medfsh.ru

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
Специальность – 31.05.02 Педиатрия
Дисциплина – Факультетская терапия, профессиональные болезни
Кафедра факультетской терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1
(А/02.7-ПК-5; ПК-6; А/03.7 - ПК-8; ПК-10; А/01.7- ПК-11)

Больной З. 40 лет, доцент БГУ, поступил в клинику с жалобами на резкую слабость, головокружение, одышку, сердцебиение, боли в эпигастрии.

В анамнезе - язвенная болезнь 12-ти перстной кишки. Ухудшение состояния связывает с физической работой в саду, после которой почувствовал резкую слабость, потливость, однократно был дегтеобразный стул. С трудом добрался до города, где сразу же вызвал “скорую помощь”.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Холодный пот. В легких дыхание везикулярное. ЧД - 26 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, тахикардия - 120 в 1 мин., АД - 80/60 мм рт. ст. Пульс 120 уд. в 1 мин. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот несколько вздут, болезненный в эпигастрии и зоне Шоффара. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

***Вопросы к задаче*:**

1. С чем связано ухудшение состояния больного?
2. При каких заболеваниях могут развиться подобные осложнения?
3. Ваша тактика ведения больного.
4. При анализе крови получены следующие данные, оцените их:
   Эр.- 2,0 · 10^{12} /л, Нв - 70 г/л, ЦП - 1,0; Л. - 7,4 · 10^{9} /л, лейкоформула без особенностей, СОЭ - 14 мм /час.
5. Обоснуйте и сформулируйте диагноз заболевания.
6. Ваша тактика лечения (выписать рецепты).
7. Какие осложнения угрожают больному язвенной болезнью 12-ти перстной кишки?
8. По какой причине средний объем эритроцитов и ширина распределения эритроцитов по объему при состоянии, развившемся у больного, остаются неизменными?

medfsh.ru

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
Специальность – 31.05.02 Педиатрия
Дисциплина – Факультетская терапия, профессиональные болезни
Кафедра факультетской терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

(А/02.7-ПК-5; ПК-6; А/03.7 - ПК-8)

Больной К., 40 лет, работает слесарем, курит с 18 лет. В течение 4 лет беспокоит надсадный утренний кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, одышка при умеренной физической нагрузке, утомляемость.

Объективно: Состояние удовлетворительное, сознание ясное положение активное. Повышенного питания. Умеренный диффузный цианоз. Вес 75 кг. Рост 176 см. Пальцы - в виде "барабанных палочек", ногти как часовые стекла. Грудная клетка - бочкообразной формы, надключичные пространства выбухают. Голосовое дрожание ослаблено с обеих сторон Перкуторно - коробочный звук. Суммарная экскурсия легких - по 4 см с обеих сторон по среднеподмышечной линии. Дыхание жесткое с удлиненным выдохом, в нижне-боковых отделах - жужжащие и свистящие хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе. Частота дыхания – 22 в минуту. Пульс - 78 в минуту, полный, мягкий, ритмичный, симметричный. Границы сердца - в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 135/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена.

Дополнительные методы обследования:

Общий анализ крови: эритр. $5{,}1 \cdot 10^{12}$/л, Hb 161г/л, лейкоциты $6{,}5 \cdot 10^{9}$/л, СОЭ 3мм/ч; рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности. Легочный рисунок тяжистый. Корни легких уплотнены, не структурные.

Спирография: $ОФВ_1$ /ФЖЕЛ- 49%.

Анализ мокроты: консистенция слизистая, вязкая, цвет-серая. Микроскопия-эпителиальные клетки в большом количестве, лейкоциты 5-6 в поле зрения.

ЭКГ: Синусовый ритм. ЧСС-84 в/мин. Признаки гипертрофии правого предсердия, правого желудочка.

Вопросы к задаче:

1. Выделите основные синдромы.
2. Поставьте и обоснуйте диагноз.
3. Назовите этиологические факторы заболевания.
4. Перечислите основные механизмы обструкции бронхов.
5. Назовите методы лечения данного заболевания
6. Объясните патогенез хронического легочного сердца.
7. Прогноз и исход данного заболевания?
8. Дайте рекомендации по санаторно-курортному лечению.

medfsh.ru

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
Специальность – 31.05.02 Педиатрия
Дисциплина – Факультетская терапия, профессиональные болезни
Кафедра факультетской терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3
(А/02.7-ПК-5; ПК-6; А/03.7 - ПК-8; ПК-10; А/01.7- ПК-11)

Больной В. 36 лет, строитель, госпитализирован с жалобами на боли в грудной клетке справа, сухой кашель, одышку, подъем t^0 до 39^0, озноб, резкую слабость.

Заболел остро, после переохлаждения. Вчера вечером почувствовал озноб, слабость, повысилась T^0 тела до $38,5^0$. Принял аспирин, чай с малиной. После временного улучшения к утру состояние вновь ухудшилось, появился сухой болезненный кашель, вызвал “скорую помощь”.

Объективно: общее состояние тяжелое, правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы горячие, влажные, гиперемия правой щеки. На губах герпетические высыпания. Отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Над нижнебоковой поверхностью правого легкого - усиление голосового дрожания, укорочение перкуторного звука, аускультативно - дыхание с бронхиальным оттенком, крепитация. ЧД - 32 в 1 мин. Границы сердца не изменены, тоны приглушены, тахикардия, ритм правильный. Пульс - 112 в 1 мин. АД - 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, печень у края реберной дуги.

Данные лабораторно-инструментальных исследований:

Анализ крови: Эр. - 4,2 $\cdot 10^{12}$/л ; Нв. - 126 г/л; Л. - 12,9 $\cdot 10^{9}$/л; э. - 1%, п - 16%, с.- 62%, л. - 15%, м - 6%, токсигенная зернистость нейтрофилов, СОЭ - 58 мм/час.

Анализ мочи: - белок - 0,66 ‰, Л. - 3-4-5 в п./зр. гиал. цилиндры - 2-6 в п./зр.

R-графия грудной клетки: справа средняя доля (S_4, S_5) гомогенно затемнена

ЭКГ: синусовая тахикардия, нарушение метаболических процессов в миокарде.

***Вопросы к задаче*:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у больного?
2. Оцените данные дополнительных исследований.
3. О каких других заболеваниях можно думать по клиническим и лабораторным данным?
4. Какие дополнительные обследования необходимы для уточнения диагноза?
5. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
6. Назовите возможные этиологические факторы данного заболевания.
7. Назначьте лечение (напишите рецепты).
8. Какие осложнения могут угрожать больному?

medfsh.ru

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
Специальность – 31.05.02 Педиатрия
Дисциплина – Факультетская терапия, профессиональные болезни
Кафедра факультетской терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4
(А/02.7-ПК-5; ПК-6; А/03.7 - ПК-8; ПК-10; А/01.7- ПК-11)

Больной К. студент, 18 лет, доставлен машиной скорой помощи с приступом удушья. В анамнезе - периодически возникающие приступы удушья, с появлением свистящих хрипов в груди после контакта с пахучими веществами, воздействия неблагоприятных метеорологических факторов - ветра, холода, сырости. Появлению приступа удушья обычно предшествует сухой кашель, ощущение зуда в носу. Приступ заканчивается усиленным выделением вязкой мокроты. В анамнезе - диатез в детстве, непереносимость некоторых пищевых продуктов, редкие простудные заболевания.

Объективно: Положение больного вынужденное, сидячее. Набухшие шейные вены. Цианоз губ. В дыхании участвует вспомогательная мускулатура. На расстоянии слышны свистящие хрипы. ЧД - 24 в мин. Грудная клетка находится в инспираторном положении, подвижность её ограничена. При перкуссии с обеих сторон - коробочный звук. При аускультации - масса сухих, свистящих хрипов, дыхание резко ослаблено. Пульс учащен - 95 в мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, АД- 110/70 мм рт. ст. Живот безболезненный. Печень не увеличена.

Данные лабораторных исследований:

Анализ крови: Эр. - 4,1 $\cdot 10^{12}$/л; Нв - 138 г/л, Л.- 4 $\cdot 10^{9}$/л; э. - 22%, п - 2%, с. - 49%, лим. - 22%, м - 5%, СОЭ - 10 мм/час.

В мокроте большое количество эозинофилов, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена.

***Вопросы к задаче*:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. В каком дополнительном обследовании нуждается больной?
3. Назовите мероприятия для купирования приступа удушья.
4. Составьте план лечения в межприступном периоде.
5. При каких заболеваниях могут развиваться подобные симптомы?
6. Назовите нарушения функции внешнего дыхания, характерные для данного заболевания.
7. Трудовые рекомендации больному.
8. Какие иммунологические механизмы участвуют в развитии болезни?

medfsh.ru

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
Специальность – 31.05.02 Педиатрия
Дисциплина – Факультетская терапия, профессиональные болезни
Кафедра факультетской терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5
(А/02.7-ПК-5; ПК-6; А/03.7 - ПК-8)

Больной П. 14 лет, учащийся, 3 недели тому назад выписан из инфекционной больницы, где лечился по поводу скарлатины. После переохлаждения заметил изменение цвета мочи - типа “мясных помоев”.

Объективно: кожные покровы бледные. Пастозность лица. В легких везикулярное дыхание. Пульс 100 в мин., ритмичный. АД - 120/90 мм рт. ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца чистые, звучные. Печень не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон.

Данные лабораторных исследований:

Анализ крови: Эр. - 3,6 $\cdot 10^{12}$, Нв. - 109 г/л, Цв.п.- 0,9; Л. - 9 $\cdot 10^{9}$/л, э. -4% n-3%, с - 60%, лимф. - 25%, мон. - 8%, СОЭ - 30 мм/час.

Мочевина крови - 6,67 ммоль/л, креатинин - 156 мкмоль/л, фибриноген - 4 г/л, холестерин - 4,16 ммоль/л, СРБ ++

Анализ мочи: цвет “мясных помоев”, уд. вес 1026, белок 0,99‰, эр.- свежие и выщелоченные сплошь в п. зр. Клубочковая фильтрация при пробе Реберга-Тареева - 70 мл/мин.

ЭКГ - Синусовая тахикардия.

Осмотр окулиста: Глазное дно не изменено.

***Вопросы к задаче*:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите заболевания, при которых чаще всего встречается гематурия.
3. Объясните взаимосвязь заболевания с перенесенной стрептококковой инфекцией.
4. Назначьте патогенетическое лечение (выпишите лечение).
5. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
6. Показана ли больному “пульс-терапия”?
7. Проведите дифференциальный диагноз с ГЛПС.
8. Назовите курорты Башкортостана для лечения больных с патологией почек.

medfsh.ru

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
Специальность – 31.05.02 Педиатрия
Дисциплина – Факультетская терапия, профессиональные болезни
Кафедра факультетской терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6
(А/02.7-ПК-5; ПК-6; А/03.7 - ПК-8)

Больная Ж. 28 лет, библиотекарь, поступила в стационар с жалобами на отеки лица, поясницы и нижних конечностей, сухость во рту, жажду, уменьшение количества мочи, общую слабость.

Три года назад после перенесенной ангины впервые был обнаружен белок в моче, при повторных исследованиях количество выделяемого белка нарастало. Появились отеки на лице. Лечилась в больнице по поводу заболевания почек. Ухудшение состояния наступило 2 недели назад после перенесённой ОРВИ.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Отмечается бледность и сухость кожных покровов. Выраженные отеки на лице, нижних конечностях, в области поясницы. В нижнезадних отделах легких - ослабленное везикулярное дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, 70 ударов в минуту. АД - 125/75 мм рт. ст. Печень не увеличена.

Данные лабораторных исследований:

Анализ крови: Эр. 3,7 $\cdot 10^{12}$/л, Нв. - 105 г/л, Цв. пок.- 0,85, Л.- 6,8 $\cdot 10^{9}$/л, СОЭ - 40 мм /час, лейкограмма без особенностей.

Б/х анализ крови: Общий белок 60 г/л, альбумины 40%, холестерин - 10,1 ммоль/л, мочевина - 8,2 ммоль/л, креатинин - 205 мкмоль/л.

Анализ мочи: прозрачная, относительная плотность - 1021, реакция кислая, белок - 6,6‰, эр. выщелоченные 5-8 в п. зр., Л. - 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые - 5-6, восковидные - 2-3 в п.зр.

***Вопросы к задаче*:**
1. Выделите синдромы из имеющихся симптомов.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Укажите этиологию заболевания.
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
6. Составьте план лечения больной (выпишите рецепты).
7. Назовите осложнения данного заболевания.
8. Перечислите основные курорты для лечения больных с данной патологией.

medfsh.ru

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
Специальность – 31.05.02 Педиатрия
Дисциплина – Факультетская терапия, профессиональные болезни
Кафедра факультетской терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7
(А/02.7-ПК-5; ПК-6; А/03.7 - ПК-8; ПК-10)

Больной И. 33 года, слесарь-монтажник, поступил в стационар с жалобами на головные боли, тошноту, рвоту. В анамнезе частые ангины. В возрасте 18 лет перенес острый нефрит, заболевание протекало с большими отеками, макрогематурией, повышением АД.

Объективно: кожные покровы бледные, сухие. Веки отечны. Лицо пастозно. В легких везикулярное дыхание. Пульс - 96 в мин., ритмичный, напряжен. АД - 200/140 мм рт. ст. Сердце расширено в поперечнике за счет левых отделов. Тоны сердца звучные. Акцент II тона на аорте. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Данные лабораторно-инструментальных исследований:
Анализ крови: Эр. -2,5 $\cdot 10^{12}$/л, Нв - 75 г/л, Цв. п. - 0,9, Л. - 7,0 $\cdot 10^{9}$/л, Э. - 2% п.-3% с/я - 70%, лимф. - 20%, м. - 5%, СОЭ - 35 мм/час.

Б/х анализ крови: Мочевина - 12,66 ммоль/л, креатинин - 305, 04 мкмоль/л, калий - 4,6 ммоль/л, натрий - 132 ммоль/л

Анализ мочи: уд. вес - 1006, белок - 0,165‰, Эр. - 3-5 в п.зр., гиал. цилиндры - единичные.

Проба Зимницкого: Дневной диурез - 400 мл, ночной диурез - 600 мл, колебания уд. веса - 1006-1011.

Проба Реберга-Тареева: суточное количество мочи - 1200 мл, креатинин крови 305,2 мкмоль/л, креатинин мочи - 698,3 ммоль/л, клубочковая фильтрация - 23 мл/мин., канальцевая реабсорбция - 96%.

ЭКГ: признаки гипертрофии левого желудочка, метаболические нарушения в миокарде.

Глазное дно: отек дисков зрительных нервов, сужение и извилистость артерий, многочисленные кровоизлияния, в парамакулярной области группа белых очажков.

***Вопросы к задаче*:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите осложнения болезни.
3. Охарактеризуйте стадии хронической почечной недостаточности.
4. Назовите основные клинические формы хронического гломерулонефрита.
5. Оцените показатели пробы Зимницкого и Реберга-Тареева.
6. Обоснуйте применение антикоагулянтной терапии в лечении ХГН.
7. Назовите четырехкомпонентную схему лечения данного заболевания.
8. Назначьте лечение больному (выпишите рецепты).
9. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

medfsh.ru

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
Специальность – 31.05.02 Педиатрия
Дисциплина – Факультетская терапия, профессиональные болезни
Кафедра факультетской терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №8
(А/02.7-ПК-5; ПК-6; А/03.7 - ПК-8; ПК-10; А/01.7- ПК-11)

Больная А. 38 лет, продавец поступила в клинику с жалобами на озноб, резкую слабость, повышение t^0 тела до $39,5^0$, кашель с гнойной мокротой в количестве 30-40 мл в сутки, тошноту.

Заболела остро, 5 дней назад после переохлаждения поднялась температура до $38,3^0$, появилась боль в правой половине грудной клетки, выраженная одышка, кашель. В анамнезе - перенесенный 2 недели назад грипп.

Объективно: общее состояние тяжелое, сознание спутанное. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Перкуторно - укорочение легочного звука справа в нижних отделах, аускультативно дыхание везикулярное, усиленное справа ниже угла лопатки. Там же выслушиваются звучные влажные хрипы. ЧД - 36 в 1 минуту. Границы сердца не увеличены, тоны ритмичны, приглушены, тахикардия. ЧСС - 96 в 1 минуту. АД 80/50 мм рт.ст. Живот мягкий, печень не увеличена.

Данные дополнительных исследований:

Анализ крови: Эр. - 4,8 $\cdot 10^{12}$/л, Нв - 140 г/л, Цв.п. - 0,9, Л. - 18 $\cdot 10^9$/л, э.-1%, n.-22%, с. - 58%, л. - 12%, м. - 7%, токсигенная зернистость нейтрофилов, СОЭ - 53 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 68 г/л, альбумины - 44%, глобулины: α_1 - 4%, α_2 -12%, β-14%, γ - 26%. Серомукоиды - 600 ед., СРБ 3+

Анализ мокроты: гнойная, желтовато-зеленоватого цвета, микроскопически - лейкоциты в большом количестве.

R-графия грудной клетки: выявляется обширная полисегментарная инфильтрация легочной ткани справа ($S_{6, 8, 9, 10)}$ с участками просветления.

***Вопросы к задаче*:**

1. Выделите основные клинические синдромы.
2. Оцените тяжесть состояния больного.
3. Дайте интерпретацию рентгенологических и лабораторных данных.
4. Сформулируйте клинический диагноз.
5. Назовите наиболее вероятные этиологические факторы заболевания у больной.
6. Назовите возможные осложнения данного заболевания.
7. Что такое респираторный дистресс-синдром?
8. Назначьте лечение больной (выпишите рецепты).

medfsh.ru

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
Специальность – 31.05.02 Педиатрия
Дисциплина – Факультетская терапия, профессиональные болезни
Кафедра факультетской терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9
(А/02.7-ПК-5; ПК-6; А/03.7 - ПК-8)

Больная Д., 45 лет, жалуется на интенсивные боли в правом подреберье, тошноту, рвоту с наличием в желудочном содержимом желчи, повышение температуры до 37,5^{0}С.

Из анамнеза: в течение 5 лет отмечает периодические боли в правом подреберье, связанные с погрешностями в диете, купирующиеся приемом но-шпы, аллохола. Ухудшение состояния наступило два дня назад после употребления копченой колбасы.

Объективно: состояние средней тяжести. Повышенного питания (ожирение 2 степени). Кожные покровы и видимые слизистые субиктеричны. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД-20 в/мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС-88 в/мин. АД-115/70 мм рт.ст. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный в правом подреберье, в проекции желчного пузыря. Положительные симптомы Мюсси, Кера, Мерфи. Печень не увеличена.

Вопросы к задаче:

1. Ваш предварительный диагноз
2. Назначьте план обследования
3. Какие факторы риска развития заболевания имеются у данной пациентки?
4. Назначьте лечение (выпишите рецепты).
5. Определите меры профилактики
6. Дайте рекомендации по санаторно-курортному лечению
7. Определите прогноз.

medfsh.ru

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
Специальность – 31.05.02 Педиатрия
Дисциплина – Факультетская терапия, профессиональные болезни
Кафедра факультетской терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10
(А/02.7-ПК-5; ПК-6; А/03.7 - ПК-8)

Больной К., студент, жалуется на боли в эпигастрии голодные и через 1,5-2 часа после приема пищи, иногда боли по ночам, тошноту, изжогу, купируемую приемом молока, повышенную утомляемость, раздражительность. Болен в течение года. В последнее время боли усилились. В анамнезе частые нарушения пищевого режима.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 18 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 72 в минуту, АД – 115/70 мм рт ст. Язык влажный, умеренно обложен налетом белого цвета. При пальпации живот мягкий, болезненный в пилородуоденальной зоне. Симптом Менделя отрицательный. Печень не увеличена.

ФГС - в антральном отделе желудка наблюдается отек слизистой оболочки, очаги гиперемии, единичные эрозии.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите основные синдромы, имеющиеся у данного больного.
3. Для какого типа желудочной секреции характерны подобные симптомы? Как это подтвердить?
4. Назовите основные этиологические факторы данного заболевания.
5. Назовите методы исследования для определения Helicobacter pylori.
6. Какой прогноз при данном заболевании?
7. Назначьте лечение (выписать рецепты). Напишите одну из схем эрадикационной терапии
8. Дайте рекомендации по санаторно-курортному лечению и профилактике обострений.

medfsh.ru

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
Специальность – 31.05.02 Педиатрия
Дисциплина – Факультетская терапия, профессиональные болезни
Кафедра факультетской терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11
(А/02.7-ПК-5; ПК-6; А/03.7 - ПК-8)

Больной К. 48 лет, учитель, обратился к участковому врачу с жалобами на боли сжимающего характера за грудиной и одышку при физической нагрузке, общую слабость, частые головокружения, головные боли, склонность к обморочным состояниям.

Считает себя больным в течении 5 лет, когда появились вышеуказанные жалобы. К врачу не обращался. Принимал валидол, корвалол. В детстве - частые ангины. Во время учебы в институте при прохождении медицинского осмотра выявлялся “шум в сердце”, но углубленного обследования не проводилось. Ухудшение состояния связывает с физическим перенапряжением во время ремонта квартиры.

Объективно: Кожные покровы бледные. Над легкими - везикулярное дыхание. При пальпации области сердца - “кошачье мурлыканье” во II межреберье справа. Границы сердца смещены влево до передней подмышечной линии. Тоны сердца приглушены, II т. над аортой ослаблен, здесь же выслушивается грубый систолический шум, иррадиирующий на сосуды шеи, короткий систолический шум на верхушке сердца. ЧСС - 76 в мин. Пульс - 76 в мин. АД - 110/80 мм рт.ст. Пальпация живота безболезненна. Печень у края реберной дуги.

***Вопросы к задаче*:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. При каких заболеваниях выявляется симптом “кошачьего мурлыканья”?
4. Объясните причину обморочных состояний у больного.
5. Нарисуйте ЭКГ, характерную для данного заболевания.
6. Объясните причину появления сжимающих болей в сердце у больного.
7. Какие осложнения угрожают больному?
8. Назначьте лечение (выписать рецепты).

medfsh.ru

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
Специальность – 31.05.02 Педиатрия
Дисциплина – Факультетская терапия, профессиональные болезни
Кафедра факультетской терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12
(А/02.7-ПК-5; ПК-6; А/03.7 - ПК-8; ПК-10; А/01.7- ПК-11)

Больной С. 68 лет, пенсионер. Госпитализирован в клинику с жалобами на боли за грудиной сжимающего характера при ходьбе на расстояние 100-150 м и подъеме на 1 этаж, головокружение, периодические приступы слабости с кратковременной потерей сознания, одышку при ходьбе. Болен в течение 4-х лет. Доставлен бригадой скорой помощи с улицы - был приступ потери сознания "с судорогами" и непроизвольным мочеиспусканием.

Объективно: Состояние тяжелое. Акроцианоз. Периферических отеков нет. На фоне везикулярного дыхания небольшое количество влажных хрипов в задне-боковых отделах легких. Перкуторно - расширение границ сердца влево и вправо. Тоны сердца глухие, периодически звучность I тона усиливается ("пушечный тон" Стражеско). Акцент и металлический оттенок II тона на аорте. Пульс ритмичен, напряжен, 42 удара в минуту. А/Д - 160/80 мм рт. ст.

Данные лабораторно-инструментальных исследований:

Общий анализ крови: Эр. - 4,2 $\cdot 10^{12}$ /л, Нв. - 145 г/л, Л. - 6,3 $\cdot 10^{9}$ /л, СОЭ - 4 мм/час. Лейкоцитарная формула не изменена.

Общий анализ мочи: уд. вес- 1014, белок - 0,033 ‰, л. ед. в поле зрения.

ЭКГ: Зубцы Р и комплексы QRST регистрируются каждый в своем ритме, соответственно 88 и 42 в минуту, часть зубцов Р накладывается на QRST.

***Вопросы к задаче*:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какой вид аритмии имеется у больного?
3. Что такое "пушечный тон" Стражеско?
4. Объясните причину приступов потери сознания у больного. Как называются эти приступы?
5. Ваша тактика во время приступа потери сознания.
6. Назначьте лечение больному в межприступный период (выпишите рецепты).
7. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
8. Какое лечение показано больному при неэффективности консервативной терапии?

medfsh.ru

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
Специальность – 31.05.02 Педиатрия
Дисциплина – Факультетская терапия, профессиональные болезни
Кафедра факультетской терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 13
(А/02.7-ПК-5; ПК-6; А/03.7 - ПК-8; ПК-10)

Больной Б. 33 лет, доставлен машиной скорой помощи в тяжелом состоянии с жалобами на ознобы, потливость, высокую температуру - 39-39,5° в течение недели, боли в грудной клетке, кашель с трудно отхаркиваемой мокротой. Накануне поступления в больницу больной отмечает выделение мокроты в количестве 100 мл, неприятного запаха. Болен в течение 3 недель - перенес грипп, течение которого осложнилось пневмонией. Лечился не регулярно. В анамнезе - злоупотребление алкоголем.

Объективно: Состояние тяжелое. Пониженного питания. Кожные покровы бледно-землистой окраски, влажные. Акроцианоз. Отмечается отставание левой половины грудной клетки при дыхании. ЧД-24 в мин. Укорочение перкуторного звука слева ниже угла лопатки. При аускультации - ослабленное дыхание, мелкопузырчатые хрипы слева, после откашливания мокроты отмечается появление амфорического дыхания. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца ритмичные, умеренно приглушены. Пульс - 100 уд. в мин., тахикардия, АД - 100/60 мм. рт. ст. Живот мягкий печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный.

Данные лабораторно-инструментальных исследований:

Анализ крови:

Эр. - 3,5 · 10^{12}/л, Нв -110 г/л, Л. -15,0 · 10^{9} /л, п.- 20%, с.-62%, лимф.-10 %, м.- 8%, токсигенная зернистость нейтрофилов, СОЭ - 60 мм/час

Анализ мочи: уд. вес 1020, белок -0,66‰, Л. единичные в п/зр.

Анализ мокроты: при стоянии расслаивается на 2 слоя . Микроскопически большое кол-во лейкоцитов и эластических волокон.

Рентгенография грудной клетки: Слева определяется округлая, нерезко ограниченная тень с горизонтальным уровнем жидкости.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Перечислите этиологические факторы, способствующие развитию данного заболевания.
3. Проанализируйте результаты дополнительных исследований.
4. Какие осложнения угрожают больному?
5. Назовите критерии инфекционно-токсического шока и неотложную помощь при нём.
6. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
7. Назовите методы верификации возбудителей?
8. Назначьте лечение (выпишите рецепты).

medfsh.ru

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
Специальность – 31.05.02 Педиатрия
Дисциплина – Факультетская терапия, профессиональные болезни
Кафедра факультетской терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 14
(А/02.7-ПК-5; ПК-6; А/03.7 - ПК-8; ПК-10)

Больная С. 56 лет, жалуется на головные боли, сердцебиение, одышку при небольшой физической нагрузке, ноющие боли в области сердца. В течение 10 лет отмечается высокая артериальная гипертония (АД в пределах 160/100 – 195/110 мм рт.ст). Несмотря на проводимую гипотензивную терапию, отмечаются периодические подъемы артериального давления. Год назад у больной было острое нарушение мозгового кровообращения.

В анамнезе – семейно-бытовые и производственные стрессовые ситуации. Наследственность по артериальной гипертензии и мозговому инсульту отягощена (отец умер от инсульта).

Объективно: Кожные покровы чистые, обычной окраски, легкий акроцианоз. Повышенного питания. В легких дыхание везикулярное. Пульс - 100 в мин. АД - 190/115 мм рт ст. Левая граница смещена влево на 2 см. от средне-ключичной линии, тоны сердца приглушены, на верхушке сердца систолический шум, акцент II тона над аортой. Печень не увеличена, отеков нет.

Анализ крови общий – без патологии. Холестерин крови - 7,2 ммоль/л, β-липопротеиды – 64 ед.

Анализ мочи: - белок - 0,33 ‰, единичные эритроциты в п/зр.

Глазное дно – артерии резко сужены, уплотнены, вены полнокровны.

ЭКГ – признаки гипертрофии левого желудочка с явлениями систолической перегрузки.

***Вопросы к задаче*:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие факторы риска АГ имеются у больной?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить больной?
4. Назовите особенности кардиалгического синдрома при ГБ.
5. Какие осложнения имеются у больной?
6. Назначьте лечение (выпишите рецепты).
7. Профилактика.

medfsh.ru

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
Специальность – 31.05.02 Педиатрия
Дисциплина – Факультетская терапия, профессиональные болезни
Кафедра факультетской терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15
(А/02.7-ПК-5; ПК-6; А/03.7 - ПК-8; ПК-10; А/01.7- ПК-11)

Больной Ж. 47 лет, директор школы, доставлен кардиобригадой с жалобами на боли жгучего характера за грудиной, сопровождающиеся ощущением нехватки воздуха и сердцебиением. Состояние резко ухудшилось 40 минут назад - после сильного стресса появились загрудинные боли. Прием нитроглицерина уменьшил боли на короткое время. Через несколько минут боли вновь усилились и приняли более распространенный характер, с иррадиацией в левую руку и нижнюю челюсть. Появилась резкая слабость, потливость, “страх смерти”. Была вызвана скорая помощь.

Объективно: Состояние тяжелое. Бледность кожных покровов, акроцианоз. Покрыт холодным потом. Над легкими - везикулярное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы с обеих сторон. Тоны сердца глухие, аритмичные, ЧСС - 110 в мин. АД - 80/50 мм рт. ст. Пульс - 110 в мин., слабого наполнения, аритмичен. Живот мягкий, печень у края реберной дуги. Отеков нет.

Данные дополнительных исследований:

Анализ крови: Эр. - 4,8 $\cdot 10^{12}$ /л, Нв. - 145 г/л, Л. - 13 $\cdot 10^{9}$ /л, СОЭ- 6 мм/час. Миоглобин 128 нг/мл. Положительный тропониновый тест.

ЭКГ: Синусовая тахикардия, единичные желудочковые экстрасистолы. В I, II, AVL, V_2 - V_3 -V_4 отв. - сегмент ST в виде монофазной кривой.

***Вопросы к задаче*:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Тактика врача скорой помощи на догоспитальном этапе.
3. Чем обусловлена тяжесть состояния больного?
4. Какие другие осложнения могут угрожать больному.
5. Оцените данные дополнительных исследований. Нарисуйте ЭКГ больного.
6. Современная тактика оказания медицинской помощи больному с данной патологией (выписать рецепты).
7. Какое противоаритмическое средство необходимо назначить больному для профилактики фибрилляции желудочков, при нормальном АД.
8. Назовите факторы риска ИБС.

medfsh.ru

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
Специальность – 31.05.02 Педиатрия
Дисциплина – Факультетская терапия, профессиональные болезни
Кафедра факультетской терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16
(А/02.7-ПК-5; ПК-6; А/03.7 - ПК-8; ПК-10)

Больной К. 38 лет, инвалид II группы, поступил на стационарное лечение по направлению участкового терапевта с жалобами на повышение температуры тела до 38-39^0, сопровождающееся ознобами, профузным потом, одышку и сердцебиение при ходьбе, приступы удушья по ночам.

В анамнезе - ревматизм с 12-летнего возраста, в 18 лет установлен диагноз митрального порока сердца. Ежегодно лечился стационарно. Последние 4 года усилилась одышка, появились отеки на ногах. Постоянно принимает мочегонные и сердечные гликозиды. Состояние резко ухудшилось месяц назад после удаления зуба: появились ознобы, фебрильная температура. Лечился в поликлинике с диагнозом ОРВИ. Прием аспирина, амоксициллина, зинацефа был неэффективным.

Объективно: Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, на коже предплечий, плеч петехиальные кровоизлияния, акроцианоз, отеки голеней. Симптом Мюссе. В легких везикулярное дыхание, незвучные мелкопузырчатые хрипы в нижнебоковых отделах. Верхушечный толчок усилен, пальпируется в VII межреберье. На верхушке сердца определяется диастолическое дрожание. Границы сердца расширены влево, вниз, вверх и вправо. Аускультативно: ослабление I тона, систолический и диастолический шумы на верхушке. Над аортой II тон резко ослаблен, выслушивается мягкий, дующий диастолический шум, который проводится в точку Боткина-Эрба. ЧСС - 95 в мин. АД 160/40 мм рт. ст. Пульс скорый, высокий, аритмичный, 80 в 1 мин. Печень выступает на 5 см из-под края реберной дуги. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон.

Данные дополнительных исследований:

Общий анализ крови: Эр - 2,1 $\cdot 10^{12}$/л, Нв - 92 г/л, Л. - 15 $\cdot 10^{9}$/л, Э. - 2%, п - 12%, с.- 64%, л. -16%, м. - 6%, СОЭ - 54 мм/час

Общий анализ мочи: уд. вес. - 1013, белок - 1,65‰, Эр. - 25-40 в п/зр., цил. гиалиновые - 6-7 в п/зр.

***Вопросы к задаче*:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза.
3. Объясните причину ухудшения состояния больного.
4. Что такое симптом Мюссе? При каких заболеваниях он встречается?
5. Объясните причину выявления у больного геморрагического синдрома. Какими клиническими симптомами он проявляется?
6. О каких нарушениях гемодинамики свидетельствует АД больного? С наличием какого порока сердца оно связано?
7. Назовите “периферические” признаки установленного у больного аортального порока сердца.
8. Назначьте лечение больному

medfsh.ru

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
Специальность – 31.05.02 Педиатрия
Дисциплина – Факультетская терапия, профессиональные болезни
Кафедра факультетской терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 17
(А/02.7-ПК-5; ПК-6; А/03.7 - ПК-8; ПК-10)

Больной Т., 36 лет, поступил в клинику 10 августа. В течение июля работал в саду за городом, строил дом. Заболел остро 5 августа: температура повысилась до 40 ^{0}С. Жаловался на сильную головную боль, повторную рвоту, боли в области поясницы и живота с 3-го дня болезни, плохой сон, отсутствие аппетита, жажду. С 8 августа стал плохо видеть, появилась сыпь на коже.

При поступлении в больницу состояние больного тяжелое. Гиперемия лица и плечевого пояса, на боковых поверхностях грудной клетки, на спине обильная петехиальная сыпь, в местах инъекций – обширные кровоподтеки. В склере правого глаза – кровоизлияние. Слизистая ротовой полости сухая, на твердом небе пятнистая энантема. В легких везикулярное дыхание. Пульс 88 уд. в мин., ритмичный, мягкий, АД 110/90 мм рт.ст. Границы сердца не изменены, тоны глухие. Живот мягкий, безболезненный в эпигастрии. Печень своим нижним краем выступает на 3 см из-под реберной дуги, плотная и болезненная. Селезенка не пальпируется. Менингеальных симптомов нет. На 7-й день болезни выпил 2200 мл воды, выделил мочи – 750мл, за следующие сутки выделил 350 мл мочи. На 9-й день – 150мл. Жаловался на сухость во рту, резкую слабость, рвоту, боли в пояснице. Пульс 60 уд. в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80мм рт.ст.

Общий анализ мочи: Относительная плотность – 1008, белок – 3,3‰, эритроциты свежие 10-12 в п/з, цил. гиалиновые 5-6 в п/з.

***Вопросы к задаче*:**

1. Определите ведущие синдромы в клинике заболевания
2. Поставьте предварительный диагноз
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назначьте лечение.
5. Какие лабораторные исследования необходимо провести?
6. Показания для проведения гемодиализа
7. Правила выписки
8. Диспансерное наблюдение

medfsh.ru

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
Специальность – 31.05.02 Педиатрия
Дисциплина – Факультетская терапия, профессиональные болезни
Кафедра факультетской терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 18

(А/02.7-ПК-5; ПК-6; А/03.7 - ПК-8; ПК-10; А/01.7- ПК-11)

Больной 60 лет в экстренном порядке был госпитализирован в блок интенсивной терапии. При поступлении предъявлял жалобы на интенсивные жгучие боли за грудиной, не купирующиеся приемом нитроглицерина.

В течение 10 лет беспокоят загрудинные боли при ходьбе через 300-500 метров, преимущественно по утрам, купируются после приема нитроглицерина через 1-2 минуты или в состоянии покоя. Лечился не регулярно. Курит до 10 сигарет в день. Ухудшение отмечает в течение недели, когда участились и усилились загрудинные боли. Несколько часов назад развился болевой приступ, который был купирован лишь наркотическими анальгетиками бригадой скорой помощи.

Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное, повышенного питания. Кожные покровы слизистые, бледно-розовые. Периферических отеков нет. Над легкими перкуторно-легочный звук, аускультативно - дыхание везикулярное. Частота дыхания -18 в минуту. Границы относительной тупости сердца: левая - по левой средне-ключичной линии, правая - по правому краю грудины, верхняя - на уровне III ребра. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 120/75 мм рт.ст. Частота сердечных сокращений-80 в минуту. Живот безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9-8-7 см.

На электрокардиограмме №1(в 16-00 ч.)- ритм синусовый, $\angle\alpha$=30°, $R_I > R_{II} > R_{III}$, $S_{III} > R_{III}$. В отведениях I, avL, V_4, V_5, V_6 определяется снижение сегмента ST на 2 мм и слабоотрицательный зубец Т.

На электрокардиограмме №2(в 19-00 ч.)- сегмент ST на изолинии, зубец Т-слабоположительный.

Общий анализ крови:		*Биохимический анализ крови:*
Эритроциты - 4,5 . 10 12/л	Сегментоядерные - 72%	Аспартатаминотрансфераза - 22,5ед/л
Гемоглобин - 150 г/л	Лимфоциты - 22%	Аланинаминотрансфераза - 18,4ед/л
Лейкоциты - 4,5 . 10 9 /л	Моноциты - 5%	Креатинфосфокеназа - 75 ед/л
Палочкоядерные - 1%	СОЭ - 7 мм/час	Лактатдегидрогеназа - 240 ед/л

При эхокардиографическом исследовании: аорта уплотнена, открытие аортального клапана-1,8см, левое предсердие –3,0см, толщина межжелудочковой перегородки-1,1 см, толщина задней стенки левого желудочка-1,1, правый желудочек-2,3см, левый желудочек: конечный диастолический размер –4,5см, конечный систолический размер-4,0см, фракция выброса 56%.

***Вопросы к задаче*:**

1. Оцените данные лабораторных методов исследования.
2. Интерпретируйте изменения электрокардиограммы, эхокардиографии
3. Сформулируйте диагноз. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Какие осложнения угрожают данному пациенту?
6. Какова лечебная тактика?
7. Назовите этиологические факторы и особенности патогенеза болезни.
8. Определите прогноз.

medfsh.ru

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
Специальность – 31.05.02 Педиатрия
Дисциплина – Факультетская терапия, профессиональные болезни
Кафедра факультетской терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №19
(А/02.7-ПК-5; ПК-6; А/03.7 - ПК-8; ПК-10)

Больной С. 22 лет, строитель, доставлен по скорой помощи в хирургическое отделение с жалобами на повышение температуры до $38,8^0$ С, выраженные боли в животе (больше справа), сухой кашель, одышку, общую слабость, однократную рвоту.

Заболел остро 15/X-97г. после переохлаждения. Появился озноб, головная боль, повышение температуры тела до 40^0 С. После приема аспирина стало легче, но 16/X утром появились сильные боли в животе, вызвал “скорую помощь” и был доставлен в стационар с подозрением на острый живот. В анамнезе хронический холецистит.

Объективно: состояние тяжелое. Гиперемия щек, более выраженная справа, герпетические высыпания на носу, цианоз губ. ЧД - 32 в минуту. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Голосовое дрожание справа в нижних отделах несколько усилено. Укорочение перкуторного звука справа ниже угла лопатки и в подмышечной области, там же ослабленное дыхание, крепитация, шум трения плевры. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС - 98 в мин., АД- 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, симптомов раздражения брюшины нет.

Данные лабораторных исследований:

Общий анализ крови: Эр. - $5,2 \cdot 10^{12}$ /л, Нв - 142 г/л, Л. - 18 $\cdot 10^9$ /л, э. - 1%, п. - 22%, с.- 64%, лимф. - 7%, мон. - 6%, токсигенная зернистость нейтрофилов, СОЭ- 38 мм/час

***Вопросы к задаче*:**
1. Какое заболевание наиболее вероятно у больного?
2. Назовите этиологические факторы и особенности патогенеза болезни.
3. Объясните причину появления у больного болей в правом подреберье?
4. Составьте план обследования.
5. Назовите возможные осложнения болезни.
6. Назовите основные симптомы инфекционно-токсического шока.
7. Составьте план лечения (выпишите рецепты).
8. Перечислите побочные действия антибиотиков.

medfsh.ru

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
Специальность – 31.05.02 Педиатрия
Дисциплина – Факультетская терапия, профессиональные болезни
Кафедра факультетской терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №20

(А/02.7-ПК-5; ПК-6; А/03.7 - ПК-8; ПК-10)

Больная П. 42 лет, инвалид II группы, доставлена в неврологическое отделение инсультной бригадой с диагнозом “острое нарушение мозгового кровообращения”. Сбор анамнеза затруднен из-за дизартрии. Со слов сопровождающих родственников страдает ревматизмом с детства, с 35 лет - инвалид 2 группы. Ухудшение состояния наступило остро - после посещения бани появилась затрудненная речь, резкая слабость и потеря движений в правых конечностях.

Объективно: Состояние тяжелое. Правосторонний гемипарез. Пониженного питания. Акроцианоз (facies mitralis).При пальпации области сердца - диастолическое дрожание. Границы сердца расширены вверх и вправо. При аускультации сердца тоны аритмичные, ЧСС-98 в мин., на верхушке - 1 тон хлопающий, ритм перепела, диастолический шум. Акцент 2 тона над легочной артерией. Пульс 75 уд в мин., аритмичный, слабее по наполнению на левой руке. АД 100/70 мм. рт ст. Печень выступает на 2 см ниже реберной дуги, болезненна. Голени пастозны.

Вопросы к задаче:

1. Объяснить причину развития ОНМК у данной больной.
2. Какие дополнительные обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?
3. Сформулируйте диагноз больной.
4. Какие осложнения основного заболевания имеются у больной?
5. Дайте краткую характеристику этиопатогенеза заболевания у данной больной.
6. Что такое ”ритм перепела“?
7. Что такое дефицит пульса?
8. Назначьте лечение больной (выпишите рецепты).

medfsh.ru

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
Специальность – 31.05.02 Педиатрия
Дисциплина – Факультетская терапия, профессиональные болезни
Кафедра факультетской терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №21
(А/02.7-ПК-5; ПК-6; А/03.7 - ПК-8)

Больной Б. 48 лет. Жалобы на увеличение живота и тяжесть в правом подреберье. В прошлом злоупотреблял алкоголем. В течение последних 5 лет отмечалось увеличение печени. Увеличение живота заметил 1 месяц назад.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые субиктеричны. Телеангиоэктазии на коже туловища, гиперемия ладоней. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД-20 в/мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС-80 в/мин. АД-115/70 мм рт.ст. Язык умеренно обложен белым налетом. Живот увеличен в объеме, пупок сглажен, определяется флюктуация при пальпации. Печень выступает ниже реберной дуги на 2-3 см, край ее заострен, консистенция плотная. Пальпируется нижний край селезенки.

Биохимический анализ крови: билирубин крови - 30 мкмоль/л, АСТ - 80 ед/ч·л, АЛТ - 120 ед/ч·л, креатинин - 80 мкмоль/л, общий белок - 52 г/л, альбумины – 42%, холестерин – 3,6 ммоль/л, протромбиновый индекс - 50%.

Вопросы к задаче:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Объясните механизм развития асцита?
3. Как оценить показатель протромбинового индекса у больного? Какое осложнение может развиться?
4. Назначьте дополнительные методы исследования.
5. Назначьте лечение (выпишите рецепты).
6. Назовите показания для лапароцентеза и введения заменителей плазмы?
7. Каков прогноз при данном заболевании?
8. Профилактика.

medfsh.ru

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
Специальность – 31.05.02 Педиатрия
Дисциплина – Факультетская терапия, профессиональные болезни
Кафедра факультетской терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 22

(А/02.7-ПК-5; ПК-6; А/03.7 - ПК-8)

Больная М., 44 лет, жалуется на интенсивные боли в верхней половине живота опоясывающего характера, тошноту, рвоту, обильный кашицеобразный стул. Оперирована по поводу желчно-каменной болезни 4 года назад. Через полгода после операции впервые возник подобный приступ, сопровождался увеличением уровня амилазы в крови и моче. Подобные приступы повторяются 1-2 раза в год, после погрешностей в диете.

Объективно: На коже груди и живота «рубиновые капли». Патологии со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы не выявлено. Язык умеренно обложен у корня белым налетом. Живот мягкий, болезненный в зоне Шоффара и левом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет.

В ОАК – эритроциты – 4,2* 10^{12}/л, гемоглобин – 126 г/л, лейкоциты – 6,7*10^{9}/л, лейкоформула без особенностей, СОЭ- 20 мм/час.

ОАМ – с/ж, уд.вес 1018, белок – отр., лейкоциты – един. в поле зрения, диастаза мочи – 128 ед/ч*л.

Вопросы к задаче:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Назовите этиологические факторы заболевания.
3. Назначьте план обследования
4. Назовите признаки экзокринной недостаточности при данной патологии
5. Как проявляется нарушение эндокринной функции поджелудочной железы.
6. Назначить лечение (выписать рецепты)
7. Назовите меры профилактики
8. Определите прогноз.

medfsh.ru

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
Специальность – 31.05.02 Педиатрия
Дисциплина – Факультетская терапия, профессиональные болезни
Кафедра факультетской терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №23
(А/02.7-ПК-5; ПК-6; А/03.7 - ПК-8; ПК-10)

Больная Н. 22 года, педагог, обратилась к врачу с жалобами на отеки, олигурию, изменение цвета мочи, которые появились через 2 недели после ангины. До настоящего времени ничем не болела.

Объективно: кожные покровы бледные. Отеки на лице, ногах, пояснице. Рост 164 см, вес 76 кг (до болезни 67 кг). В легких везикулярное дыхание. Пульс 98, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 160/90 мм рт.ст. Поперечник сердца расширен за счет левых отделов. Тоны сердца приглушены, на верхушке и в точке Боткина короткий систолический шум. Печень не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого (+) с обеих сторон.

Данные лабораторных исследований:

Анализ крови: Эр. - $3,7 \cdot 10^{12}$/л, Нв - 126 г/л, Цв. пок. - 1,0, Л. - $7,0 \cdot 10^{9}$/л, э. - 4%, п/я. - 1%, с/я. - 64%, лимф. - 29%, м. - 2%, СОЭ - 48 мм/час.

Б/х анализ крови: мочевина - 32 ммоль/л, холестерин - 11,6 ммоль/л, фибриноген - 10 г/л, креатинин - 280 мкмоль/л. Общий белок - 41 г/л, А - 40%, Г - 60%, α_1 - 6%, α_2 -17%, β- 12%, γ - 25%. Сахар крови - 4,5 ммоль/л

LE - клетки в крови не найдены.

Анализ мочи: удельный вес 1024, белок - 6,6‰, Эр. свежие и выщелоченные 20-25 в п. зр., цилиндры - 2-3 в п.зр.

Проба Зимницкого: колебания удельного веса 1016-1026, суточный диурез - 700 мл.

Проба Реберга-Тареева: суточный диурез - 200 мл, креатинин мочи - 530,4 ммоль/л, креатинин крови - 288,4 мкмоль/л, клубочковая фильтрация - 42 мл/мин., канальцевая реабсорбция - 98,3%.

ЭКГ: синусовая тахикардия - 100 в минуту. Метаболические нарушения в миокарде.

***Вопросы к задаче*:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите основные клинические варианты данного заболевания.
3. Назовите этиологические факторы.
4. Назовите основные механизмы патогенеза данного заболевания.
5. Обоснуйте с точки зрения патогенеза заболевания необходимость назначения антикоагулянтной терапии.
6. Назовите возможные осложнения болезни, какое из них имеется у больной.
7. Проведите дифференциальный диагноз данного заболевания с ГЛПС.
8. Назначьте лечение, выпишите рецепты.

medfsh.ru

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
Специальность – 31.05.02 Педиатрия
Дисциплина – Факультетская терапия, профессиональные болезни
Кафедра факультетской терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 24
(А/02.7-ПК-5; ПК-6; А/03.7 - ПК-8; ПК-10)

Больной О. 32 лет, водитель, обратился к врачу с жалобами на сильные боли в подложечной области, возникающие через 1,5-2 часа после приёма пищи, в ночное время или натощак. Болевой приступ уменьшается после приёма пищи. Беспокоят также общая слабость, изжога, отрыжка кислым, тошнота, запоры. Считает себя больным в течение 2-х лет. Развитие заболевания связывает с частыми длительными командировками и нарушением режима питания. К врачам не обращался. При появлении изжоги принимал соду. Ухудшение состояния отмечает в течение недели. После тяжелой физической работы появились вышеуказанные жалобы.

Объективно: Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Над легкими везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, чистые. Пульс - 72 в 1 мин., ритмичен. АД- 110/70 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации - умеренно напряжен в области эпигастрия, определяется локальная болезненность в зоне Шоффара в точках Опенховского, Боаса, положительный симптом Менделя. Печень не увеличена.

Данные лабораторных исследований:

Общий анализ крови:

Эр. - 3,5 $\cdot 10^{12}$/л, Нв - 102 г/л, Л. - 6,8 $\cdot 10^{9}$/л, Лейкоформула без особенностей. СОЭ - 20 мм/час

R-скопия желудка: Натощак содержит жидкость. Перистальтика желудка усилена, конвергенция складок, деформация и раздражение луковицы 12-перстной кишки, эвакуация замедлена.

Анализ кала: реакция Грегерсена положительная.

***Вопросы к задаче*:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какое обследование необходимо для уточнения диагноза?
3. Назовите прямые и косвенные рентгенологические признаки язвенной болезни.
4. О чем говорит положительная реакция Грегерсена? При каких заболеваниях она наблюдается?
5. Какие осложнения угрожают больному?
6. Что такое симптомы Менделя, Оленховского, Боаса?
7. Назначьте лечение (выпишите рецепты).
8. Что такое эрадикационная терапия? Показана ли она больному?

medfsh.ru

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
Специальность – 31.05.02 Педиатрия
Дисциплина – Факультетская терапия, профессиональные болезни
Кафедра факультетской терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №25
(А/02.7-ПК-5; ПК-6; А/03.7 - ПК-8; ПК-10; А/01.7- ПК-11)

Больная С. 26 лет, учительница, доставлена в клинику машиной скорой помощи с жалобами на ощущение “стеснения в груди”, затрудненное дыхание (особенно затруднен выдох), кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой. Больной себя считает около 7 лет, развитие заболевания связывает с хроническим бронхитом. Приступы удушья возникают чаще ночью, к утру. Раньше приступы снимались ингаляцией сальбутамола, в последнее время они участились, сделались более продолжительными и купируются инъекциями эуфиллина. Ухудшение состояния отмечает после перенесенной ОРВИ.

Объективно: вид больной испуганный. Положение вынужденное. Кожные покровы бледные, влажные. Дыхание затрудненное, с участием вспомогательных мышц, сопровождается слышными на расстоянии свистящими хрипами. Число дыханий - 24-26 в минуту. Грудная клетка бочкообразной формы, над легкими перкуторно-коробочный звук. При аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов на фоне ослабленного дыхания. Пульс учащен, малого наполнения. АД - 100/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены вправо на 1-1,5 см, тоны приглушены, тахикардия. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги.

Данные лабораторных исследований:

Анализ крови: Эр. - 3,8 $\cdot 10^{12}$/л; Нв - 132 г/л, Л.- 7,8$\cdot 10^{9}$/л; Э. - 12%, п - 4%, с. - 36%, л. - 42%, м. - 6%, СОЭ - 15 мм/час.

Мокрота слизистая, тягучего характера, при микроскопии определяются спирали Куршмана и кристаллы Шарко-Лейдена, лейкоциты.

R-графия грудной клетки: повышенная прозрачность легочной ткани, усиление легочного рисунка.

***Вопросы к задаче*:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз больной.
2. Назначьте лечебные средства для купирования приступа удушья.
3. Какое лечение можно рекомендовать в межприступном периоде?
4. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
5. Назовите нарушения функции внешнего дыхания, характерные для данного заболевания.
6. При каких заболеваниях могут развиться подобные симптомы?
7. Какие иммунологические и неиммунологические механизмы участвуют в развитии заболевания?
8. Какие осложнения могут угрожать больной?

medfsh.ru

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
Специальность – 31.05.02 Педиатрия
Дисциплина – Факультетская терапия, профессиональные болезни
Кафедра факультетской терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №26

(А/02.7-ПК-5; ПК-6; А/03.7 - ПК-8; ПК-10)

Больной К. 38 лет, инвалид II группы, поступил на стационарное лечение по направлению участкового терапевта с жалобами на повышение температуры тела до $38\text{-}39^0$, сопровождающееся ознобами, профузным потом, одышку и сердцебиение при ходьбе, приступы удушья по ночам.

В анамнезе - ревматизм с 12-летнего возраста, в 18 лет установлен диагноз митрального порока сердца. Ежегодно лечился стационарно. Последние 4 года усилилась одышка, появились отеки на ногах. Постоянно принимает мочегонные и сердечные гликозиды. Состояние резко ухудшилось месяц назад после удаления зуба: появились ознобы, фебрильная температура. Лечился в поликлинике с диагнозом ОРВИ. Прием аспирина, кларитромицина, зинацефа был неэффективным.

Объективно: Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, на коже предплечий, плеч петехиальные кровоизлияния, акроцианоз, отеки голеней. Симптом Мюссе. В легких везикулярное дыхание, незвучные мелкопузырчатые хрипы в нижнебоковых отделах. Верхушечный толчок усилен, пальпируется в VII межреберье. На верхушке сердца определяется диастолическое дрожание. Границы сердца расширены влево, вниз, вверх и вправо. Аускультативно: ослабление I тона, систолический и диастолический шумы на верхушке. Над аортой II тон резко ослаблен, выслушивается мягкий, дующий диастолический шум, который проводится в точку Боткина-Эрба, ЧСС - 95 в мин. АД 160/40 мм рт. ст. Пульс скорый, высокий, аритмичный, 80 в 1 мин. Печень выступает на 5 см из-под края реберной дуги. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон.

Данные дополнительных исследований:

Общий анализ крови: Эр - 2,1 $\cdot 10^{12}$/л, Нв - 92 г/л, Л. - 15 $\cdot 10^{9}$/л, Э. - 2%, п - 12%, с.- 64%, л. -16%, м. - 6%, СОЭ - 54 мм/час

Общий анализ мочи: уд. вес. - 1013, белок - 1,65‰, Эр. - 25-40 в п/зр., цил. гиалиновые - 6-7 в п/зр.

***Вопросы к задаче*:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины развития заболевания больного.
3. Объясните причину появления у больного удушья по ночам.
4. Назовите сосудистые признаки выявленного у больного аортального порока сердца.
5. Какие физикальные данные подтверждают наличие у больного митрального порока сердца.
6. Какой вид аритмии выявляется у больного. Нарисуйте ЭКГ.
7. Что такое «deficit» пульса, и пульс «differens», характерные для митрального стеноза?
8. Неотложная помощь при сердечной астме (выписать рецепты).

medfsh.ru

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
Специальность – 31.05.02 Педиатрия
Дисциплина – Факультетская терапия, профессиональные болезни
Кафедра факультетской терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 27

(А/02.7-ПК-5; ПК-6; А/03.7 - ПК-8; ПК-10; А/01.7- ПК-11)

Больной Д., 45 лет обратился в поликлинику с жалобами на интенсивные боли в эпигастральной области, тошноту, резкую слабость; накануне однократно была рвота съеденной пищей.

В анамнезе: язвенная болезнь желудка. Боли в эпигастрии появились через 10 часов после выполнения физической работы. Нарушений диеты отмечено не было.

При объективном исследовании: состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледные. Периферических отеков нет. ЧД-18 в 1 минуту. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 100/60 мм рт.ст., ЧСС=94 в минуту. Живот мягкий, при пальпации болезнен в эпигастрии, симптомов раздражения брюшины не обнаружено. Печень - у края реберной дуги.

Сделан общий анализ крови:
Эритроциты - $4{,}0 \cdot 10^{12}$/л; Гемоглобин - 128 г/л; Лейкоциты - $9{,}8 \cdot 10^{9}$/л; СОЭ -15 мм/час.

Был выставлен предварительный диагноз: обострение язвенной болезни желудка. Назначено противоязвенное лечение и больной направлен на фиброгастроскопию (ФГС). На следующий день во время проведения ФГС больной потерял сознание.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные, холодные, цианотичные. Тоны сердца глухие, ритмичные. АД-60/30 мм рт.ст. Пульс 100 в минуту. Живот мягкий.

На электрокардиограмме: подъем сегмента ST на 3 мм, отрицательный зубец Т в отведениях II,III,AVF, снижение сегмента ST в отведениях V_1 – V_3, высокий остроконечный положительный зубец Т в V_1 - V3.

Биохимический анализ крови: Лактатдегидрогеназа -460 ед/л; Креатинфосфокиназа - 890 ед/л; Аспартатаминотрансфераза - 90 ед/л

Вопросы к задаче:

1. Чем обусловлено резкое ухудшение состояния больного во время проведения ФГС?
2. Оцените данные электрокардиографии. Нарисуйте ЭКГ больного.
3. Ваша интерпретация лабораторных показателей.
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Сформулируйте диагноз.
6. Какие еще осложнения угрожают больному с данной патологией?
7. Современная тактика оказания медицинской помощи больному с данной патологией (выписать рецепты).
8. Назовите меры профилактики этого заболевания.

medfsh.ru

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
Специальность – 31.05.02 Педиатрия
Дисциплина – Факультетская терапия, профессиональные болезни
Кафедра факультетской терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 28
(А/02.7-ПК-5; ПК-6; А/03.7 - ПК-8)

Больной Т., 36 лет, поступил в клинику 10 августа. В течение июля работал в саду за городом, строил дом. Заболел остро 5 августа: температура повысилась до 40 ^{0}С. Жаловался на сильную головную боль, повторную рвоту, боли в области поясницы и живота с 3-го дня болезни, плохой сон, отсутствие аппетита, жажду. С 8 августа стал плохо видеть, появилась сыпь на коже.

При поступлении в больницу состояние больного тяжелое. Гиперемия лица и плечевого пояса, на боковых поверхностях грудной клетки, на спине обильная петехиальная сыпь, в местах инъекций – обширные кровоподтеки. В склере правого глаза – кровоизлияние. Слизистая ротовой полости сухая, на твердом небе пятнистая энантема. В легких везикулярное дыхание. Пульс 88 уд. в мин., ритмичный, мягкий, АД 110/90 мм рт.ст. Границы сердца не изменены, тоны глухие. Живот мягкий, безболезненный в эпигастрии. Печень своим нижним краем выступает на 3 см из-под реберной дуги, плотная и болезненная. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Менингеальных симптомов нет. На 7-й день болезни выпил 2200 мл воды, выделил мочи – 750мл, за следующие сутки выделил 350 мл мочи. На 9-й день – 150мл. Жаловался на сухость во рту, резкую слабость, рвоту, боли в пояснице. Пульс 60 уд. в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80мм рт.ст.

Общий анализ мочи: Относительная плотность – 1008, белок – 3,3‰, эритроциты свежие 10-12 в п/з, цил. гиалиновые 5-6 в п/з.

***Вопросы к задаче*:**

1. Определите ведущие синдромы в клинике заболевания
2. Поставьте предварительный диагноз
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назначьте лечение.
5. Какие лабораторные исследования необходимо провести?
6. Показания для проведения гемодиализа
7. Правила выписки
8. Диспансерное наблюдение

medfsh.ru

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
Специальность – 31.05.02 Педиатрия
Дисциплина – Факультетская терапия, профессиональные болезни
Кафедра факультетской терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №29

(А/02.7-ПК-5; ПК-6; А/03.7 - ПК-8)

Больной В. 64 лет, пенсионер, обратился к участковому врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, ощущение жжения и давления под мечевидным отростком грудины. Боль часто иррадирует в область сердца, под левую лопатку, возникает через 20-30 мин. после еды и снимается приемом соды. Беспокоят также тошнота, горечь во рту, отмечается наклонность к запорам. Ухудшение самочувствия отмечает в течение 2-х недель после приема индометацина, назначенного по поводу лечения остеохондроза.

Объективно: пониженного питания, кожные покровы чистые, бледные. Над легкими - везикулярное дыхание. Границы сердца расширены влево на 1,5-2 см. Тоны ритмичные, приглушены, небольшой акцент II тона над аортой. Пульс 80 в минуту. АД - 140/90 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации умеренно напряжен в эпигастральной области. Симптом Менделя положителен. Печень не увеличена.

Вопросы к задаче:

1. Выделите синдромы, сгруппировав их из имеющихся симптомов.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить больному?
4. Назовите прямые и косвенные рентгенологические симптомы данного заболевания.
5. Назовите эндоскопические критерии заболевания.
6. Проведите дифференциальную диагностику со сходными болезнями.
7. Ваша тактика лечения (выпишите рецепты).
8. Назовите возможные осложнения болезни.

medfsh.ru

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
Специальность – 31.05.02 Педиатрия
Дисциплина – Факультетская терапия, профессиональные болезни
Кафедра факультетской терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №30
(А/02.7-ПК-5; ПК-6; А/03.7 - ПК-8)

Больной Г., 25 лет, не работает, поступил в клинику по направлению участкового врача. Жалобы при поступлении на общую слабость, тошноту, плохой аппетит, непостоянные тупые боли в правом подреберье, похудание, боли в суставах рук, ног. Периодически отмечались носовые кровотечения, в последнюю неделю до поступления – повышение температуры до 37,5^{0}С.

Анамнез заболевания: слабость, плохой аппетит отмечает в течение месяца. Боли, тяжесть в правом подреберье наблюдались и ранее в течение года, но к врачам пациент не обращался. Не лечился, диету не соблюдал. Ухудшение состояния в течение недели: появились желтушность склер, тошнота, повысилась температура. Обратился к участковому врачу, госпитализирован в стационар.

Анамнез жизни: в детстве перенес болезнь Боткина. Работу с токсическими веществами, прием медикаментов отрицает. После службы в армии не имеет постоянного места работы. Отмечает периодическое использование инъекций наркотиков. На учете у нарколога не состоит. Курит около пачки в день, употребление алкоголя отрицает.

Объективно: Состояние средней тяжести. Температура 37,1^{0}С. Астеник. Пониженного питания. Кожа и видимые слизистые субиктеричны. На руках по ходу вен следы инъекций. Органы грудной клетки без особенностей. АД 115/70 мм рт.ст. ЧСС 86 в минуту. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот обычных размеров, мягкий умеренно болезненный в правом подреберье. Нижний край печени выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Отеков нет. Симптомы Мерфи, Ортнера отрицательны.

Данные дополнительных исследований: в анализе крови – Л. – 9* 109/л, СОЭ – 30 мм/ч, в биохимическом анализе – общий белок 68 г/л, общий билирубин – 30 мкмоль/л, прямой – 18 мкмоль/л, АЛТ – 228 ед, АСТ – 246 ед, ЩФ – 350 ед, серомукоиды – 1024 ед, СРБ+++. HBS Ag в крови не выявлен. УЗИ – гепатомегалия, диффузные изменения в печени, признаков портальной гипертензии нет.

Вопросы к задаче:
1. Какие синдромы наблюдаются у больного?
2. Назовите проявления цитолитического синдрома.
3. Можно ли исключить у больного вирусные гепатиты В,С?
4. Ваш предварительный диагноз.
5. Назначьте дополнительные методы обследования.
6. Назначьте лечение больному.
7. Каков вероятный прогноз?

medfsh.ru

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
Специальность – 31.05.02 Педиатрия
Дисциплина – Факультетская терапия, профессиональные болезни
Кафедра факультетской терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №31
(А/02.7-ПК-5; ПК-6; А/03.7 - ПК-8)

Больной К. 53 лет, инженер, поступил в стационар с жалобами на кашель, сопровождающийся выделением обильной гнойной мокроты (иногда с прожилками крови), неприятного запаха по утрам, одышку при небольшой физической нагрузке. Страдает хроническим гнойным бронхитом более 20 лет. Углубленного обследования не проходил. Ухудшение самочувствия связывает с переохлаждением. В детстве перенес корь, неоднократно - пневмонии.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы землистого цвета, цианоз лица, акроцианоз. Пальцы рук в виде “барабанных палочек”, ногти - “часовых стекол”. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторно - чередование коробочного звука с участками притупления и нормального легочного звука. При аускультации на фоне ослабленного везикулярного дыхания выслушивается большое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Границы сердца: правая - на 2 см кнаружи от правого края грудины, левая на 2 см влево от левой среднеключичной линии, верхняя - III ребро. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на над легочной артерией, ЧСС 88 в 1 минуту, АД 110/70 мм рт.ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2-3 см, мягкоэластической консистенции, болезненна при пальпации. Пастозность голеней.

Результаты обследования:

Анализ крови: Эр. – 4,5 $\cdot 10^{12}$/л , Нв - 105 г/л, Цв.п.- 0,8, Л. - 8,5 $\cdot 10^{9}$ /л, э.-4%, n.- 7%, с. - 68%, лим. - 19%, м. - 2%, СОЭ - 50 мм/час.

Анализ мочи: уд. вес 1010, белок - 1,32‰, Л.- 4-5 в п. зр. эр. 2-3 в п.зр., единичные гиалиновые цилиндры.

Анализ мокроты: гнойная, микроскопически - большое количество лейкоцитов, слизи.

Рентгенография грудной клетки: деформация и ячеистость легочного рисунка с обеих сторон.

Бронхография цилиндрические и мешотчатые расширения нижнедолевых бронхов с обеих сторон и их деформация.

Вопросы к задаче:

1. Выделите основные клинические симптомы данного заболевания.
2. При каких заболеваниях могут встречаться сходные жалобы?
3. Какие дополнительные обследования необходимы для дифференциальной диагностики этих заболеваний?
4. Сформулируйте диагноз.
5. Назовите основные этиологические факторы болезни.
6. Назначьте лечение (выпишите рецепты).
7. В чем состоит профилактика данного заболевания?
8. Назовите осложнения данного заболевания.

medfsh.ru

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
Специальность – 31.05.02 Педиатрия
Дисциплина – Факультетская терапия, профессиональные болезни
Кафедра факультетской терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №32
(А/02.7-ПК-5; ПК-6; А/03.7 - ПК-8)

Больной К. 36 лет, экспедитор, обратился с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, вздутие живота, непостоянные тупые боли в правом предреберье. Болен около 4-х лет. Ухудшение состояния наблюдалось после нарушений диеты и употребления алкоголя. К врачу не обращался. Два месяца назад был в командировке, после которой отмечает усиление болей в правом подреберье, появление желтушности склер, неустойчивого стула. Принимал аллахол и но-шпу. Улучшения состояния не наблюдалось, в связи с чем обратился к врачу. В анамнезе острый вирусный гепатит, развившийся после лечения у стоматолога.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, склеры субиктеричны. Сердце и легкие без патологии. АД - 110/70 мм рт.ст. Язык обложен желтым налетом. Живот умеренно вздут. Печень пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги, несколько уплотнена, болезненна, край гладкий. Селезенка не пальпируется, отеков нет.

Данные лабораторных исследований:

Общие анализы крови и мочи без патологии.

Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л; альбуминов -51%; глобулинов - α_1 - 4%; α_2 - 10%; β - 13%; γ - 22%; билирубин - 28 мкмоль/л, прямой - 16 мкмоль/л, непрямой - 12 мкмоль/л; тимоловая проба - 5 ед., АЛТ - 94 ед/л; АСТ - 42 ед/л; ПТИ - 85%.

Вопросы к задаче:

1. Выделите синдромы, скомпоновав их из имеющихся симптомов.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Какой вариант острого гепатита чаще осложняется хронизацией процесса?
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
6. Какие биохимические показатели крови наиболее информативны для диагностики паренхиматозных поражений печени?
7. Назначьте лечение больному (выпишите рецепты).
8. Какие российские и местные курорты показаны больному?