

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

СЕВЕРО-КАВКАЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ

Б.А. Хапаев
Ф.Б. Мекерова

**ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
И ПЕРВИЧНАЯ АККРЕДИТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ**

Часть 6. Нефрология и гематология.

Сборник ситуационных задач для обучающихся 6 курса
по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»

Черкесск
2019

УДК 616:378
ББК 54.12:74.58
X19

Рассмотрено на заседании кафедры внутренних болезней.
Протокол № 11/18 от «16» ноября 2018 г.
Рекомендовано к изданию редакционно-издательским советом СКГА.
Протокол №16 от «28» декабря 2018 г.

Рецензент: Котелевец, С.М. - д.м.н., профессор, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней медицинского института ФГБОУ ВО «Северо-Кавказская государственная академия»

X19 **Хапаев, Б.А.** Государственная итоговая аттестация и первичная аккредитация специалистов. Часть 6. Нефрология и гематология. Сборник ситуационных задач для обучающихся 6 курса по специальности 31.05.01 Лечебное дело / Б.А. Хапаев, Ф.Б. Мекерова – Черкесск: БИЦ СКГА, 2019 – 58с.

Сборник предназначен для обучающихся 6 курса по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» в целях их подготовки к государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалистов по специальности «Лечебное дело». Представлены ситуационные задачи по разделам терапии (нефрологии и гематологии) и эталоны ответов на эти задачи. Сборник может быть использован преподавателями медицинских институтов в учебной работе.

УДК 616:378
ББК 54.12:74.58

© Хапаев Б.А., Мекерова Ф.Б., 2019
© ФГБОУ ВО СКГА

ВВЕДЕНИЕ

Оценка умений решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования и решения ситуационных задач является заключительным этапом государственной итоговой аттестации по специальности 31.05.01 Лечебное дело (далее - ГИА).

Целью этого этапа ГИА является проверка целостности профессиональной подготовки выпускника, т.е. уровня его компетенции в использовании теоретической базы для принятия решений в ситуациях, связанных с профессиональной деятельностью. Студенты в ходе междисциплинарного экзамена отвечают на вопросы экзаменационного билета и на уточняющие и дополнительные вопросы членов комиссии. Собеседование проводится по билету, включающему клинические ситуационные задачи по внутренним болезням, хирургическим болезням, акушерству и гинекологии, инфекционным болезням и фтизиатрии. Оценивается степень умения выпускника разрабатывать и принимать оптимальные решения в конкретных ситуациях на основе интеграции знаний, полученных при изучении вышеуказанных дисциплин.

Оценка умений обучающегося решать профессиональные задачи в ходе собеседования проводится по следующим критериям:

- владение знаниями предметов специальности в полном объеме учебной программы;
- обладание способностью самостоятельно, в логической последовательности и исчерпывающе отвечать на все вопросы билета, подчеркивать самое существенное;
- обладание способностью анализировать, сравнивать, классифицировать, обобщать, конкретизировать и систематизировать изученный материал, выделять в нём главное;
- обладание способностью четко формулировать ответы по вопросам диагностики, лечения и профилактики заболеваний, реабилитации пациентов;
- обладание способностью четко формулировать ответы по вопросам финансирования, экономики и управления в системе здравоохранения, организации медицинской помощи различным группам населения, использования статистических методов в оценке здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения;
- глубокое понимание анатомо-физиологических особенностей всех органов и систем организма в возрастном аспекте с целью профессиональной оценки этиологии, патогенеза, клиники, методов диагностики и лечения основных заболеваний, их прогноза и профилактики, базирующихся на основах гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических, медико-профилактических, общепрофессиональных и специальных клинических дисциплин;
- обладание способностью формулировать алгоритм работы врача с позиции этических и деонтологических принципов.

Решение ситуационных задач позволяет оценить уровень готовности выпускника к осуществлению основных видов профессиональной деятельности в соответствии с квалификационной характеристикой, уровень знаний и умений, позволяющий решать типовые задачи профессиональной деятельности, уровень информационной и коммуникативной культуры, а также обоснованность, полноту и четкость ответов.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с 1 января 2016 года право на осуществление медицинской и фармацевтической деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское, фармацевтическое или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста, то есть прошедшие процедуру аккредитации специалиста.

Процедура аккредитации внедряется поэтапно. В настоящее время завершены первый и второй этапы аккредитации специалистов:

- в 2016 году по специальностям «Стоматология» и «Фармация»;

- в 2017 году по всей группе специальностей «Здравоохранение и медицинские науки» (уровень специалитета), в том числе по специальности 31.05.01 «Лечебное дело».

Лица, успешно прошедшие процедуру аккредитации специалистов, допускаются к осуществлению профессиональной деятельности без прохождения дополнительной подготовки. В частности лица, прошедшие аккредитацию специалистов по специальности «Лечебное дело», допускаются к профессиональной деятельности на должности «Врач-терапевт участковый».

Процедура аккредитации специалиста включает в себя три этапа оценки квалификации лица: тестирование, оценку практических навыков (умений) в симулированных условиях, решение ситуационных задач.

Решение ситуационных задач проводится путем заслушивания членами аккредитационной подкомиссии ответов на три ситуационные задачи, в каждой из которых содержится по 5 вопросов. На подготовку к ответу отводится не более 60 минут. Комплектование набора ситуационных задач для каждого лица осуществляется программным обеспечением автоматически из единой базы оценочных средств.

Для осуществления методического сопровождения аккредитации специалистов Минздравом России на базе Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова сформирован Методический центр аккредитации, одной из задач которого является организация разработки оценочных средств и формирование фонда оценочных средств, используемых при аккредитации специалистов.

Для осуществления методического сопровождения процедуры аккредитации специалистов Методический центр аккредитации использует специально созданный Интернет-ресурс (<https://fmza.ru>), материалы которого находятся в свободном доступе, а также могут быть открыты по ссылкам, размещенным на сайтах Минздрава РФ (<http://www.rosminzdrav.ru/akkreditatsiya-spetsialista>) и Первого МГМУ им. И.М.Сеченова (<http://www.mma.ru/education/aakr/>). Специалисты могут оценить уровень своей подготовки путем прохождения репетиционного экзамена, количество репетиционных попыток не ограничено.

В данном учебном пособии представлены ситуационные задачи (кейс-задания) по разделам терапии - нефрологии и гематологии, из числа размещенных на сайте Методического центра аккредитации (https://fmza.ru/upload/medialibrary/c7b/sz_lechebnoe_delo_2018.pdf) и предлагаемых для проведения третьего этапа первичной аккредитации специалистов по специальности «Лечебное дело».

Во второй части пособия даны эталоны ответов на представленные ситуационные задачи, из размещенных на сайте Методического центра аккредитации (https://fmza.ru/upload/medialibrary/48a/otvety-k-sz_lechebnoe-delo-2018.pdf).

Учебное пособие предназначено для студентов 6 курса, обучающихся по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» в целях их подготовки к государственной итоговой аттестации (государственному экзамену) и первичной аккредитации специалистов по специальности «Лечебное дело». Также пособие может быть использовано преподавателями медицинских институтов в учебной работе.

Ситуационные задачи для подготовки к государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалистов по специальности «Лечебное дело».

НЕФРОЛОГИЯ

Инструкция для студентов по самостоятельной работе с ситуационными задачами

Ознакомьтесь с ситуацией, описанной в задаче и дайте развернутые ответы на вопросы. Желательно изложить Ваши ответы письменно. В случае затруднений используйте учебную литературу по соответствующим темам.

По завершению сравните Ваши ответы с эталонами ответов, имеющимися во второй части данного пособия. Все возникшие вопросы изучите с помощью учебной литературы.

Ситуационная задача 1

Больной 23 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на отеки лица, век, туловища, конечностей, снижение количества выделяемой за сутки мочи, слабость, головную боль.

Из анамнеза известно, что страдает хроническим тонзиллитом. Подобные симптомы впервые появились 2 года назад, длительно лечился в нефрологическом отделении, получал Преднизолон с положительным эффектом, выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. После выписки у врача не наблюдался, не лечился, хотя отмечал периодически отеки на лице. 2 недели назад переболел ангиной, после этого состояние резко ухудшилось, появились вышеуказанные жалобы.

При осмотре АД – 150/95 мм рт. ст., ЧСС – 92 удара в минуту, ЧДД – 22 в минуту. Данные обследования. Общий анализ крови: эритроциты - $3,4 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 124 г/л, цветовой показатель - 0,89, лейкоциты - $5,4 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула - в норме, СОЭ – 42 мм/ч. Биохимическое исследование: общий белок крови – 35,6 г/л, альбумины – 33%, холестерин крови – 9 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1012, белок – 5,4 г/л, эритроциты выщелоченные – 20-25 в поле зрения, восковидные цилиндры – 9-10 в поле зрения.

Вопросы:

1. Укажите основной клинико-лабораторный синдром.
2. Сформулируйте предположительный диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по терапии больных с данной патологией.
5. Каковы ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при данном заболевании? Как часто следует производить диспансерное наблюдение?

Ситуационная задача 2

Инструкция: Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Больная 18 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в поясничной области, учащенное мочеиспускание, озноб.

Из анамнеза известно, что часто болеет ОРВИ, периодически отмечает тупые боли внизу живота, на этом фоне бывает субфебрильная температура; иногда отмечается болезненное мочеиспускание.

При осмотре: кожные покровы обычной окраски, температура 37,8°C. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыхательных движений – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 96 в минуту. Симптом

Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочеиспускание учащено и болезненно. Отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин – 114 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $18,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 22%, моноциты – 9%, СОЭ – 28 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - щелочная, белок - 0,06%, лейкоциты – сплошь на все поле зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения, бактерии – значительное количество. УЗИ почек: почки расположены правильно, размеры на верхней границе нормы. Чашечно-лоханочная система расширена с обеих сторон.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
4. Назовите исследование, необходимое для назначения адекватной терапии.
5. Назовите мероприятия диспансерного наблюдения за больной при достижении ремиссии.

Ситуационная задача 3

Больной М. 24 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головную боль, общую слабость и утомляемость, снижение аппетита.

Из анамнеза известно, что в возрасте 14 лет после перенесенного ОРЗ у пациента появились отеки лица, сохранялась субфебрильная температура в течение 3-4 месяцев, были изменения в моче. Лечился у врача-педиатра участкового около года «от нефрита», получал Преднизолон. Последний год чувствовал себя хорошо, заметных отеков не было. Во время медосмотра выявлено повышение АД - 140/90 мм рт. ст. и пастозность лица. Было рекомендовано обратиться в поликлинику по месту жительства для обследования и верификации диагноза.

При осмотре: нормального телосложения, ИМТ = 21 кг/м², кожа бледная, сухая, имеются следы расчесов на руках, пояснице, туловище, отеки лица и кистей рук. Язык сухой, с коричневатым налетом. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1,5 см от срединно-ключичной линии. Пульс - 76 ударов в минуту, высокий. АД - 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отмечает уменьшение выделяемой мочи. Отеков на нижних конечностях нет.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 105 г/л, лейкоциты – $5,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, эозинофилы – 3%, моноциты – 5%, лимфоциты – 23%, СОЭ – 12 мм/ч.

Биохимические исследования крови: общий холестерин – 7 ммоль/л, креатинин крови – 170 мкмоль/л, мочевины крови – 11 ммоль/л. В анализах мочи: удельный вес – 1009, белок – 1,1%, лейкоциты – 2-4 в поле зрения, эритроциты выщелочные – 7-10 в поле зрения, гиалиновые цилиндры – 2-3 в поле зрения. Альбуминурия - 250 мг/сут. СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) – 55 мл/мин.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте предполагаемый диагноз.
3. Нужны ли дополнительные исследования для уточнения диагноза?
4. Какова дальнейшая тактика ведения пациента?
5. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в качестве нефропротективной терапии? Обоснуйте свой выбор.

Ситуационная задача 4

Больная 30 лет обратилась в поликлинику с жалобами на частое и болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области справа, выделение мутной мочи, повышение температуры тела до 37,6 °С.

Из анамнеза: впервые подобные проявления отмечались у пациентки 10 лет назад во время беременности. Проводилась антибактериальная терапия в стационаре, роды – без осложнений. В последующем обострения заболевания не отмечались. Ухудшение состояния 5 дней назад после переохлаждения.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы. Частота дыхания - 20 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 90 в минуту. АД – 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания положительный справа.

Анализ крови: гемоглобин - 118 г/л, эритроциты - $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $14,0 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 65%, лимфоциты - 20%, моноциты - 4%, тромбоциты - $200,0 \times 10^9$ /л, СОЭ – 24 мм/час.

Биохимические показатели крови: креатинин - 0,08 ммоль/л, мочевины - 6,5 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, белок - 0,07 мг/л, реакция кислая, лейкоциты - 15-20 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения.

УЗИ почек: почки обычной формы и размеров. Чашечно-лоханочная система почек деформирована и уплотнена. Конкрементов нет.

Вопросы: 1. Какой можно поставить диагноз?

2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить больной для уточнения диагноза? Обоснуйте.

3. Можно ли проводить лечение больной в амбулаторных условиях? Показания для госпитализации.

4. Перечислите препараты для этиотропной терапии, длительность лечения и контроль эффективности лечения.

5. Какую фитотерапию можно рекомендовать в период ремиссии заболевания?

Ситуационная задача 5

У больной 35 лет, находившейся на лечении в урологическом отделении по поводу мочекаменной болезни, повысилась температура до 39 °С, озноб, симптом поколачивания резко положительный. В общем анализе мочи признаки инфекции мочевых путей. Поставлен диагноз «острый пиелонефрит» на фоне мочекаменной болезни, в баклабораторию отправлен материал для посева.

Вопросы:

1. Препарат какой группы антибактериальных химиотерапевтических средств Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.

2. Через 2 дня антибиотикотерапии клинический эффект незначительный, бактериологически выяснено, что кишечная палочка – продуцент β-лактамаз расширенного спектра, разрушающего все пенициллины и цефалоспорины. Предложите выбор антибиотика.

3. Данные бактериологического анализа показали чувствительность кишечной палочки к Имипенему и Меропенему. Какой из них назначить больной?

4. На 4 день применения Меропенема появилась крапивница, отек Квинке, в связи с чем препарат отменен. Предложите замену препарата.

5. Какой длительности должен быть курс антибиотикотерапии при осложненном пиелонефрите?

Ситуационная задача 6

Мужчина 37 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головные боли. Из анамнеза известно, что головные боли появились два года назад. Появление головных болей связывает с перенесением ангины. Тогда же, примерно через неделю после ангины, отметил появление мочи цвета «мясных помоев», при этом мочеиспускание было безболезненным, болей в поясничной области не было. Моча цвета «мясных помоев» регистрировалась в течение 2 дней, затем приобрела обычный желтый цвет. К врачам не обращался. Эпизод мочи цвета «мясных помоев» в течение суток повторился спустя год во время ОРВИ. Обследование также не проводилось.

Семейный анамнез: мать – 60 лет, часто болеет ангинами, в течение 2 лет – гипертоническая болезнь. Отец умер в возрасте 55 лет от онкологической патологии.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 24,2 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 удара в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах крови: эритроциты - $4,57 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 137 г/л, лейкоциты - $5,51 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула не изменена; тромбоциты - $254 \times 10^9/л$, СОЭ - 26 мм/час.

Общий холестерин – 4,9 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, ХСЛПНП - 2,8 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, креатинин – 135 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) - 58 мл/мин, мочевины – 9,4 ммоль/л, мочевая кислота – 0,40 ммоль/л, общий билирубин - 7,4 мкмоль/л (непрямой), АЛТ - 39 МЕ/л, АСТ - 28 МЕ/л, общий белок - 70 г/л, альбумины - 36 г/л.

В анализах мочи: относительная плотность - 1014, цвет желтый, реакция кислая, белок - 0,88 г/л, эритроциты - 10-15 в поле зрения, лейкоциты - 3-4 в поле зрения, эпителий плоский – единичные клетки в поле зрения, бактерии отсутствуют, слизи нет, ураты +. Суточная протеинурия - 500 мг.

УЗИ почек: положение почек обычное, размеры - 11×5,6 см, паренхима - 1,7 см. Чашечно-лоханочный комплекс не изменен. Дополнительных образований и конкрементов не выявлено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Обоснуйте длительность терапии у данного пациента.

Ситуационная задача 7

Женщина 24 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, повышение температуры тела до 39,2°C, тянущие боли в поясничной области, частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах.

Из анамнеза известно, что считает себя больной с 14 лет, когда впервые отметила появление вышеуказанных жалоб, был диагностирован острый пиелонефрит, проведено лечение. В последующие 2 года неоднократные госпитализации с аналогичными жалобами, выставлен диагноз хронического пиелонефрита. В 16 лет больной было предложено санаторно-курортное лечение, которое дало положительные результаты. Ухудшение состояния около 2 недель назад, когда после переохлаждения появились озноб, повышение температуры тела до 39°C, сильные приступообразные боли в поясничной области, которые иррадиировали вниз живота, сопровождающиеся частым болезненным мочеиспусканием.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост - 175 см. Вес - 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа. Частое болезненное мочеиспускание.

В анализах: лейкоциты - $8,9 \times 10^9$ /л, СОЭ - 36 мм/час, мочевины - 4,3 ммоль/л, креатинин - 72,6 мкмоль/л, общий белок - 46 г/л. СКФ - 92 мл/мин/1,73м².

Общий анализ мочи: удельный вес – 1009, белок – 0,5, лейкоциты – вне поле зрения, слизь, клетки плоского эпителия.

Обзорная и экскреторная урография – почки расположены обычно, теней конкрементов не выявлено. Имеется грибовидная деформация чашечек, шейки вытянуты, лоханка атонична. Контуры почек неровные, снижено накопление контраста справа. Уродинамика не нарушена.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Предложите и обоснуйте тактику дальнейшего лечения.

Ситуационная задача 8

Больной К. 49 лет, экономист, жалуется на головные боли, головокружение, повышение артериального давления до 160/100 мм рт. ст., инспираторную одышку и чувство сердцебиения при незначительной физической нагрузке, сердце, отеки верхних и нижних конечностей.

Из анамнеза известно, что 5 лет назад через 2 недели после проведения вакцинации у пациента в течение нескольких дней отмечалась макрогематурия. Из-за занятости за медицинской помощью не обращался. Сохранялось удовлетворительное самочувствие. Последние полгода отмечена артериальная гипертензия, до 190/100 мм рт. ст. Неделю назад отметил боль в ротоглотке при глотании, однократное повышение температуры тела до 38,0°С градусов, не лечился. Одновременно заметил отеки ног, лица, снижение суточного диуреза. При исследовании общего анализа мочи выявлена протеинурия, лейкоцитурия. Перенесенные заболевания: частые ОРЗ, ангины. Вредные привычки отрицает.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Рост - 183 см, масса тела - 90 кг. Температура тела - 36,2°С. Лицо бледное, одутловатое, веки отечны, глаза сужены. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. Выраженные отеки на голенях. Щитовидная железа не пальпируется. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка нормостенической формы, симметричная. При сравнительной перкуссии ясный легочный звук. Частота дыхания - 16 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс одинаков на обеих лучевых артериях, 90 в минуту, удовлетворительного наполнения, напряжен. При аускультации: тоны сердца ясные, числом два, ритм правильный, акцент II тона над аортой, АД - 180/100 мм рт. ст. Слизистая задней стенки глотки и мягкого неба бледно-розовая, чистая. Небные миндалины не увеличены, слизистая их бледно-розовая чистая, лакуны их свободные. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации, передняя брюшная стенка отечна. Пальпация правого подреберья безболезненна, край печени не пальпируется, размеры по Курлову: 10×9×8 см. Селезенка не увеличена. Поясничная область отечна, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - $4,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $5,8 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 53%, лимфоциты - 35%, моноциты - 6%; СОЭ - 30 мм/ч.

Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес - 1,016, белок - 6,5 г/л, эпителий - ед. в поле зрения, эритроциты - 15-20 в поле зрения, лейкоциты - 2-4 в поле зрения, цилиндры: гиалиновые - 1-2 в поле зрения, зернистые - 0-2 в поле зрения.

Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 12,8 ммоль/л, мочевины - 7,3 ммоль/л, креатинин - 0,096 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, холестерин - 14,2 ммоль/л, калий - 3,8 ммоль/л, общий белок - 50 г/л., альбумин - 25 г/л.

Суточная протеинурия - 10,2 г, диурез - 900 мл.

Белки мочи методом эл/фореза: А - 80%, Г - 20%.

УЗИ почек, мочевого пузыря: правая почка - 120×56 мм, паренхима - 20 мм, левая почка - 118×54 мм, паренхима - 19 мм. Паренхима обеих почек диффузно-неоднородная. Лоханки, чашечки не изменены. Конкременты, объемные образования не выявлены. Мочевой пузырь б/о.

Вопросы:

1. Выделите ведущие синдромы (объясните патофизиологические механизмы их возникновения).
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
3. Обоснуйте и сформулируйте диагноз.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Составьте план лечения.

Ситуационная задача 9

Пациентка В. 52 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на боли в поясничной области справа с иррадиацией в паховую область, которые возникли после физической нагрузки (накануне работала в саду), учащенное мочеиспускание, потемнение мочи, повышение температуры тела до субфебрильных цифр.

Больна в течение 2-х дней, по поводу болей в поясничной области вызывала бригаду скорой медицинской помощи. После оказанной помощи интенсивность болевого синдрома уменьшилась, рекомендовано обратиться в поликлинику. Болевой синдром в поясничной области неоднократно рецидивировал, по поводу чего лечилась антибактериальными препаратами с хорошим эффектом.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела - $37,4^{\circ}\text{C}$, кожные покровы влажные, обычного цвета. Грудная клетка нормостенической формы. ЧД - 20 в минуту. Перкуторный тон легочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях симметричный, удовлетворительных свойств, 84 удара в минуту. АД - 160/100 мм рт. ст. Во всех точках выслушивается два тона, громкие, акцент II тона на аорте. Ритм правильный, ЧСС - 84 в минуту. Язык влажный, у корня обложен светлосерым налетом. Живот мягкий, отмечается болезненность в правом фланке живота, в месте проекции правой почки. Печень не пальпируется. Симптом поколачивания поясничной области положительный справа. Отеков нет. Мочеиспускание учащено, безболезненное.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: эритроциты - $4,45 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин - 134 г/л; лейкоциты - $5,79 \times 10^9$ /л; эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 6%, сегментоядерные нейтрофилы - 49%, лимфоциты - 38%, моноциты - 5%, СОЭ - 26 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1012; сахар - отр, белок - 0,066 г/л, эритроциты - 100 в поле зрения; лейкоциты - 20 в поле зрения; соли мочевой кислоты.

Биохимический анализ крови: мочевины - 7,9 ммоль/л, креатинин - 105 мкмоль/л, мочевая кислота - 524 ммоль/л, холестерин - 5,6 ммоль/л, общий белок - 72 г/л.

Вопросы:

1. Выделите синдромы, ведущий синдром, объясните механизм их возникновения.
2. Составьте план дифференциальной диагностики.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план дополнительных обследований.
5. Составьте план лечения.

Ситуационная задача 10

Больная П. 40 лет, медсестра, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на периодически учащенное болезненное мочеиспускание, ноющие боли в поясничной области без иррадиации, головную боль, слабость. Считает себя больной в течение 8 лет. Боли в поясничной области связывает с физическим перенапряжением. В течение последних 3 дней ощущает периодическое «познабливание».

Объективно: состояние удовлетворительное. Незначительная пастозность и бледность лица, температура тела - 37,3°C. При перкуссии над всеми легочными полями ясный легочный звук, аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца громкие, ритмичные. АД - 155/95 мм рт. ст., ЧСС - 84 в минуту. Язык сухой. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не пальпируются. Отмечается незначительная болезненность при поколачивании поясничной области, больше справа.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: эритроциты - $3,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 107 г/л, цветовой показатель – 0,8, лейкоциты – $10,2 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 48%, лимфоциты – 38%, моноциты - 4%, СОЭ - 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1010, белок - 0,04%, лейкоциты - 12-16 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения, бактериурия.

Моча по Нечипоренко: эритроциты - $1,2 \times 10^6/л$, лейкоциты – $8,0 \times 10^6/л$.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 86 в мин. ЭОС - расположена полувертикально. Признаки гипертрофии левого желудочка.

Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений, расширение границ сердца влево.

Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Составьте план дифференциальной диагностики.
3. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
4. Составьте план дополнительного обследования для уточнения диагноза.
5. Составьте программу лечения.

Ситуационная задача 11

Мужчина 37 лет, шахтер, жалуется на изжогу, тошноту, периодически рвоту, отсутствие аппетита, кожный зуд, слабость, головокружение, похудание, ночное мочеиспускание до 4-5 раз. Вышеперечисленные симптомы беспокоят около 2 месяцев.

Считает себя больным более 6 лет, когда после перенесенной ангины в анализе мочи выявлены изменения (белок, эритроциты). Амбулаторно диагностирован хронический пиелонефрит. На момент постановки диагноза пациента беспокоили периодические отеки век по утрам, повышение АД до 150/90 мм рт. ст., после чего не обследовался и не лечился. Заболевания ЖКТ отрицает. Биопсия почки не проводилась. Наследственность не отягощена.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Рост – 176 см. Вес - 64 кг. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчесов. Пастозность голеней. ЧД - 18 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 160/100 мм рт. ст. Границы относительной

сердечной тупости: правая - на 1,5 см от правого края грудины, верхняя - нижний край 3 ребра, левая - 1,5 см снаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 106 в минуту, акцент II тона над аортой; в области верхушки сердца и во II межреберье справа - мягкий систолический шум. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах. Край печени не пальпируется. Селезенка не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

В анализах. Общий анализ крови: эритроциты - $2,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 85 г/л, цветовой показатель - 0,8, гематокрит - 20%, лейкоциты - $7,2 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 60%, лимфоциты - 24%, моноциты - 10%, СОЭ - 15 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: глюкоза - 4,2 ммоль/л, мочевины - 28,2 ммоль/л, креатинин - 0,59 ммоль/л, общий белок - 64 г/л, K^+ - 6,2 ммоль/л, Na^+ - 138 ммоль/л, P - 1,9 ммоль/л, Ca - 2,0 ммоль/л, холестерин - 4,2 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1008, белок - 0,4 г/л, лейкоциты и эритроциты - единичные в поле зрения.

В суточной моче: диурез - 2400 мл/сут., белок - 1,3 г/л.

Проба Зимницкого: дневной диурез - 1060 мл, ночной - 1400 мл, колебания относительной плотности мочи - от 1006 до 1008.

УЗИ почек: правая почка 80×36 мм, паренхима - 10 мм, левая почка - 84×44 мм, паренхима - 9 мм. Паренхима обеих почек диффузно-неоднородная. Лоханки, чашечки не изменены. Конкременты, объемные образования не выявлены. Мочевой пузырь без особенностей.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Определите прогноз заболевания.

Ситуационная задача 12

Больная И. 34 лет, оператор машинного доения, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на повышение АД до 220/120 мм рт. ст., головные боли, сердцебиение, перебои в области сердца, тошноту, сухость во рту, зуд кожных покровов.

Считает себя больной около 15 лет, когда появились отеки под глазами, при амбулаторном обследовании было выявлено наличие белка и эритроцитов в моче, по поводу чего в дальнейшем несколько лет находилась под наблюдением терапевта, диагноз не помнит. После переезда в сельскую местность (5 лет назад) в поликлинику не обращалась. В течение последнего года стала замечать головные боли, головокружение, которые больная связывала с повышением АД до 180/110 мм рт. ст. (измеряла самостоятельно; адаптирована к 140-160/90 мм рт. ст.). По совету фельдшера при повышении АД принимала Эналаприл по 20 мг/сут. с удовлетворительным эффектом; постоянной гипотензивной терапии не получала. В течение последних 6 месяцев отмечает отсутствие эффекта от приема Эналаприла, АД постоянно повышено до 180-200/100-110 мм рт. ст., эпизодически - 240/140 мм рт. ст., неоднократно вызывала бригаду скорой помощи, от госпитализации отказывалась по семейным обстоятельствам. Месяц назад появилась тошнота, склонность к поносам, а 2 недели назад присоединился зуд кожных покровов.

При осмотре: общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчесов, в подмышечных областях как бы припудрены белой пудрой. Одутловатость лица, пастозность стоп, голеней, передней брюшной стенки. Грудная клетка симметрична, голосовое дрожание проводится с обеих сторон. При перкуссии над всеми отделами легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 220/120 мм рт. ст. Верхушечный

толчок смещен на 1 см влево от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный (5-7 экстрасистол в минуту), I тон ослаблен над верхушкой, основанием мечевидного отростка, акцент II тона над аортой; слева от грудины в V межреберье выслушивается шум трения перикарда. Язык сухой, живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Катетером получено 150 мл мочи.

В анализах. Общий анализ крови: эритроциты - $2,6 \times 10^{12}/л$, НЬ - 72 г/л, цветовой показатель - 0,9; лейкоциты - $5,7 \times 10^9/л$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 68%, лимфоциты - 25%, моноциты - 2%; СОЭ - 40 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет - желтый, рН нейтральная, удельный вес - 1005, белок - 3,8 г/л, лейкоциты - 2-4 в поле зрения, эритроциты - 10-12, цилиндры зернистые - 3-4 в поле зрения, восковидные - 2-3 в поле зрения.

Биохимическое исследование крови: АСТ - 0,43 ммоль/л, АЛТ - 0,45 ммоль/л, сахар - 3,8 ммоль/л, холестерин - 7,5 ммоль/л; креатинин - 1,4 ммоль/л, мочевины - 38,2 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, 96 в минуту, электрическая ось сердца отклонена влево, единичные желудочковые экстрасистолы, гипертрофия и систолическая перегрузка миокарда левого желудочка.

УЗИ почек: правая почка - 80×36 мм, подвижна, контуры ровные, нечеткие, толщина паренхимы - 11 мм; левая почка - 84×44 мм, контуры ровные, нечеткие, толщина паренхимы - 9 мм. Паренхима обеих почек «неоднородна», с гиперэхогенными включениями. Конкременты, объемные образования не выявлены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Дайте рекомендации по дальнейшему лечению.

Ситуационная задача 13

Больная А. 18 лет, студентка, обратилась к врачу приемного отделения с жалобами на общее недомогание, слабость, боли в поясничной области с двух сторон, сильную постоянную головную боль, красноватый цвет мочи. Мочевыделение безболезненное.

Считает себя больной около 3 недель: после сильного переохлаждения повысилась температура тела до $38,0^{\circ}C$, появились боли в горле при глотании. Обратилась в поликлинику по месту жительства, где была диагностирована лакунарная ангина и назначена антибактериальная терапия. На седьмой день симптомы ангины были купированы, но сохранялась общая слабость. 5 дней назад на фоне повышенной утомляемости появились ноющие боли в поясничной области, головная боль, повышение температуры тела до $37,5^{\circ}C$. 2 дня назад уменьшилось количество мочи, которая приобрела красноватый цвет.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, температура тела $37^{\circ}C$. Рост - 158 см, вес - 72 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, обычной влажности. Лицо одутловатое, на верхних и нижних конечностях плотные отеки, кожа над ними теплая, бледная. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка нормостеничная, симметричная, равномерно участвует в дыхании. ЧД - 22 в минуту. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 98 в минуту, АД - 160/100 мм рт. ст. Верхушечный толчок визуально и пальпаторно не определяется. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Аускультативно: тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС - 78 в минуту. Живот симметричный, мягкий, болезненный в проекции почек. Размеры печени по Курлову - $9 \times 8 \times 7$ см. Пальпация правого

подреберья безболезненна, край печени не пальпируется. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон.

В анализах. Общий анализ крови: гемоглобин - 105 г/л, эритроциты - $3,2 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,9; тромбоциты - 270×10^9 /л, лейкоциты - $10,7 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 9%, сегментоядерные нейтрофилы - 70%, лимфоциты - 11%, моноциты - 6%. СОЭ - 23 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет «мясных помоев», мутная, рН - кислая, удельный вес - 1008; белок - 3,5 г/л, сахар - нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий почечный - 12-20 в поле зрения, эритроциты - большое количество, цилиндры: гиалиновые - 10-12, зернистые - 6-8 в поле зрения, соли - нет.

Суточная протеинурия - 7,3 г/л, суточный диурез - 650 мл.

Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 12,4 мкмоль/л, прямой - 3,2, не прямой - 9,2 мкмоль/л, креатинин - 0,96 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, холестерин - 8,0 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л, общий белок - 56 г/л, альбумины - 35%, α_1 - 3,5%, α_2 - 10,5%, β - 13,6% у - 27,4%, фибриноген - 4,2 г/л.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 64 удара в минуту. Электрическая ось отклонена влево. Диффузно дистрофические изменения миокарда левого желудочка.

Рентгенография органов грудной клетки: без патологии.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Дайте рекомендации по дальнейшему лечению, определите прогноз.

Ситуационная задача 14

Больная Ш. 50 лет, дворник, поступила в отделение гастроэнтерологии с жалобами на тошноту, периодически рвоту, отсутствие аппетита, кожный зуд, одышку, выраженную слабость. Мочеиспускание ночью 3 раза, безболезненное. Ранее заболеваниями ЖКТ не страдала. Более 20 лет назад было диагностировано хроническое заболевание почек. На момент постановки диагноза пациентку беспокоили общая слабость, повышение АД до 160/100 мм рт. ст., были выявлены изменения в моче (гематурия), после чего больная не обследовалась и не лечилась. В течение последних 6 месяцев отмечает стойкое повышение АД, снижение остроты зрения.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести, пониженного питания, рост - 162 см, вес - 47 кг. Кожные покровы бледные сухие, со следами расчесов. ЧД - 18 в мин. В легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 170/100 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая на 2 см от правого края грудины, верхняя по III межреберью, левая - на 1,5 см наружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 100 в минуту, в области верхушки сердца и во II межреберье справа мягкий систолический шум. Симптомов раздражения брюшины нет, пальпация живота слабо болезненна в эпигастрии. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный.

В анализах. Общий анализ крови: эритроциты - $3,2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 106 г/л, цветовой показатель - 0,78, лейкоциты - $9,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 60%, лимфоциты - 24%, моноциты - 10%. СОЭ - 28 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, лейкоциты и эритроциты - единичные в поле зрения.

Биохимический анализ крови: глюкоза - 4,0 ммоль/л, мочевины - 20,2 ммоль/л, креатинин - 0,54 ммоль/л, общий белок - 55 г/л, калий - 5,2 ммоль/л, СКФ - 25 мл/мин.

В суточной моче: диурез - 650 мл/сут, белок - 1,659 г/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Определите прогноз болезни и дальнейшей тактики ведения пациента.

Ситуационная задача 15

У больной 35 лет, находившейся на лечении в урологическом отделении по поводу мочекаменной болезни, повысилась температура до 39°C, озноб, симптом поколачивания резко положительный. В общем анализе мочи признаки инфекции мочевых путей. Поставлен диагноз «острый пиелонефрит» на фоне мочекаменной болезни, в баклабораторию отправлен материал для посева.

Вопросы:

1. Препарат какой группы антибактериальных химиотерапевтических средств Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор
2. Через 2 дня антибиотикотерапии клинический эффект незначительный, бактериологически выяснено, что кишечная палочка – продуцент β-лактамаз расширенного спектра, разрушающего все пенициллины и цефалоспорины. Предложите выбор антибиотика.
3. Данные бактериологического анализа показали чувствительность кишечной палочки к Имипенему и Меропенему. Какой из них назначить больной?
4. На 4 день применения Меропенема появилась крапивница, отек Квинке, в связи с чем препарат отменен. Предложите замену препарата.
5. Какой длительности должен быть курс антибиотикотерапии при осложненном пиелонефрите?

Ситуационная задача 16

Больная 19 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на учащенное болезненное мочеиспускание малыми порциями, неинтенсивную ноющую характера боль в правой половине поясничной области, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. В детстве часто болела простудными заболеваниями. Месяц тому назад вышла замуж.

При обследовании в легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 18 в мин., ЧСС – 80 уд/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/70 мм рт. ст. Симптом поколачивания справа слабо положительный.

Анализ крови: Нв – 110 г/л, лейкоциты – $10,2 \times 10^9$ /л, СОЭ – 28 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1,012 г/л, белок – 0,066 г/л, эритроциты – 0–1 в поле зрения, лейкоциты – 12–15 в поле зрения.

Креатинин сыворотки крови – 92 мкмоль/л.

При бактериологическом исследовании мочи выделена E. coli в концентрации 100000 микроорганизмов в 1 мл.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Ситуационные задачи для подготовки к государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалистов по специальности «Лечебное дело».

ГЕМАТОЛГИЯ

Инструкция для студентов по самостоятельной работе с ситуационными задачами

Ознакомьтесь с ситуацией, описанной в задаче и дайте развернутые ответы на вопросы. Желательно изложить Ваши ответы письменно. В случае затруднений используйте учебную литературу по соответствующим темам.

По завершению сравните Ваши ответы с эталонами ответов, имеющимися во второй части данного пособия. Все возникшие вопросы изучите с помощью учебной литературы.

Ситуационная задача 1

Мужчина 28 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры тела до 39,2°C с ознобами, кровоточивость дёсен, появление «синячков» на коже без видимых причин, общую слабость. Считает себя больным в течение 7 дней, когда появилось повышение температуры, принимал Парацетамол с кратковременным эффектом. Слабость стала прогрессивно нарастать, появилась кровоточивость.

Из анамнеза жизни: наличие хронических заболеваний отрицает. Родители здоровы. Имеет специальное среднее образование, работает технологом. Служил в армии на подводной лодке.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,5 °С. Кожные покровы бледные, обычной влажности. На коже нижних конечностей - экхимозы; петехии на коже плеч, предплечий; в ротовой полости – единичные петехиальные элементы. При аускультации дыхание везикулярное, ЧДД – 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 92 удара в минуту. АД – 100/65 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется на 1 см ниже края рёберной дуги, размеры по Курлову – 16×10×9 см. Селезёнка пальпируется, эластичная, безболезненная, перкуторные размеры 10×8 см.

Общий анализ крови: эритроциты - $2,3 \times 10^{12}$ /л, Нв - 78 г/л, тромбоциты - 30×10^9 /л, лейкоциты – $28,9 \times 10^9$ /л, бласты - 32%, миелоциты – 0%, юные нейтрофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 38%, лимфоциты – 25%, СОЭ – 30.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?
4. Выберите и обоснуйте тактику ведения больного.
5. Какие осложнения возможны при данном заболевании?

Ситуационная задача 2

На приёме у врача-терапевта участкового в поликлинике женщина 61 года предъявляет жалобы на наличие безболезненных опухолевидных эластичных образований по боковой поверхности шеи и в подмышечных областях, а также на тяжесть в левом подреберье при быстрой ходьбе, повышенную потливость. Вышеуказанные жалобы появились около года назад, постепенно нарастали.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пальпируются конгломераты увеличенных подчелюстных,

шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов, при пальпации – эластичные, безболезненные, малоподвижные, кожа над ними не изменена, симметрично увеличены – шейные и подчелюстные до 2-3 см, подмышечные до 3-4 см, паховые до 4 см в диаметре. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов не слышно, ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, край эластичный, безболезненный.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,6 \times 10^{12}$ /л, Нв – 129 г/л, тромбоциты – 200×10^9 /л, лейкоциты – 39×10^9 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 2%, лимфоциты – 92%, моноциты – 4%, СОЭ – 30 мм/ч, тени Боткина-Гумпрехта – 1-2 в поле зрения.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?
4. Выберите и обоснуйте тактику ведения больного.
5. Каков прогноз при данном заболевании, и какие возможны осложнения?

Ситуационная задача 3

Больной В. 65 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, плохой аппетит, затруднение при глотании, одышку при минимальной физической нагрузке (вставание с кровати, одевание), отеки ног, постоянные, несколько увеличивающиеся к вечеру.

Анамнез заболевания: больным себя считает около полугода, когда стали появляться вышеописанные жалобы. Врач-терапевт участковый, обнаружив желтушность и бледность кожных покровов, увеличение печени, направил больного в инфекционное отделение больницы с подозрением на вирусный гепатит.

При осмотре: состояние больного тяжелое, значительная бледность и умеренная иктеричность кожи и слизистых оболочек, выражены одутловатость лица, отеки голеней. Сознание ясное, речь замедлена. Лимфоузлы не увеличены. В нижних отделах легких небольшое количество влажных хрипов. Сердце увеличено на 2 см влево от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, систолический негрубый шум над всеми точками. Пульс – 109 в 1 мин, ритмичный. АД – 90/60 мм рт. ст. Язык яркокрасный, гладкий, с трещинами. Печень выступает на 3-4 см из-под края реберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется край селезенки. Неврологический статус: дистальные гиперестезии, повышение глубоких сухожильных рефлексов, снижена сила мышц нижних конечностей.

Данные ЭКГ: ритм синусовый, блокада правой ножки пучка Гиса. Отрицательный зубец Т в V₄-V₆ отведениях.

Анализ крови: эритроциты - $1,0 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 40 г/л, МСМ - 110 fL, лейкоциты - $3,6 \times 10^9$ /л, тромбоциты - 150×10^9 /л, ретикулоциты - 0,1%, СОЭ – 23 мм/ч, палочкоядерные нейтрофилы – 15%, сегментоядерные нейтрофилы – 48%, лимфоциты – 31%, моноциты – 4%, эозинофилы – 2%, базофилы – 0%, анизоцитоз (макроцитоз), пойкилоцитоз, мегалоциты, тельца Жолли, кольца Кэбота.

Вопросы:

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения

Ситуационная задача 4

Больная З. 21 года, инвалид с детства (ДЦП, задержка психического развития), поступила в клинику с жалобами матери на быструю утомляемость, выпадение волос, снижение аппетита, бледность кожи, извращение вкуса (ест землю), неустойчивый стул.

Анамнез жизни: отказывалась от еды, если в ее состав входило мясо (со слов бабушки). Часто ела землю. Врачами за это время не наблюдалась, ничем не болела, профилактические прививки не сделаны.

При поступлении в стационар состояние расценено как тяжелое. Больная вялая, почти безразлична к окружающему. Сознание ясное, на осмотр реагирует вяло. Кожа и видимые слизистые очень бледные. В углах рта «заеды». В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, приглушены, на верхушке и над областью крупных сосудов выслушивается систолический шум мягкого тембра. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах при пальпации. Печень +3 см ниже реберного края. Селезенка пальпируется у края подреберья, мягко-эластической консистенции. Моча светлая, стул 1-2 раза в день. Зрение и слух не нарушены. Склеры светлые. Менингеальной, общемозговой и очаговой симптоматики не отмечается.

Общий анализ крови: гемоглобин – 60 г/л, эритроциты – $2,6 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты – 0,4%, цветовой показатель – 0,63, лейкоциты – $7,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, эозинофилы – 4%, лимфоциты – 16%, моноциты – 10%, СОЭ – 18 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, мочевины – 3,2 ммоль/л, билирубин общий – 20,0 мкмоль/л, сывороточное железо – 4,1 мкмоль/л (норма 10,6-33,6 мкмоль/л), железосвязывающая способность сыворотки – 103 мкмоль/л (норма 40,6-62,5), свободный гемоглобин не определяется.

Анализ кала на скрытую кровь (тремякратно): отрицательно.

Вопросы:

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения.

Ситуационная задача 5

Больная З. 22 лет жалуется на слабость, головокружение, повышенную утомляемость, приступы сильной боли в правом подреберье.

Анамнез заболевания: с 11 лет больная отмечает периодически возникающую желтушность кожных покровов, сменяющуюся бледностью. Эти приступы сопровождались выраженной слабостью. В последние 8 лет больную стала беспокоить боль в правом подреберье приступообразного характера, сопровождающаяся желтухой.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки желтушные на общем бледном фоне, склеры иктеричные.

Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, выслушивается дующий шум на верхушке сердца. ЧСС – 84 удара в минуту. Печень при пальпации обычной консистенции, болезненная, край закруглен, выступает на 2,5 см из-под края реберной дуги. Размеры по Курлову – 12×10×9 см. Селезенка выступает на 3 см ниже левой реберной дуги. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный.

Результаты дополнительных исследований. Общий анализ крови: эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 91 г/л, цветовой показатель – 0,85, ретикулоциты – 14,8%, средний диаметр эритроцитов – 4 мкм, лейкоциты – 11×10^9 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 11%, сегментоядерные нейтрофилы – 59%, лимфоциты – 30%, моноциты – 10%, СОЭ – 20 мм/ч.

Осмотическая резистентность эритроцитов (ОРЭ) - 0,78-0,56% (в норме мин. ОРЭ - 0,44-0,48%, макс. ОРЭ - 0,28-0,36%).

Биохимический анализ крови: билирубин - 111,2 мкмоль/л, прямой - 17,1 мкмоль/л, непрямой – 94,1 мкмоль/л. Проба Кумбса отрицательная.

Вопросы:

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения.

Ситуационная задача 6

Больной 18 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в животе, рвоту, повышение температуры. Анамнез: заболел вчера (со слов больного, после сильного переохлаждения), когда у него появились боли в суставах рук и ног, повысилась температура до 38,5°C. Утром появилась частая рвота, боли в животе схваткообразного характера, вздутие живота.

Объективно: у больного отмечено повышение температуры до 38°C, обложенный сухой язык. Патологии со стороны легких и сердца не выявлено. Отмечается вздутие живота и напряжение передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Пульс – 110 в мин. АД - 110/70 мм рт. ст. На голених обильные петехиальные высыпания. Выраженная припухлость и болезненность при пальпации голеностопных, коленных и лучезапястных суставов справа и слева.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 136 г/л, тромбоциты – 200×10^9 /л, лейкоциты – $21,0 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 12%, палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 68%, лимфоциты – 6%, моноциты – 4%, СОЭ - 42 мм/час.

Биохимические исследования крови: креатинин – 290 мкмоль/л, АсАТ – 17 Ед/л; АлАТ – 23 Ед/л, глюкоза – 4,9 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1021; белок – 0,068 г/л; лейкоциты – 6-8 в поле зрения; эритроциты – 20-25 в поле зрения свежие, неизмененные.

Вопросы:

1. Укажите основной синдром в клинической картине.
2. Сформулируйте предположительный диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику в первую очередь?
4. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
5. Какие группы лекарственных препаратов и немедикаментозные методы лечения являются наиболее важными в терапии данного заболевания?

Ситуационная задача 7

Больная 36 лет направлена врачом-терапевтом участковым в клинику с жалобами на резкую слабость, головокружение, мелькание мушек перед глазами, одышку при физической нагрузке, периодически возникающие колющие боли в области сердца, склонность к употреблению мела, теста.

В анамнезе: слабость и быстрая утомляемость отмечаются около 6 лет, к врачу не обращалась. Во время беременности 2 года назад в гемограмме выявлялась анемия легкой степени, препараты железа не получала. Ухудшение состояния около 2 недель, когда появилась одышка и боли в области сердца. Акушерско-гинекологический анамнез: гиперполименоррея с 12 лет, беременностей – 5, роды – 2, медицинских аборт – 3. Из

перенесенных заболеваний: простудные, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хронический пиелонефрит.

Объективно: кожные покровы бледные, сухие. Ногти с поперечной исчерченностью, расслаиваются. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке сердца. ЧСС - 92 удара в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, сосочки глажены. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Общий анализ крови: гемоглобин – 82 г/л, эритроциты - $3,2 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,7, ретикулоциты - 13%, тромбоциты - 180×10^9 /л, лейкоциты - $4,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 6%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 29%, моноциты - 3%, СОЭ – 18 м/ч; анизоцитоз, гипохромия эритроцитов.

Содержание железа в сыворотке крови – 4,0 мкмоль/л, общая железосвязывающая способность сыворотки – 86,4 мкмоль/л, насыщение трансферрина – 5,0%, сывороточный ферритин - 10 мкг/л.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз больной.
2. Чем может быть обусловлен систолический шум на верхушке сердца?
3. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо назначить больной для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение. Обоснуйте выбор терапии.
5. Какие рекомендации Вы могли бы дать пациентке по вторичной профилактике заболевания?

Ситуационная задача 8

Больная М. 54 лет жалуется на выраженную слабость, одышку и сердцебиение при незначительной физической нагрузке; при быстром вставании с постели – головокружение и шум в ушах. Подобные жалобы беспокоят несколько месяцев, но за последние 2 недели самочувствие стало быстро прогрессивно ухудшаться. Больная доставлена в гематологическое отделение по договоренности машиной скорой медицинской помощи на носилках, так как идти на прием к врачу-терапевту участковому не смогла.

В анамнезе обильные менструации в течение 15 лет (после установления внутриматочной спирали), с ориентировочной кровопотерей до 400,0-450,0 мл за цикл, 3 родов, 5 аборт. Менопауза 3 года. В течение 10 лет - фанатичная вегетарианка, мясо, рыбу полностью исключила из рациона.

Объективно: общее состояние больной тяжелое. Вялость, на вопросы отвечает тихо, медленно, односложно. Выражены бледность кожи и слизистых. Иктеричность склер. Язык малиновый, географический, лакированный. Койлонихии. Ангулярный стоматит. Много разрушенных зубов, 5 зубов удалены. Пристрастие к мелу и подсолнечным семечкам. Отеки на голенях, бедрах, брюшной стенке. Периферические лимфоузлы не увеличены. Предпочитает возвышенное положение в постели. ЧД - 34 в 1 минуту. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс мягкий, 96 ударов в минуту. Границы сердца расширены влево на 2 см, тоны сердца приглушены, систолический шум на всех точках и сосудах шеи. Живот мягкий, безболезнен. Печень и селезенка не увеличены.

Проведено срочное обследование: эритроциты - $1,2 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин – 30 г/л; гематокрит - 12%; цветовой показатель - 1,0; тромбоциты - $156,4 \times 10^9$ /л, лейкоциты – $2,4 \times 10^9$ /л (палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 42%, лимфоциты – 50%, моноциты – 5%), СОЭ - 40 мм/час.

Общий белок крови - 4,2 г/л; билирубин крови - 48 мкмоль/л, реакция Ван-ден-Берга - непрямая; в моче уробилин +++.

На ЭКГ – дистрофические изменения миокарда, единичные предсердные и желудочковые экстрасистолы.

В миелограмме: гиперплазия красного ростка, красный росток с чертами выраженной мегалобластности.

Вопросы:

1. Какова основная причина тяжести состояния больной?
2. Есть ли у больной сидеропенический синдром?
3. Какова причина дефицита железа?
4. Почему цветовой показатель нормальный?
5. Сформулируйте развернутый диагноз больной.

Ситуационная задача 9

Больная К. 60 лет госпитализирована в ЦРБ по месту жительства в связи с выраженной слабостью, одышкой, сердцебиением при малейшей физической нагрузке. Слабость ощущала несколько лет, последние 2 года стала отмечать боли в позвоночнике. В молодости была донором крови 8 раз, имеет 3 детей, было 4 аборта. Врачом-терапевтом участковым в связи с выявленной анемией (эритроциты - $3,12 \times 10^{12}/л$) назначен Сорбифер Дурулес по 2 таблетки в день в течение 1,5 месяцев. Эффекта не получено.

Общий анализ крови: эритроциты - $1,42 \times 10^{12}/л$; гемоглобин - 50 г/л, цветовой показатель - 1,0; ретикулоциты - 0,4%; тромбоциты - $98 \times 10^9 /л$; лейкоциты - $2,6 \times 10^9 /л$ (палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 30%, лимфоциты – 60%, моноциты – 7%), анизоцитоз +++++, пойкилоцитоз +++; СОЭ - 72 мм/ час.

Вопросы:

1. Можно ли предварительно поставить один из следующих диагнозов: «апластическая анемия»? «острый лейкоз»? «множественная миелома»?
2. Как правильно поставить предварительный диагноз?
3. Нуждается ли больная в консультации гематолога, в стерильной пункции?
4. В биохимических анализах выявлено: общий белок крови - 140 г/л, альбумины - 30%, глобулины - 70%, выявлен М-градиент в зоне гамма-глобулинов. Сократится ли Ваш диагностический поиск?
5. В каком отделении должна лечиться данная больная?

Ситуационная задача 10

Пациентка 52 лет страдает железодефицитной анемией и принимает по поводу этого заболевания препараты железа (II). В связи с обострением хронического пиелонефрита пациентке назначен Ципрофлоксацин по 250 мг 2 раза в сутки. Оба препарата больная принимала одновременно. Через 5 дней от начала приема Ципрофлоксацина сохраняется субфебрильная лихорадка, поллакиурия.

Вопросы:

1. Каковы возможные причины неэффективности антибиотикотерапии?
2. Какие исследования необходимо выполнить дополнительно?
3. По данным бактериологического анализа мочи выделена *Escherichia coli*, чувствительная к Ципрофлоксацину. С чем связана неэффективность лекарственной терапии?
4. Каковы будут Ваши дальнейшие рекомендации по лечению?
5. Какова длительность приема препаратов железа?

Ситуационная задача 11

Женщина 28 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, утомляемость, сердцебиение, головокружение, головную боль, ухудшение памяти, боли в

ногах, желание есть сухие макароны, гречневую крупу, першение в горле. Из анамнеза известно, что анемия обнаружена с 16 лет. Лечилась нерегулярно препаратами железа курсами по 2-3 недели с временным эффектом.

Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, обильные, по 5-7 дней через 21 день. 2 беременности, 2 срочных физиологических родов в 23 и 27 лет.

При осмотре: состояние пациентки удовлетворительное. Рост – 162 см, масса тела – 65 кг. ИМТ – 24,08 кг/м². Кожные покровы и конъюнктивы бледны. Ногти тонкие, уплотнены, концы ногтей расслоены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, при аускультации выслушивается систолический шум на верхушке сердца и по левому краю грудины, ЧСС – 110 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.

В анализах: общий анализ крови — эритроциты - $3,6 \times 10^{12}/л$, анизоцитоз, микроцитоз, Hb - 94 г/л, ЦП - 0,6, лейкоциты - $5,2 \times 10^9 /л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 57%, лимфоциты – 28%, моноциты – 9%, СОЭ - 25 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 77 г/л, общий билирубин - 15,3 мкмоль/л, непрямого билирубин - 12,1 мкмоль/л, железо сыворотки - 7,6 мкмоль/л, ферритин - 8,8 мкг/л.

ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС – 106 в минуту, снижение зубца T в левых грудных V₅, V₆ отведениях.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой препарат из группы железосодержащих лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 2 месяца регулярной терапии отмечается положительная динамика: уменьшились слабость и утомляемость, улучшилась память, сердцебиения не беспокоят, исчезли нарушения вкуса; в общем анализе крови - эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$, средний диаметр эритроцитов - 7,5 мкм, Hb - 122 г/л, ЦП - 0,84, лейкоциты - $6,7 \times 10^9 /л$, эозинофилы - 0%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 59%, лимфоциты - 28%, моноциты - 9%, СОЭ - 13 мм/час. Биохимический анализ крови: железо сыворотки - 14,7 мкмоль/л, ферритин - 9,8 мкг/л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ситуационная задача 12

Больная М. 52 лет обратилась в поликлинику с жалобами на немотивированную слабость, повышенную утомляемость, постоянное ощущение тяжести в левом подреберье, снижение аппетита, чувство быстрого насыщения. Указанные жалобы появились около 5 месяцев назад и постепенно стали более выраженными.

При осмотре обращает на себя внимание увеличение селезенки (выступает из-под края реберной дуги на 6 см).

Анализ крови: гемоглобин - 105 г/л, цветовой показатель - 0,94, лейкоциты - $68,3 \times 10^9/л$ (промиелоциты - 1%, нейтрофильные миелоциты - 2%, нейтрофильные метамиелоциты - 6%, нейтрофильные палочкоядерные - 14%, нейтрофильные сегментоядерные - 58%, лимфоциты - 9%, эозинофилы - 2%, базофилы - 7%, моноциты - 1%), тромбоциты - $440 \times 10^9 /л$. Активность щелочной фосфатазы нейтрофилов снижена.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациентки для подтверждения диагноза.

3. Какие показатели анализа крови данной больной не соответствуют хронической стадии заболевания? Ответ обоснуйте.

4. Цитогенетический анализ выявил наличие Ph-хромосомы, в соответствии с клиническими признаками пациентка была стратифицирована в категорию промежуточного риска. Укажите начальную тактику лечения для данной пациентки.

5. Назовите признаки полной гематологической ремиссии при лечении данного заболевания. Ответ обоснуйте.

Ситуационная задача 13

Больной П. 70 лет обратился в поликлинику с жалобами на повышенную утомляемость, немотивированную слабость, ощущение тяжести в левом подреберье, снижение массы тела на 8 кг за последний месяц.

В анамнезе: артериальная гипертония, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

При осмотре обращает на себя внимание увеличение лимфатических узлов в области передней поверхности шеи, в надключичных и подмышечных впадинах. Лимфатические узлы безболезненные, ненапряженные, подвижные, имеют эластическую консистенцию. Селезенка увеличена (+5 см).

В анализах крови: гемоглобин - 98 г/л, лейкоциты – 30×10^9 /л, из них 50% лимфоциты, тромбоциты - 130×10^9 /л, СОЭ - 16 мм/ч. В мазке крови лимфоциты нормальных размеров, определяются «размазанные» клетки, тени Гумпрехта.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Какой метод обследования необходимо провести в первую очередь? Ответ обоснуйте.

3. Определите стадию заболевания у данного пациента. Ответ обоснуйте.

4. Назначение какого препарата является оптимальным в данном случае?

5. Назовите возможные причины смерти пациентов с данным заболеванием.

Ситуационная задача 14

Женщина 47 лет жалуется на слабость, быструю утомляемость, одышку и сердцебиение при небольшой физической нагрузке, бледность кожных покровов, ломкость ногтей, обильные менструации.

Из анамнеза известно, что менструации у пациентки стали обильными около 6 месяцев назад, гинекологом выявлена миома матки небольших размеров, требующая только наблюдения. Остальные вышеперечисленные жалобы появились 2-3 месяца назад с медленным нарастанием; отметила пристрастие к резким запахам (лак, ацетон), желание есть мел (в остальном питание обычное); изредка беспокоило головокружение. Ранее, во время двух беременностей и родов, отмечалась анемия легкой степени. Донором не была.

При осмотре: состояние удовлетворительное, среднего питания. Кожные покровы и слизистые умеренно бледные, в уголках рта неглубокие трещинки, ногти ломкие, с выраженной продольной исчерченностью и намечающейся вогнутостью. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, ЧСС – 78 ударов в минуту, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не пальпируются. Стул, диурез без особенностей.

В общем анализе крови: эритроциты - $2,9 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 70 г/л, цветовой показатель - 0,73; анизоцитоз++, пойкилоцитоз++, микроцитоз++; лейкоциты - $3,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 54%, эозинофилы - 5%, лимфоциты - 33%, моноциты - 6%, базофилы - 1%; тромбоциты - 200×10^9 /л; СОЭ - 15 мм/ч.

Общий анализ мочи – в пределах нормы.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какой препарат группы железосодержащих Вы рекомендовали бы пациентке? Какой путь введения препарата? Обоснуйте свой выбор.

5. Через 1 месяц регулярной терапии железосодержащим препаратом самочувствие больной существенно улучшилось, в анализе крови гемоглобин поднялся до 110 г/л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш ответ.

Ситуационная задача 15

Больной С. 50 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры до 38 °С, слабость, озноб, кашель со светлой мокротой.

Анамнез: заболел остро, 3 дня назад повысилась температура до 38°С, отмечал общее недомогание, слабость, озноб. Лекарств не принимал. Вчера присоединился кашель со скудной светлой мокротой.

При осмотре: состояние больного средней тяжести. Температура тела 37,7°С. Кожные покровы обычной окраски, без высыпаний. Периферических отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание в легких везикулярное, ослаблено в нижней половине правого легкого, там же выслушивается крепитация, при перкуссии – притупление перкуторного звука. ЧД – 20 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 100 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Стул регулярный, оформленный.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте.

2. Назначьте обследование, обоснуйте.

3. Пациенту проведена рентгенограмма легких в прямой и боковой проекции - выявлены инфильтративные изменения в нижней доле правого легкого. Назначьте лечение.

4. Несмотря на проводимую терапию состояние больного ухудшалось, мокрота стала зеленой, симптомы интоксикации усилились. Через 3 дня пациент явился на повторный прием к врачу-терапевту участковому. Получен результат общего анализа крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,91, ретикулоциты - 1,0%, тромбоциты - 220×10^9 /л, лейкоциты - $0,9 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 8%, эозинофилы - 0%, базофилы - 0%, моноциты - 4%, лимфоциты - 86%, СОЭ - 30 мм/ч. Установите окончательный диагноз, обоснуйте.

5. Дальнейшая тактика лечения пациента.

Ситуационная задача 16

Больная Ш. 45 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, головокружение, выпадение волос, ломкость ногтей, сухость кожи.

Анамнез: считает себя больной в течение 3 месяцев, когда впервые появились жалобы на слабость, головокружение. К врачу не обращалась. В дальнейшем симптомы стали нарастать, стали выпадать волосы, появилась ломкость ногтей, сухость кожи.

Сопутствующие заболевания: страдает меноррагией – месячные обильные, затяжные, по 7-10 дней каждые 28 дней.

При осмотре: состояние больной средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные, сухие, высыпаний нет. Ногти с выраженной продольной исчерченностью, «ложкообразные». Диффузная алопеция. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧД – 21 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ослабление I и II тона сердца во всех точках аускультации. ЧСС – 90 ударов в минуту. АД – 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Через 2 дня пациентка пришла на повторный прием с результатами анализов: клинический анализ крови: гемоглобин - 95 г/л, эритроциты - $1,12 \times 10^{12}$ /л, MCV - 75 фл, MCH - 22 пг, ретикулоциты - 0,9%, тромбоциты - 226×10^9 /л, лейкоциты - $4,9 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 4% , сегментоядерные - 51%, моноциты – $0,10 \times 10^9$ /л, лимфоциты – $1,7 \times 10^9$ /л, СОЭ - 36 мм/ч. Сывороточное железо - 4,2 мкмоль/л, ОЖСС - 82 мкмоль/л, коэффициент насыщения трансферрина - 23,5%, АЧТВ - 26 с, ПТВ - 14 с, фибриноген - 3,1 г/л. Консультация врача-гинеколога назначена на следующий день. Назначьте лечение.

5. Через 2 месяца регулярной терапии железосодержащим препаратом пациентка сдала повторный анализ крови: клинический анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}$ /л, MCV - 82 фл, MCH - 28 пг, ретикулоциты - 1,2%, тромбоциты - 260×10^9 /л, лейкоциты - $5,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 6% , сегментоядерные - 55%, моноциты - $0,10 \times 10^9$ /л, лимфоциты - $1,4 \times 10^9$ /л, СОЭ - 17 мм/ч. Пациентка также наблюдается у врача-гинеколога, принимает терапию по поводу меноррагий, отмечает нормализацию месячных. Охарактеризуйте изменения в анализах. Ваши дальнейшие действия.

Ситуационная задача 17

Больная 65 лет, пенсионерка, обратилась к врачу-терапевту участковому в поликлинику с жалобами на общую слабость, утомляемость, сердцебиения, одышку при физической нагрузке, тошноту, отрыжку, тяжесть в эпигастрии. Признаки желудочной диспепсии около 15 лет. В последние полгода появились слабость, сердцебиения, одышка при нагрузке, онемение нижних конечностей. К врачам не обращалась.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, легкая желтушность кожи и склер лимонного оттенка. Лицо одутловато. Рост - 160 см, масса тела - 68 кг. В легких везикулярное дыхание. Границы сердца смещены влево на 1 см, тоны немного приглушены, ЧСС - 90 в минуту, АД - 130/80 мм рт. ст. Язык малинового цвета, сосочки сглажены. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 70 г/л, эритроциты – $2,9 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 1,3, ретикулоциты – 0,1%, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ – 30 мм/час, MCV – 70 фл.

В мазке крови обнаружены гиперсегментированные нейтрофилы, тельца Жолли и кольца Кебота.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
5. Укажите вероятные причины данного заболевания.

Ситуационная задача 18

Больной Н. 60 лет обратился к врачу-терапевту участковому по поводу головных болей. В последнее время заметил появление красно-синюшной окраски кожи лица, инъецированность сосудов склер, потливость. В течение двух лет беспокоит кожный зуд, который усиливается после приема водных процедур. Периодически беспокоят головные боли, которые в последнее время усилились, появился шум в ушах. Полгода назад во время диспансерного осмотра зарегистрировано повышение АД до 160/100 мм рт. ст. Постоянной антигипертензивной терапии никогда не получал. В прошлом считал себя практически

здоровым человеком, анамнестические сведения о заболеваниях сердечнососудистой системы, болезней органов дыхания, органов пищеварения отсутствуют. Вредных привычек нет.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 25 кг/м². Выраженная гиперемия кожных покровов и слизистых. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 66 ударов в минуту, АД – 170/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. У реберного края пальпируется умеренно увеличенная селезенка (+3 см), при пальпации безболезненна. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Общий анализ крови: эритроциты – $7,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 187 г/л; лейкоциты - $12,8 \times 10^9/л$, эозинофилы - 4%, базофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 12%, сегментоядерные нейтрофилы - 74%, лимфоциты - 5%, моноциты - 1%, тромбоциты - $434 \times 10^9/л$, СОЭ – 1 мм/ч.

Увеличение селезенки. Гематокрит - 56%, ОЦК – 8,5 л.

Общий анализ мочи без патологических отклонений.

Вопросы: 1. Ваш предположительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?

4. Составьте план дополнительного обследования для уточнения основного диагноза.

5. Лечебная тактика, выбор препаратов.

Ситуационная задача 19

Больная К. 64 лет доставлена в клинику без сознания. По словам родственников, в течение нескольких лет жаловалась на резкую слабость, одышку, плохой аппетит, боли в поясничной области при резких наклонах, парестезии, периодически тошноту и дискомфорт в эпигастральной области после приема пищи, по поводу чего 3 года назад находилась в больнице, где у нее была обнаружена анемия. В результате лечения состояние больной улучшилось. После выписки из больницы она жила в деревне, к врачам не обращалась и не лечилась. За несколько месяцев до поступления самочувствие больной ухудшилось, появились слабость, одышка, отмечалось изменение походки, ухудшение аппетита, бледность. Состояние больной прогрессивно ухудшалось: нарастала слабость, заторможенность. Больная была госпитализирована.

При осмотре: состояние очень тяжелое, больная без сознания, температура 36°C, резкая бледность кожи и слизистых оболочек, кожа чистая, отеков нет. Органы дыхания без особенностей. Сердце несколько расширено вправо и влево. Тоны глухие, нерезкий систолический шум над верхушкой. Тахикардия, пульс - 120 в минуту, ритм правильный. АД - 90/60 мм рт. ст. Язык ярко-красного цвета, сосочки сглажены, живот мягкий, печень увеличена на 3 см, мягкая, пальпируется селезенка.

Анализ крови: эритроциты – $1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 50 г/л, цветовой показатель - 1,5, макроцитоз, тельца Жолли и кольца Кебота; имеются мегалобласты; тромбоциты - $18 \times 10^9/л$, лейкоциты - $4 \times 10^9/л$, базофилы - 0%, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 50%, лимфоциты - 42%, моноциты - 5%, полисегментированные гигантские нейтрофилы, ретикулоциты - 0,1%, СОЭ - 30 мм/ч.

Сахар в крови и креатинин в пределах нормы.

Анализ мочи без патологии.

На ЭКГ: ритм синусовый, отрицательные зубцы Т в левых грудных отведениях.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Критерии основного диагноза.

3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?
4. Дополнительные методы обследования.
5. Лечебная тактика, выбор препаратов.

Ситуационная задача 20

Больная А. 18 лет, студентка. Поступила на 12 день болезни в тяжелом состоянии. Заболела остро. Повысилась температура до 39°C, появились боли в горле при глотании. Тогда же заметила увеличение шейных лимфоузлов. Лечилась амбулаторно, однако состояние не улучшалось, нарастала слабость.

Кожные покровы и слизистые бледные, говорит с трудом. Температура тела до 40°C. Шейные, заднешейные и подчелюстные лимфоузлы увеличены в размерах (3×6, 4×8 мм), болезненные. На коже геморрагические пятна. Десна разрыхлены. Зев гиперемирован, миндалины увеличены, отечны, покрыты гнойным налетом, имеются некротические язвы. Легкие - перкуторно легочный звук, дыхание везикулярное. Границы сердца не изменены. Систолический шум на верхушке, тоны громкие. Пульс - 120 в минуту, ритмичный. Язык красный. Живот мягкий, безболезненный. Селезенка и печень не пальпируются.

Анализ крови: эритроциты - $2,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 83 г/л, ретикулоциты - 0,1%, цветовой показатель - 1,0; тромбоциты - $5,0 \times 10^9/л$; лейкоциты - $0,8 \times 10^9/л$; эозинофилы - 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 7%, ю. - 90%, моноциты - 2%, СОЭ - 72 мм/час.

Стернальный пунктат: общее количество миелокариоцитов - $6,8 \times 10^9/л$. Гранулоцитов нет. Группы бластных клеток составляют 70%.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Критерии основного диагноза.
3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?
4. Составьте план дополнительных методов обследования.
5. Лечебная тактика, выбор препаратов.

Ситуационная задача 21

Больная В. 24 лет обратилась в поликлинику с жалобами на слабость, головокружение, желтуху. Больна с 5-летнего возраста.

При осмотре: кожа и склеры желтушные. Обращает на себя внимание «башенный череп» и «готическое небо». На коже голени – трофические язвы. Пульс - 98 в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, систолический шум над всеми точками. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, селезенка – на 6 см.

В крови анемия гиперрегенераторного типа (ретикулоцитоз).

Билирубин - 48 мкмоль/л, непрямой - 40 мкмоль/л.

Микросфероцитоз эритроцитов.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Критерии основного диагноза.
3. Проведите дифференциальный диагноз желтухи.
4. Составьте план дополнительных методов обследования.
5. Лечебная тактика.

Ситуационная задача 22

Мужчина 35 лет, инженер-электрик, жалуется на выраженную слабость, одышку, сердцебиение при подъеме до 2-го этажа, потливость по ночам, появление синяков по всему

телу, частые носовые кровотечения без видимой причины, десневые кровотечения при гигиене полости рта, ощущение тяжести в правом подреберье. Считает себя больным около месяца. Существенное ухудшение самочувствия в течение последней недели. Ежегодно проходит профосмотры, последний – 4 месяца назад, патологии не выявлено. Хронические заболевания отрицает.

При осмотре: температура тела - 38,1°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные, множественные экхимозы различной локализации разной стадии «цветения». Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Над легкими ясный легочный звук, везикулярное дыхание, хрипов нет. АД - 110/70 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные, ясные, 98 в минуту, мягкий систолический дующий шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется на уровне пупка, плотный, ровный, умеренно болезненный; поверхность печени ровная, плотная. в левом подреберье пальпируется нижний полюс селезенки на 3 см ниже края реберной дуги, плотный, ровный, умеренно болезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

Лабораторно. Общий анализ крови: гемоглобин - 76 г/л, эритроциты - $2,9 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 0,79, тромбоциты – 21×10^9 /л, лейкоциты - 35×10^9 /л, бласты – 21%, эозинофилы - 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 0%, сегментоядерные нейтрофилы - 79%, лимфоциты - 0%, моноциты - 0%; СОЭ - 76 мм/ч.

Общий анализ мочи: желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес - 1016; белок, сахар - нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий - 2 в поле зрения, эритроциты, цилиндры, соли - нет.

Биохимический анализ крови: билирубин общий - 48,8 мкмоль/л, креатинин - 0,196 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, общий холестерин – 5,9 ммоль/л, калий – 3,9 ммоль/л, общий белок – 76 г/л.

Коагулограмма: АЧТВ - 50 с (норма - 32-42 с), ПТИ – 105%, фибриноген – 6 г/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Определите прогноз и трудоспособность пациента.

Ситуационная задача 23

Мужчина 45 лет, грузчик, жалуется на выраженную общую слабость, потливость, преимущественно вечером и ночью; постоянные ноющие боли во всех суставах, не зависящие от уровня нагрузки; повышение температуры тела до 37,8°C в течение суток, похудание на 5 кг за последние 2 месяца, снижение аппетита (характер питания стабильный); ощущение тяжести и периодически ноющие боли в правом подреберье, не связанные с приемом пищи; постоянное ощущение тяжести в левом подреберье, частые колющие боли в левом подреберье, которые прогрессивно нарастают в течение последнего месяца.

При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, суховатые. Умеренная пастозность голеней и стоп. Периферические лимфоузлы не увеличены. Суставы внешне не изменены, объем активных движений не ограничен. В легких дыхание ослабленное везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. АД – 120/70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные, 96 в минуту; мягкий систолический шум в области верхушки сердца. Язык влажный, обложен небольшим количеством серого налета. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Нижний край печени на 6 см ниже края реберной дуги; ровный, эластичный, умеренно болезненный. Нижний полюс селезенки пальпируется

на уровне пупка, селезенка плотно-эластичная, умеренно болезненная, с ровной поверхностью.

Лабораторно. Общий анализ крови: гемоглобин - 82 г/л, эритроциты – $3,0 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,87, ретикулоциты – 1%, тромбоциты - 605×10^9 /л, лейкоциты - $63,1 \times 10^9$ /л, промиелоциты – 9%, юные нейтрофилы – 8%, эозинофилы – 12%, базофилы – 9%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 40 %, лимфоциты – 11%, моноциты – 6%, СОЭ – 69 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1039, желтая, прозрачная, белок – 0,567 г/л, глюкоза – нет, лейкоциты - 6-9 в поле зрения, эритроциты – 3-6 в поле зрения, соли – ураты умеренное кол-во.

УЗИ органов брюшной полости, почек: УЗ-признаки гепатоспленомегалии. Диффузная неоднородность ткани печени и селезенки. Умеренное увеличение размеров почек. Конкрементов, объемных образований не выявлено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Определите прогноз и трудоспособность пациента.

Ситуационная задача 24

Мужчина 52 лет, программист, жалуется на постоянную слабость, снижение веса на 5 кг за последние 2 месяца, увеличение лимфатических узлов в области головы, шеи и в подмышечных областях; сердцебиение и одышку смешанного характера при обычной физической нагрузке; ощущение тяжести в области правого подреберья; изжогу и отрыжку преимущественно после еды; снижение аппетита. Появление этих симптомов пациент ни с чем не связывает.

При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, суховатые. Отеков нет. Пальпируются затылочные, околоушные, передние и задние шейные, над - и подключичные, подмышечные лимфоузлы, округлые, до 2 см в диаметре, мягкоэластичные, однородные, с гладкой поверхностью, безболезненные, подвижные, не спаянные с кожей и между собой, кожа над ними не изменена. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не изменены. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС – 98 в минуту. АД – 120/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен небольшим количеством серого налета. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется на 3 см ниже края реберной дуги, плотно-эластичный, ровный, слегка болезненный. Селезенка не пальпируется.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 101 г/л, эритроциты – $2,6 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,87, ретикулоциты – 1%, тромбоциты - 115×10^9 /л, лейкоциты - $23,1 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 23%, лимфоциты – 75%, моноциты – 1%, СОЭ – 81 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1039, желтая, прозрачная, белок – 1,1 г/л, глюкоза – нет, лейкоциты - 9-15 в поле зрения, эритроциты – 3-6 в поле зрения, соли – ураты небольшое кол-во.

УЗИ органов брюшной полости: УЗ-признаки гепатомегалии, спленомегалии. Диффузная неоднородность печени и поджелудочной железы. Конкрементов, объемных образований не выявлено.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, общий билирубин – 45 мкмоль/л, АСТ – 0,92 ммоль/л, АЛТ – 0,81 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите тактику лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Определите прогноз болезни и трудоспособность пациента.

Ситуационная задача 25

Пациентка 52 лет страдает железодефицитной анемией и принимает по поводу этого заболевания препараты железа (II). В связи с обострением хронического пиелонефрита пациентке назначен Ципрофлоксацин по 250 мг 2 раза в сутки. Оба препарата большая принимала одновременно. Через 5 дней от начала приема Ципрофлоксацина сохраняется субфебрильная лихорадка, поллакиурия.

Вопросы:

1. Каковы возможные причины неэффективности антибиотикотерапии?
2. Какие исследования необходимо выполнить дополнительно?
3. По данным бактериологического анализа мочи выделена *Escherichia coli*, чувствительная к Ципрофлоксацину. С чем связана неэффективность лекарственной терапии?
4. Каковы будут Ваши дальнейшие рекомендации по лечению?
5. Какова длительность приема препаратов железа?

Ситуационная задача 26

Больной М. 60 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на лихорадку до 38°C, ночное потоотделение, потерю в весе, кожный зуд в области шеи, паха. Болен в течение трех месяцев.

При осмотре: пальпируются увеличенные подвижные, не спаянные с кожей плотноэластические лимфоузлы, в шейно-надключичной области слева сливающиеся между собой в конгломераты. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 82 уд/мин. Печень у реберной дуги. Селезенка не увеличена.

В общем анализе крови: гемоглобин – 100,0 г/л, лейкоциты – $3,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 11%, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 67%, лимфоциты – 14%, моноциты – 6%, тромбоциты – 200000, СОЭ – 20 мм/час.

В биоптате лимфоузла – клетки Березовского-Штернберга.

Вопросы:

1. Назовите предполагаемый диагноз.
2. Предложите план дополнительного обследования больного?
3. Какая стадия заболевания?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Предложите план лечения.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧАМ ПО НЕФРОЛОГИИ

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Нефротический синдром.
2. Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма, стадия обострения.
3. Проведение УЗИ органов брюшной полости и почек, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография органов грудной клетки, определение креатинина, мочевины, электролитов, тромбоцитов, коагулограмма, время свёртываемости крови, расчёт СКФ, определение суточной протеинурии, исследование глазного дна, пункционная биопсия почек.
4. Пациенту показана диета № 7. Основное лечение состоит из четырёхкомпонентной схемы, включающей в себя глюкокортикостероиды (Преднизолон в дозе 1 мг/кг/сут); цитостатики (Циклофосфан 100-200 мг/сут); антикоагулянты (Гепарин 10 тыс. ЕД/сут); антиагреганты (Курантил 300-400 мг/сут). Дополнительно: диуретики, ингибиторы АПФ / блокаторы рецепторов ангиотензина II, блокаторы кальцевых каналов, статины под контролем липидного спектра.
5. Временная нетрудоспособность - 60-75 дней. Диспансерный осмотр - не реже 1 раза в 3 месяца.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Хронический двусторонний пиелонефрит, фаза обострения.
2. Хронический, так как в анамнезе - неоднократные подъёмы температуры, сочетающиеся с болями в животе и болезненным мочеиспусканием. По данным УЗИ выявлено расширение собирательных систем обеих почек. Фаза обострения, так как при поступлении имелись явления интоксикационного синдрома, положительный симптом Пастернацкого, выраженная лейкоцитурия и бактериурия, воспалительная реакция периферической крови.
3. Необходимо выполнить бактериологическое исследование мочи с целью типирования микрофлоры; исследование мочи по Зимницкому (для хронического пиелонефрита характерно умеренное снижение концентрационной способности почек); определение креатинина крови, при нормальных значениях показана внутривенная экскреторная урография (для оценки анатомического и функционального состояния мочевыводящих путей).
4. Определение чувствительности микрофлоры мочи к антибиотикам.
5. Наблюдение врача-нефролога, врача-терапевта участкового по месту жительства, санация хронических очагов инфекции. Контроль общего анализа мочи 1 раз в месяц, внеочередной контроль общего анализа мочи при интеркуррентных заболеваниях. Противорецидивное лечение после обострения в течение 1 года с применением растительных уросептиков. Сцинтиграфия почек через 6 месяцев после купирования атаки пиелонефрита (наличие очагов сморщивания паренхимы почек у пациентки с хроническим воспалительным процессом). Мониторинг СКФ 1 раз в 6 месяцев.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

1. Хронический гломерулонефрит, латентная форма, ремиссия. ХБП 3а, А2 Симптоматическая артериальная гипертензия 1 ст., риск 3. Анемия 1 ст.
2. Диагноз «хронический гломерулонефрит» предположен на основании анамнестических данных (10 лет назад лечился по поводу гломерулонефрита), характерного мочевого синдрома у больного (протеинурия, эритроцитурия), отёчного и гипертонического синдрома. Диагноз «хроническая болезнь почек (ХБП)» определён по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) на протяжении 3 и более месяцев (анамнестические данные) и снижения СКФ.
3. Целесообразно, помимо проведённых анализов, сделать УЗИ почек. Для установки диагноза «ХБП» необходимо наличие следующих критериев: выявление любых клинических

маркеров повреждения почек, подтверждённых на протяжении периода длительностью не менее 3 месяцев; наличие маркеров необратимых структурных изменений органа, выявленных однократно при прижизненном морфологическом исследовании органа или при его визуализации; снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин/1,73 м², сохраняющееся в течение трёх и более месяцев, вне зависимости от наличия других признаков повреждения почек. В связи с этим для того, чтобы подтвердить диагноз «ХБП» необходимо провести повторно все обследования через 3 месяца (в условии задачи нет данных о наличии снижения СКФ и альбуминурии в течение 3 и более месяцев).

4. У больного выявлена сниженная скорость клубочковой фильтрации (СКФ) до 30-60 мл/мин впервые, поэтому следует оценить стабильность нарушения функции почек. Повторное обследование проводится через 2-4 недели и далее через 3-6 месяцев: измерение АД, осмотр глазного дна, СКФ и креатинин крови, липидный профиль, глюкоза, общий анализ крови (гемоглобин), калий, натрий, кальций, фосфор, мочевая кислота, общий анализ мочи, суточная альбуминурия (протеинурия), при стабильном течении (снижение СКФ менее 2 мл/мин за 6 мес.) - ежегодно. Консультация врача-нефролога проводится в следующих случаях: СКФ < 30 мл/мин (ХБП 4-5 стадий). СКФ 30-60 мл/мин (ХБП 3 стадии) с быстрым снижением функции почек или с риском быстрого снижения функции почек: прогрессирующее снижение СКФ (более 15% за 3 месяца), протеинурия более 1 г/сут, выраженная и неконтролируемая артериальная гипертония, анемия (гемоглобин менее 110 г/л).

5. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым стандартом» при лечении пациентов с ХБП стадий С1-3. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II - лозартан.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

1. Хронический первичный правосторонний необструктивный пиелонефрит, ст. обострения. ХБП 1 ст.

2. Бактериологическое исследование мочи (посев мочи) с целью идентификации возбудителя и определения его чувствительности к антибиотикам; анализ мочи по Зимницкому с целью определения концентрационной способности почек, проба Нечипоренко; обзорная и экскреторная урография, которая позволяет выявить не только изменение размеров и формы почек, их расположение, наличие конкрементов в чашках, лоханке или мочеточниках, но и судить о состоянии суммарной выделительной функции почек; для расчёта скорости клубочковой фильтрации - вес, рост больной; для исключения латентно протекающей железодефицитной анемии - сывороточное железо, общая железосвязывающая способность сыворотки, сывороточный ферритин.

3. Можно проводить лечение данной больной амбулаторно. Госпитализация показана при невозможности перорального приёма ЛС (наличие тошноты, рвоты), наличии осложнений (артериальная гипотензия, шок или сепсис), гнойном пиелонефрите или обструкции мочевых путей, нуждающихся в урологической коррекции или оперативном вмешательстве.

4. Рекомендуемые антибактериальные лекарственные средства: Цефалоспорины 3 поколения (возможно сочетание одной инъекции с пероральным приёмом) или фторхинолоны (за исключением беременных), полусинтетические пенициллины и аминопенициллины: Амоксициллин (первая доза 2 г, затем 1 г 2 раза в сутки 9 дней; или 750 мг 3 раза в сутки 8-12 дней), защищенные пенициллины: Амоксициллин/Клавулановая кислота в дозе 500 мг внутрь 3 раза в сутки или 875 мг внутрь 2 раза в сутки. Ампициллин, Котримоксазол и Цефалоспорины первого поколения не следует использовать для эмпирической терапии ввиду высокой резистентности к ним микроорганизмов. Стандартная длительность антибактериальной терапии неосложнённого пиелонефрита 7-14 дней.

Критериями эффективности проводимого лечения являются нормализация температуры, исчезновение дизурических явлений, возвращение к норме показателей периферической крови (количество лейкоцитов, СОЭ), стойкое отсутствие или хотя бы заметное снижение протеинурии, лейкоцитурии и бактериурии.

5. В промежутках между медикаментозными препаратами рекомендуется принимать отвары или настои трав, обладающих диуретическим и антисептическим действием (клюквенный морс, отвар шиповника, трава полевого хвоща, плоды можжевельника, листья берёзы, толокнянка, брусничный лист, листья и стебли чистотела и др.). Также можно использовать Уролесан по 15 капель 3 раза в день. Канефрон-Н по 2 таблетки 4 раза в день.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5

1. Наиболее частой причиной инфекции мочевых путей является кишечная палочка. Поэтому по международным и российским рекомендациям для стартовой терапии необходимы Цефалоспорины III поколения, к которым высокочувствительны энтеробактерии, в том числе кишечная палочка. Пациентке необходимо назначить Цефтриаксон по 2,0 г в/в 1 раз в сутки.

2. Рекомендации доказательной медицины требуют назначения Карбапенемов.

3. Меропенем несколько лучше, чем Имипенем действует на Гр (-) палочки, поэтому рекомендуется Меропенем по 500 мг 3 раза в сутки.

4. Необходим препарат активный в отношении кишечной палочки, не относящийся к В-лактамам антибиотикам - Этотигециклин по 100 мг в/в 1 раз в сутки.

5. 2-3 недели.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6

1. Хронический гломерулонефрит, симптоматическая артериальная гипертензия или гипертонический вариант. Хроническая болезнь почек IIIa стадии, альбуминурия 2 ст. (A2, высокая).

2. Диагноз «гломерулонефрит» установлен на основании данных анамнеза о появлении артериальной гипертензии и макрогематурии через неделю после ангины (вероятный острый гломерулонефрит), о повторном эпизоде макрогематурии на фоне ОРВИ спустя 1 год, а также на основании обнаружения характерного мочевого синдрома: протеинурии и эритроцитурии. Не обнаружено клинических симптомов и объективных данных, свидетельствующих об урологической патологии. Диагноз «симптоматическая артериальная гипертензия» установлен на основании обнаружения стабильно повышенного АД с высоким диастолическим АД у больного с мочевым синдромом, характерным для гломерулонефрита. Диагноз «хроническая болезнь почек» установлен на основании симптоматики гломерулонефрита в течение более 3 месяцев. Диагноз «IIIa стадии хронической болезни почек» установлен на основании СКФ58 мл/мин (в диапазоне 45-59 мл/мин). Градация альбуминурии A2 - на основании суточной протеинурии 500 мг (в диапазоне 150-500 мг, что соответствует высокой альбуминурии - 30-300 мг/л, или альбумин/креатинин мочи - 30-300 мг/г).

3. Пациенту рекомендованы консультации врача-нефролога для верификации диагноза «гломерулонефрит»; проведение ЭКГ; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; доплерУЗИ почек и почечных артерий для оценки состояния почечных артерий и сосудов почек; биохимический анализ крови с определением уровня кальция, фосфора, калия, натрия для оценки состояния электролитного обмена и ранней диагностики нарушений фосфорно-кальциевого обмена; определение паратиреоидного гормона в крови для ранней диагностики вторичного гиперпаратиреоза.

4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с

ХБШ-III стадии. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает Рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II - Ирбесартан.

5. Оставить антигипертензивную и нефропротективную терапию без изменений, продолжить динамическое наблюдение. Усиливать терапию нецелесообразно, так как за короткий промежуток времени (1 месяц) достигнут целевой уровень АД, существенно снизилась альбуминурия. Уменьшать медикаментозное лечение также нецелесообразно, так как применение препаратов в установленных дозах безопасно: не привело к существенному нарастанию креатинина крови, но альбуминурия остается по-прежнему высокой. Необходим контроль СКФ, альбуминурии и коррекция терапии через 3 месяца.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7

1. Хронический первичный правосторонний пиелонефрит в фазе обострения, рецидивирующая форма, без нарушения функции почек. ХБП 1 ст.

2. Диагноз «пиелонефрит» установлен на основании жалоб (на слабость, повышение температуры тела до 39,2°C, тянущие боли в поясничной области, частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах); данные анамнеза (острый пиелонефрит, который перешёл в хроническую форму, его неоднократное обострение); данные осмотра (положительный симптом поколачивания справа); данных анализов крови и мочи (увеличение СОЭ в общем анализе крови и лейкоцитурия); данных экскреторной урографии (деформация чашечно-лоханочной структуры и снижение накопления контраста справа).

Первичный пиелонефрит установлен на основании отсутствия данных за какие-либо патологические состояния мочевыводящих путей и почек, которые приводят к развитию вторичного пиелонефрита (МКБ, стриктура мочеточника, беременность).

Хронический пиелонефрит и рецидивирующее течение установлены на основании данных анамнеза (неоднократные рецидивы острого пиелонефрита с исходом в хронический пиелонефрит).

На фазу обострения хронического пиелонефрита указывает повышение температуры тела, лейкоцитоз в крови, повышение СРБ, большое количество лейкоцитов в моче.

ХПБ 1 стадии установлена на основании уровня СКФ 92 мл/мин/1,73 м², что соответствует 1 стадии ХБП.

3. Пациенту рекомендованы проведение посева мочи для выявления возбудителя заболевания и чувствительности его к антибактериальной терапии; УЗИ почек для определения размеров почек, наличие в них конкрементов; проба Реберга для определения экскреторной функции почек.

4. С хроническим гломерулонефритом (характерно повышение АД, наличие в моче белка в небольшом количестве, гиалиновых цилиндров, азотемии, снижение функции почек, не характерна лейкоцитурия, бактерии в моче, лихорадка, лейкоцитоз).

С острым пиелонефритом (клиническая картина и данные анализов идентичны, однако нет длительного анамнеза, заболевание протекает впервые, так же при хроническом пиелонефрите в отличие от острого возможно снижение концентрационной способности почек, повышение креатинина и азотистых шлаков).

С мочевого инфекцией (характерно дизурические расстройства, лейкоцитурия, бактериурия, без признаков поражения почек (симптом поколачивания, изменения размеров и функции почек по данным УЗИ и экскреторной урографии)).

5. 1. Антибактериальная терапия - продолжительность терапии составляет от 5 дней до 2 недель. Начинать лечение предпочтительнее с парентерального введения антибактериальных средств, переходя потом на приём внутрь. Из современных препаратов применяются фторхинолоны (Таваник (Левифлоксацин) 250-500 мг 1 раз в сутки) или Р-лактамы. Используют также III и IV поколение цефалоспоринов, полусинтетические или уреидопенициллины, монобактамы, пенымы и ингибиторы Р-лактамазы: Цефтриаксон (2 г 1 раз в сутки внутримышечно), Цефазолин (1 г 3 раза в сутки), Амоксициллин (0,5-1 г 3 раза в

сутки внутримышечно, 0,25 или 0,5 г 3 раза в сутки внутрь), Ипиенем/Циластин (0,5 г/0,5 г 3 раза в сутки внутримышечно), Амоксициллин/Клавулановая кислота (Амоксиклав, Аугментин; 1 г 3 раза в сутки внутривенно, 0,25-0,5 г 3 раза в сутки внутрь), Ампициллин/Сульбактам (Сультасин). Амикацин следует назначать при лечении больных с резистентными штаммами. В начале лечения аминогликозидами рекомендуют высокие дозы (2,5-3 мг/ кг в сутки), которые потом могут быть снижены до поддерживающих (1-1,5 мг/кг в сутки). Кратность введения может колебаться от 3 до 1 раза в сутки (в последнем случае рекомендуют введение препаратов в дозе 5 мг/кг, которая считается более эффективной и менее токсичной).

2. Дезинтоксикационная терапия (NaCl 0,9% в/в капельно, раствор глюкозы 5% в/в капельно).

3. Средства, улучшающие почечный кровоток (Трентал).

4. Спазмолитики (Но-шпа, Баралгин).

5. Антикоагулянты (Гепарин).

6. Диета - ограничить острые, пряные, жареные, копчёные продукты, приправы. Ограничение поваренной соли, чередование белковой и растительной пищи. Питьё слабоминерализованных вод.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8

1. Синдромы: а) артериальной гипертензии (АД =180/100 мм рт. ст., расширение границ сердца, акцент 2 тона на аорте);

б) нефротический (отеки, массивная протеинурия 10,2 г/сут, селективная, гипопроотеинемия - 50 г/л, гипоальбуминемия – 25 г/л, гиперхолестеринемия - 14,2 ммоль/л.); в) мочевого (протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия). А. При поражении почечного фильтра (подоцитов или базальной мембраны) возникает протеинурия. Из-за меньшей величины альбумины в первую очередь проходят почечный фильтр. Это сопровождается снижением альбуминов в крови и приводит к снижению онкотического давления плазмы и появлению отеков у больных. В. Основными причинами возникновения артериальной гипертензии являются: увеличение объема циркулирующей крови за счет задержки воды активация ренин-ангиотензин-альдостероновой и симпатoadреналовой системы снижением функции депрессорной системы почек.

2. Дифференциальный диагноз «ХГН, смешанная форма». При смешанной форме хронического гломерулонефрита проводится диагностика синдромов: нефротического и гипертонического. При нефротическом синдроме помимо хронического гломерулонефрита проводится дифференциальная диагностика с ОГН, амилоидозом почек. При артериальной гипертензии проводится дифференциальная диагностика с гипертонической болезнью. Характерно следующее: проявления артериальной гипертензии по срокам их появления значительно опережают симптомы поражения почек; при гипертонической болезни чаще преобладает кризовое течение. Исключить вазоренальную гипертонию (стеноз почечных артерий).

3. Диагноз основной «хронический гломерулонефрит, смешанная форма, а/ф». Диагноз установлен на основании анамнестических данных о рецидивирующей в течение 5 лет гематурии, артериальной гипертензии, отмечаемой в течение полугода, развитии симптомов заболевания через две недели после вакцинации и рецидивировании симптомов заболевания после развития явлений фарингеальной инфекции и выделенных в настоящее время гипертонического и нефротического синдромов.

4. Пункционная биопсия почки, УЗДМ – сосудов почек, ЭХО-КГ, глазное дно, ФГДС, железистый комплекс, группа крови, Rh + фактор; рентгенография органов грудной клетки, УЗИ брюшной полости. Определить СКФ по формуле Кокрофта – Гоулта ($140 - \text{возраст} \times \text{вес (кг)} \times 0,81 \times \text{уровень креатинина в мкмоль/л} \times 0,85$ (для ж.)).

5. Лечение. Ограничение потребления хлорида натрия и воды с учетом диурезу. Показана четырехкомпонентная схема (глюкокортикостероиды, цитостатики, антиагреганты,

гепарин KS- преднизолон (1 г на кг/веса) + Циклофосфан по схеме «пульс- терапия», далее классическая схема, СЗП в/в капельно + Альбумин. Антиагреганты (Курантил). Гепарин по схеме либо НМГ (Фраксипарин, Клексан), статины, мочегонные (Фуросемид, Диувер). Нефропротекция – ингибиторы АПФ либо БРА (при непереносимости АПФ). Антигипертензивные (блокаторы кальциевых каналов, б-блокаторы, диуретики, инг. АПФ, БРА). При дефиците железа: Венофер в/в либо Сорбифер внутрь. Симптоматическая терапия по показаниям (защита желудка).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9

1. Синдромы: болевой поясничный фланковый - обусловлен повышением внутрилоханочного давления и растяжением капсулы почки, дизурический синдром вследствие воспаления слизистой мочевыводящих путей. Мочевой интоксикационно-воспалительный Ведущим является болевой поясничный фланковый синдром.

2. Необходим дифференциальный диагноз между хроническим пиелонефритом на фоне мочекаменной болезни, состоянии после почечной колики, острым аппендицитом, ущемленной паховой грыжей, кишечной коликой.

3. Хронический обструктивный (вторичный) пиелонефрит, рецидивирующее течение, обострение. фон. Мочекаменная болезнь (камень правой почки). Состояние после правосторонней почечной колики.

4. План обследования: общий клинический анализ крови, общий клинический анализ мочи, УЗИ почек, обзорная и экскреторная урография, суточная моча на соли, посев мочи на бактериурию и чувствительность к антибиотикам.

5. Лечение: лечение в стационаре. спазмолитики (миотропные и М-холинолитики) в течение 2-3 недель, можно сочетать с анальгетиками. антимикробная терапия, сначала эмпирическая, а затем по результатам посева мочи на флору – в течение 7-10 дней. если нарушен пассаж мочи, то восстановление пассажа (стентирование), в последующем возможно дистанционная литотрипсия. После выписки из стационара необходимо соблюдение водного режима, диетотерапия, фитотерапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10

1. Синдромы: дизурический, мочевой, артериальной гипертензии, болевой (поясничный), анемический, воспалительный. Ведущий синдром: дизурический

2. Необходим дифференциальный диагноз между хроническим пиелонефритом, хроническим гломерулонефритом, мочекаменной болезнью, хроническим циститом, дорсопатией.

3. Предварительный диагноз: хронический пиелонефрит, двухсторонний, рецидивирующее течение, в стадии обострения. Хронический цистит, обострение. Диагноз установлен учитывая анамнестические сведения о хроническом течении заболевания, симптомах воспалительной интоксикации, выделенные синдромы (дизурический, артериальной гипертензии, болевой и мочевой).

4. Дополнительные исследования: бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности к антибиотикам, УЗИ почек; экскреторная урография; ренография. Консультация врача-невролога

5. Лечение: антибактериальная терапия, назначенная с учетом данных бактериологического исследования мочи, антигипертензивные (ингибиторы АПФ), миотропные спазмолитики.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11

1. Основной: хронический гломерулонефрит, гипертоническая форма, активная фаза. Артериальная гипертония 2 степени, очень высокий риск. Осложнения: ХБП – С5 стадия. Анемия (нефрогенная), средней степени тяжести.

2. Хронический гломерулонефрит – протеинурия, эритроцитурия в анамнезе, гипостенурия, нефросклероз почек. Гипертоническая форма – в клинической картине ведущий синдром артериальной гипертензии (повышение АД, акцент II тона над аортой). ХПН: гиперкалиемия, диспепсический синдром, кожный зуд, уровень креатинина - 0,59 ммоль/л. ХБП – 5 стадия, по СКФ = 13,79 мл/мин. Анемия средней степени тяжести гемоглобин – 85 г/л.

3. Пациенту рекомендовано: УЗДГ сосудов почек для исключения вазоренальной гипертензии; ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация окулиста и осмотр глазного дна для исключения офтальмопатии; ФГДС для исключения эрозивного поражения слизистой и кровотечения на фоне ХПН; железистый комплекс для уточнения генеза анемии; группа крови и Rh + фактор для гемотрансфузии эритроцитарной массы при наличии показаний; биопсия почек для подтверждения диагноза.

4. Ограничение соли, белков животного происхождения (0,6 г/кг/сут.). Кетостерил 12 таб/сутки: (1 таб. на 5 кг веса в сутки) с целью коррекции гипоальбуминемии. Нефропротекция – ингибиторы АПФ (лизиноприл) либо БРА (при непереносимости иАПФ; Лозартан). Гипотензивные препараты (блокаторы кальциевых каналов, β-блокаторы), возможно диуретики. Эритропозтин п/к до 6000 МЕ в неделю (до достижения нормальных значений Hb и Ht) с целью коррекции анемии. При дефиците железа: Венофер в/в либо Сорбифер внутрь. Прокинетики, антациды, ИПП с целью купирования диспептического синдрома. Симптоматическая терапия.

5. Возможна подготовка к ЗПТ (заместительная почечная терапия): - аллотрансплантация почки при ХБП- 5 стадия; - программный гемодиализ.

Прогноз неблагоприятный.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12

1. Хронический гломерулонефрит, смешанная форма, активная фаза. Симптоматическая артериальная гипертензия, степень АГ 3, риск 4 (очень высокий), желудочковая экстрасистолия. ХБП С5. Вторичная анемия средней степени тяжести. Уремический колит. Уремический перикардит.

2. Диагноз «хронический гломерулонефрит» выставлен на основании дебюта в 19 лет, сочетания мочевого, нефротического синдромов, артериальной гипертензии, отсутствия других причин нефротического синдрома, симметричного сморщивания почек. Симптоматическая артериальная гипертензия – повышение АД до 220/120 мм рт. ст., акцент II тона над аортой. III стадии – наличие клинического ассоциированного состояния, степень АГ 3 - повышение АД до 220/120 мм рт. ст., риск 4 (очень высокий). ХПН III Б – диспепсия, кожный зуд, шум трения перикарда, креатинин - 1,4 ммоль/л. Анемия средней степени тяжести – Hb – 72 г/л.

3. Пациенту рекомендовано: проба Реберга для определения СКФ; определение суточной протеинурии для подтверждения нефротического синдрома; протеинограмма для подтверждения нефротического синдрома; липидограмма для подтверждения нефротического синдрома; КЩС, электролиты крови для уточнения ХПН и определения тактики лечения; ЭхоКГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; рентгенография органов грудной клетки для исключения поражения легких; биопсия почек для уточнения формы гломерулонефрита и десны для исключения амилоидоза.

4. Диета с ограничением поваренной соли, белка, щелочное питье. Бикарбонат Na в/в капельно под контролем КЩС с целью коррекции КЩС, гиперкалиемии. Сорбенты: Активированный уголь, Полифепан или Энтеродез с целью выведения азотистых шлаков, коррекции азотемии. Клизмы с 4% раствором пищевой соды с целью коррекции КЩС, гиперкалиемии. Гипотензивные препараты (диуретики, альфа-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов). Аспирин (0,125 г/сут.), Дипиридамол (400 мг/сут.) с целью улучшения

микроциркуляции, профилактики тромбообразования. Статины с целью коррекции гиперхолестеринемии. Препараты эритропоэтина с целью коррекции анемии.

5. Диета с ограничением соли и белка, щелочное питье, очистительные клизмы, гипотензивная терапия, Аспирин, перитонеальный диализ, гемодиализ, трансплантация почки. Направление на МСЭ по показаниям.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 13

1. Острый постстрептококковый гломерулонефрит, симптоматическая артериальная гипертензия, 2 степени, риск 4. Острая почечная недостаточность.

2. Возникновение поражения почек вскоре после переохлаждения и ангины (10 дней), отсутствие указаний в анамнезе на наличие других причин. Сочетание АГ, макрогематурии и нефротического синдрома (отеки, суточная протеинурия - 7,3 г/л, гиперхолестеринемия - 8,0 ммоль/л, гипоальбуминемия – 35%). ОПН: признаки олигоурии, азотемии: креатинин - 0,96 ммоль/л.

3. Пациенту рекомендовано: определение рСКФ по креатинину и отношения альбумина к креатинину; анализ мочи по Нечипоренко для уточнения клеточного состава осадка мочи, иммунограмма для уточнения аутоиммунного процесса; ЛЕ-клетки в крови, антинуклеарные антитела АТ к ДНК и Sm - антигену для исключения поражения почек при СКВ; АТ к антигенам стрептококка для подтверждения этиологии заболевания и определения тактики лечения; УЗИ органов брюшной полости и почек; биопсия почки для подтверждения и определения формы гломерулонефрита.

4. Режим строгий постельный на 2-4 недели до ликвидации отеков и снижения АД. Ограничение жидкости и поваренной соли, ограничение белка. Этиотропное лечение: антибактериальная терапия - при доказанной связи ОГН со стрептококковой инфекцией и (или) наличия явных очагов хронической инфекции: (цефалоспорины, при аллергии - фторхинолоны). Устранение отеков: мочегонные – Фуросемид, Диувер. Гипотензивные препараты (при неэффективности постельного режима, ограничения воды и соли): Гипотиазид 25 мг в сутки, Лозартан 25 мг 2 раза в сутки, Дилтиазем 40 мг 2 раза в сутки. Противовоспалительная и иммуносупрессивная терапия: глюкокортикоиды (Преднизолон) 40 мг в сутки; при неэффективности иммунодепрессанты (Циклофосфамид 150 мг в сутки). Улучшение микроциркуляции и профилактика тромбообразования: Гепарин, Курантил.

5. После купирования симптомов нефрита больной в течение 1 года должен находиться под «Д» наблюдением, проводится симптоматическое лечение. Прогноз при своевременно начатом лечении благоприятный. Возможно выздоровление (до 70% случаев), трансформация в хронический гломерулонефрит, летальный исход (до 5% при быстро прогрессирующем гломерулонефрите с полулуниями).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 14

1. Хронический гломерулонефрит, гипертоническая форма. ХБП С4 стадии. Симптоматическая артериальная гипертензия, степень АГ 2, риск 4 (очень высокий). Гипохромная анемия легкой степени тяжести.

2. Диагноз выставлен на основании выделенных синдромов: артериальной гипертензии (повышение АД, признаки гипертрофии ЛЖ), хронической почечной недостаточности (диспепсия, кожный зуд, креатинин - 0,54 ммоль/л, СКФ - 25 мл/мин.), анемический (слабость, одышка, Нв – 106 г/л).

3. Пациенту рекомендовано: протеинограмма, СРБ, фибриноген для определения острофазовых показателей; сывороточное железо для уточнения генеза анемии; консультация окулиста с осмотром глазного дна для выявления офтальмопатии; УЗИ почек и УЗДГ почечных артерий. ЭхоКГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; биопсия почки для уточнения морфологической формы гломерулонефрита. ЭГДС для выявления возможного поражения желудка.

4. Гипотензивные препараты (не менее 2 препаратов пролонгированного действия, предпочтительно ингибитор АПФ + антагонист кальция группы верапамила). Дезинтоксикационная терапия, выведение азотистых шлаков (сорбенты): Активированный уголь, Полифепан или Энтеродез. Коррекция анемии: препараты железа 2-валентного и Эритропоэтин. При наличии активности основного заболевания (ХГН) – иммуносупрессивная терапия (ГК, цитостатики).

5. Прогноз - сомнительный, из-за возможности обострения ХГН, прогрессирования утраты функционирующей почечной ткани, нарастания ХПН и необходимости проведения заместительных видов терапии (трансплантация почек и хронический программный гемодиализ).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 15

1. Наиболее частой причиной инфекции мочевых путей является кишечная палочка. Поэтому по международным и российским рекомендациям для стартовой терапии необходимы Цефалоспорины III поколения, к которым высокочувствительны энтеробактерии, в том числе кишечная палочка. Пациентке необходимо назначить Цефтриаксон по 2,0 г в/в 1 раз в сутки.

2. Рекомендации доказательной медицины требуют назначения Карбапенемов.

3. Меропенем несколько лучше, чем Имипенем действует на Гр (-) палочки, поэтому рекомендуется Меропенем по 500 мг 3 раза в сутки.

4. Необходим препарат активный в отношении кишечной палочки, не относящийся к β-лактамам – Эритромицин по 100 мг в/в 1 раз в сутки.

5. 2-3 недели.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 16

1. Острый пиелонефрит.

2. Общий анализ мочи, крови. Анализ мочи по Нечипоренко. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, холестерин, мочевины, креатинин, СКФр, Среактивный белок, фибриноген. Хромоцистоскопия. Внутривенная урография. Динамическая нефросцинтиграфия. УЗИ брюшной полости и почек. ЭКГ. Компьютерная рентгеновская томография брюшной полости. МРТ почек.

3. Обязательная госпитализация. Постельный режим. Комплексное лечение с учетом стадии воспалительного процесса, степени нарушения пассажа мочи, функционального состояния второй почки. Антибактериальная терапия при отсутствии оттока мочи из пораженной почки не только не эффективна, но и опасна развитием эндотоксического шока. При нарушении пассажа мочи у больных острым серозным пиелонефритом следует восстановить отток мочи из почечной лоханки путем катетеризации мочеточника, установления стента (трубки), чрезкожной пункционной нефростомии или устранения препятствия оперативным путем (пиело- или нефростомия). При остром гнойном пиелонефрите недостаточно восстановления пассажа мочи. Поэтому при апостематозном пиелонефрите одновременно производят декупсуляцию почки; при карбункуле почки – его иссечение или рассечение; при абсцессе – вскрытие и дренирование гнойной полости.

В случае тяжелой интоксикации и септического состояния при удовлетворительном состоянии второй почки показана нефрэктомия. В случае тяжелого приступа острого пиелонефрита антибактериальную терапию начинают, не дожидаясь данных бактериологического исследования мочи. В зависимости от pH мочи используют при щелочной реакции - макролиды и аминогликозиды; в слабокислой – Ампициллин, Ристомицина сульфат, Нитрофураны, Нитроксалин; Левомецетин, Тетрациклины, Цефалоспорины, Палин, Фторхинолоны применяют при любом pH мочи. Питье клюквенного морса. Дезинтоксикационная терапия. Диуретики. Противовоспалительные препараты. Аскорбиновая кислота в/м, Трентал. При болях в почке показаны тепловые процедуры.

4. Инфекционные (сальмонеллез, грипп, крупозная пневмония, бруцеллез, подострый септический эндокардит), острые хирургические (аппендицит, холецистит, панкреатит) и онкологические (гемобластоз, аденокарцинома почки, лимфогранулематоз) заболевания.

5. Симптоматика зависит от степени нарушения пассажа мочи. При первичном остром пиелонефрите местные признаки выражены слабо или отсутствуют. Состояние больного тяжелое, температура – 39-40°C, обильный пот, боли во всем теле, тошнота, иногда рвота, сухой язык, тахикардия. При вторичном пиелонефрите, обусловленном нарушением оттока мочи из почки, резкое усиление болей. На высоте болей возникает озноб, потом жар, повышение температуры. При падении температуры-обильное потоотделение. При пальпации-болезненность в области пораженной почки, напряжение мышц передней брюшной стенки и поясничной области, положительный симптом поколачивания. Высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. Бактериурия, лейкоцитурия, выявление в моче клеток Штернгеймера-Мальбина. В крови-бактериальные антигены и бактериальные антитела иммуноферментным методом.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧАМ ПО ГЕМАТОЛОГИИ

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Острый лейкоз, дебют. Гепатоспленомегалия. Анемия средней степени тяжести. Тромбоцитопения. Геморрагический синдром.

2. Диагноз «острый лейкоз» поставлен на основании клинических данных: гепатоспленомегалии, геморрагического, анемического синдромов, интоксикации. Основными диагностическими критериями являются лабораторные данные: в общем анализе крови - лейкоцитоз (реже лейкопения), наличие бластных клеток, симптом лейкемического «провала», анемии (гемоглобин - 78 г/л соответствует средней степени тяжести) и тромбоцитопении.

3. Основными исследованиями для уточнения диагноза являются:

общий анализ крови (лейкоцитоз, наличие бластов, лейкемический «провал», анемия, тромбоцитопения);

стеральная пункция (20% и более бластных клеток в миелограмме);

цитохимическое исследование и иммунофенотипирование бластов (определение варианта лейкоза), цитогенетическое исследование костного мозга (определение прогностически благоприятных и/или неблагоприятных цитогенетических дефектов);

диагностическая люмбальная пункция (для исключения нейролейкемии);

УЗИ внутренних органов (с целью уточнения степени лейкозной инфильтрации печени и селезёнки).

4. Для верификации диагноза и лечения показана госпитализация в гематологическое отделение. Лечение включает цитостатическую терапию: используется полихимиотерапия по стандартным программам в зависимости от варианта лейкоза. Этапы лечения включают: индукцию ремиссии, консолидацию, поддерживающую терапию, профилактику нейролейкемии. При остром лимфобластном лейкозе используется 8- недельная программа Хольцера, при остром миелобластном лейкозе - терапия по протоколу «7+3». Используются следующие препараты: Преднизолон, Винкристин, Рубомицин, Цитозар, Циклофосфан, 6-Меркаптопурин, Аспарагиназа, Этопозид. Сопроводительная терапия: для улучшения функции почек, уменьшения степени гиперурикемии - Аллопуринол, противорвотная терапия, гемостатическая терапия (трансфузии тромбоконцентратов), заместительные трансфузии эритроцитосодержащих сред. При плохом прогностическом индексе в фазе ремиссии заболевания показано проведение аллогенной трансплантации костного мозга.

5. К осложнениям острого лейкоза относятся кровотечения различной локализации; язвенно-некротические поражения слизистых желудочно-кишечного тракта; инфекционные поражения; поражение нервной системы (специфическая инфильтрация ЦНС, кровоизлияния). К побочным действиям цитостатических препаратов относят миелотоксический агранулоцитоз (с высоким риском инфекционных осложнений), диспепсические расстройства (тошнота, рвота), поражение эпителия слизистых оболочек (мукозит, энтеропатия), алопеция.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Хронический лимфолейкоз, II стадия по R2i.

2. Диагноз «хронический лейкоз» поставлен на основании клинических данных (пожилой возраст, жалобы на повышенную утомляемость, потливость, увеличение лимфоузлов); объективных данных (симметричное увеличение лимфоузлов, при пальпации они безболезненные, тестоватой или эластичной консистенции, подвижные, кожа над ними не изменена, характерно наличие спленомегалии, в общем анализе крови - лейкоцитоз с абсолютным лимфоцитозом, тени Боткина-Гумпрехта). II стадия хронического лимфолейкоза диагностируется при увеличении селезёнки.

3. Биохимические анализы крови. Стернальная пункция (в пунктате костного мозга увеличение количества лимфоцитов более 30%), УЗИ органов брюшной полости (наличие

спленомегалии, определить, есть ли увеличение внутрибрюшных и забрюшинных лимфоузлов). Рентген грудной клетки (определить, есть ли увеличение внутригрудных лимфоузлов). Трепанобиопсия, биопсия лимфоузла, иммунофенотипирование костного мозга (дифференциальный диагноз с неходжкинской лимфомой).

4. Для верификации диагноза и лечения показана госпитализация в гематологическое отделение. При II стадии заболевания показано назначение цитостатиков: Флударабин, Циклофосфан, 6 курсов с интервалом в 4 недели. Моноклональные антитела: Ритуксимаб.

5. Прогноз зависит от стадии заболевания и темпов развития болезни. Выздоровление невозможно, но ближайший прогноз при II стадии относительно благоприятный. Отдалённый прогноз неблагоприятный. Возможно развитие аутоиммунных осложнений (синдром аутоиммунной гемолитической анемии, синдром аутоиммунной тромбоцитопении), инфекционных осложнений, являющихся основной причиной смерти больных с хроническим лимфолейкозом.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

1. В₁₂ - дефицитная анемия, III степени. Фуникулярный миелоз. В₁₂ - индуцированная миокардиодистрофия, гипертрофия левого желудочка, блокада правой ножки пучка Гиса, ХСН II Б - ША, ФК III-IV (по NYHA).

2. Диагноз «В₁₂ дефицитная анемия, III степени. Фуникулярный миелоз» выставлен на основании жалоб (общая слабость, плохой аппетит, затруднение при глотании); наличия синдромов гепатоспленомегалии, желтухи, полинейропатии; данных объективного осмотра (ярко-красный, гладкий, с трещинами язык, гипотония (АД - 90/60), тахикардия (Ps - 109 в минуту)); лабораторных исследований (эритроциты - $1,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 40 г/л, МСМ - 110 fL, цветовой показатель - 1,2, СОЭ - 23 мм/ч, анизоцитоз (макроцитоз), пойкилоцитоз, мегалоциты, тельца Жолли, кольца Кэбота). Диагноз «В₁₂ индуцированная миокардиодистрофия, ХСН II Б - ША, ФК III-IV (по NYHA), гипертрофия левого желудочка, блокада правой ножки пучка Гиса» выставлен на основании жалоб (одышка при минимальной физической нагрузке (вставание с кровати, одевание), отёки ног, постоянные, несколько увеличивающиеся к вечеру); данных осмотра (сердце увеличено на 2 см влево от левой среднеключичной линии, тоны сердца приглушены, систолический негрубый шум над всеми точками); данных инструментальных исследований (ритм синусовый, блокада правой ножки пучка Гиса, отрицательный зубец Т в V4-V6 отведениях).

3. Биохимический анализ крови с определением фракций В_i (тип желтухи), общего белка; ЭХО-кардиография (верификация диагноза ХСН); ФЭГДС (исключение патологии желудка и двенадцатиперстной кишки); кал на яйца глист (исключение дифиллоботриоза); исследования уровня витамина В₁₂ в сыворотке крови, уровней метилмалоновой кислоты (норма - 70-279 нмоль/л) и гомоцистеина (норма - 5-15 ммоль/л) (их увеличение подтверждает диагноз «В₁₂ дефицитная анемия»); биопсия костного мозга (исключение лейкоза).

4. Фолиевая дефицитная анемия - отсутствует фуникулярный миелоз.

Железодефицитная анемия - имеется микроцитоз, цветовой показатель <0,85, снижение сывороточного железа, повышение железосвязывающей способности, отсутствует фуникулярный миелоз, тельца Жоли, кольца Кебота, мегалоциты и пойкилоциты.

5. Цианкобаламин 1000 мкг 1 раз в сут в/м ежедневно до нормализации гемоглобина, поддерживающая терапия Цианкобаламином 500 мкг 1 раз в месяц пожизненно. Рекомендовано: употребление в пищу продуктов животного происхождения (печень, почки, яйца, молоко). Исключение приёма алкоголя.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

1. Железодефицитная анемия тяжёлой степени.

2. Железодефицитная анемия - на основании анамнеза заболевания (с грудного возраста не ела мясо); характерной клинической картины (анемический синдром: быстрая

утомляемость, снижение аппетита, функциональный шум при аускультации сердца; сидеропенический синдром: изменение кожи и её придатков (выпадение волос), изменение слизистых оболочек (хейлит), извращение вкуса, стремление есть землю); лабораторных признаков анемии и абсолютного дефицита железа (снижение гемоглобина, цветового показателя, снижение цветового показателя, снижение сывороточного железа, увеличение железосвязывающей способности сыворотки). Тяжелая степень: гемоглобин - 60 г/л.

3. Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ) - гепатомегалия; кал на яйца глист (больная часто ест землю); ФГДС и колоноскопия (исключить патологию ЖКТ); ферритин (исключить относительный дефицит железа); УЗИ органов брюшной полости и малого таза; консультация врача-гинеколога.

4. С В₁₂-дефицитной анемией, так как имеются признаки, характерные для дефицита витамина В₁₂: отвращение к мясной пище, гепатоспленомегалия. Признаки, позволяющие исключить В₁₂-дефицитную анемию: анемия гипохромная, сывороточное железо снижено, железосвязывающая способность сыворотки повышена.

Анемия хронического заболевания - при этом не наблюдается сидеропенический синдром: изменение кожи и её придатков (выпадение волос), изменение слизистых оболочек (хейлит), извращение вкуса, стремление есть землю, лабораторные анализы отличаются: нормальная железосвязывающая способность сыворотки.

Сидероахрестическая анемия - железо и ферритин в крови повышены или их нормальное содержание, наличие миелопролиферативного заболевания, отягощенная наследственность, алкогольная или свинцовая интоксикация, повышенное количество сидеробластов в костном мозге, повышенное выделение с мочой железа после введения десферала.

Талассемия - мишеневидные эритроциты в крови, нормальное или повышенное содержание железа в крови, повышенное выведение железа с мочой при десфераловой пробе, неконъюгированная гипербилирубинемия, ретикулоцитоз, спленомегалия (не всегда), иктеричность кожи и склер глаз, потемнение мочи.

5. Препараты железа по 200 мг в день перорально до 6 месяцев.

Восстановление депо железа: суточные дозы железа - 50-100 мг внутрь.

Диета, богатая железом (говяжье мясо, рыба, печень, почки, лёгкие, яйца).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5

1. Наследственная гемолитическая анемия: наследственный микросфероцитоз (болезнь Минковского-Шоффара). Анемия лёгкой степени. ЖКБ: хронический калькулёзный холецистит, стадия обострения?

2. Диагноз «наследственная гемолитическая анемия: наследственный микросфероцитоз (болезнь Минковского - Шоффара)» выставлен на основании жалоб на пожелтение кожи, наблюдаемое с детства, почти вдвое меньшего размера эритроцитов, сниженной осмотической резистентности эритроцитов, признаков гемолиза (повышение общего билирубина, повышение непрямого билирубина, ретикулоцитов, увеличения селезёнки).

Диагноз «анемия лёгкой степени» выставлен на основании гемоглобина - 91 г/л.

Диагноз «хронический калькулёзный холецистит» выставлен на основании жалоб (приступы сильной боли в правом подреберье); анамнеза (в последние 8 лет больную стала беспокоить боль в правом подреберье приступообразного характера), частой ассоциации ЖКБ и наследственной гемолитической анемии.

3. Общий анализ мочи (уробилин), копрограмма (стеркобилин), микроскопическое исследование мазка крови - протеинограмма, УЗИ ОБП, холецистография.

4. 1) Пароксизмальная ночная гемоглобинурия - характерны следующие отличия от аутоиммунной гемолитической анемии: тромбозы, отрицательная прямая проба Кумбса, повышение концентрации свободного гемоглобина в плазме крови, гемосидеринурия, проба Хема положительна, сахарозная проба положительна.

- 2) Аутоиммунная гемолитическая анемия - противоречит длительный анамнез без прогрессирования, отрицательная проба Кумбса, снижение осмотической резистентности.
5. Спленэктомия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6

1. Геморрагический синдром.
2. Геморрагический васкулит, подострое течение, активность II степени, с поражением кожи, суставов, абдоминальным и почечным синдромом.
3. Другие заболевания, проявляющиеся геморрагическим синдромом: идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, тромботическая тромбоцитопеническая пурпура, гемофилия, болезнь Виллебранда. Другие системные васкулиты. Острый перитонит.
4. Определение С-реактивного белка, концентрации IgA, циркулирующих иммунных комплексов, исследование активности комплемента. Коагулограмма. Для исключения других причин острого живота необходима консультация врача-хирурга, УЗИ органов брюшной полости.
5. Глюкокортикостероиды, цитостатические иммунодепрессанты, гепаринотерапия, пентоксифиллин. Плазмаферез.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7

1. Хроническая железодефицитная анемия смешанного генеза (постгеморрагическая и инфекционно-токсическая) средней степени тяжести.
2. Систолический шум носит функциональный характер. Он обусловлен разжижением крови, что происходит при анемии, компенсаторном повышении ЧСС, скорости кровотока и возникновении турбулентного движения крови.
3. Кровь на стерильность трёхкратно, общий анализ мочи и анализ по Нечипоренко, кал на скрытую кровь трёхкратно, гинекологическое исследование, УЗИ почек и внутренних органов, эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта (включая ЭФГДС, ректороманоскопию и колоноскопию), ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки; исследование крови на мочевины и креатинин, по показаниям - ультразвуковое и рентгенологическое исследование почек.
4. Основа лечения хронической железодефицитной анемии - приём препаратов железа peros (Сорбифердуролес 100 мг по 1 драже 1-2 раза в сутки, Иррадиан - 100 мг 2 раза в сутки, Фенюльс 45 мг 2 раза в сутки и др.). Согласно рекомендациям, разработанным ВОЗ, при назначении препаратов железа предпочтение отдают препаратам, содержащим двухвалентное железо. Суточная доза должна достигать у взрослых 2 мг/кг элементарного железа. Общая длительность лечения не менее трёх месяцев (иногда до 4-6 месяцев).
5. Лицам с ранее излеченной железодефицитной анемией при наличии условий, угрожающих развитием рецидива железодефицитной анемии (обильные менструации, хронический пиелонефрит и др.), проводится профилактика анемии препаратами железа (двухвалентного). Рекомендуются профилактический курс длительностью 6 недель (суточная доза железа 40 мг), затем проводятся два шестинедельных курса в год или приём 30-40 мг железа ежедневно в течение 7-10 дней после менструации. Кроме того, необходимо ежедневно употреблять не менее 100 грамм мяса.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8

1. Основная причина тяжести состояния больной - выраженный анемический синдром. Подтверждают это жалобы на выраженную слабость, одышку и сердцебиение при незначительной физической нагрузке, при быстром вставании с постели - головокружение и шум в ушах; клиническая картина: вялость, тихие, медленные, односложные ответы на вопросы, выраженная бледность кожи и слизистых.
2. У больной имеется сидеропенический синдром, который представлен пристрастием к мелу и подсолнечным семечкам, клиническими проявлениями

Гунтеровского глоссита (язык малиновый, географический, лакированный), ангулярного стоматита, атрофическим синдромом (койлонихии, разрушение зубов).

3. Имеются 2 причины дефицита железа. Первая причина - большой гинекологический анамнез (обильные менструации в течение 15 лет после установления внутриматочной спирали, с ориентировочной кровопотерей до 400,0-450,0 мл за цикл, 3 родов, 5 аборт). Вторая причина - алиментарный фактор: анамнестически в течение 10 лет являлась фанатичной вегетарианкой, что привело не только к усугублению дефицита железа, но и развитию белковой патологии (снижению общего белка крови до 4,2 г/л и развитию онкотических отёков (отёки на голенях, бёдрах, брюшной стенке).

4. При длительном дефиците железа (более 10 лет) развивается атрофический пангастрит, в фундальном отделе желудка перестаёт вырабатываться фактор Кастла, что ведёт к развитию В₁₂-дефицитной анемии. Именно поэтому цветовой показатель не отличается от нормы (дефицит железа даёт гипохромию, наличие дефицита витамина В₁₂ способствует гиперхромии, а в итоге цветовой показатель - в норме). Имеется неоспоримый признак дефицита витамина В₁₂ - мегалобластоидность эритропоэза по данным миелограммы.

5. Диагноз основной - «анемия желездефицитная (постгеморрагическая и алиментарная) и В₁₂-дефицитная, тяжёлой степени тяжести. Пернициозный криз». Осложнения - «угроза анемической комы. Анемическая дистрофия миокарда».

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9

1. Для всех указанных заболеваний общим является нарушение миелопоэза в костном мозге: нормохромная анемия, ретикулоцитопения, тромбоцитопения, лейкопения с гранулоцитопенией. При апластической анемии и множественной миеломе в периферической крови не бывает никаких патологических форменных элементов. При остром лейкозе также может не быть бластов в периферической крови, когда в костном мозге ещё не сформировался большой клон бластных клеток и ещё не состоялся прорыв бластов в периферическую кровь.

2. На данном этапе лучше поставить синдромный диагноз «панцитопения неясной этиологии».

3. Больную необходимо направить на консультацию к врачу-гематологу. Больная нуждается в срочном выполнении стерильной пункции, так как нарушение кроветворения при названных заболеваниях всегда начинается с костного мозга, и самая ценная информация по заболеванию будет в миелограмме.

4. Да, диагностический поиск сократится. Выявлены большие изменения в белках крови - выраженное повышение общего белка крови, диспротеинемия. Наличие М-градиента в зоне гамма-глобулинов говорит об их моноклональности, что характерно для множественной миеломы, морфологическая сущность которой - злокачественные плазматические клетки, продуцирующие патологические иммуноглобулины (pIG). Морфологическое подтверждение множественной миеломы в миелограмме: более 10% плазматических клеток с возможными чертами их атипии. Необходимо выполнить рентгенографию костей черепа, рёбер, таза, позвоночника (для уточнения стадии заболевания - I, II, III). В общих анализах мочи возможно обнаружение белка (нефротический мочевой осадок), в биохимических анализах крови необходимо исследовать креатинин и мочевины. Это необходимо для уточнения степени поражения почек: А - без нарушения функции почек, Б - с нарушением функции почек.

5. Больная должна лечиться в гематологическом отделении.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10

1. Отсутствие чувствительности возбудителя хронического пиелонефрита к Ципрофлоксацину.

2. Железа сульфат уменьшает всасывание Ципрофлоксацина, тем самым снижая его биодоступность.
2. Анализ мочи по Нечипоренко, бактериологический анализ мочи.
3. Железа сульфат уменьшает всасывание Ципрофлоксацина, тем самым снижая его биодоступность.
4. Приостановить лечение препаратами железа на время лечения антибактериальным препаратом.
5. До момента нормализации уровня гемоглобина, с последующим приёмом в течение 1 месяца.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11

1. Полименоррагия. Хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия лёгкой степени.

2. Диагноз «хроническая постгеморрагическая анемия (ХПА)» установлен на основании жалоб больной на слабость, утомляемость, сердцебиения, головокружения, головную боль, ухудшение памяти, боли в ногах, желание есть сухие макароны, гречневую крупу, першение в горле; данных анамнеза (анемия обнаружена с 16 лет, лечилась нерегулярно препаратами железа (Фенюльсом по 1 таблетке 3 раза в день) курсами по 2-3 недели с временным эффектом; гинекологического анамнеза: менструации с 14 лет, обильные, по 5-7 дней через 21 день).

Установление этиологии железодефицитной анемии основано на данных лабораторного обследования (общего анализа крови: снижение эритроцитов, снижение гемоглобина, гипохромия эритроцитов, снижение ЦП, анизоцитоз эритроцитов, пойкилоцитоз), данных биохимического анализа крови: снижение содержания свободного железа в сыворотке крови и ферритина крови; данных инструментального обследования: ЭКГ - синусовая тахикардия, ЧСС - 106 в минуту, снижение зубца Т в левых грудных V5, V6 отведениях; степень тяжести анемии обоснована в общем анализе крови (уровнем гемоглобина).

3. Пациентке рекомендовано: необходимо установить характер гипохромной анемии. Следует провести дифференциальную диагностику между анемиями с низким цветовым показателем, к которым относятся железодефицитная, сидероахрестическая, талассемия и анемия при хронических заболеваниях. Биохимический анализ крови: уровень свободного железа сыворотки, определение общей железосвязывающей способности сыворотки, насыщение трансферрина железом для подтверждения дефицита железа при железодефицитной анемии и повышение сывороточного железа при сидероахрестической анемии; биохимический анализ крови: общий билирубин, прямой и непрямой билирубин, общий анализ мочи - определение уробилина в моче для исключения талассемии; исследование гормонов крови: тиреотропный гормон, Т4 свободный для исключения гипотиреоза как причины железодефицитной анемии, ФГДС - для оценки состояния слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки + диагностика Н. pylori; УЗИ органов малого таза, консультация врача-гинеколога для оценки наличия гинекологических заболеваний и их коррекции.

4. Препарат двухвалентного железа. Применение препаратов железа является патогенетическим методом лечения достоверно установленной железодефицитной анемии. Все пероральные препараты железа (ПЖ) принципиально можно разделить на препараты двухвалентного и трёхвалентного железа, так как именно это в первую очередь определяет эффективность и безопасность терапии. Соли двухвалентного железа лучше всасываются в ЖКТ, чем соли трёхвалентного железа. Это связано с различиями в механизме всасывания. Доказано, что в кишечнике железо всасывается в двухвалентном состоянии. Биодоступность двухвалентных солей железа в несколько раз выше, чем трёхвалентных. Поэтому препараты, содержащие в составе двухвалентное железо, оказывают быстрый эффект и нормализуют уровень гемоглобина в среднем через 2 недели - 2 месяца, а нормализация депо железа

происходит уже через 3-4 месяца от начала лечения. Всасывание железа из препаратов трёхвалентного железа более медленное, так как необходим активный (энергозависимый) транспорт с участием феррооксидаз. Поэтому препараты, содержащие железо в трёхвалентном состоянии требуют более длительного применения. Нормализация гемоглобина при лечении препаратами трёхвалентного железа наступит только спустя 2-4 месяца, а нормализация показателей депо железа через 5 -7 месяцев от начала терапии. Данной пациентке показано назначение препарата двухвалентного железа Сорбифер Дурулес 100 мг по 1 таблетке 2 раза в день после приема пищи на 2 месяца. Контроль общего анализа крови в динамике.

5. Назначить препарат двухвалентного железа Сорбифер Дурулес 100 мг 1 таблетка в день ещё на 3 месяца с последующей отменой препарата с целью восполнения запасов железа после достижения нормального уровня гемоглобина. После нормализации уровня гемоглобина и восполнения запасов железа с целью профилактики развития хронической постгеморрагической железодефицитной анемии показано назначение профилактической терапии препарата железа Сорбифер Дурулес 100 мг 1 таблетка с день 7-10 дней после окончания менструаций в каждый менструальный цикл в течение 1 года.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12

1. Наиболее вероятный диагноз - «хронический миелолейкоз».

Хронический миелолейкоз является одним из миелопролиферативных заболеваний и характеризуется клональной пролиферацией ранней стволовой клетки, что обычно приводит к увеличению числа гранулоцитов. Для начальной стадии в периферической крови характерен нарастающий лейкоцитоз, при этом наибольший удельный вес приходится на зрелые формы, хотя также появляются незрелые формы и даже единичные бласты. Характерным является увеличение количества базофилов, небольшой тромбоцитоз, нормоцитарная нормохромная анемия. Бессимптомное течение наблюдают почти у 50% пациентов, в остальных случаях клинические проявления малоспецифичны. В данной ситуации дифференциальный диагноз проводим с острым миелоидным лейкозом и миелоидной лейкомоидной реакцией. При остром миелоидном лейкозе наблюдают бластоз с цитопенией. Общее количество лейкоцитов обычно не изменено, а абсолютное число нейтрофилов может быть снижено. Миелоидная лейкомоидная реакция характеризуется лейкоцитозом более $50 \cdot 10^9/\text{л}$ с преимущественным увеличением содержания сегментоядерных и палочкоядерных нейтрофилов, хотя в ряде случаев наблюдают незрелые клетки и бластные формы. Как правило, лейкомоидная реакция не сопровождается базофилией, в лейкоцитах наблюдают токсическую грануляцию.

2. Для подтверждения диагноза необходимо провести: морфологическое исследование костного мозга (стерильная пункция); морфологическое исследование костного мозга (трепанобиопсия); цитогенетический анализ.

Всем пациентам на этапе диагностики рекомендуется пройти цитогенетическое исследование костного мозга с измерением концентрации BCR-ABL транскрипта. BCR-ABL - химерный ген, следствие наличия филадельфийской хромосомы (транслокации 9;22, которая обнаруживается почти во всех случаях ХМЛ).

3. Не соответствует хронической стадии заболевания тромбоцитопения менее $100 \cdot 10^9/\text{л}$, не связанная с лечением.

В течении ХМЛ выделяют три стадии или фазы: медленную, или хроническую (обычно около 3 лет); прогрессирующую, или стадию акселерации (1 -1,5 года, при соответствующем лечении можно вернуть заболевание в хроническую фазу) и финальную, или терминальную (фаза быстрой акселерации, 3 -6 месяцев, которая обычно заканчивается смертью пациента). Продолжительность этих стадий у разных больных различна, болезнь может быть впервые диагностирована на любой из них. Признаками стадии акселерации являются: обнаружение, помимо t (9;22), других хромосомных aberrаций; наличие 10-19% бластных клеток в крови; наличие 20% и более базофилов в крови; менее $100 \cdot 10^9/\text{л}$

тромбоцитов в крови, не обусловленное лечением; а также увеличение размеров селезёнки и количества лейкоцитов, нечувствительных к проводимой терапии. Для установления стадии акселерации достаточно одного из перечисленных выше признаков.

4. В настоящее время препаратом первой линии для лечения хронической стадии (Ph+) ХМЛ является Иматиниб (Gleevec) - ингибитор тирозинкиназы, препарат патогенетического действия. Иматиниб блокирует тирозинкиназу трёх видов рецепторов (Vcr-Abl, c-kit и PDGFR) аномального фермента, продуцируемого филадельфийской хромосомой. Кроме того, Иматиниб подавляет пролиферацию Vcr-Abl - позитивных опухолевых клеток, индуцирует их апоптоз, а также блокирует рецепторы тирозинкиназы тромбоцитарного фактора роста и фактора роста стволовых клеток. При лечении Иматинибом полную гематологическую ремиссию достигают у 90-95% пациентов с хронической стадией.

Из возможных в данной ситуации методов лечения следует также указать введение Интерферона-а, аутологичную трансплантацию костного мозга пациента, лейкаферез, спленэктомия.

Интерферон-а, в течение длительного времени считавшийся препаратом первой линии лечения ХМЛ, уступил первенство Иматинибу. Аутологичная (т. е. происходит забор стволовых клеток самого пациента) трансплантация костного мозга также перестала быть первоочередным методом лечения даже у пациентов молодого возраста. Лейкаферез следует проводить у пациентов с клиническими проявлениями лейкостаза (нарушение сознания, зрения и т. д.). Спленэктомия не имеет самостоятельного значения в лечении ХМЛ, так как исследования показали отсутствие преимуществ в выживаемости после спленэктомии.

5. Правильный ответ: отсутствие клинических проявлений заболевания; концентрация лейкоцитов менее $10 \cdot 10^9/\text{л}$; отсутствие незрелых форм гранулоцитов, начиная с миелоцитов.

В настоящее время для оценки эффективности лекарственной терапии ХМЛ используются три группы показателей: гематологическая ремиссия, цитогенетическая ремиссия и молекулярная ремиссия. Гематологическая ремиссия наступает раньше всех остальных (через 3 месяца лечения) и определяется по нормализации клинической картины и картины периферической крови, при этом клетки, содержащие филадельфийскую хромосому, могут ещё присутствовать. Цитогенетическая ремиссия определяется по исчезновению Ph+ клеток из периферической крови и костного мозга. Молекулярная ремиссия определяется по уменьшению матричной рибонуклеиновой кислоты (мРНК) (транскрипта) гена BCR-ABL и в настоящее время стала «золотым стандартом» мониторинга эффективности терапии ингибиторами тирозинкиназы (Иматиниб, Дасатиниб и Нилотиниб).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 13

1. На основании жалоб больного (на повышенную утомляемость, немотивированную слабость, ощущение тяжести в левом подреберье, снижение массы тела на 8 кг за последний месяц), данных объективного обследования (увеличение лимфатических узлов в области передней поверхности шеи, в надключичных и подмышечных впадинах; лимфатические узлы безболезненные, не напряжённые, подвижные, имеют эластическую консистенцию, а также увеличение селезёнки (+5 см)); а также данных лабораторного обследования (Hb - 98 г/л, лейкоциты - $30 \cdot 10^9/\text{л}$, из них 50% лимфоциты, тромбоциты - $130 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ - 16 мм/ч; в мазке крови лимфоциты нормальных размеров, определяются «размазанные» клетки, тени Гумпрехта), можно поставить предварительный диагноз «хронический лимфолейкоз».

2. Методы исследования для уточнения диагноза включают: иммунофенотипирование; стернальную пункцию, трепанобиопсию, биопсию лимфатического узла, КТ органов брюшной полости.

В данном случае в первую очередь необходимо провести иммунофенотипирование для выявления характерных для хронического лимфолейкоза (ХЛЛ) лимфоцитарных антигенов (CD5, CD23). Проведение стеральной пункции или трепанобиопсии обычно

проводят в сложных случаях, когда результаты клинической картины и иммунофенотипирования неоднозначны. В качестве первоочередной диагностической манипуляции проведение биопсии лимфоузла не является целесообразным. КТ органов брюшной полости проводят на втором этапе для оценки распространенности лимфаденопатии и выраженности спленомегалии.

3. В настоящее время для определения стадии ХЛЛ используют классификации Рэя (в основном в США) и Бинэ (в Европе и России). В соответствии с классификацией Бинэ, стадия А характеризуется вовлечением менее 3 лимфоидных областей (5 лимфоидных областей: шейные, подмышечные, паховые лимфатические узлы, спленомегалия и гепатомегалия), стадия В - более трёх лимфоидных областей, стадия С - снижением гемоглобина ниже 100 г/л или тромбоцитов менее $100 \cdot 10^9/\text{л}$. Таким образом, у больного стадия С.

4. Учитывая стадию заболевания на момент обращения к врачу, пациенту показано специфическое лечение, при этом препаратом выбора является Флударабин - цитостатический препарат из группы аналогов пурина. Также для лечения ХЛЛ применяют Хлорамбуцил и Ритуксимаб (Мабтера) - анти-CD20 антитела, а также Алемтузумаб (Кэмпас) - анти-CD52 антитела, но эти препараты не являются препаратами первого ряда. Наиболее эффективная схема индукционной терапии FCR - Флударабин, Циклофосфан и Ритуксимаб.

5. Возможные причины смерти пациентов с ХЛЛ: сердечно-сосудистые заболевания, инфекционные осложнения, осложнения терапии.

Поскольку ХЛЛ - заболевание, главным образом, пожилого возраста, то до 30% смертельных исходов не связано с основным заболеванием, 50% смертности связано с инфекционными осложнениями, 15% - с осложнениями терапии, остальные 5% - с геморрагическими осложнениями, гемолизом или инфильтрацией жизненно важных органов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 14

1. Хроническая железодефицитная анемия (ЖДА) вследствие гиперменорреи (на фоне миомы матки), обострение, средней степени тяжести.

2. Диагноз «ЖДА» установлен на основании жалоб больной, как общеанемических (слабость, быстрая утомляемость, одышка, сердцебиение, бледность кожи), так и сидеропенических (ломкость ногтей, извращение вкуса и обоняния); данных анамнеза (в молодости была анемия беременных; имеется указание на вероятный источник кровопотери); данных объективного исследования (бледность кожи и слизистых, «заеды» в углах рта, ломкость ногтей, артериальная гипотензия); лабораторных данных (снижение числа эритроцитов и гемоглобина, гипохромия); установление степени тяжести ЖДА основано на цифрах гемоглобина; хроническое течение анемии прослеживается по отдалённому и ближайшему анамнезу.

3. План обследования: определение уровня сывороточного железа и ферритина - для лабораторного подтверждения дефицита железа; проведение ФГДС и ФКС - для исключения параллельного маточному источнику кровотечения; консультация врача- гинеколога для возможности устранения обильности кровопотери.

4. Препараты трёхвалентного железа предпочтительнее, так как лучше всасываются и меньше раздражают слизистую желудка. Путь введения - пероральный (противопоказаний у пациентки нет), что гарантирует безопасность, не уступая по эффективности парентеральному (к которому у пациентки нет показаний). Этим требованиям более всего соответствует Феррум-лек, жевательные таблетки, в дозировке - по 1 таблетке (100 мг) 3 раза в день.

5. Оставить терапию железосодержащим препаратом без изменений, продолжить динамическое наблюдение. Необходимо уточнить предполагаемые сроки прихода месячных и рацион питания пациентки, поскольку от этого зависит дозировка препарата железа и сроки приёма. Необходимо довести уровень гемоглобина до нормы, затем приступить к

этапу насыщения железом органов-депо, снизив дозу препаратов железа вдвое или оставив её прежней. Контроль анализа крови ежемесячно в течение ближайших 3 месяцев. В дальнейшем переходят к этапу поддерживающей терапии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 15

1. Диагноз: нетяжёлая внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония.

Диагноз «правосторонней пневмонии» поставлен на основании:

жалоб (на повышение температуры до 38°C, слабость, озноб, кашель со светлой мокротой);

анамнеза (острое начало заболевания);

данных объективного исследования (дыхание ослаблено в нижней половине правого лёгкого, там же выслушивается крепитация, при перкуссии - притупление перкуторного звука).

Нетяжёлая пневмония установлена ввиду отсутствия критериев тяжести.

Внебольничная пневмония установлена на основании начала заболевания амбулаторно, за 3 дня поступления в стационар.

2. Общий анализ крови (оценка воспалительной реакции);

общий анализ мокроты (оценка выраженности местного воспалительного ответа, дифференциальная диагностика с аллергическими заболеваниями лёгких);

бактериологическое исследование мокроты (для выделения возбудителя пневмонии);

рентгенография лёгких в прямой и правой боковой проекции (для подтверждения наличия инфильтративных изменений в правом лёгком).

3. Постельный режим, обильное питье.

Антибиотики широкого спектра действия пенициллинового ряда (например, Амоксициллин 500 мг 3 раза в день внутрь).

Муколитик (например, Амброксола гидрохлорид по 30 мг 3 раза в день внутрь).

Жаропонижающие при температуре тела > 38°C (например, Парацетамол 500 мг внутрь не чаще 1 раза в 6 часов).

4. Диагноз: основной - агранулоцитоз. Осложнения: нетяжёлая внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония.

Диагноз «агранулоцитоз» поставлен на основании данных общего анализа крови (лейкопения, агранулоцитоз), а также с учётом наличия инфекционного осложнения - нетяжёлой внебольничной правосторонней нижнедолевой пневмонии.

Диагноз «пневмония» поставлен на основании жалоб (на повышение температуры до 38°C, слабость, озноб, кашель со светлой мокротой):

- анамнеза (острое начало заболевания с лихорадкой, интоксикацией и влажным кашлем);

- данных объективного исследования (дыхание ослаблено в нижней половине правого лёгкого, там же выслушивается крепитация, при перкуссии - притупление перкуторного звука);

- изменений на рентгенограмме лёгких (инфильтративные изменения в нижней доле правого лёгкого).

Пневмония внебольничная, так как возникла не в стационаре.

Пневмония нетяжёлая, так как отсутствуют следующие критерии тяжёлого течения: температура тела > 38,5°C, САД < 90 мм рт. ст., ДАД < 60 мм рт. ст., поражение более 1 доли лёгкого, наличие лёгочных осложнений пневмонии, ЧД > 30 в минуту, раО₂ < 60 мм рт. ст., нарушение сознания, сепсис. Лейкопения в данном примере первична и связана с агранулоцитозом, а не с тяжестью пневмонии.

5. Больной требует госпитализация в гематологическое отделение стационара.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 16

1. Железодефицитная анемия.

2. Диагноз «железодефицитная анемия» поставлен на основании:

- жалоб (слабость, головокружение, что соответствует анемическому синдрому; выпадение волос, ломкость ногтей, сухость кожи - сидеропенический синдром);
- анамнеза (постепенное развитие анемического и сидеропенического синдрома; наличие в анамнезе меноррагий, которые могут быть причиной повышенной потери железа);
- данных объективного исследования (бледность и сухость кожи, диффузная алопеция, характерные изменения ногтей: продольная исчерченность, «ложкообразная» форма).

3. Пациенту рекомендованы общий анализ крови (для выявления анемии и определение её тяжести), исследование крови - сывороточное железо, ОЖСС, процент насыщения трансферрина железом (для подтверждения железодефицита), коагулограмма: АЧТВ, ПТВ, фибриноген (скрининг нарушений свёртывания крови), консультация врача-гинеколога (для выявления причины и подбора адекватной терапии меноррагий).

4. У пациентки - гипохромная микроцитарная анемия лёгкой степени (снижен гемоглобин, низкий MCV и MCH). Наблюдается железодефицит (снижено содержание сывороточного железа, коэффициента насыщения трансферрином, повышение ОЖСС). Показатели коагулограммы в пределах нормы.

Терапия основывается на назначении железосодержащих препаратов, например, полимальтозный комплекс гидроокиси железа (III) (Мальтофер) 100 мг 2 раза в день внутрь. Необходимым условием терапии является воздействие на причину заболевания, пациентке рекомендовано обратиться к гинекологу.

5. Гемоглобин крови нормализовался, следует продолжить приём препарата железа в сниженной дозировке (100 мг 1 раз в день внутрь) в течение 2 месяцев для восполнения депо железа в организме. Сдать планово повторный анализ крови через 2 месяца. Наблюдение у гинеколога.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 17

1. В12-дефицитная анемия.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб на общую слабость, утомляемость, сердцебиения, одышку при физической нагрузке, тошноту, отрыжку, тяжесть в эпигастрии; данных анамнеза: признаки желудочной диспепсии около 15 лет; данных объективного осмотра: общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, лёгкая желтушность кожи и склер лимонного оттенка, лицо одутловато, границы сердца расширены влево на 1 см, тоны немного приглушены, язык малинового цвета, сосочки сглажены, печень +1 см; лабораторного обследования: гемоглобин - 70 г/л, эритроциты - $2,9 \cdot 10^{12}/л$, ЦП - 1,3, ретикулоциты - 0,1%, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ - 30 мм/час, MCV - 70 фл. В мазке крови обнаружены гиперсегментированные нейтрофилы, тельца Жолли и кольца Кебота.

3. - Миелограмма;

- биохимический анализ крови на АлТ, АсТ, билирубин, креатинин, СРБ;

- определение витамина В12 радиоиммунологическим методом;

- определение уровня фолиевой кислоты в периферической крови;

- определение метилмалоновой и пропионовой кислот в моче и/или в крови.

4. Внутримышечные инъекции витамина В12 в дозировке 500 мкг 2 раза в день (Цианокобаламин, Оксикобаламин, Аденозилкобаламин).

5. Причин может быть несколько.

Алиментарная недостаточность - недостаточное поступление с пищей не только мяса, но также молочных продуктов и яиц.

Нарушение всасывания витамина В12, поступившего с пищей, в кровь.

Поглощение витамина В12 микроорганизмами (бактериями кишечника или глистами - внедрившимися в организм человека круглыми или плоскими червями).

Повышенное потребление витамина В12 - любая злокачественная опухоль.

Повышенное выделение витамина В12 - недостаточное связывание с белками крови, заболевания печени и почек.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 18

1. Эритремия (болезнь Вакеза), развернутая стадия. Вторичная симптоматическая артериальная гипертензия.

2. Диагностическими критериями эритремии (развернутая стадия), которые имеются у данного пациента, являются: увеличение числа эритроцитов крови (более $6 \times 10^{12}/л$ у мужчин); увеличение содержания гемоглобина (более 177 г/л у мужчин); лейкоцитоз более $12 \times 10^9/л$ (при отсутствии явных причин для появления лейкоцитоза); тромбоцитоз более $400 \times 10^9/л$; увеличение селезенки. У больного имеются жалобы, связанные с наличием синдрома опухолевой интоксикации (потливость). Кожный зуд объясняется гиперпродукцией базофилами гистамина. Повышается объем циркулирующей крови, развивается симптоматическая артериальная гипертензия.

3. У больных развивается вторичная артериальная гипертензия, тромбоэмболические осложнения.

4. Молекулярно-генетическое исследование, направленное на обнаружение мутации V617F в гене JAK2 (янус-киназа). Недавние исследования обнаружили связь мутации V617F в гене JAK2 с истинной полицитемией (болезнь Вакеза). Исследование насыщения артериальной крови кислородом для исключения симптоматических эритроцитозов, обусловленных гипоксией.

Исследование содержания эритропоэтина крови. Цитохимическое исследование – для эритремии характерна повышенная активность щелочной фосфатазы нейтрофилов. Радионуклидное сканирование костей – для эритремии характерно расширение «плацдарма» кроветворения.

5. В развернутой стадии болезни при наличии плеторического синдрома, но без значимого лейко- и тромбоцитоза применяют кровопускания как самостоятельный метод терапии. Извлекают по 400-500 мл крови за один раз через день (в условиях стационара) или через 2 дня (в условиях поликлиники). Кровопускания выполняются до целевого уровня гематокрита 45%. Для профилактики тромбозов показана терапия дезагрегантами (Аспирин, или Дипиридамол, или Тиклид, или Плавикс, или Аспирин в сочетании с Тренталом). При наличии клиники тромбозов к терапии добавляются непрямые антикоагулянты. Если кровопускания недостаточно эффективны, при сохранении панцитоза, нарастающей спленомегалии, выраженной конституциональной симптоматике, тромбозах или, напротив, патологической кровоточивости, назначается цитостатическая терапия. Из цитостатических препаратов на первом этапе назначается гидроксимочевина (гидреа) под контролем показателей периферической крови 1 раз в две недели. Если пациент молод (менее 45 лет) – оптимальным лечением является интерферонотерапия в дозе 3 млн ЕД п/к 3 раза в неделю. Показана терапия гипотензивными препаратами с нефропротективными препаратами (аллопуринол для профилактики мочекаменного диатеза), а также препаратами, улучшающими региональную микроциркуляцию: ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 19

1. В₁₂-дефицитная анемия (болезнь Аддисона-Бирмера) тяжелой степени. Осложнения: Анемическая кома. Фуникулярный миелоз. Циркуляторно-гипоксический синдром.

2. Критериями В₁₂-дефицитной анемии являются: снижение содержания эритроцитов (менее $3,0 \times 10^{12}/л$); повышение цветового показателя (более 1,1); макроцитоз; появление мегалоцитов; полисегментоядерность нейтрофилов, тельца Жолли и кольца Кэбота; проявления фуникулярного миелоза: боли в поясничной области при резких наклонах, парестезии; для окончательного подтверждения диагноза необходимо выявить этиологическую причину В₁₂ дефицитного состояния.

3. Анемическая кома, фуникулярный миелоз, циркуляторно-гипоксический синдром.

4. Определение содержания витамина В₁₂ и фолиевой кислоты в сыворотке крови, содержание железа и ферритина в сыворотке крови, стерильная пункция с оценкой миелограммы (исключить гемопоэтическую дисплазию), оценка ретикулоцитарного криза на фоне терапии, фиброгастродуоденоскопия, фиброколоноскопия (исключить дивертикулез толстого кишечника), исследование титра антител к гастромукопротеину, кал на яйца глист (исключить глистную инвазию), копрологическое исследование (исключить малабсорбцию).

5. Гемотрансфузии эритроцитарной массы по 250-300 мл (5-6 трансфузий), Цианкобаламин по 1000 мкг внутримышечно в течение 4-6 недель до наступления гематологической ремиссии. После нормализации костномозгового кроветворения и состава крови витамин вводят 1 раз в неделю в течение 2-3 месяцев, затем в течение полугода 2 раза в месяц в тех же дозах. Это связано с необходимостью создания депо витамина В₁₂. В дальнейшем профилактически вводят 1-2 раза в год короткими курсами по 5-6 инъекций или ежемесячно по 200-500 мкг (пожизненно).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 20

1. Острый лимфобластный лейкоз. Панцитопения. Агранулоцитоз. Некротическая ангина.

2. Панцитопения, агранулоцитоз и некротическая ангина могут быть в дебюте острого лейкоза. Основным критерий диагноза «острый лейкоз» - больше 20% бластов в крови или костном мозге. У больной - почти тотальная бласттрансформация костного мозга. В связи с наличием синдрома лимфопролиферации наиболее вероятен лимфобластный лейкоз. Для уточнения диагноза показана стерильная пункция, анализ миелограммы с иммуногистохимическими методами, иммунофенотипированием, цитогенетическое исследование.

3. Панцитопения, агранулоцитоз, некротическая ангина, геморрагический диатез, возможно развитие нейролейкемии.

4. Миелограмма с морфологическим и цитохимическим исследованием. Иммунофенотипирование бластных клеток. Пункционное исследование увеличенных лимфатических узлов. Цитогенетическое исследование с оценкой цитогенетической группы риска. МРТ головного мозга, оценка появлений нейролейкемии. Анализ спинномозговой жидкости. Томография и рентгенография грудной клетки для оценки поражения лимфатических узлов средостения.

5. Полихимиотерапия, направленная на индукцию и консолидацию ремиссии (протокол Tprolong, СНОР), аллогенная миелотрансплантация, профилактика нейролейкемии, лечение некротической ангины антибактериальными препаратами широкого спектра действия парентерально.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 21

1. Болезнь Минковского-Шаффара, фаза обострения, гепатолиенальный синдром, трофические язвы голеней.

2. Врожденная патология, анемический синдром и рецидивирующая в течение жизни желтуха (повышение непрямого билирубина), ретикулоцитоз, микросфероцитоз, спленомегалия, изменения костей черепа.

3. Отличить микросфероцитарную гемолитическую анемию от негемолитических желтух помогает выраженный микросфероцитоз и ретикулоцитоз в крови, снижение осмотической стойкости эритроцитов, непрямая гипербилиробинемия, уробилинурия, наличие в костном мозге компенсаторной реакции эритроидного ростка на гемолиз, а также обнаружение спленомегалии без признаков портальной гипертензии.

4. Осмотическая резистентность эритроцитов. Стерильная пункция с изучением эритроидного ростка костного мозга. Исследование длительности жизни эритроцитов, меченых Cr⁵¹.

5. Спленэктомия – единственный метод лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 22

1. Острый лейкоз (неуточненный вариант). Метапластическая анемия, средней степени тяжести. Метапластическая тромбоцитопения средней степени тяжести. Тяжелый геморрагический синдром. Метапластическая нефропатия. ХПН II Б по Рябову.

2. Диагноз поставлено на основании выделенных синдромов: геморрагический, анемический, гиперпластический, интоксикационный. В основе всех синдромов лежит замещение костного мозга опухолевой тканью с замещением нормального костного бластными клетками и инфильтрацией всех органов и систем бластными клетками (нормохромная нормоцитарная анемия, тромбоцитопения, снижение факторов свертывания, снижение гуморального и клеточного иммунитета).

3. Пациенту рекомендовано: стерильная пункция (миелограмма) для подтверждения диагноза; цитохимическая реакция на бластных клетках; проведение иммунофенотипирования (наиболее информативно) – для установления варианта острого лейкоза. Для дальнейшей динамики при проведении химиотерапии: фракции билирубина; расчет СКФ. УЗИ органов брюшной полости. ЭКГ. Маркеры вирусного гепатита.

4. Госпитализация в отделение гематологии. Специфическая химиотерапия в зависимости от установленного варианта острого лейкоза (острый миелолейкоз или острый лимфолейкоз). Коррекция анемии – эритроцитарная масса или отмытые эритроциты, СЗП. Тромбоконцентрат – показаний нет: геморрагический синдром в первую очередь обусловлен инфильтрацией печени и снижением выработки факторов свертывания (о чем говорит удлинение АЧТВ при нормальном ПТИ). Гепатопротекторы. Сорбенты.

5. Прогноз относительно неблагоприятный. При адекватной терапии – возможно достижение ремиссии и выздоровление. На период лечения – полная потеря трудоспособности, направить на МСЭ для определения группы инвалидности, так как терапия в среднем занимает около 1,5 лет.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 23

1. Хронический миелолейкоз, стабильная фаза. Анемия сложного генеза (метапластическая и ЖДА на фоне ХПН) средней степени тяжести. Метастатическая нефропатия. ХПН I В (по Рябову). ХБП ?.

2. Диагноз поставлен на основании выделенных синдромов: миелолипролиферативный – лейкоцитарная формула без лейкоцитарного провала, выраженный лейкоцитоз, гепатоспленомегалия; интоксикации – за счет распада опухолевой массы и присоединения инфекции; болевой (абдоминальный) – за счет гепатомегалии и спленомегалии, преимущественно за счет спленомегалии. Ни при одном заболевании нет такого увеличения селезенки, как при ХМЛ, она может занимать всю левую половину живота, иногда всю брюшную полость; суставной (артралгии) – так как в области эпифизов крупных суставов у взрослых располагается красный костный мозг. При развитии лейкоза происходит увеличение массы костного мозга за счет разрастания опухоли, что приводит к повышению внутрикостного давления, в последующем – растяжение надкостницы; анемический – за счет метапластической анемии (вытеснение красного костного мозга опухолевой массой); гепато- и спленомегалии – преимущественно за счет инфильтрации органов опухолевыми клетками; мочевого – за счет инфильтрации органов опухолевыми клетками; ХПН (ХПН и мочевого синдром, так же обусловлены инфильтрацией почечной ткани опухолевыми клетками).

3. Пациенту рекомендовано: для верификации миелолейкоза и уточнения количества бластных клеток в костном мозге: стерильная пункция (миелограмма), выявление филадельфийской хромосомы; расчет СКФ (стадия ХБП).

4. Госпитализация в профильное отделение.

Специфическая терапия – ингибитор тирозинкиназы иматиниб (Гливек) 400 мг/сут. Иматиниб является новым наиболее эффективным препаратом, который стал стандартом в лечении ХМЛ. Иматиниб селективно угнетает пролиферацию и приводит к апоптозу

клеточных объединений, экспрессирующих тирозинкиназу Bcr-Abl, включая незрелые лейкозные клетки (гибель только клеток, содержащих Ph-хромосому). Данный препарат имеет высокую эффективность на всех стадиях ХМЛ. Хирургическое лечение: спленэктомия: 1) срочные показания - разрыв и угрожающий разрыв селезенки; 2) относительные показания - тяжелый абдоминальный дискомфорт, повторные перисплениты, глубокая тромбоцитопения, гемолитические кризы. Симптоматическая терапия. Трансплантация костного мозга.

5. Прогноз благоприятный при использовании ингибиторов тирозинкиназы: возможно достижение стойкой клинико-лабораторной ремиссии. Больной трудоспособен, в случае отсутствия производственных провоцирующих факторов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 24

1. Хронический лимфолейкоз, В-стадия. Метапластическая анемия легкой степени тяжести. Метапластическая нефропатия. ХБП-?

2. Диагноз выставлен на основании выделенных синдромов: лимфопролиферативный: лимфоаденопатия и гепатоспленомегалии инфильтрация всей лимфоидной ткани опухолевыми клетками; анемический – вследствие вымещения нормального костного мозга, опухолевой массой; иммунодефицита – с одной стороны аналогично анемическому синдрому, а с другой стороны патологические лимфоциты вырабатывают неполноценные иммуноглобулины – в первую очередь страдает гуморальный иммунитет; цитолиза - разрушение клеток печени; мочевого – лейкоцитурия, гематурия, протеинурия; интоксикации – за счет снижения иммунитета и присоединения различных воспалительных процессов, а также за счет лизиса опухолевых клеток. Хронический лимфолейкоз, В-стадия (лимфоцитоз в крови и костном мозге $Hb \geq 100$ г/л; количество тромбоцитов крови $\geq 100 \times 10^9$ /л; определяемое пальпаторно увеличение лимфоидной ткани в 3 областях и более). Метапластическая анемия легкой степени тяжести (Hb - более 90 г/л). Метапластическая нефропатия (мочевой синдром).

3. Пациенту рекомендовано: стерильная пункция (миелограмма). Возможно, будет выявлена выраженная лимфоидная инфильтрация (лимфоциты составляют более 30% (иногда 50-60% и даже больше) от общего количества миелокариоцитов); значительное уменьшение количества клеток гранулоцитарного ряда. Проведение иммунофенотипирования для определения специфической, для каждого вида лейкоза, комбинации CD – рецепторов.

4. В настоящее время специфическое лечение не показано (только при лимфоцитозе более 80% или выраженной лимфоаденопатии). Рекомендовано только динамическое наблюдение за показателями лейкоцитов и лимфоцитов. Избегать инсоляции, препаратов, влияющих на иммунную систему

5. Прогноз благоприятный. Больной трудоспособен в случае отсутствия производственных провоцирующих факторов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 25

1. 1). Отсутствие чувствительности возбудителя хронического пиелонефрита к Ципрофлоксацину.

2). Железа сульфат уменьшает всасывание Ципрофлоксацина, тем самым снижая его биодоступность.

2. Анализ мочи по Нечипоренко, бактериологический анализ мочи.

3. Железа сульфат уменьшает всасывание Ципрофлоксацина, тем самым снижая его биодоступность.

4. Приостановить лечение препаратами железа на время лечения антибактериальным препаратом.

5. До момента нормализации уровня гемоглобина, с последующим приемом в течение 1 месяца.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 26

1. Лимфогранулематоз IV стадия.

2. Общий анализ мочи. УЗИ брюшной полости. Рентгенография грудной клетки. Радиоизотопная лимфография. КТ брюшной полости и грудной клетки. Иммуногистохимическое исследование биоптата.

3. IV.

4. Хронические лимфопролиферативные заболевания: неходжкинские лимфомы. Миелолейкоз. Туберкулез. Саркоидоз.

5. Сочетанная лучевая терапия и полихимиотерапия (схема BEACOPP, ABVD или MOPP).

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Ситуационные задачи для подготовки к государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалистов по специальности «Лечебное дело». Нефрология	5
Ситуационные задачи для подготовки к государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалистов по специальности «Лечебное дело». Гематология	17
Эталоны ответов к задачам по нефрологии	31
Эталоны ответов к задачам по гематологии	41

ХАПАЕВ Башир Алимджашарович

МЕКЕРОВА Фатима Борисовна

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ И ПЕРВИЧНАЯ АККРЕДИТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ

Часть 6. Нефрология и гематология.

Сборник ситуационных задач для обучающихся 6 курса
по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»

Печатается в авторской редакции

Корректор Чагова О.Х.

Редактор Чагова О.Х.

Сдано в набор 18.02.2019 г.

Формат 60x84/16

Бумага офсетная.

Печать офсетная.

Усл. печ. л. 3,48

Заказ № 3650

Тираж 100 экз.

Оригинал-макет подготовлен
в Библиотечно-издательском центре СевКавГГТА
369000, г. Черкесск, ул. Ставропольская, 36