

**ФГАОУ ВО «СВФУ им. М.К. Аммосова»
Медицинский институт
Кафедра «Госпитальная терапия, профессиональные болезни и клиническая
фармакология»**

**X Олимпиада по терапии
Третий раунд «Клинические задачи»
Клиническая задача №1**

Пациент, 58 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на прогрессирующую одышку, усиливающуюся при физической нагрузке, кашель с отделением небольшого количества вязкой мокроты, боли в грудной клетке справа и субфебрильную температуру. На фоне приема парацетамола температура снижается до нормальных значений, но через несколько часов вновь поднимается до 37,8°C.

Анамнез: в течение последних 20 лет работает на строительной фабрике с частым контактом с цементной пылью и силикатами. Курит с 18 лет, стаж курения — 40 пачка-лет. Год назад появились первые жалобы на одышку, которую пациент связывал с возрастом. Обострения в течение этого времени не наблюдались.

Объективное состояние:

- Общее состояние: средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, акроцианоз.
- Пульс: 92 уд./мин., ритм правильный. АД — 135/85 мм рт. ст.
- Грудная клетка: бочкообразная, экскурсия снижена.
- Аускультация легких: дыхание ослаблено в нижних отделах справа, выслушиваются рассеянные сухие хрипы, в правой нижней доле — крепитация.
- Другие системы: патологических изменений не выявлено.

Данные обследования:

1. Рентгенография ОГК: выраженное уплотнение легочного рисунка, мелкие узелковые тени в нижних отделах, снижение прозрачности в правой нижней доле с признаками инфильтрации.
2. Спирометрия:
 - ОФВ1 — 50% от должного.
 - ОФВ1/ФЖЕЛ — 55%.
3. КТ грудной клетки: выявлены субплевральные фиброзные изменения, множественные округлые плотности размером 2–5 мм, консолидированная зона в правой нижней доле.
4. Анализ крови:
 - Лейкоциты — $10,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерный сдвиг — 8%.
 - С-реактивный белок — 25 мг/л.
 - Газовый состав крови: PaO₂ — 65 мм рт. ст., SaO₂ — 89%.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз можно предположить? Обоснуйте его на основе клинических и инструментальных данных.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Назначьте этапный план лечения, включающий этиотропную, патогенетическую и симптоматическую терапию.
4. Какие осложнения данного состояния наиболее вероятны, и как их можно предупредить?
5. Какие рекомендации вы дадите пациенту для профилактики прогрессирования заболевания?

ФГАОУ ВО «СВФУ им. М.К. Аммосова»
Медицинский институт
Кафедра «Госпитальная терапия, профессиональные болезни и клиническая фармакология»

X Олимпиада по терапии
Третий раунд «Клинические задачи»
Клиническая задача №2

Пациент К., 47 лет, инженер по газоснабжению строительной компании обратился в частную поликлинику к кардиологу.

Жалобами на: приступы периодических головных болей, больше в теменной, затылочной областях, повышение АД до 200/100 мм рт. ст., учащенного сердцебиения, одышки, загрудинных болей, чувство страха смерти, слабость, потливость.

Анамнез болезни: вышеуказанные симптомы появились около 6-7 месяцев. Когда возникают подобные приступы вызывает СМП. Констатируют ГК, снижают АД и рекомендуют обратиться к врачу по месту жительства. Пациент свое ухудшение связывает с эмоциональными нагрузками. В последнее время стал замечать, что приступ может провоцироваться мочеиспусканием. Обращался к врачу-терапевту, были назначены антигипертензивные препараты: периндоприл 5 мг/сут, амлодипин 5 мг/сут, но улучшения нет. На ЭКГ сказали есть незначительные изменения из-за АД, по анализам без патологии. Адаптированное АД 120-130/80 мм рт. ст. Регулярно проходит медосмотры и диспансеризацию. По рекомендации коллег купил тонометр для самоконтроля АД.

Анамнез жизни:

- Перенесенные болезни: корь, язвенная болезнь желудка, остеохондроз грудного отдела позвоночника.
- Наследственность: у отца и матери ГБ. Отец умер от инсульта в 62 г. Мать жива.
- Вредные привычки: курил с 23 лет, по пачке сигарет. Последнее время как заболел не курит. Алкоголь не злоупотребляет.
- Операции и травмы отрицает.
- Аллергологический анамнез: не отягощен.
- Женат. Имеет 2 детей школьного возраста. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. В армии служил в противовоздушных войсках.

Объективные данные: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение пациента активное. Походка уверенная. Рост 180 см, вес 80 кг. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Периферических отеков нет.

Система органов дыхания: грудная клетка симметричная, эпигастральный угол 90°. SpO₂ 98% ЧДД 20 в мин. Голосовое дрожание: без изменений. Сравнительная перкуссия ясный легочной звук. Аускультация: дыхание везикулярное, хрипов нет. Бронхофония проводится по всем полям.

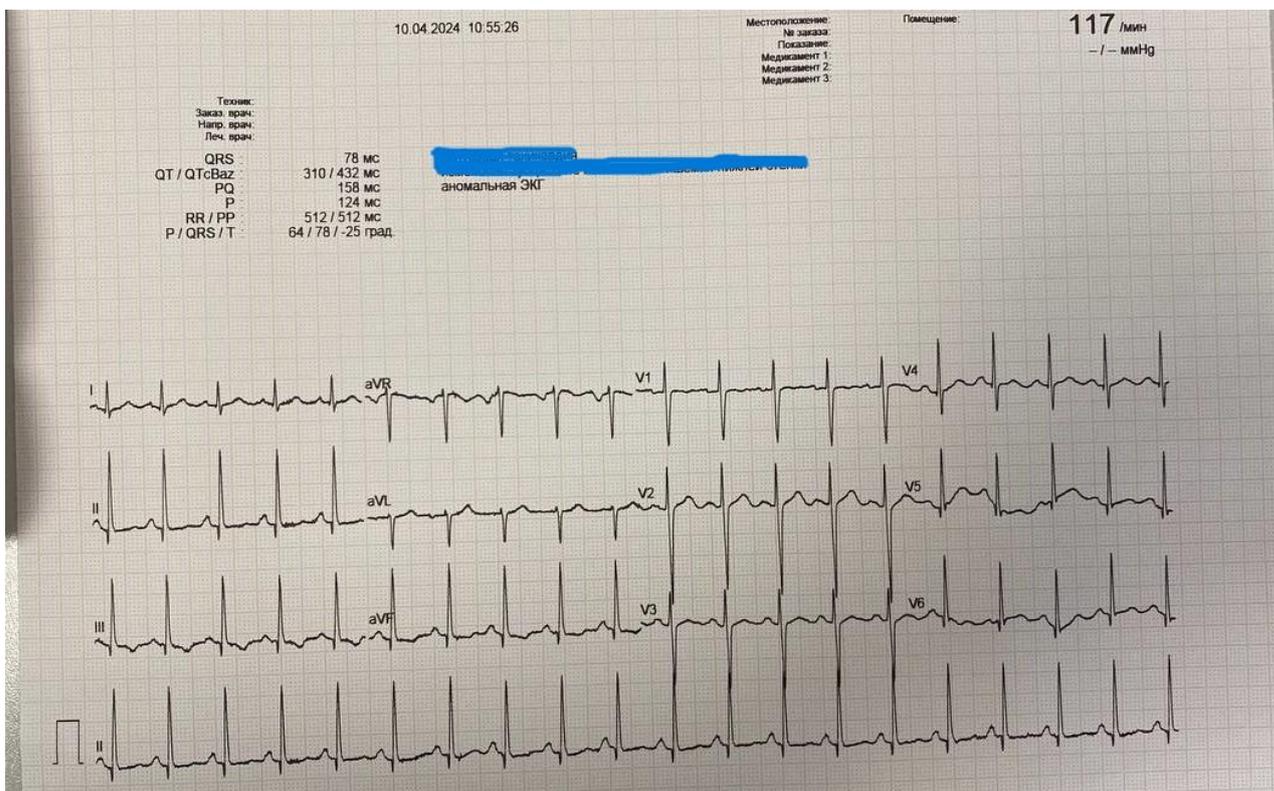
Система органов кровообращения: Верхушечный толчок не определяется на глаз, ослабленный, разлитой. Патологической пульсации магистральных артерий нет. Шейные вены не набухшие. Пульс ритмичный 76 в мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, симметричный. Сосудистый пучок не расширен. Границы сердца: относительная и абсолютная тупости не расширены. Аускультация сердца: Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС 76 в мин. АД 130/90 мм рт. ст. – dex, 130/80 мм рт. ст. – sin.

Система органов пищеварения: язык обложен у корня белым налетом, влажный. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания. Выслушивается периодическая перистальтика кишечника. При поверхностной и глубокой пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10x8x7 см, селезенка 8x4 см. Симптомов раздражения брюшины нет. Со слов пациента стул регулярный, оформленный, без примесей.

Система органов мочевого выведения: Осмотр области мочевого пузыря и почек без изменений.

При пальпации мочевого пузыря болезненность. Появились одышка, выраженная потливость, учащенное сердцебиение, боли за грудиной. Состояние тяжелое. Сознание ясное. Выражен общий тремор, страх. Кожные покровы бледные, покрыты холодным влажным потом. ЧДД 26 в мин. В легких дыхание ослабленное, мелкопузырчатые хрипы в нижне-базальных отделах. Тоны сердца ритмичные, ослаблены. ЧСС 118 в мин, пульс 118 в мин, симметричный АД 220/110 мм рт. ст.

Экстренно снята ЭКГ:



1. Вызов СМП для транспортировки в КСЦ для проведения первичной ЧКВ.
2. В поликлинике оказана экстренная помощь: ацетилсалициловая кислота 300 мг разжевать, клопидогрел 300 мг внутрь, гепарин 5000 МЕ на изотоническом растворе до 10 мл в/в стр., нитроспрей 1 вдох.
3. Доставлен в ПДО и проведены лабораторно-инструментальные исследования:
 - ОАК, ОАМ, тропонин, б/х анализ крови: белки крови, креатинин, мочевины, липидограмма, АлТ, АсТ, КФК, ЛДГ, глюкоза крови, всч СРБ, коагулограмма, расчет СКФ.
 - ЭКГ, ТТ ЭхоКГ, КАГ, обзорная рентгенография ОГК
4. Лечение в ПДО: метопролол 5 мг на изотоническом растворе до 20 мл в/в струйно, медленно под контролем АД. АД стабилизировано до уровня 150/80 мм рт. ст.
 - КАГ: коронарные артерии интактные, коронаросклероз, стеноз, тромбоз не выявлены. Кровоток TIMI 3.
 - ОАК: лейкоцитоз до $13,55 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 27 мм/ч
 - ОАМ без патологии
 - Тропонин I на уровне 75 нг/мл
 - NTproBNP 850 пг/мл
 - Креатинин 94 мкмоль/л; СКФ = 82,8 мл/мин/1,73 м² по СКД-EPI
 - Глюкоза 8,3 ммоль/л

- Липидограмма без изменений
- Обзорная рентгенография органов грудной клетки – без патологии
- ТТ ЭхоКГ: глобальная сократительная функция сердца удовлетворительная ФВ 67% по Симпсону. Полости сердца не расширены. Со стороны клапанного аппарата сердца изменений нет. Зон гипокинеза не выявлено.

Вопросы:

1. Перечислите основные синдромы у пациента
2. Сделайте заключение по ЭКГ
3. Проведите интерпретацию результатов КАГ
4. О каком заболевании можно подумать по имеющимся данным?
5. Составьте план дальнейшего обследования пациента с показаниями
6. Сформулируйте Ваш диагноз.
7. Тактика ведения и лечения пациента.
8. Выпишите рецептуру на медикаментозное лечение.
9. Оцените лекарственную терапию, назначенную участковым врачом.

**ФГАОУ ВО «СВФУ им. М.К. Аммосова»
Медицинский институт
Кафедра «Госпитальная терапия, профессиональные болезни и клиническая
фармакология»**

**Х Олимпиада по терапии
Третий раунд «Клинические задачи»
Клиническая задача №3**

Пациент, 52 года, поступил в стационар с жалобами на острые интенсивные боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, многократную рвоту “кофейной гущей”, выраженную слабость, головокружение и общую слабость.

Анамнез: болезнь началась 8 месяцев назад с эпизодических болей в эпигастральной области через 1,5–2 часа после еды, сопровождающихся изжогой и тошнотой. В последние 2 месяца состояние ухудшилось: боли стали постоянными, появилась потеря веса (9 кг), анемия. Накануне госпитализации возникли резкая боль в животе, тошнота, рвота содержимым тёмного цвета и нарастающая слабость. Курение: 20 сигарет в день с 18 лет. Алкоголь: крепкие напитки 2–3 раза в неделю, 200–300 мл за раз. Беспокоит хроническая боль в поясничной области, прием НПВС (ибупрофен 400 мг 2 раза в день) в течение последних 6 месяцев. Семейный анамнез: отец умер от рака желудка в возрасте 58 лет. У пациента гиподинамия, нерегулярное питание, хронический стресс.

Объективное состояние: Общее состояние тяжелое, пациент заторможен, контакт ограничен. Кожа бледная, влажная, акроцианоз. Положение вынужденное, на правом боку с подтянутыми ногами. Пульс — 120 ударов/мин, артериальное давление — 85/55 мм рт. ст. Живот напряжен, резко болезненный в эпигастральной области иррадирует в левое подреберье. Перистальтика ослаблена. Перкуссия: исчезновение печёночной тупости (свободный газ в брюшной полости).

Данные обследования:

- Общий анализ крови: Гемоглобин — 72 г/л, гематокрит — 21%, лейкоциты — $15,2 \times 10^9$ /л, СОЭ — 42 мм/ч.
- Биохимический анализ крови: Альбумин — 27 г/л, мочевины — 12,4 ммоль/л, креатинин — 145 мкмоль/л, АЛТ — 50 Ед/л, АСТ — 54 Ед/л, амилаза — 142 Ед/л.
- Коагулограмма: МНО — 1,5, АЧТВ — 45 секунд, уровень фибриногена — 3,2 г/л.
- Гастроскопия: язва диаметром 3 см на задней стенке антрального отдела желудка с признаками продолжающегося кровотечения (Forrest Ib). Биопсия взята из краев язвы, предварительный уреазный тест — положительный.
- КТ брюшной полости: свободный газ в брюшной полости, свободная жидкость в подпечёночном пространстве, локальное утолщение стенки антрального отдела желудка (до 8 мм), лимфаденопатия (лимфоузлы до 12 мм).
- Рентгенография грудной клетки: признаки свободного газа под диафрагмой.

Вопросы:

1. Определите основное заболевание, осложнения и патофизиологические механизмы их развития у данного пациента.
2. Обоснуйте сочетание перфорации, кровотечения и лимфаденопатии. Какую патологию необходимо исключить?
3. Какие исследования следует провести для уточнения диагноза (морфологические, микробиологические, инструментальные)?
4. Обсудите алгоритм ведения пациента в условиях неотложной хирургической ситуации. Какую тактику выбрать: ушивание перфорации, резекцию или гастрэктомию? Обоснуйте.
5. Опишите подходы к онкологическому наблюдению пациента, учитываяотягощенный семейный анамнез.

**ФГАОУ ВО «СВФУ им. М.К. Аммосова»
Медицинский институт
Кафедра «Госпитальная терапия, профессиональные болезни и клиническая
фармакология»**

**X Олимпиада по терапии
Третий раунд «Клинические задачи»
Клиническая задача №4**

Пациент 50 лет, поступил в ревматологическое отделение с жалобами на болезненность в правом ГСС, в левом ПС, в мелких суставах кистей и стоп.

Анамнез заболевания. Суставной синдром с 2010 года. В дебюте выраженные боли в коленных суставах с быстрым припуханием (ВАШ до 7 б) и спонтанным регрессом. В 2017 году впервые выявлен бляшечный псориаз, киста левой почки размерами до 2.5 см. В 2017-2019 гг эпизоды внезапных резких болей в 2-3 суставах (с припухлостью и гиперемией), которые нарастали в течение нескольких часов. Болевой синдром достигал своего пика в первые 12 ч артрита (ВАШ до 8-9 б). Суставной синдром регрессировал в течен 7-10 дней на фоне НПВП терапии. Через год заметил подкожные узелки в области МФС 3 п левой кисти. Между эпизодами суставных болей были «светлые промежутки», когда клинические признаки артрита отсутствовали и больного ничего не беспокоило.

Пациент был госпитализирован впервые в ревматологическое отделение в 2023 г с затяжной клиникой тяжелого артрита (практически все суставы были припухшими, гиперемированными, болезненными).

Объективный статус. Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, положение активное. Нормального питания. Кожные покровы чистые, обычной окраски, дежурная бляшка в разгибательной области левого ЛС. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание свободное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. АД 150/100 мм рт. ст. ЧСС 74 в мин. Температура 36,5С Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Перистальтика кишечника выслушивается. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления св норме.

Локальный статус. Тест сжатия кистей (+), стоп (++) , сила сжатия сохранена. Умеренная болезненность, незначительная припухлость МФС 3 п левой кисти. ЛЗС-б/о, пальпация б/б, ограничение движений в левом ЛЗС. ЛС- сгибательная контрактура обоих ЛС. Правый ГСС – деформация, болезненность, над суставом кожа гиперемирована. Подкожный узелок в обл 3 ПМФС левой кисти, в обл 1 ПФС правой стопы. Ревматологические пробы аксиального скелета в пределах нормы.

Данные исследований лабораторной диагностики.

- **Общий анализ мочи** - Реакция мочи или рН: 6.0; Эпителиальные клетки-плоский: ур1-2-3 в п/зр; Плотность (удельный вес): 1.010; Эритроциты неизмененные, обнаружение в осадке мочи методом световой микроскопии: ед в п/зр; Цилиндры восковидные: - п/3; Цвет: с/ж ; Лейкоциты количество в моче методом ручного подсчёта: 0-1-2 в п/зр; Прозрачность мочи: прозр ;
- **Общий анализ крови +Лейкоформула+СОЭ** - Среднее содержание гемоглобина: 30,2 пг; Средний объем эритроцитов (MCV) методом автоматизированного подсчёта: 91,8 фл; Нейтрофилы сегментоядерные, относительное количество в крови методом ручного подсчёта: 50 %; Исследование скорости оседания эритроцитов: 30 мм/ч; Гематокрит: 39,6 %; Эритроциты: 4,31 10¹²/л; Моноциты, относительное количество в крови методом ручного подсчёта: 6 %; Эозинофилы, относительное количество в крови методом ручного подсчёта: 2 %; Плазматические клетки: - %; Нейтрофилы палочкоядерные, относительное количество в крови методом ручного подсчёта: 2 %; Тромбоциты (PLT) Исследование уровня тромбоцитов в крови

методом автоматизированного подсчета: 457×10^9 /л; Лейкоциты (WBC) автоматический подсчет: $8,6 \times 10^9$ /л; Лимфоциты, относительное количество в крови методом ручного подсчета: 40 %; Гемоглобин: 130 г/л;

- **Биохимические исследования крови** - Билирубин прямой-сыворотка: 1,8 мкмоль/л; Алат (37°): 13 кЕд/л; Асат (37°): 25 кЕд/л; Мочевина: 7,6 ммоль/л; Ревматоидный фактор: 0 МЕ/мл; Гамма-глутамил-трансфераза (ГГТ)-сыворотка: 44 кЕд/л; Билирубин общий-сыворотка: 11,6 мкмоль/л; Альфа-амилаза (37°)-сыворотка: 101 кЕд/л; Креатинин: 167 мкмоль/л; Холестерин-сыворотка: 3,7 ммоль/л; Триглицериды-сыворотка: 1,0 ммоль/л; Альбумин-сыворотка: 46 г/л; Белок общий-сыворотка: 83 г/л; Мочевая кислота-сыворотка: 580 мкмоль/л; Железо-сыворотка: 16,2 мкмоль/л; Тропонин Т сердечный, массовая концентрация в сыворотке или плазме крови: 0,00 нг/мл; Калий-сыворотка: 3,7 ммоль/л; С-реактивный белок: 14,2 мг/л; Лактатдегидрогеназа изофермент 1 (ЛДГ-1): 0,00 кЕд/л; Глюкоза-сыворотка: 5,4 ммоль/л; ЛПВП-сыворотка: 1,0 ммоль/л; ЛПНП-сыворотка: 2,2 ммоль/л;
- **Суточный анализ мочи на белок.** Белок общий, массовая скорость выведения с суточной мочой: 0.269 кол 1250.0 ув 1.010 ;
- **АЦЦП –**
- **HLA B27 +**
- **ANA +**
- **АНФ –**

Данные исследований лучевой диагностики.

- **Цифровая рентгенограмма передних отделов стоп в прямой проекции.** Костная структура прозрачны, пресуставная порозность костной ткани видимых костей с множественными полиморфными кистозными просветлениями. Подвывих небольшой в 1 ПФС обеих стоп. Уплотнение, деформация костей в 1 ПФС обеих стоп, больше слева, 2,3 ПФС слева, плюснепредплюсневых, межпредплюсневых суставов с обеих сторон, суставные поверхности неровные с множественными краевыми эрозиями, замыкательные пластины с умеренным субхондральным склерозом, уплотнены в 1 ПФС слева. Рентген суставные щели в 1 ПФС обеих стоп, больше слева, 2,3 ПФС слева, плюснепредплюсневых, межпредплюсневых суставов с обеих сторон выражено сужены, выражено в плюсне-предплюсневых суставах 4,5 пальцев с обеих сторон с перетяжками ладьевидно-кубовидном суставе с обеих сторон. Окружающие мягкие ткани без особенностей. - Заключение: Рентген-признаки артрита обеих стоп 4ст, выражено слева.
- **Цифровая рентгенограмма обеих кистей в прямой проекции.** Костная структура прозрачна, пресуставная порозность видимых костей с единичными кистозными просветлениями в пястных костях обеих кистей, костей запястья и дистального конца костей предплечья с обеих сторон. Соотношение костей в суставах не нарушено. Уплотнение, деформация костей пястно-, меж-, лучезапястных суставов слева, контуры видимых костей четкие, суставные поверхности неровные. Замыкательные пластины видимых суставов с умеренным субхондральным склерозом. Краевые эрозии в пястно-, меж-, лучезапястных суставов, головки 1 пястной кости, слева; 2,4 ПФС, в проксимальной части 3 пястной кости справа. Рентген-суставные щели выражено сужены в пястно-, меж-, лучезапястных суставов слева. В мягких тканях без особенностей Заключение: Рентген-признаки артрита обеих кистей, ЛЗС с обеих сторон справа 2ст слева 3ст.
- **Цифровая рентгенография таза.** Суставные поверхности КПС с обеих сторон суставных щелей неровные верхнем сегменте справа, в средне-нижнем слева, замыкательные пластины с незначительным субхондральным склерозом, неравномерно уплотнены, рентген суставные щели равномерной ширины на всем

протяжении. Рентген-суставная щель лонного сочленения равномерная, не сужена, суставная поверхность ровная. Мягкие ткани без особенностей. Заключение: Рентген-признаки сакроилеита с обеих сторон 1ст по Келлгрену.

Вопросы

1. Предположите основной диагноз.
2. На какие дополнительные исследования можно направить пациента?
3. Лечение основного заболевания.

ФГАОУ ВО «СВФУ им. М.К. Аммосова»
Медицинский институт
Кафедра «Госпитальная терапия, профессиональные болезни и клиническая фармакология»

X Олимпиада по терапии
Третий раунд «Клинические задачи»
Клиническая задача №5

Пациентка Н., 71 год, поступила с жалобами на водянистый светло-коричневый стул до 10 раз в сутки, преимущественно в ночные часы, схваткообразные боли в животе, вздутие живота, изжогу, отрыжку воздухом, одышку при умеренной физической нагрузке.

Анамнез. Из анамнеза известно, что с 1987 года покальвания и онемения кончиков пальцев, с 1995 года уплотнение кожи пальцев рук, изжога, с 2001 года приступообразные боли в животе, кашицеобразный стул до 6 раз в сутки. В 2005 году – перелом ThXII и LI позвонков.

Объективный осмотр. Кожные покровы бледные, сухие, с очагами белесоватого цвета и множественные телеангиоэктазиями. Диффузная алопеция. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД = 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС = 72 уд/мин. АД = 110/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, болезненный в эпигастриальной области. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон.

Результаты исследований:

- **Эхокардиография.** Аорта уплотнена, кальцинирована, не расширена. Гипотрофия миокарда ЛЖ. Признаки легочной гипертензии 1-й степени (СДЛА = 37-39 мм рт. ст.). Систолическая функция ЛЖ не снижена.
- **УЗИ органов брюшной полости.** Признаки хронического панкреатита и атеросклеротического стеноза чревного ствола до 60%.
- **ЭГДС.** Признаки хронического гастрита, недостаточности кардии. Взята биопсия с нисходящего отдела 12-перстной кишки.
- **Данные морфологического исследования слизистой оболочки 12-перстной кишки.** Признаки хронического гастродуоденита с воспалением минимальной степени активности. При окраске по Ван-Гизон ярко-красного окрашивания материала не наблюдалось.
- **Рентгенография тонкой кишки.** В горизонтальном положении происходит заброс контраста из желудка в пищевод. Нижний контур желудка расположен над входом в малый таз, по большой кривизне отдален и смещен вправо пневматизированной толстой кишкой. Признаки гастроптоза 3-й степени, энтероптоза, единичные дивертикулы тощей кишки (около 1 см).
- **Колоноскопия.** Эндоскоп проведен в купол слепой кишки. Дивертикулез сигмовидной кишки.
- **Данные морфологического исследования слизистой оболочки толстой оболочки по ступенчатой биопсии.** Фрагменты слизистой толстой кишки с неравномерно выраженной простой гиперплазией, отеком собственной пластинки слизистой, хроническим воспалением низкой степени активности, с наличием лимфоидных агрегатов и фолликулов. Толщина эозинофильных масс с лентовидным отложением под поверхностным эпителием <10 мкм, при окрашивании по ВГ имеет малиновый цвет.

Вопросы

1. Перечислите основные синдромы у пациентки.
2. Укажите, какое заболевание стало причиной гастроэнтерологических симптомов?
3. О каком заболевании кишечника можно подумать? С какими заболеваниями дифференцируют?
4. Сформулируйте заключительный диагноз.
5. Тактика лечения пациентки.

ФГАОУ ВО «СВФУ им. М.К. Аммосова»
Медицинский институт
Кафедра «Госпитальная терапия, профессиональные болезни и клиническая фармакология»

X Олимпиада по терапии
Третий раунд «Клинические задачи»
Клиническая задача №6

Пациент С., 69 лет, планово поступил в отделение патологии поджелудочной железы и желчевыводящих путей.

Жалоб при поступлении не предъявляет.

Анамнез. В июле впервые при обследовании по поводу нарушения ритма сердца по данным УЗИ выявлена аневризма брюшного отдела аорты, в августе при МКСТ брюшной полости с внутривенным контрастированием кроме аневризмы инфраренального отдела аорты было выявлено объемное образование поджелудочной железы (70x49x58 мм), остеолитические очаги в области костей таза грудных и поясничных позвонков. Больной консультирован хирургом и с подозрением на новообразование поджелудочной железы с отдаленными метастазами планово госпитализирован для верификации диагноза.

Объективный осмотр. Общее состояние удовлетворительное. Кожный покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Удовлетворительного питания. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. ЧСС 68 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул однократный, оформленный. Дизурических явлений нет.

Проведенные исследования.

- **УЗИ ОБП.** В проекции головки поджелудочной железы лоцировано гипоэхогенное образование размерами 70x32x51 мм с неровным, нечетким контуром, без кровотока при ЦДК, с распространением инфильтративных изменений на парапанкреатическую клетчатку. Главный панкреатический проток (ГПП) расширен до 13 мм.
- **КТ органов брюшной полости.** КТ-картина многокамерного кистозного образования головки поджелудочной железы с четкими и ровными контурами, размерами 60x35x44 мм. КТ-признаки вторичного поражения тел позвонков и костей таза (в теле Th9 и L1 позвонка с деструкцией и мягкотканым компонентом). Киста левой почки. Кисты печени. Кистозные образования селезенки (по КТ-характеристикам соответствуют кистам). Аневризма инфраренального отдела аорты. Двойное кровоснабжение правой почки. Стеноз 50% в устье левой почечной артерии.
- **Остеосцинтиграфия.** Сцинтиграфические признаки вторичного поражения костей скелета бластического и литического характера.
- **Рентгенография грудной клетки.** Диффузный пневмосклероз.
- **УЗИ малого таза.** Картина доброкачественной узловой гиперплазии предстательной железы, небольшие застойные явления в семенных пузырьках.
- **ЭГДС.** Эрозивный гастрит.
- **Колоноскопия.** Эпителиальное образование поперечно-ободочной кишки.
- **УЗИ щитовидной железы.** Патологии не выявлено.
- **УЗИ молочных желез.** Патологии не выявлено.

Были проведены трепанобиопсия кости таза и стерильная пункция – данные неинформативны.

- **Общий анализ крови:** гемоглобин 11,6 г/л, СОЭ 38 мм/ч.

- Биохимический анализ крови: общий белок 79,1 г/л, альбумин 38,8 г/л, АЛТ 5,7 Ед/л, АСТ 21 Ед/л, билирубин прямой 4,4 мкмоль/л, билирубин непрямой 14,9 мкмоль/л, глюкоза 5,5 ммоль/л, креатинин 140 мкмоль/л, мочевины 6,7 ммоль/л, калий 4,1 ммоль/л, натрий 140 ммоль/л, кальций общий 2,8 ммоль/л, ЛДГ 166 Ед/л, щелочная фосфатаза 126 Ед/л.
- Анализ крови на белковые фракции: общий белок 87,3 г/л, альбумин 55,5%, альфа1-глобулины 2,2%, альфа2-глобулины 9,5%, бета1-глобулины 5,9%, бета2-глобулины 8,02%, гамма-глобулины 18,9%.
- Онкомаркеры: РЭА 1,8 нг/мл, СА-19-9 6,6 Ед/мл.
- Суточный анализ мочи: диурез 2200 мл, белок (сут.) 0,44 г/сут.

Вопросы

1. Какой заключительный клинический диагноз?
2. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальную диагностику?
3. Назначьте лечение.

**ФГАОУ ВО «СВФУ им. М.К. Аммосова»
Медицинский институт
Кафедра «Госпитальная терапия, профессиональные болезни и клиническая
фармакология»**

**X Олимпиада по терапии
Третий раунд «Клинические задачи»
Клиническая задача №7**

Пациентка В., 25 лет, перенесенной пневмонии у больной сохранялись жалобы на одышку при умеренной физической нагрузке, кашель с мокротой светло-желтого цвета, водянистый стул до 3 раз в сутки, вздутие живота, тошноту после приема пищи, отсутствие аппетита, слабость, снижение веса на 16 кг за 5 лет.

Анамнез. Неоднократно лечилась антибиотиками по поводу обострений хронического бронхита с незначительным положительным эффектом. Вскоре слабость и кашель усилились. По данным КТ грудной клетки выявлены бронхоэктазы легких, средостенная лимфаденопатия. При бронхоскопии бронхит с гнойным секретом в просвете бронхов. После лечения азитромицином в течение 2 недель кашель уменьшился.

Временное улучшение сменилось вскоре ухудшением: нарастала слабость, пропал аппетит, похудела на 7 кг.

Находилась на стационарном лечении. Отмечено снижение гемоглобина до 52 г/л. На фоне проводимой терапии слабость и кашель уменьшились, но вскоре после выписки из стационара появился водянистый стул до 3 раз в день, головокружение, одышка при умеренной физической нагрузке и пациентка госпитализирована.

Объективный осмотр. При поступлении состояние средней степени тяжести. Вес 38 кг, Рост 169 см, бледность кожи и слизистых оболочек, влажные «свистящие» хрипы в легких, болезненная ободочная кишка при ее пальпации.

Проведенные исследования:

- Общий анализ крови: гемоглобин 7,3 г/дл, эритроциты $2,38 \times 10^9$ /мм, общий белок 49 г/л, железо 4,4 мкмоль/л, СРБ 25,5 мг/л.
- Серологические тесты: антитела к глиадину и тканевой трансглутаминазе отрицательные.
- Генетический анализ крови показал отсутствие мутаций.
- Бактериологический посев мокроты: выделены *Pseudomonas aeruginosa* - 1×10^6 КОЕ/мл.
- Диаскинтест - отрицательный.
- МСКТ с контрастированием: выявлены признаки хронического бронхита, синдрома экспираторной обструкции; воспалительных изменений тонкой кишки, внутригрудная и внутрибрюшная лимфаденопатия.
- Колоноскопия с илеоскопией слизистая оболочка терминального отдела подвздошной кишки с множественными афтами до 0,2-0,3 см, покрытыми фибрином, множественные лимфоидные фолликулы.
- Иммунологический анализ крови: Ig G - 95,8 мг/дл, Ig A - 6,67 мг/дл, Ig M - 6,04 мг/дл.
- В биоптатах высота кишечных ворсин снижена, многие из них деформированы, выстланы высоким цилиндрическим эпителием с большим количеством бокаловидных клеток, число МЭЛ увеличено, между клетками эпителия ворсин и крипт встречаются нейтрофилы и эозинофилы, крипты неглубокие, участки деструкции крипт с формированием вокруг них клеточных инфильтратов с большим

количеством нейтрофилов и эозинофилов, собственная пластинка инфильтрирована лимфоцитами и эозинофилами, число плазматических клеток в инфильтрате снижено, лимфатические фолликулы со светлыми центрами размножения.

- По данным рентгенологического исследования тонкой кишки выявлены утолщенные складки СОТК, в просвете ТК жидкость, рельеф СОТК представлен множеством округлых дефектов наполнения, размером до 2 мм в диаметре – ДУЛГ.

Вопросы

1. Укажите основные синдромы
2. Объясните природу возникновения и рецидивов бактериальной инфекции
3. Почему наблюдается потеря веса?
4. Какой заключительный диагноз?
5. Назначьте лечение.