистой, гиперемию слизистой, являющимися внешними признаками хронического гастрита. Гистологическое исследование слизистой дает наиболее точные данные о наличии хронического гастрита В (пилоробактерного) с утолщением складок слизистой, признаками текущего воспаления и отсутствием изменений со стороны базальной мембраны, а также обнаружение *Helicobacter pylori* на поверхности в глубине ямок. Высокий уровень



желудочной секреции, в частности, повышение базальной секреции вполне соответствует данному состоянию.

Таким образом, можно сформулировать окончательный диагноз: хронический антральный гастрит В в фазе обострения.

Лечение данной больной включает диетические рекомендации (диета стол № 1), этиологическую (антихеликобактерную) и симптоматическую терапию.

Антихеликобактерная терапия: семидневная схема омепразол (зероцид, омизак и др. синонимы) 20 мг 2 раза в день + кларитромицин (клацид) 250 мг 2 раза в день или тетрациклин 500 мг 2 раза в день, или амоксициллин 1000 мг 2 раза в день + метронидазол (трихопол) 500 мг 2 раза в день.

После завершения антихеликобактерной терапии продолжить прием антисекреторных препаратов (омепразол) в течение не менее 2 недель.

Для купирования дискинетических симптомов (тошнота, изжога) целесообразно назначение мотилиума по 1 т. 3 р/д в течение 10 дней, при недостаточной эффективности блокаторов кислотности (если изжога остается) возможно назначение антацидных препаратов (маалокс, альмагель) – коротким курсом до купирования симптомов.

Показано динамическое наблюдение, повторный тест на определение Нр не менее чем через 4 недели после завершения курса эрадикации.

## **Задача № 2.**

Больной 65 лет, предъявляет жалобы на постоянные ноющие боли и тяжесть подложечной области, неприятный вкус во рту, снижение аппетита, тошноту, отрыжку воздухом, иногда тухлым, неустойчивый стул (до 3-х раз в сутки), вздутие живота, слабость, недомогание, похудание на 3 кг за последние 2 месяца.

Болен в течение 10 лет, когда впервые появились чувство тяжести в верхней половине живота, отрыжка воздухом, неустойчивый стул. «Дискомфорт» в верхней половине живота, неустойчивый стул возникали периодически, чаще были связаны с нарушением диеты (прием жирной, жареной пищи, алкоголя) и проходили через некоторое время самостоятельно. К врачам не обращался, не лечился. Последние 5 лет диспепсические расстройства стали беспокоить чаще. В поликлинике, по месту жительства, при исследовании желудочного содержимого, со слов пациента, были выявлены признаки снижения секреторной функции желудка. ЭГДС не проводилась. Лечился но-шпой, ферментными препаратами (мезим-форте, фестал) с кратковременным

положительным эффектом. Настоящее ухудшение самочувствия отметил в течение последних 2-х месяцев, когда стали нарастать диспепсические явления, похудел на 3 кг.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледноваты, атрофия и сглаженность сосочков языка, отпечатки зубов на боковой поверхности языка, ангулярный стоматит. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД-130 и 80 мм.рт.ст. Пульс-68 уд. в мин., ритмичный. Живот умеренно вздут, при пальпации разлитая болезненность в эпигастральной области, печень и селезенка не увеличены.

При обследовании: Эр.-5350000, Нв-11,5гр%, Лейк.-6200,Цв. пок.-0,98, формула крови без особенностей, СОЭ-12мм/час. При исследовании кала - проба с бензидином отрицательная. При РН-метрии: базальная секреция 4,5, после стимуляции-3,0. Гастродуоденоскопия: пищевод не изменен, в желудке небольшое количество жидкости, складки слизистой сглажены, слизистая желудка бледная, атрофичная. Взята биопсия слизистой из тела желудка (атрофия железистого эпителия, признаки кишечной метаплазии, минимальные признаки воспаления, НР и антитела к НР не обнаружены).

**Дайте письменные 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.

**Задача №3.**

Больной 28 лет, поступил в клинику с жалобами на однократную необильную рвоту кровью. Из анамнеза известно, что примерно с 20 лет, периодически наблюдались ноющие боли в эпигастрии, усиливающиеся после приема пищи. Ночных и голодных болей никогда не было. Обострения наблюдались почти ежегодно, независимо от времени года. При гастродуоденоскопии выявлялись признаки хронического гастрита. Обострения заканчивались самостоятельно через 2-3 недели после соблюдения диеты и приема но-шпы и альмагеля. Сегодня, после обеда (принимал острую, горячую пищу, вино), спустя 2-3 часа внезапно появились тошнота и рвота. В начале желудочным содержимым, а затем небольшим количеством алой крови. При осмотре: состояние больного удовлетворительное, немного бледен. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, пульс-80 уд. в мин. АД-120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в пилорoduodenальной области, печень и селезенка не увеличены. Стул нормальный. Нв-13,8 гр%,

гематокрит-47%. При экстренной ЭГДС: слизистая пищевода не изменена, желудок содержит небольшое количество жидкости с примесью крови. Складки слизистой несколько утолщены, извиты, слизистая гиперемирована. По передней стенке тела желудка множественные мелкие, местами сливающиеся, свежие эрозии.

**Дайте письменные 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.

**ТЕМА 13. Модульная единица «ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ»**

**Задача №1.**

Больной, 23 лет, шофер по профессии, поступил в клинику с жалобами на «голодные» боли в эпигастральной области через 1,5 часа после еды, ночные боли, заставляющие проснуться и уменьшающиеся после приема соды или молока. Кроме того, беспокоит постоянная изжога, тошнота, рвота на высоте болей кислым желудочным содержимым, приносящая облегчение. Считает себя больным с 18 лет, когда периодически стала беспокоить изжога, особенно после употребления кислых фруктов, овощей. Через год, весной, появились неинтенсивные боли в подложечной области, возникающие перед обедом и исчезающие после еды. Боли продолжались 2-3 недели, а затем самостоятельно исчезли. Начиная с 20 лет, боли подобного характера возникали ежегодно в весенне-осенний период, затем присоединились ночные боли, заставляющие больного проснуться среди ночи и выпить молока или принять соду.

При амбулаторном обследовании по месту жительства выявлены повышенные цифры кислотности (со слов больного проводилась РН-метрия), при рентгеноскопии желудка были выявлены признаки гастрита, язвенной «ниши» не определялось. Лечился амбулаторно, старался соблюдать диету, режим питания, при болях принимал ранитидин 30мг в сутки, но после уменьшения болевого синдрома прием препарата прекращал. Периоды обострений, судя по продолжительности болей, занимали 2-3 недели. Настоящее обострение с начала марта и длится уже 3 недели и сопровождается выше указанными жалобами, также рвотой кислым содержимым на высоте болей, что приносит облегчение. Примеси крови в рвотных массах не было, мелены не наблюдалось. За

время обострения похудел на 5 кг, за счет ограничений в еде (боялся есть из за болей).

Прием альмагеля облегчения не приносил. Поступил для обследования и лечения.

При поступлении: состояние удовлетворительное. Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД-110 и 70 мм.рт.ст., пульс 64 уд. в мин. ритмичный, удовлетворительного наполнения. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации умеренное локальное напряжение мышц в эпигастрии, болезненность в пилородуоденальной зоне, умеренная разлитая болезненность в эпигастральной области. Печень, селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты-5.350.000, Нв-13,2 гр%, лейкоциты-8000. формула без особенностей. Анализ кала на скрытую кровь отрицательный. При РН- метрии: РН- базальной фазы-1,5., РН стимулированной фазы- 1,2. Уреазный экспресс-метод на *Helicobacter pylori* выявил инфицированность слизистой (+++). При гастродуоденоскопии: желудок содержит значительное количество жидкости и слизи, слизистая гиперемирована, складки слизистой антрального отдела гиперемированы, извиты, наблюдается выраженный рефлюкс желчи. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке определяется хроническая язва, размерами 3 на 4мм., края её возвышаются, отечны.

#### **Дайте письменные 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.

#### **Эталон решения задачи №1**

*На первом этапе диагностического поиска* анализ жалоб больного и анамнеза болезни позволяет выделить в качестве ведущего болевой синдром в эпигастральной области, имеющий весьма характерные свойства: это ночные, голодные боли, «поздние боли», а также боли, проходящие после рвоты на высоте болей. Боли имеют сезонность - ухудшение состояния наступает в осенне-весенний период. Боли в эпигастрии бывают при достаточно большом количестве заболеваний: хроническом гастрите, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, хроническом холецистите, хроническом панкреатите. Учитывая, выше указанные симптомы у нашего больного, мы с большей долей вероятности делаем вывод о том, что указанный болевой синдром характерен для язвенной болезни 12-перстной кишки. Кроме того, мы должны помнить,

что язвенная болезнь 12-перстной кишки наиболее часто бывает у мужчин (причем заболевают они чаще в молодом возрасте). Подобная клиническая картина не свойственная другим перечисленным заболеваниям. Следовательно, информация, полученная на 1 этапе диагностического поиска, весьма ценная для диагностики. Таким образом, мы можем сформулировать предварительный диагноз: Язвенная болезнь 12-перстной кишки в фазе обострения.

Данные непосредственного исследования больного на *втором этапе диагностического поиска* не противоречат нашему предварительному диагнозу. А именно, обращает на себя внимание: общее состояние удовлетворительное, умеренное развитие подкожно-жирового слоя. При поверхностной пальпации живота отмечается умеренное мышечное напряжение в эпигастральной области, локальная болезненность в пилородуоденальной области. Т.е. анализ данных, полученных на 2 этапе диагностического поиска, не только не противоречат первоначальному диагнозу, но в известной мере подтверждают его (локальная болезненность в пилородуоденальной зоне, напряжение передней брюшной стенки).

*На третьем этапе диагностического поиска*, мы получаем данные, окончательно подтверждающие наш диагноз. Эти данные следующие: в общем анализе крови патологии не выявляется, анализ кала на скрытую кровь отрицательный, что говорит об отсутствии скрытого кровотечения из язвы. При РН-метрии желудочного содержимого выявляется гиперсекреция натошак и после стимуляции. Положительный уреазный тест на наличие *Helicobacter pylori* (один из важных этиологических факторов возникновения заболевания). И, конечно, наиболее важная информация была получена при гастродуоденоскопии, при которой была выявлена язва, с локализацией в 12-перстной кишке, с признаками воспаления, деформацией луковицы 12-перстной кишки (указывает на рецидивирующее течение болезни).

Таким образом, окончательный *клинический диагноз* будет сформулирован следующим образом: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в фазе обострения (с локализацией в луковице двенадцатиперстной кишки).

Лечение включает рекомендации по лечебному питанию (диета № 1), этиологическую лекарственную терапию (эрадикационную - семидневная схема омепразол (зероцид, омизак и др. синонимы) 20 мг 2 раза в день + кларитромицин (клацид) 250 мг 2 раза в день или тетрациклин 500 мг 2 раза в день, или амоксициллин 1000 мг 2 раза в день + метронидазол (трихопол) 500 мг 2 раза в день), антисекреторную терапию (блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов (ранитидин 0,15 утром и 0,3 вечером), ингибиторы протонного насоса – омепразол 20 мг по 1 т. 2 раза в день – 4-6 недель) и терапию, направленную на защиту слизистой оболочки 12-перстной кишки (де-нол 0,12 по 1 т. 4 раза в день перед едой – 4 недели или вентер 0,5 1 т. 4 раза в день перед едой).

**Задача №2.**

Больной, 52 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в подложечной области. Возникающие через 20-30 минут после приема пищи, отрыжку воздухом, снижение массы тела на 3кг за последний месяц. Первые признаки заболевания появились осенью, 3 года назад (стали возникать боли в эпигастральной области через 30-40минут после приема пищи, самостоятельно принимал но-шпу и альмагель, с кратковременным эффектом), не обследовался, обратил внимание на сезонность появления болей (весной и осенью). Последнее ухудшение самочувствия в течение последнего месяца, боли носили прежний характер, на высоте болей наблюдалась иррадиация в спину. Появилась отрыжка воздухом. Для уточнения диагноза лечения поступил в клинику.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые слегка бледноваты. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца ритмичные, ясные, АД-140 и 80 мм.рт.ст. Пульс -80 уд. в мин. Живот мягкий, умеренное напряжение мышц в эпигастрии, локальная болезненность в эпигастральной области Печень, селезенка не увеличены. В ан. крови: Эр-3750000 НВ-10,7 гр%, цв. пок.-0,9, СОЭ-15 мм.час. При ЭГДС - пищевод не изменен, кардия смыкается полностью. Желудок хорошо расправляется воздухом. На малой кривизне, в средней ее трети, имеется звездчатый белесый рубец с отчетливой конвергенцией складок. Там же свежая язва с отечными, воспалительно- измененными краями, размерами 6x8 мм. В глубине язвы имеется сгусток крови. Луковица 12-перстной кишки не изменена. Произведена биопсия слизистой из краев язвы. Гистологическое исследование: картина атрофического гастрита с явлениями кишечной метаплазии эпителия, Край язвы, попавший в срез с признаками хронического воспаления. НР выявлен в небольшом количестве. РН-метрию не проводили, в связи с характером локализации язвы.

**Дайте письменные 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.

**Задача №3.**

Больной 25 лет, обратился в приемный покой больницы с жалобами на тошноту, общую слабость, сердцебиение, повышенное потоотделение, частый, плохо оформленный стул черного цвета. Ранее считал себя здоровым человеком, хотя иногда беспокоили ночные, «голодные» боли, изжоги, периодически принимал соду, к врачам не обращался. Вчера вечером появилась тошнота, рвоты не было, развилась резкая слабость, ощущение озноба. Ночью почти не спал. В течение ночи 5-6 раз наблюдался стул черного цвета, неоформленный. Утром слабость усилилась, появились сердцебиения, головокружения. Самостоятельно обратился в приемное отделение больницы по месту жительства. При осмотре: состояние средней тяжести, кожа бледная, влажная, дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца ритмичные, пульс 112 уд. в мин, слабого наполнения. АД – 90 и 60 мм рт.ст. Живот вздут, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены.

Проведите диагностический поиск. Назначьте необходимые дополнительные исследования и обоснуйте их назначение.

**Дайте письменные 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.

**ТЕМА 14. Модульная единица «ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ»****Задача №1.**

Больная К., 48 лет, предъявляет жалобы на практически постоянные ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи, а также при физической нагрузке, перемене положения тела.

Из семейного анамнеза известно, что мать, 72 лет, перенесла операцию холецистэктомии, отец страдал мочекаменной болезнью, умер в возрасте 68 лет от инсульта. Больная в возрасте 17 лет перенесла операцию аппендэктомии, в 45 лет операцию дистанционной литотрипсии по поводу камня левого мочеточника. С возраста 25 лет отмечает повышенный вес, варикозное расширение вен нижних конечностей.

В течение последних 10-15 лет у больной возникают эпизоды ноющих болей в правом подреберье после жирной и острой пищи. По этому поводу не обследовалась, боли купировала приемом но-шпы, анальгина, баралгина. Диету не соблюдала. Настоящее ухудшение в течение последних 2 недель: после употребления большого количества жирной, жареной пищи появились описанные выше боли, иногда сопровождающиеся тошнотой, ознобом. Прием но-шпы, анальгетиков оказывает кратковременное действие.

Объективно: повышенного питания (98 кг при росте 164 см), температура тела 36,6°C, кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Печень выступает на 1 см из-под реберной дуги, мягко-эластической консистенции, край закруглен, умеренно болезненный при пальпации. Положительные симптомы Мэрфи, Лепене, Ортнера. Селезенка не пальпируется.

В анализе крови: лейкоциты 9100/мкл, формула без особенностей, эритроциты 4500 млн/мкл, гемоглобин 135 г/л, тромбоциты 250 000/мкл, СОЭ 22 мм/ч. Билирубин общий 1,0 мг/дл, прямой 0,3 мг/дл. Холестерин общий 222 мг/дл. Фибриноген 4,82 г/л. Общий белок 82 г/л. Альбумины 53%,  $\alpha$ 1-глобулины 3%,  $\alpha$ 2-глобулины 7%,  $\beta$ -глобулины 14%,  $\gamma$ -глобулины 23%. АЛТ 25 МЕ, АСТ 24 МЕ,  $\gamma$ -ГТ 36 МЕ.

При обзорной рентгенографии органов брюшной полости кишечник умеренно вздут, в остальном – без патологии.

При эзофагогастродуоденоскопии выявляются признаки умеренно выраженного очагового гастрита, дуоденита, заброс желчи из двенадцатиперстной кишки в желудок.

При УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена за счет обеих долей, контуры ровные, паренхима умеренно повышенной эхогенности. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не увеличены. Желчный пузырь увеличен (до 4 см в поперечнике), с перегибом в шейке. Стенки утолщены, уплотнены, контур их ровный. В просвете желчного пузыря большое количество эхоплотных структур размерами до 2,5 см. Ductus choledochus 6 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность умеренно повышена. Панкреатический проток не расширен.

**Дайте письменные 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.

### Эталон решения задачи №1

После второго этапа диагностического поиска наиболее вероятным диагнозом представляется желчнокаменная болезнь, калькулезный холецистит, фаза стихающего обострения. В пользу этого диагноза говорят отягощенный семейный анамнез по желчнокаменной болезни, длительно повышенный вес больной (ожирение является важным фактором риска желчнокаменной болезни, в особенности у женщин до 50 лет), характер и локализация болей (ноющие боли в правом подреберье), их связь с приемом жирной и острой пищи, эффект от спазмолитиков (но-шпа). При осмотре выявляются симптомы поражения желчного пузыря – положительные симптомы Мэрфи, Лепене, Ортнера. О фазе стихающего обострения говорит отсутствие у больной клинических признаков острого воспалительного процесса, нормальная температура тела.

Лабораторные анализы в данном случае малоинформативны. Отсутствие признаков холестаза указывает на обструкцию желчных путей на момент обследования, но не исключает ее в прошлом. В пользу наличия у больной стихающего воспалительного процесса говорит практически нормальный уровень лейкоцитов (9100/мкл, формула без особенностей), в сочетании с умеренно повышенной СОЭ (22 мм/час) и концентрацией фибриногена (4,82 г/л), а также небольшая гипер-γ-глобулинемия (23%).

Выявление при УЗИ увеличенных размеров желчного пузыря (4 см в поперечнике), уплотнения и утолщения его стенок, УЗ-признаков конкрементов желчного пузыря (эхоплотные структуры в его просвете) подтверждает диагноз желчнокаменной болезни, калькулезного холецистита. Отсутствие признаков отека стенки желчного пузыря («двойной контур») позволяет исключить острый процесс в стенке пузыря.

Проведение ЭГДС у данной больной позволило исключить у нее наличие язвенной болезни двенадцатиперстной кишки или дуоденита, которые могут служить причиной «типичных» для холецистита болей в правом подреберье и нередко сочетаются с хроническим холециститом.

Учитывая повторные клинические проявления заболевания у больной хроническим холециститом и желчнокаменной болезнью, методом выбора является операция холецистэктомии после достижения ремиссии заболевания. В связи с большим размером камней, попытки их растворения с помощью препаратов желчных кислот, вероятнее всего, окажутся безуспешны. Проведение литотрипсии сопряжено с рецидивом камней у 10-15% больных в течение 2 лет, даже при постоянном приеме препаратов желчных кислот.

### Задача №2.

Больная С., 32 лет, предъявляет жалобы на озноб, слабость, головную боль, разбитость, тошноту, интенсивные боли в правом подреберье, возникшие вчера вечером, после потребления жирного мяса, и с небольшими перерывами продолжавшиеся всю ночь. Боли усиливаются при перемене положения тела, поворотах.

Известно, что у старшей сестры в 44 года был диагностирован калькулезный холецистит.

В возрасте 7 лет больная перенесла гепатит А, после чего в течение нескольких лет отмечала эпизоды болей в правом подреберье после жирной пищи, иногда сопровождавшиеся рвотой. В 18 лет при анализе желчи, полученной при дуоденальном зондировании, выявлено большое количество лейкоцитов в порциях В и С. Неоднократно лечилась в санаториях (Трускавец, Железноводск), принимала желчегонные препараты. Со слов больной, при повторных УЗИ желчных путей «выявлялся песок». Чувствовала себя удовлетворительно. В анамнезе у пациентки 5 беременностей, завершившихся нормальными срочными родами. В настоящее время пациентка беременна, срок 18 недель.

Объективно: гиперстенического телосложения, повышенного питания (индекс массы тела 33), кожные покровы чистые, иктеричность склер, температура тела 39°C. Печень не выступает из-под реберной дуги, мягко-эластической консистенции, пальпация резко болезненная. Резко положительные симптомы Георгиевского-Мюсси, Ортнера, Мэрфи, Лепене. Живот слегка вздут. Селезенка не пальпируется.

В анализе крови: лейкоциты 15100/мкл, ПЯ 11%, СЯ 53%, Лимф 19%, Мон 12%, Эоз 5%. эритроциты 4200 млн/мкл, гемоглобин 121 г/л, тромбоциты 290 000/мкл, СОЭ 17 мм/ч. Билирубин общий 2,6 мг/дл, прямой 0,5 мг/дл. Фибриноген 4,82 г/л. Общий белок 82 г/л, Альбумин 5,6 г/л. АЛТ 24 МЕ, АСТ 18 МЕ,  $\gamma$ -ГТ 160 МЕ, ЩФ 380 МЕ/л.

При эзофагогастродуоденоскопии гастроэзофагальный рефлюкс, другой патологии не выявлено.

При УЗИ органов брюшной полости: печень немного увеличена (+1 см), контуры ровные, паренхима обычной эхогенности. Внутривеночные желчные протоки расширены, ductus choledochus 6 мм. Желчный пузырь увеличен до 5 см в поперечнике, стенки утолщены, выявляется «двойной контур», УЗ-симптом Мюсси. В шейке желчного пузыря эхоплотная тень размером 1,5 см. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность нормальная. Панкреатический проток не расширен.

**Дайте письменные 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.

### Задача №3.

Больная Б., 58 лет, предъявляет жалобы на частые ноющие боли в правом подреберье, не всегда связанные с приемом пищи, физической нагрузкой, переменой положения тела.

Из семейного анамнеза известно, что мать страдала язвенной болезнью желудка, умерла в возрасте 72 лет от инфаркта миокарда, отец страдал хронической обструктивной болезнью легких, умер в возрасте 68 лет от рака предстательной железы. У больной в возрасте 40 лет был диагностирован хронический гастрит с частыми обострениями, последнее обострение около 1 года назад. Описанные боли эпизодически отмечала в течение последних 15 лет, связывала их с гастритом. По этому поводу не обследовалась, принимала но-шпу, мезим-форте, альмагель без существенного эффекта. Соблюдает диету с ограничением жирной, острой пищи. Настоящее ухудшение в течение последних 2 месяцев, когда после поездки в дом отдыха и приема там непривычно острой пищи стали появляться описанные боли. За это время изменений стула не отмечала. Эпизодически беспокоила тошнота, не всегда одновременно с болями. В последние дни приступы болей участились, в связи с чем обратилась к врачу.

Объективно: пониженного питания (48 кг при росте 164 см), температура тела 36,7°C, кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Вены на ногах не расширены, отеков нет. Печень не выступает из-под края реберной дуги, пальпация затруднена из-за болезненности, преимущественно в точке желчного пузыря. Положительный симптом Ортнера. Селезенка не пальпируется.

В анализе крови: лейкоциты 7100/мкл, формула без особенностей, эритроциты 4500 млн/мкл, гемоглобин 125 г/л, тромбоциты 195 000/мкл, СОЭ 18 мм/ч. Билирубин общий 1,0 мг/дл, прямой 0,3 мг/дл. Холестерин общий 200 мг/дл. Фибриноген 4,22 г/л. Общий белок 82 г/л. Альбумины 54%,  $\alpha$ 1-глобулины 3%,  $\alpha$ 2-глобулины 7%,  $\beta$ -глобулины 14%,  $\gamma$ -глобулины 22%. АЛТ 25 МЕ, АСТ 24 МЕ,  $\gamma$ -ГТ 36 МЕ.

При обзорной рентгенографии органов брюшной полости патологии не выявлено.

При эзофагогастродуоденоскопии выявляются признаки атрофического гастрита с очаговой гиперемией в антральном отделе.

При УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контуры ровные, паренхима умеренно повышенной эхогенности. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь увеличен (до 3,5 см в поперечнике), деформирован, с перегибом в шейке. Стенки утолщены, уплотнены, контур их ровный. В просвете желчного пузыря визуализируется взвесь

(«застойная желчь»). Ductus choledochus 7 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность умеренно повышена. Панкреатический проток не расширен.

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

## **ТЕМА 15. Модульная единица «ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ»**

### **Задача №1.**

Больная 35 лет жалуется на сильный кожный зуд, желтушное окрашивание кожных покровов и склер, потемнение мочи, иногда осветление. 2 года назад после простуды, не сопровождавшейся повышением температуры, отметила появление сильного кожного зуда в области нижней половины тела, общей слабости. В течение последующих ½ года неоднократно обращалась к дерматологу, проводилось лечение антигистаминными средствами, получала мази типа синалара и т.д. Однако кожный зуд не только не исчез, но и усилился. Начала принимать фенобарбитал, бром и др. успокаивающие средства.

Еще через 4 месяца периодически отмечался подъем температуры до 38<sup>0</sup>С, больная отмечала изменение цвета кожных покровов - окраска кожи приняла грязновато-серый оттенок, при осмотре была отмечена увеличенная печень. Объективно: больная удовлетворительного питания. Кожные покровы желтушны с грязновато-серым оттенком, в области нижних век небольшие ксантелазмы. Печень выступает на 2,5 см из-под реберной дуги по среднеключичной линии, плотноватая с гладким закругленным безболезненным краем, селезенка увеличена.

Биохимические показатели: билирубин 3,2 мг/дл, реакция прямая, холестерин 290 мг/дл, общий белок 8,1 г/дл, при электрофорезе белков: альбумины 50 %, γ-глобулины 30 %, тимоловая проба 5,5 ед., АлАТ — 40 ед/л, АсАТ — 55 ед/л, щелочная фосфатаза 300 ед/л, ГГТ — 120 ед/л, ХЭ - 4350 ед/л.

**Дайте письменные 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.

### **Эталон решения задачи №1**

*На первом этапе диагностического поиска* мы видим, что у больной 35 лет имеется желтуха, кожный зуд, которые могут наблюдаться при ряде заболеваний (хронических заболеваний печени, ЖКБ, опухолях билиарной системы, поджелудочной железы и т.д.). Однако знакомство с анамнезом заболевания, длительное существование кожного зуда (2 года), безуспешность его лечения у дерматолога (6 мес.), периодические подъемы температуры, обнаружение увеличения печени, наконец, появление стойкой желтухи позволяют высказать мысль о каком-то хроническом заболевании, скорее всего печени.

Объективные данные (*второй этап диагностического поиска*): желтушное окрашивание кожи и склер, ксантелазмы и гепатомегалия свидетельствуют в пользу предположения о заболевании печени, вероятно хронического гепатита с холестатическим синдромом.

*Третий этап диагностического поиска* позволит уточнить диагноз. Биохимические показатели подтверждают синдром холестаза. Наряду с гипербилирубинемией, повышенной щелочной фосфатазой и ГГТ, гиперхолестеринемией, имеются признаки цитолитического и мезенхимально-воспалительного синдрома (повышение трансаминаз, понижение альбуминов, повышение  $\gamma$ -глобулинов и тимоловой пробы). Показатели биохимического исследования крови позволяют склониться в пользу хронического холестатического гепатита. Однако окончательный диагноз может быть сформулирован только после исключения вирусов гепатита В и С, получения результатов исследования биоптата печени, который утвердит нас в диагнозе хронического холестатического гепатита в стадии обострения.

Лечение на данном этапе сводится к назначению препаратов урсодезоксифоллиевой кислоты и мерам немедикаментозной профилактики (исключение вакцинаций, инсоляций, интоксикаций). При нарастании кожного зуда, возможно использование холестирамина от 4 до 12 г/сут.

Дополнительное обследование, направленное на определение состояния других органов ЖКТ позволит провести коррекцию терапии.

### **Задача №2.**

Мужчина 39 лет, житель Поволжья, направлен к гепатологу с целью выяснения причины повышения активности aminотрансфераз. За 3 года до обращения перенес острый гепатит В,

выписан с нормальными биохимическими показателями. Алкоголем не злоупотребляет, лекарственные препараты не принимает.

Во время диспансеризации при биохимическом исследовании крови отмечено значительное повышение активности АлАТ (420 ед./л, норма до 40 ед./л) и АсАТ (383 ед./л, норма до 40 ед./л). При исследовании сывороточных маркеров вирусов гепатитов В и С получена следующая картина: HBsAg (+), HBeAg (-), анти-HBcor Jg G (+), анти-HBcor Jg M (-), HBV ДНК (-), анти-HCV (-), HCV РНК (-).

Дополнительно определены маркеры вируса гепатита D. Выявлены суммарные антитела к HD Ag и HDV РНК. При пункционной биопсии печени выявлен гепатит высокой гистологической активности с тяжелым фиброзом (индекс гистологической активности - 14 баллов, индекс фиброза - 3 балла по системе Knodell).

**Дайте письменные 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.

**Задача №3.**

У женщины в возрасте 28 лет во время обследования перед косметической операцией обнаружены антитела к вирусу гепатита С (HCV). Обратилась к инфекционисту, который назначил стандартный комплекс лабораторных исследований. При клиническом анализе крови отмечено снижение уровня гемоглобина до 104 г/л, повышение СОЭ до 37 мм/ч. При биохимическом анализе крови обращало на себя внимание повышение активности АлАТ до 420 ед./л, АсАТ - до 395 ед./л (норма - до 40 ед.). Состояние расценено как хронический гепатит С, начато лечение  $\alpha$ -интерфероном и рибавирином. Через 2 недели после начала терапии пациентка отметила нарастание слабости, появление болей в крупных суставах и мышцах, пожелтение склер, что расценено как побочное действие противовирусных препаратов. Прогрессирующее ухудшение самочувствия на протяжении следующей недели послужило основанием для ее госпитализации.

При осмотре обращает внимание субиктеричность слизистых, печени незначительно увеличена, край печени выступает из-под реберной дуги на 1 см по среднеключичной линии, при пальпации уплотнен, безболезненный. Суставы визуально не изменены.

При повторном обследовании: панцитопения (эр. -  $2,1 \times 10^{12}/л$ , л. -  $3,25 \times 10^9/л$ , тр. -  $79 \text{ Ю}^9/л$ ); СОЭ - 55 мм/ч; АЛАТ - 1554 ед/л, АсАТ - 1480 ед./л;  $\gamma$ -глобулины - 37 отн.%; выявлены антитела к гладкой мускулатуре (SMA) в титре 1:640 и антинуклеарные антитела (ANA) в титре 1:320.

При биопсии печени определяются гистологические признаки высокоактивного гепатита, фибротические изменения отсутствуют.

**Дайте письменные 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.

**ТЕМА 16. Модульная единица «ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ»**

**Задача №1.**

Больной М., 52 лет обратился в поликлинику с жалобами на тяжесть и дискомфорт в правом подреберье без четкой связи с приемом пищи, общую слабость, быструю утомляемость, выраженное вздутие живота.

Из анамнеза известно, что больной работает слесарем, часто употребляет алкоголь, однако отрицает злоупотребление. До настоящего времени считал себя здоровым человеком, к врачам не обращался.

При осмотре состояние относительно удовлетворительное, рост 185 см, вес 76 кг. Кожные покровы смуглые, склеры желтушные. На коже груди единичные сосудистые звездочки, контрактура Дюпюитрена больше выражена слева. Отеков ног нет. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 90 уд/мин. АД 120 и 70 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот вздут. При пальпации болезненный в эпигастрии, правом подреберье, окружность живота 89 см. Печень перкуторно увеличена, выступает из-под реберной дуги на 3 см по среднеключичной линии справа. Край печени заострен, уплотнен, чувствителен при пальпации. Селезенка перкуторно увеличена – 160x100 мм, не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный.

В анализах крови обращало внимание снижение гемоглобина до 105 г/л, эритроц. 3,5 млн/мл, лейкоц. 3,8 тыс/мл, тромбоц. 126 тыс/мл, СОЭ 15 мм/ч. АСТ 86 ед/л, АЛТ 58 ед/л, ГГТ 92 ед/л, ЩФ –

280 ед/л, ХЭ 4533 ед/л, общий билирубин 2,0 мг/мл, альбумин - 3,5 г/дл. Маркеры вирусных гепатитов В и С отрицательные.

При УЗИ органов брюшной полости выявлено увеличение печени и селезенки, расширение печеночной и селезеночной вен, небольшое количество свободной жидкости.

**Дайте письменные 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.

**Эталон решения задачи №1**

*На первом этапе диагностического поиска* можно отметить неспецифичность жалоб, употребление алкоголя. Необходимо уточнить количество употребляемого алкоголя, контакт с гепатотоксичными средствами. Подробно расспросить о сроках появления жалоб, самочувствии в прошлом. Собрать семейный анамнез.

*Второй этап диагностического поиска* позволяет выделить желтушность склер, внепеченочные проявления поражения печени (сосудистые звездочки, контрактура Дюпюитрена), увеличение размеров печени и селезенки. Все это позволяет предположить хроническое заболевание печени, однако требует уточнения этиологии (исключение вирусной природы) и определение степени поражения (гепатит, цирроз).

*На третьем этапе диагностического поиска* при стандартных исследованиях крови отмечено наличие цитолитического (повышение трансаминаз), холестатического (гипербилирубинемия, увеличение щелочной фосфатазы, ГГТ), выявлено снижение холинэстеразы, уровень альбуминов на нижней границе нормы (синтетическая функция печени). Необходимо так же исследование иммуноглобулинов класса А, М, G, уровня гаммаглобулинов, коагулограммы. Исключена вирусная природа заболевания. Аутоиммунная природа поражения печени маловероятна в силу возраста и пола больного.

Данные сонографии (увеличение печени и селезенки, расширение печеночной и селезеночной вен, небольшое количество свободной жидкости) свидетельствуют в пользу развития цирроза печени (на фоне алкогольного гепатита), однако окончательный ответ поможет дать гистологическое исследование ткани печени (необходимо помнить о возможных осложнениях пункционной биопсии печени у больных с циррозом).



Необходимо также проведение ЭГДС для уточнения состояния вен пищевода (варикозное расширение как признак портальной гипертензии), оценки слизистой верхних отделов ЖКТ (при злоупотреблении алкоголем часто имеются гастриты, ГЭРБ, язвенные поражения, кроме того, цирроз печени часто сопровождается другой патологией ЖКТ). Полученные результаты повлияют на определение тактики лечения данного пациента. Так при выявлении варикозного расширения вен пищевода 1-2 степени с учетом имеющейся тахикардии целесообразным будет назначение адrenoблокаторов (обзидан 20-40 мг/сут) для снижения портальной гипертензии. При варикозном расширении вен 3-4 степени необходимо обсудить возможности хирургического лечения, принять превентивные меры по профилактике кровотечений (осложнения ЦП). Наличие гиперемий, эрозий, язв при эндоскопическом исследовании будет показанием к назначению кислотоподавляющих препаратов (ингибиторы протонной помпы, блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов) и др.

Таким образом, по имеющейся информации у больного вероятен диагноз: цирроз печени алкогольной этиологии, активная фаза, степень тяжести по Чайльд-Пью класс А (незначительный асцит – 2 балла, прямой билирубин = 2 мг/дл - 2 балла, отсутствие энцефалопатии – 1 балл, гипоальбуминемия 3,5 – 1 балл, что в сумме составляет 6 баллов и соответствует классу А). Портальная гипертензия: асцит, расширение печеночной и селезеночной вен, гиперспленизм (тромбоцитопения).

Уточнение диагноза позволит уточнить особенности лечения и прогноз заболевания. Независимо от полученных результатов дообследования, на данном этапе необходимо объяснить больному важность отказа от употребления алкоголя, значимость полноценного питания, режима труда и отдыха. Больной должен избегать употребления гепатотоксических препаратов, физиотерапевтических процедур, инсоляции, вакцинаций. Необходимо ограничение жидкости и поваренной соли.

Лекарственная терапия асцита, с учетом начальных его проявлений должна начинаться с минимальных доз диуретиков (например, верошпирон 25-50 мг/сут) под контролем диуреза или массы тела, при необходимости добавлять петлевые диуретики (фуросемид).

В связи с имеющимися признаками холестаза, целесообразно назначение урсодезоксихолиевой кислоты. Учитывая алкогольный генез цирроза печени, рекомендованы эссенциальные фосфолипиды и флавоноиды. Кроме того, показана симптоматическая терапия по результатам дообследования.

**Задача №2.**

Больной Ш., 76 лет поступил в отделении гастроэнтерологии с жалобами на "тяжесть и дискомфорт" и эпизодически боли в правом подреберье, не связанные с приемом пищи; усиление общей слабости, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания: Считает себя больным в течение 8 лет с ноября 1998 года, когда впервые, во время стационарного лечения в клинике нервных болезней ММА (по поводу дисциркуляторной энцефалопатии) появилась желтуха, не сопровождавшаяся лихорадкой или болями. Ранее при УЗИ обнаруживались мелкие конкременты в желчном пузыре. С диагнозом механической желтухи был переведен в ФХК, где на фоне дезинтоксикационной терапии состояние улучшилось, однако, в декабре 1998 года вновь появилась желтуха, лихорадка до 38,2°C. 21 декабря 1998 года проведена операция холецистэктомии, оментофренопексии, произведена биопсия печени. При гистологическом исследовании – монолобулярный цирроз с явлениями умеренной активности в фазе начала формирования. Течение послеоперационного периода гладкое. С середины января 1999 года отметил увеличение размеров живота, появились тяжесть и дискомфорт в правом подреберье, желтушность кожных покровов и склер, нарушения ритма сна. При повторных госпитализациях – февраль-март 1999 года, октябрь-ноябрь 1999 года, март-апрель 2000 года – проводилась терапия ферментными препаратами, мочегонными, внутривенными вливаниями растворов гемодеза и глюкозы 5%. При попытке лечения верошпироном (6 – 8 таб/сут) - головокружения, пошатывание при ходьбе, препарат был отменен. В ноябре 1999, марте 2000 года выполнялись повторные лапароцентезы с удалением асцитической жидкости. С осени 2002 года постоянно принимает урсофальк по 250-500 мг/сут.

При поступлении: Состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы светлые, нормальной влажности, склеры субиктеричны. На коже грудной клетки, живота, единичные неяркие "сосудистые звездочки". Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД 18/мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, PS - 70 уд. в мин. АД 120 и 80 мм рт. ст. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии, по ходу толстой кишки; окружность живота 122 см. Печень увеличена, выступает на 3-4 см из-под реберной дуги по правой среднеключичной линии, край печени заострен, плотный, умеренно болезненный. Селезенка увеличена, передний полюс выступает из-под реберной дуги на 0,5-1 см, чувствительный. Симптомы Ортнера, Лепене, френикус - отрицательные. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Общий анализ крови: Нв 149.7 г/л, эритро. 4.523  $10^{12}$ /л, Hct 45.15 %, ЦП 0,99, лейко. 7.95  $10^9$ /л., нейтрофилы 76.92%, лимфоциты 17.85%, моноциты 3.62%, эозинофилы 1.29%, базофилы 0.32%, тромб. 125.1 тыс, СОЭ 6 мм/ч. Биохимический анализ крови: Общий белок 7,41 г%, альбумин 4,14г%, креатинин 1,23 мг%, неорг. фосфор 3,81 мг%, глюкоза 92 мг%, азот мочевины 12

мг%, мочева к-та 7,3 мг%, общий билирубин 1,2 мг%, триглицериды 95 мг/дл, общ. ХС 152 мг/дл, натрий 139 мэкв/л, калий 3.9 мэкв/л, кальций 8.9 мг/дл, железо 63 мкг/дл. Белковые фракции сыворотки: альбумины 60.3 %, глобулины альфа-1 4.2%, альфа-2 8.4%, бета 14%, гамма 14,0 %. АСТ 59 ед/л, АЛТ 34 ед/л, Г-ГТ 321 ед/л, ЩФ 120 ед/л, ХЭ 6143 ед/л.

Иммуноглобулины: А 400 мг%, М 84 мг%, G 840 мг%.

Маркеры гепатитов В и С: HBs Ag отриц., HCV Ab отриц.

Ультразвуковое исследование брюшной полости. Асцит. Незначительное количество. Печень увеличена за счет обеих долей, контуры ровные (пр. доля 219мм; левая 101мм). Паренхима гомогенна. Изменена по типу жировой дистрофии. Внутривенные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь удален. Воротная вена до 14мм. Поджелудочная железа гиперэхогенна, нормальных размеров и структуры. Главный панкреатический проток не расширен. Селезенка больше нормы, размерами 133\*56мм, сниженной эхогенности. Селезеночная вена на уровне тела поджелудочной железы до 9мм. Почки не увеличены с ровными контурами. Паренхима до 16 мм. Синусы не расширены. Камней нет.

ЭГДС: Пищевод свободно проходим, определяются варикозно расширенные вены 1 ст, слизистая не изменена. Кардия смыкается. В желудке умеренное кол-во жидкости. Складки утолщены, извиты, воздухом расправляются. Слизистая неравномерно очень ярко гиперемирована, главным образом в антральном отделе. Малая кривизна и угол ровные. Привратник округлый, открывается полностью. Луковица 12-п.к-ки и постбульбарный отдел не изменены.

### **Вопросы:**

1. Проведите диагностический поиск.
2. После II этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какие нужно провести дополнительные исследования? Какую информацию Вы ожидаете получить от этих исследований?
4. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

### **Задача №3.**

Больная К., 52 лет, поступила в стационар с жалобами на желтушность кожных покровов, кожный зуд, кровоточивость десен, тяжесть в правом подреберье, вздутие живота, общую слабость.

Алкоголь не употребляет. Профессиональных вредностей не было.

Из анамнеза известно, что около пяти лет назад стали отмечаться эпизоды повышения температуры до 37,4°–37,6° С, желтушность кожных покровов, кожный зуд, тупые боли в правом подреберье. При обследовании в стационаре по месту жительства выявляли гепатоспленомегалию.

Маркеры вирусных гепатитов были отрицательными. При комплексном обследовании данных за механическую желтуху не получено. После выписки принимала спазмолитики, антигистаминные препараты и НПВС с временным эффектом. Продолжала сохраняться желтушность кожи, постепенно нарастала общая слабость, стало беспокоить вздутие живота. Последний месяц отметила повышенную кровоточивость десен.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые желтушные, на коже рук, ног – следы расчесов, единичные петехии. Отеков нет. Болезненность при поколачивании по костям. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 76/мин. АД – 105 и 70 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме, пупок выбухает. Окружность живота на уровне пупка 110 см. Притупление перкуторного звука в боковых отделах живота. Печень и селезенку пальпировать не удается.

Общий анализ крови: эритроциты -  $3,121 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 99 г/л, лейкоциты -  $2,76 \times 10^9$ /л, пал. – 3%, сегм. – 53%, мон.– 7%, лимф. – 35%, эоз.– 1%, баз. – 1%, тромбоциты -  $100,8 \times 10^9$ /л, цв. показатель - 0,95, СОЭ - 50 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок - 7,8 г/дл, альбумин - 2,9 г/дл, общ. билирубин - 8,4 мг/дл, пр. билирубин - 5,0 мг/дл (0-0,3), триглицериды - 124 мг/дл, общ. холестерин - 351 мг/дл, АСТ - 167 ед/л, АЛТ - 102 ед/л,  $\gamma$ -ГТ - 220 ед/л (3-49), щелочная фосфатаза - 2591 ед/л (98-274), холинэстераза - 3657 ед/л. Электрофорез белков: альбумины - 36%, глобулины:  $\alpha_1$ - 4,3%,  $\alpha_2$  - 13%,  $\beta$  - 12,4%,  $\gamma$  - 34,3%. IgA - 580 мг/дл, IgG – 2420 мг/дл, IgM – 440 мг/дл. Коагулограмма: протромбиновый индекс - 64 %, фибриноген - 3,36 г/л. В анализе мочи: уробилин выше нормы, выявлены желчные пигменты и кристаллы билирубина.

УЗИ брюшной полости: печень увеличена в размерах за счет обеих долей, контуры ровные, паренхима диффузно изменена. Желчевыводящая система без особенностей. Портальная вена 16,6 мм (до 13 мм). Поджелудочная железа нормальных размеров и структуры. Селезенка увеличена до 200x100 мм, селезеночная вена 14 мм (до 10 мм). Свободная жидкость в брюшной полости.

При ЭГДС выявлено варикозное расширение вен пищевода 1 степени.

Биопсия печени: небольшие участки печеночной ткани, нарушение дольковой структуры печени. Отмечается пролиферация, деструкция холангиолы, перидуктулярный фиброз. Портальные поля расширены, фиброзированы. Инфильтрация и фиброз в портальных полях ориентированы на пораженные желчные ходы. Отмечаются признаки холестаза (пигментация, желчные тромбы), более выраженного на периферии дольки.

**Дайте письменные 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.

## ТЕМА 6. Модульная единица «ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ»

### Задача №1.

Больной 42 лет, кладовщик склада алкогольной продукции, предъявляет жалобы на резкие опоясывающие боли в эпигастральной области, возникающие после любой еды, особенно после жирной и острой пищи; боли стихают при голодании, при приеме атропина, омепразола и анальгина. Беспокоит тошнота, рвота на высоте болей, не приносящая облегчения. После еды - сильное вздутие, урчание. Стул 3-4 раза в день, обильный, блестящий, с резким запахом прогорклого масла и гнилого мяса.

Рос и развивался, не отставая от сверстников. После службы в армии работал слесарем на ликероводочном заводе, в настоящее время – кладовщик. Злоупотребляет алкоголем. Три года назад после обильного употребления алкоголя и жирной пищи возникли жгучие опоясывающие боли, рвота, повысилась температура до 42°, пожелтел. Лечился в хирургическом стационаре: голод в течение 4 дней, вливанием контрикала, 6-фторурацила, гемодеза, получал антибиотики. Выписался через 2 недели, жалоб не было в течение 4 месяцев. После алкогольного эксцесса вновь возникли боли опоясывающего характера; желтухи и лихорадки не было. Лечился амбулаторно, голодал 4 дня, получал атропин, омепразол, альмагель, креон, антибиотики. После выхода на работу вновь начал употреблять алкоголь. Боли возникали еще трижды после обильной выпивки и обильной еды. Лечился амбулаторно. В течение года после имплантации "эспирале" не пил. Чувствовал себя хорошо, боли не возникали.

Последнее обострение началось неделю назад. Накануне выпил около литра водки, съел много жирной ветчины и соленых огурцов. Ночью начались нестерпимые боли, рвота. Вызванная бригада скорой медицинской помощи осуществила сифонное промывание желудка, сделал инъекции атропина, анальгина, реланиума. От предложенной госпитализации отказался. В течение трех дней голодал, получал перорально атропин и соду. В связи с ухудшением состояния поступил в стационар.

Состояние средней тяжести, пониженного питания, рост 176 см, масса тела 60 кг. Температура тела 37,9°. Склеры субиктеричны. На коже груди и живота мелкие «красные капельки». Над легким притупления перкуторного звука нет, дыхание жесткое, хрипов нет. Пульс 104 ударов в минуту, ритмичный, АД 105 и 60 мм.рт.ст. Язык обложен густым белым налетом. Живот вздут, участвует в дыхании, мышечного напряжения нет, симптомов раздражения брюшины

нет. Положительный симптом Кача слева. Печень по средне-ключичной линии выходит на 5 см, край мягкий, эластичный, болезненный при пальпации. Селезенка не увеличена. Определяется резкая болезненность при пальпации. Болезненна также пальпация над пупком, в точке Мейо-Робсона, определяется положительный «симптом поворота» и положительный «симптом натяжения брыжейки». Толстый кишечник спазмирован, чувствительный при пальпации.

При исследовании крови: Нв - 10 г/мл, эрит - 3800 тыс., лейкоц. - 9700, юн. - 2%, п/я - 12%, с/я - 58%, лимф.- 24%, эоз. - 4%, СОЭ - 28 мм/час; билирубин общий - 2,1 мг%, прямой - 1,2 мг%, холестерин - 180 мг%, общ.белок - 9,4 мг/дл, АЛТ - 95 ед/мл, АСТ - 108 ед/мл. Амилаза в крови - 79 мг/мл/час. Глюкоза в крови - 100 мг%. Г-ГТП - 164 ед/мл. Амилаза в моче - 180 мг/мл/час. При УЗИ - печень увеличена в размерах, повышенной эхогенности, увеличена в размерах. Поджелудочная железа увеличена на 8 мм в области хвоста и на 12 мм в области головки за счет отека. Главный панкреатический проток расширен, паренхима в области хвоста пониженной эхогенности, в области головки - повышенной.

**Дайте письменные 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.

**Эталон решения задачи №1**

*На первом этапе диагностического поиска* анализ жалоб позволяет сделать вывод, что ведущим синдромом является боль. Локализация и, главное, опоясывающий характер боли, усиление болей после приёма острой пищи и жиров, стихание при голодании характерны для ХП. Характер боли обусловлен расположением ПЖ и встречается при поражении и головки, и тела, и хвоста ПЖ. Усиление боли после острой и жирной пищи обусловлено стимуляцией секреции ПЖ соответственно секретинном и холецистокинином, голодание создает покой ПЖ. Параллельно болям развились явления «желудочной» диспепсии - тошнота, и что особенно важно, рвота, не приносящая стихания болей. Выражен и синдром «кишечной» диспепсии - метеоризм, диарея, мегафекалия, стеаторея.

Таким образом, анализ жалоб позволяет считать, что имеет место симптомокомплекс, характерный для болевой формы панкреатита (болевой синдром, синдром желудочной диспепсии) и внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы (стеаторея).

В истории жизни отчетливо прослеживается этиологический фактор - злоупотребление алкоголем.

Этот же фактор как «пусковой» в истории заболевания. Алкогольные эксцессы являются и факторами рецидивов.

Анализ истории болезни позволяет предполагать, что у больного алкогольный панкреатит, течение его характерно для хронического рецидивирующего панкреатита. В настоящее время имеется клиническая картина стадии обострения. В течение болезни отмечено присоединение синдрома нарушенного всасывания, что позволяет думать о внешнесекреторной недостаточности. До настоящего обострения «стандартная» терапия давала эффект.

**На втором этапе диагностического поиска** выявлены:

клинические признаки обострения ХП - положительный симптом Кача, болезненность при пальпации в точке Мейо-Робсона, положительные симптома поворота и натяжения брыжейки

клинические проявления синдрома нарушенного питания - снижение массы тела

клиническое проявление мезенхимально-воспалительного синдрома - лихорадка, симптомы поражения печени, желтуха, гепатомегалия, болезненность при пальпации

поражение толстого кишечника - спазмирован, чувствителен при пальпации.

Таким образом, после II этапа диагностического поиска может быть сформулирован **предварительный диагноз**: хронический алкогольный болевой панкреатит, с внешнесекреторной недостаточностью, рецидивирующий вариант, стадия обострения.

**Третий этап диагностического поиска** - лабораторно-инструментальные обследования при ХП включает следующие позиции: общий анализ крови, общий анализ мочи, общий билирубин его и фракции, АСТ, АЛТ, ЩФ,  $\gamma$ -ГТ, амилаза крови, липаза крови, сахар крови, общий белок, копрограмма, УЗИ органов брюшной полости, ЭРХПГ.

Лабораторные исследования выявили повышение активности амилазы в крови и в моче. УЗИ продемонстрировало увеличение и отечность ПЖ. Эти данные позволяют диагностировать стадию обострения ХП. Обнаружение при УЗИ очагов фиброза в ПЖ, повышение эхогенности паренхимы, расширение главного панкреатического протока позволяет считать, что имеет место хроническое воспаление ПЖ.

Лабораторные признаки мезенхимально-воспалительного синдрома - лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ - подтверждают стадию обострения ХП. Повышение билирубина в крови

появление «прямой» его фракции, повышение активности АЛТ (лабораторные признаки цитолитического синдрома), повышение плотности печени, определяемые при УЗИ делает достаточно весомым высказанное на II этапе мнение, что имеет место обострение хронического алкогольного гепатита. Подтвердить этот диагноз поможет, пункционная биопсия печени.

Из дополнительных методов лабораторно-инструментального обследования можно рекомендовать компьютерную томографию ПЖ для уточнения характера структуры железы, микроскопическое исследование кала для определения капель нейтрального жира, как признака стеатореи.

Состояние больного требует срочного начала лечебных мероприятий.

**Клинический диагноз:** хронический алкогольный паренхиматозный рецидивирующий панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью в стадии обострения, хронический гепатит алкогольной этиологии. Критерии диагноза ХП включают следующие позиции

«типичный» характер болей

клинические признаки внешнесекреторной недостаточности

болезненность при пальпации в «панкреатических точках»

повышение активности панкреатических ферментов в крови и моче

уменьшение объема секрета и снижение активности панкреатических ферментов в

дуоденальном содержимом при секретин-панкреозиминном тесте

лабораторные признаки нарушения расщепления жиров, крахмала, белков

уменьшение количества эластазы в кале

гипо- и гиперинсулинемия (С-пептидемия)

визуализация патологических процессов в ПЖ при ЭРХПГ, МРТ, КТ, УЗИ

морфологическое подтверждение

В данном наблюдении имеются критерии: 1, 2, 3, 9, что является доказательным диагнозом.

Лечебные мероприятия должны быть направлены на:

1. подавление желудочной секреции лекарственными препаратами (блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов (ранитидин) или блокаторы протонной помпы (омепразол);
2. подавление секреции поджелудочной железы парентеральным введением сандостатина;
3. ингибция протеолиза ткани поджелудочной железы - ингибиторы трипсина (в/в капельно контрикал, гордокс) – до наступления ремиссии (стихания болей);
4. купирование водно-электролитных нарушений в/в вливаниями реополиглюкина и других растворов;
5. снижение активности хронического гепатита - дезинтоксикационная терапия (в/в капельно раствор глюкозы 5%);
6. купирование выраженных болей – анальгетики, спазмолитики;



7. заместительная терапия – перорально пищеварительные панкреатические ферменты (мезим-форте, креон, панцитрат).

### **Задача №2.**

Мужчина 62 лет, пенсионер. Предъявляет жалобы на слабость, утомляемость, похудание, сухость во рту, жажду, повышение количества мочи, кожный зуд, вздутие живота после еды, частый (до 5-6 раз в день) кашицеобразный обильный «масляного вида» с запахом прогорклого масла стул, профузные поносы после употребления в пищу молока и жиров. Ноющие боли в левом подреберье после употребления жареного, жирного и острого.

Родился в многодетной крестьянской семье, трудовая жизнь с 12 лет. Участник ВОВ, с 1947 года работает бухгалтером. В 1942 году перенес дистрофию II ст. 15 лет лечился по поводу обменного (подагрического?) полиартрита. Соблюдает диету с резким ограничением мяса, рыбы, птицы, творога. Не курил, алкоголь не употреблял.

Пять лет назад отметил, что перестал нормально переносить жиры и молоко - появились поносы. Начал худеть. За 4 года похудел на 12 кг, последний год стал питаться часто из-за вздутия живота после большого количества еды. Стул участился до 4-5 раз в сутки. Ухудшение чаще всего после острой и жареной пищи. Прием фталазола и антибиотиков облегчения не приносил. Полгода назад появилась сухость во рту, кожный зуд, стал больше выделять мочи, усугубилась слабость.

Пониженного питания. Кожа обычной окраски, сухая, тургор снижен, в углах губ - заеды. Над легкими притупления перкуторного звука нет, звук с коробочным оттенком, дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный, полный. АД 140 и 80 мм.рт.ст. Тоны ясные, шумов нет. Живот мягкий, участвует в дыхании. Печень выступает на 2 см, по среднеключичной линии, край мягкий, закругленный, безболезненный. Селезенка не увеличена. Умеренная болезненность при пальпации поперечно-ободочной кишки и сигмовидной кишки..

При исследовании крови: Нв - 61 г/мл, Эр. - 3300 тыс., Л -6400, формула не изменена. СОЭ - 35 мм/час. Общий белок – 3,5 г/л, билирубин общий - 0,7 мг%, прямого нет. Холестерин - 110 мг%, амилаза в крови - 12 мг/мл/час. Глюкоза - 154 мг%. Анализ кала - реакция на скрытую кровь с бензидином - отр., реакция на стеркобилин - полож; мышечные волокна - ++, нейтральный жир - +++, крахмал - ++, лейкоциты, эритроциты отсутствуют.

При рентгеноскопии желудка органических изменений не выявлено. При ректороманоскопии выявлена гиперемия слизистой, сосудистый рисунок четко выражен. Ирригоскопия опухолевого процесса не выявила. При УЗИ - во всех отделах поджелудочной железы явления фиброза, уменьшение размеров хвоста на 6 мм. При селективной ангиографии - обеднение сосудистого рисунка железы, атипичных, «ампутированных» и новообразованных сосудов нет во всех отделах железы.

При исследовании амилазы в моче и в крови выявлено нормальное количество фермента.

**Дайте письменные 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.

**Задача №3**

Женщина 28 лет, швея-мотористка, предъявляет жалобы на резкие боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку и правое плечо. Боли возникают после приема жирной, острой пищи, бульона. Боли сопровождаются горечью во рту, тошнотой, рвотой, не приносящей облегчения. Одновременно возникают боли в эпигастрии, отдающие в спину, и болями в левом подреберье, иррадиирующими полупоясом влево. Боли снимаются инъекцией атропина, но-шпы, анальгин. Стихают при голодании.

Больная ведет малоподвижный образ жизни. Не курит, алкоголь не употребляет. Любит и употребляет в большом количестве сладкое и мучное. Прием пищи 1-2 раза в день. За последние 3 года – 2 родов.

Впервые боли возникли год назад. Приступ начался после обильной еды, длился всю ночь, прошел самостоятельно. Легкая желтуха в виде слабой субиктеричности склер, потемнение мочи появилось на следующий день и прошли через 2 дня. Неделю держалась субфебрильная температура, тошнота, стул был до 3 раз в день, неоформленный.

За год таких приступов было 6. Приступы возникали после переедания, употребления острой, жирной пищи. При голодании и соблюдении диеты с исключением жирной, жареной, острой пищи и при приеме но-шпы боли не беспокоили, вес уменьшался за неделю болезни на 2-3 кг, легко восстанавливался.

Последние 4 приступа, начавшие возникать более 8 месяцев назад, длились по 2 недели, боли в эпигастрии и левом подреберье не проходили после приема но-шпы, приходилось голодать по 5-7 дней.

Рост 154 см, масса тела 86 кг. Кожные покровы чистые, склеры не иктеричны. В легких - патологии не выявлено. Пульс 66 уд/мин, ритмичный, полный. АД 135 и 85 мм рт. ст. Живот вздут. Мышечного напряжения нет. Повышенная кожная чувствительность в левом подреберье. Печень не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Положительны симптомы Мэрфи, Кэра, Лепине, Ортнера. Величина подкожно-жировой складки слева от пупка меньше, чем справа. Резкая болезненность при пальпации над пупком. Болезненность при

пальпации на 3 см ниже середины левой реберной дуги. Болезненность уменьшается при повороте на левый бок.

При исследовании крови: Нв – 12,5 г/мл, эритроц. - 3900 тыс., лейкоц. - 15700, формула изменена: п/я 9%, СОЭ - 24 мм/час. Билирубин общий - 1,9 мг%. Глюкоза в крови - 100 мг%. Амилаза в крови - 154 МЕ/л. Амилаза в моче - 480 мг/мл/час. Общий анализ кала без особенностей. При УЗИ – определяются мелкие конкременты в просвете желчного пузыря, дающие УЗ-тень, стенки желчного пузыря утолщены и уплотнены, поджелудочная железа увеличена в размерах (преимущественно за счет тела и хвоста), паренхима неоднородна, участки повышенной эхогенности чередуются с гипозоногенными участками.

**Дайте письменные 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.

## **Частный модуль «НЕФРОЛОГИЯ. ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ»**

### **ТЕМА 8. Модульная единица «ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ»**

#### **Задача № 1**

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- 4 100000, Нб – 13,5 г/ л, Л – 6000, лейкоцитарная ф-ла без изменений, тромб – 260 000, СОЭ – 15 мм/час.

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

**Дайте письменные 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.

**Эталон решения задачи №1**

*На первом этапе диагностического поиска* при анализе жалоб больного можно предположить наличие патологии со стороны мочевыделительной системы (изменение цвета мочи, ощущение тяжести в поясничной области, одутловатость лица), характер которой предстоит выяснить. Данные анамнеза о хроническом тонзиллите в детстве могут заставить предположить о возможном хроническом постстрептококковом поражении почек, однако имеющиеся данные о нормальных анализах мочи в последующем, делают это предположение маловероятным. Зато имеется достаточно явно прослеживающаяся связь возникновения симптоматики с проведенной незадолго до этого вакцинацией и последующей сменой климатических условий. Следует также иметь в виду, что у больного не ликвидирован очаг возможной хронической стрептококковой инфекции, а также был период алкогольной интоксикации. Наиболее вероятным представляется развитие острого гломерулонефрита, однако не исключена возможность и какой - либо урологической патологии (мочекаменная болезнь, образования почек или мочевого пузыря, туберкулез), хотя, учитывая возраст больного и клиническую симптоматику это представляется сомнительным.

*Второй этап диагностического поиска* выявил умеренные периферические отеки, тахикардию и повышение артериального давления, что может быть проявлением синдрома

артериальной гипертензии и отечного синдрома. Увеличение печени вероятнее всего обусловлено жировой дистрофией. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон, что вряд ли было бы возможным при острой урологической патологии. Все остальные предположения могут быть окончательно отвергнуты или подтверждены только на *третьем этапе диагностического поиска* при проведении лабораторно-инструментальных методов обследования. Таким образом, после первых двух этапов можно думать об остром гломерулонефрите с синдромом артериальной гипертензии и отечным синдромом. В план обследования необходимо включить серию более детальных исследований мочи (несколько общих анализов в динамике, анализ по Нечипоренко и по Зимницкому, суточный анализ на белок, пробу Реберга), биохимический анализ крови на определение уровня азотистых шлаков, альбуминов, липидов, калия. Провести УЗИ почек, динамическую сцинтиграфию почек, а, при неясности диагноза, возможно и биопсию почек. Имеющиеся данные исследования общего анализа крови и мочи позволяют сделать следующие заключения:

у больного явно имеется патология со стороны мочевыделительной системы, о чем говорит наличие умеренной протеинурии и эритроцитурии;

наличие бактериальной инфекции представляется сомнительным, учитывая незначительную лейкоцитурию, а также отсутствие воспалительных изменений в общем анализе крови;

нормальный удельный вес мочи говорит о сохраненной концентрационной способности почек;

Таким образом, суммируя имеющиеся данные трех этапов ДП с наибольшей долей вероятности можно говорить об остром поствакцинальном гломерулонефрите с синдромом артериальной гипертензии и отечным синдромом. Для исключения другой возможной патологии больному необходимо провести все перечисленные выше исследования вплоть даже до биопсии почек, для чего больной должен быть направлен в специализированный нефрологический стационар и в последующем наблюдаться у нефролога.

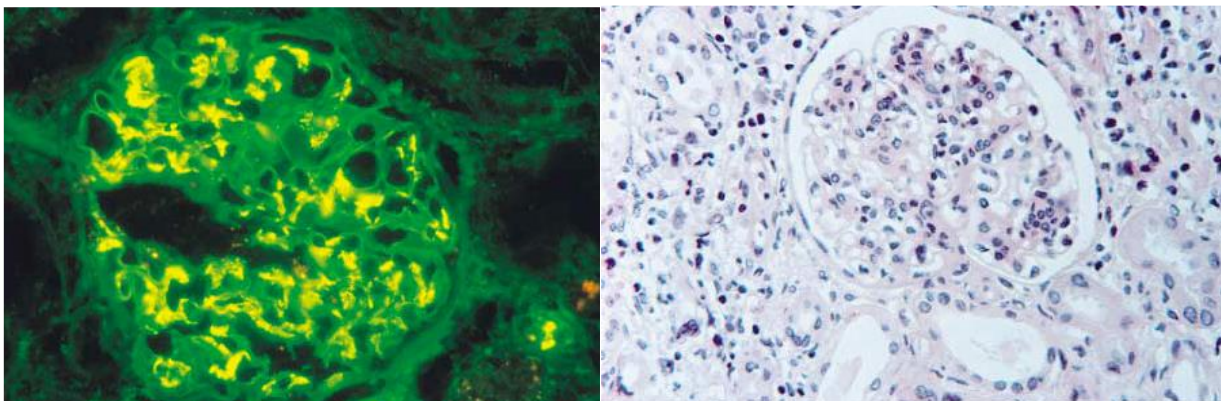
Лечение на данном этапе будет включать в себя: строгий постельный режим, диету с ограничением соли до 3-5 г/сут, белка до 60 г/сут, жирных, жареных и острых блюд, а также симптоматическую терапию, включающую прием гипотензивных и мочегонных препаратов до нормализации уровня АД и исчезновения отечности. Постоянно контролировать анализы мочи и продолжать режимные и лечебные мероприятия до полной их нормализации, а также до исчезновения всех внепочечных симптомов. Данный вариант острого гломерулонефрита не требует назначения кортикостероидов, цитостатиков и гепарина, а также проведения пульс-терапии или плазмафереза, однако окончательно вопрос о назначении данного вида терапии может быть решен после оценки эффективности режимных мероприятий и симптоматической терапии, а также после получения результатов биопсии почек. Даже при излечении от ОГН больной должен находиться

под наблюдением нефролога в течение 2-х лет, регулярно (первые полгода 1 раз в месяц, а затем 1 раз в 3 месяца) делать анализы мочи, избегать переохлаждений, вакцинаций, нефротоксичных лекарственных препаратов, частой смены климатических условий, тяжелой физической нагрузки, санировать своевременно очаги хронической инфекции.

### **Задача №2.**

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 слабоположительный. 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.

Пациенту проведена биопсия почки:



**Дайте письменные ответы на следующие вопросы:**

1. Проведите диагностический поиск.

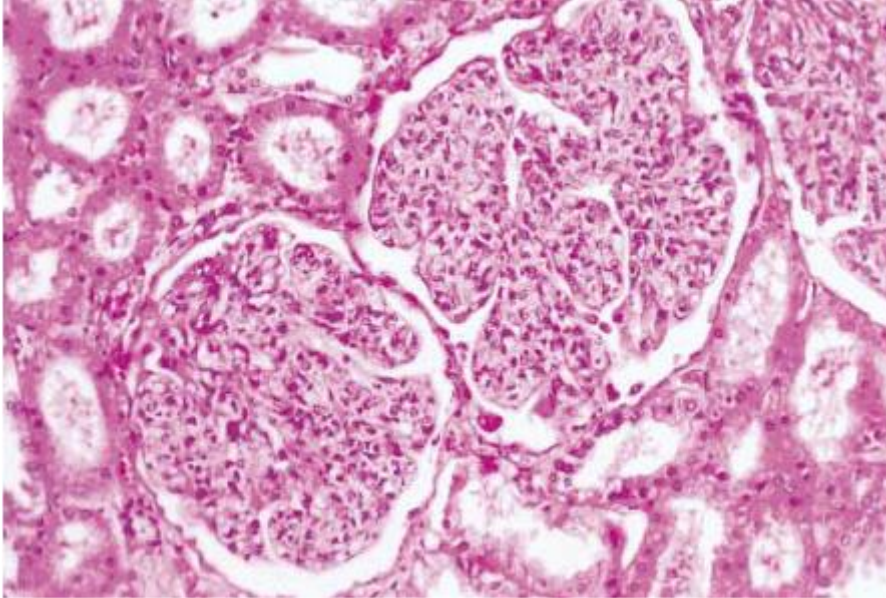
2. После второго этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования больного, укажите какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
4. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение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

### Задача №3.

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.

Пациентке проведена биопсия почки:



**Дайте письменные 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.

## **Частный модуль «ГЕМАТОЛОГИЯ»**

### **ТЕМА 19. «ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ»**

#### **Задача №1.**

Больная 67 лет обратилась с жалобами на кратковременные эпизоды потери сознания, резкую слабость, головокружение, «шум в голове», сопровождающиеся частым сердцебиением, которые беспокоят пациентку в течение месяца. Из анамнеза: страдает хроническим гастритом, гипертонической болезнью, в связи с чем в течение 2-х последних лет регулярно принимает энап по 10мг/сут. с хорошим эффектом. Выяснилось, что около 2-х месяцев тому назад она обратилась к терапевту по месту жительства в связи с болями в шейном отделе позвоночника. Состояние было расценено как остеоартроз, в связи с чем назначен диклофенак по 50мг 3 раза в сутки, который



пациентка принимает регулярно до настоящего времени с хорошим эффектом, однако отметила появление тёмного «дёгтеобразного» стула около месяца тому назад.

При осмотре: кожные покровы и конъюнктивы бледные. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=18 в минуту. Тоны сердца сохранены, ритмичные, при аускультации выслушивается систолический шум во всех точках аускультации сердца, шум «волчка», ЧСС=100 уд/мин., АД=90/55 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены.

В анализах крови: Нв=50 г/л, Эр=2.600.000 в мкл, ЦП=0,58. Анализ мочи без патологии. В анамнеза бензидиновая реакция и реакция с гваяковой настойкой резко положительные.

**Дайте письменные 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.

**Эталон решения задачи №1**

*На первом этапе диагностического поиска* можно выявить такие симптомы, как: кратковременные эпизоды потери сознания, резкая слабость, головокружение, «шум в голове», тахикардия. Эти симптомы входят в состав циркуляторно-гипоксического синдрома, встречающегося при анемиях. Кроме этого, обращает на себя внимание появление «дёгтеобразного» стула, особенно вследствие длительного бесконтрольного приёма НПВП. Всё это безусловно должно натолкнуть на мысль о возможном желудочно-кишечном кровотечении, спровоцированном приёмом диклофенака с последующим развитием железодефицитной анемии. Тем не менее, учитывая возраст пациентки, в дифференциальный диагноз следует включить и возможность наличия В<sub>12</sub>-дефицитной анемии или кровоточащей опухоли желудочно-кишечного тракта.

*На втором этапе диагностического поиска* при осмотре пациентки обращает на себя внимание бледность кожных покровов, тахикардия, систолический шум при сохранённых сердечных тонах над верхушкой сердца, крупными сосудами, а так же, нехарактерное для большой гипертонической болезни, низкое АД. Всё это подтверждает предположение о наличии анемии и возможном кровотечении.

*Предварительный диагноз* может быть сформулирован следующим образом: Желудочно-кишечное кровотечение. Железодефицитная анемия.

На третьем этапе диагностического поиска: в анализе крови – картина гипохромной анемии, что противоречит диагнозу В<sub>12</sub>-дефицитной анемии. В анализе кала – положительная реакция на кровь свидетельствует о желудочно-кишечном кровотечении.

Таким образом, необходимо установить характер гипохромной анемии и источник кровотечения. Следует провести дифференциальную диагностику между анемиями с низким цветовым показателем, к которым относятся железодефицитная анемия, сидероахрестическая анемия, талассемия и анемия при хронических заболеваниях. Для этого нужно определить уровень железа сыворотки, трансферрин, насыщение трансферрина железом. Для железодефицитной анемии, в отличие от всех других, будет характерно снижение уровня сывороточного железа. Для сидероахрестической анемии, свойственно повышение уровня сывороточного железа. Против диагноза талассемии свидетельствует отсутствие мишеневидных эритроцитов, признаков гемолиза (отсутствие уробилина в моче). Анемия при хроническом заболевании так же маловероятна, вследствие отсутствия такового. Для выявления источника кровотечения нужно провести ЭГДС, ирриго- или колоноскопию.

В зависимости от результатов дообследования, *клинический диагноз* может быть сформулирован следующим образом: Множественные кровоточащие эррозии желудка на фоне приёма НПВП. Железодефицитная анемия. Хронический гастрит (...). Гипертоническая болезнь (...).

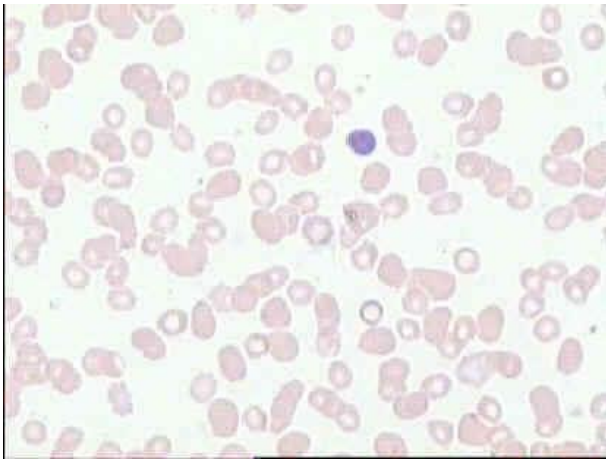
Лечение: Необходимо прекратить приём НПВП, диета 1 стол, приём препаратов железа (например: сорбифер-дурулес по 1 таблетке 2 раза в день) с контролем анализов до восстановления показателей красной крови.

## **Задача №2.**

Пациент М., 66 лет обратился к неврологу с жалобами на необычные неприятные ощущения в виде «покалывания» и «онемения» в области рук и ног, слабость в конечностях, затруднения при движении, изменение походки, снижение зрения, а также пониженное настроение, сонливость, снижение концентрации внимания. Указанные жалобы возникли около 4 месяцев назад и постепенно нарастали. В анамнезе у пациента – хронический гастрит с пониженной секреторной функцией, аутоиммунный тиреоидит (медикаментозный эутиреоз на фоне приема 50 мг L-тироксина в сутки).

При осмотре: состояние удовлетворительное, больной пониженного питания (рост 171см, вес 58 кг), кожные покровы сухие, бледные, определяется небольшая иктеричность склер, язык чистый, умеренная сглаженность сосочков языка. Отеков нет, периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, шумы не выслушиваются, ЧСС=72 в минуту, АД=135/80 мм.рт.ст.. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из под края рёберной дуги на 2 см по среднеключичной линии, её край гладкий, ровный,

безболезненный при пальпации. В неврологическом статусе признаки сенсомоторной полинейропатии, положительный симптом Лермитта. В анализах крови: Нв=8,2 г/л, Эр=2,1 млн. в мкл, ЦП=1,3, средний объем эритроцитов – 104 фл, лейкоциты – 4,2 тыс. в мкл., обнаружены полисегментоядерные нейтрофилы, тромбоциты – 123 тыс. в мкл. (картина периферической крови приведена на рисунке), СОЭ=22 мм/час, общий билирубин=1,8мг%, прямой билирубин 0,2мг%, ТТГ – 5,3 МЕ/л. В анализах мочи и кала – без отклонений от нормы.



**Дайте письменные 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.

### **Задача №3.**

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

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

безболезненный, не вздут, не напряжён, при глубокой пальпации определяется умеренная болезненность в эпигастрии.

В ан.крови: Нв=75,3г/л, Эр=3.704.000 в мкл, ЦП=0,6, лейкоц.=6,1 тыс/мкл, ретикулоциты=12‰, выраженный анизоцитоз эритроцитов, СОЭ=7 мм/час.; железо=7мкг/дл, трансферрин=327мг/дл, насыщение трансферрина железом=1,5%. Анализ мочи без патологии. В анализе кала – бензидиновая проба резко положительная.

**Дайте письменные 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.

## **Тема 21. Модульная единица «В-12 дефицитная анемия»**

### **Задача №1.**

Больная 63-х лет обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на снижение аппетита, чувство тяжести в эпигастрии, возникающее после приёма любой пищи, отрыжку воздухом, вздутие живота, неустойчивый стул, жжение и боли в кончике языка. Выше указанные жалобы беспокоят больную на протяжении 2-х месяцев. Из анамнеза известно, что 3 года тому назад пациентке была произведена правосторонняя гемиколонэктомия по поводу рака восходящего отдела толстого кишечника, пациентка наблюдается в онкологическом диспансере, данных за рецидив заболевания нет. При осмотре: кожные покровы бледные с лимонно-жёлтым оттенком, склеры иктеричны. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=16 в минуту. Тоны сердца сохранены, ритмичные, шумы над областью сердца и крупными сосудами не выслушиваются, ЧСС=72 уд/мин., АД=140/80 мм.рт.ст.. Язык ярко-розовый, блестящий, с небольшим количеством сосочков, отпечатки зубов, налёта нет, живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. В анализах крови: Нв=85 г/л, Эр=2.000.000 в мкл., ЦП=1,3, ретикулоциты=4‰, лейкоциты=3,0 тыс/мкл., п.-2, сегм.-68. лимф.-25. мон.-5 тромбоциты=110.000 в мкл., СОЭ=45мм/час, выраженный анизоцитоз,

пойкилоцитоз; билирубин общ.=2,2 мг%, билирубин прямой=0,1мг%, АСТ=16 МЕ, АЛТ=20 МЕ. В общем анализе мочи – повышен уробилин, в остальном без патологии. В анализе кала – без отклонений от нормы. Исследование пунктата костного мозга: пунктат костного мозга богат клеточными элементами, созревание нейтрофилов несколько ускоренно. Эритропоэз смешанный, нормобласты составляют 22%, мегалобласты 9%. Встречаются тельца Жолли и кольца Кебота. Среди нейтрофилов встречаются гигантские и уродливые палочкоядерные формы. Мегакариоциты найдены.

**Дайте письменные 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.

**Эталон решения задачи №1**

*На первом этапе диагностического поиска* на первый план выступают жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта: снижение аппетита, чувство тяжести в эпигастрии, возникающее после приёма любой пищи, отрыжку воздухом, вздутие живота, неустойчивый стул, жжение и боли в кончике языка, на основании которых можно предположить поражение желудочно-кишечного тракта. Однако, анализируя эти жалобы, можно отметить, что все они не укладываются ни в один синдром, характерный для какого-либо заболевания желудочно-кишечного тракта (например: синдром кислой желудочной диспепсии при язвенной болезни или кишечной диспепсии при колите), а представляют собой симптомокомплекс, свидетельствующий о поражении желудочно-кишечного тракта на значительном его протяжении.

*На втором этапе диагностического поиска* при осмотре больной обращает на себя внимание бледность кожных покровов, что позволяет заподозрить наличие малокровия; желтушный оттенок кожи и иктеричность склер являются проявлением гипербилирубинемии, а их сочетание с бледностью кожи не может не заставить врача подумать об анемии, сопровождающийся гемолизом (наиболее распространённая из них В<sub>12</sub> –дефицитная анемия). В пользу В<sub>12</sub> –дефицитной анемии так же может свидетельствовать наличие «полированного языка» (как одного из симптомов гастро-энтерологического синдрома при В<sub>12</sub> –дефицитной анемии) и возраст пациентки.

Таким образом, после двух этапов диагностического поиска можно предположить у больной наличие В<sub>12</sub> –дефицитной анемии. Тем не менее, необходимо исключить прочие возможные причины, вызывающие гипербилирубинемия: гемолиз эритроцитов (например при

гемолитических анемиях), цитолиз гепатоцитов (в рамках цитолитического синдрома при гепатитах), холестаза.

Таким образом, к окончанию второго этапа диагностического поиска, предварительный диагноз выглядит следующим образом: Состояние после правосторонней гемиколонэктомии по поводу рака восходящего отдела толстой кишки. В<sub>12</sub> –дефицитная анемия (?). Гемолитическая анемия (?). Гепатит (?). Холестатический синдром (?).

**На третьем этапе диагностического поиска** в пользу диагноза В<sub>12</sub> –дефицитной анемии свидетельствует гиперхромный её характер с сочетанием с умеренными лейкопенией и тромбоцитопенией, а так же повышение непрямого билирубина в крови и уробилина в моче, которые являются проявлением гемолиза, а не холестаза. При отсутствии повышения АСТ и АЛТ, можно с уверенностью опровергнуть цитолиз гепатоцитов. Исследование пунктата костного мозга выявило наличие трансформации кроветворения в мегалобластический тип, наличие телец Жолли и колец Кебота.

В данном клиническом наблюдении превалируют симптомы гастро-энтерологического и гематологического синдромов при В<sub>12</sub> –дефицитной анемии. Пациентку необходимо проконсультировать у невропатолога на предмет выявления фуникулярного миелоза. Циркуляторно-гипоксический синдром не выражен.

Формулировка **клинического диагноза**: Состояние после правосторонней гемиколонэктомии по поводу рака восходящего отдела толстой кишки. В<sub>12</sub> –дефицитная анемия, рецидив.

Лечение в данном случае будет носить патогенетический характер: назначение витамина В<sub>12</sub> внутримышечно по 1000мкг 1 раз в неделю, в течение 8 недель. Дополнительным диагностическим критерием в пользу диагноза В<sub>12</sub> –дефицитной анемии должен быть ретикулоцитарный криз на 5-6 сутки терапии. После нормализации показателей крови терапия должна проводиться пожизненно по 1000мкг внутримышечно 1 раз в месяц.

## **Задача №2.**

Пациент 69 лет предъявляет жалобы на слабость, утомляемость, неустойчивость походки, потерю в весе на 12кг, отсутствие аппетита, которые постепенно нарастают в течение 4-х лет и появление которых он связывает с психо-эмоциональным стрессом по поводу смерти жены 5 лет тому назад. Анамнез: наличие хронических заболеваний отрицает, курит в течение 40 лет. При осмотре: больной пониженного питания (рост = 171см, вес = 58кг), кожные покровы сухие, бледные, определяется небольшая иктеричность склер, язык чистый, следы от зубов отсутствуют, умеренная сглаженность сосочков языка. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет, ЧД=17 в минуту. Тоны сердца сохранены, ритмичные, шумы не выслушиваются, ЧСС=72 в минуту, АД=135/80

мм.рт.ст.. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из под края рёберной дуги на 2 см по среднеключичной линии, её край гладкий, ровный, безболезненный при пальпации. В анализах крови: Нв=10,4г/л, Эр=2.440.000 в мкл, ЦП=1,2, ретикулоциты=2 ‰, обнаружены полисегментоядерные нейтрофилы, СОЭ=7 мм/час, общий билирубин=1,8мг%, прямой билирубин 0,2мг%. В анализах мочи и кала – без отклонений от нормы.

**Дайте письменные 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.

**Задача №3.**

Больной 67-и лет жалуется на выраженную общую слабость, головокружение, одышку и сердцебиение при небольших физических нагрузках (подъём на 1 этаж), проходящее ощущение онемения и «ползания мурашек» в ногах, неустойчивость при ходьбе, чувство тяжести в эпигастрии после приёма пищи. Выше указанные жалобы беспокоят около 3-х месяцев. Из анамнеза известно, что пациент наблюдается в онкологическом диспансере в связи с субтотальной резекцией желудка по поводу рака, проведённой 6 лет тому назад, данных за рецидив заболевания нет. При осмотре: телосложение нормальное (рост =175см, вес = 70кг), кожные покровы и склеры бледные с желтушным оттенком, периферические л/у не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧД=18 в минуту. Тоны сердца сохранены, шумов нет, ЧСС=76 в мин., АД=130/85 мм.рт.ст.. Живот мягкий, печень выступает из под края рёберной дуги на 1,5см по среднеключичной линии, безболезненна, край ровный, поверхность гладкая. В общем анализе крови: Нв=65,1г/л, Эр=1.604.000 в мкл., ЦП=1,2, выраженный анизоцитоз, лейкоц.=3,15 тыс. в мкл, тромбоциты=98,7 тыс. в мкл., ретикулоциты 6‰, СОЭ=8 мм/час. В биохимическом анализе крови: железо = 263мкг/дл, ОЖСС=205мкг/дл, насыщение трансферрина железом= 91%, общий билирубин=2,2мг%, прямой билирубин=0,3мг%. Исследование пунктата костного мозга: пунктат костного мозга богат клетками. Эритропоэз смешанный – мегалонормобластический. Имеются гигантские и уродливые палочкоядерные нейтрофилы и метамиелоциты. Встречаются эритроциты с тельцами Жолли. Найдены единичные мегакариоциты.

**Дайте письменные 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.

**Частный модуль «РЕВМАТОЛОГИЯ»****ТЕМА 21. Модульная единица «РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ»****Задача №1.**

Больная Е., 31 лет, почтальон.

*Жалобы при поступлении:* на выраженные боли и припухание суставов кистей, лучезапястных, локтевых, плечевых и коленных суставах, на боли при жевании, на утреннюю скованность в пораженных суставах, длящуюся до 14-15 часов дня, на субфебрилитет, потерю веса на 6 кг за последние 4 месяца, выраженную общую слабость.

*Из анамнеза:* около 7 месяцев назад впервые в жизни возникли ноющие боли в суставах кистей, лучезапястных, а затем коленных суставах, общая слабость. К врачам не обращалась, старалась больше отдыхать, нерегулярно принимала анальгин без существенного эффекта. Ухудшение состояния в последние 4 месяца, когда значительно усилились боли в суставах, в процесс вовлеклись локтевые, плечевые и височно-нижнечелюстные суставы, развились скованность, субфебрилитет, похудание. По совету соседки принимала аспирин, индометацин с незначительным положительным эффектом, однако на фоне приема этих препаратов возникли боли в эпигастрии, изжога.

*При осмотре:* состояние средней тяжести. Температура тела 37,4°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, в области левого локтевого сустава 2 подкожных плотных узелковых образования размером 0,5x0,5 см. Отмечается припухлость и гиперемия пястно-фаланговых, лучезапястных и локтевых суставах, ограничение объема активных и пассивных движений в суставах кистей, локтевых, плечевых суставах из-за болей. Определяется западение межкостных промежутков на обеих кистях. Коленные суставы дефигурированы, увеличены в объеме, определяется гипертермия кожи при пальпации, баллотирование надколенников. В легких дыхание



с жестким оттенком, хрипов нет. ЧД=17 в мин. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет, ритм правильный. ЧСС=78 в мин. АД=132 и 80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и пилородуоденальной зоне. Печень и селезенка не увеличены.

*В анализах крови:* Нб 99,4 г/л, лейкоциты 9,1 тыс., тромбоциты 519 тыс., СОЭ 46 мл/час. Электрофорез белков: альбумины 43,7%, глобулины:  $\alpha$ 1- 4,9%,  $\alpha$ 2- 12,8%,  $\beta$ - 12,4%,  $\gamma$ - 26,2%. С-реактивный белок +++, фибриноген 4,38 мг/дл, реакция Ваалера-Роуза 1:1028. Железо 152 мг/дл.

*Рентгенография кистей:* околосуставной остеопороз и единичные кисты в эпифизах II-III пястных костей справа, сужение рентгеновских суставных щелей обоих лучезапястных суставов, II-IV слева и II-III пястно-фаланговых суставов справа.

*Эзофагогастродуоденоскопия:* яркая гиперемия слизистой антрального отдела желудка, складки слизистой утолщены. Эрозий и язв не выявлено.

**Дайте письменные 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.

**Эталон решения задачи №!**

*На I этапе диагностического поиска* выявляются характерные жалобы, позволяющие предположить наличие суставного синдрома. Речь может идти как об артралгиях, так и об артрите. Второе более вероятно, так как суставной синдром представлен не только болями, но и припуханием суставов, имеет место утренняя скованность. Обращает на себя внимание множественность и симметричность поражения суставов с вовлечением в процесс суставов кистей. Кроме того жалобы на субфебрилитет, похудание свидетельствуют в пользу общевоспалительного синдрома. Артрит носит хронический и прогрессирующий характер, в процесс вовлекаются новые суставы. Локализация поражения и характер поражения суставов вместе с общими симптомами позволяют заподозрить ревматоидный артрит. Появление болей в эпигастрии на фоне приема аспирина и индометацина позволяет думать о развитии НПВП-ассоциированной гастропатии.

*На II этапе диагностического поиска* обращают на себя внимание бледность кожных покровов и слизистых, что может указывать на развитие анемии. В области левого локтевого сустава выявляются ревматоидные узелки. Отчетливо определяется симметричный артрит пястно-фаланговых, лучезапястных, локтевых, плечевых и коленных суставов. В коленных суставах выявляется значительное количество выпота. Боли при пальпации эпигастрия и

пилородуоденальной зоны подтверждают предположение о развитии гастропатии на фоне приема НПВП.

После II этапа диагностического поиска можно сформулировать **предварительный диагноз**: Ревматоидный артрит: полиартрит с системными проявлениями (ревматоидные узелки). Анемия? НПВП-ассоциированная гастропатия?

**На III этапе диагностического поиска** выявляется анемия с нормальным уровнем железа в крови, что позволяет расценивать ее как анемию хронического воспаления в рамках основного заболевания. Отмечаются неспецифические признаки воспаления: увеличение СОЭ, тромбоцитоз, повышение концентраций  $\alpha_2$  глобулинов и фибриногена, С-реактивного белка, что укладывается в картину ревматоидного артрита. Обращает на себя внимание выявление ревматоидного фактора в высоком титре, что также подтверждает диагноз ревматоидного артрита. Рентгенологическая картина соответствует ревматоидному артриту II рентгенологической стадии. Выраженность клинических проявлений (скованность, экссудация, гипертермия в суставах), уровни СОЭ и С-реактивного белка позволяют расценить активность процесса, как соответствующую III степени. Больная не может выполнять профессиональные обязанности - степень функциональных недостаточности II. Данные ЭГДС подтверждают наличие НПВП-ассоциированной гастропатии, не приведшей, однако, к развитию эрозивно-язвенного поражения желудка.

**Клинический диагноз**: Ревматоидный артрит: серопозитивный полиартрит II рентгенологической стадии, III степени активности с системными проявлениями (ревматоидные узелки), функциональная недостаточность II ст. НПВП-ассоциированная гастропатия.

**План лечения**: учитывая высокую активность процесса и наличие системных проявлений целесообразно назначить преднизолон 10 мг/сут внутрь и метотрексат 10 мг в неделю в/м. Учитывая наличие гастропатии, в качестве НПВП следует предпочесть селективные ингибиторы ЦОГ-2 - мелоксикам, нимесулид или целекоксиб в комбинации с ингибитором протонной помпы омепразолом в дозе 20-40 мг/сут.

## **Задача №2.**

Домохозяйка, 32 лет, обратилась к терапевту с жалобами на боли в пястно-фаланговых суставах, «припухание» пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов 2-3 пальцев обеих кистей, затруднения при попытке сжать кисти в кулаки, длящиеся до середины дня, общую слабость, периодическую потерю чувствительности кончиков пальцев рук на холоде. Вышеуказанные симптомы появились около 4 недель назад.

**При осмотре**: температура тела 36,7°. Симметричное увеличение в объеме всех пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов 2-3 пальцев обеих кистей, боли при пассивных движениях в пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах,

положительный симптом сжатия стопы, побеление дистальных фаланг пальцев кистей на холоде, сменяющееся их посинением в тепле. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. ЧСС 76 в мин. АД 115 и 75 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

*В анализах крови:* Нв 14,7 мг/дл, лейкоциты 6,2 тыс., тромбоциты 210 тыс., СОЭ 29 мм/час. Креатинин 1,0 мг/дл, глюкоза 101 мг/дл, АСТ 18 ед/л, АЛТ 20 ед/л. С-реактивный белок 1,5 мг/дл. АНФ отриц. РФ в реакции Ваалера-Роуза 1:160.

**Дайте письменные 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.

**Задача №3.**

Мужчина, 63 лет, пенсионер, вызвал терапевта на дом. Предъявляет жалобы на выраженные боли в проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых, лучезапястных, плечевых суставах и правом коленном суставе, усиливающиеся к утру, на выраженную общую слабость, снижение веса на 6 кг за последние 4 недели, на ночные поты, выраженную общую слабость, одышку при умеренной физической нагрузке. Из анамнеза известно, что болен заболеванием суставов около 2 лет, болезнь дебютировала поражением обеих кистей и лучезапястных суставов. К врачам не обращался, для уменьшения боли принимал аспирин, анальгин, солпадеин. Состояние резко ухудшилось в последние 4 недели: в процесс вовлеклись плечевые суставы, правый коленный сустав, выросла слабость, появилась выраженная потливость по ночам, пропал аппетит. В последние дни отметил повышение температуры тела до 38,5°.

*При осмотре:* температура тела 38,7°. Симметричная отечность проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых и лучезапястных суставов, кожа над пястно-фаланговыми суставами напряженная, гиперемированная, горячая на ощупь. Активные и пассивные движения в пораженных суставах вызывают боль. Над правым локтевым суставом пальпируются 2 подкожных узелка размером 4 мм. Правый коленный сустав увеличен в объеме, объем активных движений в нем ограничен из-за болей, определяется баллотирование надколенника. Определяется притупление перкуторного звука ниже угла левой лопатки, дыхательные шумы там не проводятся. В остальных отделах легких – жесткое дыхание. ЧД 20 в мин. Перкуторно левая граница сердца на

1 см к наружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца глухие, ритм правильный, шумов нет. ЧСС 100 в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка пальпируется у края реберной дуги.

*В анализах крови:* Hb 10,2 мг/дл, ЦП=0,84, лейкоциты 15,4 тыс., тромбоциты 620 тыс., СОЭ 68 мм/час.  $\alpha$ 1-глобулин 6%,  $\alpha$ 2-глобулин 12%,  $\gamma$ -глобулин 23%. Креатинин 1,2 мг/дл, глюкоза 104 мг/дл, АСТ 38 ед/л, АЛТ 27 ед/л. С-реактивный белок 7,4 мг/дл. АНФ отриц. Ат к ДНК отриц. РФ в реакции Ваалера-Роуза 1:1024. HBsAg отриц. Ат к HCV отриц. Ат к ВИЧ, хламидиям, иерсиниям, боррелиям, цитомегаловирусу – отриц.

*ЭКГ:* синусовый ритм, нормальное положение ЭОС, низкий вольтаж QRS.

*При пункции правого коленного сустава* получена желтоватая прозрачная жидкость со сгустками фибрина. При ее анализе: лейкоциты 23,6 тыс. (82% гранулоцитов, 14% лимфоцитов, 4% моноцитов), РФ положит., посев роста не дал.

**Дайте письменные 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.

## **ТЕМА 22. Модульная единица «СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА»**

### **Задача №1.**

Больная Д., 18 лет, студентка.

*Жалобы при поступлении:* на боли в коленных, локтевых и межфаланговых суставах кистей, чувство «скованности» в них, боли под лопатками при глубоком дыхании, чувство нехватки воздуха, общую слабость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр.

*Из анамнеза:* Заболела остро 3 месяца назад, когда появились резкие боли в правом плечевом и лучезапястном суставах, чувство «скованности» в них, слабость в руках и ногах, боли в пояснице, повышение температуры тела до 38°. Вскоре появились эритематозные высыпания на спинке носа и щеках. Лечилась в местной больнице, где состояние расценивалось как ревматизм в активной фазе, ревмокардит, полиартрит, поражение почек. В анализах крови была выявлена анемия (Hb 90 г/л), увеличение СОЭ до 35 мм/ч. Проводилось лечение пенициллином, индометацином, антигистаминными средствами, на фоне чего температура тела снизилась до субфебрильных значений. Однако сохранялись артралгии, распространившиеся на коленные

суставы и межфаланговые суставы кистей, стало возникать чувство нехватки воздуха, затем появились боли под лопатками при глубоком дыхании.

*При осмотре:* температура тела 38,3°. Кожные покровы бледные, капилляриты ладоней, лимфаденопатия, увеличение в объеме и гипертермия левого коленного сустава. На коже щек и спинки носа яркая эритема. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧД=17 в мин. Перкуторно границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, выслушивается ритм галопа, слабый систолический шум на верхушке. Пульс 100 в мин, ритмичный. АД 120 и 70 мм рт.ст. Печень выступает на 2,5 см из-под края правой реберной дуги, при пальпации мягко-эластичная, безболезненная. Пальпируется нижний полюс селезенки. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

*В анализах крови:* Нв 66 г/л, гематокрит 33%, ЦП=0,80, лейкоциты 2,9 тыс., тромбоциты 112 тыс., СОЭ 59 мм/ч. Общий белок 7,2 г/дл, альбумин 2,9 г/дл, креатинин 1,4 мг/дл. IgM 140 мг%, IgA 225 мг%, IgG 1800 мг%, комплемент 0. Титр АСЛ-О ниже 250 ед. Латекс-тест отриц., реакция Ваалера-Роуза отриц., Антиядерные антитела 1:160, LE-клетки найдены.

*В анализах мочи:* уд. вес 1010, рН 5, белок 1,75 ‰, сахара нет, лейкоциты 4-6 в п/зр., эритроциты 7-10 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 3-4 в п/зр., цилиндры зернистые 1-2 в п/зр.

*ЭКГ:* синусовая тахикардия, отриц. зубцы Т в I, III, aVF, V<sub>3</sub>-V<sub>5</sub> отведениях.

*Рентгенография органов грудной клетки:* умеренное усиление легочного рисунка, утолщение и уплотнение междолевой плевры.

*УЗИ брюшной полости и почек:* печень и селезенка несколько увеличены, нормальной эхогенности. Почки не изменены.

**Дайте письменные 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.

### **Эталон решения задачи №1**

*На I этапе диагностического поиска* у больной можно выделить суставной синдром, кожный синдром, общевоспалительный синдром. Кроме того имеющиеся жалобы на одышку и боли в грудной клетке при глубоком дыхании позволяет думать о возможном поражении легких, плевры и/или сердца. Сочетание данных синдромов позволяет заподозрить заболевание из группы ревматических болезней. В круг дифференциально-диагностического поиска можно включить ревматоидный артрит, системную красную волчанку и ревматизм. Последнее предположение

наименее вероятно, так как отсутствует связь симптомов с перенесенной ранее стрептококковой инфекцией, лечение антибиотиками и НПВП было неэффективным.

*На II этапе диагностического поиска* обращает на себя внимание поражение кожи (эритема в виде «бабочки», капилляриты). Сочетание лимфаденопатии и гепатоспленомегалии указывает на поражение ретикулоэндотелиальной системы. Наличие тахикардии и ритма галопа говорит о поражении сердца. Артрит левого коленного сустава, при отсутствии артритов пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых, лучезапястных суставов не укладывается в типичную картину ревматоидного артрита, кроме того полиорганность поражения свидетельствует больше в пользу дебюта СКВ. Наличие же тяжелого системного варианта РА с такими обширными поражениями внутренних органов предполагало бы значительно более выраженный суставной синдром.

*На III этапе диагностического поиска* были выявлены умеренная анемия, лейкопения, тромбоцитопения, увеличение СОЭ, умеренная гипоальбуминемия, повышение содержания IgG в сочетании с акомплементемией, положительный LE-клеточный феномен и значимое повышение титра антинуклеарных антител, а также изменения в анализах мочи, характерные для нефрита (гипостенурия, протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия, цилиндрурия). Выявленные на ЭКГ изменения конечной части желудочкового комплекса подтверждают предположения о поражении сердца, вероятно воспалительной природы, а данные рентгенографии органов грудной клетки – поражения плевры.

Таким образом, сочетание суставного синдрома, кожного синдрома, общевоспалительного синдрома, поражения ретикулоэндотелиальной системы, сердца, почек и плевры вместе с лейко- и тромбоцитопенией, анемией, специфическими иммунными маркерами (положительные АНА и LE-клетки, акомплементемия) позволяют поставить диагноз СКВ. Выявление поражения почек в первые месяцы болезни свидетельствует об остром течении заболевания. Отрицательные результаты исследований на ревматоидный фактор еще раз подтверждают предположение об отсутствии РА. Низкий титр АСЛ-О говорит об отсутствии недавней стрептококковой инфекции.

**Клинический диагноз:** Системная красная волчанка острого течения с поражением кожи (эритема в зоне «бабочки», капилляриты), сердца (миокардит), серозных оболочек (плеврит), почек (нефрит), суставов (артралгии, артрит левого коленного сустава), гематологическими нарушениями (анемия, лейкопения, тромбоцитопения), III степени активности.

У данной больной имеется 7 положительных диагностических критериев СКВ Американской ревматологической ассоциации.

*План лечения:* больной показана терапия преднизолоном перорально в дозе 60 мг в сутки. Учитывая наличие люпус-нефрита, а также острое течение заболевания, к терапии целесообразно добавить цитостатические иммуносупрессанты – азатиоприн 100 мг в сутки.

**Задача №2.**

В стационар поступила больная 18 лет. Заболела 9 лет назад, когда без видимых причин появились боли в мелких суставах кистей, высыпания на коже лица, через некоторое время присоединились отеки. Постоянно сохранялась лихорадка (37,6-38,3°C). Практически постоянно проводилось лечение преднизолоном (максимальная доза 40 мг/сут, поддерживающая – 10-15 мг/сут). В течение последних 8 месяцев принимала преднизолон в дозе 60 мг/сут, на этом фоне отметила прибавку в весе на 17 кг, выявлена гипергликемия 178 мг%, АД составило 180 и 110 мм рт.ст. Попытки снижения дозы преднизолона ниже 20 мг/сут вызывали слабость, усиление изменений на коже, нарастание отеков, повышение температуры тела. Госпитализирована для определения дальнейшей тактики лечения.

*При осмотре:* обращают на себя внимание небольшой рост, ожирение с преимущественным отложением жира над 7 шейным позвонком, в надключичных ямках, яркая гиперемия кожи лица, гнойничковая сыпь на коже спины и плеч, стрии на животе, отеки голеней. Отмечается болезненность при пальпации остистых отростков на уровне 11-12 грудного и 1-2 поясничных позвонков. АД 175 и 105 мм рт.ст.

**Анализ крови:** Нв 95 г/л, эритроциты 4,2 млн., ЦП=0,85, лейкоциты 11 тыс. (формула не изменена), СОЭ 37 мм/час. Общ. белок 5,9 мг%, альбумин 3,0 мг%, глюкоза 134 мг%, креатинин 1,9 мг%. LE-клетки не определяются. АНФ 1:160, Ат к нативной ДНК 1,8 (норма до 1,2). IgA 70 мг%, IgM 120 мг%, IgG 1050 мг%, комплемент 8 мг%.

**Анализ мочи:** уд. вес 1018, белок 2,8‰, эритроциты 8-10 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 0-1-2 в поле зрения.

**Анализ кала:** повторно положительные реакции на кровь.

**Дайте письменные 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.

**Задача №3.**

Больная С., 22 лет, секретарь. Обратилась в поликлинику с жалобами на выраженную общую слабость, повышение температуры тела до 37,5°, боли в межфаланговых суставах кистей и затруднения при попытке сжать левую кисть в кулак, боли в грудной клетке справа при глубоком дыхании, появление сыпи на лице, наружной поверхности предплечий, на локтях и в зоне декольте.

Вышеуказанные симптомы возникли около недели назад после отдыха в выходные дни на берегу озера, где больная загорала.

*При осмотре:* на коже спинки носа и скулах, в зоне декольте и на разгибательных поверхностях предплечий определяются яркие эритематозные высыпания, несколько усиленное выпадение волос. Температура тела 37,3°. При пальпации левой кисти определяются уплотненные болезненные сухожилия сгибателей пальцев, попытка согнуть кисть в кулак вызывает боль. При аускультации легких слева ниже угла лопатки выслушивается шум трения плевры, в остальных отделах дыхание везикулярное. ЧД=17 в мин. Перкуторно границы сердца не расширены, тоны ясные, шумов нет, ритм правильный. ЧСС=78 в мин. АД 135 и 80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Очаговая неврологическая симптоматика не определяется.

В анализах крови: Нб 12,1 г/л, гематокрит 39%, ЦП=0,88, лейкоциты 3,1 тыс., тромбоциты 103 тыс., СОЭ 56 мм/час. АСТ 18 ед/л, АЛТ 16 ед/л, креатинин 1,2 мг/дл, глюкоза 98 мг/дл. Антинуклеарные антитела 1:500, Антитела к нативной ДНК 1,2, свечение крапчатое, LE-клетки не обнаружены. При посеве крови роста микрофлоры не получено.

*В анализах мочи:* уд. вес 1017, рН 5,5, белок 0,058 ‰, сахара, ацетона нет, лейкоциты 1-3 в поле зрения, эритроциты 2-5 в поле зрения, цилиндров нет, бактерий немного.

**Дайте письменные 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.



**Приложение к сборнику обучающих и контролирующих ситуационных задач к  
практическим занятиям по курсу «Факультетская терапия» дисциплины «Внутренние  
болезни» организованного по модульному принципу  
(эталонные решения задач № 2)**

## Частный модуль «ПУЛЬМОНОЛОГОЯ»

### Тема 1. Модульная единица «Пневмония»

#### Эталон решения задачи №2

*На первом этапе диагностического поиска* анализ жалоб пациента позволяет заподозрить острое воспалительное (с учетом остроты развития, вероятнее всего инфекционное) заболевание нижних дыхательных путей. Данные анамнеза (длительное курение) предполагают наличие у пациента недиагностированного хронического заболевания легких – ХОБЛ, что наряду с возрастом пациента – 69 года, может быть фактором риска развития пневмонии. В данном случае провоцирующим фактором является переохлаждение. Спектр жалоб и данных непосредственного исследования больного (*на втором этапе диагностического поиска*) предполагают наличие у пациента двух синдромов – бронхитического (сухие жужжащие хрипы) и синдрома воспалительной инфильтрации легочной ткани (отставание половины грудной клетки при дыхании, укорочение перкуторного звука, усиление голосового дрожания, крепитация). Одышка и периферический цианоз могут указывать на развитие у пациента пожилого возраста с вероятной ХОБЛ дыхательной недостаточности. Наличие лихорадки, крепитации, изменение дыхательных шумов, тахикардии при отсутствии анамнестических указаний на наличие бронхиальной астмы с высокой долей вероятности позволяет заподозрить диагноз внебольничной пневмонии (специфичность данного симптомокомплекса составляет 92-97%).

*На третьем этапе диагностического поиска*, результаты лабораторных исследований также свидетельствуют в пользу наличия острого воспаления (лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, увеличение СОЭ, слизисто-гнойная мокрота с большим содержанием лейкоцитов и кокков). Обнаружение в мокроте грам-положительных диплококков позволяет предположить стрептококковую (пневмококковую) этиологию заболевания. Диагноз пневмонии подтверждает рентгенологическое исследование органов грудной клетки (наличие инфильтрации легочной ткани в области нижней доли правого легкого). Снижение парциального напряжения кислорода в капиллярной крови свидетельствует о гипоксемии на фоне дыхательной недостаточности (I типа).

Таким образом, **клинический диагноз**: внебольничная пневмококковая (?) правосторонняя нижнедолевая пневмония, тяжелого течения.

Пациент относится к третьей категории риска (Ша). С учетом клинической картины пациенту показана госпитализация. В плане дополнительных исследований пациенту необходимо проведение ФВД для оценки бронхиальной проходимости. Пациенту следует отказаться от курения.

С учетом предполагаемой этиологии и наличия факторов, модифицирующих лечение (возраст, ХОБЛ) пациенту следует назначить в качестве эмпирической терапии цефалоспорины II-III поколения в сочетании с макролидами и муколитические средства (амброксол), при необходимости - противовоспалительные средства (аспирин), а также, после проведения ФВД, возможно назначение бронхолитических средств (ипратропия бромид в виде ингаляций). С учетом гипоксемии целесообразно проведение кислородотерапии. Эффективность лечения следует оценивать через 48-72 ч, продолжительность антимикробной терапии - 5 суток с момента нормализации температуры тела. В качестве профилактических мер следует убедить пациента в необходимости отказа от курения и рассмотреть вопрос о вакцинации противопневмококковой вакциной.

## **Тема 2. Модульная единица «Хронический бронхит»**

### **Эталон решения задачи №2**

*На 1 этапе диагностического поиска* выявляется ведущий клинический синдром – бронхитический (кашель с отделением значительного количества зеленоватой мокроты), а также синдром общевоспалительных изменений (повышение температуры тела до субфебрильных цифр). Из анамнеза заболеваний известно, что больной имеет факторы риска для развития заболеваний дыхательной системы – длительный стаж курения, частые переохлаждения. Заболевание несомненно носит хронический прогрессирующий характер, причем протекает с ежегодными обострениями, требующими назначения антибиотиков. Проводимая терапия антибактериальными препаратами является эффективной при обострении болезни. Таким образом, после 1 этапа ДП наиболее вероятным наличие у больного хронического бронхолегочного заболевания, возможно хронического гнойного бронхита, однако нельзя исключить также и другие болезни, имеющие сходную клиническую симптоматику (бронхоэктатическая болезнь, туберкулез органов дыхания, пневмония и т.д.)

*На 2 этапе диагностического поиска* подтвержден синдром общевоспалительных изменений (температура тела составляет 37,7 гр.). Выявлены изменения при аускультации легких: наличие сухих жужжащих хрипов над всей поверхностью легких характеризует воспалительный процесс в крупных и средних бронхах. Появление коробочного звука при перкуссии, свидетельствует о развитии эмфиземы легких, как осложнения заболевания. При объективном обследовании больного не найдено изменений со стороны других органов и систем, что делает маловероятным другие заболевания.

Окончательный диагноз возможно, установить лишь после *третьего этапа диагностического поиска* - получения результатов лабораторно-инструментального обследования. Обнаруживается лабораторный синдром общевоспалительных изменений – появление «острофазовых показателей» - лейкоцитоз со сдвигом формулы влево (лейкоциты – 12тыс., палочкоядерные – 6%). Исследование мокроты обнаруживает резко выраженную местную воспалительную реакцию – характер мокроты гнойный, большое количество лейкоцитов и макрофагов. Рентгенологическое исследование легких выявило неспецифические изменения в виде уплотнения стенок бронхов, характеризующее наличие хронического воспалительного процесса в бронхах. Исследование ФВД обнаруживает незначительное снижение ЖЕЛ, что характеризует хроническое течение заболевания. Проба с бронхолитиком отрицательная (прирост ОФВ<sub>1</sub> – 1%), имеющаяся незначительно выраженная бронхиальная обструкция (ОФВ<sub>1</sub> – 78%) обусловлена наличием отека слизистой оболочки бронхов, скоплением бронхиального секрета и носит необратимый характер. Проведенное лабораторно-инструментальное обследование позволило достоверно исключить другие заболевания, имеющие схожую клиническую симптоматику (пневмония, бронхоэктатическая болезнь, рак и др.)

**Клинический диагноз:** Хронический гнойный бронхит в фазе обострения. Эмфизема легких.

На основании диагноза, установленного в клинике, больному необходимо проведение лекарственной терапии, включающей в себя применение антибиотиков с учетом чувствительности микрофлоры (до получения результатов посева мокроты необходимо ориентироваться на наличие в мокроте грмм-положительных диплококков). Лекарственная терапия должна включать в себя также применение муколитических средств, целесообразно назначение физиотерапевтического лечения - массажа, дыхательной гимнастики. Необходим отказ больного от курения, общеукрепляющая терапия.

### Тема 3. Модульная единица «Бронхиальная астма»

#### Эталон решения задачи №2

*На I этапе диагностического поиска* анализируя жалобы больного на резкое затруднение дыхания преимущественно выдоха, приступообразный кашель с трудноотделяемой мокротой можно выделить основной клинический синдром – бронхообструктивный. У больного имеются также факторы риска – профессиональная деятельность, связанная со вдыханием раздражающих веществ; курение в течение многих лет (10 п/лет), отягощенная наследственность по аллергическим

заболеваниям, наличие аллергических реакций на пищевые продукты и анестетики. Ухудшение состояния отмечено на фоне респираторной инфекции, а развитие тяжелого бронхообструктивного синдрома связано, вероятно, с аллергической реакцией на ампициллин. Следует отметить, что некоторое улучшение состояния больного отмечено после применения бронхолитиков и ГКГ (преднизолона). Таким образом, после 1 этапа диагностического поиска наиболее вероятной причиной развития бронхообструктивного синдрома является обострение бронхиальной астмы у больного, имеющего как внутренние (генетическая предрасположенность), так и внешние (ОРВИ, воздействие аллергенов) факторы для возникновения заболевания. Вместе с тем, после 1 этапа диагностического поиска нельзя исключить и другие заболевания, имеющие схожую клиническую симптоматику (хронический обструктивный бронхит и др.)

**На 2 этапе диагностического поиска** выявляются резко выраженные признаки бронхообструктивного синдрома – дистанционные свистящие хрипы, резкое ослабление дыхания, большое количество сухих свистящих хрипов при аускультации. Бочкообразная грудная клетка, а также коробочный звук при перкуссии легких выявляют наличие эмфиземы легких, как осложнения заболевания. Отмечена реакция на бронхиальную обструкцию со стороны сердечно-сосудистой системы – тахикардия до 100 уд. в мин.

**3 этап диагностического поиска** в полной мере позволяет подтвердить предполагаемый диагноз бронхиальной астмы. Наличие эозинофилии крови (13%) является проявлением общей аллергической реакции организма, эозинофилы в мокроте, кристаллы Шарко-Лейдена подтверждают аллергическое поражение бронхов. Рентгенологическое исследование легких выявляет признаки эмфиземы легких (уплощение купола диафрагмы и повышение воздушности легочной ткани) – легочного осложнения бронхиальной астмы. Проведенная ФВД выявляет признаки выраженной бронхиальной обструкции (ОФВ<sub>1</sub> – 53%, что подтверждает наличие тяжелой бронхиальной астмы), а изменения показателей ОФВ<sub>1</sub> после ингаляции бронхолитика (> 15%) выявляют обратимость бронхиальной обструкции. Таким образом, для постановки диагноза имеются следующие основные диагностические критерии: наличие приступов удушья, сопровождающихся появлением свистящих хрипов; генерализованная обратимая бронхиальная обструкция (по данным ФВД); наличие эозинофилов в мокроте, а также отсутствие других заболеваний, имеющих схожую клиническую симптоматику. Имеются также и дополнительные критерии заболевания: клинико-аллергологический анамнез, отягощенная наследственность, эозинофилия крови.

**Клинический диагноз:** Бронхиальная астма инфекционно-аллергическая, тяжелого течения в фазе обострения. Эмфизема легких.

Лечение: Учитывая тяжесть течения и обострение заболевания, больному целесообразно назначить небулайзерную терапию:  $\beta_2$ -адреномиметики короткого действия (вентолин 5 мг 4 раза в сутки), ингаляционные глюкокортикостероиды 4 мг/сутки (пульмикорт по 2 мг 2 раза в день),

оксигенотерапия. Необходимо также назначение муко-секретолитиков (амброксол через небулайзер). Учитывая выраженный общий аллергический ответ, возможно также назначение антигистаминных препаратов (лоратадин).

После купирования обострения заболевания, больному необходимо длительное лечение ингаляционными глюкокортикостероидами (1000 мкг/сутки) в сочетании с пролонгированными  $\beta_2$ -агонистами: формотерол (оксис) 4,5 мкг по 1 вд 2 раза в день. Лечение следует проводить под контролем измерения пиковой скорости выдоха (ПСВ) по результатам пикфлоуметрии. Больному необходимо постоянно заниматься дыхательной гимнастикой. После достижения ремиссии заболевания необходимо проведение аллергологического обследования для выявления наиболее значимых аллергенов.

#### **Тема 4. Модульная единица «Плеврит»**

##### **Эталон решения задачи №2**

*На первом этапе диагностического поиска* у больной выявляются признаки поражения органов дыхания (кашель с мокротой, одышка), а также общевоспалительный синдром (лихорадка, признаки интоксикации). Острый дебют заболевания позволяет заподозрить в качестве основного заболевания пневмонию. Боли в грудной клетке, связанные с дыханием, характерны для сухого плеврита; ослабление болей с усилением одышки — возможный признак накопления экссудата в плевральной полости («больной сменил боль на одышку»).

*На втором этапе диагностического поиска* при физическом исследовании определяется синдром скопления жидкости в левой плевральной полости: отставание левой половины грудной клетки при дыхании, притупление перкуторного звука в нижних отделах левого легкого, резкое ослабление дыхательных шумов этих же отделах. Полученные на втором этапе диагностического поиска данные подтверждают ранее высказанное предположение о развитии плеврита как осложнении пневмонии.

*Третий этап диагностического поиска* позволяет рентгенологически подтвердить наличие плеврита (гомогенное затемнение с границами по линии Дамуазо, смещение средостения в здоровую сторону). В клиническом анализе крови определяются неспецифические острофазовые показатели (выраженный нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ), что также соответствует картине острого воспалительного заболевания.

*Клинический диагноз:* Очаговая внебольничная пневмония с локализацией в нижней доле левого легкого (?). Левосторонний экссудативный (парапневмонический) плеврит.

На данный момент наиболее вероятной локализацией пневмонии представляется нижняя доля левого легкого, которая закрыта тенью жидкости. Для удаления экссудата, уточнения его характера и оценки состояния легочной ткани показано проведение лечебно-диагностической плевральной пункции. Полученную жидкость необходимо подвергнуть микробиологическому, биохимическому, цитологическому исследованию.

## **Частный модуль «КАРДИОЛОГИЯ»**

### **Тема 5. Модульная единица «Острая ревматическая лихорадка»**

#### **Эталон решения задачи №2**

*На первом этапе диагностического поиска* среди жалоб пациентки можно выделить обусловленные общевоспалительным синдромом (субфебрилитет, общая слабость, повышенная утомляемость) и суставным синдромом (артралгии коленных суставов). Обращает на себя внимание связь появления данных жалоб с ангиной (стрептококковая инфекция) и «летучий» характер артралгий. Возможным предрасполагающим фактором является работа в холодном помещении. На этом этапе диагностического поиска однозначно сформулировать диагностическую концепцию не представляется возможным. Среди обсуждаемых заболеваний необходимо учитывать дебют одного из системных заболеваний соединительной ткани, ревматоидный или реактивный артриты, однако характера суставного синдрома, связь со стрептококковой инфекцией прежде всего заставляют исключать острую ревматическую лихорадку. В настоящий момент мы имеем лишь два малых признака (артралгия и лихорадка), поэтому при осмотре особое внимание следует уделить исследованию сердечно-сосудистой системы с целью выявления признаков кардита (большой признак).

*На втором этапе диагностического поиска* выявляется приглушение сердечных тонов, выявленное при аускультации, тахикардия, тихий систолический шум на верхушке. Впрочем, систолический шум у молодой пациентки может быть и функциональным, в связи с чем необходима тщательная аускультация сердца в положениях стоя, лежа на спине и левом боку. Других проявлений заболевания, за исключением подтверждения артралгий (боли при активных и пассивных движениях в коленных суставах) и субфебрилитета, выявить не удалось. Таким образом, после осмотра больной **предварительный диагноз:** острая ревматическая лихорадка (кардит (?), артралгии, лихорадка), I-II степени активности (с учетом умеренной выраженности симптомов), кажется наиболее вероятным, но далеко не единственным.

*На третьем этапе диагностического поиска*, в общем анализе крови обращают на себя внимание неспецифические острофазовые изменения (небольшой лейкоцитоз, увеличение СОЭ, повышение СРБ). Существенным является обнаружение повышенного титра антител к стрептококку (дополнительный признак острой ревматической лихорадки). На ЭКГ существенных изменений (за исключением тахикардии) не выявлено. В план обследования необходимо также включить эхокардиографию с целью выявления признаков кардита- возможное расширение камер сердца, необнаруженное с помощью перкуссии, уточнение причин систолического шума на верхушке (митральная регургитация?).

Таким образом, после проведенного обследования мы имеем: 1) Нерезко выраженные признаки кардита, 2) Артралгии, 3) Лихорадку, 4) Анамнестическую связь перечисленных признаков со стрептококковой инфекцией и повышенный титр антител к стрептококку, 5) Неспецифические острофазовые изменения в общем анализе крови.

Сочетание данных признаков делает наиболее вероятным **клинический диагноз**: острая ревматическая лихорадка (кардит, артралгии, лихорадка), II степени активности.

Пациентке необходима госпитализация, соблюдение постельного режима, диета с ограничением соли, углеводов и увеличением белка.

Учитывая невысокую активность ревматического процесса, глюкокортикостероиды в настоящее время не показаны. Следует назначить нестероидные противовоспалительные препараты (диклофенак натрия 150 мг/д или индометацин в аналогичной дозе) в сочетании с препаратами, снижающими желудочную секрецию (блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов или блокаторы протонной помпы), с учетом возможного ulcerогенного действия НПВС. При затяжном характере заболевания рекомендуется добавление аминохинолиновых препаратов (плаквенил, делагил). Учитывая недавнюю ангину необходимо продолжение антибиотикотерапии. Препаратами выбора при острой ревматической лихорадке являются антибиотики пенициллинового ряда, однако учитывая аллергическую реакцию на них у нашей больной, возможно назначение макролидов (спирамицин, азитромицин, рокситромицин), либо цефалоспоринов (последние- с осторожностью, учитывая возможную перекрестную аллергическую реакцию с пенициллинами).

В дальнейшем показано проведение вторичной профилактики. Отсутствие возможности назначения пролонгированных пенициллинов, заставляет использовать макролиды осенью и весной, а также при контакте с инфекционными больными, переохлаждениях, в сочетании с нестероидными противовоспалительными препаратами. Необходимо также подумать о смене места работы с учетом неблагоприятных условий труда, повышающих риск повторных атак ревматизма.

## **Тема 6. Модульная единица «Пороки сердца»**

### **Эталон решения задачи №2**



*На первом этапе диагностического поиска* жалобы на давящие боли за грудиной у мужчины 53 лет, возникающие при физической нагрузке, и отмечавшийся ранее эффект от приема нитроглицерина прежде всего заставляют подозревать стенокардию. Несмотря на то, что коронарная недостаточность и связанная с ней стенокардия могут возникать при целом ряде заболеваний, наиболее частой ее причиной является ишемическая болезнь сердца. Рассматривая заболевание с этой точки зрения, жалобы больного на одышку могут быть объяснены недостаточностью кровообращения вследствие ишемической кардиомиопатии (атеросклеротического кардиосклероза), либо перенесенного «на ногах» инфаркта миокарда. Таков же может быть и генез нарушений ритма, по характеру описания наиболее соответствующих экстрасистолии. Необъясненным остается факт, почему прием ранее удовлетворительно переносившегося нитроглицерина с течением времени стал сопровождаться обморочными состояниями, вероятно вследствие гипотонии. Анамнез заболевания, на первый взгляд, вполне соответствует выдвинутой диагностической концепции: постепенное нарастание болей в области сердца может свидетельствовать о прогрессировании стенокардии. Однако, остаются непонятными эпизоды длительного субфебрилитета.

Пересмотреть диагноз мы вынуждены после *второго этапа диагностического поиска* - объективного обследования пациента. При аускультации сердца выявлены прямые признаки аортального стеноза (систолический шум над аортой, проводящийся на сонные артерии в сочетании с ослаблением II тона над аортой и I тона на верхушке сердца), одним из клинических признаков которого также может быть стенокардия, возникающая вследствие относительной коронарной недостаточности на фоне гипертрофии левого желудочка. В этой связи обморок, развившийся вследствие приема нитроглицерина, логично объяснить прогрессированием стеноза устья аорты с возникновением симптомов, связанных с низким сердечным выбросом. К их числу можно отнести и эпизоды головокружения. Систолический шум на верхушке сердца может свидетельствовать как о недостаточности митрального клапана вследствие сочетанного митрального порока, так и об относительной его недостаточности, вследствие дилатации левого желудочка. У пациента выявлены перкуторные (расширение левой границы сердца), электрокардиографические (признак Соколова-Лайона  $R_{V5}+S_{V2}=45$  мм в сочетании с негативными зубцами Т и депрессией сегмента ST в левых грудных отведениях) и рентгенологические (увеличение 4-й дуги левого контура сердца) признаки гипертрофии или расширения левого желудочка. О дилатации левого предсердия (косвенный признак митральной недостаточности) свидетельствует отклонение контрастированного пищевода, увеличение 3-й дуги левого контура сердца. Кроме того, имеется и прямой признак недостаточности клапана аорты – диастолический шум в точке Боткина-Эрба.

2. Какова же этиология выявленных пороков? Имеем ли мы дело с одним или несколькими заболеваниями?

Наиболее частыми причинами стеноза устья аорты являются ревматическая лихорадка и атеросклероз (или дегенеративный характер порока). У нашего больного обращает на себя внимание эпизод субфебрилитета в юношеском возрасте, сочетающийся с одышкой и сердцебиением, эффектом от приема нестероидных противовоспалительных препаратов. Диагностированный тогда миокардит мог быть и ревматическим. Дальнейший длительный «латентный период» в клинической картине характерен для периода компенсации при аортальном стенозе. Отмечавшийся позднее субфебрилитет мог быть проявлением: а) повторной ревматической лихорадки, с утяжелением «старых» и формированием новых пороков, б) инфекционным эндокардитом с неяркими клиническими проявлениями, но приведшим к формированию недостаточности аортального и митрального клапанов.

Атеросклеротическая природа порока в данном случае представляется менее вероятной. Возникновение аортального стеноза, приведшего к столь явным клиническим проявлениям уже к 53 годам, необходимо отнести на достаточно молодой возраст пациента. Однако гиперлипидемии у пациента не выявлено, отсутствуют симптомы внесердечной локализации атеросклеротических стенозов (сохранена пульсация на артериях нижних конечностей, не выявлены шумы на почечных сосудах).

Вполне вероятно, что у пациента имеются ревматические пороки сердца, сочетающиеся с ишемической болезнью сердца, но окончательно верифицировать или отвергнуть эти предположения можно лишь на *третьем этапе диагностического поиска*.

3. Таким образом, дополнительные методы исследования должны служить:

а) верификации пороков сердца (эхокардиография, позволит уточнить размеры камер сердца, определить фракцию выброса левого желудочка, степень стеноза устья аорты и выраженность митральной и аортальной регургитации),

б) уточнению их этиологии (анализ крови на антистрептококковые антитела (учитывая увеличение СОЭ, СРБ ++), посев крови, выявление вегетаций на клапанах при эхокардиографии, исключение спленомегалии с помощью ультразвукового исследования),

в) уточнению характера нарушений ритма и определению их прогностического значения (холтеровское мониторирование ЭКГ),

г) достаточно затруднительной представляется в данном случае неинвазивная верификация ИБС. Пробы использующие ЭКГ-критерии на фоне уже имеющейся резко выраженной гипертрофии левого желудочка будут малоинформативны. Результаты стресс-ЭхоКГ при помощи чреспищеводной стимуляции предсердий (учитывая большой риск развития опасных желудочковых аритмий на фоне введения добутамина), скорее также не будут специфичными, учитывая возможность появления гипокинезов как на фоне абсолютной, так и на фоне

относительной коронарной недостаточности. В любом случае окончательно отвергнуть ИБС в качестве причины стенокардии у данного больного можно будет лишь по результатам коронароангиографии.

4. Оценивая проводимую ранее терапию можно отметить ее неадекватность, чему способствовала поздняя и, очевидно, неверная диагностика заболевания. Эпизодический прием препаратов, конечно, не мог существенным образом повлиять на прогноз и прогрессирование заболевания у пациента.

5. В настоящий момент дальнейшая тактика лечения будет основываться на результатах проведенного обследования. При отсутствии признаков активности ревматизма и исключении инфекционного эндокардита, после терапевтической подготовки, включающей коррекцию имеющихся у больного осложнений (недостаточности кровообращения и нарушений ритма) показано оперативное лечение порока, естественно, после проведения коронароангиографии. В случае выявления стенозов коронарных артерий протезирование аортального (и митрального ?) клапана может сочетаться с аортокоронарным шунтированием.

## Тема 7. Модульная единица «Инфекционный эндокардит»

### Эталон решения задачи №2

*На первом этапе диагностического поиска* на основании сочетания длительной лихорадки до 38,3 °С (существует в течение двух месяцев) с явлениями интоксикации (общая слабость, потливость по ночам) и общевоспалительным синдромом, анемией, увеличением СОЭ более 40 мм/час, спленомегалией, а также клинико-лабораторными признаками тромбоза почечной артерии (внезапно возникшая интенсивная боль в правой поясничной области, потемнение мочи, гематурия до 20-30 эритроцитов в поле зрения) можно думать о развитии у больного инфекционного эндокардита. Важным доводом в пользу диагноза является, выявленное на *втором этапе диагностического поиска* наличие предшествующего заболевания сердца – грубый систолический шум над аортой в сочетании с клинической картиной распространенного атеросклероза (подтвержденное поражение артерий нижних конечностей, стенокардия как проявление коронарного атеросклероза) позволяют говорить о наличии у больного атеросклеротического стеноза устья аорты, который стал основой для развития вторичного инфекционного эндокардита. Непосредственно привело к развитию данного заболевания хирургическое вмешательство и связанная с ним бактериемия (о связи дебюта инфекционного эндокардита с операцией говорит время появления лихорадки). Диастолический шум в точке Боткина является прямым следствием инфекционного эндокардита с развитием недостаточности

аортального клапана (хотя нельзя исключить, что в какой-то степени недостаточность аортального клапана имела и до развития эндокардита и была обусловлена атеросклеротическим поражением клапана). Тяжесть аортальной недостаточности на данный момент (диастолическое давление 45 мм рт.ст.) не позволяет расценить этот порок только как атеросклеротический.

По Дюроку выделяют большие критерии диагноза «инфекционный эндокардит» - положительная гемокультура (типичные возбудители в двух пробах с интервалом 12 часов или в трех и более пробах с интервалом не менее часа) и специфические ЭХО-КГ признаки (вегетации на клапанах, впервые возникшая клапанная недостаточность, абсцесс или дисфункция протеза клапана) – и малые критерии – предшествующее поражение клапанов или частые в/в вливания, лихорадка более 38<sup>0</sup>С, эмболии и сосудистые симптомы (пятна Лукина, микотические аневризмы), иммунные проявления (гломерулонефрит, узелки Ослера, пятна Рота), положительная гемокультура, не соответствующая требованиям к большим критериям, или серологические признаки активной инфекции возможных возбудителей эндокардита, менее специфичные ЭХО-КГ признаки («старые» вегетации, утолщение створок клапанов), наконец, «острофазовые» показатели, анемия, тромбоцитопения, гипергаммаглобулинемия, протеинурия, гематурия (как единый критерий). При наличии 2 больших, 1 большого и 3 малых или 5 малых критериев диагноз считается достоверным, при наличии признаков, не исключающих эндокардит, диагноз является возможным, и исключается диагноз эндокардита, если симптомы исчезают через 4 дня антибактериальной терапии или во время операции или вскрытия диагноз не подтвержден морфологически или доказан альтернативный диагноз.

У данного больного диагноз является достоверным, поскольку у него сочетаются пять малых критериев – предшествующее поражение клапана, лихорадка более 38<sup>0</sup>С, эмболия почечной артерии, «острофазовые» показатели, анемия, гипергаммаглобулинемия и повышение уровня креатинина в сочетании с протеинурией, выявленные на *третьем этапе диагностического поиска*, которое можно рассматривать как проявление иммунного гломерулонефрита (поскольку тромбоэмболия не приводит к столь быстрому нарастанию уровня креатинина, а данные о предшествующем заболевании поражении почек отсутствуют). Говорить о наличии или отсутствии больших критериев в данном случае нет возможности, поскольку отсутствуют данные о результатах посева крови и ЭХО-КГ. Для выявления возможных нарушений ритма и проводимости показано проведение суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру.

2. В первую очередь, необходимо провести трехкратные посева крови на специальные среды с интервалом 2 часа на высоте лихорадки. При этом отрицательный результат посевов не будет противоречить установленному диагнозу. В то время как положительный результат сделает диагноз еще более достоверным и позволит скорректировать антибактериальную терапию с учетом чувствительности выделенных микроорганизмов к различным антибиотикам. Необходимо проведение трансторакальной и чреспищеводной ЭХО-КГ для выявления вегетаций на аортальном

клапане (с оценкой их протяженности и давности возникновения), оценки выраженности аортального порока сердца и определения показаний к протезированию клапана. Проведение УЗИ органов брюшной полости показано для подтверждения диагноза тромбоза правой почечной артерии или ее ветвей, для оценки размеров печени и селезенки. Необходимо повторное выполнение анализов мочи, в том числе по Нечипоренко, и проведение пробы Реберга с оценкой клубочковой фильтрации как показателя степени снижения функциональной способности почек. Кроме того, нельзя исключить инфекционного поражения шунтов бедренных артерий, в связи с чем необходимо провести их ультразвуковое исследование.

3. Инфекционный эндокардит классифицируют по ряду признаков: по патогенезу – первичный (эндокардит на неизмененных клапанах, болезнь Черногоубова) и вторичный, по этиологии – бактериальный, вирусный, грибковый, риккетсиозный, смешанный, по остроте течения – острый (быстро прогрессирующий), подострый (клиническая картина разворачивается в течение 2 месяцев), затяжной (длится многие месяцы с периодами обострения и ремиссии). Выделяют также особые формы – эндокардит наркоманов и эндокардит протезированных клапанов. Подразделение на инфекционную и инфекционно-аллергическую стадию болезни в настоящее время оставлено, поскольку данные фазы нередко протекают параллельно (что и видно у представленного больного). В данном случае речь идет о вторичном подостром эндокардите, возбудитель его пока не установлен.

4. Особенности течения заболевания у данного больного являются возникновение его на фоне атеросклеротического порока аортального клапана, связь с хирургической операцией на сосудах, развернутая клиническая картина и ранее развитие почечной недостаточности. Осложнением является развившаяся тромбоз почечных сосудов справа. Выраженность сердечной недостаточности (IIА стадия, 2 ФК) обусловлена как предшествующим поражением аортального клапана, так и вновь развившейся недостаточностью его. Факторами риска распространенного атеросклероза являются не только пол и возраст больного, но и длительное курение.

5. Необходимо начать адекватную антибактериальную терапию, не дожидаясь результатов посева крови. Учитывая лечение клафораном в анамнезе и признаки почечной недостаточности, нежелательно назначение цефалоспоринов и аминогликозидов. Терапию следует начать с в/в капельных вливаний ампициллина по 3,0 грамма 4 раза в день в сочетании с ципрофлоксацином 100 мг/сутки. Кроме того, показана симптоматическая терапия сердечной недостаточности (ингибиторы АПФ в максимально переносимых дозах, карведилол с постепенным титрованием дозы, начиная с 6 мг/сутки, петлевые диуретики в сочетании с верошпироном 50-100 мг/сутки, стенокардии (продолжительные нитраты), назначение аспирина (100 мг/сутки). Гломерулонефрит требует назначения малых доз преднизолона (15-20 мг/сутки). После подавления активности

воспалительного процесса больному показано протезирование аортального клапана (показанием является его выраженная недостаточность с падением диастолического давления ниже 50 мм рт.ст.).

## Тема 8. Модульная единица «Хроническая ишемическая болезнь сердца»

### Эталон решения задачи №2

*На первом этапе диагностического поиска* анализ жалоб пациента позволяет заподозрить наличие типичной стенокардии напряжения (дискомфорта в левой половине грудной клетки и чувства нехватки воздуха, возникающего при умеренной физической нагрузке и проходящего после ее прекращения). Стенокардия соответствует II функциональному классу (возникает при умеренной физической нагрузке). Данное состояние сохраняется неизменным в течение 3х месяцев, поэтому стенокардия должна рассматриваться как стабильная.

Анализ данных анамнеза позволяет выявить наличие у пациента следующих факторов риска атеросклероза как основного этиологического фактора ИБС: мужской пол, возраст, курение, семейный анамнез (ОИМ у брата в возрасте 53 лет).

*На втором этапе диагностического поиска* данные физического исследования при стенокардии малоинформативны. В то же время, обнаружено повышение АД до 172/96 мм рт.ст., что соответствует 2 степени повышения АД. Артериальная гипертония является фактором риска ИБС. ИМТ пациента составил 27,3 кг/м<sup>2</sup>, что соответствует I степени ожирения, которое также является фактором риска ИБС. При аускультации легких обращает на себя внимание жесткое дыхание в сочетании с положительным симптомом форсированного выдоха, что, наиболее вероятно, говорит о наличии хронического бронхита курильщика. Кроме того, у пациента с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в анамнезе определяется болезненность в эпигастрии при пальпации. Это не позволяет исключить обострение данного заболевания.

Таким образом, после проведения I и II этапов диагностического поиска **предварительный диагноз** может быть сформулирован следующим образом: ИБС: стенокардия II ФК. Гипертоническая болезнь III ст., 2 степени повышения АД. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (обострение?). Хронический бронхит курильщика.

*На третьем этапе диагностического поиска* результаты лабораторных методов исследования демонстрируют наличие гиперлипидемии 4 типа. При ЭКГ выявляется полная блокада левой ножки пучка Гиса, что, с одной стороны, косвенно подтверждает поражение сердца у данного больного, а с другой стороны делает неинформативным проведение стандартных нагрузочных ЭКГ проб. Поэтому для подтверждения ишемии у данного пациента следует провести

либо стресс-эхокардиографию, либо сцинтиграфию миокарда с дипиридамолом. При положительном результате пробы наличие хронической коронарной недостаточности (с учетом жалоб и профиля факторов риска) не будет вызывать сомнений. В то же время, для решения вопроса о необходимости и методах проведения реваскуляризации миокарда показано проведение коронароангиографии.

Для уточнения фазы язвенной болезни двенадцатиперстной кишки показано проведение ЭГДС.

Для уточнения степени бронхообструкции у пациента с хроническим бронхитом показано проведение спирометрии.

**Клинический диагноз:** ИБС: стенокардия II ФК. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. Гипертоническая болезнь III ст., 2 степени повышения АД, риск 4 (очень высокий). Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в фазе обострения. Хронический обструктивный бронхит (курильщика). Экзогенно-конституциональное ожирение I ст.

Функциональный класс стенокардии установлен на основании толерантности к физической нагрузке. Атеросклероз является фоновым заболеванием для ИБС. Стадия ГБ установлена на основании выявления ИБС (ассоциированного клинического состояния), степень повышения АД – по уровню максимально повышенного давления (в данном случае, систолического), степень риска при 2 степени повышения АД – очень высокий при наличии любого ассоциированного клинического состояния (в данном случае, ИБС). Фаза язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (обострение) установлена на основании болезненности в эпигастрии при пальпации и должна быть подтверждена данными ЭГДС. Наличие бронхообструкции установлено на основании положительного симптома форсированного выдоха и должно быть подтверждено данными спирометрии. Степень ожирения установлена на основании ИМТ.

Лечебные мероприятия заключаются в отказе от курения, соблюдении гипополипидемической диеты, снижении веса. Крайне важное значение имеет контроль АД. Пациенту показано назначение аспирина, иАПФ, статинов. Учитывая наличие у больного хронического обструктивного бронхита, назначение бета-адреноблокаторов, хотя и возможно в принципе, должно проводиться с осторожностью и ограничено высокоселективными блокаторами бета-1 адренорецепторов. В случае плохой переносимости бета-1 блокаторов возможно применение верапамила.

Оценку эффективности терапии следует проводить по динамике клинической картины (устранение клинических проявлений) и по результатам контрольной нагрузочной пробы (по данным сцинтиграфии).

## Эталон решения задачи №2

*На первом этапе диагностического поиска* мы отмечаем, что у больной 67 лет с длительным анамнезом артериальной гипертензии, ранее страдавшей стенокардией II ФК, отмечено развитие длительного повторного приступа стенокардии, не купировавшегося после применения нитратов. Безусловно, боль в грудной клетке у женщин часто не рассматривается как имеющая ишемический генез, однако в данном случае мы имеем сочетание таких факторов риска как возраст и высокая артериальная гипертензия. Поэтому в данном случае в первую очередь следует рассматривать данное состояние как проявление ишемической болезни сердца; учитывая длительность приступа в первую очередь необходимо думать о развитии инфаркта миокарда.

*На втором этапе диагностического поиска* при осмотре обращает на себя внимание повышенное АД (190/110 мм рт.ст.), соответствующее 3 степени артериальной гипертензии. Других патологических проявлений выявлено не было, однако это не противоречит диагнозу ишемической болезни сердца.

*На третьем этапе диагностического поиска* на ЭКГ выявляются изменения в виде глубоких отрицательных симметричных зубцов Т в отведениях V2-V5. Данные изменения могут являться проявлением инфаркта миокарда без зубца Q передней стенки левого желудочка. В то же время, такая же ЭКГ картина может соответствовать постинфарктному кардиосклерозу после ранее перенесенного инфаркта миокарда без зубца Q. Подтвердить наличие свежего некроза миокарда в данном случае можно только по повышению уровня сердечных маркеров.

Таким образом, **предварительный диагноз** можно сформулировать как ИБС: острый коронарный синдром без подъема сегмента ST. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. Гипертоническая болезнь III ст., 3 ст., очень высокого риска.

Диагноз острого коронарного синдрома установлен на основании клинической картины и ЭКГ признаков, атеросклероз аорты и коронарных артерий является фоновым заболеванием для ИБС. Стадия ГБ установлена на основании выявления ИБС (ассоциированного клинического состояния), степень повышения АД – по уровню максимально повышенного давления (в данном случае, систолического), степень риска при 2 степени повышения АД – очень высокий при наличии любого ассоциированного клинического состояния (в данном случае, ИБС).

Общие мероприятия заключаются в соблюдении постельного режима, назначении ингаляции кислорода. Лекарственная терапия должна включать: купирование болевого синдрома (учитывая невысокую интенсивность болевого синдрома, в качестве начальной терапии могут быть использованы ненаркотические анальгетики – например, кеторолак 100 мг внутривенно), прием аспирина (250-300 мг сублингвально). Учитывая сохраняющийся при поступлении болевой синдром и повышение АД, целесообразно применение нитратов внутривенно (через дозатор



лекарственных средств) в дозе 2-8 мг/час до достижения целевого уровня АД. Также необходимо продолжение терапии бета-адреноблокаторами.

Для уточнения диагноза необходимо определение уровня сердечных маркеров (МВ-КФК, тропонина) через 6-12 часов после приступа. В дальнейшем необходимо проведение Эхо-КГ для уточнения локальной и глобальной сократимости миокарда, наличия гипертрофии миокарда у пациентки с АГ.

После купирования острого эпизода пациентке необходимо продолжить постоянную плановую терапию, включающую бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, аспирин и статины. Крайне важно достичь нормализации АД. Эффективность антиангинальной терапии оценивается по результатам нагрузочной пробы. При сохранении стенокардии к терапии могут быть добавлены пролонгированные нитраты.

У пациентов, перенесших инфаркт миокарда без Q зубца, повышен риск повторного инфаркта миокарда в той же зоне в течение ближайшего года. В связи с этим, если у пациентки будет выявлено повышение уровня тропонина или МВ-КФК, следует рассмотреть вопрос о необходимости проведения реваскуляризации.

## **Тема 10. Модульная единица «Гипертоническая болезнь»**

### **Эталон решения задачи №2**

*На первом этапе диагностического поиска* доминирующие жалобы связаны с поражением сердечно-сосудистой системы (учащенное сердцебиение, одышка, отеки). При сборе анамнеза обращает внимание отягощенная наследственность по артериальной гипертонии, а также курение и работа, связанная со стрессом, что является факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний. Больной длительно страдает артериальной гипертонией, получает каптоприл с недостаточным эффектом. Прежде всего, следует обсуждать связь доминирующих жалоб с устойчивым повышением артериального давления. В то же время, наличие одышки и отеков голеней не укладывается только в клиническую картину артериальной гипертонии и заставляет задуматься о наличии хронической сердечной недостаточности в рамках «гипертонического сердца» или иных заболеваний миокарда. Условия возникновения одышки (ходьба на 300-500 м) позволяют говорить о хронической сердечной недостаточности II ФК по NYHA.

*На втором этапе диагностического поиска* объективно выявляются тахикардия, высокие значения артериального давления (170/95 мм рт. ст.), что соответствует 2 степени повышения АД; при аускультации определяется акцент II тона над аортой — признак повышения артериального давления в большом круге кровообращения. Индекс массы тела (ИМТ) составляет 22,8 кг/м<sup>2</sup>, т.е. у больного нет избыточной массы тела. Пастозность голеней и стоп может указывать на наличие

хронической сердечной недостаточности с застоем в большом круге кровообращения (2Б стадия по Стражеско-Василенко).

Длительное относительно благоприятное течение заболевания, отягощенный анамнез, анамнестическая эффективность монотерапии свидетельствуют, наиболее вероятно, об эссенциальной артериальной гипертонии (гипертонической болезни).

**Предварительный диагноз** можно сформулировать следующим образом: Артериальная гипертония 2 степени повышения АД. Хроническая сердечная недостаточность 2Б стадии, II функционального класса. Для уточнения диагноза (определения стадии, степени риска) необходимо выполнить следующие дополнительные методы обследования:

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. ЭКГ
4. Рентгенография грудной клетки
5. Осмотр глазного дна
6. УЗИ органов брюшной полости
7. Эхокардиография
8. Определение липидного спектра и уровня триглицеридов

**На третьем этапе диагностического поиска** выявлен ряд лабораторно-инструментальных признаков поражения органов-мишеней (левый желудочек, почки, глазное дно). На ЭКГ и при ЭхоКГ определяется гипертрофия левого желудочка, что позволяет говорить о развитии «гипертонического сердца». В анализе мочи выявлены следы белка и микрогематурия, а в анализе крови определяется повышение уровня креатинина и умеренная гиперкалиемия — признаки хронической почечной недостаточности в рамках гипертонического поражения почек. Учитывая прогностическую значимость гипертонической нефропатии, эта лабораторная находка позволяет классифицировать гипертоническую болезнь как III стадию. Гипертоническое поражение почек является одним из т.н. сопутствующих клинических состояний, которое обуславливает очень высокий сердечно-сосудистый риск (риск 4). При фундоскопии определяется гипертонический ангиосклероз сетчатки — характерное поражение при длительно существующей артериальной гипертонии. Кроме того, у больного имеется гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия, что является также серьезным фактором риска сердечно-сосудистых осложнений и требует медикаментозной коррекции.

Таким образом, **клинический диагноз**: Гипертоническая болезнь III ст. (гипертоническая нефропатия), 2 степени повышения АД, очень высокого риска (риск 4). Хроническая сердечная недостаточность 2Б ст по Стражеско-Василенко, II ФК по NYHA. Хроническая почечная недостаточность. Гиперлипидемия.

В рамках углубленного обследования больному показано проведение пробы Реберга (оценка уровня скорости клубочковой фильтрации), суточное мониторирование артериального давления.

Лечение должно быть направлено как на нормализацию артериального давления, так и на коррекцию сопутствующих состояний и факторов риска. Необходим отказ от курения. Больному следует рекомендовать низкосолевою и гиполипидемическую диету (ограничение животных жиров и легко усваиваемых углеводов, увеличение в рационе овощей и фруктов). В рамках медикаментозной терапии показано назначение ингибиторов АПФ (снижение АД, лечение ХСН, воздействие на гипертрофию левого желудочка, нефропротекция), тиазидных или тиазидоподобных диуретиков (снижение АД, предупреждение задержки жидкости в рамках отека при ХСН), невысоких доз  $\beta$ -адреноблокаторов (снижение АД, воздействие на тахикардию, лечение ХСН). Кроме того, с учетом гиперхолестеринемии и почечной недостаточности показана терапия статинами.

## **Тема 11. Модульная единица «Нарушения ритма и проводимости»**

### **Эталон решения задачи №2**

*На первом этапе диагностического поиска* при анализе жалоб больного можно выявить ряд синдромов – достаточно типичная стенокардия, а также аритмия (по описанию наиболее соответствующая экстрасистолии), синдром недостаточности мозгового кровообращения и синкопе, которые, по всей видимости, являются наиболее серьезным проявлением этого синдрома, хотя нельзя исключить другие причины обмороков (эписиндром, например). Связь потери сознания с приемом анаприлина (пропранолола) заставляет подозревать выраженную брадикардию с развитием пауз и артериальную гипотонию в качестве непосредственного механизма потери сознания, а сами обмороки классифицировать как синдром Морганьи-Эдамса-Стокса. Поскольку доза анаприлина была обычной, можно думать о наличии предшествовавших нарушений проводимости. Нарастание выраженности стенокардии и появление признаков мозговой сосудистой недостаточности как раз и могут быть проявлением таких нарушений проводимости.

На *втором этапе диагностического поиска* данные осмотра подтверждают предположение о наличии брадикардии и экстрасистолии, а, на *третьем этапе* регистрация ЭКГ позволяет уточнить диагноз – синусовая брадикардия, АВ блокада I степени, желудочковая экстрасистолия. При Холтеровском мониторировании зафиксированы эпизоды АВ блокады II степени, в т.ч. 2:1 и

3:1 с максимальной паузой 3,2 с., которые могли стать непосредственной причиной синкопе; дополнительно выявлена наджелудочковая экстрасистолия.

Естественно предположить, что нарушения ритма и недостаточность мозгового кровообращения являются проявлением ИБС, о наличии которой говорит стенокардия, а также атеросклероза сосудов головного мозга. Предположительный диагноз должен звучать следующим образом: ИБС: стенокардия напряжения III ФК, атеросклеротический кардиосклероз с нарушениями ритма и проводимости: АВ блокада I-II степени (с эпизодами 2:1 и 3:1), желудочковая и наджелудочковая экстрасистолия. Синдром Морганьи-Эдамса-Стокса. Атеросклероз аорты, коронарных, мозговых артерий.

Наличие синкопальных состояний на фоне выявленных нарушений проводимости является показанием к немедленной имплантации постоянного водителя ритма. Клинически это должно привести к полному исчезновению обмороков, уменьшению или исчезновению общей слабости, головокружений, повышению порога возникновения приступов стенокардии. Может также уменьшиться количество экстрасистол, поскольку часть из них может носить замещающий характер.

Диагноз ИБС подтвержден данными холтеровского мониторирования (выраженная депрессия сегмента ST, которая совпадала с появлением типичной стенокардии). Для определения дальнейшей тактики лечения больному показана коронароангиография; кроме того, необходимо определение липидного спектра крови, проведение общего и биохимического анализов крови (для выявления других обменных нарушений), общего анализа мочи, ЭХО-КГ, повторного холтеровского мониторирования после имплантации ЭКС, УЗДГ сосудов головного мозга.

В период до имплантации ЭКС необходимо назначить антиангинальную терапию (продолжительные нитраты, аспирин). После имплантации ЭКС и повторного холтеровского мониторирования добавить к лечению бета-блокаторы и антиаритмический препарат I класса (терапию можно начать с назначения соталола, сочетающего в себе свойства антиаритмика и бета-блокатора), а также ингибитор АПФ; решить вопрос о целесообразности назначения статинов. Рекомендовать курсовую терапию триметазидином. При наличии показаний (по данным коронароангиографии) провести ангиопластику или направить больного на аорто-коронарное шунтирование.

## **Частный модуль «Гастроэнтерология»**

### **Тема 12. Модульная единица «Хронический гастрит»**

## Эталон решения задачи №2

Эталон ответа:

На 1 этапе диагностического поиска, при анализе жалоб можно выделить несколько синдромов: болевой (боли и тяжесть в подложечной области), желудочной и кишечной диспепсии (отрыжка тухлым, тошнота, диарея), которые патогномичны для хронического гастрита со сниженной секреторной функцией. Вариант течения доброкачественный (большая длительность заболевания, сохраненная работоспособность). Обращает на себя внимание отсутствие сезонности обострения, что тоже является характерным для хронического гастрита. Однако, учитывая малую специфичность данных 1 этапа, достоверность этого этапа для постановки окончательного диагноза относительно невысока.

На 2 этапе диагностического поиска обращает на себя внимание бледность кожных покровов и видимых слизистых, отпечатки зубов на боковой поверхности языка, атрофия и сглаженность его сосочков, ангулярный стоматит - симптомы гиповитаминоза (В и С) и возможно анемии. Разлитая болезненность при пальпации живота в эпигастральной области свидетельствуют об обострении заболевания, хотя и эта информация мало специфична.

Постановка окончательного диагноза возможна только с учетом данных 3 этапа диагностического поиска.

В ан крови обращает на себя внимание умеренная гиперхромная анемия (НВ-11,5гр%, цв. пок.-0,98), возможно развитие В-12 дефицитной анемии. При РН-метрии выявлены выявлены низкие показатели желудочной секреции, что является главным признаком данного варианта гастрита. При хроническом гастрите с секреторной недостаточностью происходит и сближение уровней базальной и субмаксимальной кислотообразующей продукции. Характер изменения слизистой желудка выявляется при проведении ЭГДС, при которой выявлены бледность и истонченность слизистой оболочки желудка, сглаженность складок и что можно расценивать, как проявление хр. атрофического гастрита. Однако гастроскопия не является абсолютно точным методом, окончательная диагностика гастрита возможна только с учетом данных биопсии и морфологической оценки изменений слизистой оболочки желудка. Данные биопсии (в биоптате обнаружена атрофия желез и явления кишечной метаплазии, при этом не выявляются НР и антитела к НР).

Таким образом, в данном случае речь идет о хроническом гастрите «типа А» (аутоиммунном) со сниженной секреторной функцией в фазе обострения.

Лечение: стол 1.

Заместительная терапия: препараты, усиливающие секрецию соляной кислоты (настойка травы горькой полыни, сок подорожника или плантаглюцид по 0,5-1гр 3 раза в сутки. Для защиты

слизистой оболочки назначить отвар семян льна, белую глину. Для коррекции возможных нарушений кишечного пищеварения фестал, дигестал, панзинорм-форте, панкреатин по 1 таб. 3 раза в день во время еды). Необходимо назначение В<sub>12</sub>.

### **Тема 13. Модульная единица «Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки»**

#### **Эталон решения задачи №2**

На первом этапе диагностического поиска анализ жалоб больного и анамнеза болезни позволяет выделить в качестве ведущего болевого синдром в эпигастральной области, имеющий весьма характерные особенности: «ранние» боли в эпигастральной области. Боли имеют сезонность-ухудшение самочувствия наблюдается в весенне-осенний период. Такой характер болевого синдрома, с большей долей вероятности характерен для язвенной болезни с локализацией в желудке. Согласно анамнезу длительность болевого синдрома и диспепсии около 3-х лет заболевание носит хронический характер. В настоящее время, учитывая нарастание болевого, диспепсического синдромов, похудания можно говорить об обострении заболевания. Следовательно, информация, полученная на 1 этапе диагностического поиска, весьма ценная для диагностики. Таким образом, можно сформулировать предварительный диагноз: Язвенная болезнь с локализацией в желудке в фазе обострения.

На 2 этапе диагностического поиска, обращает на себя внимание бледность кожных покровов и видимых слизистых, что является косвенными признаками обострения заболевания (ограничение приема пищи и возможно незначительные хронические кровопотери из язвы). Локальная болезненность в подложечной области делает диагноз наиболее достоверным и характерна для фазы обострения язвенной болезни.

На 3 третьем этапе диагностического поиска инструментальные исследования позволили уточнить ряд важных особенностей заболевания. В частности, имеет место умеренная нормохромная анемия, что находит свое объяснение при ЭГДС, а именно, наличие язвы по малой кривизне 6х8мм, а в глубине язвы сгусток крови, что свидетельствует о состоявшемся умеренном желудочно-кишечном кровотечении. Учитывая локализацию язвы, для исключения малигнизации была проведена биопсия из краев язвы. Признаков малигнизации при исследовании выявлено не было, обнаружен НР в небольшом количестве.

Таким образом, окончательный клинический диагноз будет сформулирован следующим образом: Язвенная болезнь желудка, впервые выявленная, с локализацией на малой кривизне в фазе обострения.

Лечение: стол № 1.

Больному показана четырехкомпонентная 7 дневная схема лечения: омепрозол 20мг 2 раза в день ( утром и вечером, не позднее 20 часов), коллоидный субцитрат висмута 120мг 3 раза в день за 30 мин. до еды и 4-й раз перед сном, метронидозол 250мг 4 раза в день после еды, амоксициллин по 500мг 4 раза в день.

После окончания комбинированной эрадикационной терапии следует продолжить лечение еще в течение 7 недель омепрозолом 40мг в сутки. С последующей постепенной отменой препарата, еще в течение 2-х недель прием омепрозола 20мг.

## **Тема 14. Модульная единица «Хронический бескаменный холецистит»**

### **Эталон решения задачи №2**

*На первом этапе диагностического поиска* жалобы на интенсивные боли в правом подреберье, длящиеся все ночь, усиливающиеся при движении, возникшие после приема жирной пищи накануне вечером, позволяют заподозрить вовлеченность в патологический процесс желчного пузыря, особенно у больной, перенесшей в анамнезе гепатит А, что является предрасполагающим фактором. Пол и возраст пациентки достаточно характерны для группы риска хронического холецистита. Кроме этого, застою желчи способствует беременность сроком 18 недель. Ранее пациентка неоднократно обследовалась и лечилась по поводу обострения холецистита. Анамнез заболевания позволяет предположить, что эпизодически возникающие боли в правом подреберье после приёма жирной пищи являются признаками длительно протекающего хронического холецистита. При УЗИ выявлен «песок» в желчном пузыре, наличие большого количества лейкоцитов в порциях желчи «В» и «С», полученной при дуоденальном зондировании).

Кроме этого, *на первом этапе диагностического поиска* можно выделить воспалительный и диспепсический синдромы. Воспалительный синдром включает в себя озноб, слабость, разбитость и головную боль и свидетельствуют об обострении заболевания. Диспепсический синдром проявляется появлением тошноты. Оба эти синдрома достаточно неспецифичны.

*На втором этапе диагностического поиска* обращает на себя внимание ожирение, как дополнительный фактор, способствующий застою желчи; фебрильная лихорадка до 39° С, как объективный критерий воспалительного синдрома. Положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Лепене и Георгиевского-Мюсси свидетельствуют о воспалении желчного пузыря. Обнаруженная иктеричность склер, является клиническим проявлением гипербилирубинемии и, вероятнее всего, может быть проявлением подпечёночного холестатического синдрома.

Таким образом, после проведения двух этапов диагностического поиска можно говорить о наличии у больной с положительными «желчнопузырными» симптомами воспалительного,

диспепсического и холестатического синдромов, что может быть расценено как острый воспалительный процесс желчного пузыря, сопровождающийся желтухой. Принимая во внимание пол, возраст, данные анамнеза и физического обследования пациентки с большой вероятностью можно предположить обострение хронического холецистита, сопровождающегося холестазом, что требует исключения желчнокаменной болезни.

В план обследования необходимо включить: общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, общий анализ кала, УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, ЭГДС, дуоденальное зондирование, бактериологическое, цитологическое и биохимическое исследование дуоденального содержимого, ЭРХПГ, динамическая билиосцинтиграфия с билирубином, меченым радиоактивным технецием.

*На третьем этапе диагностического поиска* в анализах крови имеются данные, подтверждающие наличие 1) неспецифического «острофазового» воспалительного синдрома (ускорение СОЭ до 17мм/час, лейкоцитоз до 15100 в 1 мкл со сдвигом влево: п/я=11%, повышение уровня фибриногена), что свидетельствует об остроте процесса; 2) синдрома холестаза (повышение уровня билирубина, преимущественно за счёт прямой фракции, повышение уровня  $\gamma$ -ГТ до 160МЕ и ЩФ до 380 МЕ/л), что исключает гемолитический характер желтухи и свидетельствует о печёночном или подпечёночном её происхождении. Выявленное при УЗИ увеличение желчного пузыря является признаком нарушения оттока желчи и говорит в пользу подпечёночного характера желтухи, а сочетание увеличения желчного пузыря с утолщением его стенок, наличие «двойного контура» и УЗ-симптома Мерфи, свидетельствуют в пользу острого воспаления желчного пузыря. Описание неизменённой поджелудочной железы и панкреатического протока исключает опухоль pancreas, которая может приводить к сдавлению желчных путей. Отсутствие патологии при ЭГДС, кроме гастроэзофагального рефлюкса позволяет исключить рак Фатерова сосочка, как одной из частых причин подпечёночной желтухи.

**Клинический диагноз:** Хронический рецидивирующий бескаменный холецистит в стадии обострения, среднетяжёлого течения.

Данный диагноз можно поставить в соответствие с критериями диагноза: характерная клиническая картина, признаки местного поражения желчного пузыря, ультразвуковые признаки воспаления желчного пузыря, компоненты «общей» воспалительной реакции.

Пациентке показано соблюдение режима с ограничением физических нагрузок, диеты ограничением жирной и жареной пищи, консервативное лечение миотропными спазмолитиками (но-шпа, децител, дюспаталин, папаверин), холеретиками (одестон), проведение дезинтоксикационной терапии (в/в инфузии раствора 5% глюкозы 200,0-400,0 мл). Учитывая возникновение обострения хронического холецистита на фоне беременности сроком 18 недель, пациентку следует вести совместно с гинекологом. Назначение обезболивающих препаратов – только при крайней необходимости. При неэффективности терапии и прогрессировании процесса –



возможно назначение фуразолидона, антибактериальных препаратов широкого спектра действия, не обладающих тератогенным действием.

## Тема 15. Модульная единица «Хронический гепатит»

### Эталон решения задачи №2

*На первом этапе диагностического поиска* обращает на себя внимание перенесенный вирусный гепатит В в анамнезе. В настоящее время отсутствие жалоб, однако, высокая активность ферментов цитолиза в сочетании с персистенцией вируса гепатита В при отсутствии маркеров его репликации служат основанием для исследования маркеров гепатита D, хотя район проживания рассматриваемого больного не относится к числу эндемичных по заболеваемости гепатитом D.

*На втором этапе диагностического поиска* могут быть выявлены увеличенные размеры печени и селезенки, внепеченочные проявления поражения печени (печеночные ладони, сосудистые звездочки, изменения окраски кожных покровов и др.). У данного пациента определяется уплотнение паренхимы печени при пальпации края.

Уточнить диагноз хронического гепатита позволят лабораторно-инструментальные методы исследования.

*Третий этап диагностического поиска* позволяет выявить инфицированность вирусом гепатита D. Морфологически - гепатит высокой гистологической активности с тяжелым фиброзом (индекс гистологической активности - 14 баллов, индекс фиброза - 3 балла по системе Knodell).

Для уточнения диагноза необходимо также исследовать общий и биохимический анализы крови, уровень ГГТ, ЩФ, ХЭ, иммуноглобулины, белковые фракции альбуминов. Дополнительные методы исследования позволят определить состояние других органов и систем для решения вопроса о необходимости проведения противовирусной терапии.

**Клинический диагноз:** Хронический вирусный гепатит В, суперинфекция HDV, активная фаза, индекс гистологической активности - 14 баллов, индекс фиброза - 3 балла по системе Knodell.

Диагностические критерии ХГ:

- характерные гистологические изменения
- лабораторные проявления цитолитического (имеется у нашего пациента), иммуновоспалительного, и холестатического синдромов
- гепатомегалия, спленомегалия, «печеночные» знаки
- подтвержденные этиологические факторы (HBV и HDV).

При хроническом гепатите D эффективно назначение  $\alpha$ -интерферона - только в высоких дозах (10 млн ед. трижды в неделю или 5-6 млн ед. ежедневно) на протяжении не менее 12 мес.

Применение рибавирина и ламивудина не оказывает влияния на биохимическую и гистологическую активность гепатита и не подавляет репликацию вируса гепатита D.

Прогноз заболевания при суперинфекции неблагоприятный. В 75% случаев происходит трансформация в цирроз.

## Тема 16. Модульная единица «Цирроз печени»

### Эталон решения задачи №2

*На первом этапе диагностического поиска* данные анамнеза позволяют говорить об имеющемся у больного циррозе печени. Отсутствие специфических симптомов заболевания, «случайность» диагностики свойственны начальным этапам развития цирроза печени. Остается неясной этиология заболевания. Необходимо подробно расспросить о контакте с гепатотоксическими препаратами и употреблением алкоголя, перенесенных вирусных гепатитах.

Данные *второго этапа диагностического поиска* позволяют утвердиться в мысли о правильности диагноза: субиктеричность склер, “сосудистые звездочки”, гепатоспленомегалия.

Данные *третьего этапа диагностического поиска* (лабораторно-инструментального обследования) позволят уточнить активность и тяжесть заболевания. Можно выделить холестатический синдром: увеличение уровня  $\gamma$ -ГТ, щелочной фосфатазы, незначительная гипербилирубинемия, цитолитический синдром умеренно выражен (активность трансаминаз). Необходимо также исследование коагулограммы (оценка протромбинового индекса, свертываемости крови). При лабораторном обследовании не обнаружены признаки вирусного поражения печени. Убедительных данных за иммунологическое поражение печени нет, однако целесообразно исследование специфических антител (SMA, ANA)

Необходимости в повторном проведении пункции печени в настоящее время нет. Длительность заболевания (минимум 8 лет) и относительная стабильность состояния позволяют предположить медленное прогрессирование болезни, что определяет более благоприятный прогноз.

Данные УЗИ и эндоскопии позволяют выявить признаки портальной гипертензии (асцит, варикозное расширение вен пищевода I ст, спленомегалию).

Степень тяжести цирроза оценивается по классификации Чайльд-Пью: умеренный асцит – 2 балла, прямой билирубин менее 2 мг% - 1 балл, отсутствие энцефалопатии – 1 балл, альбумины более 3,5 г/л – 1 балл, отсутствие признаков истощения – 1 балл, что в сумме составляет 5 баллов и соответствует классу А.

Необходимо провести тесты для определения скрытой энцефалопатии (тест с числами, оценка почерка и др).

**Клинический диагноз:** Монолобулярный цирроз печени неуточненной этиологии с минимальными признаками активности, степень тяжести по Чайльд-Пью класс А. Портальная

гипертензия: варикозное расширение вен пищевода I ст, спленомегалия, гиперспленизм (тромбоцитопения), асцит. Холестатический синдром. Холецистэктомия по поводу ЖКБ в дек. 1998 года.

Больной нуждается в продолжении лечения урсодезоксифолиевой кислотой, диуретиками, малыми дозами бета-адреноблокаторов (портальная гипертензия). Необходимо также соблюдение основных принципов немедикаментозного лечения циррозов печени: отказ от алкоголя, гепатотоксических препаратов, физиотерапевтических процедур, инсоляции, вакцинаций, соблюдение щадящего режима труда и диеты с ограничением жидкости и поваренной соли.

## **Тема 17. Модульная единица «Хронический панкреатит»**

### **Эталон решения задачи №2**

*Первый этап диагностического поиска* начинается с анализа жалоб.

Многообразие жалоб требует проведения их группирования и систематизации.

В первую очередь следует рассмотреть жалобы на нарушение функции кишечника, особенностью этой дисфункции является обильность кала (полифекалия), маслянистый вид и запах прогорклого масла. Это признак повышения содержания в каловых массах нейтрального жира, т.е. стеатореи. При обычной окраске кала (кал не обесцвечен, значит желчь поступает в кишечник) стеаторея является следствием тяжелой внешнесекреторной недостаточности ПЖ. Подтверждением этого предположения является усиление поноса после употребления жиров и молока, вздутие живота. Левосторонние боли, возникающие после жирной, жареной и острой пищи, т.е. после стимулирования секреции ПЖ, приводящего к повышению давления в протоках и болям, вероятнее всего и обусловлены поражением ПЖ, причем, видимо, хвоста ПЖ, при поражении которого боли и имеют такую локализацию.

Сухость во рту, жажда, полиурия, как правило, появляются при нарушении углеводного обмена – сахарном диабете. Сахарный диабет в таком возрасте может иметь причиной недостаточность внутрисекреторной (инкреторной) функции ПЖ.

Общие жалобы на слабость, утомляемость, похудание могут быть следствием и внешнесекреторной недостаточности ПЖ, приводящей к нарушению всасывания, и следствием сахарного диабета.

Анализ истории жизни позволяет сделать вывод о периоде недоедания и о явном дефиците белка в диете.

Из истории заболевания следует, что заболевание проявило себя с признаков «непереносимости» жиров – с появления поноса после употребления жиров. Жир вызывает понос в случае, если в тонкой кишке нейтральный жир не расщепляется на глицерин и жирные кислоты, т.е. те вещества, которые могут всосаться в тонкой кишке. Если расщепления (гидролиза) не

происходит, то нейтральный жир поступает в толстую кишку и вызывает понос – стеаторею – обильный, масляного вида понос.

Нарушение расщепления и всасывания жиров при недостаточности выделения ПЖ липазы ведет к потере массы тела. Подтверждением панкреатической причины жалоб является и следующие из анамнеза обострения после употребления жиров и отсутствие эффекта при приеме фталазола и антибиотиков. Эти лекарства, как правило, прекращают понос при патологии кишечника.

Симптомы сахарного диабета возникают в пожилом возрасте, а больному 62 года, либо при инсулинорезистентности, возникающие при ожирении, либо при фиброзировании ПЖ, когда в соединительной ткани исчезают островки Лангерганса, что приводит к снижению инкреции инсулина. Фиброзирование же приводит и к исчезновению ацинарной ткани и к уменьшению или прекращению секреции липазы и других ферментов.

Таким образом, первый этап диагностического поиска позволяет предположить, что у пациента хронический панкреатит, возникший вследствие дефицита белка в диете, с внешнесекреторной и инкреторной недостаточностью, т.е. так называемый латентный хронический панкреатит.

**Второй этап диагностического поиска** подтверждает наличие последствий нарушения всасывания энергетических веществ, витаминов и дегидратации – больной пониженного питания, имеются «заеды», тургор кожи снижен. На этом этапе выявляется умеренная гепатомегалия, причины которой будут выявлены на III этапе. Отсутствие явных положительных пальпаторных признаков не должна исключить наличие ХП, т.к. на I этапе мы предположили латентный ХП, при котором и боли не возникают и болезненности при пальпации нет.

По завершении II этапа диагностического поиска можно поставить предварительный диагноз: хронический латентный (безболевого) панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью и инкреторной недостаточностью (сахарным диабетом).

**Третий этап диагностического поиска** позволил завершить диагностический процесс.

В анализе кала получено подтверждение предположения о внешнесекреторной недостаточности ПЖ, микроскопия выявила капли нейтрального жира, что позволяет говорить о недостаточной продукции ПЖ липолитических ферментов, главным образом липазы. Наличие мышечных волокон свидетельствует о недостатке протеолитических ферментов, а крахмала – о недостатке в кишечнике амилазы.

УЗИ продемонстрировало наличие фиброзирования ткани ПЖ, ангиография выявила обеднение сосудистого рисунка, что также свидетельствует о фиброзе ПЖ.

Нормальный уровень амилазы в крови и в моче свидетельствует об отсутствии панкреатического цитолитического синдрома, т.е. некроза и воспаления.

Биохимический анализ подтвердил наличие синдрома нарушенного питания, как следствие синдрома нарушенного всасывания – снижен уровень общего белка сыворотки, холестерина. К этому синдрому можно отнести и анемию. Подтверждено предположение и о сахарном диабете – повышен уровень глюкозы натощак.

Представленные данные позволяют объяснить причину болезненности при пальпации толстой кишки. Эндоскопическое исследование показало наличие катарального воспаления слизистой кишки, что обусловлено поступлением в толстую кишку пищевых веществ, не подвергшихся расщеплению панкреатическими ферментами.

Целесообразно к проведенным исследованиям добавить:

- ЭРХПГ (для определения состояния панкреатических протоков)
- Исследование в кале Эластазы-1 (для определения степени внешнесекреторной недостаточности)
- Исследование уровня глюкозы в крови в течение дня (натощак, затем каждые 3 часа) и исследование суточной потери глюкозы с мочой
- Исследование в крови печеночных ферментов, вирусологического исследования на HBV и HCV

Клинический диагноз: хронический индуративный панкреатит, латентный (безболевого) вариант, внешнесекреторная недостаточность ПЖ, инкреторная недостаточность ПЖ (сахарный диабет).

Критерии диагноза ХП включают следующие позиции

1. «типичный» характер болей
2. клинические признаки внешнесекреторной недостаточности
3. болезненность при пальпации в «панкреатических точках»
4. повышение активности панкреатических ферментов в крови и моче
5. уменьшение объема секрета и снижение активности панкреатических ферментов в дуоденальном содержимом при секретин-панкреозиминном тесте
6. лабораторные признаки нарушения расщепления жиров, крахмала, белков
7. уменьшение количества эластазы в кале
8. гипо- и гиперинсулинемия (С-пептидемия)
9. визуализация патологических процессов в ПЖ при ЭРХПГ, МРТ, КТ, УЗИ
10. морфологическое подтверждение

Для каждой формы (варианта) ХП подходят свои критерии. В данной задаче критериями являются:

- клинические признаки внешнесекреторной недостаточности
- лабораторные признаки нарушения расщепления жиров, крахмала, белков
- визуализация патологических процессов в ПЖ при ЭРХПГ, МРТ, КТ, УЗИ

Лечение:

- Диета с ограничением жиров и углеводов, увеличение в пищевом рационе белка
- Заместительная терапия панкреатическими пищеварительными ферментами: Креон по 25000ЕД после каждой еды. Контролем эффективности является количество дефекаций и содержание нейтрального жира и мышечных волокон в кале при микроскопии. Если стул не нормализуется, то количество Креона надо увеличить до 2-3капсул по 25000ЕД после каждой еды
- Внутривенно вводить раствор альбумина 20% по 100мл
- Заместительная инсулинотерапия – инсулин короткого действия перед завтраком, обедом и ужином, под контролем уровня глюкозы в крови.

### **Частный модуль «Нефрология»**

#### **Тема 18. Модульная единица «Острый гломерулонефрит»**

##### **Эталон решения задачи №2**

*На первом этапе диагностического поиска* при анализе жалоб можно предположить наличие патологии со стороны мочевыделительной системы (изменение цвета мочи). Характер клинических проявлений – бессимптомная гематурия при отсутствии анамнестических указаний на заболевания органов мочевыделительной системы в прошлом, отсутствие патологических изменений при урологическом обследовании и возможная связь с перенесенной ОРВИ позволяют предположить наличие IgA - нефропатии.

*Второй этап диагностического поиска* оказался не показательным. Каких-либо отклонений от нормы в ходе непосредственного исследования у пациента не выявлено. Таким образом, основной диагностический процесс ложится на третий этап поиска. В этом случае в план обследования необходимо включить серию более детальных исследований мочи (несколько общих анализов в динамике, анализ по Нечипоренко и по Зимницкому, суточный анализ на белок, пробу Реберга), биохимический анализ крови с определением уровня азотистых шлаков, альбуминов, липидов, калия, а также определить титр антител к стрептококковым антигенам и уровень IgA и компонента С3. Для уточнения диагноза и определения прогноза (и тактики лечения) целесообразно провести биопсию почек.

После *третьего этапа диагностического поиска* у пациента подтверждается диагноз острой фазы IgA – нефропатии, мезангиопролиферативного гломерулонефрита. В пользу данного диагноза свидетельствуют наличие остронефритического синдрома, хотя и не сильно выраженного, увеличение содержания IgA при нормальном уровне комплемента. По данным биопсии почки при иммунофлюоресцентной микроскопии определяются отложения IgA в мезангии, а при световой микроскопии (окраска гематоксилин-эозином) – различная степень пролиферации мезангиальных клеток и расширение матрикса.

Лечение в данном случае будет ограничиваться диетой с ограничением соли до 3-5 г/сут, белка до 60 г/сут, жирных, жареных и острых блюд. Специфическое лечение не показано. Необходимо динамическое наблюдение с регулярным контролем анализов мочи. В случае появления явной протеинурии (более 1 г в сутки) необходимо назначение ингибиторов АПФ. Пациент должен находиться под наблюдением нефролога в течение 2-х лет, регулярно (первые полгода 1 раз в месяц, а затем 1 раз в 3 месяца) делать анализы мочи, избегать переохлаждений, вакцинаций, нефротоксичных лекарственных препаратов, частой смены климатических условий, тяжелой физической нагрузки, санировать своевременно очаги хронической инфекции.

## **Частный модуль «Гематология»**

### **Тема 19. Модульная единица «Железодефицитная анемия»**

#### **Эталон решения задачи №2**

*На I этапе диагностического поиска* можно выявить такие симптомы, как быструю утомляемость и слабость, что в сочетании со снижением веса может быть признаком неопластического новообразования, в т.ч. с локализацией в желудочно-кишечном тракте. Диагностированная на госпитальном этапе «нестабильная стенокардия» может рассматриваться, с одной стороны, как резкое прогрессирование ишемической болезни сердца, с другой стороны, ишемия миокарда вследствие, например, снижения уровня гемоглобина.

При проведении *II этапа диагностического поиска* обращает на себя внимание бледность кожных покровов, тенденция к тахикардии, систолический шум при сохранённых сердечных тонах над всей поверхностью сердца. Предварительно можно предположить наличие у пациента анемии (железодефицитной? В12-дефицитной?), которая может иметь вторичную (опухолевую?) природу. Относительно стабильная гемодинамика не позволяет говорить об остром желудочно-кишечном кровотечении, скорее можно предположить хроническую кровопотерю.

В ходе *III этапа диагностического поиска* в анализах крови отмечается картина выраженной гипохромной анемии, что в сочетании с резко сниженными показателями железа сыворотки крови, насыщения трансферрина железом и увеличением общей железосвязывающей способности сыворотки однозначно заставляет склониться к диагнозу железодефицитной анемии. В

анализе кала – положительная реакция на кровь свидетельствует о имеющей место кровопотере, которая, как уже было сказано выше, скорее всего имеет хронический характер.

Таким образом, необходимо установить источник кровотечения. Для выявления источника кровотечения необходимо провести ЭГДС, ирриго- и колоноскопию.

При выявлении язвенного поражения желудка и 12-перстной кишки необходимо назначить антисекреторную, антихеликобактерную терапию и лечение препаратами с гастроцитопротективным действием в сочетании с препаратами железа (с учетом показателей красной крови – внутривенно). При обнаружении опухоли соответствующего отдела ЖКТ – решение вопроса о радикальном или паллиативном лечении в зависимости от стадии заболевания.

## **Тема 20. Модульная единица «В-12 дефицитная анемия»**

### **Эталон решения задач №2**

*На первом этапе диагностического поиска* на первый план выступают жалобы неврологического характера, составляя развернутую клиническую картину подострой комбинированной дегенерации спинного мозга. Одной из частых причин данного состояния является дефицит витамина В<sub>12</sub>. Анамнестические указания на наличие хронического гастрита с пониженной секреторной функцией (по-видимому, речь идет об аутоиммунной гастрите типа А) и аутоиммунного тиреоидита позволяют предположить наличие у пациента пернициозной анемии.

*На втором этапе диагностического поиска* обращает на себя внимание бледность кожных покровов, что позволяет заподозрить наличие малокровия; желтушный оттенок кожи и иктеричность склер являются проявлением гипербилирубинемии, а их сочетание с бледностью кожи не может не заставить врача подумать об анемии, сопровождающийся гемолизом (наиболее распространённая из них В<sub>12</sub> –дефицитная анемия).

*На третьем этапе диагностического поиска* в пользу диагноза В<sub>12</sub> –дефицитной анемии свидетельствует гиперхромный (ЦП), макроцитарный (средний объем эритроцита) её характер с сочетанием с умеренно выраженной тенденцией к лейкопении и тромбоцитопении, а так же повышение непрямого билирубина в крови, которые являются проявлением гемолиза.

Для уточнения диагноза необходимо определить содержание витамина В<sub>12</sub> и фолиевой кислоты в крови пациента. Кроме того, целесообразно провести стерильную пункцию для определения типа кроветворения. Учитывая клиническую картину, скорее всего, содержание витамина В<sub>12</sub> будет ниже 100 пг/мл при нормальном содержании фолиевой кислоты, а картина стерильного пунктата продемонстрирует мегалобластный тип кроветворения. Для подтверждения пернициозной анемии рекомендуется проведение теста Шиллинга. Выявленные нарушения в ходе проведения 1 этапа теста Шиллинга при нормальных показателях на втором этапе будут



свидетельствовать в пользу пернициозной анемии. Кроме этого, для подтверждения диагноза целесообразно определение антител к париетальным клеткам желудка.

**Клинический диагноз:** Хронический аутоиммунный гастрит (тип А). В<sub>12</sub>-дефицитная пернициозная анемия, тяжелого течения. Подострая комбинированная дегенерация спинного мозга.

Лечение в данном случае будет носить патогенетический характер: назначение витамина В<sub>12</sub> внутримышечно по 1000мкг 1 раз в неделю, в течение 8 недель. Дополнительным диагностическим критерием в пользу диагноза В<sub>12</sub> –дефицитной анемии должен быть ретикулоцитарный криз на 5-6 сутки терапии. После нормализации показателей крови терапия должна проводиться пожизненно по 1000мкг внутримышечно 1 раз в месяц.

## Частный модуль «Ревматология»

### Тема 21. Модульная единица «Ревматоидный артрит»

#### Эталон решения задачи №2

*На I этапе диагностического поиска* из жалоб пациентки можно выделить, в первую очередь, суставной синдром. Можно предположить наличие реактивного артрита или дебют системного заболевания. Суставной синдром у данной пациентки включает в себя не только боли, но и припухание суставов, а также скованность, сохраняющуюся до середины дня. Обращает на себя внимание множественность и симметричность поражения суставов с вовлечением в процесс суставов кистей, что характерно для дебюта ревматоидного артрита. Кроме того, у пациентки можно предположить также наличие синдрома Рейно вследствие снижения чувствительности кончиков пальцев на холоде.

*На II этапе диагностического поиска* обращает на себя внимание симметричный артрит пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов, что также характерно для классической картины ревматоидного артрита. Синдром Рейно также подтверждается данными осмотра – посинение в тепле дистальных фаланг пальцев кистей в тепле после их резкой бледности на холоде.

После II этапа диагностического поиска можно сформулировать *предварительный диагноз*: Ревматоидный артрит: полиартрит. Синдром Рейно.

*На III этапе диагностического поиска* выявляются отмечаются неспецифические признаки воспаления: увеличение СОЭ, повышение уровня С-реактивного белка, что также не противоречит диагнозу ревматоидного артрита. Обращает на себя внимание выявление ревматоидного фактора в

высоком титре, что также подтверждает данную диагностическую концепцию. Выраженность клинических проявлений, уровни СОЭ и С-реактивного белка позволяют расценить активность процесса, как соответствующую II степени. Степень функциональной недостаточности - I.

Необходимо проведение рентгенологического исследования кистей для уточнения рентгенологической стадии заболевания.

**Клинический диагноз:** Ревматоидный артрит: серопозитивный полиартрит (?) рентгенологической стадии, II степени активности, функциональная недостаточность I ст. Синдром Рейно.

План лечения: учитывая умеренную активность процесса целесообразно назначить метотрексат 10 мг в неделю в/м под контролем уровня лейкоцитов и тромбоцитов. Для лечения проявлений синдрома Рейно необходимо использовать ангиопротекторы (трентал) с курсовым приемом, курсы гипербарической оксигенации.

## **Тема 22. Модульная единица «Системная красная волчанка»**

### **Эталон решения задачи №2**

**На I этапе диагностического поиска** можно сразу же предположить наличие у больной системной красной волчанки: раннее начало заболевания (в детском возрасте) у пациентки женского пола, суставной синдром, кожный синдром и общевоспалительный синдром. Кроме того, присоединение отеочного синдрома заставляет заподозрить развитие волчаночного нефрита с нефротическим синдромом. Впоследствии заболевание сохраняло высокую активность (при снижении дозы преднизолона – обострения). Кроме того, уже из анамнеза можно выявить результаты побочного действия постоянной терапии кортикостероидами – ожирение, артериальная гипертензия, гипергликемия.

**На II этапе диагностического поиска** обращает на себя гиперемия кожи лица как проявление основного заболевания. Также объективно выявляются побочные эффекты терапии преднизолоном в виде избыточной массы тела (ожирение), вторичные кожные инфекции вследствие снижения иммунитета (гнойничковая сыпь на коже), медикаментозная артериальная гипертензия (АД – 175 и 105 мм рт.ст.), медикаментозный остеопороз (болезненность при пальпации остистых отростков позвонков). Отеки голеней и стоп могут быть косвенным подтверждением нарушения функции почек.

**На III этапе диагностического поиска** были выявлены анемия, увеличение СОЭ, умеренная гипопроотеинемия с гипоальбуминемией, гипокомплементемия, АНФ в высоком титре и обнаружение антител к нативной ДНК подтверждают высокую активность СКВ. Небольшой лейкоцитоз может быть следствием длительного приема преднизолона. Изменения в анализах мочи – протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия - характерны для нефрита. Кроме того,

положительный анализ кала на скрытую кровь позволяет заподозрить скрытую кровопотерю, вероятнее всего, из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, что может также быть одним из побочных эффектов терапии преднизолоном.

Таким образом, сочетание суставного синдрома, кожного синдрома, общевоспалительного синдрома, поражения почек в сочетании с анемией и специфическими иммунными маркерами (положительные АНФ, антитела к ДНК, гипокомплементемия) позволяют поставить диагноз СКВ. Выявление поражения почек в первые месяцы болезни свидетельствует об остром течении заболевания.

**Клинический диагноз:** Системная красная волчанка острого течения с поражением кожи (эритема в зоне «бабочки»), почек (нефрит), суставов (в анамнезе полиартрит мелких суставов кистей), гематологическими нарушениями (анемия, АНФ, Ат к нативной ДНК), III степени активности.

В план обследования целесообразно включить проведение эзофагогастродуоденоскопии для исключения эрозивно-язвенных поражений желудка и 12-перстной кишки.

План лечения: больной показана терапия преднизолоном перорально в дозе 60 мг в сутки. Учитывая наличие люпус-нефрита, а также острое течение заболевания, к терапии целесообразно добавить цитостатические иммуносупрессанты – например, пульс-терапию циклофосфаном.

В сборнике представлены клинические ситуационные задачи по всем темам, изучаемым на 4-м курсе. Предназначен для самостоятельной внеаудиторной работы студентов. Позволяет применить полученные теоретические знания для решения профессиональных задач. Первые две задачи имеют эталоны решения для самопроверки. Эталоны решения третьей задачи по каждой теме находятся у преподавателя (в специальном приложении) для проверки правильности решения на практическом занятии.

Сборник построен в соответствии с модульной организацией преподавания курса «Факультетская терапия» дисциплины «Внутренние болезни», внедряемом в настоящее время в образовательное пространство ММА им. И.М.Сеченова.

Предназначен для студентов 4-х курсов медицинских ВУЗ(ов), изучающих дисциплину «Внутренние болезни» (факультетский курс).