Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

1

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

**для первичной аккредитации выпускников, завершающих в 2018 году подготовку по образовательной программе высшего медицинского образования в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом по специальности «Лечебное дело»**

**Ситуационная задача 1 [K000058]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная 39 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли в горле при глотании, першение, повышение температуры тела до 37,5 ºС. Больна в течение 3 дней. Объективно: слизистая оболочка нѐбных миндалин и передних нѐбных дужек гиперемирована. Нѐбные миндалины I степени гипертрофии, покрыты налѐтом беловатого цвета, легко снимающимся, налѐт растирается между шпателями. Задняя стенка глотки умеренно гиперемирована.

В анализе крови: лейкоциты - 13,5×109/л, эритроциты - 3,9×1012/л, гемоглобин - 121 г/л, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 62%, лимфоциты - 26%, моноциты - 2%, эозинофилы - 2%, СОЭ - 25 мм/час.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Через 2 дня у данной больной усилились жалобы на боль в горле, больше при глотании, больше справа, появилась боль в правом ухе, затруднение при глотании и при открывании рта, общее недомогание. Объективно: температура 38,5 ºС. Голос имеет гнусавый оттенок, открывание рта затруднено. В глотке определяется гиперемия слизистой оболочки, инфильтрация паратонзиллярной области справа, асимметрия зева за счѐт смещения правой миндалин медиально. Язычок резко отѐчен и смещѐн несколько влево. Подчелюстные лимфоузлы справа уплотнены, увеличены и болезненны. Как вы можете оценить подобную ситуацию? Поставьте диагноз и обоснуйте.

4. Какие методы диагностики необходимо провести?

5. Поставьте диагноз в соответствии с МКБ-10. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

2

**Ситуационная задача 2 [K000113]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 24 лет предъявляет жалобы на повышение температуры до 40 °С, сопровождавшееся ознобом; инспираторную одышку при небольшой физической нагрузке; боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, умеренной интенсивности, длительные.

Из анамнеза известно, что употребляет героин в течение 4 лет (инъекции в локтевые вены, область паха). За 2 недели до госпитализации отметил повышение температуры до 40 °С. В качестве жаропонижающих больной принимал нестероидные противовоспалительные препараты. Через 3 суток температура снизилась до 37,2-37,4 °С, самочувствие несколько улучшилось. Однако через 10 дней лихорадка возобновилась, в связи с чем пациент был госпитализирован.

При осмотре: кожа бледная, чистая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ИМТ - 18 кг/м2. Температура тела - 38,9 °С. В лѐгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, на основании мечевидного отростка – систолический шум, усиливающийся на высоте вдоха с задержкой дыхания. Акцент 2 тона на a. pulmonalis. АД - 110/60 мм рт. ст., ЧСС - 100 ударов в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рѐберной дуги, край печени гладкий. Отѐки стоп и голеней. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено.

В анализах: эритроциты - 3,3×1012/л, гемоглобин - 126 г/л, лейкоциты - 15,8×109/л, палочкоядерные нейтрофилы - 15%, СОЭ - 42 мм/ч, альбумина сыворотки крови - 29 г/л, креатинин - 66 мкмоль/л, СКФ - 92 мл/мин/1,73м2, СРБ - 120 мг/л (в норме - до 5 мг/л). В общем анализе мочи: удельный вес - 1016, эритроциты - 0-1 в поле зрения.

При посеве крови на стерильность дважды выделен S. аureus, чувствительный к Оксациллину, Цефтриаксону.

Данные ЭхоКГ: размеры камер сердца не увеличены. Митральный клапан: створки уплотнены, характер движения створок разнонаправленный. Трикуспидальный клапан: створки уплотнены, утолщены, визуализируются средней эхоплотности структуры на средней и передней створках размерами 1,86 и 1,11×0,89 см; характер движения створок разнонаправленный, трикуспидальная регургитация III–IV степени.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Выберите тактику ведения больного, немедикаментозную и медикаментозную терапии. Обоснуйте свой выбор.

5. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

3

**Ситуационная задача 3 [K000114]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной Р. 59 лет, водитель такси, в понедельник вечером шѐл с автостоянки домой, когда отметил появление выраженных болей за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть и левую верхнюю конечность. Дома по совету жены пытался купировать болевой синдром Нитроглицерином без значимого эффекта. Суммарная продолжительность болевого синдрома более 20 минут, пациент вызвал скорую медицинскую помощь.

Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет у пациента повышается артериальное давление, максимально до 170 и 90 мм рт. ст. Курит 20 сигарет в сутки в течение последних 20 лет. В течение месяца впервые отметил появление загрудинных болей после интенсивной физической нагрузки и проходящих в покое. Не обследовался, лечение не получал. Наследственность: мать – 76 лет, страдает артериальной гипертензией, перенесла инфаркт миокарда, отец – умер в 55 лет от инфаркта миокарда.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Рост – 168 см, вес – 90 кг, ИМТ – 32 кг/м2. Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент второго тона на аорте, ритм правильный. АД – 160 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 92 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 22 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печеночной тупости по Курлову - 11×9×8 см. Периферических отѐков нет.

В анализах: общий холестерин – 6,7 ммоль/л, ТГ – 2,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,62 ммоль/л; глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л; креатинин – 124 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 54,5 мл/мин/1,73 м2 (по амбулаторной карте снижение СКФ до 55 мл/мин/1,73 м2 также регистрировалась 4 месяца назад), альбуминурия – 40 мг/сутки.

На ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС – 92 в минуту, элевация сегмента ST до 4 мм I, AVL, V1-5, депрессия сегмента ST до 2 мм II, III, AVF.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Каков выбор стратегии реперфузии миокарда в данном случае?

4. Какие препараты Вы рекомендуете пациенту в качестве пероральной антитромбоцитарной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Пациент доставлен в регионарный сосудистый центр, проведено экстренное ЧКВ, выявлена окклюзия передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) левой коронарной артерии, без восстановления дистального русла. Выполнено стентирование ПМЖВ - 1 стент с лекарственным покрытием. На 3 день от момента первичного ЧКВ у пациента развился приступ болей за грудиной, с иррадиацией в левую верхнюю конечность, приступ купирован одной дозой Нитроглицерина. Как Вы расцените данный эпизод, какова дальнейшая тактика ведения пациента? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

4

**Ситуационная задача 4 [K000115]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Пациент А. 45 лет, инженер, предъявляет жалобы на озноб, повышение температуры тела до 39 °С, одышку инспираторного характера при обычной физической нагрузке, сухой кашель, боль при глубоком дыхании и кашле справа в подлопаточной области, общую слабость, утомляемость, потливость в ночное время.

Заболел остро три дня назад после переохлаждения, когда появились вышеуказанные жалобы. Принимал жаропонижающие препараты с незначительным эффектом. Обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику. В связи с тяжестью состояния и подозрением на пневмонию направлен в приѐмный покой стационара по месту жительства. В анамнезе: работает 15 лет инженером на машиностроительном заводе. Не курит. Ранее у врача не наблюдался.

Объективно: общее состояние тяжѐлое. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост - 175 см, вес - 72 кг. Окружность талии - 100. Периферических отѐков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура 39 °С. Грудная клетка нормостеническая. При глубоком дыхании некоторое отставание в дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД - 24 в минуту. Справа по лопаточной линии отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации справа ниже угла лопатки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 110 ударов в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову - 9×8×7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный, без примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: эритроциты - 4,08×1012/л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - 13,2×109/л, юные - 2%, палочки - 12%, сегменты - 56%, лимфоциты - 27%, моноциты - 3%, СОЭ - 38 мм/ч.

На обзорной рентгенографии грудной клетки в прямой и боковой проекциях: справа в нижней и средней доле затемнение в виде инфильтрата.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор. Назовите критерии адекватности терапии.

5. Через 72 часа на фоне лечения сохраняются признаки интоксикации, лихорадка (температура 37,9 °С), ЧДД - 22 в минуту, имеется гнойная мокрота. В общем анализе крови: лейкоциты - 11×109/л, нейтрофилы - 82%, юных форм - 7%. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

5

**Ситуационная задача 5 [K000116]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Пациент К. 58 лет предъявляет жалобы на усиление одышки экспираторного характера при незначительной физической нагрузке (умывании, одевании), сопровождающуюся свистом в грудной клетке; на приступообразный кашель с увеличением мокроты до 20 мл в сутки в утренние часы, повышение температуры до 37,8 °С.

Анамнез заболевания: сухой кашель в течение последних 20 лет. Последние 10 лет стал отмечать экспираторную одышку при ускоренной ходьбе, подъѐме на 2 этаж. В течение последнего года одышка резко усилилась и стала беспокоить при обычной нагрузке, разговоре, появилась густая, скудная мокрота жѐлто-зелѐного цвета. Обострения 2 раза за прошедший год. Ухудшение в течение 2 недель: поднялась температура до 37,8 °С, усилился кашель, появилась гнойная мокрота, увеличился ее объѐм, усилилась экспираторная одышка. Принимал дома Ампициллин по 250 мг 3 раза в день, Беродуал по 2 вдоха 4 раза в день без улучшения. Обратился в приѐмный покой городской больницы.

Анамнез жизни: курит 30 лет по 1,5 пачки в сутки, употребляет 1 раз в месяц 200 мл водки. Работает прорабом на стройке. У родственников заболеваний органов дыхания нет. Аллергоанамнез не отягощен.

Объективно: кожные покровы влажные, диффузный цианоз. Температура 37,5°С. Рост – 172 см, вес – 60 кг. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере, сглаженность над- и подключичных ямок, эпигастральный угол тупой. Перкуторный звук – коробочный. Подвижность нижнего лѐгочного края по средней подмышечной линии - 2,5 см. При аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 100 ударов в минуту. АД – 120/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Отѐков нет.

По модифицированному опроснику британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести состояния мMRSquestoinnaire - 4 балла.

Общий анализ крови: эритроциты - 4,42×1012/л, Нв -165 г/л, Нt - 50%, лейкоциты - 8,4×109/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты - 25%, моноциты – 4%, СОЭ - 28 мм/час.

Общий анализ мокроты – вязкая, зелѐного цвета. Лейкоциты – 100 в поле зрения, эритроцитов – нет.

По пульсоксиметрии сатурация кислорода - 88%.

ФВД-ОФВ1 – 29%, ЖЕЛ – 52%, индекс ОФВ1/ФЖЕЛ – 57%. При пробе с Сальбутамолом 4 дозы Δ ОФВ1 – 2,12%.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор.

5. Состояние пациента через 20 дней улучшилось: уменьшилась одышка. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

6

**Ситуационная задача 6 [K000117]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной Т. 42 лет госпитализирован в стационар по направлению врача-терапевта участкового с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в объѐме, отѐки на нижних конечностях в области стоп и голеней.

В анамнезе: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних 3 месяцев. За последний месяц отметил нарастание общей слабости, увеличение живота и желтуху. Употребляет водку по 200 г ежедневно в течение последнего года, наблюдается у нарколога. Употребление наркотиков отрицает. Гемотрансфузий, оперативных вмешательств не было.

Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Тест связывания чисел – 40 сек. Рост – 178 см, вес – 62 кг. Кожа обычной влажности, желтушная. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры глаз иктеричны. Отѐки стоп и нижней трети голеней. В лѐгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объѐме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. В положении лѐжа живот распластан. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову - 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневый, без патологических примесей. Размеры селезѐнки - 15×12. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча тѐмно-жѐлтая.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,1×1012/л; Нb - 122 г/л; цветовой показатель – 0,9%; тромбоциты – 98×109/л, лейкоциты – 3,2×109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 22 мм/ч.

Биохимические анализы: общий билирубин – 130 мкмоль/л, прямой билирубин – 100 мкмоль/л, АЛТ – 120 Ед/л, АСТ – 164 Ед/л. МНО – 2, альбумин – 28 г/л.

Фиброгастродуоденоскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст.

Ультразвуковое исследование брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры чѐткие и неровные. Паренхима неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 16 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Гепатикохоледох не расширен. Селезѐнка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезѐнки – 36,1 см2. Свободная жидкость в брюшной полости.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор.

5. Какие возможны осложнения данного заболевания? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

7

**Ситуационная задача 7 [K000118]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная У. 24 лет, фельдшер, была направлена в стационар с жалобами на боли воспалительного ритма в суставах кистей, голеностопных суставах, наличие утренней скованности в суставах до 1 часа. Также отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр по вечерам, появление сыпи на лице в области скул, общую слабость, выпадение волос.

Из анамнеза: считает себя больной в течение 2 лет, когда начала отмечать появление гиперемии кожи лица и шеи в ответ на инсоляцию. С лета настоящего года после гиперинсоляции (отдыхала на юге) и перегревания появились эритематозные высыпания на шее, руках. Через две недели после возвращения домой отметила повышение температуры тела до фебрильных цифр. По месту жительства выставлен диагноз ОРЗ, проводилась терапия антибактериальными препаратами без эффекта. При дополнительном обследовании выявлен белок в моче. Направлена в стационар.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы: эритематозная сыпь в виде «бабочки» на коже лица, области декольте. Симметричные отѐки до нижней трети голеней. Слизистые чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 92 ударов в 1 минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под края рѐберной дуги по срединно-ключичной линии. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный.

Припухлость в области II, III пястнофаланговых и II проксимальных межфаланговых суставов, в области голеностопных суставов; ограничение движений за счет болей, хват кистей - 80%; деформаций нет.

Обследование.

Общий анализ крови: эритроциты – 3,6×1012/л, гемоглобин – 86 г/л, тромбоциты – 100×109/л, лейкоциты - 1,6×109/л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 59%, лимфоциты – 25%, моноциты - 4%, СОЭ – 22 мм/ч.

Общий анализ мочи – мутная, цвет - желтый, плотность – 1,022, реакция - кислая, белок – 0,560 г/л, глюкоза – отрицательная, лейкоциты - 20-25 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: креатинин – 118 мкмоль/л, мочевина - 8,8 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, альбумины - 45%, α1 – 4%, α2 – 15%, β – 9%, γ - 27%, фибриноген – 6,3 г/л. Антитела к ДНК и антинуклеарный фактор – более 200 Ед/мл.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препараты каких групп лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Через 6 месяцев регулярной терапии и соблюдения рекомендаций: эритроциты - 4,4×1012/л, гемоглобин – 119 г/л, тромбоциты – 210×109/л, лейкоциты - 5,1×109/л, глюкоза натощак – 4,9 ммоль/л, общий холестерин – 4,9 ммоль/л, креатинин – 108 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 60,3 мл/мин; суточная потеря белка – 0,240 г/сут. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

8

**Ситуационная задача 8 [K000119]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 28 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры тела до 39,2 °С с ознобами, кровоточивость дѐсен, 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 рѐберной дуги, размеры по Курлову – 16×10×9 см. Селезѐнка пальпируется, эластичная, безболезненная, перкуторные размеры 10×8 см.

Общий анализ крови: эритроциты - 2,3×1012/л, Hв - 78 г/л, тромбоциты - 30×109/л, лейкоциты – 28,9×109/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? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

9

**Ситуационная задача 9 [K000120]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

На приѐме 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 лѐгких 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 рѐберной дуги. Селезѐнка выступает на 2 см из-под края рѐберной дуги, край эластичный, безболезненный.

Общий анализ крови: эритроциты – 3,6×1012/л, Нв – 129 г/л, тромбоциты – 200×109/л, лейкоциты – 39×109/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? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

10

**Ситуационная задача 10 [K000121]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная Л. 48 лет работает преподавателем, обратилась в поликлинику с жалобами на боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных, плечевых, голеностопных суставах, в плюснефаланговых суставах стоп; слабость в кистях; утреннюю скованность до обеда; субфебрильную температуру по вечерам, общую слабость.

Из анамнеза. Считает себя больной около 3 месяцев, когда появились боли в суставах. За медицинской помощью не обращалась, лечилась нестероидными противовоспалительными мазями, без улучшения. В течение последнего месяца появились боли и припухание в суставах кистей, стоп, в лучезапястных и голеностопных суставах, утренняя скованность в течение дня, субфебрильная температура тела. Похудела за период болезни на 6 кг.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, цианоза, отѐков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рѐберной дуги.

Локальный статус: кисти правильные. II, III проксимальные межфаланговые суставы и II, III пястно-фаланговые суставы болезненные, припухшие. Болезненность в лучезапястных суставах, плечевых суставах. Хват кистей правой 80%, левой – 70%. Оценка самочувствия по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) – 60 мм.

Обследование.

Общий анализ крови: эритроциты – 3,5×1012/л, гемоглобин – 131 г/л, лейкоциты – 8,6×109/л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 30%, моноциты - 6%, СОЭ – 54 мм/ч.

Биохимические анализы крови: глюкоза – 3,2 ммоль/л, общий билирубин – 15 мкмоль/л, креатинин – 54 мкмоль/л; общий белок – 76 г/л, альбумины - 50%, глобулины: α1 – 6%, α2 – 14%, β – 12%, γ - 17%, СРБ – 17,2 мг, фибриноген – 5,8 г/л, мочевая кислота - 0,24 ммоль/л (норма 0,16-0,4 ммоль/л).

Ревматоидный фактор: ИФА - 62 МЕ/мл (в норме до 15 МЕ/мл). Антитела к ДНК – отрицательные. АЦЦП >200 Ед/мл.

На рентгенографии кистей, стоп: суставные щели умеренно сужены на уровне проксимальных суставов кистей. Определяются единичные эрозии. Костная структура изменена за счѐт эпифизарного остеопороза на уровне пястно-фаланговых суставов, плюснефаланговых суставов, единичных кистовидных просветлений.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

11

4. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Через 6 месяцев регулярной терапии: гемоглобин – 134 г/л, СОЭ – 38 мм/час, СРБ - 10,2 мг/л, РФ – 17,2 МЕ/мл, сывороточное железо – 19 мкмоль/л. Сохраняются боли во II, III пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных суставах, утренняя скованность до 2-3 часов. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

12

**Ситуационная задача 11 [K000122]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной Ю. 54 лет вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Предъявляет жалобы на головную боль, шум в ушах.

Из анамнеза известно, что в течение 10 лет имеется повышенное артериальное давление. В течение полугода нестабильное АД (колебания от 120/80 до 170/110 мм рт. ст.), сопровождающееся головными болями. У отца гипертоническая болезнь с 50 лет. Курит по пачке сигарет в течение 30 лет. Обследовался в стационаре 5 лет назад, выставлен диагноз «гипертоническая болезнь». Лечился нерегулярно, только во время головной боли принимал Каптоприл. Вчера злоупотребил алкоголем, поздно лѐг спать. Сегодня утром отметил головную боль, шум в ушах, мелькание «мушек» перед глазами, головокружение. Кроме того, появилась тошнота, однократно была рвота, которая не принесла облегчения.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ – 32 кг/м2. Окружность талии (ОТ) – 106 см. Лицо гиперемировано. В лѐгких дыхание жѐсткое, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, акцент II тона на аорте. Левая граница сердца – на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. ЧСС – 90 ударов в минуту, АД - 190/120 мм рт. ст. на обеих руках. Живот участвует в дыхании, мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под рѐберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отѐков нет. Физиологические отправления не нарушены. Заключение ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС – 90 ударов в минуту, признаки гипертрофии левого желудочка.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Опишите тактику оказания неотложной помощи при данном состоянии.

4. Составьте и обоснуйте план дальнейшего дополнительного обследования пациента и обоснуйте его.

5. Для последующей терапии вы бы рекомендовали монотерапию или комбинированную терапию? Обоснуйте. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

13

**Ситуационная задача 12 [K000123]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 32 лет при обращении в поликлинику к врачу-терапевту участковому предъявляет жалобы на неоформленный стул с примесью крови до 10 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, похудание на 7 кг за 3 месяца.

Из анамнеза: примеси крови в кале и неоформленный стул беспокоят в течение 3 месяцев. Температура не повышалась. Контакт с инфекционными больными отрицает, за пределы области не выезжал. Курил 1 пачку сигарет в сутки 10 лет, год назад прекратил. Злоупотребление алкоголем, внутривенную наркоманию отрицает. У родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Работает менеджером, профессиональных вредностей нет.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 36,7°С. Кожные покровы бледные, влажные. Рост – 175 см, вес – 58 кг. В лѐгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации – ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 98 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. (D=S). При осмотре живот симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в левой фланговой и левой подвздошной области. Печень по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезѐнки – 6×4 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: эритроциты – 2,7×1012/л, Hb - 108 г/л, цветовой показатель – 0,6, тромбоциты – 270×1012/л, лейкоциты – 7,0×109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 22 мм/ч.

Копрограмма: кал неоформленный, слизь +++, лейкоциты – 10-15 в поле зрения, эритроциты – 5-6 в поле зрения

Фиброколоноскопия: слизистая нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте с колоноскопом, сосудистый рисунок смазан. В ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препараты каких групп показаны для лечения пациента в данной ситуации? Обоснуйте свой выбор.

5. Через 2 недели терапии отмечено уменьшение частоты стула до 2 раз в сутки, нет примесей крови в кале. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

14

**Ситуационная задача 13 [K000124]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Пациент Е. 23 лет, автомеханик, заболел две недели назад после переохлаждения. Врачом-терапевтом участковым по месту жительства диагностирован острый тонзиллит. Была рекомендована терапия Амоксициллином курсом 10 дней, однако через 3 дня в связи со значительным улучшением самочувствия и нормализацией температуры тела лечение пациент прекратил. Через две недели после указанных событий больной отметил появление отѐков на лице, общую слабость и недомогание, снизился аппетит, появилась головная боль, также моча стала тѐмно-красного цвета и уменьшилось еѐ количество. Наряду с вышеперечисленными симптомами пациента беспокоили боли в животе и пояснице. При измерении артериального давления – АД 140/90 мм рт. ст.

При осмотре: кожные покровы бледные. При аускультации лѐгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет, ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 140 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печѐночной тупости по Курлову – 11×9×8 см. Диурез – 700 мл в сутки.

Проведено лабораторное исследование.

Общий анализ крови: гемоглобин – 136 г/л, лейкоциты – 10,8×109/л, СОЭ – 70 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1025, протеинурия – 1,5 г/л, лейкоциты – 14-15 в поле зрения, эритроциты – сплошь покрывают все поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, альбумин – 39 г/л, холестерин – 4,5 ммоль/л, мочевина – 5,6 мкмоль/л, креатинин – 110 мкмоль/л, СКФ – 79,4 мл/мин/1,73 м2 по CKD-EPI, титр АСЛ-О – 1:1000.

УЗИ почек: почки увеличены в размерах, контуры ровные, расположение типичное; дифференцировка слоѐв паренхимы нарушена, эхогенность паренхимы умеренно повышена; чашечно-лоханочная система без деформаций и эктазий.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назовите план обследования пациента.

4. Назначьте необходимую терапию.

5. Укажите, в каких случаях при данном заболевании проводится иммуносупрессивная терапия. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

15

**Ситуационная задача 14 [K000129]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная 50 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на почти постоянные мучительные головные боли, которые не снимаются обычными гипотензивными средствами.

При осмотре: подчѐркнуто крупные ладони и стопы с толстыми пальцами (при дополнительном расспросе указала, что больше не может, как раньше, носить модельную обувь, так как еѐ невозможно подобрать по размеру). Голова крупная с большими оттопыренными ушами и грубыми чертами лица. Явный прогнатизм. Зубы редкие. Язык большой. Кожа с многочисленными папилломами, сальная, с обильной растительностью по мужскому типу. Сердце, по рентгеновским данным, увеличено. АД - 120/80 мм рт. ст. Пульс нормальный. Печень также увеличена, безболезненная.

Биохимический анализ крови: без существенных отклонений от нормы, уровень глюкозы в крови - 6,3 ммоль/л.

**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. Какие осложнения можно ожидать? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

16

**Ситуационная задача 15 [K000131]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной 48 лет проснулся ночью от болей в эпигастральной области, сопровождающихся слабостью, потливостью, тошнотой. Ранее боли не беспокоили, считал себя здоровым. Попытка купировать боли раствором соды облегчения не принесла. После приѐма Нитроглицерина под язык боли уменьшились, но полностью не прошли. Сохранялись тошнота, слабость, потливость. Под утро была вызвана бригада скорой помощи. На снятой ЭКГ выявлен глубокий зубец Q в III и aVF отведениях; сегмент ST в этих же отведениях приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец Т; сегмент ST в отведениях I, a VL и с V1 по V4 ниже изолинии.

**Вопросы:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

5. Укажите противопоказания к проведению тромболизиса. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

17

**Ситуационная задача 16 [K000153]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

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), отѐки 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 тяжѐлое, значительная бледность и умеренная иктеричность кожи и слизистых оболочек, выражены одутловатость лица, отѐки голеней. Сознание ясное, речь замедлена. Лимфоузлы не увеличены. В нижних отделах лѐгких 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 ярко-красный, гладкий, с трещинами. Печень выступает на 3-4 см из-под края рѐберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется край селезѐнки.

Неврологический статус: дистальные гиперстезии, 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 - 1,0×1012/л, гемоглобин - 40 г/л, МСМ - 110 fL, лейкоциты - 3,6×109/л, тромбоциты - 150×109/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. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

18

**Ситуационная задача 17 [K000154]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная 69 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на пульсирующие постоянные головные боли в височных областях, снижение зрения, ноющие боли в мышцах плеч, коленных, плечевых, локтевых суставах, скованность до 12 часов дня, похудание на 5 кг за последний год.

Анамнез заболевания: болеет в течение 2 лет, началось с болей в суставах, мышцах, затем присоединились головные боли, снижение зрения. В связи с усилением симптомов обратилась к врачу.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Обнаружены плотные и извитые височные артерии, болезненные при пальпации. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отѐков и синовитов нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: гемоглобин – 110 г/л, эритроциты - 3,3×1012/л, лейкоциты - 5×109/л, СОЭ – 36 мм/ч, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 34%, моноциты – 4%, эозинофилы – 2%, базофилы – 0%. СРБ – 15 мг/дл.

**Вопросы:**

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Составьте план лечения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

19

**Ситуационная задача 18 [K000156]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Пациентка С. 22 лет направлена в стационар для обследования с жалобами на выраженную слабость, диарею до 3-4 раз в сутки, стул кашицеобразный, без патологических примесей, снижение массы тела на 5 кг за 6 месяцев, боли в околопупочной области, сухость во рту, постоянную жажду.

Пациентка считает себя больной в течение 6 лет, когда впервые появилась диарея до 5-6 раз в сутки, начал снижаться вес, появились отѐки на ногах. Периодически проходила нормализация стула на фоне приѐма противодиарейных препаратов. Пациентка отмечает, что нарушения стула появлялись после употребления в пищу молочных продуктов, хлебобулочных изделий, макарон, каш. Обследовалась у инфекционистов – инфекционная патология исключена.

Общий осмотр. Состояние средней степени тяжести за счѐт выраженной слабости, сознание ясное. Рост – 163 см, вес – 45 кг. Кожные покровы бледные, чистые, слизистые бледно-розовые. Лимфоузлы безболезненные, не увеличены. Язык влажный, чистый. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД – 100/70 мм рт. ст., ЧСС – 75 ударов в минуту, пульс ритмичный. Живот при пальпации мягкий, участвует в акте дыхания, болезненный в эпигастральной, околопупочной областях. Печень, селезѐнка не увеличены. Определяются небольшие отѐки голеней до 2/3.

Лабораторные исследования: гемоглобин – 89 г/л, эритроциты – 3,72×1012/л, лейкоциты – 6,1×109/л, тромбоциты – 266×109/л, СОЭ – 34 мм/ч. Анализ мочи – без особенностей. Реакция кала на скрытую кровь – отрицательная. Глюкоза крови: 8:00 – 4,5 ммоль/л, 13:00 – 7,0 ммоль/л, 22:00 – 11,9 ммоль/л. Гликолизированный гемоглобин - 9,3%. Биохимические показатели: биллирубин общий – 23,8 мкмоль/л, биллирубин прямой – 2,8 мкмоль/л, АЛТ – 69 Е/л, АСТ – 45 Е/л, γ-ГТП – 25 Е/л, щелочная фосфотаза – 118 Е/л, натрий – 137 мкмоль/л, калий – 4,3 мкмоль/л, креатинин – 44 мкмоль/л, мочевина – 4,3 мкмоль/л, общий белок – 51 г/л, антитела к глиадину (IgG) - 135 Ед/мл.

ФГДС. Пищевод: слизистая оболочка гиперемирована, в средней и нижней трети множественные поверхностные эрозии, покрытые жѐлтым фибрином в виде «творожных масс», кардиальный жом смыкается полностью. Желудок: содержимое – слизь с примесью светлой желчи в большом количестве. Слизистая умеренно гиперемирована, складки не утолщены. Привратник проходим. Луковица двенадцатиперстной кишки – слизистая гладкая, отсутствуют кишечные ворсинки, гиперемирована, отѐчная, в просвете желчь.

Консультация проктолога: жалобы на периодическую диарею, временами с примесью слизи. Проведена ректороманоскопия. Патологических изменений не выявлено.

**Вопросы:**

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Составьте план лечения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

20

**Ситуационная задача 19 [K000158]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

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 еѐ 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 тяжѐлое. Больная вялая, почти безразлична к окружающему. Сознание ясное, на осмотр реагирует вяло. Кожа и видимые слизистые очень бледные. В углах рта «заеды». В лѐгких 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 рѐберного края. Селезѐнка 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 – 2,6×1012/л, ретикулоциты – 0,4%, цветовой показатель – 0,63, лейкоциты – 7,2×109/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, мочевина – 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 (троекратно): 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. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

21

**Ситуационная задача 20 [K000159]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Пациент З. 43 лет предъявляет жалобы на утомляемость, слабость, головные боли, одышку при ходьбе, боли в области коленных суставов, возникающие при спуске по лестнице, «стартовые» боли, утреннюю скованность в течение 20 минут, ограничение объѐма движений.

Анамнез болезни: болеет около 4 лет, когда появились вышеперечисленные жалобы, за медицинской помощью не обращался, занимался самолечением, принимал настои трав, периодически (1-2 раза в год) – массаж суставов и туловища. Начало заболевания постепенное: появились умеренные боли в коленных суставах после значительной физической нагрузки, в вечерние часы и в первую половину ночи, утренняя скованность в течение 10 мин. На фоне относительно стабильного течения болезни 2-3 раза в год – ухудшение самочувствия: усиление болей в коленных суставах и появление их припухлости.

Анамнез жизни. С подросткового и юношеского возраста наблюдалась значительная прибавка веса, что связывал с хорошим питанием и малоподвижным образом жизни. Работал бухгалтером, последние 6 лет – заместителем главного бухгалтера предприятия. Наследственный анамнез: мать страдает сахарным диабетом, отец умер в 52-летнем возрасте от инфаркта миокарда, имел какое-то заболевание суставов. Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус: состояние удовлетворительное, правильного телосложения, повышенного питания. Рост – 180 см, вес – 107 кг, окружность талии – 115 см. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отѐков нет. Тонус мышц нормальный. Суставы обычной формы, движения не ограничены, крепитация в коленных суставах при движении. Дыхательная система: частота дыханий – 18 в 1 минуту. Пальпация грудной клетки безболезненная, голосовое дрожание умеренно ослаблено над всей поверхностью легких. Перкуторно – лѐгочный звук, аускультативно – дыхание везикулярное с обеих сторон, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система: верхушечный толчок не пальпируется. Перкуторно: правая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца у верхушки умеренно приглушены, акцент II тона над аортой, ЧСС – 84 удара в минуту, ритм правильный. АД - 165/95 мм рт. ст. Пищеварительная система: язык и слизистая полости рта розового цвета, чистые. Живот увеличен в объеме, симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий. Пальпация органов брюшной полости затруднена за счет избыточной подкожно-жировой клетчатки. Размеры печени по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезенки – 8×5 см.

Лабораторные и инструментальные данные.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,9×1012/л, гемоглобин – 147 г/л, лейкоциты – 8,2×109/л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 67%, лимфоциты – 25%, моноциты – 4%.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1019, белок – 0,033 г/л, эпителий – единичный в поле зрения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

22

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, альбумины – 55%, глобулины – 45%, билирубин общий – 18 мкмоль/л, прямой – 13 мкмоль/л, непрямой – 5 мкмоль/л, глюкоза – 6,4 ммоль/л, общий холестерин – 7,1 ммоль/л, холестерин липопротеинов высокой плотности – 0,78 ммоль/л, триглицириды – 2,6 ммоль/л, содержание фибриногена – 5,3 г/л.

ЭКГ: ритм синусовый, 80 в мин. Горизонтальное пол. эл. оси. Гипертрофия левого желудочка.

**Вопросы:**

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Составьте план лечения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

23

**Ситуационная задача 21 [K000160]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 46 лет, водитель, поступил в приѐмное отделение стационара самостоятельно. Жалобы на резкую боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошноту, однократно рвоту съеденной пищей, не приносящую облегчения, умеренное вздутие живота, общую слабость, отсутствие аппетита на момент осмотра.

Начало заболевания связывает с тем, что накануне вечером отмечал с друзьями праздник, были погрешности в диете – приѐм острой и жирной пищи, алкоголя. Подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приѐма Но-шпы. Часто ранее отмечал ощущение тяжести и вздутия в животе после приѐма жирной пищи. В настоящее время отмечает тяжесть и ощущение «распирания» в животе, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 3 раза в течение последних суток. Диурез не нарушен. Со слов жены – злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Телосложение нормостеническое, пониженного питания. Кожные покровы верхней половины туловища гиперемированы, чистые. Язык суховат, обложен желтоватым налѐтом. В лѐгких дыхание жестковатое, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 92 удара в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Печень при пальпации плотная, безболезненная, около края рѐберной дуги. Размер по Курлову - 10×9×8 см. Селезѐнка не пальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины - отрицательные.

Лабораторные данные.

Общий анализ крови: лейкоциты - 9,6×109/л, СОЭ – 16 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%, анализ кала – стеаторея, креаторея, амилорея.

УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счѐт гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

От ФГДС больной отказался.

**Вопросы:**

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Составьте план лечения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

24

**Ситуационная задача 22 [K000161]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

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 лѐгких 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 закруглѐн, выступает на 2,5 см из-под края рѐберной дуги. Размеры по Курлову - 12×10×9 см. Селезѐнка выступает на 3 см ниже левой рѐберной дуги. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный.

Результаты дополнительных исследований.

Общий анализ крови: эритроциты - 3,2×1012/л, гемоглобин - 91 г/л, цветовой показатель - 0,85, ретикулоциты - 14,8%, средний диаметр эритроцитов - 4 мкм, лейкоциты - 11×109/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. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

25

**Ситуационная задача 23 [K000163]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 45 лет, продавец, обратилась в поликлинику с жалобами на приступы удушья и одышку после физической нагрузки и спонтанные ночью, на дискомфорт в груди. Впервые заболела после тяжѐлой пневмонии 11 лет назад. Затем приступы повторялись после физической нагрузки и во время простудных заболеваний. Приступы удушья снимала ингаляцией Сальбутамола (3-4 раза в сутки).

В анамнезе: внебольничная 2-сторонняя бронхопневмония, острый аппендицит. Наличие аллергических заболеваний у себя и родственников отрицает. Гемотрансфузий не было. Вредных привычек нет.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа и слизистые чистые, физиологической окраски. Язык влажный. Лимфоузлы не увеличены. В лѐгких: перкуторно – коробочный звук, аускультативно – дыхание жѐсткое, сухие хрипы по всем лѐгочным полям, свистящие при форсированном выдохе. Частота дыхательных движений – 18 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД - 140/90 мм рт. ст. Пульс – 69 ударов в минуту, хорошего наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезѐнка не пальпируются. Физиологические отправления не нарушены.

Анализ крови: гемоглобин – 12,6 г/л, эритроциты – 3,9×1012/л, лейкоциты - 9,5×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, эозинофилы – 5%, моноциты – 6%, лимфоциты – 13%; СОЭ - 19 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин - 5,3 мкм/л; общий белок - 82 г/л, мочевина - 4,7 ммоль/л.

Анализ мочи: удельный вес - 1028, белок - отриц., эпителий - 1-3 в поле зрения.

Анализ мокроты: слизистая, без запаха. При микроскопии: лейкоциты - 5-6 в поле зрения, эозинофилы - 10-12 в поле зрения, клетки эпителия бронхов, ед. альвеолярные макрофаги. ВК - отриц. (3-кратно).

Ro-графия грудной клетки: повышена прозрачность лѐгочных полей, уплощение и низкое стояние диафрагмы. Лѐгочный рисунок усилен. Корни лѐгких увеличены, тень усилена. Тень сердца увеличена в поперечнике.

**Вопросы:**

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Составьте план лечения (назовите необходимые группы лекарственных препаратов). Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

26

**Ситуационная задача 24 [K000180]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной В. 43 лет обратился в поликлинику с жалобами на ноющие боли в эпигастральной области, которые возникают через 20-30 минут после приѐма пищи; на тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение; на снижение аппетита.

Из анамнеза заболевания: впервые подобные жалобы возникли около 6 лет назад, но боли купировались приемом Алмагеля и Но-шпы. За медицинской помощью ранее не обращался. Отмечает весенне-осенние обострения заболевания. Ухудшение самочувствия около двух дней, после употребления алкоголя и жареной пищи.

Работает водителем такси. Питается нерегулярно, часто употребляет алкоголь. Курит в течение 20 лет до 2 пачек сигарет в день. Наследственный анамнез: у отца – язвенная болезнь желудка.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Астеник, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 74 удара в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 74 удара в минуту. Язык обложен белым налѐтом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, симптом Менделя положительный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Селезѐнка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневно, без патологических примесей.

Данные дополнительных методов исследования.

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты – 4,2×1012/л. - 1, лейкоциты – 6,5×109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 30%, моноциты – 8%, СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок, цилиндры, соли - не определяются.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген – 2,9 г/л, общий белок – 68 г/л.

ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперемирована, складки обычной формы и размеров, в кардиальном отделе по большой кривизне определяется язвенный дефект 1,0-1,5 см, с ровными краями, неглубокий, дно прикрыто фибрином. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, слизистая бледно-розового цвета. Выявлен Helicobacter pylori.

**Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.

2. Сформулируйте диагноз.

3. Обоснуйте диагноз.

4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?

5. Перечислите основные принципы лечения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

27

**Ситуационная задача 25 [K000181]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной К. 45 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на давящие боли в эпигастральной области, периодически – опоясывающие, возникают через 40 минут после употребления жирной и жареной пищи, сопровождаются вздутием живота; на рвоту, не приносящую облегчение, на отрыжку воздухом.

Анамнез заболевания: больным себя считает около двух лет, когда появилась боль в левом подреберье после приѐма жирной и жареной пищи. За медицинской помощью не обращался. 3 дня назад после погрешности в диете боли возобновились, появилось вздутие живота, отрыжка воздухом, тошнота, рвота, не приносящая облегчения.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 72 удара в минуту. Язык влажный, обложен бело-жѐлтым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Печень не пальпируется, размеры по Курлову - 9×8×7 см, симптом поколачивания отрицательный билатерально.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,3×1012/л, гемоглобин – 136 г/л, цветной показатель – 1,0; СОЭ – 18 мм/ч, тромбоциты – 320×109/л, лейкоциты – 10,3×109/л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, лимфоциты – 32%, моноциты – 10%.

Общий анализ мочи: светло-жѐлтая, прозрачная, кислая, удельный вес - 1016, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эпителий - 1-2 в поле зрения, оксалаты – небольшое количество.

Биохимическое исследование крови: АСТ – 30 Ед/л; АЛТ – 38 Ед/л; холестерин – 3,5 ммоль/л; общий билирубин – 19,0 мкмоль/л; прямой – 3,9 мкмоль/л; амилаза – 250 ед/л; креатинин – 85 ммоль/л; общий белок – 75 г/л.

Копрограмма: цвет – серовато-белый, консистенция – плотная, запах – специфический, мышечные волокна +++, нейтральный жир +++, жирные кислоты и мыла +++, крахмал ++, соединительная ткань – нет, слизь – нет.

ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка без особенностей. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, с участками атрофии. Складки хорошо выражены. Луковица двенадцатиперстной кишки без особенностей.

УЗИ органов брюшной полости: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток – 6 мм, желчный пузырь нормальных размеров, стенка – 2 мм, конкременты не визуализируются. Поджелудочная железа повышенной эхогенности, неоднородная, проток – 2 мм, головка увеличена в объеме (33 мм), неоднородная, повышенной эхогенности.

**Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.

2. Оцените данные копрограммы. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

28

3. Сформулируйте диагноз.

4. Какие дополнительные исследования необходимо назначить больному?

5. Какова Ваша тактика лечения данного заболевания? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

29

**Ситуационная задача 26 [K000182]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 23 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на приступы удушья, возникающие 1-2 раза в месяц, с затруднѐнным выдохом, сопровождающиеся свистящими хрипами и тяжестью в груди, приступообразным кашлем с трудноотделяемой мокротой. В последнее время приступы участились до 2 раз в неделю, возникают и ночью.

Из анамнеза известно, что приступы появились около года назад, отмечаются в течение всего года, появляются при контакте с домашней пылью, пыльцой растений, шерстью животных, резких запахах, прекращаются самостоятельно или после приѐма таблетки Эуфиллина. У бабушки больного также были подобные приступы удушья. В течение трѐх лет в мае-июне отмечает слезотечение, заложенность носа, чихание.

Состояние пациента удовлетворительное, частота дыхания – 24 в мин. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих рассеянных хрипов на выдохе. Тоны сердца ритмичные, ясные, 90 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

В анализах крови: лейкоциты – 6,0×109/л; сегментоядерные нейтрофилы – 63%; лимфоциты – 23%; эозинофилы – 10%; моноциты – 4%, СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мокроты: консистенция вязкая, характер слизистый, лейкоциты – 1–5 в поле зрения, эозинофилы – 20–30 в поле зрения, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена. IgE сыворотки крови повышен в три раза.

Спирометрия: прирост ОФВ1 после ингаляции Сальбутамола – 25%.

Рентгенография органов грудной клетки - очаговых или инфильтративных теней не выявлено.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назовите группы лекарственных препаратов, которые Вы бы рекомендовали пациенту в настоящее время. Обоснуйте свой выбор.

5. Через неделю пациент вновь пришел на приѐм к врачу-терапевту участковому. Жалоб не предъявляет, приступы прекратились. В лѐгких при объективном обследовании хрипы не выслушиваются. Выберите дальнейшую тактику лечения больного и объясните Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

30

**Ситуационная задача 27 [K000183]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной 23 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на отѐки 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 отѐки 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 - 3,4×1012/л, гемоглобин - 124 г/л, цветовой показатель - 0,89, лейкоциты - 5,4×109/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? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

31

**Ситуационная задача 28 [K000184]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная 18 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в поясничной области, учащѐнное 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°С. В лѐгких 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. Отѐков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин – 114 г/л, эритроциты – 4,5×1012/л, лейкоциты – 18,5×109/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. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

32

**Ситуационная задача 29 [K000185]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 35 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры до 37,6°С в течение пяти дней, кашель с желтоватой мокротой. Принимал жаропонижающие препараты без особого эффекта. Другие лекарства не принимал. За десять дней до этого перенѐс ОРВИ. Лекарственной аллергии не отмечает. Сопутствующих заболеваний нет.

Состояние пациента удовлетворительное, частота дыхания – 19 в минуту. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При аускультации выслушивается умеренное количество влажных крепитирующих хрипов в нижних задних отделах грудной клетки справа, в других отделах лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, 82 удара в минуту, АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Рентгенография органов грудной клетки прямой и боковой проекции: справа в 9-10 сегментах нижней доли определяется инфильтрация.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назовите группы лекарственных препаратов, которые Вы бы рекомендовали пациенту в настоящее время. Обоснуйте свой выбор.

5. Пациенту назначена явка через два дня для оценки действия назначенных лекарственных препаратов и возможной коррекции терапии. Выберите дальнейшую тактику лечения больного и объясните Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

33

**Ситуационная задача 30 [K000186]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

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 отѐки 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 отѐков 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 расчѐсов на руках, пояснице, туловище, отѐки лица и кистей рук. Язык сухой, с коричневатым налѐтом. В лѐгких 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 селезѐнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отмечает уменьшение выделяемой мочи. Отѐков на нижних конечностях нет.

Общий анализ крови: эритроциты – 3,2×1012/л, гемоглобин – 105 г/л, лейкоциты – 5,2×109/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, мочевина 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 CKD-EPI) – 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. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

34

**Ситуационная задача 31 [K000187]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

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°С. Утром появилась частая рвота, боли в животе схваткообразного характера, вздутие живота.

Объективно: у больного отмечено повышение температуры до 38°С, обложенный сухой язык. Патологии со стороны лѐгких 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 голенях обильные петехиальные высыпания. Выраженная припухлость и болезненность при пальпации голеностопных, коленных и лучезапястных суставов справа и слева.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,2×1012/л, гемоглобин – 136 г/л, тромбоциты – 200×109/л, лейкоциты – 21,0×109/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? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

35

**Ситуационная задача 32 [K000188]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной К. 39 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сухой кашель, повышение температуры до 37,5 °С, общую слабость, боль в грудной клетке при дыхании. В анамнезе – переохлаждение. Объективно: бледность кожных покровов, небольшое отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При перкуссии лѐгких ясный лѐгочный звук над всей поверхностью лѐгких. При аускультации: ослабленное дыхание и шум трения плевры с правой стороны ниже угла лопатки.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки – без патологии.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Укажите объѐм дообследования, необходимый для уточнения диагноза.

4. С какими заболеваниями требуется провести дифференциальную диагностику данного состояния?

5. При прогрессировании заболевания уменьшились кашель и боль в грудной клетке, появилась выраженная одышка, при клиническом осмотре появились притупление перкуторного тона, ослабление везикулярного дыхания и голосового дрожания в нижних отделах правого лѐгкого. Какое инструментальное исследование следует выполнить повторно и с какой целью? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

36

**Ситуационная задача 33 [K000190]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной К. 48 лет, экономист, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сжимающие боли за грудиной и в области сердца, иррадиирующие в левое плечо, возникающие при ходьбе через 100 метров, иногда в покое, купирующиеся приѐмом 1-2 таблетками Нитроглицерина через 2-3 минуты, одышку, сердцебиение при незначительной физической нагрузке. Боли в сердце впервые появились около 5 лет назад. Принимает Нитроглицерин для купирования болей, Кардикет 20 мг 2 раза в день – для профилактики болей в сердце, Аспирин 100 мг на ночь. Принимал статины около двух лет, последние два года не принимает. За последние полгода снизилась переносимость физической нагрузки. Больной курит около 20 лет, по 1 пачке в день. Наследственность: отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда.

Общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Периферических отѐков нет. ЧДД - 18 в минуту, в лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии: правая - правый край грудины IV межреберье, верхняя – III межреберье, левая – на 1,0 см кнутри от левой среднеключичной линии V межреберье. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над аортой. ЧСС – 82 удара в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст. Печень и селезѐнка не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Липиды крови: общий холестерин - 6,8 ммоль/л; триглицериды – 1,7 ммоль/л; холестерин липопротеинов высокой плотности – 0,9 ммоль /л.

ЭКГ в покое: ритм - синусовый, ЧСС – 80 ударов в минуту. ЭОС не отклонена. Единичная желудочковая экстрасистола.

Эхо-КГ: уплотнение стенок аорты. Толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) – 1,0 см; толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) - 1,0 см. Камеры сердца не расширены. Фракция выброса левого желудочка (ФВ) - 57%. Нарушения локальной и глобальной сократимости левого желудочка не выявлено.

ВЭМ-проба: при выполнении первой ступени нагрузки появилась сжимающая боль за грудиной, сопровождающаяся появлением депрессии сегмента ST до 3 мм в I, II, V2-V6, исчезнувших в восстановительном периоде.

Коронароангиография: стеноз в/3 левой коронарной артерии - 80%, с/3 огибающей артерии - 80%.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Проведите обоснование клинического диагноза.

3. Назовите основные факторы риска атеросклероза.

4. Назначьте немедикаментозное и медикаментозное лечение.

5. Есть ли показания к хирургическому лечению в данном случае? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

37

**Ситуационная задача 34 [K000191]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 32 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на участившиеся в течение последнего месяца приступы удушья, они сопровождаются слышимыми на расстоянии хрипами, кашлем с выделением небольшого количества вязкой мокроты, после чего наступает облегчение. Подобные состояния беспокоят около 2 лет, не обследовалась. В анамнезе аллергический ринит. Ухудшение состояния связывает с переходом на новую работу в библиотеку. В течение последнего месяца симптомы возникают ежедневно, ночью 3 раза в неделю, нарушают активность и сон.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Кожные покровы бледно-розового цвета, высыпаний нет. Периферические отѐки отсутствуют. Над лѐгкими дыхание жѐсткое, выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 72 удара в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: эритроциты - 4,2×1012/л, гемоглобин - 123 г/л, лейкоциты - 4,8×109/л, эозинофилы - 16%, сегментоядерные нейтрофилы - 66%, лимфоциты - 18%, моноциты - 2%, СОЭ - 10 мм/ч.

Анализ мокроты общий: слизистая, лейкоциты - 5-7 в поле зрения, плоский эпителий - 7-10 в поле зрения, детрит в небольшом количестве, спирали Куршманна.

Рентгенограмма лѐгких. Инфильтративных теней в лѐгких не определяется. Диафрагма, тень сердца, синусы без особенностей.

Спиротест. Исходные данные: ЖЕЛ - 82%, ОФВ1 - 62%, ФЖЕЛ - 75%. Через 15 минут после ингаляции 800 мкг Сальбутамола: ОФВ1 - 78%.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз. Обоснуйте степень тяжести заболевания.

2. Как проводится проба с бронходилататором? Оцените результаты.

3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

4. Назначьте лечение.

5. Имеются ли показания к назначению ингаляционных глюкокортикоидов в данном случае? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

38

**Ситуационная задача 35 [K000192]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной Н. 25 лет предъявляет жалобы на частый (до 10-15 в сутки) жидкий стул с примесью крови и слизи, боли в левой подвздошной области, повышение температуры тела до 38,3°С, резкую общую слабость, похудание. Нарушение стула отмечает в течение 2 месяцев, но 7 дней назад в кале появилась кровь, повысилась температура, появились слабость, недомогание, головокружение.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожа бледная. Язык слегка обложен белым налетом. Живот овальной формы, несколько вздут. При пальпации определяется умеренная болезненность в области нисходящего отдела толстой кишки. Перкуторно размеры печени по Курлову - 10×9×8 см.

Общий анализ крови: гемоглобин – 90 г/л, СОЭ – 35 мм/ч, лейкоциты - 13,0×109/л; лейкоформула: базофилы - 1%, эозинофилы - 5%, палочкоядерные нейтрофилы - 20%, сегментоядерные нейтрофилы - 40%, лимфоциты - 24%, моноциты - 10%.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, альбумин – 40 %, АЛТ – 42,68 ед/л, АСТ – 32 ед/л, серомукоид – 2,0 ммоль/л, СРБ – (+++), фибриноген – 5 г/л.

Копрограмма: цвет кала – коричневый, характер – неоформленный, в поле зрения – большое количество лейкоцитов, эритроцитов. Реакция Трибуле – резко положительная.

Ирригоскопия: отмечается быстрое заполнение толстой кишки бариевой взвесью, равномерное сужение просвета кишки (симптом «водопроводной трубы»), расширение ректоректального пространства, сглаженность гаустр, ячеистый рельеф слизистой в области поперечно-ободочной кишки, в области прямой и сигмовидной кишок – множественные дефекты наполнения.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.

2. Перечислите предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.

3. Какие внекишечные проявления возможны при данной патологии?

4. Какие антицитокины необходимы, и в каких ситуациях они назначаются при данном заболевании?

5. Какие антибактериальные препараты показаны при данном заболевании? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

39

**Ситуационная задача 36 [K000193]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

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 лѐгкой 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 абортов – 3. Из перенесѐнных заболеваний: простудные, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хронический пиелонефрит.

Объективно: кожные покровы бледные, сухие. Ногти с поперечной исчерченностью, расслаиваются. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. В лѐгких 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 сглажены. Печень и селезѐнка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторона.

Общий анализ крови: гемоглобин – 82 г/л, эритроциты - 3,2×1012/л, цветовой показатель - 0,7, ретикулоциты - 13%, тромбоциты - 180×109/л, лейкоциты - 4,2×109/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? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

40

**Ситуационная задача 37 [K000194]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной Л. 55 лет обратился в поликлинику с жалобами на частые головные боли, головокружения, неприятные ощущения в левой половине грудной клетки. Болен около 6 лет, периодически регистрировалось повышение АД до 180/100 мм рт. ст. Лечился эпизодически при повышении АД (Капотен, Фуросемид). Курит по пачке сигарет в день около 20 лет, отмечает частое злоупотребление алкоголем. Работа связана с частыми командировками. Наследственность: у матери гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Гиперстенического телосложения, ИМТ - 34 кг/м2. Кожные покровы лица гиперемированы. Периферических отѐков нет. В лѐгких дыхание жѐсткое, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Границы сердца: правая – у правого края грудины IV межреберье, верхняя – III ребро, левая - по левой срединно-ключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС - 88 ударов в мин. АД - 190/110 мм рт. ст. Печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Липиды крови: общий холестерин - 7,4 ммоль/л; триглицериды – 2,6 ммоль/л; холестерин липопротеидов низкой плотности – 5,2 ммоль/л.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Какие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний присутствуют у больного?

3. Составьте план дополнительного обследования больного.

4. Какие немедикаментозные рекомендации Вы сделаете в первую очередь?

5. Какие диуретики можно рекомендовать пациенту в составе комбинированной терапии? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

41

**Ситуационная задача 38 [K000195]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

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 отмечалось. Ухудшение состояния 5 дней назад после переохлаждения.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, периферических отѐков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы. Частота дыхания - 20 в минуту. В лѐгких 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 рѐберной дуги. Симптом поколачивания положительный справа.

Анализ крови: гемоглобин - 118 г/л, эритроциты - 4,0×1012/л, лейкоциты - 14,0×109/л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 65%, лимфоциты - 20%, моноциты - 4%, тромбоциты - 200,0×109/л, СОЭ – 24 мм/час.

Биохимические показатели крови: креатинин - 0,08 ммоль/л, мочевина - 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? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

42

**Ситуационная задача 39 [K000196]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная М. 34 лет жалуется на боли жгучего характера в подложечной области, возникающие натощак и по ночам, изжогу, тошноту, иногда, на высоте болей, рвоту, приносящую облегчение.

Данные симптомы беспокоят 10 лет, возникают, в основном, весной и осенью. Самостоятельно принимает соду, Алмагель, вызывающие положительный эффект. Настоящее обострение связывает с приѐмом Вольтарена по поводу болей в поясничной области.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожа обычной окраски, влажная. Пульс – 60 ударов в минуту, АД – 100/70 мм рт. ст. Язык влажный, густо обложен белым налетом. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации резко болезненный в эпигастральной области. Стул со склонностью к запорам (1 раз в 2 дня).

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, СОЭ – 10 мм/ч, лейкоциты – 5,2×109/л; лейкоформула: палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, лимфоциты - 27%, моноциты - 5%.

Биохимический анализ крови: АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 32 ед/л. Диастаза мочи – 64 ед.

ЭФГДС: пищевод свободно проходим, кардия смыкается. В желудке натощак содержится большое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые, диффузно гиперемированы. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой оболочки до 0,7 см в диаметре. Края дефекта имеют чѐткие границы, гиперемированы, отѐчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии.

Хелик-тест: базальный уровень – 4 мм; нагрузочный уровень – 10 мм; показатель прироста – 6 мм; Нр (+).

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.

2. Перечислите экзогенные и эндогенные предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.

3. Показания к госпитализации.

4. Осложнения данного заболевания.

5. Назначьте лечение. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

43

**Ситуационная задача 40 [K000197]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

В кардиологическое отделение госпитализирован больной К. 24 лет, студент. Жалобы на одышку при ходьбе до 100 м, усиление одышки в горизонтальном положении, сердцебиение, общую слабость, отѐки на ногах. В течение 2 месяцев отмечает появление одышки, слабости. Неделю назад появились перебои в работе сердца и сердцебиение, с этого же времени появились отѐки на ногах.

Из перенесѐнных заболеваний отмечает ОРЗ, аппендэктомию в детском возрасте, грипп около 4 лет назад.

Объективно: общее состояние тяжѐлое. Кожа бледная. Отѐки голеней, стоп. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Притупление перкуторного звука в нижних отделах лѐгких. Дыхание везикулярное, в нижних отделах крепитирующие хрипы, ЧДД - 26 в минуту. Верхушечный толчок в VI межреберье на 3 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая - на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - II межреберье по левой среднеключичной линии, левая - по передней подмышечной линии. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке и в V точке аускультации. Ритм сердца неправильный, ЧСС – 122 удара в 1 минуту, АД - 100/80 мм рт. ст., средний пульс - 105 в минуту, неритмичный. Размеры печени по Курлову - 14×11×10 см.

Общий анализ крови: гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - 4,0×109/л, СОЭ - 10 мм/ч.

При рентгенографии органов грудной клетки выявлен синдром кардиомегалии.

Эхо-КС: дилатация левого и правого желудочков, диффузный гипокинез, фракция выброса - 28%.

ЭКГ: фибрилляция предсердий, ЧЖС - 132 в 1 минуту.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Какие изменения миокарда выявляются при гистологическом исследовании при данном заболевании?

3. Перечислите ЭКГ признаки фибрилляции предсердий.

4. Назначьте лечение данному пациенту.

5. Нуждается ли пациент в восстановлении синусового ритма? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

44

**Ситуационная задача 41 [K000198]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 56 лет обратился к врачу-терапевту участковому с появившимися после переохлаждения жалобами на кашель с небольшим количеством трудно отделяемой слизисто-гнойной мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке, повышение температуры тела до 37,4°С.

Кашель с мокротой отмечает в течение 10 лет. Обострения заболевания 3-4 раза в год, преимущественно в холодную сырую погоду. Около 2 лет назад появилась одышка при физической нагрузке, мокрота стала отходить с трудом. Пациент курит 30 лет по 1 пачке в день.

При осмотре: лицо одутловатое, отмечается теплый цианоз, набухание шейных вен на выдохе. Грудная клетка бочкообразной формы. Над лѐгочными полями перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание равномерно ослаблено, с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧДД - 24 в мин. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на лѐгочной артерии, там же выслушивается диастолический шум, ритм правильный, ЧСС - 90 ударов в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезѐнка не пальпируются. Периферических отѐков нет.

Анализ крови: гемоглобин - 168 г/л, лейкоциты - 9,1×109/л, эозинофилы - 1%, нейтрофилы - 73%, лимфоциты - 26%, СОЭ - 28 мм/ч.

Рентгенограмма органов грудной клетки: лѐгочные поля повышенной прозрачности, лѐгочный рисунок усилен, деформирован, сосудистый рисунок усилен в центре и обеднѐн на периферии, корни лѐгких расширены, выбухание ствола лѐгочной артерии. Инфильтративных изменений не выявлено.

ЭКГ: признаки гипертрофии правого желудочка.

Данные спирографии: снижение ЖЕЛ - до 80%, ОФВ1 - до 32% от должных величин.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

3. Назначьте лечение.

4. Критерии назначения антибактериальной терапии при данном заболевании.

5. Определите показания к госпитализации. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

45

**Ситуационная задача 42 [K000218]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 75 лет предъявляет жалобы на боль в поясничном отделе позвоночника, в мелких суставах кистей, боль в коленных суставах, особенно при первых движениях после периода покоя. Утренняя скованность около 30 мин. Указанные жалобы беспокоят более 10 лет, периодически принимала Диклофенак 100 мг/сут с положительным эффектом. В последнее время пациентка стала отмечать сложности при одевании, принятии душа, подъѐме и спуске по лестнице из-за боли в суставах. Сопутствующие заболевания: около 10 лет повышение АД до 180/110 мм рт. ст., 5 лет назад перенесла инфаркт миокарда.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски, влажности. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Пастозность голеней. Вес - 96 кг, рост - 162 см. Узелковая деформация II-V дистальных межфаланговых суставов и II-III проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей. Дефигурация коленных суставов за счет периартикулярного отѐка, при сгибании коленных суставов интраартикулярный хруст, объѐм движений не изменѐн, пальпация и движения умеренно болезненны. Припухлость и деформация грудино-ключичного сочленения справа, пальпация его безболезненна. Болезненность при пальпации паравертебральных точек поясничного отдела позвоночника. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 86 ударов в минуту. АД - 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - 7,7×109/л, СОЭ - 15 мм/час. Биохимический анализ крови без патологии.

Иммунологический анализ крови: ревматоидный фактор отрицательный, С-реактивный белок - 8 мг/л.

Общий анализ мочи без патологии. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

46 Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

47

**Вопросы:**

1. Сформулируйте развѐрнутый диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какова тактика ведения больной (немедикаментозная и медикаментозная)?

5. Какие дополнительные назначения необходимо сделать с учѐтом сопутствующих заболеваний? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

48

**Ситуационная задача 43 [K000219]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной 49 лет предъявляет жалобы на выраженную слабость, постоянную сонливость, похудание на 6 кг за полгода, десневые и носовые кровотечения, увеличение живота в объѐме, зуд. Из анамнеза – длительное злоупотребление алкоголем.

Состояние средней тяжести. При осмотре выявляется желтушность кожи, слизистых, склер, сосудистые звѐздочки в области шеи, груди, пальмарная эритема, контрактура Дюпюитрена. Имеется атрофия мышц верхнего плечевого пояса, дефицит веса (вес 58 кг при росте 177 см – ИМТ - 17). Определяются подкожные гематомы на руках и ногах. Живот увеличен в объѐме. При перкуссии выявляется жидкость в брюшной полости. Печень пальпируется на 4 см ниже уровня рѐберной дуги, край острый, плотный. Перкуторные размеры - 13×11×6 см. Увеличены перкуторные размеры селезенки 17×12 см.

Белок общий - 59 г/л, альбумины - 48%, глобулины - 52%, гамма-глобулины – 28,5%.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Назовите синдромы поражения внутренних органов.

3. Обоснуйте, почему выделили указанные синдромы.

4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

5. Какие группы препаратов следует назначить больному? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

49

**Ситуационная задача 44 [K000220]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная Р. 35 лет обратилась в поликлинику с жалобами на ноющие боли внизу живота, больше в левых отделах, жидкий стул до 5-7 раз в сутки. В стуле часто примесь слизи и крови. Беспокоит выраженная слабость, снижение трудоспособности, снижение аппетита, повышение температуры тела до 37,5°С, боли в суставах рук, снижение массы тела за последние недели на 5 кг.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Узловатая эритема на медиальной поверхности левого предплечья - 1,5×2 см. Суставы не изменены, функция сохранена. Со стороны лѐгких - без особенностей. Пульс - 96 в минуту, ритмичный, АД - 100/70 мм рт. ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца звучные. Язык обложен у корня грязным налѐтом, суховат. Живот вздут, при пальпации чувствительный в левом нижнем квадранте. Урчание при пальпации в области сигмовидной кишки. Печень, селезѐнка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты - 3,4×1012/л, гемоглобин – 85 г/л, лейкоциты - 10,0×109/л, СОЭ - 25 мм/час.

Анализ мочи - без патологии.

Рентгенологическое исследование: в левых отделах толстого кишечника (до селезѐночного изгиба) отмечается потеря гаустрации, уменьшение просвета и ригидность кишки, неравномерность рисунка слизистой оболочки.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

5. Определите тактику лечения больной. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

50

**Ситуационная задача 45 [K000221]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной М. 65 лет обратился в поликлинику с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, периодически малопродуктивный кашель (особенно при переохлаждении, в сырую погоду), ощущение хрипов и тяжести в груди, сердцебиение.

Из анамнеза: курит 30 лет по пачке в день. Одышка появилась 3 года назад и стала прогрессировать за последний год. В течение последнего месяца, после перенесѐнного ОРЗ, одышка усилилась, мокроты стало выделяться больше, она приобрела жѐлто-зелѐный цвет. Несколько лет наблюдается с диагнозом «стенокардия II ФК», 2 года назад перенѐс крупноочаговый инфаркт миокарда переднебоковой, в связи с чем постоянно принимает Соталол, Кардиомагнил, Моночинкве (изосорбида-5-мононитрат).

Объективно: общее состояние средней тяжести. Лѐгкий акроцианоз. Больной пониженного питания, грудная клетка расширена в поперечнике, при перкуссии грудной клетки - лѐгочный звук с коробочным оттенком. При аускультации лѐгких - дыхание ослабленное, в нижних отделах лѐгких сухие низкотембровые и пневмосклеротические хрипы, выдох удлинѐн.

При осмотре ЧДД - 24 в минуту, ЧСС - 100 в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст.

На ЭКГ: рубцовые изменения на боковой стенке левого желудочка. Единичные желудочковые экстрасистолы.

Спирография: ЖЕЛ - 52%, ОФВ1 - 37%, Тест Тифно - 57,2.

На рентгенограмме органов грудной клетки - признаки эмфиземы и пневмосклероза лѐгких.

Общий анализ мокроты: лейкоциты – до закрытия полей зрения, нейтрофилы - 90%, лимфоциты - 10%.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте диагноз. Определите индекс курильщика у больного.

3. Составьте и обоснуйте план дообследования больного.

4. Какая базисная терапия необходима больному в соответствии с его диагнозом?

5. Что бы Вы изменили в базисной терапии ИБС? Обоснуйте почему. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

51

**Ситуационная задача 46 [K000222]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной Б. 35 лет доставлен в клинику машиной скорой помощи с жалобами на чувство стеснения в груди, затруднѐнное дыхание, особенно выдох, мучительный кашель. Болен 10 лет бронхиальной астмой. До этого – несколько лет наблюдался с диагнозом «хронический бронхит». 5 лет принимал Преднизолон 2 таблетки в сутки и ингаляции Беротека при удушье. Обострения бронхиальной астмы 3-4 раза в год, часто требующие госпитализации в стационар. Настоящее ухудшение состояния связывает с отменой неделю назад Преднизолона. Аллергоанамнез – спокойный. Приступам удушья предшествует короткий эпизод мучительного кашля, в конце приступа он усиливается, и начинает выделяться в небольшом количестве тягучая слизистая мокрота.

Объективно: состояние тяжѐлое, при осмотре кожные покровы больного бледные, с синюшным оттенком. Больной сидит в положении «ортопноэ». Больной повышенного питания (прибавил в весе за 3 года 15 кг). «Кушингоидное лицо», стрии на бѐдрах и животе. Разговаривает отдельными словами, возбуждѐн. Грудная клетка находится в положении глубокого вдоха. Мышцы брюшного пресса участвуют в акте дыхания. Дыхание резко ослаблено, небольшое количество сухих свистящих хрипов, 32 дыхательных движения в минуту. Перкуторно над лѐгкими коробочный звук по всем лѐгочным полям, особенно в нижних отделах. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс - 120 ударов в минуту, ритмичный. АД - 140/90 мм рт. ст., SpO2 - 85%.

В течение суток получил более 15 ингаляций Беротека. Врачом скорой помощи уже внутривенно введено 10,0 мл 2,4% раствора Эуфиллина, 60 мг Преднизолона.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте диагноз. Чем объяснить ухудшение состояния больного?

3. Что показано больному в первую очередь в этой ситуации?

4. Какое дообследование необходимо провести больному при стабилизации состояния?

5. Правильную ли терапию больной получал последние годы? Почему? Какую базисную терапию назначите больному? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

52

**Ситуационная задача 47 [K000223]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной Н. 30 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, сухость во рту, полиурию, ухудшение зрения, онемения, парестезии в нижних конечностях, частые гипогликемические состояния (ночью и днѐм). Болен сахарным диабетом с 15 лет. Диабет манифестировал кетоацидозом. Получает Хумулин НПХ - 20 ЕД утром, 18 ЕД вечером и Хумулин регулятор - 18 ЕД/сутки. Ведѐт активный образ жизни, обучен методике самоконтроля.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Телосложение, оволосение по мужскому типу. ИМТ – 19 кг/м2. Кожные покровы сухие, чистые. В углах рта заеды. Периферических отѐков нет. Щитовидная железа не увеличена, в лѐгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, пульс - 82 удара в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезѐнка не увеличены. Кожа голеней и стоп сухая, на стопах участки гиперкератоза, пульсация на артериях тыла стопы удовлетворительная.

Результаты обследования: глюкоза крови натощак - 10,4 ммоль/л, через 2 часа после еды - 14,5 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес – 1014, белок - следы; лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

Врач-офтальмолог: глазное дно – единичные микроаневризмы, твердые экссудаты, отѐк макулярной области.

Врач-подиатр: снижение вибрационной, тактильной чувствительности.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назовите и обоснуйте целевой уровень гликозилированного гемоглобина у данного больного.

5. Проведите и обоснуйте коррекцию сахароснижающей терапии. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

53

**Ситуационная задача 48 [K000224]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная Р. 24 лет жалуется на раздражительность, мышечную слабость, постоянное сердцебиение, снижение массы тела на 3 кг за последние 5 месяцев при повышенном аппетите, одышку при ходьбе, плаксивость. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией в семье за 3 месяца до обращения к врачу. Принимала Корвалол, Седуксен; состояние не улучшилось. В анамнезе частые ангины.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела - 37,2°С. Кожные покровы влажные, тѐплые на ощупь, периферических отѐков нет. Умеренно выраженный двусторонний экзофтальм. Положительный симптом Розенбаха. Мелкий тремор пальцев вытянутых рук. Щитовидная железа эластичная, увеличена за счет перешейка и правой доли. Мягкая. При глотании свободно смещается. Ретробульбарной резистентности и диплопии не отмечается. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, 1 тон на верхушке усилен. Пульс - 118 ударов в минуту, ритмичный. АД - 155/60 мм рт. ст., патологии со стороны желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы нет.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Определите тактику лечения данной больной.

5. Оценка эффективности проводимой терапии. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

54

**Ситуационная задача 49 [K000225]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

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 договорѐнности машиной скорой медицинской помощи на носилках, так как идти на приѐм 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 абортов. Менопауза 3 года. В течение 10 лет - фанатичная вегетарианка, мясо, рыбу полностью исключила из рациона.

Объективно: общее состояние больной тяжѐлое. 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. Отѐки на голенях, бѐдрах, брюшной стенке. Периферические лимфоузлы не увеличены. Предпочитает возвышенное положение в постели. ЧД - 34 в 1 минуту. В лѐгких 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 селезѐнка не увеличены.

Проведено срочное обследование: эритроциты - 1,2×1012/л; гемоглобин – 30 г/л; гематокрит - 12%; цветовой показатель - 1,0; тромбоциты - 156,4×109/л, лейкоциты – 2,4×109/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 мегалобластоидности.

**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 развѐрнутый диагноз больной. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

55

**Ситуационная задача 50 [K000226]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

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 - 3,12×1012/л) назначен Сорбифер Дурулес по 2 таблетки в день в течение 1,5 месяцев. Эффекта не получено. Общий анализ крови: эритроциты - 1,42×1012/л; гемоглобин - 50 г/л, цветовой показатель - 1,0; ретикулоциты - 0,4%; тромбоциты - 98×109/л; лейкоциты - 2,6×109/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 стернальной 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? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

56

**Ситуационная задача 51 [K000227]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 52 лет госпитализирован с приѐма в поликлинике с жалобами на лихорадку до 39,5 °С, повышенную потливость, озноб, одышку, головокружение при небольшой физической нагрузке, слабость, отсутствие аппетита, похудание на 10 кг за последние 2 месяца.

Вредные привычки: в течение многих лет злоупотребляет алкоголем, в течение 30 лет курит по 1 пачке в день.

Около 2,5 месяцев назад перенѐс экстракцию зуба. Через неделю после манипуляции появились субфебрилитет и повышенная потливость. В течение двух недель лечился народными средствами, на фоне чего появилась лихорадка с ознобами, повышенная потливость, боли в мышцах и суставах. Ещѐ в течение недели за медицинской помощью не обращался. При обращении в поликлинику по месту жительства при рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявлено.

В анализах крови отмечались лейкоцитоз - 14×109/л, увеличение СОЭ до 24 мм/ч. Был назначен Ампициллин в дозе 2 г/сут, на фоне чего отметил уменьшение температуры тела до субфебрильных цифр и болей в суставах. Сохранялись повышенная потливость, резкая слабость, отсутствие аппетита. Через 5 дней после завершения приема антибиотиков вновь отметил повышение температуры тела до 39 °С с ознобом.

При осмотре. Состояние тяжѐлое. Заторможен. Ортопноэ. Температура тела 39,5 °С. Пониженного питания. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, влажные, тургор снижен, на ладонях безболезненные геморрагические пятна 3 мм в диаметре. Отѐков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. При сравнительной перкуссии легких - звук с коробочным оттенком, с притуплением в нижних отделах. Границы лѐгких в норме. При аускультации дыхание жѐсткое, влажные хрипы в нижних отделах обоих лѐгких. ЧД - 24 в минуту. Верхушечный толчок в шестом межреберье по левой передней подмышечной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - верхний край III ребра, левая - по левой передней подмышечной линии в VI межреберье. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, ослабление I тона в VI межреберье по левой передней подмышечной линии, ослабление II тона во II межреберье справа от грудины. Во II межреберье справа от грудины и в точке Боткина-Эрба - мягкий дующий протодиастолический шум, в VI межреберье по левой передней подмышечной линии - систолический шум. Пульс высокий, скорый, ритмичный, симметричный на обеих руках. ЧСС - 115 удара в минуту. АД - 130/40 мм рт. ст. Пульсация сонных артерий. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 14×12×10 см. Пальпация печени умеренно болезненна. Селезѐнка пальпируется у края реберной дуги, мягкая, болезненная. Поперечник - 10 см, длинник - 12 см.

Общий анализ крови: гемоглобин - 85 г/л, лейкоциты - 22×109/л, палочкоядерные нейтрофилы- 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 78%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 8%, моноциты - 5%. СОЭ - 38 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин - 41,2 мкмоль/л, СРБ +++, фибриноген - 6,5 г/л, альбумины - 40%, ревматоидный фактор +. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

57

Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, белок - 0,99 г/л, лейкоциты - 5-6 в поле зрения, выщелоченные эритроциты - 5-8 в поле зрения.

ЭхоКГ: толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки - 1,0 см. Расширение полости левого желудочка: конечный диастолический размер левого желудочка - 6,0 см, размер левого предсердия - 5,5 см. На створке аортального клапана имеется эхогенное образование размерами 1,0×0,8 см. Аортальная регургитация III степени, митральная регургитация II степени.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, имеющиеся у больного.

2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.

3. Какое самое главное дополнительное исследование необходимо выполнить больному для уточнения диагноза? Как правильно выполнить данное исследование?

4. Назовите основные принципы лечения больного и показания к хирургическому лечению.

5. Какие меры и кому должны были быть предприняты для профилактики развития данного заболевания? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

58

**Ситуационная задача 52 [K000228]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Пациент 69 лет направлен врачом-терапевтом участковым в клинику с жалобами на выраженную одышку при незначительной физической нагрузке, приступы удушья по ночам. Ухудшение состояния наблюдается около недели до госпитализации.

Из анамнеза: 6 лет назад диагностирована дилатационная кардиомиопатия. Больной постоянно получал подобранное лечение: Гипотиазид - 12,5 мг в сутки, Фозиноприл - 20 мг ежедневно, Карведилол - 12,5 мг 2 раза в день. Наблюдалась слабость при физической нагрузке. Пациент сообщил, что несколько дней назад после переохлаждения появился кашель, повышалась температура тела до 37,4 °С. Вследствие нарастания слабости, прекратил приѐм Карведилола, использовал обильное питьѐ, витамины. Состояние ухудшилось.

Объективно: вес - 76 кг, рост - 168 см. Цианоз. При аускультации: застойные хрипы в легких с двух сторон; тоны сердца глухие, ритмичные, протодиастолический ритм галопа. ЧСС - 105 ударов в минуту. АД - 105/70 мм рт. ст. Симметричные отѐки нижних конечностей.

В анализах крови: натрий - 138 ммоль/л, калий – 3,9 ммоль/л.

ЭКГ: синусовый ритм, блокада левой ножки пучка Гиса, желудочковые экстрасистолы. QRS 0,13 сек.

ЭхоКГ: диффузная гипокинезия стенок левого желудочка, фракция выброса - 36%, конечный диастолический размер левого желудочка - 69 мм.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Чем обусловлена тяжесть состояния пациента? Что способствовало развитию декомпенсации сердечной недостаточности? Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие группы препаратов следует назначить больному? Как быть с назначенным ингибитором АПФ фозиноприлом в связи с АД 105/70 мм рт. ст. - отменить, уменьшить или увеличить дозу? Как быть с Карведилолом?

5. Если, несмотря на проведение адекватной терапии, не удастся добиться стойкой компенсации сердечной недостаточности, имеются ли резервы в лечении? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

59

**Ситуационная задача 53 [K000229]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина Ф. 34 лет, грузчик, при госпитализации в пульмонологическое отделение предъявляет жалобы на слабость, похудание в течение последнего месяца, одышку, боли в грудной клетке.

Объективно: состояние больного средней степени тяжести, температура 37,6 °С, справа отмечается сглаживание межрѐберных промежутков, там же резко снижено голосовое дрожание и значительно укорочен перкуторный звук от 5 ребра по лопаточной и подмышечным линиям. Дыхание в верхних отделах правого лѐгкого несколько ослаблено, в нижних - не проводится. Слева по всем легочным полям – везикулярное. Пульс ритмичный, 82 удара в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, тоны ясные, шумов нет.

Лабораторные данные.

Общий анализ крови: лейкоциты - 9,9×109/л; эозинофилы - 1%; палочкоядерные нейтрофилы - 3%; сегментоядерные нейтрофилы - 76%; лимфоциты - 15%; моноциты - 5%; СОЭ - 35 мм/час.

Общий анализ промывных вод бронхов: лейкоциты - 2-3 в поле зрения, единичные альвеолярные и эпителиальные клетки.

Промывные воды бронхов (3 анализа) на микобактерии туберкулѐза методом микроскопии – КУМ отриц.

Посев промывных вод бронхов на неспецифическую микрофлору – роста патогенной микрофлоры нет.

Общий анализ мочи: норма.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: справа ниже V ребра до диафрагмы определяется интенсивное гомогенное затемнение с чѐткой косой верхней границей.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Определите круг заболеваний для дифференциальной диагностики.

5. Определите тактику ведения пациента. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

60

**Ситуационная задача 54 [K000230]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной М. 35 лет на приѐме у врача-терапевта участкового предъявляет жалобы на слабость, повышенную утомляемость, кашель с небольшим количеством мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке, потливость по ночам в течение 1,5-2 месяцев. Сегодня во время приступа кашля больной почувствовал острую боль в правой половине грудной клетки, усиление одышки, учащение сердцебиения.

Из анамнеза: 3 года назад перенѐс правосторонний сухой плеврит, лечился у врача-терапевта участкового. Контакт с больными туберкулѐзом отрицает. ФЛГ проходит регулярно, последняя - год назад (без патологии).

Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура - 37,5 °C. Больной пониженного питания, кожные покровы бледные, периферические лимфатические узлы не увеличены. Правая половина грудной клетки отстаѐт в акте дыхания. ЧДД - 24 в минуту. Перкуторно справа – тимпанический звук, слева – в верхних отделах укорочение лѐгочного звука. Аускультативно справа – дыхание резко ослаблено, слева в межлопаточной области выслушиваются единичные влажные хрипы. Тоны сердца ясные, ритм правильный, тахикардия. Пульс - 120 ударов в минуту, АД - 90/50.

Лабораторные данные.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,1×1012/л, гемоглобин – 143 г/л; лейкоциты – 9,6×109/л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 69%, лимфоциты - 19%, моноциты - 5%; СОЭ – 25 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологических изменений.

Анализ мокроты на МБТ: м/скопия – КУМ не найдены.

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции: справа лѐгкое коллабировано на 1/5 гемиторакса за счѐт прослойки воздуха. В лѐгочной ткани в верхних и средних полях определяются очаговые тени разных размеров, малой и средней интенсивности, склонные к слиянию. В С1, С2 с обеих сторон – полости распада 1-2,5 см в диаметре. Корни плохо дифференцируются. Сердце без особенностей.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Определите круг заболеваний для дифференциальной диагностики.

5. Определите тактику ведения пациента. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

61

**Ситуационная задача 55 [K000231]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной Т. 48 лет. при обращении к врачу-терапевту участковому предъявляет жалобы на слабость, повышенную утомляемость, температуру (утрами не выше 37 °C, вечерами до 38,5 °C), одышку при движении, кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, боли в животе, жидкий стул до 4 раз в день.

Анамнез жизни: язвенная болезнь желудка в течение 7 лет с частыми обострениями. Курит по 1 пачке в день. Алкоголем не злоупотребляет. Ранее туберкулѐзом не болел. Контакт с больным туберкулѐзом отрицает. ФЛГ регулярно. Последняя 1 год назад без патологии.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Правильного телосложения, пониженного питания, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания, перкуторно – укорочение лѐгочного звука паравертебрально с обеих сторон, аускультативно – дыхание везикулярное, при форсированном дыхании паравертебрально выслушиваются влажные хрипы, больше справа. ЧДД - 21 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Живот правильной формы, при пальпации некоторое напряжение мышц и болезненность в околопупочной области, симптомы раздражения брюшины отсутствуют.

Лабораторные данные.

Общий анализ крови: эритроциты – 3,8×1012/л, гемоглобин – 105 г/л, лейкоциты - 11,2×109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, лимфоциты - 15%, моноциты - 14%; СОЭ – 38 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологических изменений.

Общий анализ мокроты: вязкая, слизистого характера, лейкоциты – небольшое количество.

Анализ мокроты микроскопия на КУМ (3 анализа) – КУМ не найдены.

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции: с обеих сторон тотально, но гуще в верхних полях, определяются очаговые тени средней интенсивности, разных размеров, с нечѐткими контурами, местами склонные к слиянию. На уровне I-II ребра в обоих лѐгких – полости распада от 1,5 до 3 см в диаметре. Корни структурны. Синусы свободны. Сердце без особенностей.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Определите круг заболеваний для дифференциальной диагностики.

5. Определите тактику ведения пациента. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

62

**Ситуационная задача 56 [K000234]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной Н. 48 лет в течение 3 лет страдает сахарным диабетом. В течение последних 6 месяцев беспокоят нарастающая слабость, быстрая утомляемость, кашель с мокротой. Периодически отмечает повышение температуры тела. К врачу не обращался, так как перечисленные жалобы связывает с заболеванием сахарным диабетом. При очередном профилактическом флюорографическом обследовании выявлены патологические изменения в лѐгких.

Рентгенографически – в правом лѐгком от верхушки до III ребра определяется негомогенное затемнение с просветлением в центре 2×3 см, контуры нечѐткие. В окружающей ткани лѐгкого – очаговые тени малой интенсивности.

В общем анализе крови: лейкоциты - 11,0×109/л, палочкоядерные нейтрофилы - 12%, сегментоядерные нейтрофилы - 58%, лимфоциты - 19%, моноциты - 11%, СОЭ – 18 мм/час.

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ – папула 11 мм. В связи с возникшим лѐгочным кровотечением исследование мокроты на МБТ не произведено.

**Вопросы:**

1. Перечислите заболевания, о которых можно думать в данном случае.

2. Поставьте диагноз.

3. Дайте обоснование диагноза.

4. Объясните малую выраженность клинической симптоматики.

5. Дайте рекомендации по дальнейшему ведению больного и обоснуйте их. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

63

**Ситуационная задача 57 [K000235]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной М. 33 лет переведѐн в стационар противотуберкулѐзного диспансера из инфекционной больницы в тяжѐлом состоянии. В течение 10 лет наблюдается в центре СПИД, в настоящее время – с диагнозом «ВИЧ-инфекция, стадия 4В вторичных заболеваний, АРВТ фаза прогрессирования». Заболел остро неделю назад – поднялась температура до 38 °С, появились выраженная слабость, потливость, одышка в покое, приступообразный кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты.

При осмотре – кожные покровы бледные. Подкожно-жировой слой выражен слабо. Аскультативно – над всей поверхностью лѐгких дыхание жѐсткое, хрипов нет, ЧДД - 36 в минуту. Тоны сердца – ритмичные, ясные, АД - 90/60 мм рт. ст., ЧСС - 122 в минуту.

Рентгенологически – в обоих лѐгких от верхушек до диафрагмы визуализируются множественные мелкие (до 2 мм в диаметре) однотипные очаговые тени средней интенсивности, с нечѐткими размытыми контурами.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л – отрицательная.

В общем анализе крови: лейкоциты - 15,0×109/л, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 76%, лимфоциты – 12%, моноциты – 2%, СОЭ - 46 мм/час.

В мокроте методом люминесцентной микроскопии трѐхкратно МБТ не обнаружены.

**Вопросы:**

1. Поставьте предположительный диагноз.

2. Объясните, почему у больного отрицательная проба Манту.

3. С какими неспецифическими болезнями лѐгких следует дифференцировать данное заболевание?

4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания с пневмоцистной пневмонией.

5. Какова тактика дальнейшего ведения больного? Ответ обоснуйте. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

64

**Ситуационная задача 58 [K000236]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Пациент М. 20 лет поступил на госпитализацию в неврологическое отделение городской больницы №1 с жалобами на слабость в нижних конечностях, невозможность ходить, а также на общее недомогание, снижение аппетита и массы тела, субфебрилитет по вечерам.

Заболел два года назад, когда начала беспокоить постепенно нарастающая слабость в ногах. Неоднократно обращался к врачу-терапевту участковому, который оценивал состояние пациента как проявление остеохондроза позвоночника. В последнее время перестал ходить, в связи с чем осмотрен неврологом, который заподозрил у пациента рассеянный склероз. Из анамнеза известно, что в детстве был контакт с больной туберкулѐзом асоциальной матерью, которая 15 лет назад погибла от автотравмы, впоследствии пациент воспитывался бабушкой.

В стационаре проведѐн комплекс диагностических мероприятий.

На обзорной рентгенограмме (в двух проекциях) и МРТ позвоночника выявлена контактная деструкция тел XI-XII грудных позвонков и I поясничного позвонка с формированием некротических масс, компрессией соответствующего отдела спинного мозга.

Общий анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты – 8,9×109/л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 68%, лимфоциты – 17%, моноциты – 4%, СОЭ - 21 мм/час.

Общий анализ мочи: в пределах нормы.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л – 22 мм папула.

На рентгенограмме органов грудной клетки патологии не выявлено.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.

2. С какими заболеваниями нужно дифференцировать данную патологию?

3. Какие лечебные мероприятия необходимо провести пациенту?

4. По какой группе диспансерного учѐта подлежит наблюдению больной М. и почему?

5. Назначьте режим химиотерапии и схему этиотропного лечения больного. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

65

**Ситуационная задача 59 [K000237]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

При массовом флюорографическом обследовании населения у больного были выявлены единичные очаговые тени в области верхушки правого лѐгкого. Врач-рентгенолог оценил эти очаги как остаточные изменения после перенесѐнного туберкулѐза и не вызвал больного на дообследование. Через 4 месяца этот больной обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, недомогание, субфебрильную температуру по вечерам, потливость, особенно в ночное время, кашель с небольшим количеством слизистой мокроты. При рентгенологическом обследовании в верхней доле правого лѐгкого от верхушки до III ребра обнаружены множественные очаговые тени полиморфного характера, местами сливающиеся между собой, и несколько полостей распада размерами до 2 см в диаметре. В мокроте методом люминесцентной микроскопии обнаружены микобактерии туберкулѐза.

**Вопросы:**

1. Своевременно ли выявлено заболевание у данного больного? Обоснуйте свой ответ.

2. Правильно ли поступил врач-рентгенолог после обнаружения очагов у больного 4 месяца назад? Обоснуйте свой ответ.

3. Какие мероприятия необходимо было провести в то время?

4. Сформулируйте клинический диагноз.

5. Какие лечебные мероприятия необходимо провести этому больному? Обоснуйте свой ответ. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

66

**Ситуационная задача 60 [K000239]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной Б. 24 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры до 38,5 °С, кашель со скудной мокротой слизистого характера, преимущественно по утрам, одышку в покое, ночные поты. Имеет контакт с больным туберкулѐзом отцом.

Болен в течение 10 дней, когда после переохлаждения повысилась температура, появилась слабость, одышка в покое.

После рентгенологического обследования выявлена патология в лѐгких. Направлен в пульмонологическое отделение с диагнозом «внебольничная двусторонняя очаговая пневмония».

При осмотре: кожные покровы бледные, румянец щѐк, периферические лимфоузлы не увеличены. При перкуссии над лѐгкими тимпанит, дыхание ослабленное, хрипов нет.

Общий анализ крови: эритроциты - 3,3×1012/л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - 11,8×109/л, эозинофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 14%, сегментоядерные нейтрофилы - 52%, лимфоциты - 18%, моноциты - 12%, СОЭ - 30 мм/час.

Общий анализ мочи: соломенно-жѐлтая, прозрачная, кислая, удельный вес - 1017, белок – 0,066‰, эпителий плоский - 2-3 в поле зрения, лейкоциты - 5-6 в поле зрения.

Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л – отрицательная. Анализ мокроты на МБТ методом люминесцентной микроскопии – МБТ не обнаружены.

Рентгенологически: в лѐгких определяется тотальная мелкоочаговая диссеминация, очаги размерами 2-3 мм, расположены периваскулярно, средней интенсивности, с чѐткими контурами, без склонности к слиянию.

Терапия антибиотиками широкого спектра действия в течение двух недель эффекта не дала.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз у пациента.

2. Дайте обоснование поставленному Вами диагнозу.

3. Какие ещѐ заболевания протекают с подобной рентгенологической картиной?

4. Какие методы микробиологической диагностики можно использовать в данном случае?

5. Составьте план лечения пациента и обоснуйте свой выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

67

**Ситуационная задача 61 [K000240]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной П. 44 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на кашель с прожилками крови, который появился неделю назад на фоне полного благополучия.

Ранее ничем не болел. ФГ ежегодно, последняя - год назад, на дообследование не вызывали. Отмечает контакт с больным туберкулѐзом на работе в рефрижераторном депо во время длительной командировки.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. В лѐгких дыхание везикулярное, справа над лопаткой на ограниченном пространстве выслушиваются единичные влажные хрипы. ЧДД - 19 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 80 ударов в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст.

Общий анализ крови: эритроциты - 4,0×1012/л, гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - 9,7×109/л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 59%, лимфоциты - 24%, моноциты - 8%, СОЭ - 22 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-жѐлтый, удельный вес - 1010, реакция кислая, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий пл. - 1-2 в поле зрения.

В общем анализе мокроты: цвет - кровянистый, эритроциты - покрывают все поле зрения, лейкоциты - единичные, свежие эластические волокна - единичные. При бактериоскопии преобладают кокки. МБТ в мокроте бактериоскопически с окраской по Цилю-Нильсену не выявлены. Диаскинтест - инфильтрат 12 мм.

ФОГ гр. клетки – справа в верхней доле определяется участок инфильтрации средней интенсивности неправильно округлой формы до 5 см в диаметре, без чѐтких контуров, неоднородной структуры за счѐт просветления около 1 см в диаметре в центре, с «дорожкой» к корню. Корни структурны. Синусы свободны. Сердечно-сосудистая тень без особенностей.

Больной был направлен к врачу-фтизиатру на консультацию.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз у пациента.

2. Дайте обоснование поставленному Вами диагнозу.

3. Назовите заболевания, с которыми нужно проводить дифференциальную диагностику.

4. Перечислите клинико-рентгенологические типы инфильтратов. Определите тип инфильтрата у данного больного.

5. Составьте план лечения данного больного и обоснуйте свой выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

68

**Ситуационная задача 62 [K000241]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина П. 24 лет обратился в поликлинику с жалобами на тянущие боли в правой половине грудной клетки, сухой кашель, повышение температуры до 38 °С, слабость.

Считает себя больным в течение месяца, когда впервые после переохлаждения появились указанные симптомы. Лечился домашними средствами. Состояние не улучшалось. Контакт с больным туберкулѐзом отрицает. Последняя ФОГ год назад – на дообследование не вызывали.

При обследовании правая половина грудной клетки несколько отстаѐт в акте дыхания, а при перкуссии определяется притупление перкуторного звука в нижних отделах. При аускультации здесь же дыхание не прослушивается. ЧДД - 20 в минуту. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, акцент II тона над лѐгочной артерией слева. ЧСС - 86 в минуту.

Общий анализ крови: эритроциты - 4,8×1012/л, гемоглобин – 141 г/л, лейкоциты - 11,7×109/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 67%, лимфоциты - 13%, моноциты - 8%, СОЭ - 40 мм/час.

Общий анализ мочи: соломенно-жѐлтый, удельный вес - 1012, белка нет, сахар отр., реакция кислая, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий плоский - 1-2 в поле зрения.

На обзорной рентгенограмме грудной клетки в нижних отделах справа определяется интенсивное гомогенное затемнение с косой верхней границей от уровня переднего отрезка IV ребра до диафрагмы. Небольшое смещение средостения влево.

Больной направлен в лѐгочно-хирургическое отделение областного туберкулѐзного диспансера, где ему произведена торакоскопия с биопсией плевры. При этом эвакуировано около 2 литров плевральной жидкости соломенно-жѐлтого цвета. Визуально париетальная плевра инъецирована, с наложением фибрина и мелкими белесоватыми бугорками. Гистологически обнаружены гранулѐмы с казеозным некрозом, окружѐнные валом эпителиоидных клеток, среди которых встречаются клетки Лангханса и фуксинофильные палочки.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз у пациента.

2. Дайте обоснование поставленному Вами диагнозу.

3. Назовите заболевания, с которыми нужно проводить дифференциальную диагностику.

4. Определите трудоспособность пациента.

5. Составьте план лечения данного больного и обоснуйте свой выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

69

**Ситуационная задача 63 [K000242]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная С. 21 года в течение двух недель отмечает слабость, сонливость, повышенную раздражительность, потерю аппетита, субфебрилитет. Также отмечается непостоянная головная боль без чѐткой локализации, не снимаемая анальгетиками, рвота, не связанная с приѐмом пищи, без предшествующей тошноты.

Обратилась за медицинской помощью в поликлинику по месту жительства. После проведѐнного обследования врачом-терапевтом участковым выставлен диагноз «ОРВИ, средней степени тяжести». Назначена симптоматическая терапия (жаропонижающие, антигистаминные препараты, витаминотерапия) с повторной явкой на приѐм через три дня. На фоне проводимого лечения состояние больной резко ухудшилось: нарастала интенсивность головной боли, температура повысилась до 39 °С, стали отмечаться спонтанно возникающие и быстро исчезающие красные пятна на лице и груди.

Учитывая вышеперечисленные клинические симптомы и течение заболевания, врачом-терапевтом участковым назначена консультация врача-невролога. При исследовании неврологического статуса выявлены положительные менингиальные симптомы, расширение зрачка, расходящееся косоглазие. Для дальнейшего обследования доставлена в инфекционное отделение.

При проведении спинномозговой пункции обнаружено: повышенное давление (жидкость вытекает струѐй), цитоз – 200 клеток (нейтрофилы – 10%, лимфоциты – 90%), хлориды – 70 ммоль/л, сахар – 0,6 ммоль/л, белок – 1,2 г/л. Методом ПЦР в ликворе обнаружены МБТ.

В общем анализе крови: эритроциты - 3,5×1012/л, гемоглобин - 115 г/л, лейкоциты - 9,4×109/л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 61%, лимфоциты - 17%, моноциты – 12%, СОЭ – 22 мм/час.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз у пациента.

2. Какая пара черепно-мозговых нервов поражена у больной? Какие ещѐ черепно-мозговые нервы могут поражаться при данном заболевании?

3. Назовите изменения в ликворе, подтверждающие этиологию заболевания.

4. Назовите заболевания, с которыми нужно проводить дифференциальную диагностику.

5. Составьте план лечения данной больной и обоснуйте свой выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

70

**Ситуационная задача 64 [K000243]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

В приѐмный покой многопрофильного стационара доставлен мужчина 26 лет с жалобами на повышение температуры до 39 °С, боли в грудной клетке, кашель с мокротой с примесью крови. Профессия – учитель в школе.

Из анамнеза: в течение 4 месяцев постепенно нарастала слабость, снижение аппетита, похудание. В прошлом году имел туберкулѐзный контакт с родственником. Ухудшение 3 дня назад: повышение температуры, кашель.

При осмотре: состояние средней тяжести. Истощѐн. Кожные покровы бледные, акроцианоз. При кашле сплѐвывает кровь, выделено 30-40 мл крови. Одышка, ЧД - 30 в минуту в покое. Правая половина грудной клетки отстаѐт в акте дыхания. Укорочение перкуторного звука над верхней долей правого лѐгкого. Там же бронхиальное дыхание, мелко- и среднепузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены. Печень на 1 см выступает из-под края рѐберной дуги. В остальном – без особенностей.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 95 г/л, эритроциты – 3,8×1012/л, лейкоциты – 15,0×109/л, палочкоядерные нейтрофилы - 14%, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, эозинофилы – 1%, моноциты – 7%, лимфоциты – 8%, СОЭ – 45 мм/ч. В анализе мокроты – кислотоустойчивые палочки.

Обзорная рентгенограмма грудной клетки: в верхней доле правого лѐгкого – массивная неоднородная инфильтрация с множественными полостями распада. Очаги обсеменения в нижних отделах обоих лѐгких.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте предварительный диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести?

5. Назовите осложнение данного заболевания, требующее неотложных мероприятий. Назначьте и обоснуйте лечение. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

71

**Ситуационная задача 65 [K000245]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 35 лет выявлена при профилактическом ФЛГ-обследовании.

Из анамнеза: хронические заболевания – тиреоксикоз, у врача-эндокринолога наблюдается нерегулярно. Условия жизни благополучные, профессиональных вредностей нет, работает продавцом-консультантом. В прошлом 1,5 года назад имел место туберкулѐзный контакт с коллегой по работе, профилактические мероприятия не проводились. Профилактическая ФЛГ не делалась 3 года.

Жалоб не предъявляет, симптомы интоксикации отсутствуют. Перкуторно, аускультативно изменений нет.

Микроскопия мокроты на МБТ – отр.

Иммунодиагностика: проба Манту 2 ТЕ – р. 12 мм, ДСТ – р. 4 мм

Рентген - томографически: в верхней доле левого лѐгкого субплеврально определяется неоднородное ограниченное затемнение округлой формы размерами 1,5×2,0 см.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте предварительный диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие основные методы лечения рекомендуются?

5. Определите сроки нетрудоспособности пациентки. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

72

**Ситуационная задача 66 [K000246]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Молодой человек 18 лет обратился в поликлинику с жалобами на повышенную утомляемость, снижение аппетита, похудание, непостоянный субфебрилитет, навязчивый кашель. Эти симптомы появились после ОРВИ и усиливались в течение 1,5 месяцев, несмотря на противокашлевую и антибактериальную терапию. Ухудшение самочувствия в течение последней недели: повышение температуры до 38 °С, усиление кашля с мокротой, появление одышки. Профилактическая флюорография 2 года назад, обнаружены единичные очаги Гона.

Из анамнеза: контакт с больным туберкулѐзом отцом, умершим от туберкулѐза 1 год назад. В противотуберкулѐзном диспансере никогда не наблюдался. Противоэпидемические мероприятия в очаге не проводились. Условия жизни неблагополучные, живет с матерью в коммунальной квартире. Курит в течение 5 лет.

Объективно: состояние средней тяжести, масса тела - 50 кг, выражены симптомы интоксикации, ЧД – 30 в минуту, бледность, акроцианоз. Перкуторно – укорочение звука в верхних и средних отделах, непостоянные влажные хрипы над всеми лѐгочными полями.

Рентгенологически: очаговая диссеминация по всем лѐгочным полям с обеих сторон, преимущественно в верхних и средних отделах. Контуры очагов нечѐткие, очаги сливаются в фокусные тени, с участками просветления.

Был госпитализирован во фтизиатрический стационар.

Иммунодиагностика: проба Манту 2 ТЕ – папула 12 мм, Диаскинтест – папула 10 мм.

Исследование мокроты на МБТ микроскопически – отр. Посев методом BACTEC - рост МБТ, устойчивых к рифампицину и изониазиду. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

73

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.

2. Обоснуйте диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие необходимые профилактические мероприятия не были проведены данному больному?

5. Какие особенности будет иметь специфическая химиотерапия у данного больного? Ответ обоснуйте. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

74

**Ситуационная задача 67 [K000247]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной 20 лет, студент, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, одышку, повышение температуры до 39 °С.

Анамнез: в течение трѐх месяцев отмечал повышенную утомляемость, слабость, похудание, повышение температуры до субфебрильных цифр, колющие боли под левой лопаткой, которые расценивались как невралгия. Самочувствие ухудшилось резко после переохлаждения, появились кашель без мокроты, одышка при небольшой нагрузке, боли и тяжесть в грудной клетке, связанные с дыханием, повысилась температура. Год назад имел контакт с родственником, больным туберкулѐзом с МБТ (+).

При осмотре: состояние средней тяжести. Бледность, одышка с ЧД – 30 в минуту в покое. Пульс - 110 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца чистые. Левая половина грудной клетки отстаѐт в акте дыхания, межрѐберные промежутки сглажены. Отмечается укорочение перкуторного звука над нижними отделами левого лѐгкого, голосовое дрожание ослаблено, дыхание в этих отделах не прослушивается. Со стороны органов брюшной полости - без особенностей.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - 4,8×1012/л, лейкоциты - 5,0×109/л, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 66%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 18%, моноциты - 7%, СОЭ - 35 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии. R-Манту с 2 ТЕ: папула 17 мм. Диаскинтест - папула 15 мм.

Обзорная рентгенограмма грудной клетки: отмечается гомогенное затенение нижних отделов левого лѐгочного поля и реберно-диафрагмального синуса. Затенение имеет косую верхнюю границу, идущую сверху вниз и снаружи внутрь. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

75

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Обоснуйте предположительный диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие лабораторные данные исследования плевральной жидкости будут в пользу туберкулѐзной этиологии плеврита у этого больного?

5. Назначьте режим химиотерапии при отсутствии обнаружения МБТ в патологическом материале. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

76

**Ситуационная задача 68 [K000248]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 53 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на изжогу, боли за грудиной, появляющиеся после еды и физической нагрузки. Отмечает также усиление болей при наклонах и в горизонтальном положении. Из анамнеза известно, что изжога беспокоит около 20 лет. Не обследовалась. Последние 2 месяца появились данные боли за грудиной.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Индекс массы тела (ИМТ) - 39 кг/м2. Кожные покровы обычной окраски, чистые. В лѐгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рѐберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезѐнка не пальпируется.

Данные фиброгастродуоденоскопии: в нижней трети пищевода выявлены эрозии, занимающие около 40% окружности пищевода.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Дайте немедикаментозные рекомендации больному.

5. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

77

**Ситуационная задача 69 [K000251]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 60 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в эпигастрии через 20 минут после еды, рвоту, приносящую облегчение, похудел за месяц на 7 кг. Боли в эпигастрии беспокоят около 2 месяцев.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. В лѐгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю рѐберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезѐнка не пальпируется.

Проведена фиброгастродуоденоскопия: в средней трети желудка язвенный дефект 3 см в диаметре, взята биопсия.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дифференциального диагноза.

4. Составьте план дополнительного обследования.

5. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

78

**Ситуационная задача 70 [K000252]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной 35 лет обратился в поликлинику с жалобами на жидкий стул с примесью крови 5-6 раз в сутки, повышение температуры тела до 37,5 °С, слабость, головокружение, боли в голеностопных, локтевых, плечевых суставах.

Заболел около 2 месяцев назад, когда повысилась температура тела, появились боли в суставах. Проводилось несколько курсов антибактериальной терапии, на фоне чего появился жидкий стул.

Объективно: кожные покровы бледные, чистые. При пальпации живот мягкий, болезненный в подвздошных областях. Печень не выступает из-под края рѐберной дуги. Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Селезѐнка не пальпируется.

В общем анализе крови: эритроциты - 3,2×1012/л, гемоглобин - 61 г/л, лейкоциты - 11×109/л, тромбоциты - 350×109/л, СОЭ - 30 мм/ч.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дифференциального диагноза.

4. Составьте план дополнительного обследования.

5. Сформулируйте и обоснуйте план лечения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

79

**Ситуационная задача 71 [K000254]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная Б. 38 лет предъявляет жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, эпизоды удушья, возникающие в горизонтальном положении, отѐки голеней и стоп. В возрасте 17 лет был выявлен ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана.

При осмотре: состояние тяжелое. Акроцианоз. Отѐки голеней и стоп. ЧДД - 24 в минуту. При сравнительной перкуссии лѐгких справа ниже угла лопатки отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации ослабленное везикулярное дыхание, в нижних отделах - небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Левая граница сердца - на 3 см кнаружи от среднеключичной линии в VI межреберье. Аускультативная картина соответствует имеющемуся пороку. Ритм сердечных сокращений неправильный, ЧСС - 103 удара в минуту. АД - 110/65 мм рт. ст. Живот увеличен в объѐме за счѐт ненапряжѐнного асцита, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 13×12×10 см. Печень выступает из-под края рѐберной дуги на 3 см, край еѐ закруглѐн, слегка болезненный.

На ЭКГ ритм неправильный, зубцы P отсутствуют.

**Вопросы:**

1. Выделите ведущий синдром.

2. Установите предварительный диагноз.

3. Наметьте план обследования пациента на первом этапе.

4. Определите тактику лечения.

5. К какому специалисту необходимо направить пациентку и с какой целью? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

80

**Ситуационная задача 72 [K000256]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной Л. 16 лет предъявляет жалобы на головные боли, носовые кровотечения, боли в ногах после длительной ходьбы.

При осмотре отмечается гиперстеническая конституция больного, развитый плечевой пояс, гиперемия лица. Пульс на лучевой артерии напряжѐн, ритмичный с частотой 64 в минуту, симметрично с обеих сторон. Левая граница сердца на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ясные, на всех точках аускультации выслушивается грубый систолический шум, проводящийся на сосуды шеи и в межлопаточное пространство, акцент II тона на аорте. АД на плечевой артерии - 170/110 мм рт. ст., на бедренной артерии - 150/80 мм рт.ст. с обеих сторон.

**Вопросы:**

1. Выделите и обоснуйте ведущий синдром.

2. Установите предварительный диагноз.

3. Наметьте план обследования пациента на первом этапе.

4. Определите круг дифференциального диагноза.

5. Определите тактику лечения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

81

**Ситуационная задача 73 [K000257]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная А. 38 лет поступила по скорой помощи в приѐмное отделение стационара с жалобами на пульсирующую головную боль, сопровождающуюся чувством сдавления головы, сердцебиением, потливостью, ознобом. За последние 6 месяцев отмечает похудание на 4 кг. Измеряла АД нерегулярно. В анамнезе за последние 8 месяцев - частые гипертонические кризы, купировавшиеся врачами скорой помощи (препараты не помнит). Постоянно гипотензивной терапии не принимала, но при повышениях АД свыше 170/100 мм рт. ст. принимала Каптоприл 25 мг внутрь без выраженного эффекта.

При осмотре: АД – 220/130 мм рт. ст., ЧСС – 180 ударов в минуту. Температура тела - 37,8 °С, бледность кожных покровов, тремор, похолодание кистей рук, светобоязнь. Отмечалось кратковременное синкопальное состояние. Проведена терапия внутривенным медленным введением препарата Урапидил со снижением АД в течение часа до 160/90 мм рт. ст.

**Вопросы:**

1. Выделите ведущие синдромы.

2. Установите предварительный диагноз.

3. Наметьте план обследования пациентки на первом этапе.

4. Определите круг дифференциального диагноза.

5. Определите тактику лечения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

82

**Ситуационная задача 74 [K000288]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Пациент 45 лет, по профессии программист, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распирания в эпигастральной области после приѐма пищи, изжогу, отрыжку кислым, тошноту.

Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трѐх лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию).

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ - 32,0 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

ЭФГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют чѐткие границы, гиперемированы, отѐчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие Н. pylori – положительный.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Необходимо ли взять пациента на диспансерный учѐт? Что нужно назначить пациенту в качестве профилактической терапии «по требованию» при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

83

**Ситуационная задача 75 [K000304]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

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 приѐма 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 приѐма препаратов железа? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

84

**Ситуационная задача 76 [K000305]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Пациент Н. 65 лет обратился в поликлинику с жалобами на ухудшение в течение последних 2 недель состояния: повышение артериального давления до 150/100 мм рт. ст., слабость, потливость, ноющие боли в поясничной области, повышение температуры до 37,8 °С к вечеру, небольшая пастозность век и лица по утрам.

В течение последних 2 месяцев принимает Диклофенак в дозе 150 мг в сутки от болей в суставах (страдает остеоартрозoм).

Анализ крови: СОЭ - 30 мм/ч, лейкоциты - 6500, Нв - 112 г/л.

Анализ мочи: светло-жѐлтаяж, прозрачная, 1003, кислая; белок - 0,33%; эритроциты - 5-6 в поле зрения; лейкоциты - 10 в поле зрения.

**Вопросы:**

1. В чѐм возможная причина этих клинических проявлений?

2. Какие дополнительные исследования для уточнения диагноза Вы назначите?

3. Какие будут Ваши рекомендации до получения результатов дообследования?

4. Какие возможны побочные эффекты при приѐме нестероидных противовоспалительных препаратов?

5. Какую группу антигипертензивных препаратов Вы назначите этому пациенту, учитывая возможный приѐм нестероидных противовоспалительных средств? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

85

**Ситуационная задача 77 [K000307]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

У больной 35 лет, находившейся на лечении в урологическом отделении по поводу мочекаменной болезни, повысилась температура до 39 ºС, 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 ß-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, отѐк Квинке, в связи с чем препарат отменѐн. Предложите замену препарата.

5. Какой длительности должен быть курс антибиотикотерапии при осложнѐнном пиелонефрите? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

86

**Ситуационная задача 78 [K000308]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больному 60 лет поставлен диагноз «эндокринная офтальмопатия, активная стадия средней степени тяжести». Болеет гипертонической болезнью 15 лет, гипертонические кризы с проявлениями сердечной астмы. Постоянно получает гипотензивную терапию: Периндоприл 5 мг утром, Амлодипин 10 мг вечером, АД поддерживается на уровне 130-140/80-85 мм рт. ст. По поводу частых вертебральных болей принимает периодически Диклофенак по 50-100 мг по необходимости. Масса тела - 65 кг.

**Вопросы:**

1. Что является препаратом выбора при активной офтальмопатии активной стадии?

2. Как распределить суточную дозу препарата 1 мг/кг, и каковы меры контроля безопасности?

3. На 4 день ГКС-терапии АД стало чаще превышать 140/95 мм рт. ст., были отмечены эпизоды гипертонического криза с сердечной астмой. Что нужно предпринять?

4. Какие лекарственные препараты необходимо назначить для профилактики стероидного остеопороза?

5. Что нужно предпринять для профилактики ульцерогенного действия? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

87

**Ситуационная задача 79 [K000309]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больному 52 лет поставлен диагноз «ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия напряжения стабильная, ФК II». С 30 лет страдает атопической бронхиальной астмой средней тяжести. В качестве базисной терапии получает Серетид ингаляционно. Приступы астмы купируются Сальбутамолом. По поводу ИБС начал получать Метопролол по 25 мг 2 раза в день. На второй день начала приѐма Метопролола у больного участились приступы астмы, наблюдается снижение пиковой объѐмной скорости выдоха.

**Вопросы:**

1. Предположите причину учащения приступов астмы и снижения пиковой скорости выдоха.

2. Предположите альтернативные антиангинальные препараты в данной ситуации.

3. Какие нежелательные эффекты может вызвать Верапамил?

4. При ЭХО-кардиографии у больного обнаружена фракция выброса 35%. Верапамил отменѐн. Предложите антиангинальную терапию.

5. Бисопролол также обладает отрицательным инотропным действием. Будет ли латентная сердечная недостаточность противопоказанием к применению Бисопролола? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

88

**Ситуационная задача 80 [K000310]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

У больного 30 лет хронический остеомиелит. Из отделяемого свища высеян возбудитель – золотистый стафилококк, метициллин-резистентный (MRSA).

**Вопросы:**

1. Предложите антибиотик 1 ряда для лечения остеомиелита, укажите его дозировку.

2. На 3 день лечения антибактериальным препаратом клинический эффект отсутствует. Предположите причину отсутствия эффекта, тактику ведения пациента.

3. Предложите альтернативные антибиотики в данной ситуации.

4. Какова оптимальная тактика антибактериальной терапии в данной ситуации?

5. Через 2 дня после начала применения антибактериального препарата появилась кожная сыпь, в связи с чем начали вводить Цефтаралин, через 3 недели препарат отменѐн, ещѐ через неделю состояние ухудшилось (открытие свища, температура 37,5°С, анорексия). Объясните причину ухудшения и предложите дальнейшую тактику лечения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

89

**Ситуационная задача 81 [K000311]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной 65 лет с диагнозом «гипертоническая болезнь II степени, ИБС, стенокардия напряжения стабильная, ФК II, гиперлипидемия (ОХС – 6 ммоль/л, ЛПНП – 4 ммоль/л, ЛПВП – 1,0 ммоль/л), хроническая сердечная недостаточность (ХСН) II стадия, ФК II». АД – 135/95 мм рт. ст., имеется фибрилляция предсердий, постоянная форма, ЧСЖ – 85 ударов в минуту.

Больной получает лечение: Эналаприл по 5 мг 2 раза, Нифедипин по 10 мг 2 раза, Изосорбитадинитрат пролонгированный 40 мг 2 раза, Гипотиазид 25 мг 1 раз утром, Дигоксин 0,25 мг 1 раз в сутки, Верапамил по 120 мг 3 раза. Состояние больного не улучшается.

**Вопросы:**

1. Оцените обоснованность получаемых препаратов.

2. Какая группа препаратов является важнейшей при ИБС, ХСН и фибрилляции предсердий?

3. Какие осложнения возможны при постоянной форме фибрилляции предсердий? Какие меры профилактики должны быть предприняты?

4. Какой антикоагулянт необходим? Каковы меры контроля эффективности и безопасности?

5. Каковы меры по борьбе с гиперлипидемией у больного? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

90

**Ситуационная задача 82 [K000314]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной К. 45 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на головокружение, перебои в работе сердца, мелькание «мушек» перед глазами. В течение 5 лет страдает гипертонической болезнью, эпизодически при повышении АД принимает Каптоприл. Сегодня после тяжѐлой физической нагрузки (поднял шкаф на 2 этаж) появилось подобное состояние.

Объективно: кожные покровы лица и верхней половины туловища гиперемированы. Тоны сердца аритмичные, ЧСС – 120 ударов в минуту, частые экстрасистолы. АД – 180/100 мм рт. ст. В лѐгких дыхание проводится во все отделы, хрипов не слышно, ЧД – 18 в минуту.

Периферических отѐков нет. На ЭКГ: синусовый ритм, прерываемый частыми предсердными экстрасистолами, признаки гипертрофии левого желудочка, ЧСС – 120 ударов в минуту.

**Вопросы:**

1. Выделите ведущие клинические синдромы.

2. Поставьте диагноз.

3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

4. Выберите препараты для купирования гипертонического криза у данного больного. Обоснуйте свой выбор.

5. Определите плановое лечение гипертонической болезни у данного больного. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

91

**Ситуационная задача 83 [K000317]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная В. 38 лет обратилась за консультацией к врачу-терапевту участковому с жалобами на появление участков покраснения в области передней поверхности левого бедра, правого плеча, боль в левом тазобедренном суставе.

Анамнез болезни: врачом выяснено, что заболела четыре месяца назад, когда обнаружила красное пятно на передней поверхности левого бедра, которое в течение 2–3 дней резко увеличивалось в размере. В области эритемы отмечался лѐгкий зуд, общее самочувствие не нарушалось. Проводилось обследование у врача-дерматолога, получала местное лечение (препараты назвать затрудняется), принимала антигистаминные средства, улучшения не отмечалось. Через три месяца подобное изменение на коже появилось на правом плече. Через четыре месяца появилась боль в левом тазобедренном суставе. Боль в суставе выраженная, трудно было ходить, по поводу чего больная проходила обследование и лечение в ревматологическом отделении, без улучшения. Направлена на консультацию к врачу-инфекционисту.

Эпидемиологический анамнез: за 12 дней до появления эритемы на бедре была в лесу, на следующий день обнаружила присосавшегося клеща на передней поверхности левого бедра, которого удалила пинцетом.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, выявлен участок гиперемии кольцевидной формы 25 см в диаметре на передней поверхности левого бедра и 15 см на правом плече, с интенсивно красными и поднимающимися над непоражѐнной кожей краями, в центре эритема бледная. Местного повышения температуры, болезненности в области эритемы нет. Над левым тазобедренным суставом отѐка, гиперемии нет.

В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.

4. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в качестве этиотропной терапии? Определите курс лечения. Обоснуйте свой выбор.

5. Назовите методы профилактики данного заболевания. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

92

**Ситуационная задача 84 [K000318]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Пациентка И. 35 лет обратилась в поликлинику по месту жительства на 9 день болезни с жалобами на сыпь по всему телу, осиплость голоса, грубый «лающий» кашель, затруднѐнное шумное дыхание, плохой аппетит.

Анамнез заболевания: заболела остро 6 апреля: на фоне повышенной температуры тела (38,0–39,0 °С) возникли катаральные проявления (выделения из носа, покраснение глаз, кашель, светобоязнь). В связи с чем, получала амбулаторное лечение с диагнозом «острая респираторная вирусная инфекция».

10 апреля температура тела регистрировалась на значениях - 39,2 °С, на лице появилась ярко-розовая пятнисто-папулѐзная сыпь, которая далее 11 и 12 апреля распространилась на туловище и конечности, температура тела оставалась высокой. Женщина жаловалась на вялость, сонливость. В ночь с 14 апреля на 15 апреля состояние больной ухудшилось: появилась осиплость голоса и грубый «лающий» кашель. В связи с ухудшением состояния обратилась в поликлинику, откуда после осмотра заведующим терапевтическим отделением была направлена на стационарное лечение в инфекционную больницу.

Эпидемиологический анамнез: находилась в командировке в Турции и 2 недели назад вернулась из поездки.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. На коже рук и ног отмечается крупно-пятнистая сыпь в стадии пигментации. На лице кожа шелушится.

В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, 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. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон.

**Вопросы:**

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?

2. Как можно обосновать диагноз в данном случае?

3. Как можно подтвердить диагноз?

4. Какие этиотропные препараты используются при данной инфекции?

5. Как осуществляется профилактика данной патологии? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

93

**Ситуационная задача 85 [K000320]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной М. 27 лет обратился к врачу-терапевту участковому на 2 день болезни с жалобами на сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, общую слабость, отсутствие аппетита, частый сухой кашель, заложенность носа и незначительные выделения из носа, чувство першения и царапанье за грудиной.

Анамнез заболевания: заболел 15 января в первой половине дня, когда почувствовал озноб, повысилась температура до 39,0°С, появилась головная боль в области лба, боль при движении глазными яблоками. Ночью не спал, озноб сменялся чувством жара. На следующий день появился сухой кашель, заложенность носа, чувство першения за грудиной, температура повысилась до 39,5 °С, головная боль усилилась.

Эпидемиологический анамнез: за 2 дня до заболевания навещал друзей в общежитии, среди которых были лица с подобными симптомами.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Лицо одутловатое, несколько гиперемировано. На теле сыпи нет. Носовое дыхание затруднено. В зеве разлитая яркая гиперемия задней стенки глотки и еѐ зернистость, отмечаются единичные кровоизлияния на слизистой мягкого нѐба. В лѐгких – жѐсткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 102 удара в минуту, ритмичный, АД – 115/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезѐнка не увеличены.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план лабораторного обследования больного для верификации диагноза.

4. Какие противовирусные препараты Вы бы рекомендовали пациенту? Назовите механизм их действия на вирусы гриппа. Обоснуйте свой выбор.

5. Кто подлежит обязательной вакцинации против гриппа? Назовите современные вакцины для профилактики гриппа. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

94

**Ситуационная задача 86 [K000321]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной М. 16 лет направлен с приѐма в поликлинике в инфекционную больницу 20 августа с жалобами на плохой аппетит, ноющие боли в правом подреберье, потемнение мочи, желтушную окраску кожи и склер.

Анамнез болезни: заболел 14 августа, когда повысилась температура до 38 °С, появилась головная боль, тошнота, двукратная рвота. Все последующие дни сохранялась температура в пределах 37,6–38 °С, беспокоила общая слабость, головная боль, тошнота, плохой аппетит. 19 августа заметил потемнение мочи и посветление кала. 20 августа появилась желтушность кожи и склер.

Эпидемиологический анамнез: живѐт в студенческом общежитии, в комнате 4 человека. Периодически питается в столовой по месту учѐбы.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Температура 37,5 °С. Кожные покровы и склеры умеренно желтушны, сыпи нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс – 64 удара в минуту, АД – 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налѐтом. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рѐберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется селезѐнка. Поколачивание по поясничной области отрицательное с обеих сторон.

Биохимические показатели: билирубин общий – 160 ммоль/л, прямой – 102 ммоль/л, непрямой – 58 ммоль/л, АлТ – 640 МЕ/л, АсТ – 488 ммоль/л, щѐлочная фосфатаза – 102 ед, протромбиновый индекс – 60%.

В анализе мочи определяются желчные пигменты.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Тактика ведения пациента. Обоснуйте свой выбор.

5. Назовите методы профилактики данного заболевания. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

95

**Ситуационная задача 87 [K000323]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной Е. 32 года, бизнесмен, госпитализирован на 2 день болезни с диагнозом «грипп, гипертоксическая форма». Заболевание началось остро, даже внезапно. На фоне нормального самочувствия появился озноб, заболела голова, повысилась температура тела до 40,2 ºС. Отмечал светобоязнь, лежал с закрытыми глазами, просил выключить телевизор. Вечером была дважды рвота, сохранялась «пульсирующая» головная боль. Утром следующего дня самочувствие ухудшилось: не понимал, где находится, стремился пойти на работу, при попытке встать упал.

При поступлении состояние тяжѐлое, сознание затемнено. Дезориентирован, но отзывается на своѐ имя, жалуется на сильную головную боль. Температура тела 39,2 °С. Лицо очень бледное. На коже живота, ягодиц и нижних конечностей мелкая звѐздчатая сыпь сине-фиолетового цвета, имеются также петехиальные элементы на руках. Резко выражены ригидность затылочных мышц и симптом Кернига. Пульс – 116 ударов в минуту, ритмичный, АД – 130/90 мм рт. ст. Тоны сердца ясные. При спинномозговой пункции получена под высоким давлением мутная жидкость с высоким нейтрофильным (99%) плеоцитозом – 15400 кл/мл; белок – 2,64 г/л; реакция Панди (++++).

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Укажите план лечения данного пациента.

5. Через 1 месяц у больного жалобы на умеренную слабость, умеренную головную боль, снижение работоспособности, иногда головокружение. Миндалины не увеличены, налѐтов нет. АД – 100/60 мм рт. ст., пульс – 76 ударов в минуту. Контрольный бактериальный посев мазка из ротоглотки и из носа отрицательный. В общем анализе мочи повышение СОЭ – 26 мм/час. Какова дальнейшая тактика ведения пациента? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

96

**Ситуационная задача 88 [K000324]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

У студента, навестившего больного товарища, на 2 сутки появились озноб, температура тела 39,1 °С, сильная головная боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, тошнота, слабость, отсутствие аппетита. К концу 1 дня болезни появились заложенность носа, першение в горле, сухой надсадный кашель с болями за грудиной.

При объективном осмотре выявлены гиперемия и одутловатость лица, заложенность носа, в зеве разлитая умеренная гиперемия задней стенки глотки и еѐ зернистость. В лѐгких – жѐсткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 102 ударов в минуту, ритмичный, АД – 115/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезѐнка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Укажите план лечения данного пациента.

5. Через 1 месяц у больного жалоб нет. Состояние и самочувствие хорошее. Ваша дальнейшая тактика по ведению данного пациента. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

97

**Ситуационная задача 89 [K000325]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной Н. 23 лет обратился в поликлинику на 3 день болезни. Заболел 2 июня остро, когда появились общая слабость, озноб, ломота в теле, повысилась температура тела до 38,3 °С, возникли приступообразные боли в нижней части живота. Стул 6 раз в сутки, в начале обильный, затем скудный, кашицеобразный, с примесью слизи. 3 июня самочувствие оставалось плохим. Температура тела держалась на уровне 38,5 °С, головная боль, ломота в теле сохранялись, беспокоили боли в животе, больше слева, стул оставался частым (10-12 раз в сутки). Днѐм 4 июня заметил кроме слизи, скудные прожилки крови в испражнениях, иногда отмечал отсутствие стула при болезненных позывах к дефекации. Обратился к врачу. Врач выяснил, что больной живет в общежитии для рабочих. Приехал из другого города, работает строителем по найму. Накануне заболевания употреблял немытые фрукты, купленные на рынке.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 38,1 °С, лицо бледное. Кожные покровы чистые, сухие, теплые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, одышки нет. Тоны сердца слегка приглушены, пульс - 92 удара в минуту, удовлетворительного наполнения, не напряжѐн. АД - 110/60 мм рт. ст. Язык обложен белым налѐтом, суховат. Живот мягкий, болезненный в области спазмированной сигмовидной кишки. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице отрицателен с обеих сторон. Диурез нормальный.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Укажите план лечения данного пациента.

5. Через 1 месяц у больного жалоб нет. Состояние и самочувствие хорошее. Какова Ваша дальнейшая тактика? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

98

**Ситуационная задача 90 [K000337]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной Т. 21 года обратился в поликлинику на 5 день болезни с жалобами на головную боль в лобной области, небольшое головокружение, светобоязнь, озноб, заложенность носа с обильными слизисто-серозными выделениями из носовых ходов.

Заболевание началось остро: температура тела поднялась до 38 °С, появились умеренная головная боль, боли в глазных яблоках, светобоязнь, слезотечение, жжение в глазах, сильный насморк, боли в горле при глотании. На следующий день и все последующие дни температура тела до 40 °С. Заболевание связывает с переохлаждением.

При осмотре больного температура тела 38 °С, вялый. Общее состояние средней тяжести. Носовое дыхание затруднено, обильные серозно-слизистые выделения из носовых ходов. Веки отѐчны. Конъюнктивы обоих глаз резко гиперемированы. Выявлены умеренная гиперемия дужек, язычка, миндалин и умеренная гиперемия и зернистость задней стенки глотки. Миндалины не увеличены. Пальпируются мягкие, безболезненные подчелюстные, шейные и подмышечные лимфатические узлы. В лѐгких при аускультации жѐсткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Пульс – 102 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца отчѐтливые. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезѐнка не пальпируются. Менингеальных симптомов нет.

Лабораторная диагностика.

Кровь: эритроциты – 3,5×1012/л, Нв – 116 г/л, лейкоциты – 7,8×109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 8%, сегментоядерные – 53%, лимфоциты – 36%, моноциты – 2%.

Моча: без патологии.

Рентгенография грудной клетки – без патологии.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Назовите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.

3. Составьте план обследования.

4. Составьте план лечения.

5. Какова тактика врача-терапевта участкового? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

99

**Ситуационная задача 91 [K000341]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной А. 18 лет, учащийся, заболел 4 дня назад, когда температура тела повысилась до 38 °С, появились слабость, ломота в теле, головная боль.

Врач-терапевт участковый диагностировал острое респираторное заболевание, назначил лечение на дому.

На 5 день болезни температура снизилась, но появилась тѐмная моча, на 6 день - желтушность кожи и склер.

Повторно осмотрен врачом-терапевтом участковым. Направлен в стационар.

При объективном обследовании были отмечены иктеричность кожных покровов и видимых слизистых, адинамия. Язык покрыт густым, белым налѐтом. Живот обычной формы, мягкий, чувствительный в области правого подреберья. Печень увеличена на 3 см, плотно-эластичной консистенции, чувствительная. Селезѐнка не прощупывается. Моча цвета «пива», кал ахоличен.

Одновременно заболело ещѐ несколько учащихся.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Назовите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.

3. Составьте план обследования.

4. Составьте план лечения.

5. Какова тактика врача-терапевта участкового? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

100

**Ситуационная задача 92 [K000345]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная Б. 54 лет вызвала врача-терапевта участкового на дом на 3 день болезни по поводу жалоб на повышение температуры тела до 39 °С, озноб, слабость, головную боль, тошноту, мышечные боли, припухлость и чувство жжения в области правой щеки.

В области правой щеки имеется разлитая гиперемия кожи с неправильными контурами, возникшая впервые. На месте гиперемии имеется отѐк ткани. При пальпации поражѐнного участка умеренно-выраженная болезненность. Тоны сердца приглушены. Пульс – 94 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику между основным и альтернативными заболеваниями.

3. Составьте план обследования.

4. Составьте план лечения.

5. Какова тактика врача-терапевта участкового? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

101

**Ситуационная задача 93 [K000351]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 32 лет, рабочий мясокомбината, обратился с жалобами на упорные боли в пояснице, длительное повышение температуры.

Считает себя больным в течение года. При первичном обращении к врачу-терапевту участковому был поставлен диагноз «грипп».

При обследовании отмечается выраженная болезненность по ходу седалищного нерва, в подкожной клетчатке пояснично-крестцовой области пальпируются плотные болезненные образования вытянутой формы, положительный симптом Лассега, увеличены печень и селезѐнка.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие методы реабилитации Вы рекомендуете пациенту? Обоснуйте свой выбор.

5. Какое этиотропное лечение должен был получить данный пациент при правильной постановке диагноза при первичном обращении за медицинской помощью? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

102

**Ситуационная задача 94 [K000354]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной 32 лет приехал из Узбекистана 7 дней назад. Заболевание началось с повышения температуры до 38 °С, слабости, снижения аппетита. В течение 5 дней температура утром 38 °С, вечером 39 °С, нарастала головная боль, слабость, исчез аппетит, задержка стула, бессонница. При осмотре врачом-терапевтом участковым на 7 день болезни – состояние средней тяжести, температура 38,4 °С, вялый, адинамичный. Кожа бледная, сухая, на коже живота выявлена розеолезная единичная сыпь. В лѐгких без патологии. Тоны сердца приглушены, АД – 90/60 мм рт. ст., пульс – 78 ударов в минуту. Язык обложен густым серым налѐтом у корня, на боковых поверхностях отпечатки зубов. Живот вздут, при пальпации мягкий безболезненный. Пальпируются печень и селезѐнка.

Госпитализирован.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план лабораторной диагностики с целью подтверждения диагноза.

4. Препараты какой группы Вы бы назначили пациенту в составе комбинированной этиотропной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Перечислите патогенетически обусловленные и опасные осложнения при данном заболевании. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

103

**Ситуационная задача 95 [K000356]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Вызов врача-терапевта участкового на дом к больному П. 19 лет по поводу жалоб на резкие схваткообразные боли в животе, частые болезненные позывы на дефекацию (в первые 6 часов заболевания стул невозможно сосчитать), головную боль, головокружение, озноб, повышение температуры до 39 °С. Заболел остро 6 часов назад, когда появились вышеуказанные жалобы. При осмотре: состояние больного тяжѐлое. Вялый, бледный, кожные покровы сухие, чистые. Пульс - 100 ударов в минуту. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, АД - 90/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен серым налѐтом. Живот несколько вздут, при пальпации болезненный по ходу толстой кишки, отмечается отчѐтливая болезненность и спазм сигмовидной кишки. Тенезмы. Стул скудный, бескаловый, в виде комка кровянистой слизи.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план лабораторной диагностики с целью подтверждения диагноза.

4. Препараты каких группы Вы бы назначили пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Перечислите противоэпидемические мероприятия и тактику в отношении членов семьи пациента П., с которыми он проживает: мать - работник пищеблока, сестра - менеджер в офисе и 5-летняя племянница, посещает ДДУ. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

104

**Ситуационная задача 96 [K000358]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной А. 18 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом по поводу жалоб на слабость, повышенную температуру тела. В течение 7 дней головная боль, температура 38 °С, недомогание. Лечился амбулаторно, диагноз «ОРВИ». На 8 день болезни появилась тѐмная моча, окружающие заметили желтушность кожи и склер, в связи с чем госпитализирован.

Объективно: иктеричность кожи и видимых слизистых, адинамия. Отмечает незначительный кожный зуд. Тоны сердца приглушены, пульс – 58 ударов в минуту, АД – 95/60 мм рт. ст. Живот чувствительный при пальпации в области правого подреберья. Печень выступает на 2 см ниже края рѐберной дуги, край эластичный, чувствительный при пальпации. Селезѐнка не пальпируется. Моча цвета «пива», кал обесцвечен. Известно, что «желтухой» заболели ещѐ несколько человек по месту учѐбы.

Госпитализирован.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Перечислите и обоснуйте клинические синдромы периода разгара болезни.

4. Проведите клинико-патогенетические параллели между клиническими и патогенетическими синдромами данного заболевания.

5. Составьте и обоснуйте план лабораторной диагностики. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

105

**Ситуационная задача 97 [K000361]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Вызов врача-терапевта участкового на дом. Больная А. 41 года заболела остро 6 часов тому назад, когда появился «туман и сетка» перед глазами (не смогла читать газету), несколько часов спустя появилось двоение предметов перед глазами. Рвоты, поноса, сухости во рту не было. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Данные офтальмометрии: снижение остроты зрения на оба глаза, диплопия, птоз, мидриаз. Зрачки не реагируют на свет. Тоны сердца приглушены. Пульс ритмичный, 80 ударов в минуту. За 10 часов до заболевания ела маринованные грибы собственного консервирования. Вместе с ней ели грибы муж и мать, у которых развились подобные симптомы.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами основной диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план лабораторной диагностики с целью подтверждения диагноза.

4. Лекарственные препараты каких группы Вы бы назначили пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Перечислите мероприятия в эпидемическом очаге данного заболевания . Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

106

**Ситуационная задача 98 [K000362]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной Р. 30 лет длительно проживавший в Юго-Восточной Азии, обратился с жалобами на постоянную боль в животе, обильный кашицеобразный стул с примесью слизи и крови. При осмотре: состояние больного средней тяжести. температура 37,3 °С. Пульс - 74 в минуту. Дыхание везикулярное. Язык влажный, обложен серым налѐтом. Живот несколько вздут, при пальпации болезненный по ходу толстой кишки, отмечается отчѐтливая болезненность и инфильтрация сигмовидной кишки. Стул калового характера с примесью слизи и крови.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план обследования больного с целью подтверждения диагноза.

4. Какие препараты Вы бы назначили пациенту в составе комбинированной этиотропной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Перечислите опасные осложнения данного заболевания. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

107

**Ситуационная задача 99 [K000380]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной Е. 42 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на появление в области спины кольцевидной формы ярко-розового образования диаметром около 15 см, которое не сопровождалось субъективными ощущениями; заметил его случайно накануне вечером.

Из анамнеза известно, что около 2 недель назад был в лесу. После этого самостоятельно удалил клеща.

При осмотре состояние ближе к удовлетворительному, температура тела 37,5 °С. На коже спины, в области правой лопатки чѐтко отграниченный от нормальной кожи участок гиперемии с несколько приподнятыми краями, ярко-розового цвета. Пальпация в проекции этого образования безболезненная. Пульс – 78 ударов в минуту, удовлетворительных качеств. Тоны сердца ритмичные, приглушѐнные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезѐнка не увеличены.

**Вопросы:**

1. Установите предварительный диагноз на основании полученных данных с учѐтом синдромального подхода и обоснуйте его.

2. Дайте этиологическую характеристику возбудителю, предположительно вызвавшему заболевание, назовите источники инфекции и пути заражения.

3. Назовите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.

4. Какова будет терапевтическая тактика на этапе оказания амбулаторно-поликлинической помощи?

5. Перечислите профилактические мероприятия, направленные на предупреждение данного заболевания. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

108

**Ситуационная задача 100 [K000391]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

На приѐме у врача-терапевта участкового больная К. 50 лет, учитель.

Жалобы на умеренную сухость во рту, жажду (выпивает более 3 литров жидкости в день), повышенный аппетит, зуд кожных покровов, особенно в подмышечных и паховых областях, появление гнойничков в местах расчѐсов, учащѐнное мочеиспускание.

В анамнезе: указанные жалобы появились и нарастали в течение года. С 45 лет страдает гипертонической болезнью (АД от 160/100 до 140/90 мм рт. ст.), принимала нерегулярно Каптоприл. У родственников со стороны матери отмечает склонность к ожирению, мать страдала гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа, умерла в возрасте 65 лет от инсульта. Было 3 беременности, одни роды в 29 лет, вес ребѐнка при рождении 4,3 кг.

Данные объективного осмотра: состояние удовлетворительное, видны расчѐсы на спине. Кожа пониженной влажности. Рост - 168 см, вес - 85 кг, окружность талии - 96 см, окружность бѐдер - 110 см, складка на передней брюшной стенке - 8 см. В лѐгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД - 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, усилен 2 тон во втором межреберье справа от грудины. ЧСС - 76 в минуту. АД - 156/94 мм рт. ст. (D=S). Живот увеличен за счѐт подкожно-жирового слоя, мягкий, безболезненный. Пульсация на артериях стоп сохранена.

Общий анализ крови: эритроциты - 4,6×1012, Hb - 130 г/л, ЦП - 0,9, тромбоциты - 250×1012, лейкоциты - 6,1×109, эозинофилы - 1%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 65%, лимфоциты - 30%, моноциты - 2%, СОЭ - 8 мм/ч.

Креатинин - 90,0 мкмоль\л, СКФ - 64,2 me/min/1,73

Реакция мочи на ацетон отрицательная.

Микроальбуминурия - 100 мг/дл.

Липидограмма: холестерин общий - 6,5 ммоль/л, ЛПНП - 3,48 ммоль/л, ЛПВП - 0,9 ммоль/л.

Биохимические анализы: глюкоза крови натощак - 7,7 ммоль/л, гликозилированный гемоглобин (HBA1c) - 7,5%.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Тактика ведения. Режим, диета, медикаментозное и немедикаментозное лечение.

5. Какова дальнейшая тактика ведения пациента после коррекции гликемии? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

109

**Ситуационная задача 101 [K000398]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная 38 лет с ДТЗ (диффузный токсический зоб) предъявляет жалобы на ощущение песка в глазах, двоения, слезотечение, светобоязнь. При осмотре отмечается двусторонний экзофтальм (больше справа), инъецированность склер.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. В каких дополнительных обследованиях нуждается по поводу глазных симптомов?

4. Назначьте лечение.

5. Прогноз в отношении заболевания. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

110

**Ситуационная задача 102 [K000404]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Пациентка Н. 28 лет в течение трѐх лет страдает болезнью Аддисона. Получает заместительную терапию: 5 мг Преднизолона утром, 2,5 мг в 16.00, Флудрокортизон 0,1 мг утром. Состояние было удовлетворительным. Четыре дня назад заболела гриппом. Дозу глюко- и минералокортикоидов не изменяла. Состояние больной резко ухудшилось сутки тому назад: появились резчайшая слабость, адинамия, тошнота, рвота. Доставлена в стационар с проявлениями сосудистого коллапса скорой медицинской помощью.

Объективно: состояние тяжѐлое. Продуктивному контакту не доступна. Кожа сухая, смуглая, обращает на себя внимание выраженная гиперпигментация кожи в области сосков, на шее, локтевых сгибах. Пульс - 128 ударов в минуту, слабого наполнения, АД - 60/40 мм рт. ст.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Определите объѐм дополнительных обследований, необходимых для уточнения диагноза и проведения лечения. Предположите ожидаемые результаты обследований в данной ситуации.

4. Определите тактику лечения пациента.

5. Определите профилактические мероприятия по предотвращению развития у пациентки данного состояния. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

111

**Ситуационная задача 103 [K000405]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

На приѐме у врача-терапевта участкового пациент М. 48 лет. Сахарный диабет 2 типа выявлен случайно при диспансеризации неделю тому назад. Медикаментозную терапию не получает. Из анамнеза: инфаркт миокарда, инсульт не переносил. Обратился к врачу-терапевту участковому для назначения лечения.

Объективно: рост - 170 см, вес - 106 кг. Индекс массы тела (ИМТ) - 37,5 кг/м2. Объѐм талии – 120 см. Кожа умеренной влажности, отложение подкожной клетчатки преимущественно в области живота. Дыхание везикулярное. Пульс - 76 ударов в минуту. Тоны сердца ритмичны, приглушены, АД - 160/90 мм рт. ст. Печень не увеличена. Отѐков нет.

Представил результаты самоконтроля по глюкометру: глюкоза натощак – 7,8 ммоль/л, глюкоза через 2 часа после еды – 10 ммоль/л. HbA1c - 7,5%. Биохимический анализ крови: общий белок –75 г/л, альбумин – 46 г/л, общий билирубин – 13,1 мммоль/л, креатинин – 80 мкмоль/л, АЛТ – 65, АСТ – 53. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) - 91 мл/мин.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте основной клинический диагноз сахарного диабета согласно современным требованиям.

2. Обоснуйте выбор индивидуального целевого уровня гликозилированного гемоглобина у данного пациента. Определите целевые параметры гликемии у данного пациента.

3. Определите объѐм дополнительного обследования пациента согласно стандарту оказания медицинской помощи при сахарном диабете 2 типа.

4. Определите тактику лечения пациента.

5. Определите показатели гликемического контроля, которые должны использоваться для оценки эффективности гипогликемизирующей терапии при динамическом наблюдении. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

112

**Ситуационная задача 104 [K000406]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Пациентка М. 30 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на снижение массы тела на 10 кг в течение 3 последних месяцев, учащѐнные сердцебиения как в покое, так и при физической нагрузке, ощущение дрожи в теле, раздражительность, нарушения сна, слабость. При осмотре: рост - 168 см, вес - 53 кг, ИМТ - 19 кг/м2. Кожные покровы тѐплые, «бархатистые». Мелкий тремор тела и пальцев рук. Экзофтальм с обеих сторон, симптом Грефе положительный. Тоны сердца громкие, ритмичные, тахикардия - 120 ударов в минуту, АД - 145/70 мм рт. ст. Щитовидная железа при осмотре однородная, доли значительно больше дистальной фаланги первого пальца пациентки, изменена конфигурация шеи.

Общий анализ крови: эритроциты – 3,9×1012/л, гемоглобин – 135 г/л, лейкоциты – 6,4×109/л, тромбоциты – 311×109/л, СОЭ – 16 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 65 г/л, альбумин – 45 г/л, общий билирубин – 14,1 мкмоль/л, креатинин – 0,09 ммоль/л, глюкоза – 5,1 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 126 ударов в минуту, нормальное положение ЭОС.

УЗИ щитовидной железы: объѐм железы - 48 мл, эхогенность обычная, структура однородная, усилен кровоток.

Гормональное обследование: тиреотропный гормон - 0,005 мМЕ/л (норма 0,2-4,2 мМЕ/л), свободный тироксин - 60 пМоль/л (норма 9-22 пМоль/л).

**Вопросы:**

1. Поставьте и сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

2. Определите объѐм дополнительного обследования, необходимого для уточнения диагноза.

3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

4. Определите тактику лечения.

5. Определите параметры контроля за эффективностью и безопасностью терапии в процессе лечения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

113

**Ситуационная задача 105 [K000427]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная И. 23 лет на приѐме в поликлинике жалуется на слабость, снижение работоспособности, нервозность, раздражительность, потливость, похудание, повышение аппетита, плохая переносимость тепла, тремор, сердцебиение, ощущение «песка в глазах», слезотечение.

Из анамнеза известно, что начало заболевания связывает с переутомлением. Из перенесѐнных заболеваний отмечает частые простудные заболевания.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы на ощупь влажные, отмечается припухлость век. Подкожно жировой слой развит умеренно (рост - 170 см., вес - 54 кг). Отмечается тремор вытянутых пальцев рук, мышечная слабость. Симптомы Грефе и Мобиуса положительные. Щитовидная железа увеличена до II степени, эластична, однородная. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. При аускультации сердца выслушивается систолический шум, громкие тоны. ЧСС – 120 ударов в минуту. АД – 160/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный, иногда 2-3 раза в сутки.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента, необходимый для подтверждения диагноза.

4. Назначьте лечение согласно стандартам оказания медицинской помощи.

5. Показано ли больной с ДТЗ назначение глюкокортикоидов? Обоснуйте свой ответ. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

114

**Ситуационная задача 106 [K000428]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной М. 44 лет на приѐме у врача-терапевта участкового жалуется на быструю утомляемость, снижение памяти, сонливость, зябкость, запор, увеличение веса, снижение слуха, осиплость голоса.

Из анамнеза известно, что указанные жалобы возникли 6 лет назад без видимой причины и развивались постепенно. За это время вес увеличился с 76 до 118 кг. В анамнезе - повторные ангины.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост – 165 см, кожные покровы чистые, сухие, особенно на локтях, холодные на ощупь. Лицо одутловатое, бледное. Кисти пастозны. На нижних конечностях плотный отѐк. Распределение жировой клетчатки равномерное. Пальпируется перешеек и обе доли щитовидной железы, больше правая; железа плотная, безболезненна. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. Границы относительной тупости сердца: левая - 1,5 см кнаружи от средне-ключичной линии; правая – на 1,5 см кнаружи от правого края грудины. Тоны сердца резко ослаблены. Пульс - 53 в минуту, ритмичен. АД - 90/70 мм рт. ст. Язык влажный, со следами зубов. Живот увеличен за счѐт жировой клетчатки и вздутия. Пальпация его безболезненна. Печень не увеличена. Стул регулярный.

При лабораторном исследовании было выявлено ТТГ: 14 мМЕ/л (норма 0,4-4 мМЕ/л), св. Т4 – 5,6 пмоль/мл (10 пмоль/л-25 пмоль/л, анти-ТПО - 364 МЕ/Мл (до 30 МЕ/мл).

Общий анализ крови: эритроциты - 3,5×1012/л, лейкоциты - 5,8×109/л, гемоглобин - 96 г/л.

Холестерин крови - 8,8 ммоль/л.

Общий анализ мочи без патологии.

Электрокардиография – снижение вольтажа зубцов, брадикардия, уплощения зубца Т.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента, необходимый для подтверждения диагноза.

4. Назначьте лечение согласно стандартам оказания медицинской помощи.

5. Через 3 месяца после назначенной патогенетической терапии уровень ТТГ - 7,2 мМЕ/л. Ваша дальнейшая тактика. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

115

**Ситуационная задача 107 [K000429]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 52 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на постоянную сухость во рту, жажду, частое мочеиспускание, общую слабость, кожный зуд.

Считает себя больной в течение полугода, когда появилась сухость во рту, жажда. Неделю назад появился кожный зуд, что и заставило обратиться к врачу.

Работает поваром в детском учреждении. В анамнезе - 5 лет хронический панкреатит.

Мама страдала сахарным диабетом.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ - 36 кг/м2. Окружность талии – 106 см, окружность бедер – 109 см. Кожные покровы чистые, на руках следы расчѐсов. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Сердечные тоны ритмичные. ЧСС - 70 ударов в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурии нет

В анализах: глюкоза крови натощак - 5,8 ммоль/л, общий холестерин - 6,1 ммоль/л, ТГ - 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 1,0 ммоль/л.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Составьте план дополнительного обследования пациента.

3. В результате проведѐнного исследования было выявлено, что у пациентки глюкоза крови натощак - 6,1 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы - 11,1 ммол/л; HbA1c - 7,1%. Назначьте лечение. Обоснуйте свой выбор.

4. Дайте больной рекомендации по питанию.

5. Через 6 месяцев больная вновь пришла на приѐм к врачу. В результате проведѐнной терапии вес пациентки снизился на 6 кг. HbA1c снизился на 0,5% и была достигнута индивидуальная цель. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

116

**Ситуационная задача 108 [K000430]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 51 года обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сухость, жажду, полиурию, ухудшение зрения.

Болен в течение 2 лет. Диету не соблюдал. Самоконтроль гликемии не проводил. На ночь принимал Метформин 500 мг.

При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 26 кг/м2. Кожные покровы обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

При осмотре врачом-офтальмологом выявлена непролиферативная ретинопатия на правом глазу.

В анализах: гликемия натощак - 9,0 ммоль/л, постпрандиальная – 12 ммоль/л. Общий холестерин - 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; креатинин – 101 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) - 70,8 мл/мин; альбуминурия - 100 мг/сут.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препараты какой группы Вы порекомендуете пациенту для коррекции гипергликемии? Обоснуйте свой выбор.

5. Препараты какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

117

**Ситуационная задача 109 [K000431]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

У больной 28 лет сахарный диабет выявлен 3 года назад. С момента постановки диагноза находится на интенсифицированной инсулинотерапии (сут. доза 32-46 ЕД), активно использует средства самоконтроля. Последние 2 недели нарушился режим питания из-за работы. Часто стала отмечать приступы голода, которые сопровождались дрожью в теле, сердцебиением, головной болью, агрессивностью поведения. При измерении глюкометром глюкоза крови в этот момент - 2,8-3,5 ммоль/л. Данные явления купировала самостоятельно приѐмом пищи, содержащей много углеводов.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.

3. Обоснуйте причину гипогликемических состояний.

4. Обоснуйте необходимость определения гликированного гемоглобина (HbA1c).

5. Дайте рекомендации пациенту для избежание гипогликемических состояний. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

118

**Ситуационная задача 110 [K000432]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

В поликлинику к врачу-терапевту участковому обратилась женщина 25 лет с жалобой на постоянное сердцебиение, не связанное с физической нагрузкой и эмоциональным напряжением. При расспросе пациентка сообщила, что в течение последнего месяца похудела на 8 кг, отмечает неустойчивый стул, обеспокоена усиленным выпадением волос. На ЭКГ: синусовая тахикардия 102 удара в 1 минуту. С целью уточнения диагноза назначено исследование гормонов щитовидной железы, консультация врача-эндокринолога, рекомендован приѐм Бисопролола 2,5 мг 1 раз в день.

По результатам УЗ обследования выявлено увеличение размеров щитовидной железы до 23 см3, диффузное снижение эхогенности, неоднородность эхоструктуры, усиление васкуляризации. Гормональное исследование показало снижение уровня ТТГ до 0,23 м Ед/л, повышение сТ4 до 53,7 пмоль/л. Эндокринологом поставлен предварительный диагноз "аутоиммунный тиреоидит". Назначено лечение: Тирозол 10 мг в сутки. Дополнительно назначено исследование уровня аутоантител к рецептору ТТГ.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз на основании клинической картины и результатов исследования тиреоидного статуса.

2. Какие дополнительные исследования необходимо назначить для дифференциальной диагностики синдрома тиреотоксикоза?

3. Какие тактические ошибки и необоснованные назначения были сделаны на этапе предварительного обследования?

4. Какие терапевтические стратегии могут быть реализованы у данного пациента с учѐтом поставленного диагноза?

5. Обоснуйте выбор наиболее эффективного и безопасного метода лечения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

119

**Ситуационная задача 111 [K000434]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной 39 лет на приѐме у врача-терапевта участкового жалуется на слабость, учащѐнное мочеиспускание, нарушение сна, похудение. Из анамнеза известно, что первые симптомы заболевания появились примерно через 2 месяца после тяжѐлого гриппа, протекавшего с расстройством сознания и судорогами, по поводу чего пациент был госпитализирован в инфекционную больницу. После выписки из стационара сохранялась утомляемость, нарастала слабость, бессонница, ухудшение аппетита, снижение пото-и слюноотделения, появилась жажда, из-за которой стал ежедневно выпивать до 5-6 литров жидкости, потерял 4 кг. При обследовании патологии внутренних органов не выявлено. Нарушений обмена глюкозы не обнаружено. Исследование мочи по Зимницкому: суточный диурез – 7,5 л при относительной плотности мочи 1001-1005 г/л.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Нарушение секреции какого гормона приводит к развитию данного заболевания, каков его патогенез?

3. Какие обследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?

4. Сформулируйте и обоснуйте рекомендации по соблюдению питьевого режима для пациента с таким заболеванием.

5. Какой препарат необходимо назначить пациенту? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

120

**Ситуационная задача 112 [K000435]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная 64 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на сухость кожных покровов, избыточный вес (ИМТ – 28), снижение температуры тела, снижение аппетита, запоры, снижение памяти, сонливость. При осмотре: кожные покровы сухие, холодные на ощупь. Отѐчность лица. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС - 58 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Температура тела – 36,3°С. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под края рѐберной дуги. Стул нерегулярный, склонность к запорам.

По данным лабораторного обследования: общий анализ крови: гемоглобин – 104 г/л, холестерин – 9,4 ммоль/л, триглицериды – 5,5 ммоль/л, КФК – 247, АСТ – 48, ТТГ – 15,3 мЕ/л.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Назовите наиболее вероятную причину заболевания.

3. Составьте план обследования данной пациентки.

4. Какова тактика лечения данной пациентки?

5. Показано ли данной пациентке оперативное лечение? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

121

**Ситуационная задача 113 [K000436]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

В поликлинику к врачу-терапевту участковому обратилась женщина 36 лет с жалобами на выраженную общую слабость, сонливость, ухудшение памяти, сухость кожных покровов, избыточную массу тела (ИМТ – 27,2 кг/м2), отсутствие менструаций. Из анамнеза известно, что 2 года назад пациентка оперирована по поводу узлового зоба. Заместительная терапия не назначалась. При осмотре: кожные покровы сухие, бледные с желтушным оттенком. Лицо одутловатое, язык с отпечатками зубов. АД – 105/60 мм рт. ст.

По данным лабораторного обследования выявлена анемия: гемоглобин - 102 г/л, холестерин – 7,8 ммоль/л, триглицериды – 4,7 ммоль/л, глюкоза крови – 3,4 ммоль/л.

На ЭКГ: брадикардия – 54 удара в минуту, низкий вольтаж зубцов.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.

2. Составьте диагностический алгоритм обследования данной пациентки.

3. Консультации каких специалистов следует включить в план обследования?

4. Какова тактика лечения данного пациента?

5. Какова длительность назначения патогенетической терапии? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

122

**Ситуационная задача 114 [K000439]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной Ф. 78 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом с жалобами на приступы сердцебиения, перебои в работе сердца, которые сопровождаются слабостью, одышкой. Приступы аритмии стали беспокоить последние шесть месяцев, продолжительностью несколько минут, проходят самостоятельно при перемене положения тела.

Из анамнеза известно, что последние несколько лет стала снижаться память, редко отмечает повышение АД до 160/90 мм рт. ст. Перенесѐнные заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, очаговая пневмония. В настоящее время – пенсионер, работал преподавателем в вузе. Вредных привычек не имеет.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Телосложение правильное, рост – 168 см, вес – 70 кг.

Форма грудной клетки коническая, дыхание свободное через нос. Заметна пульсация шейных вен. ЧД – 17 ударов в минуту. При перкуссии звук ясный, лѐгочный, границы лѐгких в пределах нормы. При аускультации дыхание жѐсткое, хрипов нет.

Система кровообращения. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 112 ударов в минуту, дефицит пульса. АД – 130/80 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется, размеры по Курлову – 9×8×7 см.

Общий анализ крови и мочи без патологии. В биохимическом анализе крови определяется высокий уровень холестерина.

Записана ЭКГ: зубцы Р во всех отведениях отсутствуют. Между комплексами QRS, мелкие волны «f» , частота желудочков 110-150 в минуту.

**Вопросы:**

1. Какое нарушение ритма у больного?

2. С какими наджелудочковыми аритмиями необходимо провести дифференциальный диагноз?

3. Какие дополнительные методы обследования вы назначите больному? Обоснуйте ответ.

4. На основании каких параметров оценивается риск развития инсульта и системных тромбоэмболий (ТЭО) у данного больного? Является ли необходимым назначение антикоагулянтов у данного больного?

5. Перечислите, что относится к сердечно-сосудистым и другим состояниям, ассоциирующимся с фибрилляцией предсердий. Назовите, какие состояния ассоциируются с развитием фибрилляции предсердий у данного больного. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

123

**Ситуационная задача 115 [K000441]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная С. 47 лет на приѐме врача-терапевта участкового по поводу постоянных, усиливающихся после погрешностей в диете болей в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину, похудание.

В 40-летнем возрасте перенесла холецистэктомию по поводу калькулѐзного холецистита. Через полгода после операции появились почти постоянные, усиливающиеся после погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину. При применении спазмолитиков и при соблюдении диеты самочувствие улучшалось. Последние 1,5-2 года присоединился практически постоянный неоформленный стул, стала терять вес (похудела на 8 кг за 2 года). На протяжении этого же времени возникал зуд промежности, стала больше пить жидкости, участились мочеиспускания.

При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное, незначительно повышенного питания. Рост – 175 см, вес – 90 кг, ИМТ – 29 кг/м2. Голени пастозны. При сравнительной перкуссии лѐгких определяется лѐгочный звук. Аускультативно дыхание жѐсткое, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС - 80 ударов в минуту, АД - 156/85 мм рт. ст. Язык влажный, у корня обложен белым налѐтом. При поверхностной пальпации живота отмечается некоторая болезненность в эпигастрии и в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра, диаметром 1,5 см. Имеется болезненность в зоне Шоффара. Положительный симптом Керте, симптом Мейо-Робсона. При перкуссии живота — тимпанит. Размеры печени по Курлову – 15×13×11 см. Печень выступает из-под рѐберной дуги на 3-4 см, край умеренной плотности, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Поражение какого органа можно предположить, и с чем это связано?

3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту?

4. Определите тактику лечения больного.

5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

124

**Ситуационная задача 116 [K000447]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной 25 лет, водитель, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на появление эпизодов удушья с затруднѐнным выдохом, кашель с трудно отделяемой мокротой практически ежедневно. Приступы удушья возникают 2-3 раза в неделю чаще ночью и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Незначительная одышка при физической нагрузке. Лекарства не принимал. Считает себя больным около 3 месяцев. За медицинской помощью обратился впервые. С детства частые бронхиты с обострениями в весенне-осенний периоды. Другие хронические заболевания отрицает. Операций, травм не было. Курит по 1,5 пачки в день 5 лет. У матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь.

Аллергологический анамнез не отягощѐн. Профессиональных вредностей не имеет.

При физикальном осмотре: состояние больного лѐгкой степени тяжести. Температура тела 36,7 °С. Кожные покровы чистые, влажные. Рост - 175 см, вес - 81 кг. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При перкуссии – ясный лѐгочный звук. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание везикулярное, проводится во все отделы, выслушивается небольшое количество сухих, рассеянных, высокодискантных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс - 80 ударов в минуту удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10×9×7 см. Дизурических явлений нет.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.

3. Составьте план лечебных мероприятий.

4. Обоснуйте проведение врачебно-трудовой экспертизы (ВТЭ), противопоказанные виды труда.

5. Укажите показания к неотложной госпитализации у пациента. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

125

**Ситуационная задача 117 [K000449]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Пациент А.Т. 49 лет, инженер, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на эпизодическое повышение АД до 150/90-160/95 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области. По совету своих знакомых при плохом самочувствии, связанном с высоким АД, принимает Эналаприл по 10 мг. Кроме того, в последние 2-3 месяца стал отмечать появление ноющих болей в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250-300 метров, купирующихся в покое. Считает себя больным около 2 лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Ранее не обследовался. Систематической терапии не получает. Максимальные цифры АД – 170/100 мм рт. ст. Около 10 лет назад была выявлена язвенная болезнь 12-перстной кишки, после курса консервативной терапии обострений больше не было. Другие хронические заболевания отрицает. Курит около ½ пачки в день - 30 лет. Алкоголь употребляет умеренно. Семейный анамнез: мать страдает ИБС, ГБ; отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. Операций, травм не было.

При физикальном осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые не изменены. Рост - 172 см, вес - 80 кг, ИМТ – 27 кг/м² Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа б/о. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный лѐгочный. Топографическая перкуссия – границы лѐгких в пределах нормы. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации лѐгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, акцент 2 тона над аортой. Ритм сердца правильный, прерываемый единичными экстрасистолами. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 150/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Поколачивание области почек безболезненное с обеих сторон. Дизурических явлений нет.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препараты каких группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Какие комбинации групп гипотензивных препаратов противопоказаны данному пациенту? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

126

**Ситуационная задача 118 [K000456]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

При проведении диспансеризации у женщины 50 лет (вес 98 кг, рост 164 см) выявлено: гликемия натощак - 6,9 ммоль/л, в общем анализе мочи (ОАМ): удельный вес - 1015, жѐлтая, прозрачная, белок - 0,15 г/л, сахар ++++, эритроциты - 1-2 в п/зр, лейкоциты - 3-5 в п/зр, эпителий плоский - 3-5 в поле зрения.

На момент осмотра жалоб активно не предъявляет. В течение последних 6 месяцев периодически отмечала повышение АД до 140/90 - 150/95 мм рт. ст. Гипотензивную терапию не получала. Семейный анамнез: мать - 69 лет страдает АГ, СД 2 типа; отец - умер в 60 лет, ИМ. При анкетировании наличие соматической патологии отрицает. Вредные привычки отрицает.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Телосложение правильное. ИМТ – 37 кг/м². Окружность талии – 104 см. Кожные покровы обычного цвета, чистые. Видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 72 в минуту. Гемодинамика стабильная. АД - 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень – по краю рѐберной дуги. Селезѐнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план обследования пациента.

4. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.

5. Какой глюкозоснижающий препарат Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

127

**Ситуационная задача 119 [K000457]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная К. 58 лет страдает артериальной гипертензией (АД – 175/105–160/95 мм рт. ст.). Отмечает повышение АД в течение 18 лет. Постоянно принимает Атенолол 50 мг в сутки, Гидрохлортиазид 25 мг в сутки. За последние десять лет прибавила в весе 30 кг.

Объективно: повышенного питания. Рост - 158 см, вес - 91 кг. Индекс массы тела – 36,5 кг/м². Объѐм талии - 120 см, объѐм бѐдер - 128 см. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Отѐков нет. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у рѐберного края.

Биохимический анализ крови: холестерин общий – 7,2 ммоль/л; триглицериды – 3,12 ммоль/л; ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л; креатинин – 95,9 мкмоль/л; глюкоза крови натощак – 6,3 ммоль/л; через 2 часа после приѐма 75 г глюкозы – 9,0 ммоль/л.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жѐлтый, относительная плотность – 1014, прозрачная, реакция кислая, белок, сахар отсутствуют, лейкоциты – единичные в поле зрения.

Анализ мочи на микроальбуминурию – 200 мг/сутки.

СКФ: 81,7 мл/мин по формуле Кокрофта-Голта.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 70 ударов в минуту, гипертрофия левого желудочка.

ЭХО-КГ: клапанной патологии не выявлено, полости сердца не расширены, индекс массы миокарда левого желудочка - 121 г/м², признаки диастолической дисфункции, ФВ – 65%.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие группы антигипертензивных препаратов Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Правильно ли назначена комбинация бета-блокатор и диуретик? Обоснуйте свой выбор.

5. Через 6 месяцев регулярной антигипертензивной терапии (комбинация Амлодипина в дозе 10 мг/сутки и препарата из группы блокаторов РААС (ингибитор АПФ или антагонист рецепторов к ангиотензину II) + Розувостатин 20 мг/сутки + соблюдение диеты – АД в пределах 120–130/70–80 мм рт.ст., глюкоза натощак – 5,4 ммоль/л, общий холестерин – 5,0 ммоль/л, ТГ – 1,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, креатинин – 100 мкмоль/л, СКФ (по формуле Кокрофта-Голта) = 65,3 мл/мин; альбуминурия – 10 мг/сутки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

128

**Ситуационная задача 120 [K000458]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 43 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на периодически появляющуюся головную боль в затылочной области. Боли беспокоят около месяца на фоне напряженного рабочего графика (ночные дежурства), курит примерно 20 лет до 15 сигарет в день. Головные боли участились в течение последней недели, при измерении АД 150–160/90 мм рт. ст. Родители страдают гипертонической болезнью, отец в 45 лет перенѐс инсульт.

Объективно: состояние удовлетворительное. Масса тела повышена по абдоминальному типу, рост - 172 см, вес - 86 кг. Объѐм талии - 105 см, объѐм бѐдер - 92 см. Отѐков нет. Аускультативно: дыхание над лѐгкими везикулярное, хрипов нет. ЧД – 18 в мин. Тоны сердца ясные ритмичные, перкуторно границы относительной тупости сердца в пределах нормы. АД – 150/90 мм рт. ст., ЧСС – 92 удара в минуту. Живот мягкий безболезненный, печень по краю рѐберной дуги. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный, дизурических явлений нет. Стул в норме.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 145 г/л; эритроциты – 4,9×1012/л; лейкоциты - 7,0×109/л; СОЭ – 15 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1018, белок – нет, в мочевом осадке лейкоциты – 2-4 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 5,3 ммоль/л, мочевая кислота – 500 мкмоль/л, креатинин – 78 мкмоль/л, глюкоза натощак – 5,8 ммоль/л.

Микроальбуминурия: 25 мг/сут.

ЭКГ: ритм синусовый, признаки гипертрофии миокарда ЛЖ, очаговых изменений нет.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие группы антигипертензивных препаратов Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Через 6 месяцев регулярной антигипертензивной терапии (комбинация Амлодипина в дозе 5 мг/сутки и ингибитора АПФ Эналаприла 20 мг/сутки) + соблюдение диеты – АД в пределах 120–130/70–80 мм рт. ст., мочевая кислота – 300 мкмоль/л, креатинин – 78 мкмоль/л; альбуминурия – 0 мг/сутки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

129

**Ситуационная задача 121 [K000459]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной Р. 38 лет по профессии подсобный рабочий, обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры до 38,0 ºС, кашель с обильной слизисто-гнойной мокротой, неинтенсивные боли в грудной клетке при кашле, головную боль, слабость, в конечностях, потливость. Заболел остро после переохлаждения.

Вредные привычки: курит более 15 лет по 20 сигарет в день; сопутствующих заболеваний нет. В последние несколько лет из Москвы не выезжал.

Объективные данные: кожные покровы бледноватые, влажные. Обращает внимание повышенная потливость больного. Нѐбные миндалины покрыты беловатым налѐтом, гиперемированы. В лѐгких дыхание ослабленное справа, множественные влажные мелкопузырчатые хрипы выслушиваются у угла правой лопатки. ЧД в покое до 26 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, единичные экстрасистолы. ЧСС – 100 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. По другим органам и системам без видимых патологических отклонений.

Лабораторные и инструментальные методы обследования.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 135 г/л, эритроциты 4,7×1012/л, лейкоциты 11×109/л, палочкоядерные – 28%, сегментоядерные – 57%; СОЭ – 35 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, белок – 0,99 г/л, гиалиновые цилиндры.

Биохимический анализ крови: АЛТ – 58 ед/л; АСТ – 100 ед/л; креатинин – 115 мкмоль/л; фибриноген – 8 г/л.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС – 100 уд/мин, единичные наджелудочковые экстрасистолы. Очаговых изменений миокарда, гипертрофии миокарда нет.

Рентгенография органов грудной клетки: очаговая инфильтрация в базальных отделах правого лѐгкого, деформация корня правого лѐгкого.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие группы антибиотиков рекомендованы пациенту для стартовой антибактериальной терапии? Проведите стратификацию тяжести заболевания и факторов риска.

5. Через 3 дня терапии температура тела нормализовалась – 36,8 °С, уменьшилась интоксикация (снижение слабости, потливости, улучшение аппетита), уменьшилась одышка. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

130

**Ситуационная задача 122 [K000460]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной Р. 65 лет, пенсионер, при обращении к врачу-терапевту участковому предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 38 °С, небольшую мокроту слизистого характера, головную боль, одышку, сердцебиение и слабость в конечностях. Заболел остро после переохлаждения. Больной страдает ИБС, хронической сердечной недостаточностью; принимает постоянную терапию (Периндоприл 2,5 мг 2 раза, Гидрохлортиазид 12,5 мг, Верошпирон 50 мг, Симвастатин 20 мг). Контактов с больными туберкулѐзом и инфекционными болезнями не было. В последние несколько лет из Москвы не выезжал.

Объективно при осмотре: кожные покровы бледноватые, влажные, цианоз губ. Температура тела 37,8 °С. Язык обложен беловатым налѐтом. В лѐгких дыхание ослабленное везикулярное, множественные влажные мелкопузырчатые хрипы выслушиваются в нижнем отделе левого лѐгкого. ЧД в покое до 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, единичные экстрасистолы. ЧСС – 90 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Печень на 1 см выступает из-под края рѐберной дуги. Дизурических явлений нет. Голени пастозны. По другим органам и системам без видимых патологических отклонений.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 126 г/л; эритроциты – 4,2×1012/л; лейкоциты – 10,9×109/л; палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 77%; СОЭ – 30 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1012, белок – 0,33 г/л, в осадке лейкоциты – 2–4 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: АЛТ – 38 ед/л; АСТ – 35 ед/л; мочевина – 9 ммоль/л, креатинин – 120 мкмоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС – 100 уд/мин, единичные наджелудочковые экстрасистолы. Признаки гипертрофии левого желудочка. Очаговых изменений миокарда нет.

Рентгенография органов грудной клетки: усиление лѐгочного рисунка в базальных отделах левого лѐгкого.

ЭХО-КГ: умеренно расширены полости левого желудочка, гипертрофия задней стенки левого желудочка, фракция выброса – 45%.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие группы антибиотиков рекомендованы пациенту для стартовой антибактериальной терапии? Проведите стратификацию тяжести заболевания и факторов риска. Обоснуйте свой выбор.

5. Через 3 дня терапии температура нормализовалась – 36,6 °С, самочувствие улучшилось (одышки нет). Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

131

**Ситуационная задача 123 [K000461]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная М. 50 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на тошноту, острые ночные и голодные боли в эпигастрии, уменьшающиеся после приѐма пищи, тошноту, рвоту «кофейной гущей», однократно чѐрный «дегтеобразный» стул. Лечится по поводу ревматоидного артрита, длительно (более 3 месяцев) принимала Индометацин по 1 таблетке 3 раза в день. Ранее данных жалоб не отмечала, к врачу не обращалась.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Пониженного питания. Язык обложен белым налѐтом, влажный. В лѐгких дыхание везикулярное, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 88 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот напряжѐнный, резко болезненный локально в зоне Шофара. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул чѐрный «дегтеобразный». Мочеиспускание не нарушено.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 100 г/л; эритроциты – 3,0×1012/л; лейкоциты 8,4×109/л; палочкоядерные – 4%; сегментоядерные – 61%; эозинофилы – 1%; лимфоциты – 30%; моноциты – 4%; СОЭ – 20 мм/час.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какой группы противоязвенных препаратов Вы бы рекомендовали пациенту в стартовой терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Через 2 недели терапии выявлены признаки рубцевания язвы. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

132

**Ситуационная задача 124 [K000919]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной С. 25 лет поступил в стационар с жалобами на кашель с большим количеством слизисто-гнойной мокроты (до 300 мл/сут) с неприятным запахом; кровохарканьем, повышением температуры до 39 °С, недомоганием, одышкой. Известно, что около 2 недель назад лечился по поводу пневмонии, но самостоятельно покинул отделение и продолжил лечение амбулаторно. Ухудшение около 2 дней назад.

Объективно: пониженного питания, кожные покровы бледные. Пульс - 94 в минуту, ритмичный, АД - 100/70 мм рт. ст. Границы сердца смещены вправо на 1,5 см, тоны сердца приглушены, акцент II тона над лѐгочной артерией. Над лѐгкими слева перкуторно определяется коробочный звук. Дыхание везикулярное, ослабленное. Слева в нижних отделах выслушиваются звучные влажные средне- и мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 24 в минуту.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Обоснуйте тактику лечения пациента.

5. Есть ли показания у больного к хирургическому лечению? Обоснуйте. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

133

**Ситуационная задача 125 [K000926]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С УСЛОВИЯМИ ЗАДАЧИ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная Р. 45 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на чувство тяжести, переполнения в животе, возникающее через 40-50 минут после еды, тошноту.

В течение 20 лет страдает хроническим гастритом, обострения 1-2 раза в год. Во время обострений обычно принимает ингибиторы протонной помпы, антациды. Эрадикационную терапию не получала. Настоящее ухудшение – в течение 2 недель на фоне погрешностей в диете. Самостоятельно принимала Альмагель при возникновении неприятных ощущений.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост - 166 см, вес - 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне. Симптомы холецистита отрицательные. Печень не изменена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей.

На фиброгастроскопии: пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Кардия смыкается полностью. Слизистая оболочка желудка гиперемирована, с участками атрофии в антральном отделе, складки сглажены, расправляется воздухом хорошо. Привратник проходим. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и залуковичный отдел не изменены. Взят биоптат из антрального отделе желудка: быстрый уреазный тест положительный. Результат гистологического исследования биоптата: слизистая желудка с атрофией и хронической полиморфноклеточной инфильтрацией.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. Назначьте медикаментозное лечение, обоснуйте свой выбор.

5. Разработайте план диспансерного наблюдения пациента. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

134

**Ситуационная задача 126 [K000933]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 57 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом. Предъявляет жалобы на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. Вышеописанная симптоматика появилась около 2 часов назад после интенсивной физической нагрузки. Самостоятельно принял 2 таблетки Нитроглицерина – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили.

В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 10 лет с максимальными цифрами артериального давления 200/100 мм рт. ст. Регулярно лекарственные препараты не принимал. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет. Газоэлектросварщик. Аллергические реакции отрицает.

При объективном обследовании: кожные покровы влажные. В лѐгких перкуторный звук лѐгочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

На ЭКГ зарегистрировано: синусовый ритм, подъем сегмента ST > 0,2 мВ в отведениях II, III, aVF. Транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии, располагающего возможностью проведения первичного ЧКВ – 30 минут.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какой должна быть тактика ведения пациента на догоспитальном этапе? Обоснуйте свой выбор.

4. Какой объѐм медикаментозной помощи должен быть оказан пациенту на догоспитальном этапе?

5. Достаточно ли данных для постановки диагноза? Обоснуйте свой ответ. При необходимости предложите дополнительные методы исследования. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

135

**Ситуационная задача 127 [K000934]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 59 лет находился на стационарном лечении в кардиологическом диспансере с 1 сентября по 14 сентября по поводу переднего Q-образующего инфаркта миокарда от 1 сентября. Поступал с жалобами на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в область левой лопатки, одышку, возникшие после стрессовой ситуации.

Из анамнеза известно, что в последние 2 года периодически повышалось АД до максимальных цифр 160/90 мм рт. ст. Постоянно лекарственную терапию не получал, эпизодически принимал каптоприл 25 мг. При физической нагрузке периодически возникал дискомфорт в области сердца, одышка. За медицинской помощью не обращался. Курит более 30 лет по ½ пачке сигарет в день. Семейный анамнез: отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 60 лет. Работает машинистом башенного крана.

При поступлении проведена коронароангиография, обнаружена окклюзия передней межжелудочковой артерии, выполнены ЧТКА и эндопротезирование передней межжелудочковой артерии.

В анализах: общий холестерин - 6,36 ммоль/л, ЛПНП - 3,69 ммоль/л, ЛПВП - 1,25 ммоль/л, ТГ - 2,26 ммоль/л, глюкоза натощак – 4,5.

ЭХО-КГ: гипертрофия левого желудочка, увеличение полости левого предсердий. Локальная гипокинезия боковой стенки левого желудочка. Митральная регургитация 2 ст., трикуспидальная регургитация 1 ст. Нарушение диастолической функции левого желудочка (VE/VA <1,0). ФВ – 48%.

Период стационарного лечения протекал без особенностей, после выписки пациент направлен в специализированный кардиореабилитационный стационар, где находился до 30 сентября.

Результаты велоэргометрии: субмаксимальная ЧСС - 137 ударов в минуту достигнута при нагрузке 100 Вт.

Результаты теста с 6-минутной ходьбой: за 6 минут пройдено 412 метров.

30 сентября явился на приѐм в поликлинику по месту жительства. Боли в сердце не беспокоят, при быстрой ходьбе появляется одышка.

Постоянно принимает Аспирин 100 мг/сут, Клопидогрел 75 мг/сут, Аторвастатин 40 мг/сут, Бисопролол 2,5 мг/сут, Лизиноприл 5 мг 2 раза в сутки.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 37 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 16 в минуту. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 150/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Отеков нет. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

136

3. Разработайте программу реабилитации на поликлиническом этапе.

4. Оцените данные лабораторных анализов и объективного осмотра пациента, проведите коррекцию медикаментозной терапии.

5. Укажите сроки временной нетрудоспособности. Разработайте план диспансерного наблюдения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

137

**Ситуационная задача 128 [K000935]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Пациент Д. 50 лет обратился в поликлинику с жалобами на частые головные боли, периодическую жажду, cухость во рту, учащѐнное мочеиспускание днѐм и до 6 раз последние несколько дней, тяжесть в поясничной области, особенно последние несколько дней после переохлаждения и повышенную утомляемость около недели. Однократно поднималась температура до 37,8 °С. Из анамнеза – СД 2 типа 3 года, получает Метформин 2000 мг /с, глюкоза крови больше 6 ммоль/л натощак не повышается. Гипертоническая болезнь около 5 лет. Принимает Валсартан 40-80 мг/сутки в зависимости от уровня АД. Максимальное повышение АД до 150/90 мм рт. ст. при рабочем 135/80 мм рт. ст. Ведѐт малоподвижный образ жизни, работает посменно менеджером. Головные боли чаще возникают после ночной смены. У матери гипертоническая болезнь, у отца ИМ. Курит по 5-6 сигарет с течение 10 лет.

При осмотре – повышенного питания. ИМТ – 29 кг/м2,объѐм талии (ОТ) - 100 см. Кожные покровы и слизистые обычной окраски. Перкуторно над лѐгкими звук лѐгочный. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 17 в минуту. В сердце тоны ослаблены, ритм правильный, акцент II тона над аортой, ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 135/85 мм рт. ст. (S=D) Язык влажный чистый, живот пальпаторно безболезненный, слегка увеличен в объѐме за счѐт подкожно-жировой клетчатки. Размеры печени не увеличены. Селезѐнка не увеличена. Симптом Пастернацкого положителен с обеих сторон. Периферическая пульсация на артериях стоп сохранена, не снижена.

В общем анализе крови: эритроциты – 4,4×1012/л, гемоглобин – 142 г/л, цветовой показатель – 0,85, лейкоциты - 11×109/л, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 72%, лимфоциты - 16%, моноциты - 4%. СОЭ - 25 мм/ч.

В общем анализе мочи: удельный вес – 1018, белок – следы, лейкоциты – 20-30 в поле зрения, эритроциты 1-2 в поле зрения.

В биохимическом анализе крови: глюкоза крови - 5,2 ммоль/л, НвA1c - 5,6%, АЛТ - 25 МЕ/л, АСТ - 15 МЕ/л, креатинин - 75 мкмоль/л.

Рентгенография лѐгких – без патологии.

ЭКГ – синусовый ритм, признаки гипертрофии левого желудочка, ЧСС – 84 удара в минуту.

УЗИ брюшной полости – печень не увеличена, эхогенность не изменена, желчный пузырь не увеличен, стенка 2 мм, конкрементов нет, поджелудочная железа неравномерно уплотнена, не увеличена. Почки не увеличены, деформация ЧЛС с обеих сторон, кисти конкрементов нет.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

138

4. Назначьте терапию. Обоснуйте свой выбор.

5. Через 10 дней после лечения нормализовался общий анализ мочи - белка нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, нормализовался общий анализ крови - лейкоциты 5×109/л, СОЭ - 10 мм/ч. Продолжали оставаться нормальными целевыми АД - 130/80 и гликемия - 5,5 ммоль/л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

139

**Ситуационная задача 129 [K000936]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Пациент Д. 52 лет обратился в поликлинику с жалобами на жажду, cухость во рту, учащѐнное мочеиспускание, ночью до 3 раз, частые боли в затылке, утомляемость при физической нагрузке. Данные жалобы беспокоят в течение года. Из анамнеза выяснено, что много лет имеет избыточный вес, ведѐт малоподвижный образ жизни, работает бухгалтером. Головные боли возникают после стрессов на работе. Сухость во рту возникает после съеденной сладкой пищи, которой пациент злоупотребляет. Ранее больной к врачам не обращался. У матери гипертоническая болезнь. Не курит. Аллергический анамнез не отягощѐн.

При осмотре повышенного питания. ИМТ - 31 кг/м2, объѐм талии (ОТ) - 100 см. Кожные покровы и слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лѐгких – перкуторно звук лѐгочный, аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный¸ акцент II тона над аортой, ЧСС – 64 удара в минуту, АД – 180/100 мм рт. ст. Язык влажный чистый, живот пальпаторно безболезненный, увеличен в объѐме за счѐт подкожно-жировой клетчатки. Размеры печени по Курлову - 11×10×6 см, выступает на 2 см из-под рѐберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется. Селезѐнка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Периферическая пульсация на артериях стоп сохранена, не снижена.

В общем анализе крови: эритроциты – 4,4×1012/л, гемоглобин – 142 г/л, ЦП – 0,85, лейкоциты - 5,6×109/л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ - 9 мм/ч.

В общем анализе мочи: удельный вес - 1018, белка нет, глюкозурия ++, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, эритроциты отсутствуют.

В биохимическом анализе крови: общий холестерин - 6,9 ммоль/л, триглицериды - 3,6 ммоль/л, ЛПВП - 0,9 ммоль/л, глюкоза крови - 9,2 ммоль/л, Нв A1c - 7,6%. АЛТ - 65 МЕ/л, АСТ - 35 МЕ/л, билирубин общий - 17 мкмоль/л, прямой - 5 мкмоль/л, непрямой - 12 мкмоль/л. Амилаза - 60 ЕД.

Рентгенография лѐгких – без патологии.

ЭКГ – синусовый ритм, признаки гипертрофии левого желудочка, ЧСС - 64 удара в минуту.

УЗИ брюшной полости – печень увеличена (12×10×7 см), неравномерно уплотнена, «блестит», желчный пузырь не увеличен, стенка 4 мм, взвесь, конкрементов нет, поджелудочная железа неравномерно уплотнена, не увеличена.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назначьте терапию. Обоснуйте свой выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

140

5. Через 6 месяцев регулярной терапии - АД колеблется в пределах 150-160/90-95 мм рт. ст., глюкоза натощак - 5,4 ммоль/л, Нв А1с - 6,5%, общий холестерин - 4,5 ммоль/л, ТГ - 1,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 1,2 ммоль/л, креатинин - 88 мкмоль/л, альбуминурия - 10 мг/сутки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

141

**Ситуационная задача 130 [K000937]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

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 коньюнктивы бледны. Ногти тонкие, уплотнены, концы ногтей расслоены. В лѐгких 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 селезѐнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.

В анализах: общий анализ крови — эритроциты - 3,6×1012/л, анизоцитоз, микроцитоз, Нb - 94 г/л, ЦП - 0,6, лейкоциты - 5,2×109/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, непрямой 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 Т 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 нарушение вкуса; в общем анализе крови - эритроциты - 4,2×1012/л, средний диаметр эритроцитов - 7,5 мкм, Нb - 122 г/л, ЦП - 0,84, лейкоциты - 6,7×109/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. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

142

**Ситуационная задача 131 [K001946]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

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 селезѐнки (выступает из-под края реберной дуги на 6 см).

Анализ крови: гемоглобин - 105 г/л, цветовой показатель - 0,94, лейкоциты - 68,3×109/л (промиелоциты - 1%, нейтрофильные миелоциты - 2%, нейтрофильные метамиелоциты - 6%, нейтрофильные палочкоядерные - 14%, нейтрофильные сегментоядерные - 58%, лимфоциты - 9%, эозинофилы - 2%, базофилы - 7%, моноциты - 1%), тромбоциты - 440×109/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. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

143

**Ситуационная задача 132 [K001947]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

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. Селезѐнка увеличена (+5 см).

В анализах крови: гемоглобин - 98 г/л, лейкоциты – 30×109/л, из них 50% лимфоциты, тромбоциты - 130×109/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. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

144

**Ситуационная задача 133 [K001948]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной Г. 26 лет на приѐме у врача-терапевта участкового предъявляет жалобы на одышку при небольшой физической нагрузке. В анамнезе - частые ангины в детстве. В возрасте 12 лет у больного был эпизод болей в коленных суставах в течение недели. На фоне приѐма Диклофенака боли прошли через 1 неделю. В течение последних трѐх лет отмечает ухудшение переносимости физических нагрузок из-за одышки. Толерантность к нагрузкам резко снизилась за последние 6 месяцев: одышка стала возникать при ходьбе с обычной скоростью. К врачам не обращался. Неделю назад отметил приступ частого неритмичного сердцебиения, купировавшийся самостоятельно через 5 часов.

При осмотре: кожные покровы обычной окраски, отмечается цианоз губ, кончика носа, «румянец» щѐк, в лѐгких хрипов нет, ЧДД - 24 в минуту, перкуторно - верхняя граница сердца на уровне II межреберья, остальные границы в пределах нормы. На верхушке - трѐхчленный ритм, хлопающий первый тон, диастолический шум. Тоны ритмичные, ЧСС - 90 ударов в минуту, АД - 100/60 мм рт. ст. Живот безболезненный. Печень: +2 см от края рѐберной дуги, селезѐнка не пальпируется.

**Вопросы:**

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.

2. Определите и обоснуйте наиболее вероятную причину заболевания у пациента.

3. Чем обусловлен трѐхчленный ритм, выявленный при аускультации пациента?

4. Что Вы ожидаете выявить у пациента при ультразвуковом исследовании сердца?

5. Выберите и обоснуйте Вашу дальнейшую врачебную тактику. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

145

**Ситуационная задача 134 [K001950]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной М. 68 лет пришѐл на профилактический осмотр, жалоб не предъявляет. Два года назад перенѐс транзиторную ишемическую атаку. К врачам в дальнейшем не обращался. От приѐма лекарственных препаратов отказывается, мотивируя нежеланием принимать «химию» и хорошим самочувствием. В лѐгких при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны, шумов нет. ЧСС - 85 ударов в минуту. АД - 190/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень не увеличена. Отѐков нет. Индекс массы тела в норме.

На ЭКГ синусовый ритм, признаки гипертрофии левого желудочка.

В биохимическом анализе крови холестерин - 8,5 ммоль/л.

**Вопросы:**

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.

2. Какие исследования необходимо назначить больному в первую очередь в данной ситуации?

3. Каковы долгосрочные цели лечения данного пациента?

4. Определите оптимальную тактику лечения данного больного.

5. Укажите клинический признак, который требует углубленного дообследования для исключения вторичной (симптоматической) артериальной гипертензии. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

146

**Ситуационная задача 135 [K001951]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная Б. 38 лет поступила в клинику в связи с развитием около 5 дней назад одышки при обычных физических нагрузках, учащѐнного неритмичного сердцебиения. В детстве страдала частыми ангинами, которые прекратились в подростковом возрасте; тонзиллэктомия не проводилась. Ежегодно переносит острую респираторную вирусную инфекцию (ОРВИ), неоднократно отмечала появление герпетической сыпи на губах. За месяц до появления указанных жалоб перенесла опоясывающий герпес, по поводу которого проводилась симптоматическая терапия. Физические нагрузки переносила хорошо.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37,2°С, озноба нет. Конституция нормостеническая. Кожные покровы чистые. Отѐков нет. ЧД - 22 в минуту, дыхание жѐсткое в базальных отделах, хрипов нет. ЧСС - 115 ударов в минуту, ритм неправильный, дефицит пульса - до 10 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезѐнка не увеличены.

В анализах крови: СРБ - 5,6 мг/л, АСЛО - 125 МЕ/л (норма 0-125 МЕ/л).

ЭКГ.

**Вопросы:**

1. Расшифровать ЭКГ, указать, какие изменения Вы видите у пациентки на ЭКГ.

2. Предложите наиболее вероятный диагноз. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

147

3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз у данной больной, учитывая клиническую картину и данные ЭКГ?

4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

5. Определите и обоснуйте тактику ведения данной пациентки. Какие первоочередные лечебные мероприятия показаны больной? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

148

**Ситуационная задача 136 [K001961]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная К. 56 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли в левом коленном суставе, усиливающиеся в положении стоя или при нагрузке, периодически возникающий хруст при активных движениях в данном суставе. По утрам после пробуждения ощущает скованность движений в левом коленном суставе, которая длится 15-20 минут. Боли появились около 2 лет назад и постепенно усиливались.

При осмотре: суставы внешне не изменены, деформации и дефигурации не отмечаются. Объѐм активных и пассивных движений незначительно снижен в левом коленном суставе. Атрофии окружающих тканей нет.

Анализ крови: без отклонений от нормальных значений, СОЭ - 22 мм/ч, РФ - отрицательный.

Рентгенограммы коленных суставов представлены на рисунке

**Вопросы:**

1. Какие изменения видны на рентгенограммах?

2. Предположите наиболее вероятный диагноз. Ответ обоснуйте.

3. Укажите факторы риска данного заболевания.

4. Перечислите медленнодействующие препараты, модифицирующие симптомы болезни. Ответ обоснуйте.

5. Назначьте лечение больной в данной клинической ситуации. Выбор обоснуйте. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

149

**Ситуационная задача 137 [K001964]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная И. 39 лет обратилась в поликлинику с жалобами на сердцебиение, слабость в левой руке и ноге.

Из анамнеза: известно, что 6 месяцев назад пациентка перенесла транзиторную ишемическую атаку. 3 месяца назад - ОНМК в бассейне средней мозговой артерии, Акушерский анамнез: 2 беременности, 1 роды. 1 беременность в возрасте 22 лет протекала нормально, родила здорового доношенного ребенка; 2 беременность в возрасте 36 лет закончилась смертью плода на 12 неделе беременности (подтверждена нормальная морфология плода).

При осмотре: состояние больной средней степени тяжести. Моторная афазия. Отмечается пятнистость кожи цианотичного оттенка, напоминающая «кружева», локализующаяся в области бѐдер и ягодиц (сетчатое ливедо). Периферические лимфатические узлы не увеличены. Конфигурация суставов не изменена, объѐм движений полный. Над лѐгкими перкуторно лѐгочный звук, аускультативно хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС - 96 ударов в минуту. АД - 120/75 мм рт. ст. Печень, селезѐнка не увеличены. При пальпации живот мягкий, безболезненный.

Клинический анализе крови: гемоглобин - 112 г/л, лейкоциты - 9×109/л, тромбоциты - 100×109/л, СОЭ - 46 мм/час.

Антитела к нативной ДНК отрицательные. Волчаночный антикоагулянт положительный – 2,4 условные единицы (норма 0,8-1,2 условных единиц).

Анализ мочи: относительная плотность - 1010, белок - 0,033 г/л, лейкоциты - 5-7, эритроциты - 0-2 в поле зрения.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препараты какой группы Вы бы рекомендовали пациенту для лечения и профилактики сосудистых осложнений? Обоснуйте свой выбор.

5. Есть ли показания к госпитализации данной больной? Обоснуйте. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

150

**Ситуационная задача 138 [K001966]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной Ж. 47 лет поступил в ревматологическое отделение с жалобами на ноющие боли в плюснефаланговых суставах I пальцев обеих стоп, правом голеностопном и левом коленном суставах, усиливающиеся к утру (в момент пробуждения) и при движениях, ограничение объѐма движений в вышеперечисленных суставах, отѐчность голеней и стоп, эпизодически выявляемое повышение АД до 160/110 мм рт. ст. (регулярно АД не контролирует, терапии не получает), ноющие боли в правой поясничной области. Работает в офисе, ведѐт малоподвижный образ жизни. Диет не соблюдает. Наследственный анамнез: мать больного 70 лет страдает гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа, отец умер в возрасте 65 лет от инфаркта миокарда.

Считает себя больным в течение последних 5 лет, когда впервые на фоне полного благополучия появились сильнейшие жгучие, пульсирующие боли в области плюснефалангового сустава I пальца левой стопы около двух часов ночи, вследствие чего больной не мог вновь заснуть. Боли в суставе сопровождались появлением его припухлости, кожа над ним покраснела, стала горячей, натянутой и блестящей. Повысилась температура тела до 38,2°С. Болевой синдром не купировался приемом Парацетамола. Кроме того, появились резкое ограничение движений в этом суставе, болезненность при дотрагивании до него, соприкосновении с простыней. К утру интенсивность боли заметно ослабела, но припухлость сустава сохранялась. К врачам пациент обращаться не стал, ничем не лечился; через 2-3 суток боли в I плюснефаланговом суставе левой стопы купировались полностью, через несколько дней спустя исчезла и припухлость сустава.

Второй приступ болезни последовал примерно через 1 год, с вовлечением в процесс правого голеностопного сустава. Боли в суставе носили аналогичный характер, сопровождались общими явлениями в виде субфебрилитета, недомогания, в продромальный период пациент отметил потерю аппетита, гиперсаливацию и жажду. Обратился к врачу-терапевту участковому, при обследовании выявлены ускоренное СОЭ до 52 мм/час, гиперфибриногенемия (6,88 г/л), гиперурикемия (мочевая кислота в крови - 546 мкмоль/л), гиперхолестеринемия (общий холестерин - 7,2 ммоль/л, липидные фракции не исследовались), гликемия натощак - 6,0 ммоль/л, на рентгенограмме правого голеностопного сустава изменения не обнаружены. Был назначен Индометацин в дозе 150 мг/сут, на фоне приема которого болевой синдром регрессировал.

В дальнейшем пациент отметил, что частота приступов артрита составляла ранее 1 раз в год, а с течением времени кратность обострений болезни увеличилась до 3-4 раз в год. В последние 3 года отмечаются эпизоды повышения АД, появились боли в поясничной области, в связи с чем было проведено УЗИ почек, которое выявило камень в нижнем полюсе правой почки размером 13 мм. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

151

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°С. Рост - 166 см, вес - 94 кг. Окружность талии - 107 см. Дефигурация голеностопных суставов, более выраженная справа, I плюснефаланговых суставов обеих стоп, кожа над суставами не изменена, без локальной гипертермии. Движения в суставах с болезненным ограничением. На медиальном крае правой стопы обнаружен тофус до 6 мм в диаметре. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД - 16 в минуту. Перкуторный звук ясный лѐгочный над всеми лѐгочными полями. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумов и дополнительных тонов не выслушивается. АД - 160/80 мм рт. ст., ЧСС - 88 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень перкуторно по краю рѐберной дуги. Периферических отѐков нет.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту для терапии заболевания? Обоснуйте свой выбор.

5. Выберите тактику ведения пациента в межприступный период. Обоснуйте Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

152

**Ситуационная задача 139 [K001970]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная М. 30 лет обратилась в поликлинику с жалобами на выраженные боли и припухание суставов кистей, лучезапястных и коленных суставов, на боли при жевании в нижнечелюстных суставах, утреннюю скованность в суставах кистей до 14-15 часов дня, потерю веса на 6 кг за последние 4 месяца, выраженную общую слабость. Из анамнеза: около 7 месяцев назад впервые возникли боли в суставах кистей, лучезапястных, а затем коленных суставах. К врачам не обращалась, самостоятельно принимала Диколофенак, а затем Нимесулид с некоторым положительным эффектом. На фоне приѐма данных препаратов возникли боли в эпигастрии, изжога.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 37,4 ºС. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Изменения суставов кистей представлены на рисунке. В области левого локтевого сустава 2 подкожных плотных узелковых образования размером 0,5×0,5 см. Коленные суставы дефигурированы за счет экссудативных изменений, определяется гипертермия кожи при пальпации, положительный симптом баллотирования надколенника с обеих сторон. DAS 28 = 5,6.

В лѐгких дыхание с жѐстким оттенком, хрипов нет. ЧДД - 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, шумов нет, ритм правильный. ЧСС - 78 ударов в минуту. АД - 132/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и пилородуоденальной зоне. Печень и селезѐнка не увеличены.

В анализах крови: гемоглобин - 86,4 г/л, лейкоциты - 9,1×109/л, тромбоциты - 219 тыс., СОЭ - 76 мм/час (по Вестергрену).

Электрофорез белков: альбумины - 43,7%, глобулины: 1 - 4,9%, 2 - 12,8%, - 12,4%, - 26,2%. СРБ - 54,7 мг/л, ревматоидный фактор (РФ) – 22,1 ЕД/л (норма 0-40 ЕД/л). Сывороточное железо – 6,2 мкмоль/л.

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

Эзофагогастродуоденоскопия: яркая гиперемия слизистой антрального отдела желудка с 3 эрозивными дефектами, складки слизистой утолщены. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

153

**Вопросы:**

1. Сформулируйте развѐрнутый диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какой базисный препарат вы бы рекомендовали в качестве лекарственного средства первого выбора? Обоснуйте свой выбор.

5. Опишите изменения суставов кистей на представленном рисунке. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

154

**Ситуационная задача 140 [K001979]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная Д. 56 лет поступила в больницу с жалобами на появление сильной головной боли, головокружения, ощущения пульсации в голове, тошноты, нечѐткости зрения. Данные симптомы впервые в жизни появились шесть месяцев тому назад на фоне стресса. Была доставлена в больницу, где впервые было обнаружено повышение АД до 180/120 мм рт. ст. Наблюдалась в дальнейшем у врача-терапевта участкового, принимала гипотензивную терапию. В последнее время АД при нерегулярных измерениях 150/80 мм рт. ст.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Индекс массы тела - 29,7 кг/м2. Лицо гиперемировано. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 16 в минуту. Пульс - 96 ударов в минуту, АД - 190/90 мм рт. ст. на обеих руках. Левая граница относительной сердечной тупости смещена на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отѐков на нижних конечностях нет.

В общем анализе крови без патологических изменений.

Представлена ЭКГ (скорость 25 мм/с):

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Назовите отклонения от нормы, видимые на представленной ЭКГ, и сформулируйте ЭКГ-заключение. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

155

3. Какой синдром является ведущим в клинической картине данного заболевания?

4. Среди каких неотложных состояний требуется провести дифференциальную диагностику?

5. С введения каких препаратов следует начинать купирование данного неотложного состояния? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

156

**Ситуационная задача 141 [K001980]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной Е. 67 лет был экстренно направлен врачом-терапевтом участковым в больницу с жалобами на удушье, стеснение в груди, сухой кашель.

Анамнез: в течение последних 15 лет страдает гипертонической болезнью, систематически не лечится. Вышеописанные жалобы появились впервые внезапно ночью во время сна.

Объективно: состояние тяжѐлое. Положение ортопноэ, разлитая бледность кожных покровов с цианозом губ, акроцианоз. Дыхание хриплое, ЧДД - 40 в минуту. В лѐгких по всем полям разнокалиберные влажные хрипы. Пульс - 120 ударов в минуту, ритмичен, напряжен. АД - 180/120 мм рт. ст. Левая граница сердечной тупости смещена латерально на 2 см. Тоны сердца выслушиваются с трудом из-за хрипов в лѐгких. Печень не пальпируется, отѐков нет. Температура тела нормальная.

Представлена ЭКГ (скорость 25 мм/с):

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Назовите отклонения от нормы, видимые на представленной ЭКГ, и сформулируйте ЭКГ-заключение.

3. Какой синдром является ведущим в клинической картине данного заболевания?

4. Среди каких неотложных состояний требуется провести дифференциальную диагностику?

5. С введения каких препаратов следует начинать купирование данного неотложного состояния? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

157

**Ситуационная задача 142 [K001982]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Пациент К. 50 лет обратился к врачу-терапевту участковому в связи с впервые возникшим приступом сердцебиения, сопровождающимся мышечной дрожью, слабостью, незначительным затруднением дыхания. Приступ возник около 2 часов назад при сильном эмоциональном стрессе. Ранее при регулярной диспансеризации никаких заболеваний выявлено не было, АД было всегда в пределах нормы. На ранее снятых ЭКГ без патологических изменений. Весьма значительные физические нагрузки переносит хорошо.

При осмотре: сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В лѐгких везикулярное дыхание, ЧДД - 18 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца аритмичные, шумов нет, ЧСС - 144 удара в минуту, пульс - 108 в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст. Печень не увеличена. Периферические отѐки отсутствуют. Температура тела 36,9 °С.

Представлена ЭКГ отведение II (скорость 25 мм/с):

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Назовите отклонения от нормы, видимые на представленной ЭКГ, и сформулируйте ЭКГ-заключение.

3. Какой синдром является ведущим в клинической картине данного заболевания?

4. Среди каких сходных состояний требуется провести дифференциальную диагностику?

5. С введения каких препаратов следует начинать купирование данного неотложного состояния? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

158

**Ситуационная задача 143 [K001983]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной 75 лет на приѐме у врача-терапевта участкового предъявляет жалобы на приступы головокружения, иногда с кратковременной потерей сознания, участившиеся в течение последнего месяца. Кроме этого, имеется одышка при незначительной физической нагрузке и отѐки на ногах, которые появились также около месяца назад и в последующем усиливались.

Анамнез: больным себя считает около 10 лет, когда впервые появились сжимающая боль в области сердца и одышка при ходьбе до 200 м, боль эффективно купируется Нитроглицерином. Год назад впервые возник приступ потери сознания в течение нескольких минут, сопровождавшийся непроизвольным мочеиспусканием. В последний месяц аналогичные приступы участились, появилось повышение АД.

Объективно: сознание ясное. Выраженный цианоз губ, граница относительной сердечной тупости сердца смещена влево на 2 см. Тоны сердца глухие, ритмичные. Временами выслушивается громкий (пушечный) I тон. ЧСС - 34 удара в минуту. АД - 180/100 мм рт. ст. В лѐгких жѐсткое дыхание, хрипов нет. Печень выступает из-под рѐберной дуги на 5 см, край еѐ плотный, чувствительный при пальпации. Симметричные отѐки на ногах до верхней трети голеней.

Представлена ЭКГ (скорость 25 мм/с):

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Назовите отклонения от нормы, видимые на представленной ЭКГ, и сформулируйте ЭКГ-заключение.

3. Какой синдром является ведущим в клинической картине данного заболевания?

4. Среди каких сходных состояний требуется провести дифференциальную диагностику?

5. Какой метод купирования данного неотложного состояния, проявляющегося обмороками, является наиболее эффективным? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

159

**Ситуационная задача 144 [K001984]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

В поликлинику обратился мужчина 42 лет с впервые возникшим приступом интенсивной сжимающей загрудинной боли без отчѐтливой иррадиации, сопровождающейся тошнотой, профузным потоотделением, одышкой. К моменту обращения длительность приступа около 3 часов. Курит много лет, 10-15 сигарет в день. Артериальной гипертензии и других заболеваний сердечно-сосудистой системы, сахарного диабета, неврологических заболеваний, травм головы, коагулопатий и значительных кровотечений в анамнезе нет. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, гипергидроз. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ритмичны. ЧСС - 90 ударов в минуту, АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена.

Экстренно снята ЭКГ:

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Назовите отклонения от нормы, видимые на представленной ЭКГ, и сформулируйте ЭКГ-заключение.

3. Какова тактика врача общей практики в данной ситуации? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

160

4. Среди каких неотложных состояний требуется провести дифференциальную диагностику?

5. Какие лабораторные маркеры рекомендуется использовать для подтверждения диагноза? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

161

**Ситуационная задача 145 [K001985]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная 42 лет, домохозяйка, обратилась к врачу-терапевту участковому со следующими жалобами: в течение нескольких лет периодически отмечала общую слабость, немотивированный подъѐм температуры до субфебрильных цифр. Месяц назад после ОРЗ появилась умеренная болезненность и припухлость II и III пястно-фаланговых суставов, II, III, IV проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, лучезапястных суставов; утренняя скованность в течение 3 часов. Суставной синдром сопровождался повышением температуры тела до 37,3°С. Домашнюю работу выполняет с трудом.

Объективно: кожные покровы обычной окраски, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница относительной сердечной тупости по среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные. АД - 130/80 мм рт. ст. Отмечается дефигурация вышеперечисленных суставов за счѐт экссудативно-пролиферативных явлений, разлитая болезненность, активные и пассивные движения ограничены, болезненны.

Общий анализ крови: лейкоциты - 9,0×109/л, СОЭ - 35 мм/час.

Биохимическое исследование крови: ревматоидный фактор (РФ) – 1:80. Антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) – 375,8 Ед/мл.

Рентгенограмма суставов кистей: обнаружен околосуставной остеопороз, сужение суставной щели, единичные узуры костей.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какой будет тактика лечения данного заболевания?

5. Какой базисный препарат целесообразно назначить в данном случае и почему? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

162

**Ситуационная задача 146 [K001986]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной Ю. 53 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, боли по всему позвоночнику (преимущественно ночью), в обоих тазобедренных, коленных суставах, утреннюю скованность до 40 минут, проходящую после физических упражнений.

Анамнез: болеет с 35 лет, вначале появились боли в пояснице и крестце (особенно ночью), позже присоединилась утренняя скованность, проходящая после непродолжительной зарядки, повышение температуры до 37-37,5°С.

Объективно: состояние удовлетворительное, положение активное. АД - 150/100 мм рт. ст. ЧСС - 74 удара в минуту. ЧДД - 18 в минуту. Температура тела 37,3°С. Отмечается выраженный грудной кифоз и шейный гиперлордоз, сглаженность поясничного лордоза, болезненность при пальпации по ходу позвоночника, околопозвоночным линиям и тазобедренных суставов. Активные и пассивные движения вызывают боль.

Пробы: симптом Кушелевского I, II - положительный, проба Томайера – 65 см, Форестье - 22 см, проба подбородок-грудина – 5 см, экскурсия грудной клетки - 100-96 см (4 см).

Рентгенограмма позвоночника и илеосакральных сочленениях: Деформирующий спондилѐз, двусторонний сакроилиит, стадия 3.

Общий анализ крови: эритроциты - 4,2×1012/л, Hb - 122 г/л, тромбоциты - 220×109/л, лейкоциты - 10×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, моноциты – 4%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 30%, СОЭ – 18 мм/ч.

Иммунологические тесты: С-реактивный белок – 5 мг/л, ревматоидный фактор – отрицательный.

Общий анализ мочи – норма.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какой будет Ваша тактика лечения данного заболевания?

5. Каким препаратам следует отдать предпочтение при наличии у пациента внеаксиальных проявлений заболевания? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

163

**Ситуационная задача 147 [K001987]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной 64 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на припухание и боль в правом голеностопном суставе и мелких суставах правой стопы, покраснение кожи над ними, ограничение движений в них.

Анамнез: страдает внезапными приступами болей в суставах правой стопы около 8 лет, когда впервые на фоне относительного благополучия ночью появились интенсивные боли в первом пальце правой стопы. В последующем артрит неоднократно рецидивировал. Боль в области правого голеностопного сустава присоединилась в течение последних 6 месяцев. Неоднократно безболезненно с мочой отходили конкременты желтовато-бурового цвета размером до 3–4 мм.

Объективно: телосложение правильное, повышенного питания. В области хрящевой части ушных раковин пальпируются безболезненные плотные образования величиной 0,3 0,2 см, белесоватые на изгибе. Отмечаются костные деформации в области 1 и 2 плюснефаланговых суставов правой стопы, сочетающиеся с припухлостью, покраснением кожи и повышением местной температуры над этими же суставами. Правый голеностопный сустав припухший, болезненный при пальпации. Кожа над суставом блестит, синевато- багрового цвета, горячая. АД - 170/105 мм рт. ст. ЧСС - 84 удара в минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см от срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены.

Мочевая кислота - 780 ммоль/л, холестерин крови - 6,7 ммоль/л, триглицериды – 2,7 ммоль/л, ЛПВП – 1,0 ммоль/л; глюкоза натощак – 6,2 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 6,4 ммоль/л.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какой будет Ваша тактика лечения в период острого приступа и в межприступный период?

5. Каким препаратам следует отдать предпочтение для коррекции артериальной гипертензии и гиперхолестеринемии и почему? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

164

**Ситуационная задача 148 [K001988]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

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 лѐгкой 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 лѐгких 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 селезѐнка не пальпируются. Стул, диурез без особенностей.

В общем анализе крови: эритроциты - 2,9×1012/л, гемоглобин - 70 г/л, цветовой показатель - 0,73; анизоцитоз++, пойкилоцитоз++, микроцитоз++; лейкоциты - 3,8×109/л, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 54%, эозинофилы - 5%, лимфоциты - 33%, моноциты - 6%, базофилы - 1%;тромбоциты - 200×109/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. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

165

**Ситуационная задача 149 [K001989]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 47 лет доставлен в приѐмное отделение с жалобами на повышение температуры тела до 38,5 °С градусов, кашель с трудноотделяемой мокротой «ржавого» цвета, боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при кашле, чувство нехватки воздуха, головокружение.

Из анамнеза известно, что пациент заболел 3 дня назад – после переохлаждения повысилась температура тела, появился кашель. Лечился самостоятельно (Аспирин, Парацетамол), но состояние ухудшалось: появились вышеперечисленные жалобы. Бригадой скорой помощи доставлен в стационар.

При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы чистые, цианоз губ, кончиков пальцев. Правая половина грудной клетки отстаѐт при дыхании. Притупление перкуторного звука, усиление бронхофонии в IV-V межреберье по среднеключичной линии справа. При аускультации в том же отделе дыхание бронхиальное, крепитация. Тоны сердца приглушены, учащены. ЧСС – 96 ударов в минуту, АД – 85/50 мм рт. ст. Сатурация – 80%. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах.

В общем анализе крови: лейкоциты – 22×109/л, юные формы – 10%, палочкоядерные нейтрофилы – 23%, сегментоядерные нейтрофилы - 30% , эозинофилы - 2%, лимфоциты - 30%, моноциты -5%. СРБ – 125 мг/л.

Выполнена рентгенография грудной клетки в прямой и боковой проекциях. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

166 Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

167 Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

168

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какова тактика лечения данного пациента, назовите препараты «стартовой» терапии и препараты резерва?

5. Какова тактика диспансерного наблюдения пациента после выписка из стационара? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

169

**Ситуационная задача 150 [K001990]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 47 лет вызвал бригаду скорой помощи в связи с появлением давящей боли за грудиной. Боль появилась 40 минут назад, в покое, не купировалась 2 дозами Изокета. Пациент отмечает выраженную слабость, потливость.

Ранее боли за грудиной не беспокоили, физическую нагрузку переносил хорошо.

В течение 6 дет периодически повышалось АД до 160/100 мм рт. ст. При повышении АД принимал Каптоприл, постоянно гипотензивные препараты не получал. Курит 25 лет по 1 пачке сигарет в день. Наследственность не отягощена.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы влажные. ЧДД - 18 в минуту. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Пульс на сосудах нижних конечностях сохранѐн.

Зарегистрирована ЭКГ.

Больной доставлен в приѐмное отделение больницы с отделением рентгеноэндоваскулярных вмешательств в течение 20 минут.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

170

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какой метод реперфузии показан больному? Обоснуйте свой выбор.

5. Какая антитромботическая терапия показана больному при поступлении в стационар, если известно, что на догоспитальном этапе она не проводилась? Результаты анализов: троп-тест отрицательный, креатинин - 0,09 ммоль/л, сахар - 6,5 ммоль/л. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

171

**Ситуационная задача 151 [K001991]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 55 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли сжимающего характера за грудиной, возникающие при ходьбе на расстояние 200 метров или при подъѐме на один пролѐт лестницы, иррадиирующие в левое плечо, проходящие через 3-5 минут после остановки. Нитроглицерином не пользовался. Беспокоит также одышка при обычной физической нагрузке, утомляемость, которая появилась несколько недель назад.

Из анамнеза известно, что аналогичные боли беспокоят в течение полутора лет. В начале они возникали на большую, чем сейчас нагрузку, но последние несколько месяцев носят описанный выше характер. Больной получает Бисопролол 5 мг в сутки и Кардикет 40 мг 2 раза в сутки. На этом фоне приступы сохраняются. Курил в течение 20 лет по ½ пачки в день. Бросил курить 5 лет назад. Семейный анамнез: отец внезапно умер в возрасте 59 лет.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 24 кг/м2. Окружность талии – 96 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 130/85 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Периферических отеков нет. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин – 6,5 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 3,5 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,1 ммоль/л, креатинин – 96 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) – 86,6 мл/мин.

На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 82 удара в минуту, нормальное положение ЭОС, соотношение зубцов R и S в грудных отведениях не нарушено.

Выполнена ВЭМ – проба прекращена на нагрузке 75 Вт из-за появления дискомфорта в грудной клетке и депрессии ST на 2 мм в отведениях V4, V5, V6. «Двойное произведение» составило 195.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Больному проведена ЭХО-кардиография. Фракция выброса составила 40%. Какие лечебные мероприятия необходимо назначить пациенту? Обоснуйте свой выбор.

5. Проведена коронарография. Обнаружен стеноз ствола левой коронарной артерии 70%. Какова тактика дальнейшего ведения пациента? Обоснуйте Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

172

**Ситуационная задача 152 [K001992]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

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 жѐлтый 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. Отѐков 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 селезѐнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах крови: эритроциты - 4,57×1012/л, гемоглобин - 137 г/л, лейкоциты - 5,51×109/л, лейкоцитарная формула не изменена; тромбоциты - 254×109/л, СОЭ - 26 мм/час.

Общий холестерин – 4,9 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 2,8 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, креатинин – 135 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) - 58 мл/мин, мочевина – 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 жѐлтый, 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 изменѐн. 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. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

173

**Ситуационная задача 153 [K001993]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной М. 66 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом. Диагноз «ИБС, стенокардия напряжения ФК III. Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда в 2013 году), коронаросклероз (коронарография в 2013 г., 2014 г.). Постоянная форма фибрилляции предсердий. Гипертоническая болезнь III ст. Риск ССО4. ХСН II Б, ФК III».

Жалобы на одышку при обычной физической нагрузке и в покое, кашель, преимущественно в горизонтальном положении и ночью, отѐки нижних конечностей. При осмотре АД - 120/70 мм рт. ст., PS – 60 ударов в минуту, при аускультации лѐгких отмечаются влажные хрипы с обеих сторон, отѐки стоп и голеней.

ЭКГ: фибрилляция предсердий, ЧСС – 65 ударов в минуту, отклонение ЭОС влево, признаки рубцовых изменений левого желудочка (инфаркт миокарда в анамнезе).

ЭХО-КГ: общая сократимость миокарда левого желудочка снижена (ФВ=30%).

Биохимия крови: АСАТ – 45 ед/л, АЛАТ – 39 ед/л, креатинин – 98 мкмоль/л, ОХС – 4,5 ммоль/л, ТГ – 1,4 ммоль/л, ЛВП – 1,0 ммоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, К+ – 4,0 ммоль/л.

На момент осмотра пациент получает: Верошпирон 25 мг 1 раз в день; Бисопролол 5 мг 1 раз в сутки; Аторвастатин 40 мг вечером; Дигоксин 0,125 мг 1 раз в день; Варфарин 5 мг 1 раза в день.

Больной госпитализирован.

**Вопросы:**

1. Оцените адекватность выбранной диуретической терапии тяжести состояния пациента.

2. Назовите критерии эффективности диуретической терапии для данного пациента.

3. Укажите комбинацию лекарственных препаратов, сочетание которых усиливает риск брадикардии и АВ-блокады. Перечислите методы контроля безопасности фармакотерапии.

4. Укажите лабораторный показатель и его целевое значение для оценки эффективности и безопасности назначения Варфарина.

5. Изменение каких лабораторных показателей и во сколько раз может свидетельствовать о развитии побочных эффектов на фоне приѐма статинов? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

174

**Ситуационная задача 154 [K001994]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной Л. 37 лет находится в стационаре, диагноз «внебольничная пневмония с локализацией в нижней доле правого легкого, средне-тяжѐлое течение, ДН I».

Заболел остро 4 марта: появился озноб, повышение температуры тела до 38,8 °С. В течение последующих 3 дней появились жалобы на сухой кашель, боли и тяжесть в правой половине грудной клетки, температура в пределах 38-38,7 °С. Самостоятельно принимал противовирусные препараты (Арбидол, Ингавирин), жаропонижающие средства, врача-терапевта участкового на дом не вызывал. В связи с отсутствием улучшения состояния, сохранением кашля, болей в грудной клетке и повышения температуры тела 7.03, вызвал скорую помощь и был госпитализирован в терапевтическое отделение.

Рентгенография лѐгких (7 марта): признаки пневмонии нижней доли правого лѐгкого.

Общий анализ крови (7.03): Нb – 145 г/л, лейкоциты – 18×109/л, эритроциты – 4,5×1012/л, тромбоциты – 240×109/л, палочкоядерные – 12%, лимфациты – 20%, нейтрофилы – 74%, эозинофилы – 1%, моноциты – 3%, СОЭ – 25 мм/ч.

Лист назначения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

175

**Вопросы:**

1. Оцените рациональность стартовой эмпирической антимикробной терапии с учѐтом спектра действия препарата.

2. Оцените рациональность проведѐнной смены антибактериального препарата с учѐтом спектра действия препарата и наиболее частых возбудителей внебольничной пневмонии.

3. Предложите методы и время контроля эффективности антибактериальной терапии.

4. Сочетание каких из назначенных препаратов повышает риск развития нефротоксического побочного действия? (Ответ обоснуйте).

5. Предложите рекомендации по оптимизации антибактериальной терапии. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

176

**Ситуационная задача 155 [K001995]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная Н. 41 года обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры до 38,5 °С, слабость, боли в горле при глотании.

Анамнез: заболела остро, около недели назад – повысилась температура до 38 °С, стала беспокоить боль в горле при глотании. Принимала жаропонижающие с положительным эффектом – температура снизилась до 37 °С, однако боль в горле продолжала беспокоить.

Сопутствующие заболевания: наблюдается у врача-ревматолога с диагнозом «первичный остеоартрит, локальная форма с поражением правого коленного сустава». Принимает Диклофенак 75 мг 2 раза в день per os.

При осмотре: состояние больной средней тяжести. Температура тела 38 °С. Кожные покровы обычной окраски, без высыпаний. Периферических отѐков нет, при осмотре правого коленного сустава видимых внешних изменений не выявляется, определяется умеренное ограничение объѐма активных и пассивных движений в суставе. При осмотре ротоглотки отмечается гиперемия, отѐчность глоточных миндалин (больше справа), множественные гнойные фолликулы, налѐтов нет. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон до 1,5 см, плотные, умеренно болезненные, не спаяны между собой и окружающими тканями. Дыхание в лѐгких везикулярное, проводится во все отделы, ЧД - 20 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС - 90 ударов в минуту. АД - 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезѐнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Стул регулярный, оформленный.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

3. Назначьте лечение.

4. Назначьте обследование, обоснуйте.

5. На фоне проводимой терапии улучшения не наблюдалось, пациентка пришла на повторный амбулаторный приѐм к врачу-терапевту участковому. Получен результат общего анализа крови: гемоглобин - 118 г/л, эритроциты – 3,8×1012/л, ЦП - 0,93, ретикулоциты - 0,8%, тромбоциты – 190×109/л, лейкоциты - 1,0×109/л, палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 10%, эозинофилы – 0%, базофилы – 0%, моноциты – 3%, лимфоциты – 86%, СОЭ - 23 мм/ч. Поставьте диагноз. Какова дальнейшая тактика ведения пациентки? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

177

**Ситуационная задача 156 [K001996]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

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 отѐков нет. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание в лѐгких везикулярное, ослаблено в нижней половине правого лѐгкого, 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, селезѐнка 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 лѐгких в прямой и боковой проекции - выявлены инфильтративные изменения в нижней доле правого лѐгкого. Назначьте лечение.

4. Несмотря на проводимую терапию состояние больного ухудшалось, мокрота стала зелѐной, симптомы интоксикации усилились. Через 3 дня пациент явился на повторный приѐм к врачу-терапевту участковому. Получен результат общего анализа крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты - 4,2×1012/л, ЦП - 0,91, ретикулоциты - 1,0%, тромбоциты - 220×109/л, лейкоциты - 0,9×109/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. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

178

**Ситуационная задача 157 [K001997]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной П. 35 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на эпизоды внезапно возникающего головокружения при интенсивной физической нагрузке, эпизод кратковременной потери сознания.

Анамнез: ранее у врачей не наблюдался, хронические заболевания отрицает. Считает себя больным в течение 2 месяцев, когда впервые появились эпизоды головокружения. Накануне вечером после интенсивной нагрузки (переносил мебель) был эпизод кратковременной потери сознания. К врачу не обращался.

Наследственность: отец – внезапная смерть в 43 года.

При осмотре: состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые обычной окраски, высыпаний нет. Периферических отѐков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в лѐгких везикулярное, хрипов нет, ЧД – 14 в минуту. Верхушечный толчок усилен, концентрический. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 60 ударов в минуту. В области верхушки и вдоль левого края грудины выслушивается интенсивный систолический шум. АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезѐнка не пальпируются. Стул оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Пациенту снята ЭКГ - ритм синусовый, правильный, ЧСС - 64 в минуту. Отклонение ЭОС влево. RV6>RV5>RV4. Индекс Соколова-Лайона - 45 мм.

**Вопросы:**

1. Предложите план обследования пациента, обоснуйте.

2. Пациенту проведено обследование: ЭХОКГ - полости сердца не расширены, ФВ - 56%. Толщина задней стенки ЛЖ - 13 мм, толщина межжелудочковой перегородки - 18 мм, индекс массы миокарда - 132 г/м2. Ваши дальнейшие действия для постановки диагноза. Обоснуйте свой выбор.

3. По результатам самостоятельного контроля АД и СМАД у пациента регистрируются нормальные значения АД. По результатам лабораторно-инструментального обследования не выявлено поражения других органов-мишеней, факторов риска нет. Поставьте окончательный диагноз.

4. Обоснуйте диагноз.

5. Назначьте терапию, дайте рекомендации. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

179

**Ситуационная задача 158 [K001998]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 45 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на изжогу, отрыжку кислым, усиливающиеся в горизонтальном положении после приѐма пищи и при наклоне вперед. Данные симптомы появились около трѐх месяцев назад, по поводу чего ранее не обследовалась, лекарственных препаратов не принимала. Курит по 10 сигарет в день, алкоголь употребляет в минимальных количествах.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 31 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумы не выслушиваются. ЧСС – 72 удара в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В клиническом и биохимическом анализах крови отклонений не выявлено. ЭКГ – синусовый ритм, ЧСС – 70 ударов в минуту, горизонтальное положение электрической оси сердца, вариант нормы.

Проведена ЭГДС, при которой выявлены множественные участки гиперемии слизистой оболочки и отдельные несливающиеся эрозии дистального отдела пищевода размером до 5 мм.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назовите группы лекарственных препаратов и 1-2 их представителей в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

5. Какие рекомендации по изменению образа жизни необходимо дать пациентке? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

180

**Ситуационная задача 159 [K002000]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

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 отѐков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в лѐгких 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 селезѐнка 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 приѐм с результатами анализов: клинический анализ крови: гемоглобин - 95 г/л, эритроциты - 1,12×1012/л, MCV - 75 фл, MCH - 22 пг, ретикулоциты - 0,9%, тромбоциты - 226×109/л, лейкоциты - 4,9×109/л, палочкоядерные - 4% , сегментоядерные - 51%, моноциты – 0,10×109/л, лимфоциты – 1,7×109/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 - 4,2×1012/л, MCV - 82 фл, MCH - 28 пг, ретикулоциты - 1,2%, тромбоциты - 260×109/л, лейкоциты - 5,2×109/л, палочкоядерные - 6% , сегментоядерные - 55%, моноциты - 0,10×109/л, лимфоциты - 1,4×109/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. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

181

**Ситуационная задача 160 [K002001]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 65 лет поступила с жалобами на боли в поясничной области справа, иррадиирующие в правую часть живота, приступообразные, длящиеся до 2-3 часов, средней силы, острые, возникающие и усиливающиеся после употребления большого количества жидкости или при физической нагрузке, стихающие после приѐма спазмолитиков (но-шпа), анальгетиков (анальгин, кеторол) и в покое. Болям сопутствуют головная боль, сухость во рту.

Считает себя больной около 4-5 дней, когда впервые появились острые приступообразные боли в поясничной области справа, иррадиирующие в правую часть живота по ходу мочеточника, средней силы. Возникновение болей связывает с тем, что в последние несколько дней принимала большое количество жидкости. Боли усиливались при движении, физической нагрузке. Болям сопутствовали головная боль, сухость во рту. Для купирования болевого синдрома принимала Но-шпу, Анальгин с улучшением. В течение последующих трѐх дней интенсивность болевых ощущений и длительность приступов возросли, в связи с чем обратилась к врачу-терапевту участковому.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски и влажности, отѐков нет. В лѐгких хрипов нет. АД - 130/85 мм рт. ст. ЧСС - 79 в минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Мочеиспускание не затруднено. Симптом поколачивания слабоположительный справа. Пальпация мочеточников болезненная справа.

В анализах: лейкоциты - 10,8×109/л, гемоглобин - 120 г/л, СОЭ - 17 мм/ч, креатинин - 105 мкмоль/л, в моче присутствуют оксалаты.

Обзорная рентгенография органов брюшной полости и малого таза: в просвете малого таза справа однородная тень - конкремент верхней трети мочеточника.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Ваша дальнейшая тактика ведения больной. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

182

**Ситуационная задача 161 [K002002]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 75 лет 21 мая обратилась к врачу с жалобами на сердцебиение.

Из анамнеза известно, что 3 месяца назад пациентка перенесла острый нижний инфаркт миокарда с подъѐмом сегмента ST; пациентке была выполнена коронарография - выявлен стеноз огибающей ветви 85%, (ПМЖВ стеноз 45%, ОВ 45%), в связи с чем проводились трансбаллонная ангиопластика и стентирование ПКА стентом с лекарственным покрытием. В течение трех лет у пациентки верифицирована постоянная форма фибрилляции предсердий. У пациентки в анамнезе были 2 попытки восстановления ритма с помощью электроимпульсной терапии, которые оказались неуспешными.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС - 140 ударов в минуту, пульс - 110 ударов в минуту. АД - 110/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин – 4,8 ммоль/л, ТГ - 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,1 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 3,2 ммоль/л.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз пациентки.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Перечислите группы препаратов, сроки их применения, которые должны быть рекомендованы для приѐма пациентке. Обоснуйте их применение.

5. Учитывая жалобы пациентки на сердцебиение, несмотря на приѐм препаратов, перечисленных в прошлом вопросе, какова дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

183

**Ситуационная задача 162 [K002003]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 68 лет 18 апреля обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головную боль, головокружение, мелькание мушек перед глазами.

Из анамнеза известно, что 3 месяца назад пациент перенес острый нижний инфаркт миокарда с подъѐмом сегмента ST; пациенту была выполнена коронарография – выявлен стеноз правой коронарной артерии 90%, (ПМЖВ стеноз 35%, ОВ 30%), в связи с чем проводилась трансбаллонная ангиопластика и стентирование ПКА стентом с лекарственным покрытием.

Из анамнеза известно, что в течение длительного времени страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением цифр артериального давления до 210/110 мм рт. ст, хорошее самочувствие при артериальном давлении 120/70 мм рт. ст.

Вредные привычки: курение в течение 20 лет по 10 сигарет в день.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, гиперемированы. В лѐгких дыхание жѐсткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 190/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин – 5,4 ммоль/л, ТГ – 1,6 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,1 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 3,6 ммоль/л.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Перечислите группы препаратов и сроки их применения, которые должны быть рекомендованы на постоянный приѐм пациенту. Обоснуйте их применение.

5. Через 2 месяца у пациента появились жалобы на сердцебиение, к врачам не обращался. В течение 5 дней данные жалобы сохранялись, в связи с чем вызвал скорую медицинскую помощь. На ЭКГ зарегистрирована фибрилляция предсердий. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

184

**Ситуационная задача 163 [K002005]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Пациент Н. 52 лет, водитель, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на приступообразные боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку, возникающие во время быстрой ходьбы, интенсивной физической нагрузке, сопровождающиеся чувством страха, купирующиеся в покое. Считает себя больным в течение двух месяцев, лечился у врача-невролога с диагнозом "межреберная невралгия". Принимал Анальгин, Диклофенак, физиотерапевтические процедуры – без эффекта.

Из анамнеза известно, что около 5 лет страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением цифр АД до 175/100 мм рт. ст., постоянную антигипертензивную терапию не получает.

Наследственность: отец и старший брат перенесли инфаркт миокарда в возрасте до 55 лет.

Вредные привычки: курит в течение 20 лет по 20 сигарет в сутки; алкоголь умеренно употребляет.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Рост - 170 см, вес - 98 кг. ИМТ – 33,91 кг/м2. Гиперстеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферических отѐков нет. В лѐгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Перкуторно над поверхностью лѐгких ясный лѐгочный звук. ЧДД - 17 в минуту. Аускультативно: на верхушке сердца ослабление I тона, над аортой - акцент II тона. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД - 170/100 мм рт. ст. ЧСС - 88 ударов в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.

В анализах: общий холестерин – 5,6 ммоль/л, ТГ – 2,4 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 3,57 ммоль/л; креатинин – 89 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 84 мл/мин.

На ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС - 88 ударов в минуту. Гипертрофия миокарда левого желудочка.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие группы лекарственных препаратов необходимо назначить пациенту? Обоснуйте свой выбор.

5. На стресс-ЭХО-КГ выявлено ухудшение сократимости в 4 сегментах. Ваша дальнейшая тактика ведения больного? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

185

**Ситуационная задача 164 [K002008]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Пациент Р. 55 лет, слесарь, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство, преимущественно возникающие при быстрой ходьбе или при подъѐме по лестнице более чем на один пролет в обычном темпе, купирующиеся приѐмом 1 таблетки Нитроглицерина сублингвально.

Из анамнеза известно, что впервые загрудинные боли возникли около двух лет назад, с тех пор выраженного прогрессирования заболевания не отмечал.

Вредные привычки: курит в течение длительного времени по 2 пачки в сутки; злоупотребляет алкоголем.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,6 °С. Рост - 162 см, вес - 95 кг. ИМТ – 36,2 кг/м2. Гиперстеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски и обычной влажности. Периферических отѐков нет. В лѐгких дыхание жѐсткое, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. При перкуссии определяется смещение левой границы относительной тупости сердца влево на 0,5 см. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД - 130/80 мм рт. ст. ЧСС - 87 ударов в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, увеличен в объеме за счѐт подкожно-жирового слоя. Печень не выступает из-под края рѐберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.

В анализах: общий холестерин – 6,2 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,8 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 4,2 ммоль/л.

На ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 76 уд/мин. Отклонение ЭОС влево. Гипертрофия левого желудочка.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назначьте лечение и обоснуйте.

5. При проведении стресс-эхокардиографии выявлено ухудшение локальной сократимости миокарда в 4 сегментах. Ваша тактика ведения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

186

**Ситуационная задача 165 [K002011]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 24 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, повышение температуры тела до 39,2 °С, 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 °С, 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. Отѐков нет. В лѐгких 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 селезѐнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа. Частое болезненное мочеиспускание.

В анализах: лейкоциты - 8,9×109/л, СОЭ - 36 мм/час, мочевина - 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. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

187

**Ситуационная задача 166 [K002013]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная Б. 26 лет, домохозяйка, поступила в отделение по направлению врача-терапевта участкового в плановом порядке с жалобами на головную боль по утрам, кошмарные сновидения, «разбитость» в утренние часы.

Из анамнеза известно, что страдает сахарным диабетом 1 типа 3 года. На протяжении всех лет регулярно вводит препараты инсулина: Протафан (продлѐнный инсулин) 12 Ед в 8.00 и 14 ед. п/к в 20.00 и Ново-Рапид (инсулин короткого действия) 8 ед. – 6 ед. – 4 ед. п/к. НbA1c 3 месяца назад – 6,0%. В течение последней недели стала отмечать вышеописанные жалобы. Регистрировала глюкозу утром натощак – 9,8-8,2 ммоль/л. Самостоятельно увеличила вечернюю дозу Протафана до 16-18 ед., улучшения не отмечалось, просыпалась ночью от кошмарных сновидений и выраженной потливости.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное Активна. Кожные покровы и слизистые нормальной влажности и тургора. Отѐков нет, стрий нет. Масса тела – 70 кг, рост – 175 см. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в 1 минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС - 80 в минуту, АД – 120/70 мм рт. ст. Пульс на всех артериях удовлетворительного качества. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный. Тактильная, болевая, температурная чувствительность сохранена. Щитовидная железа не увеличена, безболезненная. Лактореи нет.

В анализах: в 12.00 глюкоза капиллярной крови (экспресс методом) – 4,7 ммоль/л.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте и обоснуйте план лечения.

5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

188

**Ситуационная задача 167 [K002014]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная И. 54 лет, секретарь-референт, обратилась на приѐм к врачу-терапевту участковому с жалобами на приливы жара несколько раз в день на фоне постоянного сердцебиения, бессонницу, плаксивость, непереносимость духоты.

Из анамнеза известно, что за последний год после стресса похудела на 10 кг. С детства витилиго. Менструальный цикл с 15 лет до настоящего времени, регулярный, 2 беременности и 2 родов. При осмотре: состояние удовлетворительное, больная эмоционально лабильна, суетлива, мелкоразмашистый тремор век, пальцев рук. Вес - 61 кг, рост – 170 см. Кожные покровы эластичные, диффузно влажные, тѐплые. Периферических отѐков нет. Гиперемия шеи, зоны декольте, депигментированы кисти. ЧД - 16 в минуту. Дыхание везикулярное. Пульс – 118 в минуту. Сердечные тоны громкие, ритм правильный. АД – 130/60 мм рт. ст. Печень у края рѐберной дуги. Щитовидная железа видна на глаз, при пальпации увеличена, эластична, подвижна при глотании, безболезненна. Симптомы Мебиуса, Грефе, Кохера, Краузе положительны; отѐчный экзофтальм с двух сторон. Гормональный профиль: ТТГ = 0,05 мкМЕ/мл (0,3-3,2); св. Т4 = 76,2 пкмоль/л (12,3-25,6); АТ к рецепторам ТТГ = 47 (0). Записана ЭКГ: ЧСС – 116 в минуту, ритм синусовый.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте и обоснуйте план лечения.

5. Оцените прогноз для пациента. Выберите тактику дальнейшего наблюдения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

189

**Ситуационная задача 168 [K002015]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Пациентка П. 31 года, учитель географии, поступила в отделение по направлению врача-терапевта участкового с жалобами на сердцебиение, бессонницу, чувство жара, периодические подъѐмы температуры до 37,1 °С, снижение массы тела на 5 кг.

Из анамнеза известно, что больна около года, когда сама стала обращать внимание на повышенную раздражительность, сердцебиение по ночам, иногда бессонницу. Около двух месяцев стала ощущать повышение температуры до 37,2°С, постоянное чувство жара, приступы сердцебиения при физической нагрузке. Около месяца назад появилась светобоязнь, чувство «песка» в глазах.

Объективно: состояние удовлетворительное, суетливая, рост – 162 см, вес – 55 кг. Кожные покровы телесного цвета, диффузно влажные, тѐплые. Подкожная жировая клетчатка истончена. Отмечается мелкоразмашистый тремор вытянутых рук, языка. Отѐчность век. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца громкие, ритм правильный. ЧСС – 108 в минуту, АД – 130/55 мм рт. ст. Пальпация живота безболезненная. Печень по краю рѐберной дуги. Щитовидная железа визуализируется на расстоянии, диффузно увеличена обеими долями, плотная, с неровной поверхностью, безболезненная, шум не определяется. Симптом Мѐбиуса (+) с обеих сторон, Грефе (+), Кохера (-).

При лабораторных исследованиях:

общий анализ крови: СОЭ - 15 мм/час, гемоглобин – 125 г/л, лейкоциты – 5,6×109/л; глюкоза плазмы – 6,61 ммоль/л, мочевина - 6,3 ммоль/л, общий билирубин - 17,5 ммоль/л; холестерин – 3,3 ммоль/л, ТТГ - 0,035 мкМЕ/мл, Т4св - 40 пкмоль/л.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте и обоснуйте план лечения.

5. Оцените прогноз для пациента. Выберите тактику дальнейшего наблюдения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

190

**Ситуационная задача 169 [K002016]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина А. 48 лет, слесарь, обратился на приѐм к врачу-терапевту участковому с жалобами на головные боли диффузного характера. Выявлена артериальная гипертензия: АД сидя – 150/95 мм рт. ст. АД лежа –165/100 мм рт. ст. При обследовании глазного дна: выявлено сужение артерий, расширения и извитость венул, артериовенозные перекресты (С-Г2), микроаневризмы и единичные точечные кровоизлияния по периферии; глюкоза крови натощак - 10,1 ммоль/л, в случайное время дня - 15,0 ммоль/л.

Из анамнеза известно: головные боли беспокоят около года, не обследовался.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы телесного цвета, чистые. Отѐков, стрий нет. Слизистые чистые. ОТ – 103 см, ОБ – 88 см, вес – 107 кг, рост – 172 см. ЧД в покое – 18 в минуту. При перкуссии в лѐгких ясный лѐгочный перкуторный звук. При аускультации дыхание везикулярное над всеми лѐгочными полями. АД – 175/90 мм рт. ст., ЧСС – 100 в минуту. Левая граница сердца расширена на 1 см влево, верхняя и правая - в норме. Тоны ритмичные, приглушены. Язык обложен белым налѐтом, влажный. Живот увеличен за счѐт жирового слоя. Печень выступает из-под рѐберной дуги на 3 см, край закруглѐн. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не учащено, безболезненное. Стул ежедневно. Диурез не считал. При осмотре нижних конечностей: кожные покровы обычной окраски и влажности, чистые. Отсутствует температурная чувствительность на стопах и в нижней ⅓ голени, тактильная и болевая чувствительность сохранены.

Проведено УЗИ органов брюшной полости: свободной жидкости нет. Печень: правая доля – 183 мм (КВР:130-150), левая доля – 90 мм (КВР 50-60) контуры ровные, структура диффузно неоднородна, повышенной эхогенности. Сосудистый рисунок печени несколько обеднѐн. Внутрипечѐночные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь обычной формы, 68×28 мм, стенка – 2 мм, содержимое эхонегативное. ОЖП – 6 мм (4-6 мм). Поджелудочная железа нормальных размеров, контуры ровные, чѐткие, структура диффузно неоднородная, повышенной эхогенности. Селезѐнка – 48 см2 (до 50) не изменена.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте и обоснуйте план лечения.

5. Оцените прогноз для пациента. Выберите тактику дальнейшего наблюдения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

191

**Ситуационная задача 170 [K002017]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная М. 36 лет, продавец, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, выпадение волос, ухудшение памяти, снижение интереса к жизни, отѐчность лица, запоры, отсутствие менструаций в течение 7 месяцев.

Из анамнеза: считает себя больной в течение последнего года.

Состояние постепенно ухудшалось, прибавила в весе 5 кг за период болезни.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Рост – 163 см. Вес – 66 кг. Температура тела – 36,1 °С. Кожа бледная, сухая, на голенях выражено шелушение. Пастозность лица, плотные отѐки стоп, нижней трети голени. Волосы на голове редкие, ломкие. Оволосение на туловище соответствует женскому полу и возрасту. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Молочные железы не изменены. Лакторея (++). Над симметричными областями грудной клетки перкуторно определяется ясный лѐгочной звук. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Пульс на лучевых артериях ритмичный, слабого наполнения, симметричный, 55 в минуту, АД – 126/80 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая – 1 см вправо от правого края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумов нет, 55 в минуту. Язык чистый, отпечатки зубов на языке. Живот мягкий, безболезненный. Печень при пальпации мягкая, безболезненная. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см. Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные симптомы (Мерфи, Кера, Мюсси, Ортнера) – отрицательные. Поясничная область внешне не изменена. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Не пальпируются. Костно-мышечная система без особенностей. Щитовидная железа не увеличена при осмотре, при пальпации плотно-эластичная, безболезненная, узловые образования не определяются. Симптомы Мебиуса, Кохера, Грефе – отрицательные.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные.

Общий анализ крови: эритроциты - 3,2×1012/л (3,5-4,7×1012/л), гемоглобина - 101 г/л; СОЭ - 15 мм/ч. Общий анализ мочи: жѐлтая, удельный вес - 1022, белок - отр., сахар – отр., эпителий - 2 в поле зрения, лейкоциты - 0-2 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения. Глюкоза – 4,0 ммоль/л; железо – 5,5 мкмоль/л. ТТГ – 22,7 мкМЕ/мл , Т4 своб. – 6,3 пкмоль/л; АТ к ТПО – 250 Ед/мл (0-30).

УЗИ щитовидной железы: V общ. – 6,3 см3 (8,3-18,0). Повышенной эхогенности. Структура выражено диффузно-неоднородная.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте и обоснуйте план лечения.

5. Оцените прогноз для пациента. Выберите тактику дальнейшего наблюдения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

192

**Ситуационная задача 171 [K002018]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная Н. 36 лет поступила в плановом порядке в терапевтическое отделение, с жалобами на головокружение при вставании с постели, выраженную мышечную слабость, снижение массы тела на 5 кг в течение 2 месяцев.

Из анамнеза жизни: 2 месяца назад на фоне ОРВИ ухудшилось общее состояние, стала беспокоить общая слабость и слабость в мышцах рук и ног, нарастающая к вечеру, отметила потемнение кожи, снижение аппетита.

Объективно: масса тела - 54 кг, рост - 169 см. Общее состояние средней степени тяжести. Отмечается диффузная гиперпигментация кожных покровов, особенно лица, складок шеи, ладонных складок, послеоперационного рубца после аппендэктомии. Слизистая полости рта гиперпигментирована. Кожа умеренно влажная. Отѐков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 76 ударов в минуту. АД – 90/60 мм рт. ст. в положении лѐжа, сидя - 80/50 мм рт. ст. Границы сердца в пределах нормы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезѐнка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, эластичная, безболезненная, узловые образования не пальпируются.

Исследования.

Общий анализ крови: эритроциты - 3,7×1012/л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - 4,0×109/л, эозинофилы - 4%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 41%, лимфоциты - 48%, моноциты - 3%, СОЭ - 13 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет - жѐлтый, удельный вес - 1018 , белок – 0,01 г/л, сахар – отр., эпителий – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения. Биохимические показатели: АСТ - 21 ед/л, АЛТ - 16 ед/л, глюкоза – 3,5 ммоль/л, мочевина – 6,3 ммоль/л, кальций - 2,5 ммоль/л, калий - 5,6 ммоль/л, натрий - 120 ммоль/л, хлор - 97 ммоль/л, креатинин - 98 мкмоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 79 в мин. ЭОС – вертикальная. Без патологии.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте и обоснуйте план лечения.

5. Оцените прогноз для пациента. Выберите тактику дальнейшего наблюдения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

193

**Ситуационная задача 172 [K002021]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная П. 35 лет обратилась на консультативный приѐм к врачу-терапевту участковому в поликлинику с жалобами на сонливость, слабость, пастозность лица, сухость кожных покровов, запоры.

Из анамнеза заболевания: данные симптомы беспокоят в течение последние 5 месяцев. Полгода назад была прооперирована по поводу диффузного токсического зоба (ДТЗ). С этого времени к врачам не обращалась, лечения не получала.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы сухие. Пастозность лица, отпечатки зубов на языке. Отѐков, стрий, гирсутизма нет. При перкуссии лѐгких над всеми лѐгочными полями определяется ясный лѐгочной звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в норме. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 55 в минуту. АД – 95/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезѐнка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. На коже шеи послеоперационный рубец. Щитовидная железа пальпаторно не определяется. Лактореи нет

Результаты исследования.

Общий анализ крови: эритроциты - 3,3×1012/л, гемоглобин - 105 г/л, лейкоциты - 6,4×109/л, эозинофилы - 1%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 64%, лимфоциты - 24%, моноциты - 7%, СОЭ - 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет - жѐлтый, удельный вес - 1022, белок - отр., сахар – отр., эпителий - 4 в поле зрения, лейкоциты - 0-2 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: сахар – 4,2 ммоль/л, АСТ - 17 Ед/л, АЛТ – 21 Ед/л, Na – 139 ммоль/л, К – 4,2 ммоль/л, Fе – 4,7 мкмоль/л.

УЗИ щитовидной железы: V пр. доли – 0 см3, V лев. доли – 1,1 см3, V общ. – 1,1 см3. Нормальной эхогенности. Структура диффузно-неоднородная, узловые образования не определяются.

ЭКГ: ритм - синусовая брадикардия, ЧСС - 56 в минуту, ЭОС горизонтальная. Умеренные метаболические изменения миокарда. Гормональный профиль и определение антител: ТТГ – 19,8 мкМЕ/мл, Т4 своб. – 7,0 пкмоль/л

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте и обоснуйте план лечения.

5. Оцените прогноз для пациента. Выберите тактику дальнейшего наблюдения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

194

**Ситуационная задача 173 [K002022]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная В. 45 лет поступила в стационар по направлению врача-терапевта участкового. Беспокоят головные боли, мелькание мушек перед глазами, постоянная жажда, учащенное мочеиспускание, боли в пояснице, резкая слабость, изменение внешности.

Из анамнеза: за последние 5 лет после прекращения менструаций заметно изменилась внешность: покраснело и округлилось лицо, похудели конечности, увеличился в объѐме живот, стала сухой кожа, поредели волосы на голове, появились усы. Наблюдалась врачом-неврологом в течение 3 лет в связи с болями в пояснице, которые трактовались как остеохондроз. В течение 2 лет наблюдалась врачом-терапевтом участковым по поводу АГ (максимальное АД - 170/100 мм рт. ст.)

Объективно: рост – 175, вес – 110 кг, ИМТ – 35,9 кг/м2. Больная выглядит значительно старше своих лет, отмечается перераспределение подкожной жировой клетчатки, еѐ избыточное отложение в области VII шейного позвонка, в надключичных областях, на груди и животе. Кожа сухая, «мраморная», истончена, множество геморрагий; на локтях, животе, в подмышечных впадинах - гиперпигментация. На бѐдрах - багрово-красные широкие стрии. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 17 в минуту. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС - 92 в минуту. АД – 190/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счѐт подкожной жировой клетчатки. Печень по краю реберной дуги, безболезненная.

Лабораторное исследование. Общий анализ крови: эритроциты – 5,3×109/л, гемоглобин - 135 г/л, лейкоциты – 10,2×109/л, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 76%, лимфоциты - 12%, моноциты - 2%, эозинофилы – 0%, СОЭ - 3 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза - 7,7 ммоль/л, К+ - 2,5 ммоль/л, Nа – 170 ммоль/л, холестерин - 5,7 ммоль/л, Са - 3,6 ммоль/л, АЛТ - 34 МЕ, АСТ - 42 МЕ, общий белок - 57 г/л.

Общий анализ мочи: реакция - щелочная, удельный вес - 1025, сахар ++, белок - 0,25, лейкоциты ++.

ЭКГ: ритм - синусовый, ЧСС – 84 в минуту. Электрическая ось горизонтальная. Гипертрофия ЛЖ. Дистрофические изменения миокарда ЛЖ.

При рентгенологическом обследовании черепа и позвоночника выявлены выраженный остеопороз спинки турецкого седла, остеопороз костей позвоночника.

При МРТ отмечается диффузное увеличение обоих надпочечников.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте и обоснуйте план лечения.

5. Оцените прогноз для пациента. Выберите тактику дальнейшего наблюдения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

195

**Ситуационная задача 174 [K002023]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной М. 46 лет поступил в стационар по направлению врача-терапевта участкового районной поликлиники. Беспокоят головные боли, мелькание мушек перед глазами, постоянная жажда, учащенное мочеиспускание, боли в пояснице, усиливающиеся при движении, резкая слабость.

Из анамнеза: последние полгода стал отмечать изменения внешности: округлилось лицо, похудели конечности, увеличился в объѐме живот, беспокоит сухость кожи, выпадение волос на голове. Обращался к врачу-неврологу в связи с болями в пояснице. Последнее время отмечает повышение АД - до 220/110 мм рт. ст., принимает Эналаприл 5 мг×2 р/сут.

Объективно: состояние удовлетворительное, рост - 161 см. Вес - 95 кг. ИМТ = 36,7 кг/м2. Больной выглядит значительно старше своих лет, отмечается перераспределение подкожной жировой клетчатки: еѐ избыточное отложение в области VII шейного позвонка, в надключичных областях, на груди и животе. Кожа сухая, «мраморная», истончена. На животе - багрово-красные широкие стрии. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС - 88 в минуту. АД - 190/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счѐт подкожной жировой клетчатки. Печень и селезѐнка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, эластичная, безболезненная, узловые образования не пальпируются.

Результаты исследований.

Общий анализ крови: эритроциты - 5,3×109/л, гемоглобин - 135 г/л, лейкоциты – 10,2×109/л, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 73%, лимфоциты - 12%, моноциты - 4%, эозинофилы - 1%, СОЭ - 3 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза - 11,2 ммоль/л, К+ - 3,1 ммоль/л, Nа - 140 ммоль/л, холестерин - 5,7 ммоль/л, Са - 3,6 ммоль/л, АЛТ - 34 МЕ, АСТ - 33 МЕ, общий белок - 67 г/л. Общий анализ мочи: реакция - щелочная, удельный вес - 1025, сахар ++, белок - 0,03, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий - 2-3 в п/зрения.

ЭКГ: ритм - синусовый, ЧСС - 84 в минуту. Электрическая ось горизонтальная. Гипертрофия ЛЖ. Дистрофические изменения миокарда ЛЖ.

Рентгенограмма грудного и поясничного отделов позвоночника: остеопороз костей позвоночника.

УЗИ надпочечников: правый надпочечник значительно увеличен в объѐме.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте и обоснуйте план лечения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

196

5. Оцените прогноз для пациента. Выберите тактику дальнейшего наблюдения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

197

**Ситуационная задача 175 [K002024]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная К. 60 лет обратилась на консультативный приѐм к врачу-терапевту участковому в поликлинику с жалобами на запоры, осиплость голоса, снижение памяти, слабость, сонливость, пастозность лица, выпадение волос, сухость кожных покровов.

Из анамнеза известно: данные симптомы беспокоят в течение последних 12 месяцев.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы сухие, гиперкератоз локтей. Пастозность лица, умеренные плотные отеки нижних конечностей (стопы, голеностопный сустав, верхняя треть голени). Стрий, гирутизма нет. При перкуссии лѐгких над всеми лѐгочными полями определяется ясный лѐгочной звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 15 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в норме. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС - 60 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезѐнка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, безболезненная, узловых образований не определяется. Лактореи нет.

Результаты исследований.

Общий анализ крови: эритроциты - 3,8×1012/л, гемоглобин - 122 г/л, лейкоциты - 5,9×109/л, эозинофилы - 2%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, лимфоциты - 26%, моноциты - 5%, СОЭ - 11 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет - жѐлтый, удельный вес - 1021, белок - отр., сахар – отр., эпителий - 2 в поле зрения, лейкоциты - 0-1 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: сахар – 4,4 ммоль/л, АСТ - 16 Ед/л, АЛТ – 19 Ед/л, Na – 142 ммоль/л, К – 3,9 ммоль/л.

УЗИ щитовидной железы: V пр. доли – 3,0 см3, V лев. доли – 2,1 см3, V общ. – 5,1 см3. Эхогенность повышена. Выраженная диффузно-неоднородная структура, узловых образований не определяется.

ЭКГ: ритм - синусовая брадикардия, ЧСС - 59 в минуту, ЭОС вертикальная. Определяется умеренное снижение вольтажа зубцов. Умеренные метаболические изменения миокарда.

Гормональный профиль и определение антител: ТТГ – 26,7 мкМЕ/мл.

Т4своб – 6,1 пмоль/л, АТ к ТПО – 271 Ед/мл, АТ к тиреоглобулину – 310 мкг/мл.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте и обоснуйте план лечения.

5. Оцените прогноз для пациента. Выберите тактику дальнейшего наблюдения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

198

**Ситуационная задача 176 [K002026]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной М. 18 лет играл с друзьями в футбол. Через 1 час от начала игры стал менее активным, бледным, пожаловался на головную боль и дрожь в теле, затем появилась потливость, стал бессвязно разговаривать, после чего потерял сознание.

Из анамнеза заболевания известно, что в течение 4 месяцев страдает сахарным диабетом 1 типа, получает инсулинотерапию 32 ЕД в сутки.

Объективно: питания удовлетворительного, рост - 174 см, вес - 68 кг. Сознание отсутствует. Кожные покровы бледные, холодные, диффузный гипергидроз. На передней брюшной стенке следы инъекций. Отѐков нет. Тонус мышц повышен. Тонус глазных яблок повышен. Сухожильные рефлексы повышены. В лѐгких ясный лѐгочной звук, дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости: правая - правый край грудины, верхняя - верхний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии, тоны ясные, ритмичные, ЧСС – 100 ударов в минуту, пульс ритмичный, удовлетворительных качеств, 100 ударов в минуту. АД – 130/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, на пальпацию не реагирует. Печень не пальпируется, размеры по Курлову: 10×9×7 см, пузырные симптомы отрицательные, селезѐнка не пальпируется, почки не пальпируются, синдром поколачивания - отрицательный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, эластичная, узловые образования не определяются.

Данные обследования.

Общий анализ крови: эритроциты - 4,5×1012/л, гемоглобин -146 г/л, лейкоциты - 6,9×109/л, эозинофилы - 2%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 55 %, лимфоциты - 31%, моноциты - 6%, СОЭ - 8 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет - жѐлтый, удельный вес - 1017, белок – 0,067 г/л, сахар - отр, ацетон - отр, эпителий – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 1-3 в поле зрения, эритроциты – 0-1 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: билирубин – 16,9, общ. белок – 69 г/л, сахар – 2,2 ммоль/л, АСТ - 17 Ед/л, АЛТ - 23 Ед/л, Na+ - 141,65 ммоль/л, K+ - 4,6 ммоль/л.

ЭКГ: ритм - синусовый, ЧСС - 100 в минуту. ЭОС - горизонтальная. Признаки метаболических изменений миокарда.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте и обоснуйте план лечения.

5. Оцените прогноз для пациента. Выберите тактику дальнейшего наблюдения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

199

**Ситуационная задача 177 [K002027]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная П. 24 лет дома потеряла сознание, родственники вызвали бригаду скорой помощи.

Анамнез заболевания: известно, что месяц назад появились сухость во рту, жажда (выпивала до 8,0 л/сут), полиурия, слабость, похудела на 10 кг. К врачам не обращалась. Последние 3 дня стали беспокоить постепенно нарастающие тянущие боли в животе, разлитого характера, отсутствие аппетита, тошнота, накануне была 2-кратная рвота. Сегодня утром стала безучастной к происходящему вокруг, с затруднением отвечала на вопросы. Постепенно начала терять сознание, дыхание стало учащенным, глубоким, шумным.

Объективно: состояние тяжѐлое. Положение пассивное (лѐжа на кровати), сознание отсутствует. Питание пониженное, гипотрофия подкожно-жирового, мышечного слоя. Рост - 154 кг, вес - 33 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, холодные, сухие, тургор снижен, цианоз губ. Черты лица заострившиеся. Стрий, гирсутизма нет. В лѐгких при перкуссии - ясный лѐгочной звук. Дыхание глубокое, шумное, резкий запах ацетона в выдыхаемом воздухе, ЧД – 32 в минуту. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая - правый край грудины, верхняя- верхний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии, ЧСС - 110 ударов в минуту. Тоны ритмичные, приглушены, шумов нет, 110 в минуту. Пульс ритмичный, малого наполнения, 110 в минуту, АД - 90/50 мм рт. ст. Язык сухой, красный. Живот подвздут, в акте дыхания не участвует, напряжѐн при пальпации во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, печень +2 см из-под рѐберной дуги. Селезѐнка не пальпируется, почки не пальпируются, синдром поколачивания - отрицательный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, эластичная, узловые образования не определяются. Лактореи нет.

Данные обследования.

Общий анализ крови: эритроциты - 3,7×1012/л, гемоглобин - 124 г/л, лейкоциты - 10,2×109/л, эозинофилы - 4%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 17%, моноциты - 8%, СОЭ - 24 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет - жѐлтый, удельный вес - 1032, белок – 0,376 г/л, сахар - 10%, ацетон - 4++++, эпителий – 0-1 в поле зрения, лейкоциты – 3-5 в поле зрения, эритроциты - 3-5 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 67 г/л, креатинин – 135 мкмоль/л, мочевина - 12,7 ммоль/л, сахар – 35,6 ммоль/л, АСТ - 24 Ед/л, АЛТ - 28 Ед/л, Na+ - 131,3 ммоль/л, K+ - 3,2 ммоль/л, Fe2+ - 17,3 мкмоль/л. КЩС: рН - 7,23, ВЕ - 8,3.

ЭКГ: ритм - синусовый, ЧСС - 110 в минуту, предсердные экстрасистолы (3). ЭОС – вправо. Метаболические изменения миокарда.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

200

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте и обоснуйте план лечения.

5. Оцените прогноз для пациента. Выберите тактику дальнейшего наблюдения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

201

**Ситуационная задача 178 [K002029]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной 37 лет предъявляет жалобы на выраженную общую слабость, головокружение, снижение аппетита, выраженную мышечную слабость в конечностях и при жевании пищи. Последние 3 дня стали беспокоить тошнота в течение всего дня и боли в животе, сопровождающиеся диареей до 2 раз в сутки и несколькими эпизодами рвоты. Отмечает снижение массы тела на 8 кг за последние 3 месяца.

Из анамнеза заболевания: 2 года назад больной проходил лечение в туберкулѐзном диспансере с диагнозом «фиброзно-кавернозный туберкулез, МБТ (+), множественная лекарственная устойчивость». Абацилирован на 2 ряде препаратов. Находится на 2 группе диспансерного учѐта. 6 месяцев назад начал отмечать постепенное нарастание общей и мышечной слабости во всем теле, появились вышеперечисленные симптомы.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Масса тела - 63 кг, рост - 169 см. Отмечается диффузная гиперпигментация кожных покровов, особенно шеи, плечей, ладонных складок. Слизистая полости рта пигментирована. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отѐков нет. Дыхание по всем легочным полям везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушѐнные, шумы не выслушиваются. АД - 85/60 мм рт. ст. в положении лѐжа, в положении сидя - 75/45 мм рт. ст. ЧСС – 88 ударов в минуту, пульс пониженного наполнения и напряжения. Границы сердца в пределах нормы. Язык влажный, слегка обложен у корня бело-серым налѐтом. При пальпации живота по всей поверхности отмечается умеренная болезненность. Печень и селезѐнка не пальпируются. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, эластичная, безболезненная, узловые образования не пальпируются. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

202

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте и обоснуйте план лечения.

5. Оцените прогноз для пациента. Выберите тактику дальнейшего наблюдения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

203

**Ситуационная задача 179 [K002032]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

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, лѐгкая желтушность кожи и склер лимонного оттенка. Лицо одутловато. Рост - 160 см, масса тела - 68 кг. В лѐгких 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 рѐберной дуги, селезѐнка не увеличена.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 70 г/л, эритроциты – 2,9×1012/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. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

204

**Ситуационная задача 180 [K002033]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная 28 лет при обращении в поликлинику к врачу-терапевту участковому предъявляет жалобы на утомляемость, общую слабость, эпизоды головокружения, сердцебиение и одышку при физической нагрузке. Из анамнеза: сухость кожи и ломкость ногтей отмечает в течение нескольких лет. Слабость, головокружения появились год тому назад во время беременности. Месячные с 13 лет, обильные первые 3–4 дня, по 5–6 дней, регулярные. В настоящее время осуществляет грудное вскармливание ребенка. Объективно: состояние средней тяжести. Бледность и сухость кожных покровов; ногти с поперечной исчерченностью, слоятся. Волосы ломкие. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 90 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. В лѐгких везикулярное дыхание. Печень и селезѐнка не увеличены.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 75 г/л, эритроциты – 3,3×1012/л, лейкоцитарная формула - без особенностей, СОЭ – 12 мм/час, MCV – 70 фл., MCH – 21,0 пг, анизоцитоз, пойкилоцитоз. Железо сыворотки – 6 мкмоль/л.

**Вопросы:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

5. Какие рекомендации необходимо дать пациентке для дальнейшей профилактики заболевания? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

205

**Ситуационная задача 181 [K002034]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной 20 лет при обращении в поликлинику к врачу-терапевту участковому предъявляет жалобы на общую слабость, головокружение, желтушное окрашивание кожи и склер. Неделю назад после переохлаждения повысилась температура до 38 °С, были катаральные явления в течение 3 дней, по поводу чего принимал Парацетамол. Температура нормализовалась, но появилось желтушное окрашивание кожи и склер, нарастающая слабость. В прошлом также были эпизоды желтухи.

Объективно: состояние больного средней тяжести. Кожа бледно-желтушной окраски с лимонным оттенком, склеры иктеричны. Пульс - 90 в минуту, ритмичный, АД - 110/80 мм рт. ст. В лѐгких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рѐберной дуги, селезенка +3 см.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 90 г/л, эритроциты – 3,1×1012/л, цветовой показатель – 0,9, ретикулоциты – 3%, лейкоцитарная формула - без особенностей, СОЭ – 10 мм/час. Билирубин крови – 33 мкмоль/л, реакция непрямая.

**Вопросы:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

5. Какие осложнения заболевания могут развиться у больного? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

206

**Ситуационная задача 182 [K002035]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной 44 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, утомляемость, одышку и сердцебиение при небольшой физической нагрузке, жжение в языке, чувство онемения в подошвах стоп. Кожа и слизистые бледные с желтушным оттенком. Лицо отѐчное, бледное, волосы седые. Язык чистый, малиновый, блестящий, сосочки атрофированы. Тоны сердца глухие, слабый систолический шум на верхушке, на лѐгочном стволе. Пальпируется печень на 2 см ниже правой рѐберной дуги, перкуторные размеры - 15×10×8 см. Пальпируется селезѐнка, перкуторные размеры - 13×10 см. Усилены рефлексы, снижена чувствительность на стопах и кистях рук.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 63 г/л, эритроциты – 2,6×1012/л, лейкоцитарная формула - без особенностей, MCV - 110 фл, тельца Жолли и кольца Кебота, пойкилоцитоз. Билирубин – 55 мкмоль/л, непрямой – 45 мкмоль/л. Результаты стернальной пункции: эритроидная гиперплазия костного мозга, мегалобластный тип кроветворения, соотношение эритроидных и миелоидных элементов - 1:1, снижено количество мегакариоцитов, определяются гигантские метамиелоциты.

**Вопросы:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

5. Назовите критерии эффективности лечения заболевания. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

207

**Ситуационная задача 183 [K002036]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной 55 лет 5 лет назад получал полихимиотерапую и лучевую терапию по поводу рака лѐгкого. В течение полугода появилась слабость, головокружение, одышка при ходьбе. При тщательном обследовании больного, включая КТ органов грудной и брюшной полости, данных за прогрессирование основного заболевания и развитие метастазов не получено. Клинический анализ крови: гемоглобин – 65 г/л, эритроциты – 2,1×1012/л, ретикулоциты – 0,5%, лейкоциты – 1,9×109/л, тромбоциты – 90×109/л, СОЭ – 35 мм/ч. Результаты стернальной пункции: костный мозг в основном представлен жировой тканью, в которой определяются редкие и мелкие островки миелоидной ткани. Лейкоцитарная формула без особенностей.

**Вопросы:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

5. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

208

**Ситуационная задача 184 [K002037]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной 38 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на ночные боли в эпигастральной области, утомляемость, головокружения, сердцебиение при физической нагрузке.

Из анамнеза: с 17-летнего возраста болеет язвенной болезнью 12-перстной кишки, по поводу которой дважды проводилось стационарное лечение. В течение последних 3 месяцев наблюдались эпизоды ухудшения самочувствия, слабость, головокружения, тѐмная окраска стула. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые бледноватой окраски. В лѐгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 80 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень и селезѐнка не увеличены.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 73 г/л, эритроциты – 3,2×1012/л, цветовой показатель – 0,71, ретикулоциты – 1%, лейкоцитарная формула - без особенностей, СОЭ – 10 мм/час, MCV – 70 фл., железо сыворотки – 7 мкмоль/л. ОЖСС – 115 мкмоль/л.

Заключение ФГДС: язва луковицы 12-перстной кишки диаметром 0,8 см.

**Вопросы:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

5. Назовите показания к исследованию костного мозга. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

209

**Ситуационная задача 185 [K002038]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной 23 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на общую мышечную слабость, утомляемость, головные боли, резкое снижение работоспособности, сухость во рту, повышенную жажду, частое обильное мочеиспускание. Заболел около месяца назад после нервного потрясения (нападение хулиганов). Появились жажда и зуд кожи. Стал худеть (за последние две недели потерял около 8 кг), несмотря на то, что аппетит сохранялся, и он довольно много ел. Заметил, что стал по несколько раз просыпаться по ночам, чтобы помочиться, чего прежде не бывало. При осмотре: истощѐн, кожа сухая, шершавая. На спине - следы расчесов. Язык красный, липкий. Изо рта - сладковато-кислый запах. Тоны сердца приглушены, умеренная тахикардия (до 90 ударов в минуту). Живот спокойный. Печень увеличена на 2 см. Селезѐнка не пальпируется.

**Вопросы:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

5. Какие наиболее частые осложнения могут возникнуть при данном заболевании? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

210

**Ситуационная задача 186 [K002039]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная 50 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому. Из анамнеза: в последний год отмечает по ночам боли в области верхней трети грудины, которые продолжаются около 15 минут, проходят самостоятельно или после приема Нитроглицерина. АД - 120/80 мм рт. ст., пульс - 62 удара в минуту. ЭКГ в покое без патологических изменений. Проба с физической нагрузкой отрицательная при высокой толерантности к нагрузке. Во время приступа болей на ЭКГ, снятой врачом скорой помощи, были зарегистрированы подъѐм сегмента ST в отведениях II, III и AVF с дискордантным снижением этого сегмента в отведениях V1 и V2 и атриовентрикулярная блокада II степени. Из анамнеза известно, что в течение 10 лет у больной отмечается повышение артериального давления до 170/100 мм рт. ст. при оптимальном АД для больной 130/80 мм рт. ст. Отец умер внезапно в возрасте 57 лет, мать страдает артериальной гипертензией и ИБС. Больная курит до 20 сигарет в день в течение 25 лет.

**Вопросы:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

5. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

211

**Ситуационная задача 187 [K002040]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной 19 лет направлен врачом-терапевтом участковым на обследование в эндокринологическое отделение больницы с подозрением на сахарный диабет, так как в последнее время у него появились сильная жажда (выпивал до 5 литров воды в сутки), вставал пить по ночам, но питьѐ воды не давало утоления жажды. Особенно хотелось очень холодной воды. Одновременно стал часто и обильно мочиться. Моча при этом была светлой «как вода». Стал худеть. В прошлом был в автомобильной катастрофе с ушибом головы. При осмотре - правильного телосложения, пониженного питания. Кожа сухая. Тургор тканей понижен. Слизистые также суховаты. АД - 120/70 мм рт. ст. Пульс - 88 ударов в минуту. Дыхание везикулярное. Живот спокойный. Печень и селезенка не увеличены. Глюкоза крови натощак - 5,3 ммоль/л. Проба на толерантность к глюкозе - нормальная. Сахар в моче и ацетон не обнаружены. Обращала на себя внимание низкая плотность мочи в пробе по Зимницкому (во всех порциях еѐ удельный вес составил не более 1005). Компьютерная томография гипофиза выявила в задней его доле образование, подозрительное на аденому.

**Вопросы:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

5. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

212

**Ситуационная задача 188 [K002041]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная 60 лет поступила в клинику с жалобами на одышку, боли в левой половине грудной клетки при кашле и дыхании, кровохарканье, повышение температуры до 38°С, слабость. Заболела остро 2 дня назад, когда внезапно возник приступ удушья, сопровождающийся болями в левой половине грудной клетки, сердцебиением; была кратковременная потеря сознания. Врачом неотложной помощи была предложена госпитализация, от которой больная отказалась. Сегодня приступ одышки повторился, появилось кровохарканье, госпитализирована. Состояние больной тяжѐлое, кожные покровы бледно-цианотичные. Наблюдаются отѐки нижних конечностей, больше левой, варикозное расширение вен, гиперемия кожи левой голени с цианотичным оттенком. Частота дыханий - 26 в минуту. Пульс - 110 ударов в минуту, ритмичный, малого наполнения. АД - 90/60 мм рт. ст., I тон на верхушке сердца ослаблен, акцент II тона над лѐгочной артерией. При перкуссии лѐгких определяется притупление лѐгочного звука в левой подлопаточной области, здесь же выслушивается шум трения плевры. На ЭКГ зарегистрировано увеличение зубцов Q в III отведении и S в I отведении, подъем сегмента ST и отрицательный зубец Т в III отведении, блокада правой ножки пучка Гиса.

**Вопросы:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

5. Показания и методы хирургического лечения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

213

**Ситуационная задача 189 [K002052]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной 21 года вызвал на дом врача-терапевта участкового экстренно в связи с жалобами на выделение большого количества алой крови из прямой кишки при дефекации, учащенный стул до 5 раз в сутки, повышение температуры тела до 38 °С, общую слабость.

Появление крови в стуле отмечает в течение последних 2 месяцев, постепенно стал учащаться стул, изменилась консистенция до кашицеобразной, появилась общая слабость, субфебрильная температура, ухудшение в течение 3 дней.

При осмотре кожные покровы бледные. АД - 110/70 мм рт. ст. Пульс - 96 в минуту, ритмичный. Язык обложен белым налѐтом. Живот мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Пациент направлен в стационар для подбора терапии и дальнейшего обследования с целью уточнения диагноза.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

3. Какие исследования необходимо выполнить данному больному?

4. Какие группы препаратов могут быть использованы для лечения данного больного?

5. Каковы возможные осложнения у данного заболевания? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

214

**Ситуационная задача 190 [K002053]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Студентка 21 года обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на периодическую диарею, боль и вздутие живота в течение последних 6 месяцев, необъяснимую потерю веса (около 5 кг).

Заметила, что диарея становится не такой выраженной, если она перестаѐт с едой употреблять хлеб.

Также обеспокоена зудящей сыпью на разгибательных поверхностях обоих локтей, спонтанно образующимися небольшими кровоизлияниями в кожу.

Отмечает, что начала чувствовать общую слабость и недомогание последний месяц. При осмотре температура тела - 36,8 °С, ЧСС – 80 ударов в минуту, АД - 115/75 мм рт. ст., ЧДД - 16 в минуту, сатурация О2 - 99%.

Из анамнеза: болеет сахарным диабетом I типа.

По данным общего анализа крови, сывороточного железа, ферритина, свободного трансферина, установлена железодефицитная анемия.

**Вопросы:**

1. Каковы этиология и патогенез данного заболевания?

2. Какие изменения стула характерны для данного заболевания?

3. Назовите и опишите осложнение (синдром), развивающееся при длительном неконтролируемом течении данного заболевания.

4. Какие исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза заболевания?

5. Каковы основные принципы лечения данного заболевания? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

215

**Ситуационная задача 191 [K002054]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

К врачу-терапевту участковому обратился мужчина 35 лет с жалобами на интенсивные боли после приѐма пищи в эпигастральной области через 30-60 минут и проходящих через 1-2 часа, изжогу, тошноту, однократную рвоту на высоте болей, приносящую облегчение.

Считает себя больным около 15 лет, когда появились неинтенсивные боли в подложечной области, возникавшие после приѐма пищи.

Амбулаторно был диагностирован хронический поверхностный гастрит. Боли продолжались 2-3 недели, после чего проходили.

В дальнейшем возникали ежегодно в осенне-весенний период.

При рН-метрии выявлено повышение кислотности желудочного содержимого.

Лечился амбулаторно, старался соблюдать диету.

При болях принимал Ранитидин (30 мг сутки).

Настоящее обострение началось в марте, длиться уже 3 недели.

Курит в течении 8 лет по 15 сигарет в день.

При пальпации определяется локальная болезненность в эпигастральной области, положительный симптом Опенховского (боль при поколачивании остистых отростков VII-XII позвонков).

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.

2. С какими заболеваниями желудка необходимо проводить дифференциальный диагноз?

3. Какие дополнительные исследования могут быть выполнены для подтверждения и уточнения диагноза?

4. Каково стандартное лечение данного заболевания (с указанием доз и кратности введения)?

5. Каковы возможные осложнения данного заболевания? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

216

**Ситуационная задача 192 [K002055]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Пациент 40 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в животе, метеоризм, кашицеобразный, иногда водянистый, пенистый стул, который иногда чередуется с запорами, также отмечает общую слабость.

Своѐ состояние связывает с приѐмом молока, хотя в детстве подобного не замечал.

Симптомы появились после холецистэктомии по поводу гангренозного холецистита, с развитием в послеоперационном периоде динамической кишечной непроходимости, по поводу чего была выполнена резекция тонкой кишки. АД – 110/60 мм рт. ст., PS – 89 ударов в минуту, ЧДД – 18 в минуту, температура тела – 36,7 °С.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.

2. Перечислите методы лабораторной диагностики данного заболевания.

3. Каковы основные принципы лечения данного заболевания?

4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

5. Перечислите основные причины данного состояния. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

217

**Ситуационная задача 193 [K002056]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Пациентка А. 38 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на горечь во рту, возникающую преимущественно в утренние часы, ощущение дискомфорта в области эпигастрия, чувство быстрого насыщения; после погрешностей в диете беспокоит тошнота, метеоризм.

Из анамнеза известно, что 2 года назад перенесла холецистэктомию по поводу хронического калькулезного холецистита.

Подобные жалобы беспокоят в течение года.

При объективном осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, чистые. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем без особенностей. Язык влажный, обложен желтоватым налѐтом у корня. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области.

В клиническом анализе крови: эритроциты - 4,2×1012/л, гемоглобин - 135 г/л, цветовой показатель - 0,96, тромбоциты - 347×109/л, лейкоциты - 8,7×109/л, СОЭ - 12 мм/ч.

В биохимическом анализе крови: АЛТ - 28 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, амилаза - 77 Ед/л, щелочная фосфатаза - 80 Ед/л.

Выполнено ФГДС: слизистая желудка умеренно отѐчна, гиперемирована в антральном отделе. Перистальтика активная. Желудок хорошо расправляется воздухом. Привратник зияет. В просвете желудка определяется небольшое количество желчи.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.

2. Каков патогенез описанных проявлений?

3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?

5. Сформулируйте план лечения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

218

**Ситуационная задача 194 [K002057]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Пациент М. 47 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на общую слабость, вялость, плохой аппетит, чувство тяжести в эпигастрии после приема пищи.

Подобные жалобы беспокоят в течение длительного времени, ранее не обследовался.

Кроме того, в последние 4 месяца стал отмечать появление неустойчивости при ходьбе, ощущение «мурашек» в нижних конечностях, жжение языка.

Из анамнеза известно, что с молодого возраста знает о наличии аутоиммунного тиреоидита (регулярно наблюдается у эндокринолога, уровень ТТГ в пределах нормальных значений).

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы слегка бледные, нормальной влажности.

Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем без особенностей.

Язык обложен белым налѐтом у корня, сосочки сглажены.

Живот не вздут, мягкий, слегка чувствительный в эпигастрии.

Отѐков нет.

В клиническом анализе крови: гемоглобин - 106 г/л, эритроциты - 2,9×1012/л, цветовой показатель - 1,09, MCV - 130, ретикулоциты - 1%, лейкоциты - 4,9×109/л, СОЭ - 15 ммч, макроцитоз, анизоцитоз, тельца Жолли.

В биохимическом анализе крови: АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 30 Ед/л, амилаза - 60 Ед/л, щелочная фосфатаза - 59 Ед/л.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Предложите план дальнейшего обследования.

3. Какие специфические иммунологические маркеры могут подтвердить диагноз?

4. Какие изменения эндоскопической картины можно ожидать при ФГДС?

5. Предложите план лечения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

219

**Ситуационная задача 195 [K002058]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Пациент К. 29 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на частые слабые ноющие боли в эпигастральной области, уменьшающиеся после приѐма пищи, чувство быстрого насыщения, отрыжку кислым. Также отмечает общую слабость, неустойчивость стула.

Указанные жалобы периодически беспокоят в течение последних 5 лет, текущее ухудшение самочувствия - 1,5 недели назад.

Самостоятельно принимал антациды с кратковременным положительным эффектом.

При объективном осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, чистые. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем без особенностей. Язык влажный, обложен белым налѐтом. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области.

В клиническом анализе крови: эритроциты - 4,8×1012/л, гемоглобин - 140 г/л, цветовой показатель - 0,87, тромбоциты - 380×109/л, лейкоциты - 7,2×109/л, СОЭ - 16 мм/ч.

В биохимическом анализе крови: АЛТ - 21 Ед/л, АСТ - 18 Ед/л, амилаза - 53 Ед/л, щелочная фосфатаза - 78 Ед/л.

Выполнено ФГДС: в просвете желудка большое количество слизи. Явления умеренной атрофии в пилорическом отделе желудка, отѐк и гиперемия в фундальном отделе желудка. Перистальтика активная. Желудок хорошо расправляется воздухом.

Хелпил-тест +++.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

2. Есть ли необходимость проведения эрадикационной терапии в данном случае?

3. Предложите план лечения.

4. Какие факторы естественной защиты слизистой оболочки желудка и факторы агрессии Вы знаете?

5. Какие осложнения данного заболевания возможны в случае отсутствия специфического лечения? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

220

**Ситуационная задача 196 [K002059]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Врач-терапевт участковый поликлиники вызвал машину скорой медицинской помощи с целью возможной госпитализации для женщины 45 лет, у которой предположил диагноз «ишемическая болезнь сердца. Острый коронарный синдром. Бронхиальная астма, обострение».

Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет, после значительного уменьшения физической активности, отмечает постоянное увеличение массы тела, на фоне чего стала отмечать приступообразный, преимущественно сухой мучительный кашель, сопровождающийся ощущением нехватки воздуха.

Через некоторое время стала также отмечать боли за грудиной при физической нагрузке, наиболее выраженные во время работы в огороде (прополка грядок).

Была обследована амбулаторно. Выставлен диагноз «бронхиальная астма тяжѐлого, непрерывно рецидивирующего течения. ИБС: стенокардия напряжения III ф. к. Ожирение II ст.».

Назначенное лечение - Преднизолон, ингаляционные глюкокортикоиды, бронхолитики, - имело незначительный эффект.

Приѐм нитратов, со слов больной, был эффективен, приводя к купированию загрудинной боли в течение получаса.

В течение последних 2-3 недель отмечает появление загрудинной боли в ночное время в первой половине ночи, особенно после плотного позднего ужина, что стало поводом для обращения за медицинской помощью.

Бригадой скорой помощи по данным клинической картины, а также по данным ЭКГ и высокочувствительного тропонин-теста, диагноз "ОКС" отвергнут.

При аускультации дыхание жѐсткое, хрипов нет.

Рентгенография органов грудной клетки – без патологии.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз заболевания, которое объединяет жалобы больной.

2. Какие осложнения возможны при данном заболевании?

3. Какие специальные методы исследования применяются при данном заболевании?

4. Какие рекомендации по изменению образа жизни и питания необходимо дать пациентке?

5. Какие препараты применяются для лечения данного заболевания (указать группу и название препарата)? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

221

**Ситуационная задача 197 [K002060]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

В кабинет врача-терапевта участкового обратился мужчина 55 лет, злоупотребляющий алкоголем, курильщик, с жалобами на боли в глубине живота, распространяющиеся вверх, возникают чаще через 1,5-2 часа после обильной, острой или жирной еды, длящиеся до 3 часов, усиливающиеся в положении лѐжа на спине, уменьшающиеся в положении сидя с наклоном вперѐд, подтянув ноги к груди.

Иногда боли иррадиируют в левую половину грудной клетки.

Также отмечает тошноту, отсутствие аппетита, вздутие живота.

После каждого приѐма пищи в течение 1 часа возникает кашицеобразный, иногда водянистый стул, содержащий капли жира.

Отмечает снижение массы тела.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.

2. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.

3. Какие методы обследования используются для подтверждения и уточнения диагноза?

4. Каковы основные задачи консервативного ведения/лечения пациентов с данным заболеванием?

5. Перечислите основные медикаментозные и немедикаментозные лечебные мероприятия, показанные для данного больного. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

222

**Ситуационная задача 198 [K002061]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная 38 лет, инженер, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на повторные приступы сердцебиения, возникающие без всяких причин, без какой-либо связи с движением, волнениями, приѐмом пищи, сопровождающиеся стеснением в груди, нехваткой воздуха, дрожанием всего тела. Приступы купируются самостоятельно. После купирования одного из приступов сердцебиения была кратковременная потеря сознания. Вне приступа беспокоит слабость, быстрая утомляемость, головокружение.

Больной считает себя в течение года. Началось все с недомогания, длительного субфебрилитета, артралгий, перебоев в работе сердца. Ставился диагноз "миокардит", лечилась в стационаре. При выписке врачи рекомендовали принимать препараты белладонны, т. к. была постоянная наклонность к брадикардии - частота пульса была в пределах 50-55 в минуту.

Три месяца назад возник первый приступ сердцебиения, затем он повторился через три недели, а в последнее время приступы бывают по 3-4 раза в неделю. ЭКГ картина во время приступа:

Анамнез жизни: в прошлом практически здорова, серьѐзных заболеваний не было, всегда была физически активна, ходила на лыжах, посещала бассейн.

Гинекологический анамнез без особенностей, роды 1 без осложнений.

Объективно: в момент осмотра состояние больной удовлетворительное. Пульс - 48 в минуту, неритмичный (5-7 выпадений, или пауз, в минуту). АД - 130/70 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости в V межреберье по среднеключичной линии. В лѐгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень не увеличена. Отѐков нет.

На ЭКГ сразу после осмотра больной:

**Вопросы:**

1. Ваш предположительный основной диагноз.

2. Назовите критерии основного диагноза.

3. С какими состояниями следует проводить дифференциальный диагноз?

4. Укажите дополнительные методы обследования с целью уточнения диагноза.

5. Выберите лечебную тактику. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

223

**Ситуационная задача 199 [K002062]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 39 лет на приѐме у врача-терапевта участкового предъявляет жалобы на одышку, сердцебиение, кашель. Небольшую одышку и периодические сердцебиения отмечает в течение 5 лет. Около недели назад заболел ангиной с появлением высокой температуры, кашля. В ночь перед обращением к врачу не мог спать из-за выраженной одышки, усиливающейся в горизонтальном положении. В подростковом возрасте были частые ангины, на фоне которых беспокоили боли в крупных суставах. Наблюдался у врача-невролога по поводу хореи.

Объективно: ортопноэ, акроцианоз, ЧДД - 28 в минуту, отѐки нижних конечностей, приподнимающий верхушечный толчок. Пульс слабого наполнения, аритмичен, 96 ударов в минуту. ЧСС по данным аускультации - 110 в минуту. Артериальное давление - 100/60 мм рт. ст., температура тела - 37,4 °С. Печень увеличена, слегка болезненна при пальпации. При перкуссии сердце увеличено влево и вправо. В нижних отделах лѐгких мелкопузырчатые хрипы. При аускультации сердца – аритмия с отсутствием периодов правильного ритма. На верхушке трѐхчленная мелодия с низким глухим дополнительным компонентом, акцент II тона на лѐгочной артерии. Трѐхчленная мелодия выслушивается в точке Боткина. Систолический и протодиастолический шум на верхушке. Систолический шум на верхушке усиливается на выдохе, проводится в аксиллярную область.

Общий анализ крови: СОЭ - 32 мм/час, лейкоциты – 11300 в 1 мм3. Биохимическое исследование крови: С – реактивный белок (++++). ДФА – 0,500 (N до 0.200).

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Назовите критерии основного диагноза.

3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?

4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

5. Обоснуйте лечебную тактику, выбор препаратов. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

224

**Ситуационная задача 200 [K002063]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

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 приѐма 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 сердечно-сосудистой 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 лѐгких 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 рѐберного края пальпируется умеренно увеличенная селезенка (+3 см), при пальпации безболезненна. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Общий анализ крови: эритроциты – 7,5×1012/л, гемоглобин - 187 г/л; лейкоциты - 12,8×109/л, эозинофилы - 4%, базофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 12%, сегментоядерные нейтрофилы - 74%, лимфоциты - 5%, моноциты - 1%, тромбоциты - 434×109/л, СОЭ – 1 мм/ч. Увеличение селезѐнки. Гематокрит - 56%, ОЦК – 8,5 л. Общий анализ мочи без патологических отклонений.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?

4. Составьте план дополнительного обследования для уточнения основного диагноза.

5. Обоснуйте лечебную тактику, выбор препаратов. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

225

**Ситуационная задача 201 [K002065]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

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 приѐма пищи, по поводу чего 3 года назад находилась в больнице, где у неѐ 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 тяжѐлое, больная без сознания, температура 36°С, резкая бледность кожи и слизистых оболочек, кожа чистая, отѐков 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 селезѐнка.

Анализ крови: эритроциты – 1×1012/л, гемоглобин - 50 г/л, цветовой показатель - 1,5, макроцитоз, тельца Жолли и кольца Кебота; имеются мегалобласты; тромбоциты - 18×109/л, лейкоциты - 4×109/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. Назовите критерии основного диагноза.

3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?

4. Составьте план дополнительного обследования.

5. Обоснуйте лечебную тактику, выбор препаратов. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

226

**Ситуационная задача 202 [K002071]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной В. 56 лет поступил в стационар с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при малейшем физическом напряжении (из-за одышки больной не мог выходить из дома), кашель с гнойной мокротой, отѐки голеней, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота. В анамнезе: 20 лет назад перенѐс пневмонию. С тех пор беспокоит кашель с мокротой, преимущественно по утрам, кашель усиливался в осеннее и зимнее время. Периодически при повышениях температуры до 37-39°С принимал антибиотики и сульфаниламиды. В последние 3 года стала беспокоить одышка. Ухудшение состояния наступило в последние 4 месяца, когда после простуды и повышения температуры (до 38°С) впервые появились отѐки, боли и тяжесть в правом подреберье, увеличение живота.

Анамнез жизни. Курит 25 лет по 1 пачке сигарет в день. Работает на вредном производстве – в литейном цехе. Туберкулѐзом ранее не болел, контакт с больными туберкулѐзом отрицает. Аллергологический анамнез – без особенностей.

Состояние тяжѐлое, выражен диффузный цианоз, цианоз губ. Снижение мышечной массы верхнего плечевого пояса. Конечности на ощупь тѐплые, отѐки голеней, бѐдер. Положение в постели горизонтальное. Грудная клетка бочкообразной формы. Надключичные пространства выбухают. Экскурсия грудной клетки ограничена. При перкуссии над лѐгкими - коробочный звук и опущение нижних границ лѐгких. Дыхание ослабленное, на некоторых участках с бронхиальным оттенком. С обеих сторон выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы и рассеянные сухие хрипы на выдохе. ЧД - 36 в минуту. Границы сердца в норме. Эпигастральная пульсация, тоны сердца глухие, акцент II тона на лѐгочной артерии. Пульс - 112 ударов в минуту, ритмичен. АД - 100/70 мм рт. ст. Шейные вены набухшие, особенно на выдохе. Живот увеличен в объѐме из-за асцита. Печень выступает из-под рѐберной дуги на 4-5 см, эластичная, болезненная при пальпации.

Рентгенограмма – диффузное усиление лѐгочного рисунка, горизонтальный ход рѐбер, признаки эмфиземы лѐгких, уплощение купола диафрагмы и ограничение подвижности диафрагмы при дыхательных движениях.

ЭКГ: синусовая тахикардия, правограмма. Признаки перегрузки правого предсердия и правого желудочка. Смещение переходной зоны влево до V4.

Анализ крови: эритроциты - 5,4×1012/л, гемоглобин - 174 г/л, цветовой показатель - 1, полихроматофилия, анизоцитоз, пойкилоцитоз, ретикулоциты - 3%, лейкоциты - 12,5×109/л, базофилы - 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 61%, лимфоциты - 34%, тромбоциты – 33×109/л, моноциты - 9%, СОЭ - 2 мм/ч.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Назовите критерии основного диагноза. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

227

3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?

4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

5. Обоснуйте лечебную тактику, выбор препаратов. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

228

**Ситуационная задача 203 [K002072]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

В приѐмный покой доставлен больной З. 62 лет с жалобами на озноб, одышку, нехватку воздуха, резчайшую слабость. Заболел остро 3 дня назад, когда возник озноб, повысилась температура тела до 40 °С, стал беспокоить сухой, а затем влажный кашель с трудноотделяемой мокротой розового цвета. Прогрессивно нарастала слабость, одышка, усилился кашель, в течение последних суток не мочился.

При осмотре состояние тяжѐлое, сознание спутанное. Кожные покровы бледные, прохладные, цианоз губ, акроцианоз. Субиктеричность склер. Температура тела - 35,8°С. Дыхание поверхностное. ЧД - 44 в минуту. Пульс - 118 в минуту, нитевидный. Тоны сердца глухие. АД - 80/50 мм рт. ст. Над лѐгкими укорочение перкуторного тона в заднебоковых отделах правого лѐгкого. В этих же отделах дыхание ослабленное, выслушиваются влажные хрипы и шум трения плевры. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края рѐберной дуги, край мягкий, умеренно болезненный. Периферических отѐков нет.

Анализ крови: лейкоциты - 21×109/л, базофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 18%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 16%, моноциты – 2%, СОЭ - 58 мм/час., ACT - 0,7; АЛТ - 1,28; КЩС: PH - 7,5; Р СО2 - 20; Р О2 - 50; ВЕ - 10.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Назовите критерии основного диагноза.

3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?

4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

5. Обоснуйте лечебную тактику, выбор препаратов. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

229

**Ситуационная задача 204 [K002073]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная А. 18 лет, студентка, поступила на 12 день болезни в тяжѐлом состоянии. Заболела остро. Повысилась температура до 39°С, 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°С. 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 лѐгочный звук, дыхание везикулярное. Границы сердца не изменены. Систолический шум на верхушке, тоны громкие. Пульс - 120 в минуту, ритмичный. Язык красный. Живот мягкий, безболезненный. Селезѐнка и печень не пальпируются.

Анализ крови: эритроциты - 2,5×1012/л, гемоглобин - 83 г/л, ретикулоциты - 0,1%, цветовой показатель - 1,0; тромбоциты - 5,0×109/л; лейкоциты - 0,8×109/л; эозинофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 7%, юные формы - 90%, моноциты - 2%, СОЭ - 72 мм/час. Стернальный пунктат: общее количество миелокариоцитов - 6,8×109/л. Гранулоцитов нет. Группы бластных клеток составляют 70%.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Назовите критерии основного диагноза.

3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?

4. Составьте план дополнительных методов обследования.

5. Обоснуйте лечебную тактику, выбор препаратов. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

230

**Ситуационная задача 205 [K002074]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

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 нѐбо». На коже голеней – 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 рѐберной дуги, селезѐнка – на 6 см. В крови анемия гиперрегенераторного типа (ретикулоцитоз). Билирубин - 48 мкмоль/л, непрямой - 40 мкмоль/л. Микросфероцитоз эритроцитов.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Назовите критерии основного диагноза.

3. Проведите дифференциальный диагноз желтухи.

4. Составьте план дополнительных методов обследования.

5. Выберите лечебную тактику. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

231

**Ситуационная задача 206 [K002075]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной 66 лет страдает приступами стенокардии напряжения при умеренной физической нагрузке в течение 4 лет. С того же времени знает об артериальной гипертензии. Регулярной терапии не получал. Утром проснулся из-за резкой жгучей боли за грудиной, не купировавшейся Нитроглицерином. Вызвал врача скорой помощи через 2 часа от начала болевого синдрома, когда жгучая боль за грудиной усилилась, стала иррадиировать в левую руку и появилась одышка, перебои в работе сердца.

При осмотре состояние средней тяжести, одышка в покое. Кожные покровы покрыты липким потом, холодные на ощупь, акроцианоз. Пульс - 92 в минуту, аритмичный, 5-6 экстрасистол в минуту, АД - 160/90 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, акцент 2 тона на лѐгочной артерии. Частота дыханий - 28 в минуту. Выслушиваются влажные хрипы в нижних отделах лѐгких. Печень у края рѐберной дуги, периферических отѐков нет.

Больной был экстренно госпитализирован в отделение реанимации.

На ЭКГ: ритм синусовый, в отведениях V1-4 - подъем сегмента ST 3 мм выше изолинии, одиночная политопная желудочковая экстрасистолия с полной компенсаторной паузой. Лейкоцитоз - 10,000. Тропонин - 16 мкмоль/л.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Назовите критерии основного диагноза.

3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?

4. Выберите дополнительные методы обследования.

5. Обоснуйте лечебную тактику, выбор препаратов. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

232

**Ситуационная задача 207 [K002076]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больного В. 52 лет, инженера-строителя, в течение года беспокоят приступы давящих загрудинных болей при быстрой ходьбе и подъѐме на 3 этаж, длящихся 5 минут и проходящих в покое или после приѐма Нитроглицерина. В последние 2 недели приступы участились, стали возникать при ходьбе в обычном темпе, появились приступы в покое. Обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику. При съѐмке ЭКГ патологических изменений выявлено не было. Врач-терапевт участковый рекомендовал приѐм длительно действующих нитратов и направил больного на холтеровское мониторирование ЭКГ. Характер жалоб у больного не изменился, а при холтеровском мониторировании ЭКГ в момент «привычных» для больного приступов боли зафиксированы синусовая тахикардия, желудочковые экстрасистолы и депрессия сегмента ST, достигающая 2 мм в отведениях I, V4-V6.

На следующий день после проведения мониторирования при повторном обращении к врачу-терапевту участковому на ЭКГ у больного в покое отмечены следующие изменения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

233

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Назовите критерии основного диагноза.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Укажите факторы, определяющие группу риска у данного пациента.

5. Выберите лечебную тактику. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

234

**Ситуационная задача 208 [K002077]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 62 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, сухость во рту, умеренную жажду, боли в ногах, особенно по ночам, чувство жжения, покалывания стоп, судороги икроножных мышц.

Из анамнеза известно, что за последние 10 лет отмечает постепенную прибавку веса на 15 кг, отмечает подъѐмы артериального давления до 160/95 мм рт. ст. Регулярной терапии не получала. Во время последнего визита к терапевту полгода назад было зарегистрировано АД - 170/95 мм рт. ст. и была выявлена альбуминурия.

Семейный анамнез. Родители страдали ГБ, ожирением, СД тип 2. Вредных привычек нет.

При осмотре. Общее состояние удовлетворительное. Вес - 87 кг, рост - 165 см, ИМТ – 32,0 кг/м2, окружность талии - 102 см, распределение жира неравномерное, в основном на животе и в верхней половине туловища. Стрий нет. Кожа сухая, на голенях участки пигментации, трещины на стопах, микоз стоп. Пульс - 78 в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты.

В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Пульсация aa. dorsalis pedis и tibialis posterior отчѐтливая. АД - 165/95 мм рт. ст.

В анализе крови: глюкоза натощак - 8,6 ммоль/л, HbA1С - 7,9%, общий холестерин – 6,8 ммоль/л, ЛПНП – 4,36; ЛПВП - 0,96, триглицериды – 3,8. Общий анализ мочи без патологии; креатинин – 102 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) - 71,6 мл/мин; альбуминурия – 120 мг/сутки.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Назовите критерии основного диагноза.

3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?

4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

5. Обоснуйте лечебную тактику, выбор препаратов. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

235

**Ситуационная задача 209 [K002078]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная М. 21 года заболела после переохлаждения. Заболевание началось с повышения температуры до 39°С, боли и припухлости в коленных, голеностопных и локтевых суставах, увеличения и болезненности подчелюстных лимфоузлов. На щеках яркий румянец. Беспокоят острые боли в нижних отделах лѐгких при глубоком вдохе, кашле.

При осмотре: состояние тяжѐлое, кожные покровы бледноватые, подчелюстные лимфоузлы увеличены, немного болезненны и уплотнены. Припухлость коленных, голеностопных и локтевых суставов, кожа над ними горячая. Движения в этих суставах болезненны. В области декольте дисковидные высыпания. Пульс - 118 в минуту, ритмичный. АД - 190/40 мм рт. ст. Правая граница относительной тупости сердца на 1 см смещена вправо от правого края грудины, верхняя - достигает III ребра, левая - на 1,5 см левее левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца ослаблены, систолический шум на верхушке, ритм галопа. В нижнезадних отделах лѐгких - жѐсткое дыхание, шум трения плевры. Периферические отѐки нижних конечностей. В анализах крови – анемия, тромбоцитопения, лейкопения. В анализах мочи выраженная протеинурия, изменѐнные эритроциты, зернистые и восковидные цилиндры, суточная потеря белка 4 г.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Укажите диагностические критерии основного заболевания.

3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?

4. Выберите дополнительные методы обследования.

5. Обоснуйте лечебную тактику, выбор препаратов. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

236

**Ситуационная задача 210 [K002079]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 35 лет. За последний год отмечает прибавку веса на 10 кг. Беспокоит мышечная слабость, боли в позвоночнике, умеренная жажда и полиурия, изменение внешнего вида – произошло перераспределение жира: много жира на животе, мало на конечностях, уменьшилась мышечная масса, лицо красное, рост волос на лице и конечностях, легко возникают синяки. В течение полугода нет месячных. Артериальная гипертензия - АД 180/100 мм рт. ст. Состояние удовлетворительное. Питание избыточное, вес - 92 кг, рост - 168 см, окружность талии - 100 см. Много жира на верхней половине туловища, животе, мало на конечностях. Кожа сухая, широкие багровые стрии на боковой поверхности туловища. Пульс - 96 в минуту, ритмичный. АД - 180/90 мм рт. ст. Тоны приглушены. Дыхание везикулярное. Отѐков нет.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 168 г/л, эритроциты - 5,4×1012/л, лейкоциты - 10,5×109/л, СОЭ - 12 мм/ч. Глюкоза в плазме натощак – 8,4 ммоль/л, общий холестерин - 7,2 ммоль/л, триглицериды – 2,6 ммоль/л, К – 3,8 ммоль/л, Na – 145 ммоль/л, Са++ 1,01 мкмоль/л. В суточной моче свободный кортизол – 1028 ммоль/л (норма до 250 ммоль/л). Уровень кортизола в плазме в 22.00 – 648 ммоль/л. Ночной подавительный тест с 1 мг и 8 мг Дексаметазона – подавления секреции кортизола не произошло. Уровень АКТГ в плазме крови значительно ниже нормы. МРТ области надпочечников – выявлена аденома левого надпочечника 4 см.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Укажите диагностические критерии основного заболевания.

3. Укажите лечебную тактику.

4. Какова профилактика острой надпочечниковой недостаточности?

5. Определите тактику ведения больной после хирургического лечения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

237

**Ситуационная задача 211 [K002080]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

К больной 71 года вызван врач-терапевт участковый. Жалобы на одышку, слабость, головокружение и учащѐнное сердцебиение в течение 15 минут.

Анамнез заболевания: перенесла Q инфаркт миокарда задненижней стенки левого желудочка в 2012 г., лечилась стационарно. Страдает гипертонической болезнью с цифрами АД 180/90 мм рт. ст. в течение 10 лет. При небольшой физической нагрузке (ходьба на расстояние 200 метров спокойным шагом) бывают загрудинные боли, которые снимаются приемом Нитроглицерина. Приступы в течение последнего полугода не учащались. Отмечает отѐки голеней больше к вечеру. Принимает периодически Кардипин XL, Фуросемид, Дигоксин.

Объективно: состояние средней тяжести. В сознании. Лежит с высоким изголовьем. Кожные покровы бледные, влажные. Акроцианоз. Пульс - 120 в 1 минуту, слабого наполнения, ритмичный. АД - 90/60 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости слева в V межреберье от lin.medioclavicularis sin. + 2 см. Тоны сердца приглушены, I тон на верхушке ослаблен. Акцент II тона на лѐгочной артерии. Частота дыхания - 26 в 1 минуту. В лѐгких жѐсткое дыхание, мелкие влажные хрипы в нижних отделах. Печень + 5 см ниже рѐберной дуги. Отѐки голеней.

На ЭКГ, снятой сразу после осмотра больной с целью оценки характера нарушений ритма:

**Вопросы:**

1. Дайте описание изменений на электрокардиограмме.

2. Сформулируйте предположительный диагноз.

3. Проведите обоснование Вашего предположительного диагноза.

4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

5. Обоснуйте лечебную тактику, выбор препаратов. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

238

**Ситуационная задача 212 [K002679]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная 39 лет обратилась с жалобами на боли в горле при глотании, першение, повышение температуры тела до 37,2 °С. Больна в течение 3 дней.

Объективно: слизистая оболочка задней стенки гиперемирована, определяются увеличенные лимфоидные гранулы и боковые валики. Небные миндалины 1 степени розовые, налетов нет. Из анамнеза известно, что подобные явления возникают часто, примерно один раз в месяц.

Больная курит по 1 пачке сигарет в день в течение 10 лет.

В анализе крови: лейкоциты - 7,5, эритроциты - 3,9, Нb - 126, палочкоядерные нейтрофилы - 1, сегментоядерные нейтрофилы - 69, лимфоциты - 26, моноциты - 2, эозинофилы - 2, СОЭ - 5.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план лечения пациента

4. Какие основные методы диагностики необходимо провести?

5. Предложите меры профилактики обострения данного заболевания Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

239

**Ситуационная задача 213 [K002692]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Девушка 20 лет жалуется на неприятные ощущения в глотке: першение, жжение. Данные симптомы появились после того, как накануне она съела большое количество мороженого.

Объективно: определяется яркая гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки и умеренная еѐ инфильтрация. Другие ЛОР-органы без патологических изменений.

Клинический анализ крови: лейкоциты – 10,8×109/л, СОЭ – 16 мм/час; нейтрофилы – 65,2%, лимфоциты – 21,3%, эозинофилы – 3,1%, моноциты – 10%, базофилы – 0,4%.

Больная требует оформления листка временной нетрудоспособности.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план и обоснуйте план лечения пациента (укажите препараты выбора, диета).

4. Назовите основных возбудителей и факторы, способствующие развитию данного заболевания.

5. Оцените трудоспособность пациентки. Необходимо ли выдать лист временной нетрудоспособности? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

240

**Ситуационная задача 214 [K002693]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 25 лет жалуется на боль в горле, усиливающуюся при глотании, повышение температуры тела до 37,5°С, общее недомогание. Связывает данное состояние с недавним переохлаждением.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы влажные, чистые. В зеве определяется яркая гиперемия слизистой оболочки нѐбных дужек и миндалин. Миндалины разрыхлены и выступают за края дужек. Гиперемия распространяется и на заднюю стенку глотки.

Клинический анализ крови: лейкоциты – 10,8×109/л, СОЭ – 17 мм/час; лейкоцитарная формула: нейтрофилы – 65,2%, лимфоциты – 21,3%, эозинофилы – 3,1 %, моноциты – 10%, базофилы – 0,4%.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.

4. Определите меры санитарно-гигиенических и профилактических мероприятий при данном заболевании.

5. Укажите основного возбудителя заболевания. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

241

**Ситуационная задача 215 [K002694]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной 24 лет жалуется на сильные головные боли, боли при глотании, иррадиирующие в оба уха, боли в суставах конечностей и пояснице. Заболел остро, 2 дня назад. Температура тела достигает 39–40 °С.

Объективно: регионарные шейные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации. Рот открывает свободно, язык обложен сероватым налѐтом, нѐбные миндалины увеличены в объѐме, гиперемированы, на слизистой миндалин видны желтовато-белые точки.

Клинический анализ крови: лейкоциты – 14,6×109/л, СОЭ – 66 мм/час; лейкоцитарная формула: палочкоядерные – 9%, сегментоядерные – 65,2%, лимфоциты – 12,3%, эозинофилы – 3,1%, моноциты – 10%, базофилы – 0,4%.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие методы диагностики необходимо провести?

4. Укажите возможные осложнения со стороны внутренних органов (местные и общие) при повторении подобных состояний.

5. Укажите рекомендованный срок постельного режима и временной нетрудоспособности при данном заболевании. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

242

**Ситуационная задача 216 [K002888]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной Д. 55 лет, начальник автоколонны №1236, обратился с жалобами на изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища и в положении лѐжа; кислую отрыжку и избыточную саливацию во время сна.

Анамнез заболевания: указанные симптомы испытывает в течение трѐх лет, вначале появилась изжога после погрешности в питании, особенно при наклонах туловища; затем появились боли в собственно эпигастрии и за грудиной жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой. В последующем изжога стала возникать 3-4 раза в неделю независимо от качества пищи, появилась отрыжка кислым и горьким. В последний месяц состояние больного значительно ухудшилось: усилились боли, особенно ночью, появилась избыточная саливация во время сна, сон нарушился. Для снятия изжоги и болей использовал соду, Алмагель, Маалокс. В последний месяц эти препараты перестали действовать. Пытался снять боль за грудиной нитроглицерином, однако существенного эффекта не было. Наблюдается с гипертонической болезнью с 53 лет, постоянно принимает Кордипин-ретард 20 мг в день. Курит.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания, масса тела - 106 кг. (ИМТ - 38). Кожные покровы телесного цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Область сердца без особенностей, перкуторно левая граница сердца по среднеключичной линии. Сердечные тоны ритмичные, частотой 66 в минуту. АД - 130/90 мм рт. ст. Язык обложен белым налѐтом. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. Пальпация внутренних органов затруднена из-за абдоминального ожирения. Печень по краю рѐберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные. Зоны Шоффара, Губергрица - Скульского безболезненные.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемглобин - 143 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты - 4,2×1012/л, лейкоциты - 8,6×109/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 56%, лимфоциты - 37%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 76 г/л, альбумины - 38 г/л, фракции глобулинов в пределах нормы, глюкоза - 5,2 ммоль/л, билирубин общий - 16,3 мкмоль/л; прямой – 3,6 ммоль/л; АЛТ - 21 U/L (норма 4-42 U/L); АСТ - 17 U/L (5-37 U/L); амилаза крови - 16 г/л (12-32 г/л в час).

ФЭГДС: слизистая нижней трети пищевода несколько отѐчна, умеренно гиперемирована, кардия зияет, при натуживании в грудную полость пролабирует слизистая желудка; в желудке умеренное количество жидкости, слизь; слизистая желудка и ДПК без особенностей.

Rg – графия пищевода и желудка: пищевод свободно проходим, прослеживаются продольные складки на всѐм протяжении. Желудок в форме крючка, газовый пузырь небольшой. В положение Тренделенбурга дно желудка выступает в грудную полость в виде округлого образования, вертикально желудок занимает обычное положение, складки слизистой желудка обычного калибра, перистальтика желудка и эвакуация своевременно, луковица ДПК без особенностей. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

243

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препарат какой группы для патогенетической терапии вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор

5. Через 2 месяца рекомендуемой терапии, а также соблюдения диеты, режима труда и отдыха исчезли клинические проявления болезни, и в последние 2 недели никаких проявлений заболевания не было. При ФЭГДС исчезли гиперемия и отѐк слизистой. Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

244

**Ситуационная задача 217 [K002889]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной К. 27 лет, военнослужащий, жалуется на боли в правой подвздошной области постоянного характера (ночью нередко просыпается от болей). На этом фоне периодически возникают приступы болей по типу колики. Беспокоит выраженная слабость, снижение массы тела, диарея - стул 3-4 раза в сутки в виде жидкой кашицы, без патологических примесей, обильный. Отмечает повышение температуры до 37,6°С ежедневно, особенно к вечеру.

Анамнез заболевания: заболел 1 год назад, когда внезапно, среди полного здоровья появились интенсивные боли в правой подвздошной области, повышение температуры до 38,0°С. Доставлен в приѐмное отделение, где осмотрен хирургом, диагностирован острый аппендицит. При исследовании крови выявлен лейкоцитоз, пациент взят на операцию. При ревизии обнаружены утолщенная подвздошная кишка с отѐчной рыхлой стенкой, увеличенные брыжеечные лимфоузлы. Червеобразный отросток не изменѐн. Произведена аппендектомия. В послеоперационном периоде появилась гипертермия до 38,5°С, на фоне введения антибиотиков температура снизилась до субфебрильных цифр, однако полностью не исчезла. Боли в правой подвздошной области сохранялись, стали носить тупой постоянный характер. Пациент стал отмечать учащение стула, вначале до 2 раз в сутки, затем 3-4, каловые массы вначале имели характер густой каши («коровий кал»), затем стали жидкими. В испражнениях периодически появлялись слизь и кровь в небольшом количестве. Постепенно нарастала слабость, за год болезни пациент потерял 6 кг массы тела.

Объективно: пониженного питания, кожа несколько суховата, тургор снижен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Лѐгкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налѐтом. Живот участвует в дыхании, обычной конфигурации. При пальпации отмечает болезненность в правом нижнем квадранте, здесь же пальпируется уплотнѐнная болезненная слепая кишка и несколько выше раздутые урчащие петли тонкой кишки. На остальном протяжении патологических изменений не выявлено. Печень по краю рѐберной дуги. Селезѐнка не пальпируется.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 117 г/л, СОЭ - 34 мм/час, эритроциты - 3,2×1012/л, лейкоциты - 12,6×109/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 51%, лимфоциты - 37%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 52 г/л, альбумины - 55%, глобулины: альфа1 - 3,7%, альфа2 - 10,0%, бета - 11,0%, гамма -20,3%. Общий билирубин - 16,4 (прямой - 3,1; свободный - 13,3) ммоль/л, глюкоза - 5,5 ммоль/л., холестерин - 3,9 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, ЩФ - 310 U/L (норма до 306).

RRS: в перианальной области определяются рубцы, в одном из них свищ со скудным отделяемым. Между рубцами имеются единичные трещины. Осмотрены прямая кишка и сигмовидная, слизистая на всѐм протяжении без патологических изменений. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

245

Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15-20 см. Имеется неравномерные сужения дистального отдела подвздошной кишки и неровные контуры, отсутствие гаустр в слепой и восходящей кишках.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с классификацией.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препарат какой группы для патогенетической терапии Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Каков прогноз при данном заболевании? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

246

**Ситуационная задача 218 [K002891]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Пациент Б. 21 года, студент технического вуза, жалуется на боли в правом подреберье и собственно эпигастрии, снижение аппетита, подташнивание, желтуху, потемнение мочи, субфебрилитет.

Анамнез заболевания: в летние каникулы путешествовал по Оби. В программу путешествия входили рыбалка, грибная охота, знакомство с бытом народов Севера, что включало дегустацию пищи, в основном состоящую из рыбы разного приготовления. Через 2 недели после окончания путешествия стал отмечать дискомфорт в правом подреберье, повышение температуры до 37,1°С, появились отчѐтливые боли в правом подреберье и собственно эпигастрии, аппетит снизился, появилось лѐгкое подташнивание, моча потемнела, окружающие заметили желтушность склер. Температура в течение дня имела небольшой размах 37,4-37,8°С.

В Сибири находился впервые.

Объективно: состояние средней степени тяжести, температура 37,4°С. Кожные покровы и склеры жѐлтые. На коже немногочисленные участки петехиальной сыпи, расчѐсы отсутствуют. Лѐгкие и сердце без патологических изменений. Живот болезнен в правом подреберье за счѐт увеличенной печени, правая доля определяется ниже рѐберной дуги на 4 см, левая доля занимает собственно эпигастрий, край печени закруглѐн, поверхность гладкая, плотно-эластической консистенции, болезненная при пальпации. Положительные пузырные симптомы: Керра, Мерфи и Френикус.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – 4,2×1012/л, лейкоциты – 11,9×109/л, эозинофилы – 22%, палочкоядерные нейтрофилы – 6%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 10%, моноциты – 2%, СОЭ - 15 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 65 г/л, альбумины – 55%, глобулины: 1 – 3, 2 – 12,2, - 6,3, - 23,5%, глюкоза - 5,0 ммоль/л, общий билирубин - 68 (прямой - 50, непрямой - 18) мкмоль/л, АЛТ - 50 U/L (норма - 4-42 U/L); АСТ - 42 U/L (5-37 U/L), холестерин - 6,6 мкмоль/л, ЩФ – 392 (норма – 64-306), ГГТП - 170 U/L (норма 7 - 64 U/L), амилаза крови - 28 г/л (12-32 г/л в час).

Копрограмма: нейтральный жир +, мышечные волокна непереваренные – ед., жирные кислоты и мыла жирных кислот +, большое количество бактерий. Паразиты не выявлены.

УЗИ печени: печень увеличена, размер правой доли - 169 (норма до 150), левая - 85 (норма до 70), структура однородная, эхогенность снижена, имеется расширение крупных внутрипечѐночных жѐлчных протоков.

Rg лѐгких: очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

ФЭГДС: в желудке и ДПК имеются участки гиперемии в виде полос.

Вирусологическое исследование: ИФА: вирусы А, В, Е – отрицательные. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

247

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препарат какой группы для патогенетической терапии Вы бы рекомендовали пациенту в составе монотерапии или комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

248

**Ситуационная задача 219 [K002893]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной П. 54 лет, слесарь, жалуется на боли в эпигастральной области постоянного характера, усиливающиеся после приѐма еды и иррадиирующие в подлопаточное пространство, беспокоит постоянное подташнивание, отрыжка воздухом, снижение аппетита, быстрое насыщение, вздутие живота, после отхождения газов боли уменьшаются на короткое время. В последние полгода периодически стул со склонностью к поносам.

Анамнез заболевания: в течение 25 лет часто употребляет алкоголь, за это время перенѐс острый панкреатит, сопровождавшийся интенсивными болями, повторной рвотой. При обследовании в хирургическом отделении выявлено увеличение поджелудочной железы в размерах, жидкость в сальниковой сумке. Лечился консервативно в течение месяца, за время болезни похудел на 10 кг. Выписан с рекомендациями, которые больной не соблюдал. Также принимал алкоголь, но в небольших количествах. Боли возникали часто, а в дальнейшем стали постоянными. Стал снижаться аппетит, возникло периодическое подташнивание, отрыжка, быстрое насыщение, вследствие чего больной снизил объѐм потребляемой пищи. Постепенно стул стал со склонностью к кашицеобразному, плохо смывался со стенок унитаза. Исходную массу тела полностью не набрал. Периодически принимал Мезим, Микразим с частичным эффектом, при усилении боли использовал Но-шпу. Последнее ухудшение 2 недели назад после четырѐхдневного приѐма алкоголя (водка 200 грамм ежедневно). Диету не соблюдал. Боль значительно усилилась, появилась отчѐтливая тошнота, позывы на рвоту, вздутие живота. Госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение.

Объективно: кожа чистая, тургор нормальный. Вес - 73 кг, ИМТ - 18,5. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Лѐгкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 90 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налѐтом. Живот участвует в дыхании, немного подвздут, перитонеальные симптомы отр. При пальпации отмечает значительную болезненность в зоне Шоффара, точке Дежардена; в зоне Губергрица - Скульского, точках Губергрица, передней и задней точках Мейо – Робсона.

При пальпации отделов кишечника болезненности, объѐмных образований не выявлено. Печень по краю рѐберной дуги, пузырные симптомы (Кера, Мерфи. Ортнера) отрицательны. Селезѐнка не пальпируется.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 157 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты - 5,2×1012/л, лейкоциты - 11,2×109/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 56%, лимфоциты - 35%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 60 г/л, общий билирубин - 16,4 (прямой - 6,1; свободный - 10,3) ммоль/л, амилаза - 37 ед/л (5-32); глюкоза - 8,5 ммоль/л, мочевина - 4,7 ммоль/л. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

249

Копрограмма: объѐм утренней порции – 400 грамм, консистенция в виде жидкой каши. Нейтральный жир +++, жирные кислоты, мыла жирных кислот ++, мышечные волокна с утраченной поперечной исчерченностью +++, бактерии – большое количество.

Фекальная эластаза – 100 мкг/г испражнений.

ФГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается. Слизистая пищевода без изменений. Слизистая желудка в теле розовая, ровная, в антральном отделе с очагами яркой гиперемии. Луковица ДПК обычной формы. Слизистая постбульбарного отдела ДПК несколько отѐчна.

УЗИ брюшной полости: жидкости брюшной полости нет. Пневматизация кишечника повышена. Печень не увеличена, структура неоднородная, повышенной эхогенности. Желчный пузырь обычной формы, содержимое эхонегативное. ОЖП - 6 мм. Поджелудочная железа: головка - 35 мм (до 30), тело - 32 мм (до 17), хвост - 37 мм (до 20). Структура диффузно неоднородная, пониженной эхогенности. В структуре железы определяются кальцинаты, наиболее крупный из них в проекции головки поджелудочной железы. Вирсунгов проток определяется в области хвоста, размером 3 мм. Селезѐнка нормальных размеров.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Обозначьте цели патогенетической терапии. Препараты какой группы для патогенетической терапии вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Укажите меры профилактики обострения заболевания. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

250

**Ситуационная задача 220 [K002894]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной А. 64 лет, работающий пенсионер (ведущий инженер шахты), жалуется на периодические боли в собственно эпигастрии больше справа через 1,5-2 часа после еды, иногда ночью, изжогу, кислую отрыжку. Боли носят локальный характер, не иррадиируют, уменьшаются после молочной пищи.

Анамнез заболевания: в течение 2 лет периодически возникали боли и изжога, которые снимал приѐмом молока, иногда Маалокса и Алмагеля. Полгода тому назад обследовался, выявлен гастродуоденит, принимал Омез 20 мг 2 раза и Маалокс. В течение трѐх месяцев клинические проявления отсутствовали, в последнее время вновь появились и усилились боли, особенно ночные, изжога и отрыжка возникали ежедневно. Накануне госпитализации была двукратная рвота содержимым желудка, а затем жѐлчью. Больной курит, последние 3 года по 2 пачки сигарет в день. Работа связана с суточными дежурствами. Отец оперирован по поводу желудочного кровотечения (причину не знает).

Объективно: кожа нормальной окраски, тургор сохранѐн. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Лѐгкие без патологических изменений. Расширена левая граница сердца до левой среднеключичной линии. Уплотнены стенки лучевых артерий (пальпируются в виде плотных тяжей). Пульс – 70 уд в минуту, высокий, АД - 130/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налѐтом. Живот участвует в дыхании. При пальпации отмечает незначительную болезненность в правом подреберье и в собственно эпигастрии.

При пальпации отделы кишечника не изменены. Печень по краю рѐберной дуги, пузырные симптомы (Кера, Мерфи. Ортнера) отрицательные. Селезѐнка не пальпируется.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 157 г/л, СОЭ – 4 мм/час, эритроциты – 5,2×1012/л, лейкоциты – 7,6×109/л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 56%, лимфоциты – 37%.

Биохимический анализ крови: общий белок – 82 г/л, общий билирубин – 16,4 (прямой – 3,1; свободный – 13,3) ммоль/л, холестерин – 3,9 ммоль/л, калий – 4,4 ммоль/л, натрий – 142 ммоль/л, сахар – 4,5 ммоль/л.

ФГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается, складки слизистой пищевода нормальные. В антральном отделе желудка определяются очаги отѐка и яркой гиперемии, а также единичные подслизистые кровоизлияния. Луковица ДПК деформирована, на задней стенке луковицы – послеязвенный рубец звѐздчатого характера, на передней стенке глубокий язвенный дефект (до мышечного слоя) размером 10×12 мм, над дефектом нависает значительно увеличенные гиперемированные складки слизистой, образующие воспалительный вал. На остальном протяжении слизистая ДПК с очагами гиперемии.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

251

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препарат какой группы для патогенетической терапии Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Через 2 месяца поддерживающей терапии клинические явления болезни исчезли полностью, при ФЭГДС на месте язвы белый рубец, из очагов отѐка и гиперемии в желудке взят материал для цитологического исследования, выявлен Н. р. в большом количестве. Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

252

**Ситуационная задача 221 [K002895]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной А. 44 лет, ведущий инженер шахты, жалуется на периодические боли в собственно эпигастрии, больше справа, которые возникают через 20-30 минут после еды и значительно уменьшаются или исчезают через 1,5-2 часа. Отмечает изжогу, иногда горечь во рту, аппетит сохранѐн, стул нормальный 1 раз в сутки. Пациент отметил, что лучше переносит молочную пищу.

Анамнез заболевания: в течение нескольких лет отмечал дискомфорт в собственно эпигастрии после кислой, копчѐной, солѐной пищи. Принимал ферменты, указанные явления исчезали. В последние месяцы испытывал перегрузки на работе (ночные смены), стрессы (предаварийные ситуации на шахте). Стал отмечать боли вначале тупые умеренные, которые снимались Алмагелем, молоком. В дальнейшем боли усилились, особенно после приѐма пищи, независимо от еѐ качества. Появилась изжога, которая часто сопровождалась горечью во рту. Снизил объѐм принимаемой пищи, однако боль прогрессировала, госпитализирован в отделение.

Курил по ½ пачки в день, последние 5 лет не курит.

Объективно: кожа нормальной окраски, тургор сохранен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Лѐгкие без патологических изменений. Границы сердца в норме. ЧСС - 70 ударов в минуту, АД - 130/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налѐтом. Живот участвует в дыхании. При пальпации отмечает незначительную болезненность в эпигастрии.

При пальпации отделов кишечника болезненности, объѐмных образований не выявлено. Печень по краю рѐберной дуги, пузырные симптомы (Кера, Мерфи. Ортнера) отрицательные. Селезѐнка не пальпируется.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 148 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты - 5,2×1012/л, лейкоциты - 7,6×109/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 56%, лимфоциты - 37%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 82 г/л, общий билирубин - 16,4 (прямой - 3,1; свободный - 13,3) ммоль/л, холестерин - 3,9 ммоль/л, калий - 4,4 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, глюкоза - 4,5 ммоль/л.

ФГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается. Слизистая в пищеводе без изменений. В средней трети желудка по малой кривизне имеется язвенный дефект стенки (слизистая и подслизистая) до 1,2 см, дно дефекта выполнено фибрином, края дефекта приподняты, отѐчные. На остальном протяжении в желудке имеются очаг неяркой гиперемии. ДПК без изменений. Взята биопсия 4 кус. При взятии биопсии из краев язвы отмечается умеренная нейтрофильная инфильтрация и отѐк.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

253

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препарат какой группы для патогенетической терапии вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Какие рекомендации необходимо дать пациенту для профилактики обострения заболевания? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

254

**Ситуационная задача 222 [K002904]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной Г. 55 лет поступил в стационар с жалобами на сильную одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке и даже при одевании, кашель с жѐлтой вязкой мокротой до 150 мл/сутки, сердцебиение, слабость, потливость. В течение 15 лет беспокоит кашель со скудной слизистой мокротой, в основном по утрам, к врачу по этому поводу не обращался. Последние 7 лет появилась одышка при ходьбе на расстояние около 500 метров на выдохе, в холодное время ощущает затруднение выдоха и «свисты» в груди. Самостоятельно принимает Эуфиллин внутрь. Ухудшение состояния 5 дней назад, когда после ОРВИ резко усилилась одышка, ночь спал сидя, увеличилось количество мокроты.

Работает водителем. Курит. Индекс курения - 120 пачко-лет. Алкоголь употребляет 2 раза в месяц понемногу. Аллергологический и гемотрансфузионный анамнез не отягощен.

Состояние тяжѐлое. Кожа влажная, цианоз губ и кончика носа. Температура - 36,8°С. Подкожно-жировой слой развит слабо. Отѐки на голенях до средней трети. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в дыхании. ЧД - 28 в минуту. Перкуторный звук мозаичный. При аускультации по всем лѐгочным полям масса сухих хрипов. Границы сердца расширены вправо. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 120 в минуту, на лѐгочном стволе - акцент 2 тона. АД - 130/70 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает на 3 см из-под края рѐберной дуги, селезѐнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Общий анализ крови: эритроциты - 5,4×1012/л; гемоглобин - 177 г/л; лейкоциты - 10,6×109/л; эозинофилы - 0%; базофилы - 0%; палочкоядерные нейтрофилы - 5%; сегментоядерные нейтрофилы - 70%; лимфоциты -20%; моноциты - 5 %. СОЭ - 22 мм/час.

Рентгенограмма органов грудной клетки: очаговые и инфильтративные изменения не определяются. Лѐгочный рисунок деформирован. Корни расширены, бесструктурны. Диафрагма расположена обычно, синусы свободны. Выбухает ствол лѐгочной артерии.

Спирограмма: индекс Тиффно – 65; ОФВ1 после БДТ - 29%.

КЩС: рО2 - 46 мм рт. ст., SаO2 - 78%.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препараты какой группы вы бы рекомендовали в качестве неотложной помощи и в качестве базисной терапии для лечения ХОБЛ? Обоснуйте свой выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

255

5. Через 6 месяцев регулярной терапии пациент бросил курить, отметил уменьшение одышки, купированы отѐки. При осмотре гепатомегалия не определяется. ЧД – 24 в минуту. В лѐгких при аускультации единичные сухие хрипы. ОФВ1 - 32% от должной величины, индекс Тиффно - 64%. Пиковая скорость выдоха – 35% от должной величины. КЩС - рО2, 70 мм рт. ст., SаO2 – 90. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

256

**Ситуационная задача 223 [K002906]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Пациентка А. 34 лет (не работает) поступила в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 38,4 °С, сопровождающееся интенсивной ночной потливостью; ознобами; отѐками голеней, увеличением объѐма живота, болью в правом подреберье, точечными высыпаниями на голенях.

Из анамнеза: курит в течение 20 лет до 2 пачек сигарет в день, в течение последних 2 лет страдает инъекционной наркоманией. Наследственность не отягощена. Из перенесѐнных заболеваний отмечает скарлатину в детстве. Аллергологический анамнез не отягощѐн. Считает себя больной в течение полутора месяцев, когда стала отмечать нарастающую слабость, ночную потливость, повышение температуры тела до 38,4 °С, сопровождающееся ознобами. За помощью не обращалась. Самостоятельно принимала жаропонижающие. В течение последних двух недель отметила нарастание отѐков на ногах, увеличение объѐма живота, появление боли в правом подреберье.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 37,8 °С, кожные покровы бледные с желтушным оттенком, на коже нижних конечностей элементы геморрагической сыпи, отѐки стоп и голеней. Лимфатические узлы не пальпируются. В лѐгких дыхание жѐсткое, хрипов нет. Перкуторный звук ясный лѐгочный, локальных притуплений не выявляется. При перкуссии сердца правая граница на 4 см правее правого края грудины, другие границы в пределах нормы. При аускультации тоны сердца ритмичные, ЧСС – 110 в минуту, отмечается ослабление первого тона над мечевидным отростком. Здесь же выслушивается систолический шум, усиливающийся на вдохе. Отмечаются набухшие шейные вены. Живот напряжен, безболезненный, положительный симптом флюктуации. Печень +5 см от края рѐберной дуги. Край закруглѐн, мягкоэластической консистенции. Пальпируется край селезѐнки. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 104 г/л, эритроциты - 3,8×1012/л, лейкоциты - 17×109/л, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 80%, лимфоциты - 9%, моноциты - 3%, эозинофилы - 1%, СОЭ - 48 мм/ч.

Общий анализ мочи: жѐлтая, прозрачная, рН нормальная, удельный вес - 1016, белок - 0,02%, сахара нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эритроцитов нет.

Биохимическое исследование крови: билирубин - 38,2 ммоль/л, АСТ - 74, АЛТ - 98, креатинин - 0,108 ммоль/л, глюкоза – 5,7 ммоль/л, холестерин – 5,0 ммоль/л, калий - 4,2 ммоль/л.

Гемокультура: в одной из 3 проб рост золотистого стафилококка.

ЭКГ Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

257

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы и обоснуйте их (объясните патофизиологический механизм их возникновения). Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

258

2. Сформулируйте диагноз.

3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

4. Составьте план обследования для уточнения диагноза.

5. Определите план лечения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

259

**Ситуационная задача 224 [K002907]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная М. 56 лет, продавец ювелирного салона, госпитализирована 11 декабря с жалобами на интенсивную жгучую боль по всей грудной клетке в течение 7,5 часов, с иррадиацией в левое плечо, шею, нижнюю челюсть, локоть, также предъявляла жалобы на испарину, сердцебиение, слабость, одышку в покое, кашель.

Анамнез заболевания. Рост - 178 см, вес - 105 кг. Не курит. Отец в 49 лет перенѐс инфаркт миокарда. С 35 лет пациентка отмечает повышение артериального давления до 180/100 мм рт. ст. Обследована, принимает Периндоприл 10 мг на ночь, Метопролола сукцинат 100 мг утром. В 2011 г. отмечала состояние, характеризующееся потерей двигательной активности правой верхней конечности в течение 3 часов, затем спонтанно двигательная функция восстановилась. Пациентка 13 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, принимает Метформин 1000 мг/сут. Пользуется глюкометром, сахар крови в пределах 9,5 ммоль/л. С мая отмечает приступы давящих болей за грудиной при физической нагрузке (ходьба по ровной местности до 600 метров) продолжительностью до 5 минут, которые купировались после прекращения ходьбы. Лечилась амбулаторно и стационарно, выставлялся диагноз «ишемическая болезнь сердца», дополнительно назначена Ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут, Розувастатин 10 мг/сут, короткодействующие нитраты по потребности. В августе планово проведена коронароангиография, выявлено изолированное поражение передней нисходящей (ПНА) коронарной артерии – 95% стеноз в средней трети. В виду тяжести поражения немедленно выполнено стентирование стеноза ПНА стентом с лекарственным покрытием. Пациентке после выписки рекомендовано продолжить приѐм терапии, включая Аспирин, Метопролола сукцинат, Периндоприл, Розувастатин и Метформин, а также в течение одного года Клопидогрел 75 мг/сут. За два дня до настоящего ухудшения пациентка прекратила прием Клопидогрела, оправдывая это появившейся кровоточивостью дѐсен. Ухудшение состояния в виде появления интенсивного болевого синдрома в грудной клетке в покое появилось в 06-00. Пациентка самостоятельно приняла 4 таблетки Нитроглицерина без эффекта и в 12-00 после появления одышки и слабости обратилась за медицинской помощью.

Вызвала скорую медицинскую помощь (СМП). При осмотре врачом СМП состояние тяжѐлое за счѐт болевого синдрома в грудной клетке, одышки, гипотонии (АД - 100/60, ЧСС – 98 в минуту). Записана электрокардиограмма (ЭКГ) (см. ниже). С некупированным болевым синдромом доставлена в приѐмное отделение. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

260

Объективно: состояние тяжѐлое за счѐт болевого синдрома в грудной клетке, одышки, гипотонии. При осмотре кожные покровы мраморной окраски, холодные, выраженно влажные. Сохраняется одышка в покое, частота дыхания до 28 в минуту, пациентка принимает вынужденную позу полусидя. Аускультативно над всеми лѐгочными полями влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс на лучевых артериях выраженно ослаблен, нитевидный, 120 ударов в минуту. Аускультативно в области сердца ослаблен I тон, тахикардия до 120 в минуту, выслушивается систолический шум на верхушке. Артериальное давление на правой верхней конечности - 80/50 мм рт. ст., на левой верхней конечности - 75/50 мм рт. ст. Отѐков на нижних конечностях нет. По ЭКГ в приѐмном отделении без динамики, по сравнению с пленкой СМП.

Дополнительные методы обследования. Общий анализ крови: гемоглобин - 139 г/л, лейкоциты – 11×109/л, эритроциты – 4,8×1012/л, СОЭ – 8 мм/час.

Биохимический анализ крови: сахар – 22 ммоль/л, креатинкиназа общая фракция – 1900 Е/л, креатинкиназа-МВ фракция – 102 Е/л, тропонин Т – 2,9 нг/мл; общий холестерин – 6,2 ммоль/л, холестерин липопротеинов низкой плотности – 4,1 ммоль/л; рН крови – 7,2.

По ЭхоКГ фракция выброса левого желудочка – 38%, выраженная митрально-папиллярная дисфункция, регургитация на митральном клапане III, гипертрофия миокарда левого желудочка. По данным измерения инвазивной гемодинамики центральное венозное давление - 260 мм вод. ст. (N - 90-110 мм. вод. ст.).

Давление заклинивания лѐгочных капилляров – 23 мм рт. ст. (N - 10-18 мм рт. ст.).

Сердечный индекс – 1,9 л/мин/м2 (N - 2,5-4,5 л/мин/м2).

Сатурация – 69% (N - 80-100).

Рентгенологически в лѐгких венозный застой III степени, тень сердца расширена влево.

ЭКГ на этапе СМП. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

261

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий.

2. Сформулируйте диагноз.

3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

4. Составьте план дополнительных обследований.

5. Назначьте лечение. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

262

**Ситуационная задача 225 [K002908]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная Т. 35 лет, офис-менеджер, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приѐмное отделение городской больницы в связи с внезапно начавшимся приступом одышки смешанного характера, сердцебиением, колющей болью в прекардиальной области, головокружением и общей слабостью. В анамнезе отмечено, что за 5 суток до приступа одышки у больной появились мягкий отѐк правой нижней конечности от стопы до паховой складки, незначительный цианоз и умеренная болезненность конечности. В последующем указанные симптомы сохранялись, пыталась лечиться самостоятельно, используя различные мази с антибиотиками и спиртовые компрессы. Настоящий приступ одышки возник впервые в конце продолжительного рабочего дня на фоне полного благополучия. Из анамнеза жизни известно, что пациентка работает в офисе и проводит большую часть времени в положении сидя, ведѐт малоподвижный образ жизни, курит, применяет комбинированные оральные контрацептивы.

Объективно: состояние тяжѐлое. Кожа и видимые слизистые бледные, чистые, видимая пульсация шейных вен. Отмечается отѐк правой нижней конечности, мягкий и тѐплый наощупь, распространяющийся от уровня стопы до верхней трети бедра со слабо выраженным цианозом, умеренной болезненностью при пальпации и сохранѐнной пульсацией на артериях стопы, подколенной и общей бедренной артериях. Суставы без патологии. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно над лѐгкими ясный лѐгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания - 25 в минуту. Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях, слабого наполнения, 110 в минуту, АД - 90/65 мм рт. ст. Акцент II-тона в точке выслушивания клапана лѐгочной артерии. Шумов нет. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации. Печень выступает из-под рѐберной дуги на 1 см. Симптом поколачивания отрицательный. Индекс массы тела более 31 кг/м2. Субфебрилитет. При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты - 4,1×1012/л, лейкоциты - 5,7×109/л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 50%, лимфоциты - 35%, моноциты - 4%; СОЭ - 24 мм/ч.

Общий анализ мочи: соломенно-жѐлтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес - 1010, эпителий – 2-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры, соли не определяются.

Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 12,8 мкмоль/л, креатинин - 0,093 ммоль/л, глюкоза – 6,9 ммоль/л, холестерин – 6,2 ммоль/л, калий - 3,7 ммоль/л, общий белок - 75 г/л, фибриноген – 8,2 г/л, СРБ – 25 мг/л.

ЭКГ Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

263

Рентгенография ОГК Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

264

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий.

2. Интерпретируйте представленную электрокардиограмму.

3. Сформулируйте диагноз.

4. Составьте план дополнительных обследований.

5. Назначьте лечение. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

265

**Ситуационная задача 226 [K002909]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная М. 52 лет, бухгалтер, госпитализирована с жалобами на неритмичное сердцебиение, общую слабость, головокружение, быструю утомляемость, одышку при ускоренной ходьбе.

Анамнез заболевания: в течение 15 лет отмечает повышение артериального давления до максимальных 190/120 мм рт. ст. Регулярно принимает Эналаприл 10 мг 2 раза в сутки, Амлодипин 5 мг вечером. Адаптированным давлением считает 140/100 мм рт. ст. Болей в грудной клетке никогда не отмечала. Ухудшение состояния отмечает в течение 3 дней, когда впервые в жизни появились вышеописанные жалобы. Учитывая их прогрессирующий характер, вызвала скорую помощь.

Объективно: сознание ясное, активна. Отѐков нет. Рост - 178 см, вес - 107 кг. Отложение подкожно-жирового слоя на бѐдрах и животе. Кожные покровы повышенной влажности. Грудная клетка гиперстеническая. В лѐгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Область сердца не изменена. Левая граница сердца – на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии в V межреберье слева. Тоны сердца неритмичные. ЧСС - 121 ударов в минуту. АД в покое сидя - 170/115 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях симметричный, неритмичный, неравномерный с частотой 100 ударов в минуту.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные.

Липидограмма: общий ХС - 5,9 ммоль/л (норма менее 5,0 ммоль/л), ХС ЛНП - 3,5 ммль/л (норма - менее 3,0 ммоль/л), ХС ЛВП - 0,9 ммоль/л (норма - более 1,0 ммоль/л), ТГ - 2,0 ммоль/л (норма - менее 1,7 ммоль/л).

Эхо-КГ: толщина задней стенки ЛЖ - 1,3 см (норма - 0,8-1,1 см), ФВ ЛЖ - 53% (норма - 55-75%).

Записана ЭКГ Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

266

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Интерпретируйте представленную электрокардиограмму.

3. Составьте план дополнительных обследований.

4. Какие заболевания необходимо дифференцировать?

5. Назначьте лечение. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

267

**Ситуационная задача 227 [K002910]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная Н. 46 лет, стюардесса внутренних авиалиний, обратилась с жалобами на приступы сильного учащенного сердцебиения, не связанные с физической нагрузкой, сопровождающиеся ноющими болями в прекардиальной области, периодические перебои в работе сердца.

Из анамнеза: приступы учащѐнного сердцебиения появились в течение последнего года, участились в течение трѐх месяцев, двукратно отмечала обмороки. В детстве диагностировали «изменения на ЭКГ», которые в дальнейшем не подтверждались.

Объективно: больная нормального питания. Кожные покровы чистые, умеренной влажности. Отѐков нет. Лучезапястные суставы гиперподвижны. Плоскостопие. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Перкуторно: границы относительной сердечной тупости располагаются: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - нижний край 3 ребра, левая - на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. При аускультации: тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 120 в минуту, на верхушке выслушивается короткий систолический шум, мезосистолический щелчок. АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рѐберной дуги.

Обследования.

ЭКГ

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, назовите основные механизмы их возникновения.

2. Составьте дифференциально-диагностический ряд.

3. Сформулируйте диагноз.

4. Составьте план дополнительных обследований.

5. Назначьте лечение. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

268

**Ситуационная задача 228 [K002911]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

У больного А. 63 лет, преподаватель вуза, сегодня в покое около 3 часов назад без видимой причины появилась и стала нарастать одышка смешанного характера. Пациент госпитализирован.

Анамнез заболевания: около 5 лет страдает гипертонической болезнью. Антигипертензивные препараты принимает нерегулярно.

Объективно: при поступлении состояние средней степени тяжести, ортопноэ, кожа бледная, акроцианоз, число дыханий - 26 в минуту, при аускультации выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы над всеми отделами лѐгких. Перкуторно границы сердца расширены влево, пульс на лучевой артерии 100 в минуту, ритмичный, тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 100 в минуту, АД - 130/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, размеры печени по Курлову - 9×8×7 см.

Вскоре после поступления состояние больного резко ухудшилось: появился продуктивный кашель, усилилась одышка, увеличилось количество влажных хрипов над всеми лѐгочными полями.

ЭКГ

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (объясните патофизиологический механизм его возникновения).

2. Сформулируйте диагноз.

3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

4. Составьте план обследования для уточнения диагноза.

5. Определите план лечения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

269

**Ситуационная задача 229 [K002912]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

В приѐмный покой скорой помощью доставлен больной 52 лет, шофѐр, с жалобами на резкие давящие боли за грудиной с иррадиацией в обе руки и левую лопатку, длящиеся более 4 часов, боль не купируется приѐмом Нитроглицерина и инъекционными анальгетиками, сопровождается резкой слабостью, страхом смерти, выраженной потливостью.

Из анамнеза выяснено, что больного около 10 лет беспокоили приступообразные головные боли, шум в ушах, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами, кратковременные колющие боли в области сердца, без иррадиации. Часто отмечалось повышение АД до 160/100 мм рт. ст., иногда – до 200/120 мм рт. ст. Обследован амбулаторно 3 года назад – установлен диагноз «гипертоническая болезнь», данных рекомендаций не придерживался, назначенную терапию не принимал.

Объективно: кожные покровы бледные, акроцианоз. ЧД - 26 в минуту, дыхание поверхностное. Перкуторно над всеми лѐгочными полями определяется ясный лѐгочный звук, при аускультации - дыхание жѐсткое, большое количество влажных хрипов в подлопаточных областях. Пульс одинаков на обеих руках, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. ЧСС - 120 в минуту, АД - 80/60 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, ритмичные; акцент II тона не определяется. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отѐков нет.

В анализах: КФК-МВ - 98 Е/л

Записана ЭКГ Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

270

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий.

2. Сформулируйте диагноз.

3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

4. Составьте план дополнительных обследований.

5. Назначьте лечение. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

271

**Ситуационная задача 230 [K002913]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной 65 лет, пенсионер, поступил в клинику с жалобами на редкий пульс, перебои в работе сердца, ощущение его замирания и остановки, чувство нехватки воздуха при подъѐме на 1 лестничный пролѐт, давящие боли за грудиной при обычной физической нагрузке, купирующиеся приѐмом Нитроглицерина через 1-2 мин; кратковременные эпизоды потери сознания.

Из анамнеза: четыре года назад перенѐс инфаркт миокарда. Через год стали появляться ангинозные боли при обычной физической нагрузке. Неделю назад ощутил перебои в работе сердца, инспираторную одышку, отметил кратковременные эпизоды потери сознания, что и явилось причиной госпитализации.

Объективно: состояние средней степени тяжести, акроцианоз, отѐков нет. В нижних отделах лѐгких небольшое количество незвучных мелкопузырчатых хрипов. Тоны сердца глухие, аритмичные, ЧСС - 42 удара в минуту, Ps - 42 в минуту. АД - 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см ниже рѐберной дуги, край еѐ ровный, закруглѐнный, слегка болезненный при пальпации.

Записана ЭКГ.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий.

2. Интерпретируйте представленную электрокардиограмму.

3. Сформулируйте диагноз.

4. Составьте план дополнительных обследований.

5. Назначьте лечение. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

272

**Ситуационная задача 231 [K002915]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной 45 лет, водитель автобуса, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на периодически возникающие давящие боли за грудиной при обычной ходьбе на 200-300 м, подъѐме на 1 этаж по лестнице, купируются в покое через 5-10 мин, сопровождаются слабостью, головокружением. Считает себя больным около 3 лет. В течение предшествующей недели при незначительной физической нагрузке стали возникать приступы сердцебиения с кратковременными синкопальными состояниями.

Из анамнеза жизни: отец больного умер внезапно в возрасте 40 лет.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, нормальной влажности. Отѐков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании. Перкуторно над лѐгкими ясный лѐгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 170 в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Верхушечный толчок усилен, резистентный, определяется в V межреберье на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая на 1,0 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - по среднеключичной линии. Аускультативно: ритм правильный, I тон на верхушке ослаблен, ЧСС - 120 в минуту, систолический шум во II межреберье справа. Соотношение II тонов на основании сердца не изменено. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рѐберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

В анализах: гемоглобин - 136 г/л, эритроциты - 4,9×1012/л, лейкоциты - 5,7×109/л, эозинофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 52%, лимфоциты - 35%, моноциты - 6%, СОЭ - 6 мм/ч.

Билирубин общий - 8,8 мкмоль/, креатинин - 0,096 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, общий холестерин – 5,9 ммоль/л, калий – 3,9 ммоль/л.

ЭхоКГ: ПЖ - 20 мм (норма - до 23 мм), КДР ЛЖ – 33 мм (норма - до 55 мм), КСР ЛЖ – 26 мм (норма - до 35 мм), ЛП - 41 мм (норма - до 40 мм), МЖП – 21 мм (норма - до 11 мм), ЗСЛЖ – 10 мм (норма - до 11 мм); ФВ - 70% (N - 60-70%); Ао - 35 мм. Переднесистолическое движение передней створки митрального клапана и соприкосновение ее в диастолу с МЖП, среднесистолическое прикрытие створок клапана аорты, трансаортальный градиент - 8,0 (норма - 5,0). Трикуспидальный клапан, клапан лѐгочной артерии - без изменений.

Записана ЭКГ. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

273

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, назовите основные механизмы их возникновения.

2. Составьте дифференциально-диагностический ряд.

3. Сформулируйте диагноз.

4. Составьте план дополнительных обследований.

5. Назначьте лечение. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

274

**Ситуационная задача 232 [K002916]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной Н. 50 лет, инженер, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на приступы сжимающих болей за грудиной, иррадиирущих в левую руку, возникающих при обычной ходьбе через 200-300 м и подъѐме на 2 этаж, купируются они после приѐма Нитроглицерина через 1-2 мин и в покое через 3-5 мин., сопровождаются общей слабостью.

Анамнез заболевания: считает себя больным в течение 2 лет, когда впервые стал отмечать появление этого характера болей за грудиной вначале при быстрой ходьбе или при психоэмоциональных ситуациях. Врачом было назначено лечение, однако лекарства принимал нерегулярно. Со временем боли стали появляться при обычной физической нагрузке до 2-4 раза в неделю. Настоящее ухудшение отмечает в течение последних 2 недель: вышеописанные боли в грудной клетке стали появляться ежедневно до 2-3 раза в день и более длительные, купируются приѐмом Нитроглицерина через 3-5 мин. Из анамнеза жизни: внезапная смерть отца в возрасте 60 лет. Курит по 1 пачке в день, физически мало активен, злоупотребляет спиртными напитками.

Объективно: состояние удовлетворительное. Вес - 95 кг, рост - 170 см. Объѐм талии - 110 см. Кожные покровы и видимые слизистые обычного цвета, чистые, нормальной влажности. Отѐков нет. Грудная клетка правильной формы, соответствует гиперстеническому типу конституции. Перкуторно над лѐгкими ясный лѐгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет.

Пульс одинаков на обеих лучевых артериях, ритмичный, 80 в минуту, удовлетворительных качеств. АД - 150/95 мм рт. ст. Верхушечный толчок расположен в V межреберье по среднеключичной линии. Шумы в сердце не выслушиваются. Живот правильной формы, участвует в дыхании, мягкий, безболезненный. Край печени не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 140 г/л, эритроциты – 4,8×1012/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – 5,7×109/л, эозинофилы – 4%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 52%, лимфоциты – 35%, моноциты – 6%; СОЭ – 6 мм/ч.

Общий анализ мочи: обычный цвет, прозрачная, рН кислая, удельный вес – 1018; белок, сахар не обнаружены, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эпителий - 2-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры, соли не выявлены.

Креатинин – 0,088 ммоль/л (0,014-0,44), АСТ – 10 Ед/л (5-37), АЛТ – 12 Ед/л (4-42), общий холестерин – 6,2 ммоль/л (4,0), калий – 3,7 ммоль/л (3,4-5,3).

ЭКГ Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

275

ЭхоКГ: КДРЛЖ - 5,5 см (норма - 5,5 см), КСРЛЖ - 3,5 см (норма - 3,5 см), ФВ – 68% (норма - 60-80%), ПЖ - 2,0 см (норма - 2,2 см), ЛП – 3,9 см (норма - 4 см), МЖП – 1,2 см (норма - 0,8-1,1 см), ЗСЛЖ – 1,2 см (норма - 0,8-1,1 см).

**Вопросы:**

1. Выделите ведущие синдромы (объясните патофизиологические механизмы их возникновения).

2. Дайте заключение по ЭКГ и ЭхоКГ.

3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.

4. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

5. Назовите факторы риска ИБС у пациента. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

276

**Ситуационная задача 233 [K002918]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной М. 72 лет, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головные боли, головокружение, шум в ушах, повышение АД до 210/120 мм рт. ст.

Анамнез заболевания: высокие цифры АД появились 2 года назад, принимал Метопролол, Гипотиазид, однако добиться существенного снижения АД не удавалось. В течение полугода отмечает усталость при ходьбе, боли в ногах, которые заставляют останавливаться (при прохождении менее 200 метров). Госпитализирован для уточнения причины и подбора лекарственной терапии.

Объективно: состояние удовлетворительное. Отѐков нет. Над всей поверхностью легких перкуторно - лѐгочный звук, при аускультации - дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена.

Границы сердца: правая - 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - II ребро, левая - 1,5 см кнаружи от левой СКЛ в V межреберье. Верхушечный толчок в V межреберье, кнаружи от СКЛ, разлитой. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Акцент II тона над аортой, систолический шум на аорте без проведения на сосуды шеи. Пульс - 76 ударов в минуту, ритмичный. Сосудистая стенка вне пульсовой волны плотная. АД - 195/115 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рѐберной дуги. Над брюшной аортой выслушивается систолический шум. Симптом поколачивания отрицательный. Снижена пульсация на артериях тыла обеих стоп.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 145 г/л, эритроциты - 4,5×1012/л, лейкоциты - 7,9×109/л, СОЭ - 12 мм/час, цветовой показатель - 1,0.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1020, белок - 0033 г/л, лейкоциты – ед. в поле зрения, единичные гиалиновые цилиндры.

Биохимический анализ крови: сахар - 5,2 ммоль/л (3,5-6,1), холестерин - 7,2 ммоль/л (4,0), мочевина - 9,0 ммоль/л (2,4-8,3), креатинин - 0,13 мкмоль/л (0,014-0,44), калий - 5,4 ммоль/л (3,4-5,3), натрий - 135 ммоль/л (130-156).

Изотопная ренография: умеренное снижение секреторной и экскреторной функции правой почки.

Осмотр глазного дна: ангиопатия сосудов сетчатки.

ЭХО-КГ: ПЖ - 2,1 см (норма - 2,3), МЖП - 1,25 см (норма - 1,0 см), ЗСЛЖ - 1,25 см (норма - 1,0 см), КДРЛЖ - 5,8 см (норма - 5,5), КСРЛЖ - 3,7 см (норма - 3,5). Фракция выброса - 54% (норма - 60-80%). Кальциноз митрального, аортального клапанов.

ЭКГ Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

277

**Вопросы:**

1. Выделите ведущие синдромы (объясните патофизиологические механизмы их возникновения).

2. Составьте дифференциально-диагностический ряд.

3. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

4. Составьте план обследования для уточнения диагноза.

5. Составьте план лечения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

278

**Ситуационная задача 234 [K002919]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной Н. 37 лет, тракторист, обратился с жалобами на перебои в работе сердца, одышку смешанного характера при обыденной физической нагрузке, приступы удушья в ночное время, общую слабость. Ранее чувствовал себя вполне удовлетворительно, активно занимался спортом (лыжи, туризм). Болен в течение 6 месяцев, когда появились чувство нехватки воздуха при подъѐме на 2-3 этаж и при быстрой ходьбе, перебои в сердце и сердцебиение.

Объективно: состояние средней степени тяжести, положение в постели вынужденное с приподнятым головным концом. Кожные покровы бледные, акроцианоз, цианоз губ. Отѐки до средней трети голеней. Одышка в покое (ЧД - 24 в минуту). Дыхание везикулярное, мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах лѐгких. Отмечается пульсация и набухание шейных вен. АД - 100/70 мм рт. ст. Левая граница относительной сердечной тупости смещена до передней подмышечной линии. Тоны сердца глухие, 105 в минуту, ритм неправильный, акцент II тона на лѐгочной артерии; выслушивается систолический шум на верхушке без проведения, над мечевидным отростком. Печень на 3 см ниже края рѐберной дуги, поверхность еѐ ровная, плотная, слегка болезненная при пальпации, край закруглѐн.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 108 г/л, эритроциты – 3,04×1012/л, лейкоциты - 4,6×109/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 32%, моноциты – 1%; СОЭ – 19 мм/ч.

Общий анализ мочи: жѐлтая, прозрачная, рН щелочная, удельный вес - 1012, белок – 0,033 г/л, сахар – нет, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эпителий, эритроциты, цилиндры, соли - нет.

Биохимический анализ крови: глюкоза крови - 5,6 ммоль/л (норма - 3,5-6,1), калий – 4,8 ммоль/л (норма - 3,4-5,3), общий билирубин – 23,0 (8,0-15,0) мкмоль/л (норма - 8,5-20,5), креатинин – 0,13 ммоль/л (норма - 0,014-0,44).

Протромбиновый индекс – 106%, фибриноген – 4,0 г/л (2-4).

ЭхоКГ: МЖП – 10 мм (норма - до 11 мм), ЗСЛЖ – 10 мм (норма - до 11 мм), КДР ЛЖ – 69 мм (норма - до 55 мм), КСР ЛЖ – 55 мм (норма - до 35 мм), ФВ 35% (норма - 60-70%). ПЖ - 33 мм (норма - до 23 мм), ЛП – 50 мм (норма - до 40 мм). Гипокинезия задней стенки ЛЖ и межжелудочковой перегородки. Аорта - 36 мм. МК: створки не изменены, регургитация III степени. ТК: створки не изменены, регургитация III степени.

ЭКГ. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

279

R-графия ОГК.

**Вопросы:**

1. Перечислите синдромы, составляющие клиническую картину. Выделите ведущие синдромы (объясните патофизиологические механизмы их возникновения).

2. Проведите дифференциальную диагностику.

3. Обоснуйте и сформулируйте диагноз.

4. Составьте план обследования для уточнения диагноза.

5. Составьте план лечения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

280

**Ситуационная задача 235 [K002924]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная К. 32 лет, библиотекарь, вызвала врача-терапевта участкового на дом. Жалобы на одышку в покое, сердцебиение, повышение температуры, выраженную слабость и потливость.

Месяц назад лечилась у врача-терапевта участкового по поводу ОРВИ, в течение 5 дней принимала Амоксициллин, однако продолжала сохраняться слабость, одышка в покое, ознобы по вечерам, температура тела с субфебрильных возросла до фебрильных цифр (от 37,7 °С до 39,5 °С). Похудела за это время на 5 кг.

История жизни: с детства наблюдается врачом-педиатром участковым по поводу перенесѐнной в прошлом ревматической болезни. К врачам обращалась редко, чувствовала себя вполне удовлетворительно. Беременность и роды одни. Во время второй половины беременности госпитализировалась по поводу сохранения беременности в связи с заболеванием сердца.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, на ощупь горячие, влажные. На коже голеней отмечаются мелкоточечные геморрагические высыпания, умеренная отѐчность на голенях. Температура тела - 39,1 °С. В лѐгких дыхание везикулярное, в аксиллярных и подлопаточных областях незвучные мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 28 в минуту. Пульсация сонных артерий. Пульс - 110 в минуту, ритмичный, высокий, скорый. АД - 160/40 мм рт. ст. Левая граница относительной сердечной тупости смещена на 2 см наружи от среднеключичной линии, правая и верхняя в пределах нормы. Ритм сердца правильный, I тон на верхушке ослаблен, II тон над аортой ослаблен. Выслушивается протодиастолический шум с эпицентром в т. Боткина. Печень выступает из-под рѐберной дуги на 4 см, край закруглѐн, уплотнѐн, чувствителен при пальпации. Пальпируется край селезѐнки. Почки не пальпируются.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 105 г/л; эритроциты - 3,14×1012/л; цветовой показатель - 096; СОЭ – 60 мм/ч; лейкоциты -15,1×109/л; эозинофилы - 2%; палочкоядерные нейтрофилы - 10%; сегментоядерные нейтрофилы - 55%; лимфоциты - 28%; моноциты - 5%.

Общий анализ мочи: обычного цвета; удельный вес – 1028; белок - 0,042 г/л; сахар – отсутствует; лейкоциты - 2-5 в поле зрения; эритроциты – 25-30 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: креатинин - 0,10 ммоль/л; общий белок -70 г/л; ά1 - 7%; ά2 - 11%; β - 7%; γ - 23%; СРБ - 12 мг/л.

ЭКГ: смещение электрической оси влево, глубокий з. S в V3, высокий з. R в aVL, з. R V5> з. R V4, слабо (-) з. Т в V1-V6.

**Вопросы:**

1. Выделите ведущие синдромы.

2. Интерпретируйте данные лабораторно-инструментальных методов обследования.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Какие дообследования необходимо провести?

5. Сформулируйте основные принципы лечения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

281

**Ситуационная задача 236 [K002925]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной В. 35 лет, инженер, жалуется на отѐки на ногах, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота. В анамнезе употребление наркотиков. Два года назад стали беспокоить перебои в работе сердца, неоднократно лечился в стационаре. Год назад появилась тяжесть в правом подреберье, эпизодически появлялись отеки на ногах, 3 месяца назад стал увеличиваться живот.

Объективно: диффузный цианоз с желтушным оттенком, иктеричность склер. В течение года субфебрилитет. Температура – 36,9 °С. Пастозность голеней. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 20 в минуту. Пульсация и набухание шейных вен. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритм неправильный, удовлетворительного наполнения, напряжения, средней величины. ЧСС - 72 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца неритмичные, громкие. У основания мечевидного отростка I тон ослаблен, выслушивается систолический шум, усиливающийся на вдохе. Живот «лягушачий». Симптом флюктуации положительный. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает из-под края рѐберной дуги на 4 см, край еѐ ровный, закруглѐнный, поверхность гладкая, пальпация умеренно болезненна. Селезѐнка пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин – 102 г/л, лейкоциты – 12×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 68%, лимфоциты – 23%, моноциты – 2%. СОЭ – 26 мм/час.

Биохимический анализ крови: сахар – 4,5 ммоль/л, ПТИ – 80%, АСТ – 65 Ед/л, АЛТ – 89 Ед/л, билирубин общий – 32,24 мкмоль/л (прямой – 16,12, непрямой – 12,12).

ЭКГ Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

282

**Вопросы:**

1. Сформулируйте синдромы и определите ведущий (ведущие).

2. Составьте дифференциально-диагностический ряд.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Сформулируйте план дополнительного обследования.

5. Сформулируйте основные принципы лечения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

283

**Ситуационная задача 237 [K002928]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 35 лет, инженер-электрик, жалуется на выраженную слабость, одышку, сердцебиение при подъѐме до 2 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 °С. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные, множественные экхимозы различной локализации разной стадии «цветения». Отѐков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Над лѐгкими ясный лѐгочный 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 селезѐнки на 3 см ниже края рѐберной дуги, плотный, ровный, умеренно болезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

Лабораторно.

Общий анализ крови: гемоглобин - 76 г/л, эритроциты - 2,9×1012/л, цветовой показатель – 0,79, тромбоциты – 21×109/л, лейкоциты - 35×109/л, бласты – 21%, эозинофилы - 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 0%, сегментоядерные нейтрофилы - 79%, лимфоциты - 0%, моноциты - 0%; СОЭ - 76 мм/ч.

Общий анализ мочи: жѐлтая, 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. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

284

**Ситуационная задача 238 [K002930]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

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. Отѐков нет. Пальпируются затылочные, околоушные, передние и задние шейные, над - и подключичные, подмышечные лимфоузлы, округлые, до 2 см в диаметре, мягко-эластичные, однородные, с гладкой поверхностью, безболезненные, подвижные, не спаянные с кожей и между собой, кожа над ними не изменена. В лѐгких 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 налѐта. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется на 3 см ниже края рѐберной дуги, плотно-эластичный, ровный, слегка болезненный. Селезѐнка не пальпируются.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 101 г/л, эритроциты – 2,6×1012/л, цветовой показатель - 0,87, ретикулоциты – 1%, тромбоциты - 115×109/л, лейкоциты - 23,1×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 23%, лимфоциты – 75%, моноциты – 1%, СОЭ – 81 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1039, жѐлтая, 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, объѐмных 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. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

285

**Ситуационная задача 239 [K002931]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

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, отѐки 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 занятности 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 отѐки ног, лица, снижение суточного диуреза. При исследовании общего анализа мочи выявлена протеинурия, лейкоцитурия. Перенесѐнные 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 отѐчны, глаза сужены. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. Выраженные отѐки на голенях. Щитовидная железа не пальпируется. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка нормостенической формы, симметричная. При сравнительной перкуссии ясный лѐгочный звук. Частота дыхания - 16 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс одинаков на обеих лучевых артериях, 90 в минуту, удовлетворительного наполнения, напряжѐн. 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 нѐба бледно розовая, чистая. Нѐбные 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 отѐчна. Пальпация правого подреберья безболезненна, край печени не пальпируется, размеры по Курлову: 10×9×8 см. Селезѐнка не увеличена. Поясничная область отѐчна, 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 - 4,8×1012/л, лейкоциты - 5,8×109/л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 53%, лимфоциты - 35%, моноциты - 6%; СОЭ - 30 мм/ч.

Общий анализ мочи: светло-жѐлтая, 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, мочевина - 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. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

286

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, объѐмные 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. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

287

**Ситуационная задача 240 [K002933]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Пациентка В. 52 лет, обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому 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 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 °С, кожные покровы влажные, обычного цвета. Грудная клетка нормостенической формы. ЧД - 20 в минуту. Перкуторный тон лѐгочный. 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 светло-серым налѐтом. Живот мягкий, отмечается болезненность в правом фланке живота, в месте проекции правой почки. Печень не пальпируется. Симптом поколачивания поясничной области положительный справа. Отѐков нет. Мочеиспускание учащено, безболезненное.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,45×1012/л; гемоглобин – 134 г/л; лейкоциты – 5,79×109/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: мочевина – 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. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

288

**Ситуационная задача 241 [K002935]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная П. 40 лет, медсестра, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на периодически учащѐнное 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°С. При перкуссии над всеми лѐгочными полями ясный лѐгочный 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, селезѐнка не пальпируются. Отмечается незначительная болезненность при поколачивании поясничной области, больше справа.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: эритроциты - 3,9×1012/л, гемоглобин - 107 г/л, цветовой показатель – 0,8, лейкоциты – 10,2×109/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 - 1,2×106/л, лейкоциты – 8,0×106/л.

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

Рентгенография органов грудной клетки: лѐгочные 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. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

289

**Ситуационная задача 242 [K002936]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 37 лет, шахтѐр, 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 отѐки 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 расчѐсов. Пастозность голеней. ЧД - 18 в минуту. В лѐгких 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 кнаружи 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. Селезѐнка не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

В анализах.

Общий анализ крови: эритроциты - 2,1×1012/л, гемоглобин - 85 г/л, цветовой показатель – 0,8, гематокрит - 20%, лейкоциты – 7,2×109/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, мочевина - 28,2 ммоль/л, креатинин - 0,59 ммоль/л, общий белок - 64 г/л, К+ - 6,2 ммоль/л, Nа+ - 138 ммоль/л, Р - 1,9 ммоль/л, Са - 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, объѐмные образования не выявлены. Мочевой пузырь без особенностей.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

290

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. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

291

**Ситуационная задача 243 [K002937]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

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 отѐки 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 тяжѐлое. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчѐсов, 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 лѐгочный 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 - 2,6×1012/л, НЬ - 72 г/л, цветовой показатель - 0,9; лейкоциты - 5,7×109/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 68%, лимфоциты - 25%, моноциты - 2%; СОЭ - 40 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет - жѐлтый, 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: ACT - 0,43 ммоль/л, АЛТ - 0,45 ммоль/л, сахар - 3,8 ммоль/л, холестерин - 7,5 ммоль/л; креатинин - 1,4 ммоль/л, мочевина - 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. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

292

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

Конкременты, объѐмные 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. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

293

**Ситуационная задача 244 [K002939]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

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

Считает себя больной около 3 недель: после сильного переохлаждения повысилась температура тела до 38,0 °С, 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 °С. 2 дня назад уменьшилось количество мочи, которая приобрела красноватый цвет.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, температура тела 37°С. Рост - 158 см, вес - 72 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, обычной влажности. Лицо одутловатое, на верхних и нижних конечностях плотные отѐки, кожа над ними тѐплая, бледная. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка нормостеничная, симметричная, равномерно участвует в дыхании. ЧД - 22 в минуту. Перкуторно над лѐгкими ясный лѐгочный 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 - 9×8×7 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 - 3,2×1012/л, цветовой показатель - 0,9; тромбоциты - 270×109/л, лейкоциты - 10,7×109/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, непрямой - 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%, α1 - 3,5%, α2 -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. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

294

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. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

295

**Ситуационная задача 245 [K002940]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

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 расчѐсов. ЧД - 18 в мин. В лѐгких - 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 кнаружи 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, селезѐнка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный.

В анализах.

Общий анализ крови: эритроциты - 3,2×1012/л, гемоглобин - 106 г/л, цветовой показатель – 0,78, лейкоциты – 9,2×109/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, мочевина - 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. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

296

**Ситуационная задача 246 [K002941]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 48 лет, продавец, жалуется на выраженную слабость, недомогание, боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, ограничение объѐма движений, утреннюю скованность в указанных суставах до 10 часов, похудание.

Больна 11 лет. Постепенно появились боль, припухлость, ограничение подвижности, утренняя скованность в течение 30 мин. во II-III пястно-фаланговых суставах, преимущественно в ночное и утреннее время, периодически – общая слабость, одышка при физической нагрузке. В последующем в процесс вовлеклись проксимальные межфаланговые суставы обеих кистей, лучезапястные суставы, снизилась масса тела, эпизодически отмечалось повышение температуры тела до 38,1°С. За медицинской помощью не обращалась, периодически принимала Нимесулид с хорошим эффектом. В течение последнего месяца появились боли в локтевых, голеностопных суставах и мелких суставах стоп, появилась припухлость этих суставов и увеличилась длительность утренней скованности, что существенно затрудняет самообслуживание.

При осмотре: пониженного питания. Кожа бледная, тургор снижен. На разгибательной поверхности локтевых суставов - округлые плотные образования d=1-2 см, безболезненные при пальпации. С обеих сторон пальпируются увеличенные подчелюстные, подмышечные лимфоузлы, умеренно плотные, безболезненные. Атрофия мышц тыльных поверхностей кистей. Определяется припухлость и болезненность при пальпации II-IV пястно-фаланговых и II-III проксимальных межфаланговых суставов, переразгибание во II-III дистальных, сгибательная контрактура II-III проксимальных межфаланговых суставов с обеих сторон. Объѐм активных движений в указанных суставах снижен. Ульнарная девиация кистей. По внутренним органам – без патологии.

Лабораторно.

Общий анализ крови: гемоглобин - 70 г/л, эритроциты – 2,2×1012/л, лейкоциты - 8,8×109/л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 38%, лимфоциты - 45%, моноциты - 9%, СОЭ - 58 мм/час, тромбоциты – 418,1×109/л.

Биохимическое исследование крови: РФ - 104 МЕ/л (N - до 16 МЕ/л), фибриноген - 6,6 г/л, общий белок – 58 г/л, альбумины – 32%, глобулины: α1 – 6%, α2 – 16%, β – 19%, γ – 27%, СРБ – 18,6 мг/л (N - 1-6 мг/л). АЦЦП – 74 Ед/мл (N - до 10 Ед/мл).

Рентгенограмма кистей. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

297

**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 и тактику дальнейшего ведения пациента. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

298

**Ситуационная задача 247 [K002942]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 65 лет, пенсионер, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в коленных, тазобедренных, дистальных межфаланговых суставах кистей, в поясничном отделе позвоночника, возникающие при нагрузке и движениях, больше к вечеру, затихающие в покое; утреннюю скованность до 20 минут. Не может точно определить давность заболевания. Отмечает постепенное, в течение 5-7 лет, нарастание вышеописанных болей в перечисленных суставах и поясничном отделе позвоночника. Ранее не обследовалась, не лечилась. Последние 20 лет пациентка работает уборщицей в школе (продолжает работать и на пенсии), отмечает частые интенсивные физические нагрузки.

При осмотре: рост - 160 см, вес - 80 кг. Кожные покровы телесного цвета, повышенной влажности. Отѐков нет. Коленные суставы деформированы, кожные покровы над ними обычной окраски, местная температура не изменена, небольшое ограничение подвижности за счет болезненности, при активных движениях в коленных суставах слышен хруст. Отмечается болезненность при пальпации и ограничение подвижности дистальных межфаланговых суставов; их внешний вид представлен ниже. Остальные суставы не изменены. Болезненна пальпация остистых и поперечных отростков поясничного отдела позвоночника, движения в этом отделе ограничены из-за болезненности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, 78 в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст., границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный.

Лабораторно.

Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - 6,7×109/л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные – 57%, лимфоциты – 30%, моноциты - 6%, СОЭ - 20 мм/ч.

Рентгенография коленных суставов: сужение суставных щелей, субхондральный склероз, краевые остеофиты.

Рентгенография кистей: многочисленные остеофиты дистальных межфаланговых суставов, умеренно выраженное сужение суставных щелей, остеосклероз.

**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. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

299

**Ситуационная задача 248 [K002943]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 25 лет, учитель, предъявляет жалобы на затруднение вдоха при ходьбе, подъеме на 2-й этаж, сухой кашель, повышение температуры до 38,6°С, сердцебиение, слабость. Два года назад, после ангины, возникли колющие боли в области верхушки сердца без связи с физической нагрузкой, различной длительности и интенсивности; появились летучие боли в коленных и плечевых суставах. За медицинской помощью не обращалась. Ухудшение 3 недели, лечилась амбулаторно по поводу ОРВИ (принимала Парацетамол). Несмотря на проводимое лечение, сохранялись слабость, кашель, колебания температуры в течение суток.

При осмотре: кожа и видимые слизистые бледные, чистые, цианоз губ, кончика носа, цианотический румянец. Отѐков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах. Пульс малый, ослаблен на левой лучевой артерии, 90 ударов в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая - 2 см вправо от правого края грудины, верхняя – нижний край II ребра, левая – на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, трѐхчленный ритм, на верхушке сердца – хлопающий I тон, диастолический шум, во втором межреберье слева от грудины – акцент II тона, над мечевидным отростком – ослабление I тона. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лабораторно.

Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты - 4,2×1012/л, лейкоциты –12,1×109/л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 53%, лимфоциты - 30%, моноциты - 6%, СОЭ - 37 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1019, белок – нет, лейкоциты – 3-4, эпителий - 1-2 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: фибриноген - 6,2 г/л, общий белок – 57 г/л, альбумины – 34%, глобулины: α1 – 6%, α2 – 14%, β – 18%, γ – 28%, СРБ – 7,5 мг/л (N - 1-6 мг/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. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

300

**Ситуационная задача 249 [K002944]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 35 лет, бухгалтер, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на общее недомогание, слабость, похудание на 5 кг за 3 месяца, мигрирующие боли в межфаланговых суставах кистей и голеностопных суставах, красные пятна неправильной формы на лице, субфебрильную температуру тела. Считает себя больной около 6 месяцев. Начало заболевания постепенное. Появились боли в межфаланговых суставах, их припухлость и гиперемия, поочерѐдно на правой и левой кисти. Постепенно присоединились слабость, недомогание. За медицинской помощью не обращалась. 2 месяца назад (июль) - отдых в Таиланде. После возвращения отметила ухудшение самочувствия: усилилась слабость, присоединились боли в голеностопных суставах, стала худеть без видимой причины, повысилась температура тела до 37,5°С, без ознобов. Отметила наличие красных пятен на лице, долгое время считала их последствиями загара. Во время очередного планового медосмотра выявлены анемия и изменения в моче, в связи с чем обратилась к врачу-терапевту участковому.

При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые бледные, «сосудистая бабочка» в области переносицы и щек неправильной формы, волосы тусклые, ломкие, имеются участки облысения. Подкожно-жировая клетчатка практически отсутствует. Отеков нет. Пальпируются подчелюстные, подмышечные, паховые лимфоузлы 0,5-1 см в диаметре, мягкой консистенции, безболезненные при пальпации. Тонус и сила мышц в норме, одинаковые с обеих сторон. Части скелета пропорциональны, кости при пальпации и поколачивании безболезненны. Отмечается припухлость проксимальных и дистальных межфаланговых суставов кистей и голеностопных суставов, болезненность при движениях в них, местная гиперемия. Грудная клетка нормостеничная, симметричная, равномерно участвует в дыхании. Перкуторно над лѐгкими ясный лѐгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 78 в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Верхушечный толчок визуально и пальпаторно не определяется. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 0,5 см от правого края грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Аускультативно: тоны глухие, ритмичные, ЧСС - 78 в минуту. Отѐчность и гиперемия красной каймы губ. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, пальпация в их проекции безболезненна.

Лабораторно.

Общий анализ крови: гемоглобин - 100 г/л, эритроциты - 2,9×1012/л, цветовой показатель - 0,9; лейкоциты - 2,7×109/л, эозинофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные - 52%, лимфоциты - 35%, моноциты - 6%; СОЭ - 30 мм/ч, тромбоциты - - 98×10%.

Общий анализ мочи: светло-жѐлтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес - 1,016; белок - 0,3 г/л, сахар - нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий почечный - 2-4 в поле зрения, эритроциты - 3-4 в поле зрения, цилиндры гиалиновые - 5-8 в поле зрения, цилиндры восковидные - 2-3 в поле зрения, соли - нет. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

301

Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 38,8 мкмоль/л, прямой - 8,2, непрямой - 30,6 мкмоль/л, креатинин - 0,09% ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, ACT - 10,0 ммоль/л, АЛТ - 19,0 ммоль/л, холестерин - 4,0 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л, общий белок - 86 г/л, альбумины - 45%, α1 - 3,5%, α2 – 10,5%, β - 13,6%, γ - 27,4%, фибриноген - 6,2 г/л, СРБ - + + +, серомукоид - 0,32 г/л.

Обнаружены антитела к ДНК, антинуклеарный фактор, 6 LE-клеток на 1000 лейкоцитов.

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

Рентгенография органов грудной клетки: без патологии.

Рентгенография суставов кистей и голеностопных суставов: патологических изменений 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. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

302

**Ситуационная задача 250 [K002945]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 44 лет, программист, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на нарастающую общую слабость, боль, ограничение движений и онемение, преимущественно пальцев, в обеих кистях, незначительный сухой кашель, сердцебиение при физической нагрузке, снижение аппетита, сухость во рту, затруднение жевания и глотания. Считает себя больной с 32 лет: после сильного переохлаждения впервые стала отмечать онемение пальцев обеих рук при мытье их холодной водой, постепенно продолжительность онемения увеличивалась, оно стало возникать при незначительном понижении температуры воздуха. Одновременно появилась повышенная потливость обеих ладоней. Постепенно в течение 6 месяцев присоединилась общая слабость, снижение аппетита, в связи с чем больная обратилась в поликлинику по месту жительства. Было сделано исследование общего анализа крови, рентгенография органов грудной клетки, ФГДС, однако причина астенизации не была выявлена. Онемение пальцев рук сохранялось, постепенно появились ограничение подвижности пальцев и боли в ногтевых фалангах кистей. При повторном осмотре через год был выставлен диагноз ревматоидного артрита, и больной назначили Преднизолон по 20 мг/сут, с помощью которого боли были купированы, но онемение кистей рук сохранялось, и больная самостоятельно прекратила принимать Преднизолон. В 42 года после инсоляции больная стала отмечать затруднение глотания, присоединение сухого кашля и сердцебиения при ходьбе. В последние 6 месяцев резко усилились боли в ногтевых фалангах при попытке работы на клавиатуре компьютера.

При осмотре: внешний вид больной представлен на рисунке. Кожные покровы равномерно гиперпигментированы. Кожа кистей и пальцев рук холодная, уплотнена, равномерно утолщена, не берѐтся в складку, морщины над межфаланговыми суставами отсутствуют. Ногтевые фаланги всех пальцев укорочены. Мышцы плечевого и тазового пояса атрофичны, предплечий – уплотнены, ригидны. Объѐм пассивных и активных движений в межфаланговых суставах резко снижен. Дыхание поверхностное, 24 в минуту. Выявлено уменьшение экскурсии легких и симметричное ослабление везикулярного дыхания в нижних отделах. АД - 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца неритмичные, 88 в минуту, единичные экстрасистолы; I тон над верхушкой и основанием мечевидного отростка ослаблен. Живот мягкий, безболезненный как при поверхностной, так и при глубокой пальпации.

Лабораторно.

Общий анализ крови: эритроциты - 3,1×1012/л, гемоглобин - 95 г/л, цветовой показатель - 0,85; лейкоциты - 15,3×109/л; эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 72%, лимфоциты – 17%, моноциты – 1%; СОЭ - 27 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л; альбумины - 40%, глобулины - 60%, 1 - 3,8%, 2 – 12%; – 12%; – 32,2%; фибриноген – 6,6 г/л; СРБ (++).

Повторные исследования LE клеток в крови отрицательны.

ЭКГ: Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

303

Рентгенография органов грудной клетки: «сотовое» лѐгкое, явления пневмосклероза, преимущественно в нижних отделах.

Рентгенография кистей: остеолиз дистальных фаланг, эпифизарный остеопороз.

Приложение: лицо больной.

**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. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

304

**Ситуационная задача 251 [K002960]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 54 лет впервые обратился к врачу-терапевту участковому с целью диспансеризации. Он отрицает наличие каких-либо хронических заболеваний и не принимает никаких лекарственных средств. Его отец умер в возрасте 74 лет от острого инфаркта миокарда. Его мать жива, ей в настоящее время 80 лет, получает лечение по поводу артериальной гипертензии. У него есть младшие родные брат и сестра, в отношении которых он утверждает, что они не страдают никакими хроническими заболеваниями. Пациент не курит, не употребляет алкоголь, никогда не применял наркотические средства. Он ведѐт малоподвижный образ жизни, работает финансовым советником, не занимается физическими упражнениями.

При объективном физикальном исследовании не отмечается отклонений от нормы по всем органам и системам. ЧСС - 80 ударов в минуту, АД - 127/82 мм рт. ст., частота дыхательных движений - 18 в минуту. Рост - 170 см, масса тела - 86 кг, индекс массы тела (ИМТ) - 29,8 кг/м2, окружность талии - 98 см.

**Вопросы:**

1. Какие дополнительные исследования в рамках первого этапа диспансеризации следует провести данному пациенту (после опроса на выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, антропометрии и измерения АД)?

2. Какие исследования необходимо провести для выявления суммарного сердечно-сосудистого риска у данного пациента?

3. Какие исследования в рамках первого и второго этапов диспансеризации направлены на скрининг онкопатологии у данного пациента?

4. По результатам дополнительных исследований в рамках первого этапа диспансеризации у данного пациента уровень общего холестерина крови - 3,4 ммоль/л, уровень глюкозы крови - 4,1 ммоль/л, ЭКГ без отклонений от нормы. Оцените, каков суммарный сердечно-сосудистый риск для данного пациента (по SCORE)?

5. Какие рекомендации по изменению образа жизни Вы дадите пациенту? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

305

**Ситуационная задача 252 [K002961]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 45 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боль в левом колене, которая началась накануне, ночью. Со слов пациента, боль появилась внезапно, когда он уже лѐг спать после обильного ужина. В течение примерно 3 часов боль была очень интенсивной, в связи с чем пациент принял Парацетамол две таблетки по 500 мг, после чего боль несколько уменьшилась, но полностью не купировалась.

Пациент отрицает аналогичные приступы болей в колене ранее, однако несколько месяцев назад был эпизод интенсивной боли в первом плюснефаланговом суставе правой стопы после переохлаждения, сопровождавшийся покраснением сустава и невозможностью опираться на ногу. Тот эпизод прошел полностью самостоятельно без какого-либо лечения в течение 3 суток, наиболее интенсивной была боль в первые 3-4 часа.

Пациент отрицает факты травм, операций, гемотрансфузий. В течение 2 лет страдает артериальной гипертензией, по поводу которой принимает гидрохлортиазид. Накануне вечером пациент употреблял большое количество красного вина и ел мясные отбивные, так как отмечал семейное событие. Курение, употребление наркотических препаратов отрицает.

При осмотре: рост - 180 см, масса тела - 109 кг, ИМТ - 33,6 кг/м2. Температура тела 37,1 °С, ЧСС - 90 ударов в минуту, частота дыхания - 22 в минуту, АД - 129/88 мм рт. ст. Кожные покровы обычной окраски, имеется незначительная гиперемия воротниковой зоны. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы без отклонений от нормы, живот мягкий, безболезненный, размеры печени и селезѐнки в пределах нормы. Левый коленный сустав увеличен в объѐме за счѐт экссудации, кожа над ним гиперемирована, локальная температура повышена. Пациент ограничивает активные движения в суставе из-за болей, придает колену полусогнутое положение. Пассивные движения ограничены в таком же объѐме, при максимальном сгибании и разгибании боль усиливается. Пальпация сустава резко болезненна, определяется значительный выпот в коленном суставе, крепитация отсутствует. Другие суставы без патологических проявлений, объѐм движений в них полный. Увеличения паховых лимфатических узлов нет. В общем анализе крови имеется лейкоцитоз 9,1×109/л, сдвига лейкоцитарной формулы нет, СОЭ - 28 мм/ч, в остальном – без отклонений.

**Вопросы:**

1. Опишите основные характеристики суставного синдрома у данного пациента.

2. Какой наиболее вероятный предположительный диагноз?

3. Какие диагностические исследования будут являться ключевыми для подтверждения диагноза?

4. Какие клинические признаки указывают на предполагаемый диагноз?

5. Каковы принципы медикаментозной терапии данного заболевания? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

306

**Ситуационная задача 253 [K002962]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 55 лет обратился по поводу хронического кашля. Также он отмечает появление одышки при физической активности. Со слов пациента, в последнее время отмечается усиление кашля. (Во время беседы Вы отмечаете запах табачного дыма от пациента). При опросе он признает, что курит ежедневно 1 пачку сигарет в течение 35 лет и пробовал самостоятельно отказаться от курения, однако безуспешно. При обследовании ЧСС - 80 ударов в минуту, АД - 125/82 мм рт. ст., частота дыхания - 16 в минуту. Кожные покровы обычной окраски, пульсоксиметрия демонстрирует сатурацию 98%. Перкуторный звук над легочными полями ясный, дыхание с жѐстким оттенком, по всем лѐгочным полям отмечаются единичные сухие свистящие хрипы. По остальным органам и системам без отклонений. По результатам спирометрии ФЖЕЛ в пределах возрастной нормы, отношение ОФВ1/ФЖЕЛ - 0,89, ОФВ1 - 81% от нормы.

**Вопросы:**

1. Какие основные рекомендации следует дать пациенту?

2. Опишите роль медицинских работников в стимулировании отказа от курения.

3. Какие препараты фармакологической поддержки отказа от курения возможно использовать?

4. Какие дополнительные методы исследования следует назначить данному пациенту?

5. Возможно ли диагностировать хроническую обструктивную болезнь лѐгких (ХОБЛ) у данного пациента? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

307

**Ситуационная задача 254 [K002963]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина в возрасте 51 года проходит диспансеризацию. Со слов женщины, она совершенно здорова, обычно хорошо себя чувствует и не имеет никаких жалоб. В анамнезе в возрасте 38 лет выполнено удаление матки по поводу фибромиомы, придатки не удалялись.

После 40 лет она проходила маммографию с интервалом 2 года, все результаты без отклонений от нормы. Наличие хронических заболеваний отрицает, гемотрансфузий не выполнялось. Она ежедневно самостоятельно принимает поливитамины, постоянный приѐм других препаратов отрицает. Семейный анамнез отягощѐн по раку молочной железы, который был диагностирован у бабушки по материнской линии в возрасте 72 лет. Пациентка замужем, работает учителем средней школы, курение и употребление алкоголя отрицает. В диете избегает молочных продуктов, так как считает, что имеет «непереносимость лактозы». Физическими упражнениями специально не занимается, нерегулярно осуществляет прогулки «для поддержания здоровья». При физикальном обследовании ЧСС - 72 удара в минуту, АД - 118/78 мм рт. ст., частота дыхания - 16 в минуту, отклонений от нормы по органам и системам не выявляется.

**Вопросы:**

1. Какой скрининг злокачественных новообразований шейки матки показан данной пациентке?

2. Какие дополнительные (к выполненному ранее опросу на выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития и измерению АД) исследования показаны на первом этапе диспансеризации?

3. С каким интервалом рекомендуется проводить маммографию для скрининга рака молочной железы у данной пациентки?

4. Что следует порекомендовать пациентке для снижения риска развития остеопороза?

5. Каким образом результаты диспансеризации отражаются в медицинской документации? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

308

**Ситуационная задача 255 [K002964]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

На приѐме женщина 27 лет, которая предъявляет жалобы на постоянную нервозность, слабость, сердцебиение, которые усилились, в последние несколько дней появился тремор рук. Также она отмечает трудности с концентрацией внимания, в том числе на работе (работает экономистом предприятия) и раздражительность, на что обращают внимание еѐ коллеги. Симптомы нарастали в течение последних 3 месяцев, отмечает снижение массы тела примерно на 4 кг за это время, в течение последнего месяца присоединилась бессонница, в связи с чем она решила обратиться к врачу-терапевту участковому. Менструации отсутствуют в течение 2 месяцев, до этого были регулярными. Наличие хронических заболеваний отрицает, лекарственные препараты не принимает. Пациентка не замужем, регулярную половую жизнь отрицает, контрацептивами не пользуется. Пациентка не курит, не употребляет наркотики и редко употребляет алкогольные напитки в небольших количествах. Во время опроса пациентка возбуждена и подвижна. При физикальном обследовании рост - 172 см, масса тела - 52 кг, кожа горячая и влажная, температура тела 36,9 °С.

Имеет место двухсторонний экзофтальм и отставание верхнего века при взгляде вниз. При пальпации шеи определяется симметрично увеличенная щитовидная железа без отчетливо пальпируемых узлов, эластичной консистенции, смещаемая, безболезненная. Перкуторные размеры сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС - 112 в минуту, АД - 138/84 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот безболезненный, печень, селезѐнка не увеличены. Кожа голеней уплотнена, гиперемирована с обеих сторон. В позе Ромберга устойчива, однако отмечается тремор кистей.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте предполагаемый диагноз.

3. Какие дополнительные лабораторные исследования следует выполнить для подтверждения диагноза?

4. Какие методы визуализации следует использовать для подтверждения диагноза?

5. Каковы принципы лечения данной пациентки? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

309

**Ситуационная задача 256 [K002966]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

На повторном приѐме мужчина 47 лет. Две недели назад он перенѐс респираторную вирусную инфекцию, по поводу которой обращался к врачу-терапевту участковому и во время осмотра у него было обнаружено повышенное АД до 164/98 мм рт. ст. Пациент вспоминает, что ранее ему говорили о «повышенном давлении», но значений АД он не помнит, со слов, лечения рекомендовано не было. В настоящее время пациент чувствует себя хорошо, жалоб не предъявляет. Пациент не курит, алкогольные напитки употребляет «как все», то есть «по праздникам, и, может, пару бутылок пива по выходным». Регулярными физическими упражнениями не занимается, работа малоподвижная. Отец умер от инсульта в возрасте 69 лет, мать жива и, со слов пациента, здорова, в возрасте 72 лет. У него два старших брата, и он не осведомлен о наличии у них каких-либо хронических заболеваний.

При осмотре: рост - 177 см, масса тела - 84 кг, окружность талии - 103 см, температура тела 36,7 °С. Кожные покровы обычной окраски, дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания - 14 в минуту. Границы относительной сердечной тупости слева – на 1 см влево от левой срединно-ключичной линии, справа – по правому краю грудины, тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС - 78 в минуту. АД - на левой руке 156/96 мм рт. ст., на правой руке – 152/98 мм рт. ст. По остальным органам и системам без отклонений от нормы.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие нефармакологические методы лечения следует рекомендовать пациенту?

5. Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств возможно рекомендовать пациенту? Обоснуйте свой выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

310

**Ситуационная задача 257 [K002967]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 56 лет пришел на осмотр, ранее наблюдался у другого врача. Страдает артериальной гипертензией, по поводу которой получает Индапамид 2,5 мг ежедневно. Также он время от времени принимает Аспирин в низкой дозе, так как видел рекламу и решил, что ему он будет полезен.

Анамнез жизни без особенностей, наличие иных хронических заболеваний отрицает. Пациент не курит, эпизодически употребляет алкогольные напитки и не занимается физическими упражнениями. Отец умер в возрасте 60 лет от инфаркта миокарда, мать умерла в возрасте 72 лет от злокачественного новообразования, есть две младшие сестры, обе не страдают хроническими заболеваниями.

При физикальном исследовании рост - 173 см, масса тела - 92 кг, окружность талии - 106 см. ЧСС - 75 ударов в минуту, АД - 130/80 мм рт. ст. По органам и системам без отклонений от нормы.

В лабораторных анализах липидного спектра: общий холестерин - 6,23 ммоль/л, холестерин липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) - 1,2 ммоль/л, холестерин липопротеидов низкой плотности - 4,03 ммоль/л, триглицериды - 1,56 ммоль/л.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.

2. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо выполнить этому пациенту?

3. Какие нефармакологические методы лечения следует рекомендовать пациенту?

4. Показан ли прием аспирина в низких дозах данному пациенту? Обоснуйте ответ.

5. Какие уровни липидов крови следует рассматривать в качестве целевых для данного пациента, и какие методы достижения этих целей следует рекомендовать? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

311

**Ситуационная задача 258 [K002968]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 36 лет, продавец, обратилась с жалобами на «какую-то мочевую инфекцию, от которой никак не может избавиться». Пациентка считает, что страдает дрожжевой инфекцией мочеполовой системы, так отмечает постоянные белѐсые выделения из половых путей, зуд и жжение при мочеиспускании. Также она отмечает увеличение частоты мочеиспусканий, связывает это с инфекцией. Моча светлая, обильная, без патологических примесей. В течение последних лет отмечает постоянное увеличение массы тела, за последний год прибавка массы тела составила не менее 6 кг. Пациентка пробовала различные диеты для контроля массы тела, но безуспешно. В последние 3-4 месяца придерживается диеты с ограничением углеводов, но большим количеством белка и жиров. Со слов, хроническими заболеваниями не страдала. Во время единственной беременности в возрасте 30 лет отмечала избыточную прибавку массы тела и большую массу тела плода – при рождении вес составлял 5100 г, роды путем кесарева сечения. Семейный анамнез неизвестен.

При физикальном обследовании рост - 155 см, масса тела - 86 кг. Кожа влажная, тургор несколько снижен, имеется гиперпигментация и утолщение кожи по задней поверхности шеи и в подмышечных областях, под молочными железами отмечается яркая гиперемия. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания - 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не изменены, при аускультации тоны сердца ритмичные, акцент 2 тона на аорте, АД - 138/88 мм рт. ст., ЧСС - 72 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный.

По результатам гинекологического обследования обнаружены обильные белые вагинальные выделения, соответствующие картине кандидозного кольпита, что подтверждено результатами микробиологического исследования.

Результат исследования мочи с использованием тест-полоски показал отрицательные пробы на нитриты, лейкоцитарную эстеразу, белок и глюкозу. Глюкоза периферической капиллярной крови при исследовании портативным глюкометром – 12,5 ммоль/л.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо выполнить этой пациентке?

4. Какие индивидуальные цели лечения (показатели углеводного обмена и липидов крови) следует установить данной пациентке?

5. Дайте диетические рекомендации пациентке. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

312

**Ситуационная задача 259 [K002969]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Молодой человек 18 лет предъявляет жалобы на боль в горле, затруднение глотания и повышение температуры тела выше 38 °С в течение двух дней. Он отмечает, что его младшая сестра на прошлой неделе «болела такой же инфекцией». Осиплости голоса, слюнотечения, скованности мышц шеи не отмечается. Пациент отрицает такие клинические проявления как кашель, кожные высыпания, тошнота и рвота или диарея. Пациент за пределы постоянного места жительства в последний год не выезжал, иммунизация выполнена полностью в соответствии с национальным календарем. Хроническими заболеваниями не страдает, лекарственные препараты не принимает, аллергические реакции отрицает. Травмы, операции, курение, употребление алкоголя и наркотиков также категорически отрицает. Объективно: температура тела 38,5 °С, ЧСС - 104 удара в минуту, АД – 118/64 мм рт. ст., частота дыхания - 18 в минуту, сатурация кислородом - 99%. Задняя стенка глотки ярко гиперемирована, миндалины значительно увеличены в размерах с обеих сторон, в лакунах определяется налѐт белого цвета, больше слева, отклонения язычка нет. Имеет место увеличение передних шейных и подчелюстных лимфатических узлов с обеих сторон, лимфатические узлы до 2,5 см, эластичные, умеренно болезненные при пальпации. Кожные покровы чистые. Органы дыхания и кровообращения без отклонений от нормы, живот мягкий, безболезненный, увеличения печени и селезѐнки нет. Суставы без экссудативных проявлений, объѐм движений полный.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие опасные и угрожающие жизни причины боли в горле следует рассматривать в контексте дифференциального диагноза?

4. Какие лабораторные исследования можно использовать для подтверждения диагноза?

5. Сформулируйте план лечения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

313

**Ситуационная задача 260 [K002970]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 24 лет жалуется на боли в поясничной области и повышение температуры тела в течение последних двух дней. В течение последней недели отмечались боли при мочеиспускании, а выраженная боль и лихорадка появились вчера. Сегодня присоединилась тошнота, но рвоты не было. Боль преимущественно локализуется в правой части поясницы, она постоянная, тупая, без иррадиации. Вчера вечером пациентка приняла 400 мг Ибупрофена, чтобы заснуть, но боль сохраняется, и утром она решила обраться к врачу-терапевту участковому. Пациентка замужем, менструации регулярные, последние – 1 неделю назад. В качестве контрацепции использует внутриматочную спираль. Выделения из половых путей отрицает. Мочеиспускание 5-7 раз в сутки, моча выделяется в обычном количестве, в последние два дня мутная, пенистая.

Объективно: температура тела 38,3 °С, ЧСС - 112 в минуту, АД - 120/70 мм рт. ст., частота дыхания - 15 в минуту. При пальпации правого рѐберно-позвоночного угла имеется выраженная болезненность, поколачивание в области почек резко болезненно справа. Отѐков нет. Физикальное обследование других отклонений от нормы не выявляет.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Какие лабораторные исследования следует использовать для подтверждения диагноза?

3. Какие заболевания следует рассматривать в рамках дифференциального диагноза болей в поясничной области у молодой женщины?

4. Сформулируйте план лечения.

5. Сформулируйте прогноз. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

314

**Ситуационная задача 261 [K002974]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 44 лет с жалобами на повышение температуры тела, ознобы, кашель с небольшим количеством мокроты. Считал себя полностью здоровым до последней недели, когда появилась заложенность носа, насморк и небольшая боль в горле. К врачу не обращался, лечился самостоятельно противопростудными безрецептурными препаратами (Фервекс). Прошлой ночью отметил внезапное повышение температуры тела до 39 °С, озноб, выраженную общую слабость и появился кашель, вначале сухой, затем – с небольшим количеством светлой мокроты, а также боли в правой половине грудной клетки. Наличие хронических заболеваний отрицает. Курит по 1 пачке сигарет в течение 15 лет, аллергические реакции отрицает.

Объективно: температура тела 37,8 °С, кожные покровы чистые. Перкуторный звук укорочен справа в нижних отделах, дыхание справа ниже угла лопатки бронхиальное, мелкопузырчатые хрипы в конце вдоха в этой области, а также усиление голосового дрожания и бронхофонии, частота дыхания - 22 в минуту, сатурация периферической крови кислородом - 99%. Сердечно-сосудистая система без отклонений от нормы, ЧСС - 80 ударов в минуту, АД - 120/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, периферических отѐков нет.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Какие исследования требуются для подтверждения диагноза?

3. Проведите оценку прогноза и осуществите выбор места лечения пациента.

4. Сформулируйте план лечения.

5. Опишите методы профилактики данного заболевания. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

315

**Ситуационная задача 262 [K002976]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 45 лет проходит профилактический медицинский осмотр в рамках диспансеризации. Жалоб не предъявляет, хронических заболеваний в анамнезе нет. При анкетировании выявлено, что пациент имеет вредные привычки (курит), нерационально питается и ведѐт малоподвижный образ жизни.

При осмотре: состояние удовлетворительное, повышенного питания. ИМТ – 32 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 150/90 мм рт. ст. (антигипертензивные препараты не принимает). Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отѐков нет.

В анализах: общий холестерин – 5,6 ммоль/л, глюкоза крови - 4 ммоль/л. ЭКГ - признаки гипертрофии левого желудочка.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Определите группу здоровья пациента. Обоснуйте свой ответ.

4. Нуждается ли пациент в направлении на второй этап диспансеризации? Какое обследование необходимо провести? Обоснуйте свой ответ.

5. Перечислите имеющиеся у пациента факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний и составьте план индивидуального профилактического консультирования. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

316

**Ситуационная задача 263 [K002977]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 39 лет проходит профилактический медицинский осмотр в рамках диспансеризации. Жалобы на периодический кашель по утрам с небольшим количеством слизистой мокроты. В анамнезе – частые ОРВИ, бронхиты, хронические заболевания отрицает. Имеется длительный стаж курения (индекс курильщика - 21 пачка/лет).

При осмотре: состояние удовлетворительное, нормостенического телосложения. ИМТ – 24 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 70 ударов в мин., АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отѐков нет.

В анализах: общий холестерин – 4,8 ммоль/л, глюкоза крови - 5,2 ммоль/л. ЭКГ – норма.

Абсолютный сердечно-сосудистый риск (SCORE) = 1% (низкий).

**Вопросы:**

1. Определите группу здоровья пациента. Обоснуйте свой ответ.

2. Нуждается ли пациент в направлении на второй этап диспансеризации? Какое обследование необходимо провести? Обоснуйте свой ответ.

3. Перечислите спирометрические признаки бронхиальной обструкции. Опишите тактику врача при обнаружении нарушений функции лѐгких по обструктивному типу.

4. Составьте план индивидуального профилактического консультирования.

5. Предложите пациенту способы отказа от курения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

317

**Ситуационная задача 264 [K002978]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 34 лет страдающая бронхиальной астмой, пришла на очередной диспансерный осмотр к врачу-терапевту участковому. В течение последних 4 месяцев состояние больной стабильное, получает базисную терапию: низкие дозы ингаляционных ГКС и длительно действующий β2-агонист (Флутиказона пропионат 100 мкг + Сальметерол 50 мкг (в виде комбинированного ингалятора) 2 раза в день), по потребности Сальбутамол 1 раз в 2-3 недели. Жалоб не предъявляет, приступы астмы редкие (1 раз в 2-3 недели), ночных приступов нет, ограничения физической активности не отмечает.

При осмотре: состояние удовлетворительное, телосложение нормостеническое. ИМТ – 22 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лѐгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 72 в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Периферических отѐков нет.

Общий анализ крови – без патологии. При спирометрии – ОФВ1=85%.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Определите тактику ведения пациентки. Обоснуйте свой ответ.

4. Составьте план диспансерного наблюдения.

5. Показано ли пациентке направление в бюро медико-социальной экспертизы? Обоснуйте свой ответ. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

318

**Ситуационная задача 265 [K002979]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 51 года, инженер, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, кашель с выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, повышение температуры до 38,5 °С. Заболел 2 дня назад, когда после переохлаждения появилась слабость, сухой кашель, повысилась температура до 38 °С. В анамнезе с 48 лет сахарный диабет 2 типа, контролируется только диетой. Другие хронические заболевания отрицает. Контакта с больными туберкулѐзом не было. Курит до 1 пачки сигарет в день около 30 лет.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ - 28 кг/м2. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Температура 38,5 °С. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧД – 18 в минуту. В лѐгких перкуторно справа ниже угла лопатки незначительное укорочение звука. Аускультативно везикулярное дыхание, справа ниже угла лопатки дыхание ослабленное, там же выслушивается звучная крепитация. Пульс - 95 в минуту, ритмичный. АД - 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный Периферических отѐков нет.

Общий анализ крови: эритроциты - 5,4×1012/л, лейкоциты - 10,2×109/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 71%, лимфоциты - 22%, моноциты - З%. СОЭ - 28 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии.

Анализ мокроты: слизисто-гнойная, без запаха, лейкоциты – 30-40 в поле зрения, эритроциты – не обнаружены, эпителий плоский – 10-25 в поле зрения, эластических волокон нет, ВК не обнаружено.

Рентгенография органов грудной клетки: справа в нижнем лѐгочном поле (S9) участок инфильтрации лѐгочной ткани неоднородной структуры, с нечѐткими контурами. Сердце без патологии.

Врач-терапевт участковый поставил диагноз «пневмония». Назначил лечение в амбулаторных условиях: Азитромицин 500 мг 1 раз в день – 3 дня, Ацетилцистеин 600 мг 1 раз в день, Парацетамол 500 мг 3 раза в день.

**Вопросы:**

1. Правильно ли врач-терапевт участковый поставил и сформулировал диагноз? Обоснуйте свой ответ.

2. Правильно ли врач-терапевт участковый выбрал место лечения пациента? Обоснуйте свой ответ, используя шкалу CRB-65.

3. Правильно ли врач-терапевт участковый выбрал антибактериальный препарат для лечения пневмонии? Обоснуйте свой ответ.

4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.

5. Показано ли пациенту после выздоровления диспансерное наблюдение? Обоснуйте свой ответ. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

319

**Ситуационная задача 266 [K002980]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Пациент 57 лет жалуется на кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке (подъѐм на 1 этаж, ходьба в умеренном темпе), сердцебиение, слабость, утомляемость. Выраженность симптомов по «Оценочному тесту по ХОБЛ» (САТ) 28 баллов. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 37 лет, индекс курильщика=37. Кашель в течение многих лет с мокротой по утрам. Часто отмечал субфебрильную температуру. 3 года назад появилась постепенно усиливающая одышка, отеки на голенях. При усилении одышки применяет Беродуал. В последние годы участились обострения в связи с простудой до 2-3 раз в год. В прошлом году один раз был госпитализирован в стационар с обострением.

Объективно: гиперстенического телосложения, повышенного питания. ИМТ – 29 кг/м2. Выраженный диффузный цианоз. Грудная клетка обычной конфигурации. При перкуссии лѐгочный звук, в нижних отделах с коробочным оттенком. Дыхание жѐсткое, с удлиненным выдохом, рассеянные сухие свистящие хрипы. ЧД – 24 в минуту. Границы сердца расширены вправо, акцент 2 тона над легочной артерией. ЧСС – 86 ударов в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Шейные вены в положении лѐжа набухают. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. На ногах отеки.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,8×1012/л, Hb – 168 г/л, лейкоциты – 6,1×109/л (лейкоцитарная формула – без особенностей), СОЭ – 15 мм/ч. Спирометрия: ОФВ1=30,0% от должного, ОФВ1/ФЖЕЛ=0,6. Пульсоксиметрия: SаО2=87%. ЭКГ – признаки гипертрофии правого желудочка и правого предсердия.

Рентгенография органов грудной клетки: лѐгочный рисунок усилен, деформирован. Корни деформированы, уплотнены.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назначьте медикаментозную терапию. Обоснуйте свой ответ.

4. Составьте план диспансерного наблюдения.

5. Проведите экспертизу нетрудоспособности. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

320

**Ситуационная задача 267 [K002983]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

В поликлинику пришла больная 63 лет с жалобами на умеренные постоянные боли в левой нижней конечности, еѐ отѐк, интенсивную головную боль, тошноту и однократную рвоту, приносящую кратковременное облегчение.

Из анамнеза выяснено, что заболела больная остро двое суток назад, когда почувствовала озноб (температура тела повышалась до 39-40 °С), тошноту. Самостоятельно не лечилась, расценив данное состояние как следствие переохлаждения и простуды. Однако, через 12 часов на передненаружной поверхности левой голени выявила у себя резко ограниченное болезненное покраснение и отѐк. Обратилась за медицинской помощью.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Пульс - 120 в минуту, ритмичный. Аускультативно выслушивается систолический шум в проекции митрального клапана. Артериальное давление - 140/95 мм рт. ст. Температура тела - 38,8 °С. В легких прослушивается везикулярное дыхание, хрипов нет.

Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Местный статус: левая нижняя конечность в области голени отечна, с резко ограниченной зоной гиперемии. Покраснение распространяется дугообразно в разные стороны. Пальпаторно данная область болезненная и горячая. Пульсация a. dorsalis pedis и a. tibialis posterior ослаблены.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

3. Какие диагностические исследования необходимо назначить больной для верификации диагноза?

4. Определите лечебную тактику.

5. Сформулируйте принципы профилактики Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

321

**Ситуационная задача 268 [K003095]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

К врачу-терапевту участковому обратился больной 52 лет с жалобами на систематический кашель с отделением скудного количества слизистой мокроты, преимущественно в утренние часы, одышку с затруднением выдоха, возникающую при обычной физической нагрузке, снижение массы тела.

Курит с 20 лет (30 сигарет в день), работает наборщиком в типографии. В течение предшествующих 5 лет беспокоит хронический кашель, в последние 2 года присоединились прогрессирующая одышка при ходьбе, которая значительно ограничивает физическую работоспособность и снижение массы тела. Два месяца назад перенѐс простудное заболевание, на фоне которого отметил значительное усиление кашля и одышки, амбулаторно принимал Азитромицин. Самочувствие улучшилось, но сохраняется выраженная одышка, в связи с чем обратился в поликлинику. В течение последнего года подобных эпизодов простудных заболеваний с усилением кашля и одышки, кроме указанного, не отмечалось.

Перенесѐнные заболевания: правосторонняя пневмония в 40-летнем возрасте, аппендэктомия в детском возрасте. Аллергоанамнез не отягощѐн.

Общее состояние удовлетворительное. Пониженного питания, рост - 178 см, вес - 56 кг. Кожные покровы обычной окраски, отѐков нет. Грудная клетка бочкообразной формы, при перкуссии лѐгких – коробочный звук, при аускультации – диффузно ослабленное везикулярное дыхание, частота дыханий – 18 в минуту, SpO2 - 96%. Тоны сердца ритмичные, пульс - 88 в минуту, акцент II тона над лѐгочной артерией. АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края рѐберной дуги на 4 см.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.

4. Назначьте и обоснуйте лечение.

5. Составьте план диспансерного наблюдения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

322

**Ситуационная задача 269 [K003179]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной Н. 49 лет поступил с приѐма врача-терапевта участкового в терапевтическое отделение с жалобами на повышение температуры тела до 38,2 °С с ознобом, одышку, кашель со скудной мокротой, боль в правом боку при глубоком дыхании. Болен в течение 5 дней.

Объективно: состояние средней тяжести, цианоз губ, кожные покровы бледные. Левая половина грудной клетки отстаѐт при дыхании, под лопаткой слева укорочение перкуторного звука, там же выслушивается крепитация, частота дыхательных движений (ЧДД) – 25 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс – 100 ударов в минуту, артериальное давление (АД) – 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезѐнка не увеличены. Отѐков нет.

На рентгенограмме в области нижней доли левого лѐгкого выявлена инфильтрация. В гемограмме: гемоглобин – 126 г/л; лейкоциты – 12 тысяч, палочкоядерные – 11%, сегментоядерные – 46%, СОЭ – 38 мм/час.

Больному был назначен Ампициллин 1000000 ЕД в/м 6 раз в сутки.

На 5 день лечения состояние больного ухудшилось, температура тела повысилась до 40,1 °С, появилась обильная гнойная мокрота, наросли признаки интоксикации. На компьютерной томографии лѐгких в нижней доле слева выявлена полость до 1,2 см в диаметре.

**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? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

323

**Ситуационная задача 270 [K003180]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной 44 лет жалуется на боль в левом подреберье с иррадиацией в левую надключичную область, усиливающуюся при глубоком дыхании, тошноту, рвоту с примесью желчи, кашель с мокротой. Около 6 часов назад появился озноб. Затем боль в левом подреберье, рвота съеденной пищей. Вызванной бригадой скорой медицинской помощи диагностирован острый гастрит, введены анальгетики и спазмолитики. После некоторого облегчения боли возобновились (2 часа назад), была повторная рвота. При осмотре врачом вновь вызванной скорой медицинской помощи больной лежит на левом боку. Состояние средней тяжести, слева над проекцией нижней доли определяется крепитация, частота дыхательных движений (ЧДД) – 26 в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст.

Тоны сердца приглушены. Ритм правильный, 96 в минуту. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастрии. Температура тела 39,4 °С. На ЭКГ: ритм синусовый, нормальное положение электрической оси сердца. При рентгенографии – затемнение над диафрагмой и в нижней доле слева.

**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? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

324

**Ситуационная задача 271 [K003181]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной 35 лет госпитализирован в стационар после осмотра на дому врачом-терапевтом участковым. Жалобы на мучительный сухой кашель с отделением небольшого количества вязкой слизистой мокроты, одышку, боль в левом боку при глубоком дыхании и кашле, резкую общую слабость.

Заболел 3 дня назад. Днѐм переохладился, вечером внезапно почувствовал озноб, общую слабость. Температура тела повысилась до 39,6 °С, ознобы не повторялись, температура оставалась на высоких цифрах, присоединился кашель, одышка и затем боль в боку при дыхании.

Объективно: состояние тяжѐлое. Акроцианоз. Крылья носа раздуваются при дыхании. Гиперемия щѐк, больше слева, небольшой цианоз слизистых, на губах герпес. Левая половина грудной клетки отстаѐт при дыхании, в верхних отделах еѐ усиление голосового дрожания. При перкуссии притупление слева в верхних отделах, здесь же определяется бронхиальное дыхание высокого тембра, шум трения плевры спереди, хрипов не слышно. Частота дыхательных движений (ЧДД) – 32 в минуту. Над остальной поверхностью лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 112 в минуту, ритмичный. Артериальное давление – 100/60 мм рт. ст.

**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? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

325

**Ситуационная задача 272 [K003182]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Вызов на дом врача-терапевта участкового к больной 33 лет. Предъявляет жалобы на резкую одышку смешанного типа, кашель с отделением незначительного количества слизистой вязкой мокроты, резкую общую слабость. Страдает приступами удушья 4 года. Многократно лечилась в стационаре. В процессе лечения неоднократно применялись короткие курсы кортикостероидной терапии. Приступы обычно купировались ингаляциями Беротека, таблетками Теофиллина. Неделю назад переболела острой респираторной вирусной инфекцией. Лечилась домашними средствами. На этом фоне приступы стали повторяться по 5–6 раз в день. В течение последних суток одышка не исчезает. Ингаляции Беротека уменьшали одышку на короткое время, в связи с чем больная пользовалась препаратом 6–8 раз в день.

Объективно: состояние тяжѐлое. Больная не может лежать из-за одышки. Кожа бледная, небольшой цианоз. Грудная клетка эмфизематозна, перкуторный звук коробочный. Дыхание резко ослаблено, местами определяется с трудом. Выход удлинѐн, на выходе высокотональные свистящие хрипы. ЧДД – 26 в минуту. Тоны сердца приглушены. Пульс – 120 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление (АД) – 150/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Госпитализирована в стационар.

**Вопросы:**

1. Поставьте наиболее вероятный предварительный диагноз.

2. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

326

**Ситуационная задача 273 [K003183]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной 52 лет 3 день после операции аппендэктомии. При попытке подняться с постели внезапно появилась одышка, сухой кашель, давящая боль по всей передней поверхности грудной клетки, резкая общая слабость, через сутки присоединилось кровохаркание.

Объективно: состояние средней тяжести, цианоз, набухание шейных вен. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений (ЧДД) – 36 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2 тона на лѐгочной артерии.

ЭКГ: правограмма, глубокий зубец S в I отведении, зубец Q в III отведении, глубиной ⅓ зубца R и продолжительностью 0,02 секунды. Депрессия сегмента SТ и отрицательный зубец Т в V1–V3 отведениях, высокие зубцы Р в стандартных отведениях.

**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? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

327

**Ситуационная задача 274 [K003184]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной 53 лет самостоятельно обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на интенсивную давящую боль за грудиной с иррадиацией в шею, левую руку. Из анамнеза: около 6 месяцев отмечает приступы давящих болей за грудиной, возникающих во время физической нагрузки, исчезающих в покое.

Объективно: состояние средней тяжести, бледность кожи, акроцианоз. Пальпация грудной клетки болезненности не вызывает. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца расширены влево до средино-ключичной линии. Тоны сердца глухие, ритм правильный. Пульс – 96 ударов в минуту, ритмичный. АД – 150/90 мм рт. ст.

ЭКГ: ритм синусовый, смещение сегмента SТ в I и II отведениях ниже изолинии, сливается с зубцом Т, в III отведении сегмент SТ ниже изолинии, патологический зубец Q не выявляется.

Пациент срочно госпитализирован.

**Вопросы:**

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.

2. Какие лечебные мероприятия необходимо провести такому больному на амбулаторном этапе?

3. Какие диагностические мероприятия необходимо провести такому больному на стационарном этапе?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

328

**Ситуационная задача 275 [K003185]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная 29 лет жалуется на резкую одышку, заставляющую еѐ принимать вынужденное положение сидя, кашель с отделением мокроты, диффузно окрашенной свежей кровью. Наблюдается у врача-терапевта участкового по поводу заболевания сердца. Около 5 лет отмечает одышку при физической нагрузке, периодический кашель, сухой или со скудным количеством светлой мокроты. Иногда замечала в мокроте прожилки крови. Накануне поступления в больницу работала физически. Ночью проснулась из-за приступа удушья и бригадой скорой помощи доставлена в стационар.

Объективно: состояние тяжѐлое. Румянец на щеках. Выраженный цианоз губ и языка. Отѐков нет.

В лѐгких дыхание везикулярное, мелкопузырчатые влажные хрипы с обеих сторон в нижних отделах. Частота дыхательных движений (ЧДД) – 26 в минуту. При аускультации сердца ритм правильный, 88 в минуту, хлопающий 1 тон и щелчок открытия митрального клапана на верхушке, акцент 2 тона на лѐгочной артерии, диастолический шум с пресистолическим усилением на верхушке и в 5 точке. Печень не увеличена. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

**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? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

329

**Ситуационная задача 276 [K003186]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

32-летний больной на приѐме у врача-терапевта участкового с жалобами на периодически возникающие давящие загрудинные боли при умеренной физической нагрузке, перебои в работе сердца и периодические потери сознания, которые появились около полугода назад. Брат больного умер внезапно в молодом возрасте.

При осмотре – кожные покровы без особенностей, ЧДД – 19 в минуту, ЧСС – 88 ударов в минуту, ритм неправильный. При аускультации сердца – систолический шум в 3–4 межреберье слева. АД – 115/75 мм рт. ст. Печень не увеличена. Отѐков нет.

При суточном мониторировании ЭКГ выявлена частая желудочковая экстрасистолия и короткие пароксизмы желудочковой тахикардии. При эхокардиографии толщина межжелудочковой перегородки в диастолу – 1,7 см, задней стенки левого желудочка – 1,3 см, размер полости левого желудочка в диастолу – 4,2 см.

Госпитализирован для обследования и уточнения диагноза.

**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? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

330

**Ситуационная задача 277 [K003187]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной 42 лет жалуется на выраженную слабость, головокружение, одышку при малейшей физической нагрузке. Около 2 недель назад 3 дня находился на больничном листе с диагнозом «острая респираторная вирусная инфекция». 5 дней назад вновь повысилась температура до субфебрильных цифр, потом появились постоянные боли за грудиной средней интенсивности, облегчающиеся в вертикальном положении и приѐмом Анальгина. последние 2 дня боли не беспокоят, но появилось ощущение тяжести в правом подреберье, пастозность стоп и голеней. Сегодня утром по совету тѐщи принял 2 таблетки Фуросемида, выделил около 1,5 литров мочи. состояние резко ухудшилось, одышка усилилась, при попытке встать кратковременная потеря сознания. Вызвана бригада скорой медицинской помощи. При осмотре состояние средней тяжести. В сознании. Лежит низко. Голени пастозны. В лѐгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхательных движений - 22 в минуту, шейные вены набухшие. Верхушечный толчок не определяется. Тоны сердца глухие, частота сердечных сокращений - 128 в минуту. Ритм правильный, АД - 110/70 мм рт. ст., при обычных цифрах - 130/80 мм рт. ст. На вдохе величина систолического давления снижается на 15 мм рт. ст. Печень + 4 см, чувствительна при пальпации. На ЭКГ синусовая тахикардия. Амплитуда желудочкового комплекса во всех отведениях снижена, зубец Т во всех отведениях сглажен.

**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? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

331

**Ситуационная задача 278 [K003188]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больного 38 лет беспокоят жажда, снижение аппетита, кожный зуд, резко выраженная слабость, уменьшение количества мочи до 300 мл/сут, тошнота, однократная рвота при поступлении. В течение 10 лет повышение цифр артериального давления до 200/110 мм рт. ст. При объективном исследовании кожные покровы бледные с субиктеричным оттенком, сухие, следы расчѐсов. Отѐков нет. В лѐгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, акцент II тона над аортой. Частота сердечных сокращений - 90 в минуту. Артериальной давление - 220/120 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезѐнка не пальпируются. Анализ крови: гемоглобин - 72 г/л, лейкоциты - 6,2×109/л. Лейкоцитарная формула не изменена. СОЭ - 22 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1,006, белок – 0,66 г/л, эритроциты - 3-5 в поле зрения, лейкоциты - 3-4 в поле зрения. Креатинин сыворотки крови - 1160 мкмоль/л. Калий крови - 7,0 ммоль/л. Размеры почек при УЗИ: правая – 8,0×3,5 см, левая – 8,2×3,8 см, корковый слой почек подчеркнут и истончѐн.

**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? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

332

**Ситуационная задача 279 [K003189]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 29 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на периодические боли в эпигастральной области ноющего характера, возникающие через 1,5-2 часа после приѐма пищи, «ночные боли», иногда – изжогу, тошноту, запоры. Данные боли беспокоят в течение 2 лет, но в последнее время участились. Боль снимается приѐмом антацидных препаратов (Маалокс) и небольшого количества пищи. Не обследовался.

Работает водителем автобуса, режим питания не соблюдает.

При осмотре: состояние удовлетворительное. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 19 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 60 уд/мин. Язык влажный, обложен белым налѐтом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомы Ортнера, Василенко отрицательные. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Селезѐнка не пальпируется. Отѐков нет.

**Вопросы:**

1. Поставьте наиболее вероятный предварительный диагноз.

2. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

333

**Ситуационная задача 280 [K003191]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная В. 47 лет предъявляет жалобы на зуд кожи, нарушения менструального цикла, желтушность кожных покровов, похудание, дискомфорт в правом верхнем квадранте живота.

Больна в течение 5 лет. Лечилась у врача-дерматолога по поводу нейродермита и у врача-гинеколога по поводу климактерической дисфункции яичников.

При обследовании – выявлены субиктеричность склер, пигментные пятна и множественные следы расчѐсов на коже туловища. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 78 ударов в минуту. Печень выступает из-под края рѐберной дуги на 7 см, край плотный, безболезненный. Селезѐнка не пальпируется.

В биохимическом анализе крови: общий билирубин – 87,5 мкмоль/л, ЩФ – 413 Ед/л, ГГТП – 62 Ед/л. В общем анализе крови: СОЭ – 25 мм/час.

**Вопросы:**

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.

2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?

3. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какое лечение следует назначить данному больному? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

334

**Ситуационная задача 281 [K003192]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная Ф. 27 лет предъявляет жалобы на чувство дискомфорта в животе, проходящее после акта дефекации, ощущение вздутия живота, кашицеобразный стул до 3 раз в сутки с примесью слизи, в основном, в утреннее время суток, периодически – чувство неполного опорожнения кишечника, эмоциональную лабильность, плохой сон, частые головные боли.

Вышеуказанные жалобы беспокоят около трѐх лет, после развода с мужем.

При объективном обследовании: состояние удовлетворительное. Язык влажный, чистый. Живот несколько вздут, мягкий, отмечается разлитая пальпаторная чувствительность всего живота. Размеры печени по Курлову в пределах нормы.

Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови – без существенных изменений. Копрологический анализ – без существенных патологических признаков, однако обнаруживается большое количество слизи.

**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? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

335

**Ситуационная задача 282 [K003194]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная 19 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на учащѐнное болезненное мочеиспускание малыми порциями, неинтенсивную ноющего 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 лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 18 в минуту, ЧСС – 80 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД - 110/70 мм рт. ст. Симптом поколачивания справа слабо положительный.

Анализ крови: Нв – 110 г/л, лейкоциты – 10,2×109/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? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

336

**Ситуационная задача 283 [K003197]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

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

При осмотре: пальпируются увеличенные подвижные, не спаянные с кожей плотно-эластические лимфоузлы, в шейно-надключичной области слева сливающиеся между собой в конгломераты. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 82 удара в минуту. Печень у рѐберной дуги. Селезѐнка не увеличена.

В общем анализе крови: гемоглобин – 100,0 г/л, лейкоциты – 3,2×109/л, эозинофилы – 11%, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 67%, лимфоциты – 14%, моноциты – 6%, тромбоциты – 200000, COЭ – 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. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

337

**Ситуационная задача 284 [K003201]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 56 лет в течение 12 лет отмечает повышение уровня мочевой кислоты до 850 мкмоль/л. Нерегулярно принимает Аллопуринол. Отмечал несколько приступов артрита в области локтевых и плечевых суставов за последние 2 года. В течение 3 лет повышение АД до 200/120 мм рт. ст. Лечение комбинацией ингибиторов АПФ – Эналаприл 10 мг и блокаторов медленных кальциевых каналов – Амлодипин 10 мг - неэффективно.

Масса тела избыточная. Отмечена пастозность лица и нижних конечностей. Температура тела 36,6 °С. Имеются тофусы в области проксимальных межфаланговых суставов с обеих сторон, в области локтевых суставов.

В лѐгких дыхание везикулярное.

Сердце: тоны правильные, 80 в минуту, акцент II тона над аортой.

Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезѐнка не увеличены.

Анализ крови: Нв – 110 г/л, лейкоциты – 5,4×109/л, СОЭ – 12 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1,008 г/л, белок – 0,066 г/л, лейкоциты – 3–4 в поле зрения, цилиндры – до 15 в поле зрения, кристаллы мочевой кислоты. Креатинин сыворотки крови – 200 мкмоль/л.

**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? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

338

**Ситуационная задача 285 [K003202]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная А. 24 лет жалуется на головную боль, слабость, боли в суставах.

Больна 3 года. Заболевание началось с высокой температуры, появления эритематозной сыпи на туловище и конечностях и макрогематурии. Получала нерегулярно Преднизолон 30 мг в сутки, но в дальнейшем от лечения отказалась. Спустя год возник артрит, появилось генерализованное увеличение лимфоузлов. При обследовании был выявлен перикардит, плеврит. Настоящее ухудшение в течение 2 месяцев.

Объективно: состояние тяжѐлое. Питание пониженное. Кожные покровы сухие, отмечаются участки эритематозной сыпи на коже спины. Пальпируются увеличенные лимфатические узлы до 1 см в диаметре. Отмечается скованность, отѐчность в межфаланговых суставах кистей. Деформаций нет. Дыхание ослабленное в нижних отделах с обеих сторон, там же притупление при перкуссии. Сердце расширено в поперечнике (14,5 см), тоны глухие. Пульс – 108 уд/мин., ритм правильный. Артериальное давление – 150/90 мм рт. ст. Печень выступает из-под края рѐберной дуги на 1,5 см. Селезѐнка не пальпируется. Отѐчность голеней.

Анализ крови: гемоглобин – 64 г/л, эритроциты – 1,8×1012/л, тромбоциты – 180×109/л, лейкоциты – 4,2×109/л, СОЭ – 56 мм/ч.

Анализ мочи: удельный вес – 1010, белок – 1,2%, в осадке до 40 эритроцитов в поле зрения, холестерин сыворотки крови – 6,4 ммоль/л, креатинин сыворотки крови – 124 мкмоль/л, общий белок сыворотки крови – 51 г/л, альбумин – 25 г/л.

**Вопросы:**

1. Назовите предполагаемый диагноз.

2. Предложите план дополнительного обследования больного.

3. Чем обусловлены изменения лабораторных показателей?

4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

5. Предложите план лечения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

339

**Ситуационная задача 286 [K003223]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 27 лет, экономист, направлена из женской консультации к врачу-терапевту участковому для планового осмотра. Наблюдается в женской консультации в связи с I беременностью, срок беременности составляет 26 недель. Жалоб активно не предъявляет. Отмечает небольшую слабость и одышку при подъѐме на 3-4 этаж, однако считает указанные симптомы связанными с беременностью и к врачу по данному поводу не обращалась.

Из анамнеза известно, что беременность пациентки протекает без осложнений, сопутствующую патологию отрицает. Родилась вторым ребѐнком в семье, в детстве часто болела ОРВИ. Менструации с 13 лет по 5 дней. Менструальный цикл 27 дней.

При осмотре: состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Кожный покров физиологической окраски. Рост – 170 см, вес – 74 кг (прибавка в весе составила 7 кг). Отѐков нет. Температура 36,4°С. В лѐгких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 100 в минуту. АД – 110/60 мм рт.ст. Обхват живота 94 см. Печень - 9(0)×8×7 см. Желчный пузырь не пальпируется. Селезѐнка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненное. Стул оформленный 1 раз в сутки, без патологических примесей.

Мочеиспускание 4-5 раз в сутки, дизурии отрицает.

Общий анализ крови: эритроциты - 2,9 × 1012/л, гемоглобин – 90 г/л, МСН – 23 пг, MCV–74 фл, лейкоциты-4,9 × 109/ л, базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 73%, лимфоциты – 18%, моноциты – 8%, тромбоциты – 192×109/л, СОЭ - 25 мм/час.

Общий анализ мочи: прозрачная, удельная плотность – 1020, реакция – слабо кислая, белок и сахар – отсутствуют, эпителий плоский – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – 0 в поле зрения.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте свой выбор.

2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

3. Пациентка повторно обратилась на приѐм с результатами обследования: сывороточное железо – 6 мкмоль/л, ОЖСС – 94 мкмоль/л, степень насыщения трансферрина железом – 6,4%, осмотр гинеколога – данных за кровотечение нет. Определите тактику ведения пациентки с указанием дозы и длительности терапии. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

340

4. Пациентка обратилась на приѐм врача-терапевта участкового через 1,5 года. Все рекомендации выполняла, три месяца назад в связи с производственной необходимостью вышла на работу, два месяца назад отметила появление усталости (связывает с интенсивностью профессиональной деятельности). Также периодически стали беспокоить боли в эпигастрии, купирующиеся приѐмом Дюспаталина. В общем анализе крови: эритроциты – 3,2×1012/л, гемоглобин – 95 г/л, MCH– 21 пг, MCV–74 фл, лейкоциты – 6,8×109/л, формула – без изменений, тромбоциты – 225×109/л, СОЭ – 16 мм/час. Ваша дальнейшая лечебная тактика. Обоснуйте свой выбор.

5. Оцените трудоспособность пациентки. В случае нетрудоспособности укажите, кем выдается и продлевается листок нетрудоспособности и его средние сроки. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

341

**Ситуационная задача 287 [K003224]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная Н. 63 лет, пенсионерка, обратилась на приѐм к врачу-терапевту участковому в сопровождении дочери. Предъявляет жалобы на выраженную слабость, нарастающую в течение последних шести месяцев. Также дочь указывает на появление когнитивных нарушений у мамы (забывчива, иногда теряется при пользовании бытовой техникой)

Из анамнеза известно, что пациентка страдает артериальной гипертензией, целевые показатели АД достигнуты на фоне комбинированного приема лизиноприла и амлодипина. За медицинской помощью ранее обращалась редко, преимущественно для прохождения диспансеризации.

Состояние удовлетворительное. Рост – 161 см, вес – 56 кг, ИМТ – 21,6 кг/м2. Кожа и слизистые бледные. Лимфоузлы не увеличены. Молочные железы мягкие. Отѐков нет. Костно-суставно-мышечная система – без особенностей. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 84 в 1 минуту. АД – 130/80 мм рт.ст. Язык малинового цвета, не обложен. Живот мягкий, чувствительный к пальпации в эпигастральной области. Печень выступает на 2 см из-под рѐберной дуги, край эластичный. Селезѐнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул оформлен, регулярный, обычного цвета. Чувствительных и двигательных нарушений не выявлено.

Общий анализ крови, выполненный в неотложном порядке: эритроциты (RBC) - 2,31×1012/л, гемоглобин (Hb) – 52 г/л, MCV – 108 fl, MCH – 36,1 pg, MCHC – 391 г/л, лейкоциты (WBC) - 2,8 х 109/л: базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 84%, лимфоциты – 12%, моноциты – 2%. Тромбоциты (PLT) – 76×109/л. СОЭ – 31 мм/час.

**Вопросы:**

1. Выскажите и обоснуйте мнение о наиболее вероятных диагнозах.

2. Вы врач участковый терапевт. Предложите и обоснуйте дальнейшую тактику ведения пациентки.

3. Пациентка на приѐме через 1 месяц. В течение первых двух недель находилась на лечении в терапевтическом стационаре, затем продолжала лечение дома. При проведении ФГДС выявлен атрофический гастрит. В течение прошедшего месяца получала Цианокобаламин 500 мкг в сутки. Отметила существенное уменьшение слабости, однако сохраняются забывчивость, трудность подбора слов при общении. Перед явкой к врачу-терапевту участковому выполнен общий анализ крови: эритроциты (RBC) - 3,95 × 1012/л, гемоглобин (Hb) – 96 г/л, MCV – 88 fl, MCH – 32,3 pg, MCHC – 348 г/л. Лейкоциты (WBC) - 5,6 × 109/л. Тромбоциты (PLT) – 199 × 109/л. СОЭ – 25 мм/час. Какое лечение Вы будете применять в дальнейшем? Обоснуйте Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

342

4. Дочь хочет направить маму для дальнейшего лечения в санаторий и просит указать профиль наиболее подходящих санаториев. Обоснуйте Ваше решение.

5. Дочь пациентки интересуется, какими немедикаментозными средствами (диета) можно повысить уровень гемоглобина. Выскажите и обоснуйте своѐ мнение. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

343

**Ситуационная задача 288 [K003226]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 48 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, тупые ноющие боли в области правого подреберья, тошноту, отрыжку воздухом, снижение аппетита, периодически возникающий кожный зуд.

Из анамнеза известно, что пациент употребляет алкоголь (более 60 г этанола в сутки) в течение 13 лет. Два года назад появились боли ноющего характера в области правого подреберья, общая слабость, тошнота, периодически возникающий кожный зуд, усиливающийся в вечернее время. За медицинской помощью пациент не обращался. Периодически принимал баралгин, антигистаминные средства, ферментные препараты: креон по 25000 Ед. два раза в сутки; эффекта от принимаемых препаратов не отметил. Настоящее обострение в течение последних трех недель, когда после употребления алкоголя появились слабость, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом, снижение аппетита. Операций, гемотрансфузий не было.

При осмотре: состояние удовлетворительное; рост – 178 см, вес – 79 кг, ИМТ – 24,9 кг/м2. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны; выявляются телеангиэктазии на груди, спине, плечах, «пальмарная» эритема. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 70 в 1 минуту; АД – 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налѐтом у корня. Живот мягкий, при поверхностной пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9 (+2)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность. Селезѐнка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты исследований:

Общий анализ крови: эритроциты – 4,4×1012/л; лейкоциты – 6,3×109/л; нейтрофилы сегментоядерные – 64%; нейтрофилы палочкоядерные – 1%; лимфоциты – 28%; моноциты – 4%; эозинофилы – 2%; базофилы – 1%; Нb – 148 г/л; тромбоциты – 217×109/л; СОЭ – 18 мм/ч.

Биохимия крови: общий билирубин – 25 мкмоль/л; непрямой билирубин – 22,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,5 мкмоль/л; АЛТ – 203 ед/л; АСТ – 214 ед/л; ГГТП – 89 ед/л; ЩФ – 298 ед/л; ТГ – 3,9 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 2,8 ммоль/л; ХС-ЛПВП – 1,5 ммоль/л; глюкоза – 5,0 ммоль/л; креатинин – 62 мкмоль/л; мочевина – 2,8 ммоль/л; альбумин – 43 г/л; общий белок – 71,5 г/л; альфа-1-глобулины – 3,2 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бета-глобулины – 7,1 г/л; γ-глобулины – 12,5 г/л; альфа-фетопротеин – 3,1 ед/л; ферритин – 54 мкг/л; трансферрин – 2,6 г/л; калий– 3,7ммоль/л; Na– 137,5 ммоль/л; железо – 21,5 мкмоль/л; амилаза – 44 ед/л; ХС – 5,3 ммоль/л. ПТИ - 84%. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

344

Иммуноферментный анализ (исследование крови на маркѐры гепатитов В, С): НВsAg (-); анти-НВs (-); анти-НВсIgG (-); HBeAg (-); анти-НВе (-); анти-НВсIgМ (-); анти-HCV – отриц. Эластометрия печени: определена стадия F2 (по шкале МETAVIR), умеренный фиброз. Кал на скрытую кровь – отриц. Рентгенологическое исследование лѐгких: без патологических изменений. ЭКГ – без патологических изменений. 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. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.

5. При обращении к врачу-терапевту участковому через месяц после лечения пациент отметил улучшение самочувствия: исчезли слабость, повышенная утомляемость, тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом. При объективном осмотре: кожные покровы чистые, обычной окраски. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см. Селезѐнка не увеличена. Общий анализ крови – в пределах нормы. Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямой билирубин – 16 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 38 ед/л, ГГТП – 26 ед/л; ЩФ – 125 ед/л; ТГ – 2,6 ммоль/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные дистрофические изменения в паренхиме печени. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

345

**Ситуационная задача 289 [K003227]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной Т. 48 лет, электросварщик, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на частую, выраженную изжогу после еды и в ночное время, особенно, при употреблении острой, жирной или обильной пищи, частую тошноту по утрам, отрыжку пищей после еды, обычно, при наклонах туловища и положении лѐжа, плохой сон из-за изжоги.

Из анамнеза: со школьного возраста отмечал боли в животе, плохой аппетит. Лечился самостоятельно, по советам родственников периодически принимая Но-шпу и ферментные препараты с незначительным эффектом. Во время службы в армии лечился в госпитале по поводу гастрита. В дальнейшем длительное время жалоб со стороны органов пищеварения не имел. Питается нерегулярно, работает по сменам, регулярно имеет ночные смены. Курит с 13 лет по 20 сигарет в день. Алкоголь практически не употребляет. Описанные жалобы появились два года назад после длительного периода значительных физических нагрузок (строительство дома) и эпизода тяжелого психо-эмоционального стресса (пожар в квартире). Самостоятельно принимал альмагель, омез в течение10-14 дней с хорошим эффектом. В течение последующих 2-х лет часто беспокоила изжога, но к врачам не обращался, использовал Альмагель, Омез короткими курсами с кратковременным эффектом. Последнее ухудшение – в течение месяца после погрешности в диете и алкоголизации; на фоне приѐма привычного набора препаратов в течение недели самочувствие с положительной динамикой, в связи с чем, лечение прекратил. Через 5 дней симптомы возобновились. Три дня назад имел место однократный эпизод чѐрного разжиженного стула. В дальнейшем стул без особенностей.

При осмотре: состояние удовлетворительное.

Рост – 175 см, вес – 63 кг. Кожа физиологической окраски, умеренной влажности, чистая. В лѐгких везикулярное дыхание. ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный. ЧСС – 80 в минуту, АД – 130/85 мм рт.ст. Язык густо обложен серым налетом, влажный. Живот мягкий, умеренно болезненный высоко в эпигастрии слева от средней линии и в пилородуоденальной зоне. Пальпация других отделов живота практически безболезненна. Печень 10,5×8×7 см. Край закруглен, эластичной консистенции, безболезненный. Пузырные симптомы отрицательные. Селезѐнка не пальпируется, перкуторно 7×5 см. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: эритроциты – 4,0×1012/л, гемоглобин – 122 г/л, MCH – 26p/g, MCHC – 346 g/l, лейкоциты – 5,2×109/л: базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 68%, лимфоциты – 23%, моноциты – 6%. СОЭ – 5 мм/час. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

346

Анализ кала на скрытую кровь положительный. ФГДС – пищевод проходим. Слизистая нижней трети пищевода ярко гиперемирована с множественными мелкими эрозиями, занимающими до половины диаметра пищевода. Кардиальный жом смыкается не полностью. В пищевод пролабирует слизистая оболочка желудка. Желудок содержит значительное количество секрета с примесью желчи. Слизистая тела желудка слегка отѐчна, розовая, складки магистрального типа. Слизистая антрума очагово гиперемирова с множественными плоскими эрозиями. Пилорус зияет. Луковица ДПК не деформирована. Слизистая оболочка розовая, блестящая. Постбульбарный отдел без особенностей.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?

4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов.

5. Составьте конкретную схему медикаментозного лечения данного пациента с указанием доз, продолжительности приѐма. Выберите схему поддерживающей терапии. Выберите схему эрадикационной терапии. Обоснуйте Ваш выбор. Определите сроки проведения контрольного эндоскопического исследования. Примите решение по экспертизе трудоспособности пациента. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

347

**Ситуационная задача 290 [K003228]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной С. 69 лет, пенсионер, обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли и ощущение тяжести в подложечной области через 15-20 минут после еды, тошноту, изжогу. Болевые ощущения усиливаются при погрешностях в питании. Периодически беспокоят одышка, давящие боли за грудиной, возникающие при умеренных физических нагрузках (подъѐм на 2-й этаж), купируются приѐмом нитраминта и при прекращении нагрузки.

Из анамнеза: боли в подложечной области беспокоят последние 4-5 недель, несколько уменьшаются после приѐма ношпы, альмагеля. Около недели назад пациент отметил эпизод появления чѐрного стула в течение 2–х суток. В возрасте 49 лет диагностировали язвенную болезнь ДПК, лечился в стационаре, в последующем обострений заболевания никогда не фиксировалось. Последние 10 лет к врачам по этому поводу пациент не обращался. Больной страдает ИБС; 1,5 года назад перенѐс инфаркт миокарда, 10 месяцев назад проведена операция стентирования коронарных артерий (установлено 2 стента). Пациент получает медикаментозное лечение по поводу ИБС, в том числе, тромбоасс и клопидогрел, последние 5 месяцев прекратил приѐм крестора.

При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 27 кг/м2, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Голени пастозны. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 минуту. Сердце – тоны приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 минуту. АД – 130/85 мм рт.ст. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность в эпигастрии по средней линии тела и в пилоро-дуоденальной зоне, остальные отделы живота безболезненны. Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени и селезѐнки по Курлову: 11×9×8 см и 6×4 см соответственно. Край печени плотно-эластической консистенции определяется на 2 см ниже рѐберной дуги, безболезненный. Пальпация отделов толстой кишки безболезненна. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

В анализах: эритроциты - 3,11×1012/л, Hb - 103 г/л, MCH - 22p/g, MCHC– 300 g/l, лейкоциты - 5,6×109/л. СОЭ - 8 мм/час.

Общий холестерин - 7,8 ммоль/л, триглицериды - 2,6 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, 72 в 1 минуту; RI> RII> RIII, в I, avL, v1-4 отведениях зубец Q > 1/3 зубца R, зубец T отрицательный.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?

4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов лечения.

5. Укажите препараты из группы ИПП, которые Вы выбрали бы в данном случае. Обоснуйте Ваш выбор. Укажите дозы препаратов. Выберите схему эрадикационной терапии. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

348

**Ситуационная задача 291 [K003232]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 45 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на общую слабость, тупую, ноющую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приѐма жирной, жареной пищи, физической нагрузки; боль иррадиирует в правое плечо, правую лопатку, правую половину шеи; отмечает горечь во рту, отрыжку воздухом, тошноту, неустойчивый стул, снижение аппетита.

Из анамнеза. Считает себя больной в течение четырех лет, когда впервые появились общая слабость, боль ноющего характера в области правого подреберья, усиливающаяся после погрешностей в диете, физической нагрузки, горечь во рту, отрыжка воздухом, неустойчивый стул (с тенденцией к запорам). За медицинской помощью не обращалась. При появлении болевого синдрома принимала аллохол, панкреатин, анальгин; отмечала временное улучшение самочувствия. Настоящее обострение в течение месяца, когда после употребления большого количества жирной пищи появились боли в области правого подреберья, горечь во рту, отрыжка воздухом. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет. Из семейного анамнеза известно, что мать пациентки страдала желчнокаменной болезнью.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост – 170 см, вес – 72 кг; ИМТ – 24,9 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 72 в 1 минуту; АД – 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налѐтом у корня. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см; пальпация печени затруднена из-за болезненности, преимущественно в точке желчного пузыря. Определяется болезненность в точке Маккензи, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Лепене, Мюсси-Георгиевского справа. Селезѐнка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты исследований:

Общий анализ крови: эритроциты – 4,6×1012/л; лейкоциты – 11,2×109/л; нейтрофилы сегментоядерные – 75%; нейтрофилы палочкоядерные – 2%; лимфоциты – 19%; моноциты – 3%; эозинофилы – 1%; базофилы – 0%; Нb – 141г/л; тромбоциты – 215×109/л; СОЭ – 19 мм/ч.

Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямой билирубин – 16,0 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 28 ед/л; АСТ – 23 ед/л; ГГТП – 25 ед/л; ЩФ – 102 ед/л; глюкоза – 5,2 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевина – 3,2 ммоль/л; общий белок – 72 г/л; амилаза – 42 ед/л; ХС – 5,2 ммоль/л.

При обзорной рентгенографии органов брюшной полости патологии не выявлено. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

349

При УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контуры ровные, эхогенность не повышена, структура не изменена. Желчный пузырь увеличен (до 3,5 см в поперечнике), деформирован, с перегибом в шейке; выявлено диффузное утолщение его стенок до 5 мм, их уплотнение. В просвете желчного пузыря визуализируется взвесь («застойная желчь»). Ductus choledochus 7 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность не повышена. Панкреатический проток не расширен. Дуоденальное зондирование (микроскопическое исследование желчи): в порции «В» выявлено скопление слизи, лейкоцитов, клеточного эпителия, кристаллы холестерина, билирубинат кальция.

Общий анализ мочи: в пределах нормы.

ЭКГ - без патологических изменений; эзофагогастродуоденоскопия – без патологических изменений; иммуноферментный анализ на выявление гельминтов: описторхоз, лямблиоз, аскаридоз, токсакароз – отрицательный. Кал на яйца глист (трижды) – отрицательный.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.

5. При повторном обращении к врачу-терапевту участковому через 1 месяц после лечения пациентка отмечает улучшение самочувствия, исчезновение общей слабости, болей в правом подреберье, горечи во рту, тошноты, отрыжки воздухом, нормализацию стула. Объективно: язык влажный, не обложен; живот мягкий, безболезненный. Симптомы Ортнера, Кери, Мерфи, Лепене, Мюсси-Георгиевского справа – отрицательные. Общий анализ крови – в пределах нормы. Биохимия крови - в пределах нормы. При УЗИ органов брюшной полости – патологических изменений не выявлено. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

350

**Ситуационная задача 292 [K003233]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 49 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение двух лет, когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья. За медицинской помощью не обращался. Периодически принимал эссенциале форте по 2 капсуле три раза в день, ферментные препараты: креон по 25000 Ед. два раза в сутки; улучшения самочувствия не отметил. Настоящее обострение в течение месяца, когда после значительной физической нагрузки усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость. Принимал баралгин, положительного эффекта не наблюдалось. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет, гепатотоксичные лекарственные средства не принимал, был донором.

При осмотре: состояние удовлетворительное; рост - 177 см, вес - 79 кг, ИМТ - 25,2 кг/м2. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и спине. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС - 72 в 1 минуту; АД-130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налѐтом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 12 (+3)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезѐнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты исследований.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,5×1012/л; лейкоциты – 6,5×109/л; нейтрофилы – 4,5×109/л; лимфоциты – 1,3×109/л; моноциты – 0,44×109/л; эозинофилы – 0,2×109/л; базофилы – 0,06×109/л; Нb – 145 г/л; тромбоциты – 232×109/л; СОЭ – 23 мм/ч.

Биохимия крови: общий билирубин – 35 мкмоль/л; непрямой билирубин – 29,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 5,5 мкмоль/л; АЛТ – 230 ед/л; АСТ – 155 ед/л; ГГТП – 83 ед/л; ЩФ – 143 ед/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 72 мкмоль/л; мочевина – 3,2 ммоль/л; альбумин – 39 г/л; общий белок – 71 г/л; альфа-1-глобулины – 3,0 г/л; альфа-2-глобулины – 5,5 г/л; бета-глобулины – 6,0 г/л; γ-глобулины – 17,5 г/л; ТТГ – 0,94 МЕ/л; альфа-фетопротеин – 3,2 ед/л; ферритин – 53 мкг/л; трансферрин – 2,5 г/л; калий – 3,9 ммоль/л; Na–138 ммоль/л; амилаза – 43 ед/л; железо – 21,3 мкмоль/л; ХС – 5,0 ммоль/л; церулоплазмин – 185 мг/л. ПТИ – 55%.

Иммуноферментный анализ (определение маркеров гепатитов В, С, D в сыворотке крови): НВsAg (+); анти-НВs (-); анти-НВсIgG (+); HBeAg (-); анти-НВе (+); анти-НВсIgМ (-); анти-НDV (-); анти-HCV (-); анти-ВИЧ – отрицательный.

Иммунологическое исследование: концентрация Ig класса G в сыворотке крови-7,0 г/л; молекулярно-биологические исследования: ПЦР: ДНК ВГВ – положительный; количественный анализ ДНК ВГВ – 61000 МЕ/мл.

Кал на скрытую кровь – отриц. Общий анализ мочи: в пределах нормы.

Эластометрия печени: определена стадия F4 (по шкале МETAVIR), цирроз печени. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

351

При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени.

Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений. ЭКГ – без патологических изменений; тест связи чисел – в пределах нормы.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.

5. Через 6 месяцев постоянного лечения концентрация ДНК ВГВ – 10 МЕ/мл. Серологическое исследование (ИФА): НВsAg (-); анти-НВs (+); анти-НВсIgG (+); HBeAg (-); анти-НВе (+); анти-НВсIgМ (-). Биохимия крови: АЛТ – 78 ед/л, АСТ – 52 ед/л, ГГТП – 26 ед/л; общий билирубин – 34 мкмоль/л; ПТИ – 60%; креатинин – 72 мкмоль/л. Общий анализ крови – в пределах нормы. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

352

**Ситуационная задача 293 [K003234]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 48 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту, нарушение сна.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение двух лет, когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья, периодическое повышение температуры до субфебрильных цифр. За медицинской помощью не обращался. При появлении болевого синдрома принимал эссенциале форте по 2 капсуле три раза в день, ферментные препараты: креон по 10000 Ед. два раза в сутки, но-шпу; улучшения самочувствия не отметил. Настоящее обострение в течение месяца, когда после перенесенного гриппа усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет, гепатотоксичные лекарственные средства не принимал, был донором.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост – 165 см, вес – 70 кг, ИМТ – 25,7 кг/м2. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и спине. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 74 в 1 минуту; АД – 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налѐтом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 12 (+3)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезѐнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты исследований.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,6×1012/л; лейкоциты – 6,7×109/л; нейтрофилы – 4,4×109/л; лимфоциты – 1,5×109/л; моноциты – 0,46×109/л; эозинофилы – 0,28×109/л; базофилы – 0,06×109/л; Нb – 144 г/л; тромбоциты – 242×109/л; СОЭ – 22 мм/ч.

Биохимия крови: общий билирубин – 36 мкмоль/л; непрямой билирубин – 30,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 5,5 мкмоль/л; АЛТ – 218 ед/л; АСТ – 157 ед/л; ГГТП – 82 ед/л; ЩФ – 142 ед/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевина – 3,2 ммоль/л; альбумин – 38 г/л; общий белок – 70,2 г/л; альфа-1-глобулины – 2,8 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бета-глобулины – 6,7 г/л; γ-глобулины – 17 г/л; ТТГ – 0,94 МЕ/л; альфа-фетопротеин – 3,3 ед/л; ферритин – 55 мкг/л; трансферрин – 2,4 г/л; калий – 3,6 ммоль/л; Na–137 ммоль/л; амилаза – 42 ед/л; железо – 20,7 мкмоль/л; ХС – 5,2 ммоль/л; церулоплазмин – 188 мг/л. ПТИ – 57%.

Иммуноферментный анализ (исследование крови на маркеры гепатитов В, С): анти-HCV– положительный; НВsAg (-); анти-НВs (-); анти-НВсIgG (-); HBeAg (-); анти-НВе (-); анти-НВсIgМ (-); анти-ВИЧ – отрицательный. Генотипирование HCV: генотип 1 – положительный.

Иммунологическое исследование: концентрация Ig класса G в сыворотке крови - 7,2 г/л. Молекулярно-биологические исследования: ПЦР: РНК ВГС – положительный; количественный анализ РНК ВГС – 31000 МЕ/мл.

Эластометрия печени: определена стадия F4 (по шкале МETAVIR), цирроз печени. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

353

При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени.

Анализ кала на скрытую кровь – отрицательный. Общий анализ мочи: в пределах нормы. Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений. ЭКГ – без патологических изменений.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.

5. Через 4 недели терапии пациент отметил улучшение самочувствия, уменьшение общей слабости; уровень РНК ВГС (количественный анализ) составил 24 МЕ/мл. Биохимия крови: АЛТ – 108 ед/л, АСТ – 72 ед/л, ГГТП – 29 ед/л; общий билирубин – 34 мкмоль/л; ПТИ - 60%; общий анализ крови – в пределах нормы. При оценке по шкале Бека депрессии не выявлено. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

354

**Ситуационная задача 294 [K003235]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной С. 29 лет, программист, обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли в нижних отделах живота ближе к левому флангу, возникающие перед дефекацией, либо усиливающиеся сразу после опорожнения кишечника, длящиеся около 30-40 минут, разжиженный стул с примесью слизи и небольших количеств алой крови, частота стула до 5-6 раз в сутки, в том числе, в ночное время, ложные позывы на дефекацию с выделением из прямой кишки только слизи с примесью алой крови, ощущение урчания, бурления в животе в течение дня, снижение веса на 5 кг за прошедшие 4 месяца.

Из анамнеза: нарушение стула впервые отметил 5 месяцев назад после поездки на юг в летнее время и связал указанный симптом с особенностями питания (употребление больших количеств овощей и фруктов). Диарея сохранялась и прогрессировала и после возвращения из отпуска. Самостоятельно принимал Смекту, Мезим с незначительным и нестойким эффектом. Через 1,5 месяца отметил появление в кале слизи и прожилок крови, затем появились слабые боли по левому флангу живота. Начал приѐм Но-шпы. По совету родственницы 2 недели назад в течение 5 дней принимал Левомицетин по 3 таблетки в день, на этом фоне значительно усилились диарея и боли в животе, увеличилась примесь крови в кале, что и послужило поводом для обращения к участковому врачу. Обращение за медицинской помощью откладывал, поскольку считал, что у него имеет место какое-то инфекционное заболевание кишечника и опасался госпитализации в инфекционное отделение, предпочитая лечиться самостоятельно. В прошлом в период студенчества имели место неоднократные эпизоды жидкого стула, появление которых пациент связывал с употреблением якобы недоброкачественных продуктов. Лечился, как правило, самостоятельно, употреблял отвары вяжущих средств.

При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела – 36,8°С, рост - 178 см, вес - 61 кг, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД - 18 в 1 минуту. Сердце - тоны звучные, ритм правильный. ЧСС - 92 в 1 минуту. АД – 120/85 мм рт. ст. Язык умеренно диффузно обложен сероватым налѐтом, влажный. Живот участвует в дыхании, умеренно равномерно вздут, при поверхностной пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность по левому флангу живота, при глубокой пальпации отчѐтливая болезненность в левой подвздошной области, где пальпируется спазмированная, плотноэластическая, болезненная сигмовидная кишка; остальные отделы толстой кишки безболезненны. Пальпация эпигастральной и подрѐберных областей безболезненна Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени и селезѐнки по Курлову: 10×8×7 см и 6×4 см соответственно. Край печени не определяется. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

В анализах: эритроциты - 3,02×1012/л, гемоглобин - 103 г/л, MCH - 23p/g, MCHC - 300 g/l , лейкоциты - 12,6×109/л, СОЭ - 38 мм/час. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

355

Копрограмма: кал разжиженный, неоформленный, мышечные волокна, крахмал внутриклеточный в небольшом количестве, лейкоциты - до 30-40 в поле зрения, эритроциты в значительном количестве, слизь в большом количестве. Фекальный кальпротектин - 532 мкг/г. Общий белок сыворотки - 62,3 г/л, альбумины - 49,3%, глобулины - 50,7%, СРП - 95 мг/л. Ректороманоскопия без подготовки: аппарат введен до 18 см. Слизистая оболочка прямой кишки диффузно гиперемирована, отѐчна, выраженная контактная кровоточивость, множественные эрозии, местами, сливные, покрытые фибрином. В просвете кишки слизь, окрашенная кровью, и жидкие каловые массы в небольшом количестве.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?

4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов.

5. Проведите экспертизу трудоспособности пациента. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

356

**Ситуационная задача 295 [K003238]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 59 лет обратилась на приѐм к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли механического и стартового характера в коленных суставах (больше справа), которые уменьшаются при использовании топических и пероральных НПВП.

Из анамнеза известно, что данные симптомы беспокоят пациентку в течение 5 лет и постепенно прогрессируют. Ранее за медицинской помощью пациентка не обращалась, по совету знакомых использовала эластичный наколенник при ходьбе, обезболивающие препараты – 1-2 раза в неделю. Отмечает усиление болевого синдрома в течение 2 недель, после чрезмерной физической нагрузки (работа на дачном участке). Из-за усиления болевого синдрома увеличила частоту приѐма обезболивающих средств. В настоящее время, находясь на пенсии, продолжает работать продавцом в магазине. Пять лет назад была диагностирована язвенная болезнь ДПК. Больная получила соответствующее лечение и в настоящее время жалобы характерные для этой патологии отсутствуют.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 35 кг/м2. Окружность талии – 104 см, окружность бедер – 110 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При осмотре костно-мышечной системы определяется незначительная экссудация в правом коленном суставе, варусная деформация коленных суставов, hallux valgus с обеих сторон. При пальпации суставов болезненность в проекции щели правого коленного сустава. Сгибание в коленных суставах справа до 100-110 градусов, слева до 120-130 градусов, боль при максимальном сгибании справа, крепитация с обеих сторон. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 135/85 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

На рентгенограмме коленных суставов: незначительное сужение суставной щели, субхондральный склероз, мелкие краевые остеофиты. На рентгенограмме стоп – вальгусная деформация 1 плюснефаланговых суставов с обеих сторон, значительное сужение суставной щели и крупные остеофиты в 1 плюснефаланговых суставах с обеих сторон.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие дополнительные методы обследования Вы бы назначили данному пациенту?

4. Определите план ведения пациентки с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов и профилактических мероприятий.

5. Пациентка повторно обратилась на консультацию через 5 лет. За это время отмечает прогрессирование суставного синдрома, ежедневную потребность в приѐме НПВ, недостаточный эффект от приѐма обезболивающих. На рентгенограмме коленных суставов – значительное сужение суставной щели, справа – до контакта костных поверхностей, крупные остеофиты. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

357

**Ситуационная задача 296 [K003239]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 75 лет пришла на приѐм к врачу-терапевту участковому с жалобами на интенсивную постоянную боль в поясничной области, усиливающуюся при поворотах тела и наклонах вперѐд.

Больной себя считает в течение недели, когда во время работы в огороде (уборка картофеля) появились вышеуказанные боли. С целью уменьшения болевого синдрома принимала баралгин – с незначительным эффектом.

Из анамнеза: на пенсии (ранее работала преподавателем), профессиональные вредности отрицает. Перенесѐнные операции: гистерэктомия в 44 года (по поводу фибромиомы матки), хирургическая менопауза.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожный покров физиологической окраски. Рост – 160 см, вес – 52 кг, ИМТ – 20,3 кг/м2. При осмотре костно-мышечной системы усилен грудной кифоз, подчѐркнут поясничный лордоз. Болезненная пальпация остистых отростков в поясничном отделе. В лѐгких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 64 в минуту, АД – 125/80 мм рт.ст. Язык не обложен, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Размеры печени - 9(0)×8×7 см. Селезѐнка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненное, дизурии нет. Стул оформленный 1 раз в сутки, без патологических примесей.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,5×1012/л, гемоглобин – 130 г/л, лейкоциты – 7,8×109/л, базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 73%, лимфоциты – 18%, моноциты - 8%, тромбоциты – 267×109/л, СОЭ – 14 мм/час.

Общий анализ мочи: рН – 6,8, удельный вес – 1018, белок и сахар – отрицат, лейкоциты – 2-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 74 г/л, щелочная фосфатаза – 140 МЕ/л, АСТ – 16 МЕ/л, АЛТ – 22 МЕ/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, креатинин – 75 мкмоль/л.

На рентгенограмме пояснично-крестцового отдела позвоночника – передняя клиновидная деформация L3 и L4.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

4. Определите план ведения пациентки с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов (с указанием доз используемых препаратов).

5. Пациентка повторно обратилась на консультацию через 2 года. По данным денситометрии Т-критерий в поясничном отделе позвоночника составил -3,0 (в начале лечения), -3,4 (через 1,5 года); в бедре показатели Т-критерия составили -2,2 и -2,5 соответственно. Кроме того, 5 месяцев назад у пациентки был низкоэнергетический перелом левой лучевой кости. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте свой выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

358

**Ситуационная задача 297 [K003241]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 42 лет, менеджер, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на боль и припухание в области II-IV проксимальных межфаланговых суставов, II-III пястно-фаланговых суставов, лучезапястных, коленных суставах; утреннюю скованность в указанных суставах до середины дня; снижение веса на 4 кг за последние 2 месяца, слабость. При дополнительном расспросе отмечает, что стала хуже переносить физическую нагрузку: при подъѐме на 3-4 этаж появляется одышка, сердцебиение. Указывает, что из-за болей и скованности в суставах стала хуже справляться с профессиональными обязанностями.

Больной себя считает в течение полугода, когда впервые появились и постепенно прогрессировали указанные симптомы. К врачам не обращалась, старалась больше отдыхать, нерегулярно принимала анальгин, без существенного эффекта. Ухудшение состояния отмечает в последние два месяца, когда значительно усилились боли в суставах, появилась скованность, похудание, затем - слабость и сердцебиение. По совету соседки принимала аспирин, диклофенак (в последние 1,5 месяца – ежедневно), с незначительным положительным эффектом.

При осмотре: состояние удовлетворительное, положение активное, температура – 36,4°С. Кожные покровы бледные, сухие. Рост – 168 см, вес – 54 кг, ИМТ – 19,1 кг/м2. При осмотре костно-мышечной системы II-IV проксимальные межфаланговые, II-III пястно-фаланговые суставы, лучезапястные, коленные суставы отечные, болезненные при пальпации, движения в них ограничены. Определяется баллотирование надколенников, западение межкостных промежутков на обеих кистях. Число болезненных суставов (ЧБС) - 12, число припухших суставов (ЧПС) - 10. В лѐгких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 104 в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Язык не обложен, влажный. Живот обычных размеров и формы, участвует в дыхании, безболезненный при пальпации. Печень - 9(0)×8×7 см. Селезѐнка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненное. Стул оформленный 1 раз в сутки, без патологических примесей. Мочеиспускание 4-5 раз в сутки, дизурии нет.

Общий анализ крови: эритроциты - 3,3×1012/л, гемоглобин – 95 г/л, МСН – 24 пг, MCV – 75 фл, лейкоциты - 7,9×109/ л, базофилы – 0%, эозинофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 69%, лимфоциты – 18%, моноциты - 11%, тромбоциты – 392×109/л, СОЭ - 35 мм/час.

Общий анализ мочи: прозрачная, удельная плотность – 1010, реакция – слабо кислая, белок и сахар – отсутствуют, эпителий плоский – 4-6 в поле зрения, лейкоциты – 3-5 в поле зрения, эритроциты, бактерии – отсутствуют.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,8 ммоль/л, креатинин – 85 мкмоль /л, СКФ – 68 мл/мин, билирубин – 14,5 мкмоль/л, АСТ – 24 МЕ/л, АЛТ – 30 МЕ/л, мочевая кислота – 224 мкмоль/л, СРП – 30,5 мг/л.

РФ – 120 МЕ/л, антинуклеарный фактор — отрицательный.

Общая самооценка здоровья пациентом – 56 мм по шкале ВАШ.

Рентгенография кистей и стоп: околосуставной остеопороз, преимущественно в II-IV проксимальных межфаланговых, II-III пястно-фаланговых суставах. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

359

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

4. Какие препараты симптоматического действия Вы бы назначили пациентке в течение 5-7 дней до получения результатов дообследования (с указанием дозы и кратности приѐма)? Обоснуйте свой выбор.

5. Пациентка дообследована: железо сыворотки – 6 мкмоль/л, ОЖСС – 58 мкмоль/л, ферритин – 115 нг/мл, витамин В12 – 450 нг/мл, фолиевая кислота – 45 нг/мл, проба Зимницкого – без патологии, суточная протеинурия – отрицательная, на ФГДС – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы I степени, хронический гастрит; на флюорографии лѐгких без патологии; осмотр гинеколога – без патологии. Определите дальнейшую тактику ведения данной пациентки. Обоснуйте свой выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

360

**Ситуационная задача 298 [K003262]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной К. 17 лет жалуется на слабость, повышенную утомляемость, похудание, субфебрильную температуру. Анамнез: обследован по поводу контакта с больным туберкулѐзом родственником. Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л – 15 мм. Проба с аллергеном туберкулѐзным рекомбинантным (Диаскинтест) – 10 мм. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции – тень корня левого лѐгкого расширена, деформирована, наружный контур размытый, неровный, в верхней доле левого лѐгкого определяется фокусная тень 1,5×2,5 см в диаметре, средней интенсивности, однородная, с размытыми контурами.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. С какими неспецифическими заболеваниями лѐгких следует провести дифференциальный диагноз?

4. Какие осложнения возможны у данного больного?

5. Укажите принципы лечения пациента в данной ситуации. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

361

**Ситуационная задача 299 [K003263]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной 42 лет в течение последних 1,5 лет отмечает непостоянную температуру (до 37,2°С) по вечерам, кашель с мокротой до 10-15 мл в сутки, слабость. К врачам не обращался, пытался лечиться домашними средствами без эффекта. Постепенно самочувствие и состояние ухудшалось - стала нарастать одышка, увеличилось количество мокроты, появился кашель с прожилками крови. Обратился в поликлинику, где при обследовании на флюорограмме органов грудной клетки впервые выявлены изменения в лѐгких. Направлен в противотуберкулезный диспансер, где при обследовании на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки справа и слева по всей поверхности лѐгких определяются многочисленные очаговые тени разной интенсивности и величины, местами сливающиеся в крупные фокусные тени с участки просветления, корни лѐгких неструктурные; в нижних отделах лѐгких лѐгочный рисунок усилен; купола диафрагмы не изменены. Проба Манту с 2ТЕ - отрицательная. Реакция с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (Даскинтест) - папула 8 мм.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

4. Какие осложнения возможны у данного больного?

5. Укажите принципы лечения пациента в данной ситуации. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

362

**Ситуационная задача 300 [K003264]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

У больной Т. 45 лет изменения в лѐгких выявлены после проведения профилактического флюорографического исследования органов грудной клетки. В детстве состояла на учѐте в противотуберкулѐзном диспансере по поводу контакта с больной туберкулѐзом матерью. Стаж курения 25 лет. Жалоб не предъявляет. Состояние относительно удовлетворительное, пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. При аускультации отмечается жѐсткое дыхание, хрипов нет. По остальным органам и системам без изменений. На обзорной флюорограмме органов дыхания в 1-2 сегментах правого лѐгкого на фоне усиленного лѐгочного рисунка определяются очаговые тени низкой интенсивности с нечѐткими контурами.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз.

4. Какие осложнения возможны у данного больного?

5. Укажите принципы лечения пациента в данной ситуации. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

363

**Ситуационная задача 301 [K003265]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной М. 31 года заболел остро: внезапно повысилась температура до 39°С, появился озноб, влажный кашель с небольшим количеством мокроты гнойного характера, потливость вечернее время, одышка, боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании. В течение 2 недель отмечал нарастание слабости, снижение массы тела на 12 кг. Контакт с больными туберкулѐзом имел в местах лишения свободы 3 года назад. Бригадой скорой медицинской помощи доставлен в терапевтическое отделение, где на флюорограмме органов грудной клетки отмечается тотальное затемнение правого лѐгкого с полостями распада и очагами отсева в левое лѐгкое. Анализ мокроты по Циль-Нильсену КУМ ++. Переведѐн в противотуберкулѐзный стационар.

При поступлении: состоянии средней степени тяжести. Температура до 37,5°С. Кожные покровы влажные, акроцианоз. Пальпируются увеличенные подмышечные лимфоузлы до 1 см, безболезненные. Перкуторно: справа сзади до средней трети лопатки и спереди до III ребра – укорочение лѐгочного звука. Аускультативно: бронхиальное дыхание справа и разнокалиберные влажные хрипы. Тоны сердца ясные ритмичные. Тахикардия. АД - 90/60 мм рт. ст. Печень выступает из-под края рѐберной дуги на 2 см, безболезненная. Снижение диуреза.

В клиническом анализе крови: гемоглобин – 102 г/л, эритроциты - 4,1×1012/л; цветовой показатель - 0,75; лейкоциты - 11,8×109/л, эозинофилы – 8%, палочкоядерные нейтрофилы – 52%, сегментоядерные нейтрофилы – 21%, лимфоциты – 8%, моноциты – 12%, СОЭ – 54 мм/час.

Люминесцентная микроскопия: КУМ +++.

ПЦР - МБТ комплекс обнаружен.

На обзорной рентгенограмме лѐгких отмечается тотальное затенение правого лѐгкого средней интенсивности, негомогенной структуры, содержащей много мелких и средних полостей распада и множественные очаги в нижней доле справа и в верхней доле слева. Смещение органов средостения вправо. Высокое стояние купола диафрагмы.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

4. Какие осложнения возможны у данного больного?

5. Укажите принципы лечения пациента в данной ситуации. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

364

**Ситуационная задача 302 [K003266]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная 40 лет, мигрантка из средней Азии, с подчелюстным и шейным лимфаденитом, получала антибиотики широкого спектра действия и физиотерапевтическое лечение, после чего состояние ухудшилось, увеличились размеры лимфатических узлов, усилились симптомы интоксикации. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные. При пальпации лимфатические узлы подвижны, плотно-эластичной консистенции, болезненные. При пальпации и перкуссии органов грудной клетки изменений не выявлено. При аускультации: везикулярное дыхание по всей поверхности лѐгких, хрипов нет. По остальным органам и системам без патологии. Общий анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, лейкоциты - 9,8×109/л, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 40%, лимфоциты - 41%, моноциты - 12%, СОЭ - 27 мм/час. Микроскопия мокроты по Циль-Нильсену: КУМ отрицательный. Проба Манту с 2ТЕ - папула 20 мм. Диаскинтест - папула 20 мм. Направлен в противотуберкулѐзный диспансер, при обследование: УЗИ увеличение подчелюстных, шейных лимфоузлов до 3 см. Люминесцентная микроскопия материала из лимфоузла после пункции: КУМ +. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки патологии не выявлено.

**Вопросы:**

1. Наиболее вероятный диагноз.

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

4. Какие осложнения возможны у данного больного?

5. Укажите принципы лечения пациента в данной ситуации. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

365

**Ситуационная задача 303 [K003268]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная Ю. 30 лет поступила в противотуберкулѐзный стационар с жалобами на кашель, слабость. С января отмечает небольшое недомогание, слабость, потливость, повышением температуры до 37,3-37,5°С. При поступлении: состояние средней степени тяжести, температура тела - 37,2°С. Астенического телосложения, пониженного питания, кожные покровы бледные. Периферические лимфоузлы не изменены. Грудная клетка цилиндрическая. Перкуторный звук над всеми отделами лѐгочный. При аускультации ослабленное везикулярное дыхание в верхней доле левого лѐгкого, хрипов нет. Границы сердца не изменены. Тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс - 72 удара в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. По остальным органам и системам патологии не выявлено. В мокроте методом бактериоскопии и посевом МБТ обнаружены. Анализ мочи без патологии.

Рентгенологически в левом лѐгком на уровне II-III рѐбер округлая, с нечѐткими контурами, средней интенсивности фокусная тень размером 3,0×3,5 см с участком просветления в центре и дорожкой к корню. Реакция Манту с 2 ТЕ - папула 10 мм. Диаскинтест - 10 мм.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назначьте схему лечения для данного заболевания.

5. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

366

**Ситуационная задача 304 [K003270]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной П. 36 лет доставлен в областную туберкулѐзную больницу бригадой скорой медицинской помощи с приѐма в районном противотуберкулѐзном диспансере, куда пациент обратился в связи с ухудшением самочувствия: появление упорного, надсадного кашля, выделение обильной гнойной мокроты с прожилками тѐмной крови, общая слабость, потеря 15 кг массы тела за 4 месяца, появление выраженной одышки при расширении физической нагрузки, сердцебиение, периодическое повышение температуры тела до 37,4-37,6°С.

История жизни. Родился в сельской местности в Грузии. Рос и развивался нормально. Женат. Имеет 5 детей. Материальные и жилищные условия жизни удовлетворительные. Работает водителем-дальнобойщиком. Наличие хронических заболеваний отрицает. В детстве болел ветряной оспой, краснухой.

История заболевания. 1,5 года назад обратился с жалобами по поводу слабости и кашля с мокротой в здравпункт. При ФЛГ были выявлены изменения в верхней доле правого лѐгкого. Отправлен на дообследование в районный диспансер, где по результатам дообследования был установлен диагноз «инфильтративный туберкулез верхней доли правого лѐгкого в фазе распада МБТ (+)». В течение 3 месяцев лечился по 1 РХТ: Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол. В результате лечения достигнута положительная динамика в виде стойкого абацилирования, рассасывания инфильтративных изменений в верхней доле правого лѐгкого, закрытия полости распада. Переведѐн на фазу продолжения по РХТ 1 Рифампицином и Изониазидом в условиях противотуберкулѐзного диспансера. По данным диспансера лечение не соблюдал, препараты принимал беспорядочно, на обследования не являлся, работал по профессии.

Настоящий статус. Общее состояние средней степени тяжести, пониженного питания (рост - 181 кг, вес - 60 кг). Кожные покровы бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Мышцы, суставы, костная система не изменены. Отѐков нет. Температура тела - 37,0°С. Грудная клетка конической формы, правая еѐ половина отстаѐт при дыхании. Над правым верхним лѐгочным полем определяется укорочение перкуторного звука. При аускультации в области укорочения выслушиваются бронхиальное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧДД в покое - 20 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над лѐгочной артерией. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, 107 ударов в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Обследование органов пищеварения, мочеполовой и нервной системы патологии не выявило. Температура тела у больного нормальная.

Лабораторные и инструментальные исследования.

В общем анализе крови: гемоглобин – 138 г/л; эритроциты - 4,0×1012/л; лейкоциты - 11×109/л, лимфоциты - 7% эозинофилы - 2% СОЭ - 50 мм/час.

Мокрота слизисто-гнойная, эритроциты, методом ЛЮМ-микроскопии выявлены КУМ 3+.

Моча соломенно-жѐлтого цвета, удельный вес - 1015, белка нет, глюкозы нет, в осадке - 1-2 лейкоцита в поле зрения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

367

На ЭКГ: синусовая тахикардия - 102 в минуту, вертикальное положение ЭОС, Р-pulmonale во II, III, aVF.

Рентгеновское исследование. Лѐгочный рисунок обогащѐн и деформирован. В правом верхнем лѐгочном поле определяется кольцевидное просветление неправильной формы со стенками толщиной 4-6 мм, размерами 3,5×3,0 см, мягкие очаговые тени вокруг просветления местами сливающиеся в фокусы. От просветления к корню лѐгкого прослеживается отводящая дорожка. Правый корень подтянут кверху. Отмечаются плевроапикальные наложения справа. Слева в нижней доле группа мягких очаговых теней.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Обоснуйте осложнения основного заболевания.

4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

5. Назначьте схему лечения с учѐтом осложнений заболевания. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

368

**Ситуационная задача 305 [K003272]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной Ю. 28 лет заболел остро с подъѐма температуры тела до 38°С. Жалуется на боль в правой половине грудной клетки при глубоком вдохе, кашель со скудноотделяемой мокротой слизисто-гнойного характера, слабость, потливость. В течение двух месяцев отмечает нарастание слабости, снижение аппетита, покашливание. При обследовании в стационарных условиях кожные покровы обычной окраски и влажности.

Аускультативно: везикулярное дыхание, в нижних отделах правого лѐгкого выслушиваются влажные хрипы.

Перкуторно: притупление лѐгочного звука в области нижней доли правого лѐгкого.

Рентгенологически определяется затемнение в нижней доле правого лѐгкого с нечѐткими контурами, негомогенное, средней интенсивности, в котором отмечаются участки просветления. В окружающей лѐгочной ткани имеются множественные очаги бронхогенного обсеменения.

Туберкулиновая проба: реакция Манту с 2 ТЕ – папула 9 мм. Методом люминесцентной микроскопии КУМ в мокроте не найдены.

Больному была произведена диагностическая фибробронхоскопия: слева – бронхи в норме, справа – в просвете нижнедолевого бронха отделяемое слизисто-гнойного характера в умеренном количестве. Слизистая умеренно гиперемирована. В промывных водах бронхов методом посева обнаружены МБТ.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

4. Обоснуйте факт бактериовыделения в данном случае.

5. Какое лечение должно быть назначено в данном случае? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

369

**Ситуационная задача 306 [K003273]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной Ш. 33 лет при поступлении в стационар жаловался на повышение температуры тела до 38,5°С, резкую слабость, потливость в ночное время, отсутствие аппетита, снижение веса на 10 кг, кашель с мокротой гнойного характера, одышку при небольшой физической нагрузке. Ранее туберкулѐзом не болел. Контакты с туберкулѐзными больными имел в местах лишения свободы. После освобождения в течение года отмечал нарастание слабости, стал терять в весе. При осмотре состояние тяжѐлое, больной пониженного питания, кожные покровы бледные.

Перкуторно: притупление лѐгочного звука над правыми отделами грудной клетки.

Аускультативно: справа выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, разнокалиберные влажные хрипы.

Рентгено-томографически: в правом лѐгком определяется субтотальная инфильтрация лѐгочной ткани средней и высокой интенсивности, крупные каверны в S6 и S2, множество средних и мелких каверн с инфильтрированной стенкой по всему правому легкому, очаги и фокусы отсева в S1+2 левого лѐгкого. В мокроте методом микроскопии обнаружены КУМ в большом количестве.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. С каким заболеванием следует провести дифференциальный диагноз?

4. Какие рентгенологические изменения характерны для данного заболевания?

5. Какое лечение должно быть назначено в данном случае? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

370

**Ситуационная задача 307 [K003274]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной К. 34 лет заболел остро с подъѐма температуры тела до 37,5°С. Жалуется на потливость, кашель с мокротой серозного характера, слабость, недомогание, похудел на 4 кг. Контакт с больными туберкулѐзом имел в местах лишения свободы. Освободился 3 месяца назад. Перкуторно: незначительное притупление лѐгочного звука в верхних отделах. Аускультативно: в верхних отделах – дыхание жѐсткое, в нижних отделах – ослабленное везикулярное. Микроскопически в мокроте - КУМ+++.

Рентгенологически: во всех лѐгочных полях определяются очаговые тени размером 5-7 мм в диаметре с размытыми контурами, в верхних отделах очаги имеют тенденцию к слиянию и распаду. В крови обнаружены маркеры гепатита С.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какое лечение должно быть назначено в данном случае?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Сформулируйте прогноз. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

371

**Ситуационная задача 308 [K003295]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 54 лет, педагог, обратилась на приѐм к врачу-терапевту участковому с жалобами на периодические головные боли, преимущественно в затылочной области, сопровождающиеся слабостью, шумом в ушах, тошнотой, на фоне повышения АД до 170/105 мм рт.ст.

Из анамнеза известно, что страдает АГ около 4 лет. Пациентка обращалась к участковому врачу, которым было зарегистрировано повышение АД до 160/90 мм рт.ст. Назначенное лечение: Эналаприл 10 мг в сутки проводила регулярно, однако цифры АД оставались повышенными до 140-150/90-95 мм рт.ст. Ухудшение самочувствия (учащение головных болей) на протяжении 2-3 месяцев, связывает с переменами погоды, переутомлением, стрессовой ситуацией на работе. Из анамнеза жизни: у матери АГ, отец умер в 45 лет от ОИМ.

При осмотре: состояние удовлетворительное, пациентка эмоционально лабильна, рост – 162 см, вес – 64 кг, ИМТ – 24,39 кг/м2. Отѐков нет. В лѐгких – везикулярное дыхание. ЧД – 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 72 в минуту. АД – 170/100 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рѐберной дуги, безболезненная. Селезѐнка не увеличена. Поколачивание в области почек безболезненное с обеих сторон.

В анализах: общий анализ крови, общий анализ мочи в пределах нормы; общий холестерин – 5,8 ммоль/л, ТГ – 1,9 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 3,1 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,1 ммоль/л, креатинин – 64 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 95 мл/мин.

ЭКГ: синусовый ритм, 70 ударов в минуту, угол α - 30°, индекс Соколова-Лайона 39 мм.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Нуждается ли пациентка в коррекции медикаментозной терапии? Если да, какие группы препаратов Вы бы стали использовать в лечении пациентки? Обоснуйте свой выбор.

5. Какие немедикаментозные профилактические мероприятия должны быть проведены для профилактики развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентки? Обоснуйте свой выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

372

**Ситуационная задача 309 [K003296]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 52 лет, археолог, обратился на приѐм к врачу-терапевту участковому для проведения дополнительного обследования после второго этапа диспансеризации.

Из анамнеза известно, что наследственность по ССЗ отягощена по материнской линии (ГБ с 50 лет, ОНМК в 60 лет). Пациент курит около 30 лет, до 1,5 пачек сигарет в день. Употребляет алкоголь – примерно 100 мл крепких напитков в неделю. Рацион питания с избыточным содержанием животных жиров и углеводов. В течение 9 месяцев в году ведет малоподвижный образ жизни, а в течение 3 месяцев – с большими физическими нагрузками.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост – 176 см, вес – 101 кг (индекс массы тела – 32,8 кг/м²). Окружность талии – 108 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Ксантом нет. Периферических отѐков нет. В лѐгких дыхание жѐсткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над аортой. АД – 130/80 мм рт. ст. ЧСС – 70 ударов в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Поколачивание в проекции почек безболезненно с обеих сторон.

В анализах: общий холестерин - 5,8 ммоль/л, ТГ - 4,1 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 0,9 ммоль/л; ХС-ЛПНП - 3,22 ммоль/л; глюкоза натощак - 6,2 ммоль/л, тест толерантности к глюкозе: глюкоза через 2 часа - 7,9 ммоль/л, HbA1c - 6,3%, креатинин - 63 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) - 108 мл/мин.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Определите тактику лечения пациента и обоснуйте свой выбор.

5. Определите план диспансерного наблюдения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

373

**Ситуационная задача 310 [K003297]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 46 лет, бухгалтер, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на приступы давящих болей за грудиной с иррадиацией в левую руку, возникающие в покое, преимущественно в ночное время и в ранние утренние часы (4-6 часов утра). Приступы проходят самостоятельно в течение 3-4 минут.

Из анамнеза известно, что приступы болей за грудиной беспокоят в течение 3 месяцев. Физическую нагрузку переносит хорошо, может подняться на 5-6 этаж без остановки, болевые приступы при этом не возникают. Появление болей за грудиной связывает с возникшей стрессовой ситуацией на работе. До настоящего времени за медицинской помощью не обращался. В течение последних 2 лет отмечает подъѐмы артериального давления до 140/90 мм рт. ст. При ощущаемых субъективно подъемах АД принимает (по рекомендации жены) капотен. После длительного перерыва в 10 лет, в последний год вновь стал курить по 10 сигарет в день.

Семейный анамнез: отец и мать пациента живы, отец страдает АГ, мать – стенокардией.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост – 172 см, вес – 66 кг, ИМТ – 22,3 кг/м2. Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. В лѐгких – дыхание везикулярное. ЧД – 16 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 64 удара в 1 минуту. АД 127/75 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурических расстройств нет.

В анализах: глюкоза натощак – 5,1ммоль/л, креатинин – 76 мкмоль/л, общий холестерин – 6,3 ммоль/л, ТГ – 2,2 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 4,2 ммоль/л, АСТ – 28 ед/л, АЛТ – 34 ед/л.

ЭКГ в покое: синусовый ритм, 61 удар в минуту. ЭОС не отклонена.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

4. Какие группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациентке в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Какова дальнейшая тактика лечения и диспансерного наблюдения данной пациентки? Обоснуйте Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

374

**Ситуационная задача 311 [K003298]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 59 лет, менеджер, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на давящие боли за грудиной, длительностью от 2 до 5 минут, возникающие при подъѐме по лестнице на 2, 3 этаж. Боли периодически отдают в левую руку, купируются Нитроглицерином в течение 2-3 минут. Потребность в Нитроглицерине 3-4 раза в день.

Из анамнеза известно, что болен около года, за это время частота, длительность и интенсивность болей не изменилась. К врачу не обращался, Нитроглицерин принимал по рекомендации знакомого. Семейный анамнез: мать умерла в 64 года, ОНМК, страдала АГ; отец – умер в 50 лет, ИМ.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост – 171 см, вес – 89 кг, ИМТ – 30,44 кг/м2. Окружность талии – 104 см. В лѐгких – дыхание везикулярное. ЧД – 16 в 1 минуту. Тоны сердца умеренно приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, систолический шум на аорте. ЧСС – 86 уд. в 1 минуту. АД – 130/85 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Печень и селезѐнка не увеличены.

В анализах: глюкоза натощак – 4,6 ммоль/л, креатинин – 66 мкмоль/л, общий холестерин – 6,6 ммоль/л, ТГ – 1,4 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 4,2 ммоль/л, АСТ – 28 ед/л, АЛТ – 34 ед/л.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препараты каких групп антиангинальных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Через 3 месяца регулярной антиангинальной терапии (препарата из группы лекарственных средств, выбранной в прошлом вопросе) + розувастатин 20 мг/сутки + ацетилсалициловая кислота 100 мг/сутки + соблюдение диеты – приступы стенокардии стали более редкими, потребность в короткодействующих нитратах 1-2 раза в день, АД колеблется в пределах 125-130/75-80 мм рт.ст., ЧСС в покое около 70-74 ударов в минуту, вес 87 кг, общий холестерин – 4,3 ммоль/л, ТГ – 1,0 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 2,1 ммоль/л, АСТ 51ед/л, АЛТ 41ед/л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

375

**Ситуационная задача 312 [K003299]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная 72 лет, пенсионерка, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на бессонницу, снижение памяти, повышение АД до 160-170/65-70 мм рт.ст.

Из анамнеза известно о повышении АД до макс. 180/80 мм рт.ст. в течение 20 лет, когда впервые был установлен диагноз «ГБ». Назначенную врачом-терапевтом терапию проводила нерегулярно. Ситуационно при повышении АД свыше 180 мм рт.ст. принимает Каптоприл. Менопауза более 20 лет. Гиподинамия после прекращения работы 6 лет назад. Вредных привычек нет. Из семейного анамнеза установлено, что наследственность по ССЗ не отягощена.

При осмотре состояние удовлетворительное. Рост – 162 см, масса тела 46 кг, ИМТ – 17,7 кг/м²; обхват талии – 98 см. Кожные покровы чистые, нормальной окраски, тургор снижен. Периферических отѐков нет. Дыхание везикулярное над всей поверхностью лѐгких, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны, акцент II тона над аортой. АД – 162/62 мм рт.ст. Пульс – 76 в 1 минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезѐнка не увеличены. Поколачивание в проекции почек безболезненно с обеих сторон.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациентке в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

4. Через 6 месяцев регулярной антигипертензивной терапии (препараты из группы антигипертензивных лекарственных средств, выбранные в прошлом вопросе) + Розувастатин 10 мг/сутки + соблюдение диеты АД находится в пределах 140-150/65 мм рт.ст., ОХС – 5,6; ХС ЛПВП – 1,14; ТГ – 1,9ммоль/л, ЛПНП – 3,6 ммоль/л, СКФ – 63 мл/мин, сахар натощак – 5,2 ммоль/л. АЛТ – 50 Ед/л, АСТ – 38 Ед/л, КФК – 121 Ед/л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

5. Определите план диспансерного наблюдения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

376

**Ситуационная задача 313 [K003301]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 56 лет, пенсионер, обратился на приѐм к врачу-терапевту участковому с жалобами на незначительную одышку при обычной физической нагрузке, общую слабость, быструю утомляемость, отеки в области стоп.

Из анамнеза известно, что 5 лет назад перенес трансмуральный инфаркт миокарда по задней стенке левого желудочка. Регулярно принимает Бисопролол 5 мг в сутки, Периндоприл 10 мг в сутки, Розувастатин 20 мг в сутки. Нитроглицерином не пользуется. В течение последнего года стал отмечать усиление одышки, появление отѐков в области стоп к вечеру.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Рост – 180 см, вес – 71 кг, ИМТ – 21,9 кг/м2. Кожные покровы умеренной влажности. Пастозность нижних конечностей до нижней трети голени. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке. ЧСС – 62 в минуту. АД – 132/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см ниже края рѐберной дуги, плотно-эластичной консистенции, поверхность гладкая, край закруглен, безболезненна при пальпации. Селезѐнка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненно.

В анализах: общий анализ крови, общий анализ мочи в пределах нормы; биохимический анализ крови: глюкоза натощак – 4,9 ммоль/л, креатинин – 82 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) – 92 мл/мин, общий холестерин – 4,5 ммоль/л, ТГ – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 2,3 ммоль/л, АСТ 20 ед/л, АЛТ 22 ед/л, калий – 4,1 ммоль/л.; ЭКГ: ритм синусовый 65 в мин., патологический зубец Q и отрицательный зубец T в III, aVF отведениях.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Нуждается ли пациент в диуретической терапии? Если да, то диуретики каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Какие дополнительные рекомендации, касающиеся немедикаментозные методы лечения и реабилитации необходимо дать пациенту? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

377

**Ситуационная задача 314 [K003302]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 40 лет, парикмахер, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышенное АД до 170/105 мм рт.ст., сопровождающееся ноющими диффузными головными болями, выраженной мышечной слабостью, ощущениями онемения, чувством покалывания в конечностях, ночными судорогами в икроножных мышцах, обильным безболезненным мочеиспусканием.

Из анамнеза известно, что пациентка страдает АГ около 1 года, назначенную терапию – Эналаприл 20 мг в сутки, Амлодипин 5 мг в сутки принимает ежедневно, на протяжении 3 месяцев, однако значения АД и вышеописанные симптомы сохраняются. Семейный анамнез: мать – страдает АГ, перенесла ОНМК в 38 лет.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное, рост – 169 см, вес – 70 кг, ИМТ – 24,51 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 60 ударов в минуту, АД – 167/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не выступает из-под края рѐберной дуги, безболезненная. Селезѐнка не увеличена. Дизурии нет. Поколачивание в области почек безболезненное с обеих сторон.

В анализах: общий анализ мочи – прозрачная, относительная плотность 1008 г/мл, реакция щелочная, белок, глюкоза не обнаружены; биохимический анализ крови: общий холестерин – 4,5 ммоль/л, ТГ – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,3 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, креатинин – 74 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 88 мл/мин; калий – 3,0 ммоль/л, натрий 160 ммоль/л; ЭКГ: синусовая брадикардия 54 удара в минуту, сглаженность и инверсия зубца Т в грудных отведениях.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какую медикаментозную и немедикаментозную терапию Вы бы рекомендовали пациентке? Укажите необходимые дозы. Обоснуйте свой выбор.

5. Составьте и обоснуйте маршрутизацию данной пациентки, включая определение необходимого этапа оказания медицинской помощи. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

378

**Ситуационная задача 315 [K003303]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 42 лет, юрист, обратилась на приѐм к врачу-терапевту участковому с жалобами на приступы внезапного повышения артериального давления до 200/110 мм рт.ст. и выше, сопровождающиеся головной болью, головокружением, сердцебиением, чувством беспокойства, страха, дрожью во всем теле, потливостью. Продолжительность таких приступов составляла от нескольких минут до 1 часа.

Из анамнеза известно, что впервые подобные приступы стали беспокоить год назад. Развитию этих приступов обычно предшествовали физическая нагрузка или нервное перенапряжение. По совету знакомой принимала Лозартан 50 мг в сутки, однако, без видимого эффекта. Неоднократно за последние 2-3 мес. вызывала БСМП по поводу гипертонического криза. Однако ввиду того, что приступ проходил самостоятельно до приезда БСМП от госпитализации отказывалась. За последний месяц вышеуказанные приступы участились до 1 раза в неделю, что и послужило поводом обратиться к врачу-терапевту участковому . Из анамнеза жизни: у матери АГ.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное, рост – 167 см, вес – 62 кг, ИМТ – 22,23 кг/м2. Кожные покровы бледные, влажные. В лѐгких - везикулярное дыхание. ЧД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 86 в минуту. АД – 128/80 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезѐнка не увеличены. Поколачивание в области почек безболезненное с обеих сторон.

В анализах: общий анализ крови, общий анализ мочи в пределах нормы; общий холестерин – 4,8 ммоль/л, ТГ – 1,3 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 2,4 ммоль/л, глюкоза сыворотки натощак – 6,4 ммоль/л, креатинин – 64 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 103 мл/мин.

ЭКГ: синусовый ритм, 85 ударов в минуту, угол α - 30°, индекс Соколова-Лайона 38 мм.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

4. Какую медикаментозную и немедикаментозную терапию вы бы порекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.

5. Составьте и обоснуйте маршрутизацию данной пациентки, включая определение необходимого этапа оказания медицинской помощи, вопросы экспертизы нетрудоспособности. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

379

**Ситуационная задача 316 [K004624]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной 25 лет Петров И. И., водитель, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на появление эпизодов удушья с затруднѐнным выдохом, кашель с трудно отделяемой мокротой практически ежедневно. Приступы удушья возникают 2-3 раза в неделю, чаще ночью и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Незначительная одышка при физической нагрузке. Лекарства не принимал. Считает себя больным около 3 месяцев. За медицинской помощью обратился впервые. С детства частые бронхиты с обострениями в весенне-осенний периоды. Другие хронические заболевания отрицает. Операций, травм не было. Курит по 1,5 пачки в день 5 лет. У матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь.

Аллергологический анамнез не отягощѐн. Профессиональных вредностей не имеет.

При физикальном осмотре: состояние больного лѐгкой степени тяжести. Температура тела ‒ 36,7°С. Кожные покровы чистые, влажные. Рост ‒ 175 см, вес ‒ 81 кг. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД ‒ 18 в минуту. При перкуссии - ясный лѐгочный звук. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации–дыхание везикулярное, проводится во все отделы, выслушивается небольшое количество сухих, рассеянных, высокодискантных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 80 ударов в минуту удовлетворительного наполнения и напряжения. АД ‒ 120/80 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10×9×7 см. Дизурических явлений нет.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.

3. Составьте план лечебных мероприятий.

4. Проведите врачебно-трудовую экспертизу (ВТЭ), определите противопоказанные виды труда.

5. Укажите показания к неотложной госпитализации у пациента. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

380

**Ситуационная задача 317 [K004632]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 70 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на учащѐнное сердцебиение, чувство перебоев в работе сердца, головокружение при ходьбе, слабость, одышку при ходьбе до 150 м по ровной местности. Ухудшение самочувствия отмечает в течение суток.

В анамнезе: инфаркт миокарда в 2005 году, по поводу чего лечился в отделении кардиологии (документов нет). Более 20 лет отмечает высокие цифры АД (160-180/100-110 мм рт.ст.). Гипотензивную терапию получает ситуационно (Капотен, Нифедипин). Курит более 20 лет по 20 сигарет в день. Семейный анамнез: мать умерла в 75 лет, страдала АГ, ИБС; отец умер в 80 лет, ИМ.

Объективно: телосложение правильное. Кожные покровы обычного цвета, чистые. Видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, жестковатое, проводится по всем лѐгочным полям, хрипов нет, ЧДД ‒ 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, аритмичные, ЧСС ‒ 110-120 в минуту. Пульс аритмичный слабого наполнения, 80-82 в минуту. Гемодинамика стабильная. АД ‒ 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень - по краю рѐберной дуги. Селезѐнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Пастозность стоп, голеней.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Определите тактику врача-терапевта участкового в данной ситуации.

4. Перечислите наиболее характерные электрокардиографические признаки мерцания (фибрилляции) предсердий.

5. В случае если по ЭКГ подтвердится фибрилляция предсердий, то необходимо ли пациенту восстановление синусового ритма? Обоснуйте свой ответ. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

381

**Ситуационная задача 318 [K005306]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 52 лет обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинике. Работает электриком в организации в течение 25 лет.

Жалобы на приступообразные боли в области сердца давящего характера, одышку при ходьбе и подъѐме по лестнице на 3 этаж, периодические головные боли.

Из анамнеза известно, что пациент 2 года назад перенѐс мелкоочаговый инфаркт миокарда. Около 10 лет страдает артериальной гипертензией (АГ), однако несмотря на рекомендации врачей постоянной антигипертензивной терапии не получал. Во время последнего визита к врачу-терапевту участковому отмечалось АД ‒ 160/100 мм рт. ст.; в биохимическом анализе крови гиперлипидемия. На ЭКГ в покое: синусовый ритм с ЧСС ‒ 88 в минуту. Горизонтальная электрическая позиция сердца. Признаки гипертрофии левого желудочка. В V 4,5 - снижение сегмента ST и отрицательный зубец Т. Рентгеноскопия сердца: сердце увеличено влево (граница сердца смещена влево и кзади за счѐт левого желудочка). Дуга аорты уплотнена и развѐрнута.

Данные объективного осмотра: состояние удовлетворительное. ИМТ - 31 кг/м2. Кожные покровы обычной окраски. В лѐгких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, над верхушкой систолический шум, акцент 2 тона над аортой. Пульс ‒ 78 ударов в минуту, ритмичный. АД ‒ 170/100 мм рт. ст. Живот мягкий, печень не пальпируется. Дизурии нет. Отѐков нет.

Анализы крови и мочи без патологии, общий холестерин ‒ 6,2 ммоль/л, ТГ ‒ 2,5 ммоль/л, креатинин ‒ 101 мкмоль/л. ЭКГ: синусовый ритм. Горизонтальная электрическая позиция сердца. Признаки гипертрофии левого желудочка. В V 4,5 - снижение сегмента ST и отрицательный зубец Т. Единичная желудочковая экстрасистола.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте план терапевтического лечения. Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Определите трудовой, жизненный прогнозы, принципы диспансерного наблюдения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

382

**Ситуационная задача 319 [K005307]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

В поликлинику к врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 45 лет. Жалуется на слабость, умеренную одышку при подъѐме на 2-3 этаж, обильные и длительные менструации (8 дней).

В анамнезе: страдает хроническим холециститом, колитом.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожа бледная, в лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной и абсолютной сердечной тупости в пределах нормы. Сердечные тоны ясные, ритмичные, систолический шум на верхушке сердца. ЧСС – 68 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурии, отѐков нет. Стул 1 раз в 2 дня, оформленный, без слизи и крови.

Общий анализ крови: гемоглобин – 90 г/л, эритроциты – 2,8×1012/л, MCV – 80 fl, MCH – 27 пг, MCHC – 31 г/дл, лейкоциты – 4,6×109/л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 68%, лимфоциты – 22%, моноциты – 7%, СОЭ – 12 мм/ч.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

4. Составьте план терапевтического лечения. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациентке в составе терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Через 4 недели терапевтического лечения состояние пациентки улучшилось: исчезли слабость, утомляемость, одышка при нагрузке. В анализе крови: гемоглобин - 125 г/л, эритроциты - 3,5×1012/л, АД колеблется в пределах 120-130/70-80 мм рт. ст. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

383

**Ситуационная задача 320 [K005308]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Пациент С. 53 лет, водитель автобуса, выписан из стационара, где лечился в течение 28 дней по поводу инфаркта миокарда. Жалобы на боль за грудиной при ходьбе через 300 метров и при подъѐме на второй этаж, исчезающую в покое или после приѐма 1 таблетки Нитроглицерина, небольшую одышку при ходьбе.

Общее состояние сравнительно удовлетворительное. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в минуту. Границы сердца: правая – на 0,5 см от правого края грудины, верхняя – 3 ребро, левая – на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 64 удара в минуту, АД – 130/80 мм рт.ст. Печень и селезѐнка не увеличены.

Анализ крови: Нb – 138 г/л, лейкоциты – 6,6×109/л, нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 25%, моноциты – 4%, СОЭ – 10 мм/час.

Анализ мочи: удельный вес – 1019, белок (–), лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Липиды крови: общий холестерин (ОХС) – 5,6 ммоль/л; триглицериды (ТГ) – 1,6 ммоль/л, холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП) – 1,1 ммоль/л, холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) – 3,7 ммоль/л.

Креатинин – 100 мкмоль/л; СКФ – 75 мл/мин.

ЭКГ: ритм синусовый правильный, ЧСС – 66 ударов в минуту, нормальное положение электрической оси сердца. В отведениях II, III, AVF патологический зубец Q, сегмент ST на изолинии, зубец Т слабо отрицательный.

Эхо-КГ: толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) – 1,1 см, толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) - 1,1 см. Размер левого предсердия – 4,2 см. Конечный систолический размер левого желудочка (КСРЛЖ) – 2,4 см. Конечный диастолический размер левого желудочка (КДРЛЖ) – 5 см. Фракция выброса левого желудочка (ФВ) – 52 %. Гипокинез нижней стенки левого желудочка. Трансмитральный диастолический поток с преобладанием предсердной систолы (Е/А=0,8).

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие лекарственные препараты следует назначить пациенту? Назовите препараты, обоснуйте их назначение.

4. Показана ли пациенту консультация врача-кардиохирурга? Обоснуйте Ваш ответ.

5. Проведите экспертизу трудоспособности и решите вопрос санаторно-курортного лечения. Обоснуйте Ваш ответ. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

384

**Ситуационная задача 321 [K005309]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной А. 56 лет, водитель автобуса, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на жгучие боли за грудиной, возникающие при ходьбе в обычном темпе по ровной местности примерно более 500 метров или при подъѐме по лестнице на второй этаж, исчезающие через 5 минут после приѐма 1 таблетки Нитроглицерина, одышку при умеренной физической нагрузке. Болен в течение года.

Наследственность отягощена: отец умер в 60 лет от инфаркта.

Больной курит около 30 лет по 1 пачке в день.

Общее состояние относительно удовлетворительное. Питание умеренное. ЧД – 18 в минуту, в лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 78 ударов в минуту, АД – 130/80 мм рт.ст. Печень и селезѐнка не пальпируются.

Липиды крови: ОХС - 6,2 ммоль/л, ТГ – 1,6 ммоль/л, ХС ЛПВП – 1,2 ммоль/л, ХС ЛПНП – 4,2 моль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС – 78 ударов в минуту, положение электрической оси сердца нормальное. Рисунок ЭКГ без существенных отклонений от нормы.

Креатинин крови – 100 мкмоль/л; СКФ – 70 мл/мин.

Эхо-КГ: толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) – 0,9 см; толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) – 1,0 см. Размер левого предсердия – 4,5 см. Полости желудочков существенно не изменены. Фракция выброса левого желудочка (ФВ) – 58%. Трансмитральный диастоличекий поток с преобладанием предсердной систолы (Е/А=0,7). Диастолическая дисфункция по 1 типу.

При суточном мониторировании ЭКГ отмечено появление депрессии сегмента ST более 23 мм при подъѐме по лестнице выше второго этажа продолжительностью 3,5 минуты.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие лекарственные препараты следует назначить пациенту? Назовите препараты, обоснуйте их назначение.

4. Какие антиангинальные препараты опасно использовать в комбинации? Обоснуйте Ваш ответ.

5. С какими антиангинальными препаратами можно комбинировать Триметазидин и Ранолазин? Обоснуйте Ваш ответ. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

385

**Ситуационная задача 322 [K005310]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Пациент М. 50 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головную боль, преимущественно в затылочной области, повышение АД – 190/100 мм рт.ст. в течение года.

Анамнез: повышение АД в течение 6-7 лет, непостоянно принимал Эналаприл. Адаптирован к АД 135-140/85-90 мм рт.ст. Мать (возраст 77 лет) страдает артериальной гипертензией. Пациент не курит.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, чистые, ритм правильный, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 76 ударов в минуту, АД – 185/105 мм рт.ст. Живот несколько увеличен за счѐт подкожной жировой клетчатки, мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Индекс массы тела – 28,6 кг/м2.

В анализах: общий холестерин – 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, креатинин – 120 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 56 мл/мин, альбуминурия – 12 мг/сутки (год назад: СКФ = 56 ммоль/л и альбуминурия – 14 мг/сутки).

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 76 ударов в минуту, горизонтальное положение электрической оси сердца. Амплитуда зубцов: S в отв.V2 = 20 мм, R в отв. V5 = 25 мм.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.

5. Какие еще препараты показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

386

**Ситуационная задача 323 [K005312]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 67 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головную боль, преимущественно в затылочной области, при повышении АД до 180/100 мм рт.ст.

Из анамнеза известно, что пациент страдает АГ около 10 лет, однако, несмотря на рекомендации врачей, постоянной антигипертензивной терапии не получал. Во время последнего визита к врачу-терапевту четыре месяца назад было зарегистрировано АД 170/100 мм рт.ст., в анализе мочи выявлялась альбуминурия 30 мг/сутки, в биохимическом анализе крови уровень общего холестерина – 5,7 ммоль/л.

Семейный анамнез: мать 88 лет страдает АГ, отец умер в 55 лет от ИМ.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 34 кг/м2. Окружность талии – 104 см, окружность бѐдер – 102 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 74 удара в минуту, АД – 170/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин – 6,7 ммоль/л, ТГ – 2,9 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,8 ммоль/л, через 2 часа после приѐма 75 г глюкозы – 6,4 ммоль/л, креатинин – 101 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 70,8 мл/мин, альбуминурия – 100 мг/сутки.

**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. Через 6 месяцев регулярной антигипертензивной терапии (комбинация Амлодипина в дозе 5 мг/сутки и препарата из группы антигипертензивных лекарственных средств, выбранной в прошлом вопросе), приѐма Розувостатина 20 мг/сутки, соблюдения диеты АД колеблется в пределах 120-130/70-80 мм рт.ст., глюкоза натощак – 5,4 ммоль/л, общий холестерин – 5,0 ммоль/л, ТГ – 1,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,7 ммоль/л, креатинин – 108 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 65,3 мл/мин, альбуминурия – 10 мг/сутки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

387

**Ситуационная задача 324 [K005313]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 65 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение АД до 200/100 мм рт.ст., сопровождающееся интенсивной головной болью, головокружением, тошнотой, сердцебиением, усиленным потоотделением.

Из анамнеза известно, что в течение 2 последних лет пациент отмечает периодические повышения АД до 180/100 мм рт. ст., для купирования которого вызывал бригаду скорой медицинской помощи. К врачу обращался, однако лекарственные препараты принимал не регулярно. Накануне отмечает стрессовую ситуацию на работе. Утром, после пробуждения стала беспокоить сильная головная боль, тошнота, сердцебиение, головокружение, АД 200/100 мм рт. ст. Пациент вызвал врача-терапевта участкового на дом.

Курит 20 лет по ½ пачки сигарет в день. Алкоголь употребляет периодически.

Семейный анамнез: мать 88 лет страдает АГ, отец 89 лет страдает АГ, СД 2 типа.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 28 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Перкуторно: правая граница сердца – на 1 см кнаружи от правого края грудины по правой парастернальной линии, верхняя граница сердца – III межреберье по левой парастернальной линии, левая – по левой срединно-ключичной линии в пятом межреберье. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 92 удара в минуту, АД – 200/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 92 уд/мин, Р=0,08 с, PQ=0,18 с, QRS=0,08 с, ЭОС – угол α=+28°, индекс Соколова-Лайона – 39 мм.

Эхокардиография: КДР – 57 мм, КСР – 35 мм, ФВ – 58%, ЗСЛЖ – 11,2 мм, ЛП – 35 мм, индекс массы миокарда левого желудочка – 128 г/м2, аорта уплотнена, створки аортального клапана уплотнены, диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка.

**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 будете рекомендовать пациенту для купирования данного состояния? Обоснуйте свой выбор.

5. Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств Вы будете рекомендовать данному пациенту для планового лечения? Обоснуйте свой выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

388

**Ситуационная задача 325 [K005314]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 68 лет обратилась на приѐм к врачу-терапевту участковому с жалобами на боль в коленных суставах при ходьбе в вечернее время и в первую половину ночи, утреннюю скованность до первых движений. Больше беспокоит правый коленный сустав.

Из анамнеза известно, что периодические боли в коленных суставах при ходьбе появились около 15 лет назад. В периоды ухудшения обращалась к врачу-терапевту участковому, принимала НПВП, пользовалась противовоспалительными мазями. Последнее ухудшение в течение трѐх недель, связывает с длительной ходьбой, с ношением тяжестей. Больная самостоятельно принимала Найз по 1 таблетке в день около недели. Состояние улучшилось незначительно, и пациентка решила обратиться к врачу-терапевту участковому.

Семейный анамнез: оперирована по поводу желчнокаменной болезни 5 лет назад. Страдает ГБ 2 стадии, АГ 2 степени в течение 15 лет, принимает Эналаприл и Амлодипин. Работа пациентки связана с частым хождением по лестницам в течение дня.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 31 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Перкуторно: правая граница сердца – по правому краю грудины по правой парастернальной линии, верхняя граница сердца – нижний край III ребра по левой парастернальной линии, левая – по левой срединно-ключичной линии в пятом межреберье. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 76 ударов в минуту, АД – 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Коленные суставы деформированы, правый немного увеличен в объѐме за счѐт отѐка, болезненны при пальпации с медиальной стороны, движения ограничены, больше в правом коленном суставе. При движении в коленных суставах определяется крепитация.

В общем анализе крови: эритроциты – 4,2×1012/л, гемоглобин – 136 г/л, ЦП – 0,9, тромбоциты – 289×109/л, лейкоциты – 5,7×109/л, эозинофилы – 1%, сегментоядерные – 65 %, палочкоядерные – 1 %, лимфоциты – 29%, моноциты – 4 %, СОЭ – 12 мм/час.

В биохимическом анализе крови: билирубин – 18 мкмоль/л, АСТ – 25 ЕД/л, АЛТ – 29 ЕД/л, глюкоза – 4,9 ммоль/л, общий белок – 65 г/л, общий холестерин – 5,5 ммоль/л, СРБ – 1,5, креатинин – 77 мкмол/л, мочевая кислота – 348 ммоль/л.

Рентгенограмма коленных суставов в прямой проекции: значительное сужение медиальной суставной щели коленных суставов, больше справа, субхондральный остеосклероз, краевые костные разрастания на краях суставных поверхностей.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

389

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назначьте лечение пациентке. Обоснуйте свой выбор.

5. Пациентка пришла на приѐм к врачу-терапевту участковому через 14 дней. При осмотре коленные суставы деформированы, в объѐме не увеличены, движения в полном объѐме. Ваша врачебная тактика, обоснуйте. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

390

**Ситуационная задача 326 [K005315]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 52 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, иррадиирующие в левое плечо, лопатку, возникающие только во время быстрой ходьбы, в покое боли быстро проходят.

Болен в течение 2 месяцев, ранее к врачу не обращался.

Пациент курит в течение 15 лет по ½ пачки сигарет в день, ведѐт малоподвижный образ жизни.

Из семейного анамнеза: мать и старший брат (60 лет) страдают ГБ, отец умер от инфаркта миокарда.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 28 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС – 76 ударов в минуту, АД – 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Биохимический анализ крови: АСТ – 27 ЕД/л, АЛТ – 28 ЕД/л, глюкоза – 5,2 ммоль/л, общий белок – 65 г/л, общий холестерин – 5,7 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 72 удара в минуту, Р=0,08 с, PQ=0,16 с, QRS=0,08 с, ЭОС – угол α=+18°.

Холтеровское мониторирование электрокардиограммы: выявлено 4 эпизода депрессии сегмента ST на 1,5-2 мм во время подъѐмов по лестнице на 2-3 этаж.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Определите тактику ведения. Назначьте лечение. Определите сроки временной нетрудоспособности. Обоснуйте.

5. Пациент пришел на приѐм к врачу-терапевту участковому на 7 день. Боли в сердце не беспокоят, однако появился сухой кашель, катаральных явлений нет. Пациент осмотрен врачом-оториноларингологом, патологии не обнаружено. Ваша врачебная тактика, обоснуйте. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

391

**Ситуационная задача 327 [K005316]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 54 лет пришѐл на приѐм к врачу-терапевту участковому с жалобами на не купирующиеся приѐмом трѐх таблеток Нитроглицерина загрудинные боли, возникшие утром, одышку.

Из анамнеза: пять лет назад перенес Q-инфаркт заднедиафрагмальной области левого желудочка. Проходил реабилитацию в кардиологическом отделении санатория. Инвалид 3 группы, работает неполный рабочий день. После инфаркта миокарда болей в сердце не было 2 года, в течение последнего года отмечает появление периодических, 2-3 раза в неделю, сдавливающих болей за грудиной, которые проходили в течение 4-5 минут после применения Нитроминта. Настоящее ухудшение связывает со стрессовой ситуацией на работе. Принимает Аспирин и Триметазидин.

Из семейного анамнеза: мать страдает ГБ, отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 63 лет.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски. ЧДД – 20 в 1 минуту. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 86 ударов в минуту, АД – 115/75 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

На ЭКГ – острейшая стадия ИМ передней боковой и верхушечной стенок левого желудочка.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.

4. Определите тактику ведения. Назначьте лечение на догоспитальном этапе.

5. При повторной записи ЭКГ до приезда бригады скорой медицинской помощи зарегистрирована политропная желудочковая экстрасистолия. К какой группе осложнений относится данное нарушение ритма? Будет ли показан санаторный этап реабилитации этому больному? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

392

**Ситуационная задача 328 [K005317]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 27 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на выраженную слабость, повышение температуры до 38°С, малопродуктивный кашель.

Из анамнеза: заболела день назад, когда после переохлаждения повысилась температура тела до 38,2°С, появилась слабость, малопродуктивный кашель. Принимала Парацетамол для снижения температуры.

Из анамнеза жизни: росла и развивалась нормально, в детстве перенесла ветряную оспу. Аллергологический анамнез не отягощѐн.

При осмотре: общее состояние ближе к среднетяжѐлому. Температура тела - 37,8°С. Сознание ясное. Кожные покровы чистые, обычной окраски, влажные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧДД - 20 в минуту. Голосовое дрожание справа ниже угла лопатки усилено. При перкуссии грудной клетки справа ниже угла лопатки определяется притупление перкуторного звука, над остальными полями - ясный лѐгочный звук. Аускультативно в месте тупости на фоне ослабленного везикулярного дыхания выслушивается крепитация, над остальными лѐгочными полями - дыхание везикулярное. ЧСС - 88 ударов в 1 минуту, АД - 125/75 мм рт. ст. Язык влажный, немного обложен белым налѐтом у корня. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезѐнка не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.

4. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

5. Врач-терапевт участковый посетил пациентку через 3 суток с момента начала антибактериальной терапии. Пациентка отмечает улучшение самочувствия, снижение температуры до 37,3°С в вечернее время. В общем анализе крови: эритроциты - 4,2×1012/л, гемоглобин - 136 г/л, ЦП - 0,9, тромбоциты - 289×109/л, лейкоциты - 8,7×109/л, эозинофилы - 1%, сегментоядерные - 75 %, палочкоядерные - 1 %, лимфоциты - 19%, моноциты - 4%, СОЭ - 25 мм/час. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в нижней доле правого лѐгкого инфильтрация лѐгочной ткани. Корни лѐгких структурны.

Какова тактика дальнейшего ведения больной? Какова длительность нетрудоспособности? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

393

**Ситуационная задача 329 [K005318]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 67 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на выраженную слабость, повышение температуры до 37,3°С, кашель с трудноотделяемой желтоватой мокротой, потливость.

Из анамнеза: заболела три дня назад, когда после длительной прогулки вечером почувствовала общую слабость, вечером повысилась температура тела до 37,2°С, появился кашель, значительно снизился аппетит. Лечилась народными средствами, без эффекта. Усилилась слабость, появилась потливость, сохранялась субфебрильная температура, и пациентка обратилась к врачу-терапевту участковому.

Из анамнеза жизни: страдает сахарным диабетом 2 типа, принимает Манинил, ведет малоактивный образ жизни. Страдает ГБ, принимает Эналаприл по 5 мг 1 раз в день и Амлодипин по 5 мг 1 раз в день. Аллергологический анамнез не отягощѐн.

При осмотре: общее состояние ближе к удовлетворительному. ИМТ - 32 кг/м². Температура тела - 37,2°С. Сознание ясное. Кожные покровы чистые, повышенной влажности. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧДД - 22 в минуту. При аускультации дыхание везикулярное, слева, ниже угла лопатки - ослабленное, там же выслушиваются влажные звучные хрипы, над остальными лѐгочными полями дыхание везикулярное. ЧСС - 92 удара в 1 минуту, АД - 150/90 мм рт. ст. Язык влажный, немного обложен белым налѐтом у корня. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезѐнка не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 92 удара в минуту, Р=0,08 с, PQ=0,18 с, QRS=0,08 с, ЭОС - угол α=+28°, индекс Соколова-Лайона - 39 мм.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план обследования пациентки для уточнения основного заболевания.

4. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

5. Врач-терапевт участковый посетил пациентку через 3 суток с момента начала антибактериальной терапии. Пациентка отмечает улучшение самочувствия, снижение температуры до 37,3°С в вечернее время. В общем анализе крови: эритроциты - 4,1×1012/л, гемоглобин - 136 г/л, ЦП - 0,9, тромбоциты - 289×109/л, лейкоциты - 7,7×109/л, эозинофилы - 1%, сегментоядерные - 75 %, палочкоядерные - 1 %, лимфоциты - 19%, моноциты - 4 %, СОЭ - 21 мм/час. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в нижней доле правого лѐгкого инфильтрация лѐгочной ткани. Корни лѐгких структурны. Какова тактика дальнейшего ведения больной? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

394

**Ситуационная задача 330 [K005319]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 62 лет вызвала врача-терапевта участкового на дом. Жалобы на выраженную слабость, одышку при незначительной нагрузке, чувство тяжести в правой половине грудной клетки, сухой кашель, сильную боль в области правой молочной железы и в правой подмышечной области, плохой сон, отсутствие аппетита.

Из анамнеза: заболела два года назад, когда заметила уплотнение в правой молочной железе. После обследования был поставлен диагноз «рак правой молочной железы», получила пять курсов полихимиотерапии. Принимала Кеторол, Метамизол натрия, Трамадол по 100 мг 2 раза в сутки. Состояние ухудшилось в течение последних четырѐх месяцев: одышка стала беспокоить при незначительной нагрузке, появилась тяжесть в правом боку, сухой кашель.

Из анамнеза жизни: туберкулѐз, венерические заболевания отрицает.

Гинекологический анамнез: менструация с 13 лет, регулярная по 5 дней, роды - 2, абортов - 2. Менопауза с 50 лет.

В анамнезе ЖКБ, холецистэктомия в возрасте 47 лет. Кровь и кровезаменители не переливали.

У родной сестры пациентки - рак правой молочной железы, по поводу которого проведена правосторонняя мастэктомия.

Аллергологический анамнез не отягощѐн.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Положение вынужденное, на правом боку. Пониженного питания. Рост - 167 см, вес - 56 кг. Бледность кожных покровов, акроцианоз, набухание шейных вен. Задние шейные, задние ушные, поднижнечелюстные лимфоузлы не пальпируются. Периферических отѐков нет. ЧДД - 24 в минуту. Правая сторона грудной клетки отстаѐт при дыхании. Определяется притупление перкуторного звука справа, ниже угла лопатки. Дыхание справа, ниже угла лопатки значительно ослаблено. Пульс - 92 удара в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД - 125/75 мм рт. ст. Язык влажный, негусто обложен белым налѐтом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Край печени пальпируется на 2 см ниже края правой рѐберной дуги. Стул нерегулярный, запоры до 5 дней. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

В правой молочной железе на границе верхних квадрантов обнаруживается очаг уплотненной ткани 8 × 8 см с неровными границами, контуры нечѐткие, сосок втянут. Уплотнение безболезненное неподвижное, спаянное с кожей. Кожа над опухолью гиперемирована. Выделений из соска нет. Левая молочная железа без патологии. В подмышечной области справа пальпируются лимфатические узлы, увеличены до 2 см, плотные, безболезненные, спаяны с окружающими тканями.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план обследования пациентки для уточнения диагноза.

4. Какой ступени обезболивающую терапию необходимо назначить больной? Назовите показания для назначения опиоидных анальгетиков.

5. Какая адъювантная терапия должна быть назначена больной? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

395

**Ситуационная задача 331 [K005320]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 36 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на резкие боли в левом подреберье, иррадиирующие в поясницу, больше слева, метеоризм. Со слов больного, боль усиливается в положении лѐжа на спине и уменьшается в положении сидя с небольшим наклоном вперѐд.

Из анамнеза: накануне был на дне рождения у друга, употреблял жирную пищу и алкоголь. Отмечает, что боли в левом подреберье после употребления жирной, жареной пищи, алкоголя появлялись и ранее (в течение примерно 3 лет). За медицинской помощью не обращался.

При осмотре общее состояние ближе к удовлетворительному. Температура - 37,1°С. Правильного телосложения, слегка пониженного питания, ИМТ = 17,8 кг/м2. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс - 78 ударов в минуту, ритмичный. АД - 115/75 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. В лѐгких дыхание везикулярное. Живот при пальпации болезненный в области проекции поджелудочной железы. Симптомы Мѐрфи и Кера, Щѐткина-Блюмберга отрицательны. Печень +2 см из-под края рѐберной дуги, край безболезненный. Селезѐнка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул неоформленный до 3 раз в сутки.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента для уточнения диагноза.

4. Назначьте лечение.

5. Проведите экспертизу трудоспособности. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

396

**Ситуационная задача 332 [K005321]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 65 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на перебои в работе сердца, сердцебиение, боли в области сердца сжимающего характера и одышку при обычной физической нагрузке, общую слабость, быструю утомляемость, отѐки ног.

Из анамнеза известно, что больной 4 года назад перенес Q-инфаркт миокарда. Год назад появились периодически возникающие приступы фибрилляции предсердий длительностью до 7 суток, по поводу которых больной неоднократно госпитализировался в кардиологическое отделение. Длительное время принимает Соталол 40 мг 2 раза в день, периодически - Аспирин и Нитроглицерин.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ - 28 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отмечается пастозность голеней. В лѐгких дыхание везикулярное, в нижних отделах единичные незвучные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, аритмичные, мягкий систолический шум на верхушке. ЧСС - 84 удара в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин - 6,3 ммоль/л, ТГ - 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 0,9 ммоль/л, глюкоза натощак - 5,9 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы - 6,5 ммоль/л, креатинин - 92 мкмоль/л.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. С учѐтом шкалы CHA2 DS2 -VASc риск развития инсульта и системных тромбоэмболий у пациента составляет 3 балла. С учѐтом шкалы HAS-BLED риск кровотечений равен 1 баллу. Какой непрямой антикоагулянт Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Назначьте полностью лечение в соответствии с диагнозом. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

397

**Ситуационная задача 333 [K005323]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 33 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, периодически возникающее ощущение сердцебиения, плохой аппетит, слабость, раздражительность, снижение работоспособности, ухудшение памяти. Беспокоят изъязвления в углах рта, выпадение волос, ломкость ногтей.

Из анамнеза: слабость, периодически возникающие ощущения сердцебиения, снижение работоспособности появились около трѐх лет назад, однако пациентка этим проявлениям особого значения не придавала, связывала их с повышенными нагрузками на работе. Данные симптомы стали постепенно прогрессировать.

Последний год отмечает изменения вкуса - непреодолимое желание есть сырое тесто, а также страсть к определѐнным запахам (лака, ацетона, бензина).

Обеспокоенная своим состоянием женщина решила обратиться к врачу-терапевту участковому.

Из анамнеза: менструации с 13 лет, по 7-8 дней, обильные, со сгустками. Беременностей - 3, родов - 2, абортов - 1.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Масса тела - 56 кг, рост - 170 см. Кожные покровы бледные, сухие, чистые. Волосы сухие, тусклые, секущиеся. Ногти на вид уплощѐнные, слоистые. Заеды в углах рта. Видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Отѐков нет. Лимфатические узлы не увеличены. ЧД - 18 ударов в минуту. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, нежный систолический шум на верхушке. Пульс - 92 удара в минуту, ритмичный. АД - 100/60 мм ртутного столба. Язык обложен белым налѐтом у корня. Выражена атрофия сосочков языка, единичные трещины. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезѐнка не увеличены. Стул оформленный, регулярный. Дизурий нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

4. Пациентка подошла на повторный приѐм к врачу-терапевту участковому с результатами анализов. Общий анализ крови: Нb - 94 г/л, эритроциты - 3,6 × 1012/л, цветовой показатель - 0,8, тромбоциты - 186 × 109/л, лейкоциты - 6,0 × 109/л, палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 62%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 30%, моноциты - 6%, СОЭ - 6 мм/час, гипохромия, микроцитоз. Биохимия крови: железо сыворотки - 7,8 мкмоль/л, ферритин - 8 мкг/л (норма 30-120 мкг/л), ОЖСС - 85 ммоль/л (норма 44,75-60 ммоль/л). Поставьте окончательный диагноз. Обоснуйте.

5. Назначьте лечение: немедикаментозное и медикаментозное. Обоснуйте. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

398

**Ситуационная задача 334 [K005324]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 52 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на боль в правом подреберье приступообразного характера, сухость и горечь во рту, повышение температуры до 37,2 °С.

Из анамнеза: страдает хроническим холециститом, наблюдается у врача-терапевта участкового. Пять лет назад прошла курс лечения в стационаре. В эпикризе по данным УЗИ – мелкие конкременты в желчном пузыре, стенка утолщена до 4 мм. Отмечает периодические приступообразные боли в правом подреберье после погрешности в диете. Последнее ухудшение в течение двух дней, связывает с употреблением жирной пищи.

Наследственность отягощена - мать страдала ЖКБ.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Периферические лимфоузлы не пальпируются. ЧДД - 18 ударов в 1 минуту. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс - 92 удара в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Тоны сердца звучные, ритмичные. Язык сухой, обложен белым налѐтом у корня. Живот мягкий, чувствительный в правом подреберье, симптомы Мѐрфи и Керра положительные, печень пальпируется по краю рѐберной дуги, обычной консистенции, безболезненная, селезѐнка не пальпируется. Дизурий нет. Стул регулярный.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план обследования пациентки. Назовите УЗИ-признаки острого холецистита.

4. Какова тактика лечения пациентки? Обоснуйте.

5. Какое немедикаментозное лечение показано пациентке? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

399

**Ситуационная задача 335 [K005328]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 47 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на головную боль, шум в ушах, выраженную мышечную слабость, в связи с чем возникают трудности при ходьбе, периодические судороги в мышцах ног.

Из анамнеза известно, что пациентка считает себя больной на протяжении последнего года, за медицинской помощью не обращалась.

Из семейного анамнеза: мать пациентки 72 лет страдает ИБС и ГБ.

При осмотре: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В лѐгких везикулярное дыхание. ЧДД - 20 в минуту. Сердечные тоны ритмичные, приглушены, выслушивается акцент II тона в проекции аорты. Перкуторно: правая граница сердца - по правому краю грудины в пятом межреберье, верхняя граница сердца - III межреберье по левой парастернальной линии, левая граница сердца - по левой срединно-ключичной линии в пятом межреберье. АД - 210/130 мм рт. ст. Пульс - 82 удара в минуту, ритмичный, напряжѐнный. Печень по краю рѐберной дуги, мягкая, безболезненная. Стул, мочеиспускание - без особенностей. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с двух сторон. Периферических отѐков нет.

В биохимическом анализе крови: глюкоза - 4,5 ммоль/л, ОХС - 4,2 ммоль/л, ХС ЛПНП - 2,3 ммоль/л, ХС ЛПВП - 1,2 ммоль/л, билирубин - 19 мкмоль/л, кальций - 2,25 ммоль/л (N = 2,2-2,75 ммоль/л), калий - 2,7 ммоль/л (N = 3,6-6,3 ммоль/л), натрий - 146 ммоль/л (N = 135-152 ммоль/л).

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какова тактика лечения? Препараты какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Назовите сроки временной нетрудоспособности при данном заболевании. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

400

**Ситуационная задача 336 [K005329]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 57 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на периодические головные боли, преимущественно в затылочной области, при повышении АД до 170/90 мм рт. ст., при смене погоды, при стрессовых ситуациях.

Из анамнеза известно, что пациент страдает АГ около 5 лет, однако, несмотря на рекомендации врачей, постоянной антигипертензивной терапии не получал. Во время последнего визита к врачу-терапевту четыре месяца назад было зарегистрировано АД 160/90 мм рт. ст., в анализе мочи выявлялась альбуминурия 28 мг/сутки, в биохимическом анализе крови уровень общего холестерина - 6,3 ммоль/л.

Семейный анамнез: мать 78 лет страдает АГ, перенесла ОНМК, отец 79 лет страдает ИБС, перенес ИМ.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ - 31 кг/м². Окружность талии - 106 см, окружность бедер - 101 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС - 76 ударов в минуту, АД - 170/90 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин - 6,5 ммоль/л, ТГ - 2,6 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 0,8 ммоль/л, глюкоза натощак - 5,9 ммоль/л, креатинин - 96 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 92 мл/мин, альбуминурия - 50 мг/сутки.

**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. Через 6 месяцев регулярной терапии (комбинация Амлодипина в дозе 5 мг/сутки и препарата из группы антигипертензивных лекарственных средств, выбранной в прошлом вопросе, + Розувостатин 20 мг/сутки + соблюдение диеты) АД колеблется в пределах 120-130/70-80 мм рт. ст., глюкоза натощак - 5,4 ммоль/л, общий холестерин - 5,0 ммоль/л, ТГ - 1,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 1,7 ммоль/л, креатинин - 108 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 65,3 мл/мин, альбуминурия - 10 мг/сутки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

401

**Ситуационная задача 337 [K005331]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 75 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на перебои в работе сердца, сердцебиение, боли в сердце сжимающего характера и одышку при активности менее обычной, общую слабость, повышенную утомляемость, отѐки на ногах.

Из анамнеза известно, что пациентка страдает ИБС 10 лет. В течение последних трѐх лет отмечает перебои и сердцебиение в работе сердца. Принимала Бисопролол, Аспирин, Эналаприл, Нитроглицерин. Отмечает ухудшение состояния в течение месяца, усилилась слабость, одышка, появились отѐки на ногах.

Из семейного анамнеза: мать пациентки умерла в возрасте 80 лет от ОНМК.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ - 28 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отѐки голеней. В лѐгких дыхание везикулярное, в нижних отделах единичные незвучные влажные хрипы. Перкуторно: верхняя граница сердца - III межреберье по левой парастернальной линии, правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины в пятом межреберье, левая граница - на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии в пятом межреберье. Тоны сердца приглушены, аритмичные, мягкий систолический шум на верхушке. ЧСС - 96 ударов в минуту, АД - 130/80 мм ртутного столба. Пульс - 86 ударов в минуту. ДП=10 ударов в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень по краю правой рѐберной дуги, селезѐнка не увеличена. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. С учѐтом шкалы CHA2 DS2 -VAS c риск развития инсульта и системных тромбоэмболий у пациента составляет 4 балла. С учѐтом шкалы HAS-BLED риск кровотечений равен 1 баллу. Какой непрямой антикоагулянт Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор. Какой препарат для контроля ЧСС Вы порекомендуете пациентке?

5. Назначьте лечение в соответствии с диагнозом. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

402

**Ситуационная задача 338 [K005332]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Женщина 39 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость и повышенную утомляемость.

В целом еѐ медицинский анамнез без особенностей, но недавно она заметила, что без всякой причины похудела на 4,5 кг. Помимо этого, она испытывает головокружение при вставании. В течение последних 4 месяцев менструаций не было, но она не думает, что может быть беременна. Цвет кожи изменился. Она выглядит очень загорелой, хотя сейчас середина зимы. Она также заметила странную тягу к картофельным чипсам и солѐным огурцам. Никаких лекарственных препаратов она не принимает.

Физикальное обследование: худощавая, диффузная гиперпигментация, очень тѐмная пигментация сосков и ладонных складок на обеих руках, небольшие пятна менее выраженной пигментации на левом бедре и в средней части спины справа. Артериальное давление в положении лѐжа - 90-50 мм рт. ст., при вставании уменьшается до 80/30 мм рт. ст., пульс колеблется от 90 до 120 ударов в минуту. В остальном - без особенностей.

**Вопросы:**

1. Какое обследование следует выполнить больной?

2. Какова может быть этиология данного заболевания?

3. Каков патогенез гиперпигментации кожного покрова?

4. Какова тактика лечения этой больной?

5. Какова профилактика данного заболевания в дальнейшем? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

403

**Ситуационная задача 339 [K005333]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная Б. 48 лет жалуется на раздражительность, сердцебиение, перебои и сжимающие боли в области сердца, одышку, усиливающуюся при ходьбе, отѐки на ногах, плохую переносимость жары, повышенную потливость, мышечную слабость, похудание, нарушение сна.

Перебои в области сердца стала отмечать в течение последних 2 лет. В течение года появились отѐки на ногах, к врачу не обращалась. Менопауза с 46 лет, с частыми приливами. За 2 года похудела на 7 кг при повышенном аппетите.

Три недели назад была госпитализирована в кардиологическое отделение по поводу пароксизмальной мерцательной аритмии. Проводимое лечение в кардиологическом отделении было без эффекта.

Объективно: больная суетлива, многословна, склонна к плаксивости, пониженного питания. Кожный покров бархатистый, тѐплый, с усиленной пигментацией в местах трения одеждой. Определяется видимое утолщение шеи в области щитовидной железы, при пальпации железа средней плотности, безболезненна, подвижна. Определяется мелкий тремор вытянутых кистей рук. Пульс - 100 ударов в минуту, аритмичный, слабого наполнения и напряжения. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ЧСС - 115 в минуту, АД - 140/70 мм рт. ст. Печень не пальпируется. Отѐков нет.

**Вопросы:**

1. Для какого синдрома характерны вышеперечисленные симптомы?

2. Каков патогенез тахикардии?

3. Какие лабораторные обследования необходимо провести для установления диагноза?

4. Какие инструментальные обследования необходимо провести для установления диагноза?

5. Какова тактика лечения пациентки? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

404

**Ситуационная задача 340 [K005338]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной Д. 34 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом. Беспокоит повышение температуры до 39 °С, выраженная слабость, головная боль, боли в мышцах, чувство ссаднения за грудиной. Заболел вчера вечером. Работает инженером в конструкторском бюро. Месяц назад на работе проходила вакцинация от гриппа, от прививки отказался. Вместе с пациентом проживает беременная жена (срок беременности 24 недели) и дочь 5 лет.

При осмотре: температура 38,5 °С, лицо гиперемировано, инъекция склер и мягкого нѐба. В лѐгких дыхание везикулярное. Тоны сердца громкие, ритмичные. Пульс - 86 ударов в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот безболезненный.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Назначьте план обследования в условиях поликлиники.

3. Составьте программу лечения.

4. Проведите экспертизу утраты трудоспособности.

5. Каковы диспансерное наблюдение и профилактика при данной патологии? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

405

**Ситуационная задача 341 [K005403]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной В. 50 лет работает инженером, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на частый кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, одышку при умеренной физической нагрузке. Кашель и одышку отмечает в течение 5 лет. В течение последнего года отмечает увеличение одышки и снижение массы тела. Курит в течение 23 лет около 1,5-2 пачек папирос в сутки. В течение последних нескольких месяцев без ухудшения.

Общее состояние удовлетворительное. Грудная клетка эмфизематозная. Перкуторный звук над лѐгочными полями коробочный, дыхание везикулярное ослабленное, сухие хрипы с обеих сторон (больше на выдохе). ЧД – 20 в минуту. Границы сердца в норме. Тоны сердца приглушены на верхушке, ритм правильный. ЧСС – 78 в минуту. АД - 125/80 мм рт.ст. Печень у края рѐберной дуги. Периферических отѐков нет.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 139 г/л, лейкоциты – 6,7×109/л, моноциты – 4%, базофилы – 1%, эозинофилы – 1%, нейтрофилы – 69%, лимфоциты – 25%, СОЭ – 10 мм/час.

Рентгенограмма органов грудной клетки: лѐгочные поля повышенной прозрачности, лѐгочный рисунок усилен, деформирован, тень без особенностей. Инфильтративных изменений не выявлено.

Показатели спирографии: ЖЕЛ – 85% от должной величины, ОФВ 1 – 57% от должной величины.

Пульсоксиметрия: сатурация кислорода (SaO2) = 92%.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС – 76 в минуту, вертикальное положение электрической оси сердца. Без существенных изменений.

Индекс массы тела – 18 кг/м2.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Показаны ли антибактериальные препараты? Обоснуйте ответ. Назовите рекомендуемые препараты.

4. Составьте индивидуальную программу реабилитации.

5. Проведите экспертизу трудоспособности, обоснуйте Ваше решения. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

406

**Ситуационная задача 342 [K005404]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Пациент С. 54 лет проходит первый этап диспансеризации. По данным анкеты курит по ½ пачки сигарет в сутки в течение 10 лет, тратит на ходьбу в умеренном темпе менее 30 минут в день, не употребляет ежедневно фрукты и овощи в количестве 400 г, употребляет более 6 чайных ложек сахара или варенья в день, не обращает внимания на содержание жира/холестерина в продуктах при покупке (на этикетках) или при приготовлении пищи. Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное.

В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, чистые, ритм правильный. Частота сердечных сокращений – 72 в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот увеличен в объѐме за счѐт подкожной жировой клетчатки, мягкий при пальпации, безболезненный. Печень и селезѐнка не пальпируются. Индекс массы тела – 31 кг/м2. Окружность талии – 108 см.

Клинический анализ крови и мочи в норме.

Общий холестерин (ОХС) сыворотки крови – 6,1 ммоль/л. Глюкоза крови – 4,8 ммоль/л.

Флюорография без патологических изменений.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Нуждается ли больной в дополнительном обследовании в рамках 2 этапа диспансеризации? Обоснуйте Ваше решение и дайте рекомендации.

4. Какие рекомендации Вы дадите при проведении краткого профилактического консультирования в рамках 1 этапа диспансеризации?

5. Оцените показатели липидного спектра и сформулируйте окончательный диагноз. ОХС – 6,1 ммоль/л, ХС ЛПВП – 1,4 ммоль/л, ТГ – 2,4 ммоль/л, ХС ЛПНП – 3,6 ммоль/л. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

407

**Ситуационная задача 343 [K005406]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Пациент А. 54 лет проходит диспансеризацию (1 и 2 этапы). По данным анкеты курит по 1 пачке сигарет в сутки в течение 8 лет, тратит на ходьбу в умеренном темпе менее 30 минут в день, не употребляет ежедневно фрукты и овощи в количестве 400 г, употребляет более 6 чайных ложек сахара или варенья в день, не обращает внимания на содержание жира/холестерина в продуктах при покупке (на этикетках) или при приготовлении пищи. Жалоб нет.

Общее состояние удовлетворительное. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, чистые, ритм правильный. Частота сердечных сокращений – 72 в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот увеличен в объѐме за счѐт подкожной жировой клетчатки, мягкий при пальпации, безболезненный. Печень и селезѐнка не пальпируются. Индекс массы тела – 31 кг/м2. Окружность талии – 108 см.

Клинический анализ крови и мочи в норме.

ОХС – 6,1 ммоль/л, ХС ЛПВП – 1,4 ммоль/л, ТГ – 2,4 ммоль/л, ХС ЛПНП – 3,6 ммоль/л. Глюкоза крови – 4,8 ммоль/л.

Флюорография без патологических изменений.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Оцените абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск, если по шкале SCORE риск составляет 5%. Обоснуйте ваш ответ.

4. По итогам 2 этапа диспансеризации оцените группу состояния здоровья пациента. Обоснуйте Ваше решение.

5. Дайте рекомендации пациенту и укажите дальнейшую тактику врача-терапевта участкового. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

408

**Ситуационная задача 344 [K005409]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

На терапевтическом участке с численностью взрослого населения 1700 человек на конец календарного года на диспансеризацию пришли 395 человека. 2 пациента не заполнили анкету и 2 других пациента не были осмотрены врачом-терапевтом участковым. Объѐм выполненных исследований в рамках 1 этапа составил 86%, в рамках 2 этапа – 100%. Всем пациентам, осмотренным врачом-терапевтом участковым, проведено краткое профилактическое консультирование. Углублѐнное индивидуальное консультирование проведено 62% из направленных в кабинет медицинской профилактики. Углублѐнное групповое (в рамках школ) консультирование проведено 62% из направленных в кабинет медицинской профилактики. Все пациенты с впервые выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями взяты под диспансерное наблюдение врачом-терапевтом участковым или врачами специалистами.

**Вопросы:**

1. Рассчитайте количество человек, прошедших диспансеризацию на данном участке. Обоснуйте Ваш ответ.

2. Рассчитайте показатель «Охват диспансеризацией» на данном участке и оцените его.

3. Оцените объѐм выполненных исследований в рамках 1 и 2 этапов, обоснуйте Ваш ответ.

4. Оцените охват пациентов углублѐнным профилактическим консультированием в рамках 2 этапа, обоснуйте Ваш ответ.

5. Рассчитайте показатель «Охват пациентов с впервые выявленными заболеваниями диспансерным наблюдением» и оцените его. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

409

**Ситуационная задача 345 [K005412]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

У пациентки А. 28 лет в женской консультации выявлено повышенное АД – 155/90 мм рт.ст., по поводу чего была направлена на консультацию к врачу-терапевту участковому. Срок беременности – 16 недель.

В анамнезе в течение 2 лет периодическое повышение АД до 150-155/90 мм рт.ст. преимущественно после эмоционального напряжения. Принимала непостоянно Папазол.

Наследственность отягощена по АГ.

Общее состояние удовлетворительное. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, чистые, ритм правильный. ЧСС – 78 в минуту. АД – 155/90 мм рт.ст. Печень не пальпируется.

Анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, лейкоциты – 6,6×109/л, нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 25%, моноциты – 4%. СОЭ – 10 мм/час.

Креатинин сыворотки крови – 0,05 ммоль/л.

Анализ мочи: удельный вес – 1020, белок (–), лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС – 78 в минуту, положение электрической оси сердца нормальное, рисунок ЭКГ без существенных отклонений от нормы.

Эхо-КГ: толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) – 0,8 см, толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) – 0,9 см, размер левого предсердия – 3,3 см, конечный систолический размер левого желудочка (КСРЛЖ) – 2,3 см, конечный диастолический размер левого желудочка (КДРЛЖ) – 5,3 см, фракция выброса левого желудочка (ФВ) – 57%.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Оцените сердечно-сосудистый риск для матери и плода на период беременности, дайте заключение о возможности пролонгирования беременности. Обоснуйте Ваше решение.

4. Показаны ли антигипертензивные препараты в период беременности? Дайте рекомендации, обоснуйте свой выбор.

5. Какие антигипертензивные препараты противопоказаны пациентке? Обоснуйте Ваш ответ. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

410

**Ситуационная задача 346 [K005413]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной А. 48 лет, инженер, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сжимающие боли за грудиной, возникающие при ходьбе через 100-200 метров, часто в покое, исчезающие через 3-4 минуты после приѐма 1-2 таблеток Нитроглицерина (за сутки принимает до 5 таблеток), одышку при умеренной физической нагрузке.

Болен в течение 6 лет. Заболевание постепенно прогрессировало. Вышеуказанные жалобы отмечает в течение последних 5-6 месяцев без заметного прогрессирования. АГ в течение последних 5 лет повышалось до 170/100 мм рт.ст.

Общее состояние удовлетворительное. Питание умеренное. ЧД – 16 в минуту, в лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 80 в минуту. АД - 175/100 мм рт.ст. Печень и селезѐнка не пальпируются.

Липиды крови: общий холестерин – 4,8 ммоль/л; триглицериды – 1,6 ммоль/л; холестерин липопротеинов высокой плотности – 1,3 ммоль /л. ХС ЛПНП – 2,8 ммоль/л.

Креатинин крови – 110 мкмоль/л; СКФ – 67 мл/мин.

Анализ мочи: удельный вес – 1019, белок (–), лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС – 82 в минуту, электрическая ось сердца отклонена влево, амплитуда SV2+RV6 = 40 мм.

Эхо-КГ: толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) – 1,3 см, толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) – 1,4 см, размер левого предсердия – 4,5 см, полости желудочков существенно не изменены, фракция выброса левого желудочка (ФВ) – 58%, трансмитральный диастолический поток с преобладанием предсердной систолы (Е/А=0,8).

ВЭМ проба: при выполнении первой ступени нагрузки появилась сжимающая боль за грудиной, сопровождающаяся появлением на ЭКГ горизонтальной депрессии сегмента ST на 2 мм. В восстановительном периоде депрессия сегмента ST исчезла.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие лекарственные препараты следует назначить пациенту? Назовите препараты, обоснуйте их назначение.

4. Показана ли пациенту консультация врача-кардиохирурга? Обоснуйте Ваш ответ.

5. Проведите экспертизу трудоспособности и решите вопрос санаторно-курортного лечения. Обоснуйте Ваш ответ. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

411

**Ситуационная задача 347 [K005414]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Пациент С. 45 лет, инженер, жалоб на момент осмотра не имеет. Лечился в амбулаторных условиях по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, впервые выявленной. По данным эзофагогастродуаденоскопии был дефект слизистой оболочки луковицы двенадцатиперстной кишки диаметром 0,4 см. Язва зарубцевалась.

Общее состояние удовлетворительное. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, чистые. ЧСС – 72 в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Печень и селезѐнка не пальпируются.

Анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, лейкоциты – 6,6×109/л, нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 25%, моноциты – 4%, СОЭ – 10 мм/час.

Анализ мочи: удельный вес – 1018, белок (–), лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Тест на Нр после эрадикационной терапии (–).

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Дайте подробные рекомендации по медикаментозной профилактике рецидивов. Обоснуйте Ваше решение.

3. Назовите показания к профилактике рецидивов «непрерывной» (в течение месяцев и даже лет) поддерживающей терапии.

4. Укажите длительность диспансерного наблюдения, составьте алгоритм (схему динамического наблюдения).

5. Проведите экспертизу трудоспособности, решите вопрос о санаторно-курортном лечении. Обоснуйте Ваше решение. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

412

**Ситуационная задача 348 [K005415]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной К. 53 лет, водитель автобуса, жалуется на общую слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, периодически тошноту, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота, наклонность к запорам.

Считает себя больным в течение года, когда стал отмечать общую слабость, тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита. Похудел на 7 кг за последние 6 месяцев. В течение последних 2 месяцев появилось увеличение живота. Злоупотребляет алкоголем в течение 20 лет.

Общее состояние средней степени тяжести. Питание умеренное. Кожа бледновато-серого цвета, небольшая желтушность. Единичные сосудистые звѐздочки на груди. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 76 в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Живот несколько увеличен в объѐме, мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень +3 см из-под края рѐберной дуги, поверхность гладкая, край закруглѐн, плотный, умеренно болезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову – 15×12×10 см. Размеры селезѐнки – 12×8 см. В боковых отделах живота перкуторно определяется наличие свободной жидкости.

Анализ крови: гемоглобин – 130 г/л; лейкоциты – 4,5×109/л, эозинофилы – 1%, нейтрофилы – 77%, лимфоциты – 26%. СОЭ – 33 мм/час.

Анализ мочи: удельный вес – 1019, белок (–), лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Биохимические анализы крови: АСТ – 52 ЕД/л, АЛТ – 48 ЕД/л, тимоловая проба – 12 ЕД, общий холестерин – 4,0 ммоль/л, билирубин общий – 36 ммоль/л, прямой – 27 ммоль/л, непрямой – 9 ммоль/л, общий белок – 64 г/л, альбумины – 45% (29 г/л), глобулины: альфа-1 – 6%, альфа-2 – 16%, бета – 14 %, гамма – 26%.

Протромбиновый индекс – 70%.

Анализ крови на маркеры вирусов: Hbs антиген, Hbe антиген, антитела к Hbс антигену вируса В, антитела к вирусу С не обнаружены.

ЭФГДС: пищевод свободно проходим, расширение вен нижней трети пищевода до 4 мм в диаметре, слизистая желудка бледновата, рельеф несколько сглажен, двенадцатиперстная кишка без особенностей. Заключение: варикозное расширение вен нижней трети пищевода.

УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени, гепато- и спленомегалия, расширение портальной вены, наличие свободной жидкости.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Где может лечиться пациент (в поликлинике или стационаре)? Обоснуйте ответ. Назовите показания к госпитализации в стационар.

4. Дайте рекомендации по лечению пациента, обоснуйте выбор препаратов.

5. Проведите экспертизу трудоспособности, решите вопрос о санаторно-курортном лечении. Обоснуйте Ваше решение. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

413

**Ситуационная задача 349 [K005418]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больная 26 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на учащение приступов удушья в течение дня до 4 раз, появление приступов в ночные часы 2-3 раза в неделю, одышку при умеренной физической нагрузке, сухой непродуктивный кашель.

Анамнез заболевания: наблюдается на терапевтическом участке с диагнозом «бронхиальная астма» в течение 12 лет. В настоящее время постоянно получает базисную терапию - Будесонид 400 мкг/сутки, при этом потребность в симптоматических средствах была 1-2 раза в сутки. Обострения редкие - 1 раз в 2 года. Настоящее ухудшение в течение недели развилось на фоне ОРВИ, когда участились приступы удушья до 6 раз в сутки, появились приступы в ночные часы. Самостоятельно увеличила частоту приѐма Сальбутамола до 6-8 раз в сутки. Ночью с некупируемым приступом вызвала бригаду СМП. Приступ был купирован внутривенным введением системных глюкокортикостероидов, рекомендовано обращение за медицинской помощью в поликлинику.

Анамнез жизни: с 7 лет диагноз «Аллергический ринит. Аллергический конъюнктивит.», ситуационно применяет назальные стероиды. Выявлена сенсибилизация - к клещу домашней и библиотечной пыли, к пыльце берѐзы. Отмечает частые ОРВИ с детских лет, последний год - до 4 раз. Работает инженером, профессиональных вредностей нет. Вредные привычки отрицает.

Семейный анамнез: у матери - бронхиальная астма.

Объективный статус: температура - 36,7 °С, Sat в покое - 96%, ПСВ - 75%. Состояние лѐгкой степени тяжести. Кожные покровы чистые, влажные. Периферических отѐков нет. Дыхание через нос затруднено. В зеве умеренная гиперемия задней стенки глотки, нѐбных дужек, мягкого нѐба. Грудная клетка нормостенической формы, ЧД - 16 ударов в минуту. Грудная клетка при пальпации безболезненная. При сравнительной перкуссии лѐгочный звук ясный. При аускультации лѐгких - дыхание проводится во все отделы, выдох длиннее вдоха в 2 раза, в подлопаточных областях в обоих лѐгких выслушиваются высокодискантовые хрипы. При аускультации сердца - тоны ясные, ритмичные, 78 ударов в минуту, Ps 78 удара в минуту удовлетворительного наполнения, АД - 125/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезѐнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет.

Клинический анализ крови: Hb - 125 г/л, лейкоциты - 7100, эозинофилы - 6%, палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, лимфоциты - 24%, моноциты - 5%, СОЭ - 10 мм/час.

Рентгенография органов грудной клетки: патологических изменений не выявлено.

Спирография: ЖЕЛ - 89%, ОФВ₁ - 72%, ОФВ₁/ФЖЕЛ - 0,73, МОС 25 - 63%, МОС 50 - 59%, МОС 75 - 48%. После пробы с бронходилататором: ОФВ₁ - 92%, ОФВ₁/ФЖЕЛ - 0,78, МОС 25 - 73%, МОС 50 - 79%, МОС 75 - 78%.

ЭКГ: ритм синусовый 82 в минуту. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

414

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Оцените результаты спирометрии.

3. Проведите экспертизу трудоспособности. Назовите критерии стойкой утраты трудоспособности при бронхиальной астме.

4. Составьте план лечения для данной больной в условиях поликлиники.

5. Перечислите принципы реабилитации больных с бронхиальной астмой. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

415

**Ситуационная задача 350 [K005420]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

В городской поликлинике у врача-терапевта участкового на диспансерном учѐте хронических заболеваний состоит больной К. 65 лет с диагнозом «язвенная болезнь желудка. Гастрэктомия (1995 г.). Артериальная гипертония 2 степени, 3 стадии, риск 3. ХСН I, ФК II» в течение 20 лет.

На очередной явке больной обратился с жалобами на нарастающую выраженную слабость, быструю утомляемость при минимальной физической нагрузке, головокружение, сердцебиение в покое, снижение веса на 3 кг в течение месяца. При активном опросе больной отмечает боль, жжение в языке при приѐме пищи, а также ползание мурашек и онемение обеих нижних конечностей постоянного характера.

Из анамнеза: вышеперечисленные симптомы появились в течение 1,5-2 месяцев. На назначенные явки приходит согласно плану наблюдения. Гипотензивные препараты принимает в течение 10 лет - Периндоприл 0,005 утром, Амлодипин 0,005 на ночь. АД контролирует 2 раза в день на уровне 130/80 мм рт. ст. Курит в течение 20 лет по 0,5 пачки в день.

Аллергологический анамнез не отягощѐн.

Профессиональный анамнез: в настоящее время не работает, на пенсии, профмаршрут - 51 год электрик на производстве строительных материалов.

Объективный статус: состояние средней степени тяжести, при контакте с врачом заторможен, переспрашивает вопросы. Неуверенность при ходьбе. Вес – 56 кг, рост – 175 см. Лицо одутловатое, склеры бледно-желтушные. Кожные покровы смуглые, повышенной влажности. Пастозность голеней. Грудная клетка астеническая. В лѐгких дыхание везикулярное, ЧД - 16 в минуту, хрипов нет. Область сердца при осмотре не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - на III ребре, левая - в пятом межреберье на 1,0 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 90 ударов в минуту, систолический шум на верхушке сердца. АД на правой конечности - 130/80, на левой - 120/80 мм рт. ст. Пульс 90 ударов в минуту.

Язык ярко-розовый, блестящий, с небольшим количеством сглаженных сосочков бледно-белого цвета, имеются участки воспаления с белым налѐтом, трещины, влажный. Живот мягкий, вздут, болезненный в области эпигастрия. Печень из-под края рѐберной дуги выступает на 1 см, ординаты Курлова 13×8×7 см, селезѐнка пальпируется, безболезненная, ординаты Курлова 8/7 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул неоформленный, примеси крови и гноя отрицает, периодически отмечает запоры до 3 дней в течение месяца. Мочеиспускание безболезненное, затруднения при мочеиспускании отрицает, не учащено.

Клинический анализ крови по cito: эритроциты - 2,0×1012, Hb - 79 г/л, ЦП - 1,2, лейкоциты - 3,5×109, эозинофилы - 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 45%, лимфоциты - 43%, моноциты - 7%, Тц - 160×109, СОЭ - 16 мм/час. Выявлены морфологические изменения клеток крови: мегалобласты, анизоцитоз, зернистость эритроцитов, тельца Жолли, кольцо Кэбота, гиперсегментация нейтрофилов. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

416

Биохимический анализ крови: общий белок - 58 г/л, общий билирубин - 28,3 мкмоль/л, прямой билирубин - 2,1 мкмоль/л, глюкоза сыворотки - 4,5 ммоль/л, общий холестерин - 6,3 ммоль/л, ЛПНП - 3,5 ммоль/л, ЛПВП - 1,3 ммоль/л, триглицериды - 0,9 ммоль/л; креатинин - 76 мкмоль/л, мочевина - 4,7 ммоль/л, АСТ - 65 Ед/л, АЛТ - 58 Ед/л.

Флюорография органов грудной клетки: без патологии.

ЭКГ: ритм синусовый 82 в минуту.

УЗИ органов брюшной полости: увеличение печени за счѐт левой доли, небольшое увеличение селезѐнки.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Назначьте консультации узких специалистов, дополнительные методы исследования с их обоснованием.

3. В результате проведѐнного обследования другие причины В12 дефицитной анемии не выявлены. Определите тактику лечения больного врачом-терапевтом участковыми, необходимые контрольные исследования для оценки эффективности терапии.

4. Определите возможность направления больного на санаторно-курортное лечение (СКЛ). Какое заболевание является основанием для направления на СКЛ, и какие документы необходимо заполнить?

5. Составьте план дополнительных исследований для диспансерного наблюдения данного больного после компенсации В12-дефицитной анемии. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

417

**Ситуационная задача 351 [K005423]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 78 лет осмотрен врачом-терапевтом участковым на дому, предъявляет жалобы на одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке, дискомфорт за грудиной при повышении АД до 180/100 мм рт. ст., сердцебиение, общую слабость. В течение недели неоднократно забывал принимать назначенные препараты, Спириву принимает регулярно.

Из анамнеза: давящие боли за грудиной в течение 10 лет, в 2006 г. перенес инфаркт миокарда, лечился стационарно. В течение 20 лет повышение АД (максимальное повышение АД до 210/100 мм рт. ст.). Перенесѐнные заболевания: хроническая обструктивная болезнь лѐгких, аденома предстательной железы. Курил в течение 20 лет по 30 сигарет в сутки. Регулярно принимает Клопидогрел 75 мг, Бисопролол 2,5 мг, Аторвастатин 40 мг, Лизиноприл 20 мг, Амлодипин 5 мг, Торасемид 10 мг, Тиотропия бромид 18 мкг.

Аллергологический анамнез не отягощѐн.

Наследственность отягощена: у матери гипертоническая болезнь, отец болел сахарным диабетом, умер в возрасте 56 лет от инфаркта миокарда.

Пенсионер, инвалид 3 группы.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Рост 168 см, масса тела 71 кг, индекс массы тела - 26,5 кг/м2. Кожные покровы чистые, сухие, цианоз носогубного треугольника. Периферические отѐки голеней. Перкуторно коробочный звук. Над лѐгкими дыхание везикулярное, сухие хрипы по всем полям. ЧДД - 25 в минуту. SpO2 97%. Границы относительной тупости сердца: правая - у правого края грудины, левая - по левой среднеключичной линии, верхняя - в III межреберье. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. АД - 190/110 мм рт. ст., ЧСС - 76 ударов в минуту. Язык чистый, влажный. Живот увеличен в объѐме за счѐт подкожно-жировой клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю рѐберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул не нарушен, мочеиспускание затруднено.

Общий анализ крови: эритроциты - 4,5×1012/л, гемоглобин - 125 г/л, цветной показатель - 0,83; лейкоциты - 6,4×109/л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные - 6%, сегментоядерные - 60%, лимфоциты -25%, моноциты - 6%, СОЭ - 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1031, pH 6,0, белок - 0,33 г/л, глюкоза - отрицательно.

Биохимический анализ крови: глюкоза - 6,5 ммоль/л, общий холестерин - 5,5 ммоль/л, ЛПНП - 3,1 ммоль/л, ЛПВП - 1,9 ммоль/л, триглицериды - 1,7 ммоль/л, креатинин - 83 мкмоль/л, мочевина - 4,8 ммоль/л, АСТ - 21 ммоль/л, АЛТ - 25 ммоль/л, К - 5,8 ммоль/л, Na - 145 ммоль/л, Cl - 99 ммоль/л.

Электрокардиография: ритм синусовый с ЧСС 78 ударов в минуту, признаки нагрузки на правый желудочек, критерии гипертрофии левого желудочка.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

418

2. Окажите неотложную помощь больному.

3. Составьте план обследования пациента согласно действующим порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи с целью окончательной постановки диагноза.

4. Определите показания для направления на медико-социальную экспертизу.

5. Составьте план профилактических и реабилитационных мероприятий. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

419

**Ситуационная задача 352 [K005425]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

В поликлинику к врачу-терапевту участковому обратилась женщина 56 лет. Предъявляет жалобы на боли в мелких суставах кистей, коленных суставах, хруст при движениях, ограничение движений.

Анамнез заболевания: считает себя больной в течение 6 лет, лечилась самостоятельно народными средствами без существенного эффекта, за медицинской помощью не обращалась.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост - 160 см, масса тела - 80 кг. Кожные покровы обычной окраски, умеренной влажности. Распределение подкожно-жировой клетчатки равномерное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД -16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 70 ударов в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание не нарушены. Деформации и болезненность при пальпации дистальных межфаланговых суставов, при сгибании крепитация и болезненность в коленных суставах.

При обследовании: общий анализ крови: эритроциты - 4,3×1012/л, Нв - 126 г/л, лейкоциты - 8,2×109/л, СОЭ - 12 мм/час.

Рентгенография коленных суставов: незначительное сужение суставных щелей, остеофиты.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Составьте план обследования на амбулаторном этапе.

3. Составьте план лечения в условиях поликлиники.

4. Составьте план диспансерного наблюдения пациентки.

5. Оцените и обоснуйте наличие показаний для консультации врача-ревматолога. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

420

**Ситуационная задача 353 [K005426]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

В поликлинику к врачу-терапевту участковому обратилась женщина 52 лет. Работает воспитателем. Предъявляет жалобы на выраженную слабость, сухость во рту, жажду, учащѐнное мочеиспускание.

Анамнез заболевания: считает себя больной в течение года, не придавала значения вышеуказанным жалобам, к врачу не обращалась.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост - 176 см, масса тела - 96 кг. Кожные покровы бледно-розовые, сухие. Распределение подкожно-жировой клетчатки равномерное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД -16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 78 ударов в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул не нарушен. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

При обследовании: общий анализ крови - эритроциты - 4,2×1012/л, Нв - 120 г/л, цветовой показатель крови - 0,9, лейкоциты - 8,0×109/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 56%, лимфоциты - 39%, моноциты - 1%, СОЭ - 20 мм/час.

Общий анализ мочи - цвет светло-жѐлтый, реакция - кислая, удельный вес - 1020, белок - отрицательный, глюкозурия, ацетон - отрицательный, эпителий плоский - 2-3 в поле зрения, лейкоциты - 3-4 в поле зрения.

Глюкоза крови натощак - 9,2 ммоль/л, гликированный гемоглобин - 7%. Холестерин - 8,1 ммоль/л.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Составьте план обследования на амбулаторном этапе.

3. Составьте план лечения в условиях поликлиники.

4. Составьте план диспансерного наблюдения пациентки.

5. Определите наличие критериев нетрудоспособности. Необходимо ли оформить листок нетрудоспособности? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

421

**Ситуационная задача 354 [K005428]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Мужчина 40 лет обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику с жалобами на эпизодически возникающие давящие боли за грудиной, длительностью 5-10 минут без иррадиации, не снимающиеся приѐмом Нитроглицерина, появляющиеся как в покое, так и при нагрузке, головокружение, периодические обмороки.

Из анамнеза: указанные симптомы беспокоят около года.

Наследственный анамнез: брат и отец умерли в молодом возрасте от заболевания сердца.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Рост - 170 см, масса тела - 70 кг. Кожные покровы обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Сердце расширено влево на 2 см, верхушечный толчок усилен. Тоны сердца приглушены, на верхушке и у левого края грудины довольно грубый систолический шум, уменьшается к основанию, на сосуды шеи не проводится. АД - 130/90 мм рт. ст. ЧСС - 80 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Отѐков нет.

ЭКГ: ритм синусовый 80 в минуту, признаки выраженной гипертрофии и перегрузки левого желудочка, инверсия зубца Т.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план обследования на амбулаторном этапе.

4. Составьте план лечения в условиях поликлиники.

5. Объясните, почему Нитроглицерин неэффективен и плохо переносится пациентом? Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

422

**Ситуационная задача 355 [K005433]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

На приѐм к врачу-терапевту участковому обратился пациент А. 60 лет с просьбой оформить справку для получения путѐвки. Со слов пациента, в последний раз обращался в медицинскую организацию два года назад для оформления медицинской справки на право владения оружием.

Жалобы на боли в поясничной области, без чѐткой связи с физической нагрузкой, незначительные дизурические расстройства, кашель с отхождением небольшого количества мокроты по утрам.

Анамнез заболевания: наличие хронических заболеваний в анамнезе отрицает. В медицинские организации обращается редко. Аллергологический анамнез не отягощѐн.

Наследственный анамнез отягощѐн по онкологическим заболеваниям (BL желудка у родного брата). Курит по 5 сигарет в день в течение 30 лет.

Объективно при осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. В зеве спокойно. В лѐгких дыхание жѐсткое, хрипов нет. Тоны сердца слегка приглушены, акцент второго тона над аортой. АД - 150/80 мм рт. ст. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастральной области. Печень по краю рѐберной дуги. Стул - склонность к запорам. Диурез - периодически дизурические расстройства.

**Вопросы:**

1. Определите объѐм обследования пациента.

2. Определите группу здоровья.

3. Составьте план диспансерного наблюдения.

4. Назовите возможные противопоказания для санаторно-курортного лечения.

5. Определите объѐм обследования для оформления санаторно-курортной карты. Методический центр аккредитации специалистов\_СЗ\_Лечебное дело\_2018 г.

423

**Ситуационная задача 356 [K005435]**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Больной 36 лет до последнего времени чувствовал себя удовлетворительно, работал. В течение года после значительной физической нагрузки отмечает сердцебиение, одышку. Дважды кратковременная потеря сознания. Обратился в поликлинику.

Объективно при осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Пульсация сосудов шеи. Перкуссия сердца - границы относительной сердечной тупости смещены влево. При аускультации сердца ритм правильный, грубый интенсивный систолический шум во II межреберье справа от грудины, в точке Боткина, проводится на сосуды шеи. АД - 110/95 мм рт. ст.

По данным электрокардиограммы: высокий зубец R в I, aVL, V5,V6, переходная зона смещена к правым грудным отведениям (V2 - V3), QRS 0,12 секунд.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Определите объѐм обследования пациента в амбулаторных условиях с целью уточнения диагноза и дальнейшую тактику ведения.

3. Определите показания для направления на МСЭ после проведѐнного оперативного лечения.

4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.

5. Решите вопрос о возможности санаторно-курортного лечения для данного пациента.

Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

1

**ОТВЕТЫ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ**

**для первичной аккредитации выпускников, завершающих в 2018 году подготовку по образовательной программе высшего медицинского образования в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом по специальности «Лечебное дело»**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1 [K000058]**

1. Основной диагноз: лакунарная ангина.

2. Диагноз «лакунарная ангина» поставлен на основании жалоб на боли в горле, клинической картины: гиперемия нѐбных миндалин и наличие налѐтов беловатого цвета, которые легко снимаются и растираются между шпателями. В клиническом анализе крови - картина бактериального воспаления.

3. Развилось осложнение лакунарной ангины - паратонзиллярный абсцесс. Диагноз можно поставить на основании клинической картины: усиление болей в горле и ухудшение состояния пациентки после возникновения лакунарной ангины, появлении носового оттенка голоса, тризма жевательной мускулатуры; данных фарингоскопии - асимметрия мягкого нѐба за счет отѐка и инфильтрации паратонзиллярной области и смещения миндалины медиально.

4. Бактериологическое исследование слизи и плѐнок с миндалин на палочку дифтерии (Corinebacterium diphtheriae).

Экспресс-тест для определения бета-гемолитического стрептококка со слизистой оболочки миндалин.

Анализ мочи.

ЭКГ.

Клинический анализ крови в динамике.

СРБ.

РФ.

АСЛО.

5. Предварительный диагноз можно поставить, используя шифр J03.9 Острый тонзиллит неуточнѐнный. После уточнения возбудителя при наличии БГСА - J03.0 Стрептококковый тонзиллит. При наличии других микроорганизмов J03.8 Острый тонзиллит, вызванный другими уточнѐнными возбудителями. Осложнение: J36 Перитонзиллярный абсцесс.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2 [K000113]**

1. Первичный острый стафилококковый инфекционный эндокардит. Недостаточность трикуспидального клапана 3 степени. ХСН IIА, ФК 3 по NYHA. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

2

2. Диагноз основного заболевания не вызывает сомнений: наблюдались 2 больших (трикуспидальная недостаточность, вегетации на трикуспидальном клапане и положительная гемокультура) и 2 малых (фебрильная лихорадка, «входные ворота» в виде в/в употребления наркотиков) диагностических критерия инфекционного эндокардита, а также лабораторные признаки синдрома системного воспалительного ответа, анемия, свойственные трикуспидальной локализации инфекционного эндокардита.

3. Пациенту рекомендовано: проведение повторного общего анализа крови и посева крови, общего анализа мочи, анализа мочи по Нечипоренко, биохимических анализов крови (функциональные пробы печени, электролиты крови, железо, ферритина), маркеров вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции; рентгенография грудкой клетки, ЭКГ, ЭХОКГ в динамике; УЗ-исследование почек; консультации врача-сердечно-сосудистого хирурга, врача-психиатра-нарколога.

4. С момента постановки диагноза – немедленная госпитализация. Исключить приѐм наркотических средств. Применение антибактериальной терапии острого инфекционного эндокардита, вызванного оксациллинчувствительным штаммом золотистого стафилококка (OSSA). Пациенту должна быть назначена антибактериальная терапия в соответствии с существующими рекомендациями при стафилококковом инфекционном эндокардите: Цефтриаксон в дозе 2 г/сутки в/в в сочетании с Амикацином – 1 г/сут в течение 10 дней. В последующем - лечение Цефтриаксоном в указанной дозировке продолжать до 6 недель.

5. Через 6 недель регулярной антибактериальной терапии температура должна стойко нормализоваться, гемокультура в посеве крови не выделяться. Продолжить динамическое наблюдение. С учѐтом патологии клапанов есть показания к оперативному лечению - выполнение операции протезирования трикуспидального клапана.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3 [K000114]**

1. ИБС. Острый коронарный синдром с элевацией сегмента ST передней перегородки, верхушки, боковой стенки левого желудочка. KILLIPI класс тяжести. Гипертоническая болезнь III стадии, артериальная гипертензия 2 степени, риск 4. ХБПС3аА1. Экзогенно-конституциональное ожирение I степени.

2. Диагноз «острый коронарный синдром» установлен на основании клинических данных (наличие боли или других неприятных ощущений (дискомфорта) в грудной клетке) и инструментальных данных (стойкие подъѐмы сегмента ST или «новая», впервые возникшая, или предположительно впервые возникшая ПБЛНПГ на ЭКГ).

Класс тяжести по KILLIP установлен на основании умеренной одышки, синусовой тахикардии при отсутствии III тона и хрипов в лѐгких.

Стадия гипертонической болезни соответствует III, так как у пациента имеет место сердечно-сосудистые заболевания (ИБС).

Учитывая наличие клинически-манифестного сердечно-сосудистого заболевания (ИБС, острый коронарный синдром), риск сердечно-сосудистых событий расценѐн как очень высокий (4). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

3

Диагноз «ХБП» установлен на основании стойкого снижения скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1,73 м2, повышенной альбуминурии, данные симптомы персистируют более 3 месяцев.

Стадия ожирения установлена в соответствии с рассчитанным индексом массы тела.

3. Предпочтительная стратегия реперфузии – чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ). В условиях, когда первичное ЧКВ не может быть вовремя проведено, следует рассмотреть реперфузию с помощью тромболизиса, который, в частности, может быть начат уже догоспитально в течение первых 120 минут от начала симптоматики. В этом случае после тромболизиса должна следовать немедленная транспортировка в ЧКВ-центр для рутинной коронарографии.

4. Пероральная доза Ацетилсалициловой кислоты 150-300 мг с переходом на 75-100 мг перорально ежедневно. Предпочтительные блокаторы P2Y12 рецепторов - Тикагрелор (нагрузочная доза 180 мг с последующим 90 мг 2 раза в сутки). Используется двойная антиагрегантная терапия, так как она уменьшает частоту неблагоприятных коронарных событий за счѐт блокады альтернативных путей активации тромбоцитов.

5. С учѐтом клинических данных вероятно развитие у пациента ранней постинфарктной стенокардии (нестабильная стенокардия IIIС класс по Браунвальду). Для исключения рецидива инфаркта миокарда требуется динамика маркеров некроза миокарда (тропонин, КФК-МВ) через 6 и 12 часов, а также контроль ЭКГ через 3, 6 и 12 часов. При отрицательной динамике - провести повторную коронароангиографию (исключить тромбоз стента).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4 [K000115]**

1. Внебольничная пневмония бактериальная (возбудитель не уточнѐн), полисегментарная с локализацией в средней и нижней долях правого лѐгкого, тяжелое течение, осложненная ОДНI.

2. Стадия начала болезни обычно выражена очень отчѐтливо. Заболевание возникло остро, среди полного здоровья внезапно появился озноб, отмечается повышение температуры тела 39°С, боли в грудной клетке при кашле, головная боль, сухой кашель, общая слабость. Отмечается одышка с ЧДД - 24 в 1 минуту, укорочение перкуторного звука, ослабление везикулярного дыхания справа в нижней доли, лейкоцитоз - более 13,2×109/л, палочкоядерный сдвиг влево до юных форм, рентгенологические признаки - инфильтрация лѐгочной ткани.

3. Пациенту рекомендовано:

общий анализ крови с определением уровня эритроцитов, гематокрита, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы: на 2-3 день и после окончания антибактериальной терапии; Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

4

биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин, альбумин, креатинин, мочевина, глюкоза, электролиты, фибриноген, СРБ): при поступлении и через 1 неделю при наличии изменений или клиническом ухудшении;

пульсоксиметрия при поступлении и в динамике;

исследование газов артериальной крови: ежедневно до нормализации показателей;

рентгенография органов грудной клетки: в динамике (при отсутствии эффективности стартовой антибактериальной пневмонии через 48-72 часа, через 3-4 недели - оценка динамики разрешения пневмонии);

электрокардиография в стандартных отведениях;

общий анализ мокроты и бактериологическое исследование мокроты для определения возбудителя пневмонии и определения чувствительности последнего к антибактериальным препаратам;

мокрота на кислотоустойчивые микроорганизмы.

Бактериологическое исследование крови.

Уровень прокальцитонина (коррелирует с тяжестью состояния пациента, прогнозом и этиологией – выше при бактериальной инфекции).

Экспресс-тесты по выявлению пневмококковой и легионеллезной антигенурии.

4. Пациента необходимо госпитализировать. Режим постельный. При ОДН: кислородотерапия. При тяжелой внебольничной пневмонии (ВП) назначение антибиотиков должно быть неотложным. Пациент без факторов риска инфицирования P. aeruginosa и аспирации. Препаратом выбора являются внутривенное введение препаратов (Цефтриаксон, Цефотаксим, Цефепим, Цефтаролин, Эртапенем или ингибиторзащищѐнные пенициллины (Амоксициллин/Клавуланат 1,2 г внутривенно капельно 3 раза в сутки)) в комбинации с внутривенными макролидами (Кларитромицин, Азитромицин), Азитромицин - 500 мг внутривенно капельно 1 раз в сутки 3 дня, через 3 дня при нормализации температуры переход на пероральный приѐм препарата этого же класса: Амоксициллин/Клавуланат 1 г 2 раза в сутки. Первоначальная оценка эффективности стартового режима антибактериальной терапии должна проводиться через 48-72 часа после начала лечения. Критерии адекватности антибактериальной терапии: температура тела ниже 37,5°С; отсутствие интоксикации; отсутствие дыхательной недостаточности (ЧДД - менее 20 в минуту); отсутствие гнойной мокроты; количество лейкоцитов в крови - менее 10×109/л, нейтрофилов - менее 80%, юных форм - менее 6%; отсутствие отрицательной динамики на рентгенограмме - Амброгексал 0,3 г 3 раза в день перорально.

5. Антибактериальная терапия неэффективна. Требуется смена антибактериальной терапии на респираторные фторхинолоны. Из фторхинолонов предпочтение Левофлоксацину 500 мг 2 раза в день в/в капельно, Моксифлоксацину 400 мг в/в капельно. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

5

В случае неэффективности антибактериальной терапии провести обследование пациента для уточнения диагноза, выявления осложнений внебольничной пневмонии, оценить результаты микробиологических исследований. Оценить необходимость проведения диагностической фибробронхоскопии с биопсией бронха и исследования промывных вод бронхов – бактериальный посев, исследования на кислотоустойчивые микроорганизмы, атипичные клетки СКТ органов грудной клетки при наличии неэффективности антибактериальной терапии.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5 [K000116]**

1. Хроническая обструктивная болезнь лѐгких, крайне тяжѐлого течения, 4 степени, с выраженными симптомами, высокий риск, в фазе инфекционного обострения. Индекс курения 45 пачка/лет. ДН 2 ст.

2. Длительное предшествующее курение табака - индекс курения 45 пачка/лет – фактор риска хронической обструктивной болезни лѐгких. Симптомы медленно прогрессируют. Увеличение объѐма и гнойность мокроты, усиление одышки, лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево свидетельствуют об обострении инфекционного характера. По оценке одышки опросником – 4 балла, ОФВ1 - менее 50%, обострения 2 раза за прошедший год – свидетельствуют о выраженности симптомов и высоком риске обострения, и пациент будет отнесѐн к группе Д. По ФВД отсутствует обратимая бронхиальная обструкция. Прирост в бронхолитической пробе - менее 12%, снижение индекса ОФВ1/ФЖЕЛ - менее 70%. ОФВ1 - 29% - 4 степень.

3. Анализы крови: АСТ, АЛТ, билирубин, фибриноген, С-реактивный белок, калий, натрий, креатинин, мочевина, кислотно-щелочное равновесие, газы крови артериальной.

Анализы мокроты: посев мокроты на микрофлору, чувствительность флоры к антибиотикам, мокрота на кислотоустойчивые микроорганизмы.

Мониторинг пиковой скорости выдоха.

Рентгенография грудной клетки (оценка пневмофиброза, эмфиземы, очагово-инфильтративных теней).

ЭКГ, ЭХО-кардиография (оценка лѐгочной гипертензии).

Специальные методы исследования: бодиплетизмография (оценка лѐгочных объѐмов), спиральная компьютерная томография органов грудной клетки (оценка объѐма эмфиземы).

4. Диета ОВД. Режим общий. Отказ от курения. Малопоточная кислородотерапия не менее 15 часов в сутки через кислородный концентратор. Терапия инфекционного обострения и лечение пациентов группы Д Беродуал 0,5 мл – 1 мл + Хлорид натрия 0,9% - 2 мл×3 раза в день через небулайзер (комбинация м-холиноблокатора и 2-адреномиметика). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

6

Ингаляционные глюкокортикостероиды + длительно действующие бета-адреномиметики (комбинированные препараты Сальметерол/Флютиказон - 25/125 мкг 2 вд 2 раза, Формотерол/Будесонид - 4,5/160 мкг 2 вд 2 раза и др.) + пролонгированный м-холинолитик (Тиотропия бромид - 18 мкг 1 раз в сутки (блокатор м3-холинорецепторов в дыхательных путях) или Гликопиррония бромид - 50 мкг 1 раз в день ингаляционно или Аклидиния бромид 1 вд 2 раза в день и др.). Отхаркивающие препараты Амброгексал - 30 мг 3 раза в день или ацетилцистеин - по 600 мг 1 раз в день растворить в 100 мл воды.Так как имеется инфекционное обострение, наиболее вероятными возбудителями в данном случае могут быть HaemophilusinfluenzaePRSP, Энтеробактерии, грам-, P. aeruginosa; необходимо назначить антибактериальный препарат Ципрофлоксацин (400 мг 2 раза в день в/в капельно) и др. препараты с антисинегнойной активностью. ЛФК. Дыхательная гимнастика. Аэрозольтерапия с 0,9% раствором Хлорида натрия или щелочной минеральной водой, сульфатом магния.

5. Продолжить лечение согласно наличию высокого риска категории пациентов Д с хронической обструктивной болезнью лѐгких. Отказ от курения. Лѐгочная реабилитация. Малопоточная кислородотерапия не менее 15 часов в сутки через кислородный концентратор. Вакцинация против гриппа, вакцинация против пневмококковой инфекции, ингаляционные глюкокортикостероиды + длительно действующие бета2-агонисты + длительно действующие м-холинолитики (например, Формотерол/Будесонид 4,5/160 мкг 2 вдоха 2 раза в день порошковый ингалятор + Тиотропия бромид 5 мкг 1 раз в день респимат или другие варианты). N-ацетилцистеин - 600 мг 1 раз в день. При наличии буллѐзной эмфиземы лѐгких возможно их хирургическое удаление.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6 [K000117]**

1. Цирроз печени алкогольной этиологии, класс С по Чайлду-Пью. Портальная гипертензия (асцит, спленомегалия, ВРВ пищевода I ст.). Гиперспленизм (тромбоцитопения). Печѐночная энцефалопатия I ст.

2. У больного выявлены желтуха, цитолиз, «печѐночные знаки»: малиновые ладони, «сосудистые звѐздочки», синдром портальной гипертензии (гепатоспленомегалия, асцит, варикозное расширение вен пищевода, передней брюшной стенки, расширение портальной вены), признаки печѐночной недостаточности (гипоальбуминемия, гипокоагуляция). По данным УЗИ – паренхима печени, неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Алкогольный анамнез свидетельствует о наиболее вероятной этиологии цирроза печени. Класс С выставлен согласно классификации Чайльд-Пью – 11 баллов. Снижение скорости теста связывания чисел свидетельствует о I степени печѐночной энцефалопатии. Тромбоцитопения в данной ситуации связана с гиперспленизмом.

3. Анализы крови: коагулограмма, общий белок, креатинин, мочевина, калий, натрий, ГГТ, ЩФ, амилаза, маркеры вирусных гепатитов НВsAg, антитела к HCV, ВИЧ-инфекции. Общий анализ мочи, копрограмма. ЭКГ. Рентген лѐгких. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

7

4. Отказ от алкоголя. Диета с содержанием белка 1,0 г/кг/сут. Калорийность пищи - 1800–2500 ккал/сут. Ограничение содержания соли до 5,2 г/сут. Санация кишечника с целью уменьшения эндтоксинемии. Лактулоза - 15-45 мл 2-3 раза в сутки (стул до 2-3 раз в сутки). Возможен приѐм невсасывающихся антибиотиков (Рифаксимин 1200 мг/сут. 7-10 дней). Высокие очистительные клизмы.

Уменьшение токсического действия аммиака. Орнитин-аспартат - 5 г по 1-2 пакетика гранул, растворѐнных в воде × 3 раза в день после еды.

Мочегонная терапия. Спиронолактон - 50–200 мг/сут. Фуросемид - 40 мг/сут (повышение дозы на 40 мг каждые 7 дней до 160 мг/сут, критерий эффективности - уменьшение массы тела на 2 кг/нед.).

Снижение давления в портальной вене. Анаприлин - 40 мг 1 раза в сутки.

5. Печѐночная энцефалопатия. Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Гепаторенальный синдром. Инфекционные осложнения (спонтанный бактериальный перитонит, пневмония, инфекции мочевыводящих путей и др.).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7 [K000118]**

1. Системная красная волчанка, подострое течение, высокой степени активности с поражением кожи (эритема, фотосенсибилизация), суставов (артралгии, артрит), почек (люпус-нефрит), крови (тромбоцитопения, анемия, лейкопения).

2. Диагноз «системная красная волчанка (СКВ)» установлен на основании жалоб больной на наличие эритематозной сыпи в области скул, лихорадки, суставного синдрома, данных анамнеза (пациентка отмечает аллергическую реакцию на инсоляцию в течение 2 лет); установление течения СКВ основано на анамнезе заболевания (в дебюте конституциональные симптомы, неспецифическое поражение кожи и суставов, периодические обострения, развитие полиорганной симптоматики в течение 2 лет с момента появления первых симптомов). Степень активности СКВ установлена на основании наличия проявлений артрита, протеинурии (0,560 г/сут.), высыпаний на коже (эритематозная сыпь на скулах), алопеции (диффузное выпадение волос), повышенного содержания антител к двуспиральной ДНК (более 200 ЕД/мл), тромбоцитопении (100×109/л), лейкопении (1,6×109/л), поражения почек (протеинурия, снижение СКФ).

3. Пациенту рекомендовано:

УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени, решение вопроса о проведении нефробиопсии с целью определения люпус-нефрита.

Рентгенография грудной клетки (поражение лѐгких).

ЭхоКГ (для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции, исключить перикардит).

Анализ крови: иммунологический анализ крови с определением компонентов комплимента, гемостазиограмма. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

8

4. Глюкокортикостероиды короткого действия (Преднизолон или Метилпреднизолон). Данная группа препаратов наиболее эффективная для лечения СКВ. При высокой степени активности СКВ с целью достижения быстрого эффекта показана пульс-терапия (500-1000 мг Метилпреднизолона внутривенно капельно в течение трѐх дней). Цитостатические иммунодепрессанты (Циклофосфан или Мофетиламикофенолат) назначаются больным СКВ при прогрессирующем течении, высокой активности, сопровождающимся поражением жизненно важных органов и систем. Цитостатики являются важнейшим компонентом лечения СКВ, особенно при угрожающем течении с поражением почек, ЦНС, генерализованном васкулите, альвеолите.

5. Оставить терапию глюкокортикостероидами без изменений, продолжить динамическое наблюдение. При достижении улучшения, снижения активности болезни - доза ГК может быть медленно уменьшена (Преднизолон по 1/4 таблетки 7-10 дней) до поддерживающей, которая варьирует в зависимости от течения болезни, поражения того или иного органа или системы, риска развития обострения, коморбидных заболеваний и осложнений. При длительном приеме ГК у больных необходимо контролировать и проводить профилактику остеопороза, сахарного диабета, атеросклероза, гиперлипидемии, артериальной гипертензии, поражения желудочно-кишечного тракта, катаракты, глаукомы.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8 [K000119]**

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);

стернальная 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 селезѐнки). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

9

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 миелбластном 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 эритроцитсодержащих 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 9 [K000120]**

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 селезѐнки.

3. Биохимические анализы крови. Стернальная пункция (в пунктате костного мозга увеличение количества лимфоцитов более 30%), УЗИ органов брюшной полости (наличие спленомегалии, определить, есть или нет 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: Флюдарабин, Циклофосфан, 6 курсов с интервалом в 4 недели. Моноклональные антитела: Ритуксимаб. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

10

5. Прогноз зависит от стадии заболевания и темпов развития болезни. Выздоровление невозможно, но ближайший прогноз при II стадии относительно благоприятный. Отдалѐнный 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 10 [K000121]**

1. Серопозитивный ревматоидный артрит, АЦЦП-положительный, ранняя стадия, высокой степени активности, эрозивный (2 рентгенологическая стадия), ФК-2.

2. Диагноз «ревматоидный артрит (РА)» установлен на основании жалоб больной на симметричные боли в суставах кистей, наличие утренней скованности; данных анамнеза (пациентка отмечает появление болевого и суставного синдромов 3 месяца назад); установление степени РА основано на количестве болезненных и припухших суставов при осмотре, данных ВАШ и СОЭ, в дальнейшем степень активности заболевания требует уточнения по формуле DAS28. Стадия РА установлена на основании рентгенографии суставов кистей и стоп.

3. Пациенту рекомендовано: рентгенография грудной клетки (исключить поражение лѐгких), УЗ-исследование суставов (синовит, теносиновит) или МРТ суставов (более чувствительный метод выявления синовита в дебюте ревматоидного артрита, чем стандартная рентгенография суставов).

4. Цитотоксические иммунодепрессанты и генно-инженерные препараты. Метотрексат (МТ) – препарат «первой линии» лечения РА с доказанной эффективностью и безопасностью. Назначается в комбинации с фолиевой кислотой в дозе 5 мг/неделю. У пациентов, впервые начавших лечение МТ, соотношение эффективность/безопасность/стоимость в пользу монотерапии МТ по сравнению с комбинированной терапией МТ и другими стандартными базисными противовоспалительными препаратами или монотерапией генно-инженерными препаратами.

5. С учѐтом недостаточной эффективности монотерапии Метотрексатом в адекватной дозе в течение 6 месяцев, рекомендуется применение генно-инженерных препаратов. Препаратами выбора являются ингибиторы ФНО-α, которые обладают сходной эффективностью. Для увеличения эффективности терапии и снижения иммуногенности, ГИБП целесообразно сочетать с применением МТ.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11 [K000122]**

1. Гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия 3 степени. Гипертрофия левого желудочка. Риск 4 (очень высокий). Неосложнѐнный гипертонический криз. Ожирение 1 степени. Курение - 30 пачко-лет. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

11

2. Диагноз «гипертоническая болезнь» (ГБ) установлен на основании данных анамнеза (нестабильность АД, пациент отмечает повышение АД в течение 10 лет). Стадия ГБ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней – гипертрофия левого желудочка сердца по данным перкуторного исследования границ относительной сердечной тупости, ЭКГ. Установление степени артериальной гипертензии (АГ) основано на цифрах АД, измеренных во время приѐма. Степень риска поставлена на основании наличия АГ 3 степени. Неосложнѐнный гипертонический криз - быстрое повышения АД до 180/120 мм рт. ст. и выше с клинической симптоматикой, но не сопровождающееся острым клинически значимым нарушением функции органов-мишеней. Диагноз ожирения 1 степени установлен на основании показателей ИМТ. Курение по данным анамнеза.

3. Лечение больного с неосложнѐнным ГК может осуществляться амбулаторно. При впервые выявленном неосложнѐнном ГК у больных с неясным генезом АГ, при некупирующемся ГК, частых повторных кризах показана госпитализация в кардиологическое или терапевтическое отделение стационара. При неосложнѐнном гипертоническом кризе (ГК) возможно, как внутривенное, так и пероральное, либо сублингвальное применение антигипертензивных препаратов (в зависимости от выраженности повышения АД и клинической симптоматики). Лечение необходимо начинать немедленно, скорость снижения АД не должна превышать 25% за первые 2 часа, с последующим достижением целевого АД в течение нескольких часов (не более 24-48 часов) от начала терапии. Используют препараты с относительно быстрым и коротким действием перорально либо сублингвально: Нифедипин, Каптоприл, Клонидин, Пропранолол, Празозин.

4. Физикальное исследование: определение лодыжечно-плечевого индекса – для определения атеросклеротического поражения артерий.

Лабораторные исследования: общий анализ крови – оценка общего статуса; общий анализ мочи – оценка поражения почек; креатинин крови для расчѐта скорости клубочковой фильтрации и оценки поражения почек; глюкоза крови натощак – исключить СД; липидограмма – определение дислипидемии; анализ мочи на МАУ – оценка поражения почек.

Инструментальное исследование: проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ в динамике (ГЛЖ, ишемия); проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, ИММЛЖ, диастолической и систолической функции; консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической ретинопатии (отѐк соска зрительного нерва, кровоизлияния и экссудаты сетчатки); дуплексное сканирование сонных артерий для оценки толщины комплекса интима-медиа, поиска атеросклеротических бляшек; определение скорости пульсовой волны (СПВ) – оценка поражения артерий и аорты. При подозрении на симптоматические АГ показано обследование на их выявление. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

12

5. Количество назначаемых препаратов зависит от исходного уровня АД и сопутствующих заболеваний. Например, при АГ 1 степени и отсутствии ССО возможно достижение целевого АД на фоне монотерапии примерно у 50% больных. При АГ 2 и 3 степени, наличии поражения органов мишеней, ассоциированных клинических состояний, сахарного диабета и метаболического синдрома в большинстве случаев может потребоваться комбинация из 2 или 3 препаратов. В настоящее время возможно использование 2 стратегий стартовой терапии АГ: монотерапии и низкодозовой комбинированной терапии с последующим увеличением количества и/или доз лекарственного средства при необходимости. Монотерапия на старте лечения может быть выбрана для пациентов с низким или средним риском. Комбинацию 2 препаратов в низких дозах назначают больным с высоким или очень высоким риском ССО. Монотерапия базируется на поиске оптимального для больного препарата; переход на комбинированную терапию целесообразен только в случае отсутствия эффекта последней. Низкодозовая комбинированная терапия на старте лечения предусматривает подбор эффективной комбинации препаратов с различными механизмами действия. Каждый из этих подходов имеет свои преимущества и недостатки. Преимущество низкодозовой монотерапии состоит в том, что в случае удачного подбора лекарства больной не будет принимать ещѐ один препарат. Однако стратегия монотерапии требует от врача кропотливого поиска оптимального для больного антигипертензивного средства с частой сменой лекарств и их дозировок, что лишает врача и больного уверенности в успехе, и в конечном итоге ведѐт к снижению приверженности пациентов к лечению. Это особенно актуально для больных АГ 1 и 2 степени, большинство из которых не испытывают дискомфорта от повышения АД и не мотивированы к лечению. При комбинированной терапии в большинстве случаев назначение препаратов с различными механизмами действия позволяет, с одной стороны, добиться целевого АД, а с другой – минимизировать количество побочных эффектов. Комбинированная терапия позволяет также подавить контррегуляторные механизмы повышения АД. Применение фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов в одной таблетке повышает приверженность больных к лечению. Недостатком комбинированной терапии является то, что иногда больным приходится принимать лекарство, в котором нет необходимости. Пациентам с АД≥160/100 мм рт. ст., имеющим высокий и очень высокий риск ССО, к которым относится наш пациент, полнодозовая комбинированная терапия может быть назначена на старте лечения. У 15–20% пациентов контроль АД не может быть достигнут при использовании 2 препаратов. В этом случае используется комбинация из 3 лекарственных средств и более.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12 [K000123]**

1. Язвенный колит, левостороннее поражение, острое течение с постепенным началом, средней степени тяжести. Анемия средней степени тяжести. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

13

2. Диагноз «язвенный колит» (ЯК) установлен на основании характерных клинических проявлений – диареи с примесью слизи, крови в течении трѐх месяцев, эндоскопических признаков поражения прямой кишки, непрерывного поражения, контактной кровоточивости, наличия поверхностных язв слизистой толстой кишки. Диагноз «анемия» установлен на основании снижения цифр гемоглобина и эритроцитов в общем анализе крови.

3. Пациенту рекомендовано: общий анализ мочи, биохимические исследования крови (общий белок, альбумин, общий билирубин, прямой и непрямой билирубин, глюкоза, общий холестерин, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТ, калий, натрий, креатинин, амилаза, СРБ, железо, ОЖСС, ферритин), гистологическое исследование биоптатов толстой кишки, бактериологическое исследование кала, выявление в кале токсинов А и В к Сlostridiumdifficile, УЗИ брюшной полости, ФГС.

4. Медикаментозное лечение: Месалазин 4-5 г перорально в комбинации с Месалазином ректально (свечи, пена, микроклизмы) 2-4 г в сутки 6-8 недель. Месалазин – производное 5-аминосалициловой кислоты, является препаратом выбора при лечении ЯК в данной ситуации: первая атака средней тяжести, пациент ранее не получал лечения. При левостороннем поражении эффективно назначение ректальных форм Месалазина. При подтверждении дефицита железа - заместительная терапия (Сорбифер – 1 к × 2 раза в день, при непереносимости - парентеральные формы).

5. При достижении ремиссии постоянный приѐм Месалазина 1,5-2 г/сутки внутрь (допустимо назначение Сульфасалазина 3 г/сутки) в комбинации с Месалазином 2 г 2 раза в неделю ректально.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 13 [K000124]**

1. Острый постстрептококковый гломерулонефрит. Нефритический синдром. Артериальная гипертензия 1 степени, риск 3.

2. Диагноз «острый постстрептококковый гломерулонефрит» (ОПСГН) устанавливают при выявлении клинико-лабораторных признаков острого гломерулонефрита, развившихся через 1-6 недель после перенесенной инфекции, вызванной β-гемолитическим стрептококком группы А. У пациента характерные изменения в анализе мочи, есть указания на предшествующую стрептококковую инфекцию, характерна динамика антистрептококковых антител.

3. Титр антистрептококковых антител (АСЛ-О, антистрептогиалуронидаза, антистрептокиназа, анти-ДНК-аза В, анти-НАД), СРБ, уровень комплемента сыворотки крови, антитела к ДНК.

Анализ мочи по Нечипоренко, анализ мочи по Зимницкому.

Биопсию почки, как правило, проводят при нетипичном течении ОПСГН для исключения других возможных заболеваний, а также при позднем начале болезни без чѐткой связи с недавно перенесѐнной стрептококковой инфекцией.

Поиск очагов инфекции. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

14

4. Режим – постельный при выраженных отѐках, макрогематурии, умеренной/тяжелой АГ, сердечной недостаточности (обычно в первые 3-4 недели). При улучшении состояния режим постепенно расширяют. Диета: с ограничением потребления соли (до 1-2 г/сут) и жидкости в острый период болезни, особенно при быстром нарастании отѐков, олигурии и АГ. Объѐм жидкости рассчитывают, исходя из диуреза за предыдущий день с учѐтом внепочечных потерь, приѐм жидкости не должен превышать диуреза более чем на 200 мл с ограничением белка до 0,5 г/кг/сут при снижении функции почек менее 60 мл/мин (до нормализации СКФ и уровня креатинина в крови, но не длительнее 2-4 недель). При выраженном отѐчном синдроме - терапия диуретиками. При выраженной гиперкоагуляции - терапия антикоагулянтами. При быстропрогрессирующем течении ОПСГН и/или выявлении более 30% полулуний в биоптате почки предлагается проведение «пульс-терапии» Метилпреднизолоном. При сохраняющемся более 2 недель нефротическом синдроме, стабильно повышенном уровне креатинина (без тенденции к дальнейшему нарастанию и нормализации) и при невозможности проведения биопсии почки рекомендуется терапия Преднизолоном внутрь в дозе 1 мг/кг/сут в течение 1-2 месяцев.

5. Сроки нормализации анализов мочи различны. Гематурия, как правило, исчезает через 3-6 месяцев. Протеинурия снижается медленнее; у 15% следовая протеинурия может сохраняться более года. Более медленное по сравнению с темпами исчезновения гематурии и восстановлением функции почек снижение протеинурии объясняется более длительным сохранением иммунных депозитов в клубочке, особенно субэпителиальной локализации. Так как персистирующая протеинурия не достигает нефротического уровня показаний для назначения ГКС нет, необходимо продолжить динамические наблюдение, через год на основании анализов повторно рассмотреть вопрос о назначении стероидов.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 14 [K000129]**

1. Акромегалия.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб на почти постоянные мучительные головные боли; данных осмотра: подчѐркнуто крупные ладони и стопы с толстыми пальцами, голова крупная с большими оттопыренными ушами и грубыми чертами лица, явный прогнатизм, язык большой, увеличение размеров сердца и печени; лабораторного обследования: уровень глюкозы в крови - 6,3 ммоль/л.

3. Определение уровня СТГ в сыворотке крови; тест с бромокриптином; проба с тиреолиберином; определение в крови соматомедина С; рентгенологическое исследование черепа, компьютерная томография или магнитно-резонансная томография головы.

4. Основной целью лечения является снижение уровня СТГ в крови и устранение неврологической симптоматики: нейрохирургическое лечение; при невозможности оперативного лечения или недостаточном его эффекте проводится лучевая терапия на область гипофиза; из консервативных методов лечения используются Соматостатин и Бромокриптин.

5. Вторичная кардиомиопатия; артериальная гипертензия; сахарный диабет; ХСН; гипопитуитаризм; эмфизема лѐгких. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

15

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 15 [K000131]**

1. ИБС: острый Q-инфаркт миокарда в области нижней стенки.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб на боли в эпигастральной области, сопровождающиеся слабостью, потливостью, тошнотой; данных анамнеза: после приема Нитроглицерина под язык боли уменьшились; данных клинико-лабораторного исследования: на снятой ЭКГ выявлен глубокий зубец Q в III и aVF отведениях; сегмент ST в этих же отведениях приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец Т.

3. Клинический анализ крови; биохимические маркеры некроза миокарда; ЭХО-КГ; КАГ.

4. Тромболизис; ЧКВ (БАП и стентирование); обезболивание; антиагреганты; антикоагулянты; ß-адреноблокаторы; статины.

5. Геморрагические высыпания; аневризма; приѐм ПОАГ; беременность; новообразования.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 16 [K000153]**

1. В-12 дефицитная анемия, III степени. Фуникулярный миелоз. В-12 индуцированная миокардиодистрофия, гипертрофия левого желудочка, блокада правой ножки пучка Гиса, ХСН II Б - IIIА, ФК III-IV (по NYHA).

2. Диагноз «В-12 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 - 1,0×1012/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 «В-12 индуцированная миокардиодистрофия, ХСН II Б - IIIА, 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), отѐки 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 Bi (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). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

16

4. Фолиевая дефицитная анемия - отсутствует фуникулярный миелоз.

Железодефицитная анемия - имеется микросфероцитоз, 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 приѐма алкоголя.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 17 [K000154]**

1. Гигантоклеточный артериит (болезнь Хортона). Нормохромная анемия, возможно, анемия хронического заболевания.

2. Возраст больной старше 50 лет (для гигантоклеточного артериита); ноющие боли в мышцах плеч, коленных, плечевых, локтевых суставах, утренняя скованность продолжительностью более 1 часа, потеря массы тела на 5 кг за последний год; признаки гигантоклеточного артериита (пульсирующие постоянные головные боли в височных областях, снижение зрения, потеря массы тела на 5 кг за последний год, плотные и извитые височные артерии, болезненные при пальпации); нарастание количества и выраженности симптомов в последнее время (2 недели); лабораторные данные (нормохромная анемия, ускорение СОЭ >35 мм/ч, повышение уровня СРБ).

3. БАК (креатинин – поражение почек); УЗИ магистральных артерий (оценить поражение); биопсия височной артерии (исключить атеросклероз и другое поражение); иммунограмма (исключение РА – ревматоидного фактора); рентгенография коленных, плечевых, локтевых суставов (исключение РА); УЗИ суставов и околосуставных мягких тканей (исключить локальное воспаление); консультация врача-офтальмолога, врача-ревматолога.

4. Миеломная болезнь (общее - заболевание, часто развивающееся в пожилом возрасте, протекающее с резким ускорением СОЭ, выраженным болевым синдромом в конечностях, отличие - наличие гиперпротеинемии, диспротеинемии). При подозрении на миеломную болезнь необходимо проводить стернальную пункцию, исследование крови на М-градиент, рентгенологическое исследование костей. РА - возможны варианты дебюта РА с поражением плечевых суставов, РП - отмечается доброкачественный характер синовита, отсутствие изменений на рентгенограмме суставов, отсутствие суставных деформаций при длительном наблюдении за больной. Заболевания околосуставных мягких тканей, такие как плечелопаточный периартрит, тендиниты мышц плеча, субакромиальный бурсит, протекают с болью в области плеча, утренней скованностью, ограничением активных и пассивных движений в плечевом суставе, но в отличие от таких же проявлений при РП, как правило, являются односторонними и не сопровождаются повышением СОЭ, лихорадкой, похуданием. Заболевания с поражением крупных сосудов, в том числе атеросклеротическое. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

17

5. ГКС назначаются в дозировке 60-80 мг в сутки в несколько приѐмов до индукции ремиссии (контроль снижения СОЭ и СРБ, исчезновение симптомов заболевания), далее снижение дозировки препарата по 2,5-5 мг в сутки каждые 2 недели до достижения 20 мг/сут, затем по 1 мг каждые 4 недели, под контролем СОЭ, симптомов каждые 4 недели в течение первых 3 месяцев лечения, затем каждые 12 недель и в течение 12-18 недель после завершения лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 18 [K000156]**

1. Целиакия. Кандидозный эзофагит. Анемия средней степени тяжести. Сахарный диабет 1 типа.

2. Диагноз «целиакия» выставлен на основании: синдрома мальабсорбции: диарея, боли в животе, похудание, анемия (гемоглобин - 89 г/л, эритроциты - 3,72×1012/л), результатов лабораторных исследований: Anti-gliadinIgG – 135 Ед/мл. Диагноз «кандидозный эзофагит» выставлен на основании: данных ФГДС: пищевод - слизистая оболочка гиперемирована, в средней и нижней трети множественные поверхностные эрозии, покрытые жѐлтым фибрином в виде «творожных масс», кардиальный жом смыкается полностью. Желудок: содержимое – слизь с примесью светлой желчи в большом количестве. Слизистая умеренно гиперемирована, складки не утолщены. Привратник проходим. Луковица двенадцатиперстной кишки – слизистая гладкая, отсутствуют кишечные ворсинки, гиперемирована, отѐчная, в просвете желчь. Диагноз «анемия средней степени тяжести» выставлен на основании: гемоглобин - 89 г/л. «Сахарный диабет 1 типа» – на основании повышения глюкозы сыворотки.

3. Антитела к тканевой трансглутаминазе - подтвердить целиакию. Биопсия слизистой двенадцатиперстной кишки – подтвердить целиакию и определить прогноз. Колоноскопия – исключение НЯК. МРТ – холангиография. Кал на скрытую кровь – исключить кровотечение. Определить ферритин сыворотки – для уточнения генеза анемии.

4. Воспалительные заболевания кишечника - можно исключить с помощью колоноскопии (воспаление в прямой кишке исключено результатами ректороманоскопии) и результатами ФГДС. Причину диареи, болей в животе и похудания объясняет анамнез – клиника появляется при употреблении в пищу глютеновых продуктов и подтверждает повышение уровня АТ к глиадину и данные ФГДС: атрофия слизистой 12-перстной кишки. Лимфома кишечника – по результатам биопсии 12 пк.

5. Питание при целиакии не должно содержать глютен. Диета при целиакии требует полного исключения хлеба и мучных изделий. Придерживаться диеты следует всю жизнь. Через три – шесть месяцев диетических ограничений у 85% пациентов полностью восстанавливается нормальный пищеварительный процесс, исчезают симптомы болезни. Лечение кандидозного эзофагита противогрибковыми препаратами (Флуконазол, Клотримазол). Лечение анемии препаратами железа и фолиевой кислоты, по показаниям – переливания эритроцитарной массы. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

18

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 19 [K000158]**

1. Железодефицитная анемия тяжѐлой 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 еѐ 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). Тяжѐлая 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-дефецитную анемию: анемия гипохромная, сывороточное железо снижено, железосвязывающая способность сыворотки повышена.

Анемия хронического заболевания – при этом не наблюдается сидеропенический синдром: изменение кожи и еѐ 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, лѐгкие, яйца). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

19

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 20 [K000159]**

1. Первичный двухсторонний гонартроз, ФНС I. Гипертоническая болезнь II ст., 2 ст., риск ССС 3. Гиперлипидемия. Гипергликемия. Протеинурия. Ожирение I степени (ИМТ=33 кг/м2).

2. Диагноз «первичный двусторонний гонартроз» выставлен на основании жалоб больного на механические боли в коленных суставах, «стартовые» боли, утреннюю скованность в течение 20 минут, ограничение объѐма движений; данных анамнеза пациента: малоподвижный образ жизни, отягощѐнная наследственность, постепенное развитие заболевания, обострения с явлениями синовита; данных объективного осмотра: крепитация в коленных суставах при движении. ФНС 1: трудоспособность временно ограничена.

Диагноз «гипертоническая болезнь II ст., 2 ст., риск ССО 3» можно заподозрить на основании жалоб больного на головные боли, слабость, утомляемость; данных анамнеза: отягощенная по ССЗ наследственность; данных объективного осмотра: уровень АД - 165/95 мм рт. ст. (2 степень), акцент II тона над аортой, наличие поражения органов-мишеней (ГЛЖ) – 2 стадия. Риск 3 - на основании наличия более 3 ФР и ПОМ.

ГЛЖ - на основании данных объективного осмотра: перкуторно расширение границ сердца, данных ЭКГ.

Гиперлипидемия - на основании повышенного уровня ОХС и ТГ по данным биохимического анализа крови.

Гипергликемия - на основании повышенного уровня глюкозы крови.

Протеинурия - на основании наличия белка в моче.

Ожирение I степени - по данным антропометрического исследования.

3. Биохимический анализ крови: креатинин, мочевина (для оценки функции почек, расчета СКФ), печѐночные трансаминазы.

Иммунограмма: РФ, СРБ, анти-ЦЦП, АНФ (для исключения РА).

Гликемический профиль, гликированный гемоглобин (диагностика СД).

Протеинограмма: фракции глобулинов.

Анализ мочи на суточную протеинурию.

Эхо-КГ, УЗИ органов малого таза (почки, надпочечники), консультация врача-офтальмолога (выявление поражения органов мишеней при АГ).

Рентгенография коленных суставов в 2 проекциях (для определения рентген-стадии остеоартроза).

Исследование синовиальной жидкости поражѐнных суставов (только при наличии синовита дополнительно к подтверждению диагноза). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

20

4. С ревматоидным артритом: поражение мелких суставов симметричное, усиление болей ночью и утром, утренняя скованность более 60 минут, рентген-признаки околосуставного остеопороза, наличие костных эрозий. С СКВ: высокие титры АНФ, артрит, чаще всего недеформирующий. С подагрой: наличие тофусов, кристаллов мочевой кислоты в синовиальной жидкости. С псориатическим артритом: чаще несимметричный олигоартрит, вовлечение осевого скелета, поражение кожи, ногтей, волосистой части головы.

5. НПВС (купирование болевого синдрома): желательно назначение селективных ингибиторов ЦОГ-2. Хондропротекторы (предотвращение прогрессирования дегенеративного процесса в суставном хряще и субхондральной кости). Физиотерапевтическое лечение, массаж, лечебная физкультура. Ингибиторы АПФ (коррекция АД). Статины (коррекция гиперлипидемии): целевой уровень - менее 2,5 ммоль/л ЛПНП. Снижение массы тела.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 21 [K000160]**

1. Хронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение.

2. Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приѐм острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приѐма «Но-шпы», злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6×109/л, СОЭ - 16 мм/ч; анализ кала: стеаторея, креаторея, амилорея).

Диагноз «алкогольный стеатоз печени» выставлен на основании объективного обследования (печень при пальпации плотная, безболезненная, около края рѐберной дуги, размер по Курлову 10×9×8 см); УЗИ ОБП (печень увеличена, с перипортальными уплотнениями).

Диагноз «ЖКБ, латентное течение» выставлен на основании: УЗИ ОБП – желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой.

3. Биохимический анализ крови (глюкоза, липаза, трипсин, амилаза, АЛТ, АСТ, ГГТП).

Консультация врача-хирурга.

Копрограмма, анализ кала на D-эластазу для подтверждения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

21

Биохимический анализ крови: билирубин и его фракции, щелочная фосфатаза для исключения холестаза.

Повторный анализ крови на наличие повышения глюкозы, при необходимости - гликемический профиль, гликированный гемоглобин (исключить сахарный диабет).

КТ брюшной полости (исключить наличие кисты панкреас, опухоли панкреас).

ФГДС (исключить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки).

4. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - свойственны язвенный анамнез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие поносов, сезонность боли, связь боли с приѐмом пищи, «голодные» боли. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически - наличием ниши, при фиброгастроскопии - наличием язвенного дефекта.

Дисфункция сфинктера Одди - характеризуется болью тупого характера в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, лопатку. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда - напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение содержания холестерина, β-липопротеинов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров).

5. Показана госпитализация. Полный отказ от алкоголя. Диета: стол №5п по Певзнеру. Спазмолитический препарат (например, Дротаверин 4 мл (80 мг) 2 раза в сутки в/м). Анальгетики (например, Баралгин 250 мг внутрь 2 раза в сутки, Парацетамол) при болях. Вне обострения: ферментные препараты с заместительной целью. Коррекция гликемии в случае еѐ выявления.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 22 [K000161]**

1. Наследственная гемолитическая анемия: наследственный микросфероцитоз (болезнь Минковского – Шоффара). Анемия лѐгкой степени. ЖКБ: хронический калькулѐзный 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 селезѐнки).

Диагноз «анемия лѐгкой степени» выставлен на основании гемоглобина - 91 г/л. Диагноз «хронический калькулѐзный 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. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

22

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

4. 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.

Аутоиммунная гемолитическая анемия – противоречит длительный анамнез без прогрессирования, отрицательная проба Кумбса, снижение осмотической резистентности.

5. Спленэктомия.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 23 [K000163]**

1. Бронхиальная астма, среднетяжѐлое недостаточно контролируемое течение. ДН0.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб больной на приступы удушья и одышку после физической нагрузки и спонтанные ночью, на дискомфорт в груди; анамнеза жизни (приступы повторяются после физической нагрузки и во время простудных заболеваний; приступы удушья снимала ингаляцией Сальбутамола (3-4 раза в сутки)); данных объективного исследования (в лѐгких перкуторно-коробочный звук, аускультативно – дыхание жѐсткое, сухие хрипы по всем лѐгочным полям, свистящие при форсированном выдохе); данных лабораторных методов (в мокроте: эозинофилы - 10-12 в поле зрения, лейкоциты - 5-6 в поле зрения); данных инструментальных методов исследования (повышена прозрачность лѐгочных полей, усиленный лѐгочный рисунок, увеличены корни лѐгких).

3. Исследование функции внешнего дыхания: спирометрия (определение объѐма форсированного выдоха за 1 секунду - ОФВ1 и форсированной жизненной ѐмкости лѐгких - ФЖЕЛ). Тест с бронхолитиком (тест на обратимость бронхообструкции). Аллергологическое обследование (кожные пробы, определение специфических lgE в сыворотке крови, ингаляционные провокационные тесты с аллергенами). Рентгенография грудной клетки (для исключения альтернативного диагноза).

4. Для хронической обструктивной болезни лѐгких характерно длительное предшествующее курение или наличие других факторов риска, медленное нарастание респираторных симптомов, постоянное или интермитирующее покашливание днѐм, прогрессирующая одышка, наличие необратимой бронхиальной обструкции, редко присутствует эозинофилия мокроты. Начинается в среднем возрасте.

5. Диета: стол №15. Ингаляционные глюкокортикостероиды в низких дозах в сочетании с длительно действующими бета2-агонистами. Альтернатива: ингаляционные глюкокортикостероиды в средних или высоких дозах или ингаляционные глюкокортикостероиды в низких дозах в сочетании с антилейкотриеновыми рецепторами. Ингаляционные β-2 –агонисты быстрого действия при потребности или комбинация ингаляционных глюкокортикостероидов в низких дозах в сочетании с Формотеролом. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

23

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 24 [K000180]**

1. Болевой абдоминальный синдром, синдром желудочной диспепсии.

2. Язвенная болезнь желудка, стадия обострения, впервые выявленная, HР-ассоциированная.

3. Диагноз выставлен на основании жалоб (ранние боли в эпигастрии после приѐма пищи); данных анамнеза: наличие факторов риска (употребление алкоголя, нерегулярное питание, курение, отягощенная наследственность), сезонные обострения (весной и осенью); данных ФГДС; обнаружения HP.

4. Хронический гастродуоденит, симптоматические язвы, хронический панкреатит, хронический холецистит, злокачественные новообразования желудка.

5. Соблюдение режима питания и диеты, эрадикация HР (стандартная тройная терапия в течение 14 дней – Маастрихт-3), курс базисной антисекреторной терапии в течение 6-8 недель.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 25 [K000181]**

1. Болевой абдоминальный синдром, синдром желудочной и кишечной диспепсии, синдром экзокринной недостаточности поджелудочной железы.

2. Признаки стеатореи, креатореи, амилореи – внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы.

3. Хронический панкреатит, с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы, стадия обострения.

4. КТ органов брюшной полости, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография, анализ на онкомаркеры (Ca-19 – 9) для дифференциальной диагностики с злокачественными новообразованиями поджелудочной железы.

5. Диета №5; купирование болевого синдрома (Платифиллин, Баралгин, Глюкозо-новокаиновая смесь), препараты, снижающие активность поджелудочной железы (Октреотид или Сандостатин); ингибиторы протеолитических ферментов (Трасилол, Контрикал, Гордокс); ИПП (Омепразол, Эзомепразол внутривенно капельно); панкреатические ферменты (Креон, Эрмиталь, Микрозим, Мезим-форте), инфузионная терапия (Реамберин, Физиологический раствор).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 26 [K000182]**

1. Бронхиальная астма, персистирующая, атопическая форма, лѐгкое течение, обострение. Дыхательная недостаточность (ДН) I степени. Поллиноз с проявлениями аллергического риноконъюнктивита. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

24

2. Диагноз «бронхиальная астма» установлен на основании жалоб больного на приступы удушья экспираторного характера, в том числе ночные, купирующиеся Эуфиллином, сопровождающиеся кашлем с трудноотделяемой мокротой и свистящими хрипами; выявленных также на приѐме у врача при аускультации сухих свистящих хрипов, а также изменений в анализах крови, мокроты и при спирометрии. Персистирующее течение бронхиальной астмы установлено на основании появления приступов в течение всего года. Атопический характер астмы подтверждается наличием поллиноза, наследственностью, эозинофилией в общем анализе крови и мокроте, повышением IgE в сыворотке крови и отсутствием очаговых или инфильтративных теней в лѐгких на рентгенограмме. Лѐгкое течение соответствует редкой частоте приступов 1-2 раза в месяц. Об обострении астмы свидетельствует учащение приступов до 2 раз в неделю и появление ночных симптомов. Дыхательная недостаточность 1 степени выставлена в связи одышкой 24 в минуту.

3. Пациенту рекомендовано: спирометрия с проведением пробы с Сальбутамолом в динамике для контроля тяжести течения; контроль общего анализа крови и мокроты в динамике для исключения присоединения инфекции; консультация врача-аллерголога для оценки аллергического статуса.

4. Бета-2-агонисты короткого действия «по требованию». Выбор препаратов этой группы основан на наиболее быстром и достаточном по длительности бронхорасширяющем действии при лѐгкой бронхиальной астме. В связи с обострением заболевания к бета-2-агонистам короткого действия следует добавить небольшие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов в качестве базисной терапии до купирования обострения.

5. Продолжить базисную терапию ингаляционными глюкокортикостероидами. Продолжить терапию бета-2-агонистами короткого действия «по требованию». Назначить визит последующего наблюдения через 1-2 недели для оценки эффективности терапии и возможной еѐ коррекции при необходимости.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 27 [K000183]**

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 свѐртываемости крови, расчѐт СКФ, определение суточной протеинурии, исследование глазного дна, пункционная биопсия почек. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

25

4. Пациенту показана диета №7. Основное лечение состоит из четырѐхкомпонентной 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 28 [K000184]**

1. Хронический двусторонний пиелонефрит, фаза обострения.

2. Хронический, так как в анамнезе – неоднократные подъѐмы 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 29 [K000185]**

1. Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония, лѐгкое течение. Дыхательная недостаточность (ДН) 0 ст. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

26

2. Диагноз «внебольничная пневмония» установлен на основании жалоб больного на повышение температуры до 37,6°С в течение пяти дней, кашель с желтоватой мокротой, перенесѐнную накануне ОРВИ; выявленных на приѐме у врача при аускультации локальных влажных крепитирующих хрипов в нижней доле правого лѐгкого и инфильтративных теней при рентгенографии органов грудной клетки в 9-10 сегментах правого лѐгкого, что является наиболее типичной локализацией при пневмонии. Лѐгкое течение пневмонии установлено на основании умеренного повышения температуры тела до 37,6°С в течение 5 дней, отсутствия тахикардии, АД в норме, вовлечения двух сегментов лѐгких с одной стороны. Интоксикации нет, осложнений нет. Дыхательная недостаточность 0 степени установлена на основании отсутствия одышки (ЧСС - 22 в минуту).

3. Пациенту рекомендованы общий анализ крови и общий анализ мокроты, биохимическое исследование крови (мочевина, креатинин, печѐночные ферменты, электролиты) с целью оценки тяжести пневмонии и решения вопроса о целесообразности госпитализации больного; бактериоскопия мазка мокроты с окраской по Граму для предварительной оценки возбудителя заболевания.

4. Полусинтетические пенициллины или современные макролиды. Возбудителем внебольничной пневмонии в 50% случаев является пневмококк. Выбор обусловлен хорошей чувствительностью пневмококка к препаратам этих групп. Наиболее предпочтительным препаратом является Амоксициллин в таблетках. Возможна начальная терапия Азитромицином в связи с его действием на пневмококк и на атипичную флору.

5. Терапия остаѐтся без изменений при нормализации температуры и уменьшении хрипов в лѐгких. При сохранении температуры следует заменить первоначально назначенный антибиотик на респираторные фторхинолоны (Левофлоксацин или Моксифлоксацин в таблетках), которые действуют на грамотрицательную и атипичную флору. Продолжить назначенную терапию в течение 3-5 дней после стойкой нормализации температуры, в целом не более 10 дней. В случае наличия клинических и/или эпидемиологических данных о микоплазменной или хламидийной этиологии заболевания продолжить терапию до 14 дней. Следующая явка через неделю для оценки состояния и проведения контрольной рентгенографии лѐгких. Госпитализация больного при отсутствии положительной динамики или наличии осложнений.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 30 [K000186]**

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), отѐчного и гипертонического синдрома. Диагноз «хроническая болезнь почек (ХБП)» определѐн по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) на протяжении 3 и более месяцев (анамнестические данные) и снижения СКФ. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

27

3. Целесообразно, помимо проведѐнных анализов, сделать УЗИ почек. Для установки диагноза «ХБП» необходимо наличие следующих критериев: выявление любых клинических маркеров повреждения почек, подтверждѐнных 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 трѐх 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 31 [K000187]**

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. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

28

5. Глюкокортикостероиды, цитостатические иммунодепрессанты, гепаринотерапия, пентоксифиллин. Плазмаферез.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 32 [K000188]**

1. Правосторонний сухой плеврит.

2. Симптоматика сухого плеврита характеризуется болями в грудной клетке, усиливающимися при дыхании, сухим кашлем, субфебрилитетом, недомоганием. Диагностическими критериями сухого плеврита служат клинические и аускультативные данные (шум трения плевры), рентгенологические признаки, данные УЗИ плевральной полости.

3. Рентгенография органов грудной клетки, компьютерная томография грудной клетки. Диаскин-тест. Общий анализ крови. ЭКГ. Консультации врача-фтизиатра, врача-ревматолога, врача-кардиолога, врача-гастроэнтеролога.

4. Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда. Рефлюкс-эзофагит. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Острый перикардит. Межрѐберная невралгия. Острый холецистит.

5. Рентгенография или КТ органов грудной клетки. Для подтверждения появления правостороннего экссудативного плеврита.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 33 [K000190]**

1. ИБС: Стенокардия напряжения III ФК. ХСН I ст. II ФК.

2. Диагноз «ИБС: Стенокардия напряжения III ФК» поставлен на основании: характера боли – сжимающая, локализации боли – за грудиной, иррадиации – в левое плечо, условий возникновения боли – связь с физической нагрузкой (боли возникают при ходьбе до 500 м, иногда в покое – это характерно для III ФК стенокардии), купирование болей Нитроглицерином – в течение 2-3 минут. Боли в сердце отмечает в течение 5 лет, последние полгода - снижение переносимости физической нагрузки, следовательно, стенокардия стабильная. Диагноз «ХСН I ст. II ФК» поставлен на основании того, что симптомы ХСН (одышка, сердцебиение) появляются при умеренной физической нагрузке; в покое гемодинамика не нарушена.

3. Возраст: мужчины старше 45 лет, женщины старше 55 лет или с ранней менопаузой; курение; артериальная гипертензия: АД >140/90 мм рт. ст. или постоянный прием антигипертензивных препаратов; сахарный диабет II типа: глюкоза крови натощак более 6,0 ммоль/л; абдоминальное ожирение: окружность талии у мужчин >94 см, у женщин >80 см; семейная гиперлипидемия по данным анамнеза: IIа, IIб, или III тип; хроническое заболевание почек: ХПН со снижением СКФ< 60 мл/мин или гломерулонефрит, тубулоинтерстициальный нефрит, пиелонефрит. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

29

4. Немедикаментозное лечение ИБС: воздействие на факторы риска - гипохолестериновая диета, прекращение курения, достаточная физическая активность. Фармакотерапия: Нитроглицерин – для купирования приступа стенокардии + 1) препараты, улучшающие качество жизни: антиангинальная терапия: а) препараты первой линии: β-адреноблокаторы, блокаторы медленных кальциевых каналов; б) препараты второй линии: нитраты пролонгированного действия (Кардикет 20 мг 2 раза в день, Моночиннкверетард 50 мг 1 раз в день), блокаторы If каналов (Кораксан 5 мг 2 раза в день), активаторы калиевых каналов (Никорандил 10-20 мг 3 раза в день), цитопротекторы (Триметазидин 7 мг 2 раза в день), блокаторы медленного натриевого тока (Ранолазин 5000 мг 2 раза в день); 2) препараты, улучшающие прогноз заболевания: антиагреганты (Ацетилсалициловая кислота 75-100 мг в сутки), гиполипидемические препараты (Розувастатин 10 мг 1 раз в день или Аторвастатин 20 мг 1 раз вдень), и-АПФ (Периндоприл - 8 мг 1 раз в день).

5. Показания к хирургическому лечению у данного больного имеются. Об этом свидетельствуют данные коронарографии: стеноз в/3 левой коронарной артерии - 80%, с/3 огибающей артерии - 80%. При одно- и двухсосудистом поражении с нормальной фракцией выброса левого желудочка показаны чрезкожная транслюминальная коронарная ангиопластика и стентирование.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 34 [K000191]**

1. Бронхиальная астма, смешанная, персистирующая, средней степени тяжести, обострение. Степень тяжести бронхиальной астмы (персистирующая, средней тяжести) выставляется на основании количества дневных приступов (в данном случае ежедневно), ночных симптомов (3 раза в неделю).

2. Спирометрия с использованием ингаляционного бронхолитика быстрого действия. Критерием обратимости бронхиальной обструкции служит прирост ОФВ1 ≥ 15%. У данной пациентки обструкция является обратимой.

3. Спирометрия, оценка аллергологического статуса, рентгенография лѐгких.

4. Обучение пациентов. Контроль окружающей среды. Медикаментозное лечение начинаем с 3 ступени. Для быстрого снятия симптомов используются бронходилататоры ингаляционные короткого действия: Сальбутамол, Фенотерол или комбинированный препарат Беродуал (Фенотерол + Ипратропия бромид). Для контроля бронхиальной астмы - низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов + В2 агонист длительного действия.

5. Да, у данной пациентки имеются показания к назначению ингаляционных глюкокортикоидов. При этом следует помнить о местных нежелательных эффектах: орофарингеальный кандидоз, дисфония, кашель из-за раздражения верхних дыхательных путей.

Профилактика: применение ингаляторов со спейсерами, промывание полости рта и горла водой с последующим сплѐвыванием после ингаляции. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

30

Системные побочные эффекты зависят от дозы - угнетение коры надпочечников, склонность к образованию синяков, снижение минеральной плотности костной ткани.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 35 [K000192]**

1. Язвенный колит, левосторонняя форма, хроническое рецидивирующее течение, тяжѐлой степени. Осложнения: гипопротеинемия, хроническая постгеморрагическая анемия средней степени тяжести.

2. Генетическая предрасположенность («повышенная кишечная проницаемость» - ген NOD2/CARD15); вирусные инфекции – вирус кори; бактериальные инфекции – Chlamydiae, Listeriamonocytogenes, Pseudomonassp., Mycobacteriumparatuberculosis; факторы внешней среды – раннее отлучение от груди, высокий социально-экономический статус, стероидные противозачаточные средства, НПВП, рафинированный сахар, недостаточно свежие овощи и фрукты, оксид титана (зубная паста), курение табака; психологические факторы.

3. Внекишечные проявления - аутоиммунные, связанные с активностью заболевания: артропатии (артралгии, артриты), поражение кожи (узловатая эритема, гангренозная пиодермия), поражение СО (афтозный стоматит), поражение глаз (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит); аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания: ревматоидный артрит (серонегативный), анкилозирующий спондилоартрит, сакроилеит, первичный склерозирующий холангитостеопороз, остеомаляция; псориаз; обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями: холелитиаз, стеатогепатоз, стеатогепатит; тромбоз периферических вен, ТЭЛААмилиодоз.

4. Инфликсимаб, ремикейд. Лечение больных, страдающих язвенным колитом, у которых традиционная терапия (Сульфасалазин, Салофальк, Преднизолон, Азатиоприн) была недостаточно эффективна.

5. 1-я линия – Метронидазол 1,5 мг/сут + Фторхинолоны (Ципрофлоксацин, Офлоксацин) в/в 10-14 дней; 2-я линия – Цефалоспорины в/в 7-10 дней.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 36 [K000193]**

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 трѐхкратно, общий анализ мочи и анализ по Нечипоренко, кал на скрытую кровь трѐхкратно, 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 мочевину и креатинин, по показаниям - ультразвуковое и рентгенологическое исследование почек. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

31

4. Основа лечения хронической железодефицитной анемии - приѐм препаратов железа peros (Сорбифердурулес 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 трѐх 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). Рекомендуется профилактический курс длительностью 6 недель (суточная доза железа 40 мг), затем проводятся два шестинедельных курса в год или приѐм 30-40 мг железа ежедневно в течение 7-10 дней после менструации. Кроме того, необходимо ежедневно употреблять не менее 100 грамм мяса.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 37 [K000194]**

1. Артериальная гипертония 3 степени, 2 стадии, риск ССО 4. Гиперлипидемия. Ожирение 2 ст.

2. Отягощѐнная наследственность по материнской линии. Вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем), гиперлипидемия, ожирение, альбуминурия.

3. Суточное мониторирование АД для оценки суточного профиля АД; ЭКГ; ЭХО-КГ для оценки поражения органа-мишени (выявление гипертрофии левого желудочка, систолической и диастолической функции сердца); лабораторное обследование (общие анализы крови и мочи; анализ крови на содержание креатинина, глюкозы, калия, натрия); исследование сосудов глазного дна; УЗИ почек для оценки поражения органа-мишени; ЦДС сосудов головного мозга (для выявления поражений органа-мишени).

4. Диета с ограничением: а) соли до 4-6 г в сутки; б) насыщенных жиров; в) энергетической ценности рациона при ожирении; ограничение употребления алкоголя; регулярные физические упражнения; прекращение курения; снятие стресса (релаксация), модификация условий окружающей среды.

5. Хлорталидон, Индапамид или Торасемид (менее предпочтителен Гипотиазид в связи с его негативным влиянием на метаболизм углеводов и липидов).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 38 [K000195]**

1. Хронический первичный правосторонний необструктивный пиелонефрит, ст. обострения. ХБП 1 ст. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

32

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 расчѐта 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 приѐма 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 приѐмом) 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 неосложнѐнного 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 берѐзы, 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 39 [K000196]**

1. Язвенная болезнь с локализацией язвы (0,7 см) средних размеров на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, фаза обострения. Рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

33

2. Экзогенные факторы: нервно-психические воздействия, психоэмоциональный стресс; травмы, заболевания головного мозга; алиментарный фактор; приѐм лекарственных препаратов (НПВП, ГК и др.); бытовые и производственные вредности; метеорологические условия; инфицирование Helicobacterpylori. Эндогенные факторы: наследственная предрасположенность; первая группа крови; конституциональный статус; пол и возраст; заболевания внутренних органов; дисбактериоз гастродуоденальной зоны.

3. Показания к госпитализации: больные с осложнѐнным и часто рецидивирующим течением заболевания; больные язвой желудка, если нет возможности провести квалифицированное исследование гастробиоптата; больные язвой, протекающей с выраженным болевым синдромом или болевым синдромом, который не купируется в течение недели амбулаторного лечения; больные с гастродуоденальными язвами, развившимися у ослабленных больных или на фоне тяжѐлых сопутствующих заболеваний; при невозможности организовать лечение больного и контроль за заживлением язвы в поликлинических условиях.

4. Осложнения:

- кровотечение: лѐгкое, средней степени, тяжѐлое, крайне тяжѐлое;

- перфорация;

- пенетрация;

- стеноз: компенсированный; субкомпенсированный; декомпенсированный;

- малигнизация.

5. Лечение: трѐхкомпонентная схема: Омез 20 мг 2 раза в день + Кларитромицин 500 мг 2 раза в день + Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день (или Метронидазол 500 мг 3 раза в день) (10 дней). При неэффективности - четырѐхкомпонентная схема: Омез 20 мг 2 раза в день + Тетрациклин 500 мг 4 раза в день + Метронидазол 500 мг 3 раза в день + Де-нол 240 мг 2 раза в день (10 дней).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 40 [K000197]**

1. Дилатационная кардиомиопатия. Нарушение ритма по типу постоянной формы фибрилляции предсердий, тахисистолия. ХСН IIБ ст. III ФК.

2. При гистологическом исследовании выявляются неспецифические изменения: дегенерация и некроз кардиомиоцитов, инфильтрация миокарда мононуклеарными клетками, зоны фиброза.

3. Отсутствие зубца Р, нерегулярный ритм (разные по продолжительности интервалы RR), узкие комплексы QRS (у большинства больных), наличие волн фибрилляции f.

4. Показаны диуретики, ингибиторы АПФ (или блокаторы рецепторов ангиотензина II), β-адреноблокаторы (Бисопролол, Метопролол-ретард, Карведилол), антагонисты альдостерона, сердечные гликозиды, антикоагулянты. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

34

5. Учитывая данные ЭХОКГ-исследования (значительное снижение ФВ левого желудочка и дилатацию левых камер сердца, в первую очередь, левого предсердия) пациент в восстановлении сердечного ритма не нуждается.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 41 [K000198]**

1. Хроническая обструктивная болезнь лѐгких, крайне тяжѐлое течение, стадия обострения. Хроническое лѐгочное сердце, компенсация. ДН II.

2. ЭХО-КС, газовый состав крови, пульсоксиметрия, проба с бронходилататорами, цитологическое и микробиологическое исследование мокроты, ФБС.

3. Отказ от курения. Бронходилатирующая терапия (через небулайзер комбинированные бронхорасширяющие препараты М-холиноблокаторы + ß2-адреномиметики (например, Беродуал), антибактериальная, противовоспалительная терапия. Отхаркивающие и муколитические средства (Ацетилцистеин, Бромгексин, Карбоцистеин, Амброксол). Оксигенотерапия. Дыхательная гимнастика.

4. Показанием к антибактериальной терапии больным ХОБЛ считается диагностика инфекционного характера обострения: усиление одышки, усиление кашля или увеличение количества мокроты, гнойная мокрота.

5. Значительное нарастание интенсивности симптомов. Тяжелая ХОБЛ. Неэффективность начальной лекарственной терапии обострения. Возникновение острой или обострение хронической сопутствующей патологии. Старческий возраст, возникновение декомпенсации лѐгочного сердца.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 42 [K000199]**

1. Спонтанный пневмоторакс.

2. Буллѐзная эмфизема, туберкулѐз лѐгких, врождѐнная киста лѐгкого.

3. На рентгенограмме органов грудной клетки справа пристеночное просветление в виде зоны, лишенной лѐгочного рисунка. Выявляются отчѐтливо контуры поджатого лѐгкого, сердечно-сосудистая тень смещена влево.

4. Острая дыхательная недостаточность. Острое лѐгочное сердце.

5. Эвакуация газа из грудной полости, наркотические анальгетики, Кордиамин, оксигенотерапия.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 43 [K000204]**

1. Цирроз печени смешанной этиологии (вирусный + токсико-алиментарный), декомпенсированный, осложнѐнный портальной гипертензией, кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода.

2. Портальная гипертензия, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

35

3. Эзофагогастродуоденоскопия, УЗИ органов брюшной полости, биохимический анализ крови, коагулограмма.

4. После купирования кровотечения (зонд Блэкмора, эндоскопическая остановка кровотечения, кровоостанавливающие средства – Аминокапроновая кислота в/в, Этамзилат натрия в/м, Викасол) и назначения антибиотиков, очистительных клизм, лактулозы, гепатопротекторов, витаминов), проводится УЗИ печени и селезѐнки, сплено- и гепатоманометрия, кровь на печѐночные пробы, ферменты цитолиза и холестаза, общий белок и белковые фракции, коагулограмму.

5. Диспансерное наблюдение у врача-терапевта по показаниям консультации врача-гастроэнтеролога. При стабильном течении компенсированного цирроза осмотр не реже 2 раз в год, при отрицательной динамике – не менее 1 раза в год. Контроль общего анализа крови, биохимических анализов крови: билирубин, холестерин, протромбин, осадочные реакции, ферменты. Базисная терапия. Синдромная терапия.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 44 [K000208]**

1. Внебольничная пневмония с локализацией в средней и нижней доле правого лѐгкого. Тяжѐлое течение. Абсцедирование. Инфекционно-токсический шок 2 ст. Дыхательная недостаточность II ст. Острое лѐгочное сердце, декомпенсированное. НК II А ст. ФК IV.

2. Абсцедирование (стафилококковая деструкция лѐгких). Инфекционно- токсический шок 2 ст. Дыхательная недостаточность II ст. Острое лѐгочное сердце, декомпенсированное. НК II А ст. ФК IV.

3. Этиотропная терапия: препараты выбора – аминопенициллины в сочетании с ингибиторами β-лактамаз (Амоксициллин + Клавулановая кислота), макролиды (Азитромицин, Кларитромицин), сочетание этих препаратов; цефалоспорины III-IV поколения (Цефуроксим, Цефтриаксон); респираторные фторхинолоны. Иммуномодулирующая терапия: свежезамороженная плазма, антистафилококковая плазма, антистафилококковый иммуноглобулин. Инфузионная и дезинтоксикационная терапия. Коррекция нарушений микроциркуляции. Глюкокортикостероиды до выведения из шока, вазоконстрикторы (Допмин). Оксигенотерапия. Бронхолитики, отхаркивающие. Антиоксиданты. Коррекция диспротеинемии.

4. Больной должен быть госпитализирован в реанимационное отделение. Показания для проведения интенсивной терапии: дыхательная недостаточность, необходимость ИВЛ, шок, острая почечная недостаточность, менингит, ДВС-синдром, кома.

5. Диспансерное наблюдение проводится врачом-терапевтом участковым и врачом-пульмонологом (консультации по показаниям). Осмотры показаны через 1, 3 ,6, 12 месяцев после выписки. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

36

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 45 [K000218]**

1. Основной: полиостеоартроз, узелковая форма (узелки Гебердена, Бушара). Двусторонний гонартроз, рентгенологическая ст. III (по Kellgren), ФНС 2. Остеоартроз поясничного отдела позвоночника. Сопутствующие: ИБС, постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь 3 степени, 3 стадии, группа риска 4. Ожирение. Варикозная болезнь вен нижних конечностей.

2. Диагноз «полиостеоартроз» установлен на основании наличия множественного поражения суставов кистей с узелками Гебердена и Бушара, коленных суставов, механического характера боли, наличия стартовой боли в коленных суставах, утренней скованности не более 30 минут, нормальных острофазовых показателей крови (СОЭ, СРБ), характерных рентгенологических изменений коленных суставов (субхондральный склероз, остеофиты, сужение суставной щели) и поясничного отдела позвоночника (остеофитоз, спондилоартроз). Рентгенологическая стадия III характеризуется сужением суставной щели, наличием единичных остеофитов. Степень ФНС определяется по способности пациента к самообслуживанию и выполнению профессиональных, непрофессиональных обязанностей. В задаче у пациента нет ограничения в самообслуживании, однако имеются ограничения в профессиональной и непрофессиональной деятельности, что соответствует II ст. ФНС. Спондилоартроз поясничного отдела позвоночника поставлен на основании данных рентгенологического исследования позвоночника (остеосклероз тел позвонков, снижение высоты межпозвонковых дисков, спондилофиты). Диагноз «гипертонической болезни 3 степени, 3 стадии, риск 4» установлен в связи с максимальным повышением АД до 180\110 мм рт. ст., наличием клинически ассоциированного состояния (инфаркт миокарда в анамнезе) и других факторов риска (возраст, ожирение).

3. Пациенту рекомендовано: УЗИ коленных суставов - исключить наличие синовита; МРТ коленных суставов - (подтвердить/исключить синовит, уточнить характер повреждения хряща и кости); исследование липидного профиля, проведение ЭхоКГ, СМАД - уточнение поражения сердца и степени риска ССО, учитывая сопутствующую патологию.

4. Пациенту для лечения полиостеоартроза необходимо назначение пероральных НПВП с наименьшим кардиоваскулярным риском (Напроксен), при наличии реактивного синовита коленных суставов возможно внутрисуставное введение глюкокортикостероидов (Дипроспан), а также необходимо назначение препаратов Хондроитин и\или Глюкозами сульфатов на срок не менее 6 месяцев с последующими повторными курсами. Из немедикаментозного лечения важным является коррекция модифицируемых факторов риска, а именно снижение веса тела, регулярные дозированные физические нагрузки (ходьба, плавание), ношение наколенников при длительной статической нагрузке, физиотерапия, санаторно-курортное лечение.

5. Для лечения ИБС и гипертонической болезни необходимо назначение препаратов из группы селективных бета-блокаторов, ингибиторов АПФ, статинов, антиагрегантов. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

37

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 46 [K000219]**

1. Предварительный диагноз «цирроз печени (алиментарно-токсического генеза), активность II, класс «В» по Child-Pugh. Портальная гипертензия. Асцит».

2. Синдром портальной гипертензии, синдром печѐночно-клеточной недостаточности, синдром паренхиматозной желтухи, мезенхимально-воспалительный синдром.

3. О синдроме портальной гипертонии свидетельствуют увеличение живота в объѐме, наличие выпота в брюшной полости при перкуссии живота, увеличение размеров селезѐнки. О синдроме печѐночно-клеточной недостаточности свидетельствует кровоточивость слизистых, гематомы на конечностях, наличие сосудистых звѐздочек на верхней половине туловища, пальмарная эритема, снижение уровня альбумина до 28,5 г/л. Синдром паренхиматозной желтухи проявляется наличием зуда, желтушностью кожи, склер, слизистых. О наличии мезенхимально-воспалительного синдрома свидетельствуют диспротеинемия, гипергаммаглобулинемия, увеличение селезѐнки.

4. Для подтверждения диагноза необходимо выполнить фиброэзофагогастроскопию с оценкой состояния вен пищевода и кардиального отдела желудка, ректороманоскопию с оценкой вен прямой кишки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости для определения размеров печени, еѐ структуры, размеров селезѐнки, количества асцитической жидкости в брюшной полости и плевральных полостях. Необходимо исследовать все функциональные печѐночные пробы (АЛАТ, АСАТ, билирубин, протромбин, холестерин, щелочная фосфатаза), гемограмму с определением числа тромбоцитов, выполнить серологическое исследование крови на наличие антител к вирусам гепатита В, D и C для исключения возможных вирусных гепатотропных инфекций. Желательно определить уровень альфа-фетопротеина для исключения гепатоцеллюлярной карциномы и уровень ферритина для исключения гемохроматоза печени.

5. Неселективные бета-блокаторы. Мочегонные. Альбумин. Гепатопротекторы. Ферменты. Профилактическое назначение антибиотиков.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 47 [K000220]**

1. Язвенный колит, левосторонний тип. Средней степени тяжести. Узловатая эритема. Анемия смешанного генеза.

2. В пользу неспецифического язвенного колита (ЯК) свидетельствует частый жидкий стул с патологическими примесями, боли при дефекации, сопровождающиеся анемическим синдромом (снижение эритроцитов, гемоглобина в крови, слабость) и интоксикационно-воспалительным синдромом (лейкоцитоз, повышение СОЭ, повышение температуры тела). При ЯК также встречается узловатая эритема. Рентгенологическая картина характерна для ЯК. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

38

3. Копрограмма; анализ крови на электролиты, СРБ, ДФА, общий белок, белковые фракции, холестерин, глюкозу, билирубин, трансаминазы; ФГДС колоноскопия с биопсией из патологического участка; флюорография или рентгенография лѐгких; УЗИ органов брюшной полости.

4. Инфекционные колиты; болезнь Крона; опухоли кишечника; туберкулѐз кишечника; поражение кишечника при системных заболеваниях (васкулиты, склеродермия); ишемический колит.

5. Диета. Месалазин (3,0), при неэффективности - глюкокортикоиды (40 мг). Ректально Гидрокортизон. Лечение диареи (обволакивающие, спазмолитики, вяжущие). Лечение обменных нарушений. Лечение дисбактериоза. Полиферментные препараты. Лечение анемии.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 48 [K000221]**

1. Хроническая обструктивная болезнь лѐгких, тяжѐлое течение (III ст.), эмфизематозный тип, обострение. Соп. ИБС. Стенокардия II ФК. Постинфарктный кардиосклероз (Q-образующий неуточнѐнной давности). Желудочковая экстрасистолия. ХСН II A. ФК II.

2. Диагноз «хроническая обструктивная болезнь лѐгких» (ХОБЛ) выставляется на основании жалоб на прогрессирующую одышку, кашель, наличие хрипов и тяжести в груди, длительного стажа курения (30 лет); объективных данных (эмфизематозная грудная клетка и перкуторно коробочный звук, что вместе с преобладанием одышки над кашлем свидетельствует об эмфизематозном типе ХОБЛ). На рентгенограмме характерные для ХОБЛ изменения – эмфизема и пневмосклероз. При помощи спирограммы уточняем диагноз (обструкция) и стадию - Тест Тифно <70% и ОФВ1=37% (III ст.). Наличие жалоб на учащение кашля, увеличение и гнойный характер мокроты, подтверждѐнный при помощи общего анализа мокроты, указывает на наличие обострения. Данные анамнеза и ЭКГ свидетельствуют о наличии кардиальной патологии. Индекс курильщика – количество сигарет, выкуриваемых в день × стаж курения / 20 = 20×30/20 = 30 пачка/лет.

3. Пульсоксиметрия для уточнения тяжести дыхательной недостаточности, по возможности – газы крови. Общий анализ крови, мочи. Глюкоза крови, СРБ. Для уточнения наличия обострения заболевания, или сопутствующих заболеваний, или дифференциальной диагностики. Микробиологическое исследование мокроты для верификации возбудителя. ЭХО-КС для исключения хронического лѐгочного сердца. Контроль спирографии после лечения для оценки обратимости бронхообструкции. Пикфлоуметрия ежедневно для уточнения обратимости и вариабельности бронхообструкции. При необходимости - КТ ОКГ (наличие булл в лѐгких). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

39

4. Бронхолитики длительного действия – в первую очередь М-холинолитик тиотропия бромид (Спирива) 18 мкг (капс.) 1 раз в сутки. Возможно добавить ß2-агонист длительного действия – Формотерол (Форадил) по 12 мкг (капс.) 2 раза в сутки. По потребности – ингаляция Беродуала через дозированный ингалятор или небулайзер. При частых обострениях и хорошем ответе на глюкокортикостероиды показано назначение Ингал. ГКС. Эффективный вариант терапии в таких случаях - сочетание ИГКС и пролонгированного ß2-агониста, например, Симбикорт (Будесонид 160 мкг/формотерол 4,5 мкг). При сохраняющейся одышке возможно добавление теофиллинов per os (Теопек 2 раза в сутки). При сатурации крови кислородом <90% - длительная низкопоточная оксигенотерапия.

5. Наличие серьѐзной конкурирующей патологии – ИБС диктует необходимость приѐма жизненно важных препаратов. К таким препаратам относится неселективный ß-блокатор Соталол, имеющий побочный эффект в виде бронхоспазма. В связи с наличием обструктивных изменений на спирограмме рекомендуется заменить его на селективный ß-блокатор, например, Бисопролол.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 49 [K000222]**

1. Бронхиальная астма, эндогенная форма, тяжѐлое персистирующее течение, обострение. Хронический бронхит. Пневмосклероз. Осл. Астматический статус I ст. ОДН II ст. Экзогенный гиперкортицизм.

2. Диагноз «бронхиальная астма, эндогенная форма, тяжѐлое персистирующее течение» выставляется на основании жалоб на частые приступы удушья, частый кашель, чувство стеснения в груди; данных анамнеза (предшествующий хронический бронхит, эффект от лечения ГКС и бронхолитиками, частые обострения БА, требующие госпитализации в стационар). При этом отсутствие аллергоанамнеза. У больного развилось тяжѐлое осложнение БА – астматический статус I ст. (затянувшийся приступ БА, ортопноэ, тахипноэ, тахикардия, снижение сатурации крови кислородом, ослабленное дыхание в лѐгких). SpO2 - 85% указывает на ОДН II ст. Наличие ожирения, «кушингоидного лица», стрий на теле на фоне длительного приѐма Преднизолона per os свидетельствует об экзогенном гиперкортицизме. Ухудшение состояния больного связано скорее всего с полной отменой Преднизолона и отсутствием базисной терапии.

3. Ингаляции кислорода – 4 л/мин. Ингаляции Беродуала через небулайзер (лучше на О2) 3 раза за 1 час, после - 1 раз в час до стабилизации состояния. Кортикостероиды внутривенно (Преднизолон 60-120 мг или Гидрокортизон 200 мг). Суточная доза ГКС в\в в пересчѐте на Преднизолон (Метипред) до 600-700 мг. Препараты 2 линии – Эуфиллин в\в капельно, адреналин п\к, в\в, Сульфат магния в\в.

4. Пульсоксиметрия для уточнения тяжести дыхательной недостаточности (проводится ежедневно). Общий анализ крови, мочи. Глюкоза крови, СРБ. Общий анализ мокроты, при возможности микробиологическое исследование мокроты. Спирография. Пикфлоуметрия. Рентгенография ОГК. ЭКГ. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

40

5. За последние годы больной получал неправильную терапию: системные ГКС больным БА в качестве базисной терапии назначаться не должны. Больной вообще не получал препарата из основной группы базисной терапии – ингаляционные ГКС, а также пролонгированного бронхолитика. Наличие признаков экзогенного гиперкортицизма и объясняется длительным приѐмом Преднизолона. Больному необходимо назначить ингаляционные ГКС + бронхолитики длительного действия (ß2-агонисты), лучше фиксированные препараты (Симбикорт 160/4,5 по 2 вдоха 3 раза в день или Серетид 25/500 по 2 вдоха 2 раза в день). Учитывая тяжесть БА и наличие хронического бронхита к лечению добавить М-холинолитик длительного действия Тиотропия бромид (Спирива) 1 капсула (18 мкг) в сутки. При сохраняющейся одышке возможно добавить теофиллины (Теопек или Теотард). На фоне базисной терапии необходимо постепенное снижение дозы Преднизолона, по возможности до отмены или до минимальной дозы, при которой нет ухудшения состояния. Возможен пересмотр базисной терапии с учѐтом принципа ступенчатой терапии и состояния больного.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 50 [K000223]**

1. Сахарный диабет 1 типа, декомпенсированный. Целевой уровень гликозилированного гемоглобина меньше 6,5%. Осложнения: диабетическая препролиферативная ретинопатия ОИ. Диабетическая полинейропатия сенсорная форма.

2. У больного сахарный диабет 1 типа (диабет манифестировал кетоацидозом в 15 лет, получает инсулинотерапию). Учитывая длительность заболевания (более 15 лет), жалобы на ухудшение зрения, боли, онемения и парестезии в нижних конечностях, данные осмотра врача-офтальмолога, врача-педиатра участкового у больного сформировались поздние осложнения сахарного диабета – препролиферативная ретинопатия, дистальная полинейропатия сенсорная форма.

3. Гликемический профиль с целью оценки компенсации сахарного диабета и коррекции, проводимой сахароснижающей терапии. Определение гликозилированного гемоглобина (оценка компенсации сахарного диабета, решение вопроса об интенсификации проводимой терапии). Определение мочевины, креатинина, сывороточной кислой фосфатазы (для исключения диабетической нефропатии). Определение альбумина в суточной моче (для исключения диабетической нефропатии). Электрокардиограмма. Определение триглицеридов, холестерина, ЛПНП, ЛПВП. Электромиография для подтверждения полинейропатии.

4. Учитывая возраст больного 30 лет, ожидаемую продолжительность жизни, отсутствие тяжѐлых сосудистых осложнений сахарного диабета, целевой уровень гликозилированного гемоглобина в данном случае - менее 6,5%. Контроль уровня гликозилированного гемоглобина 1 раз в 3 месяца.

5. Учитывая молодой возраст больного 30 лет, активный образ жизни больного, наличие гипогликемических состояний на инсулинотерапии «Хумулином», целесообразно перевести больного на аналоги инсулина человека длительного действия - инсулин Гларгин «Лантус» - 1 раз в сутки + инсулин ультракороткого действия Лизпро «Кумалог» перед едой. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

41

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 51 [K000224]**

1. Диффузный токсический зоб 2 степени, манифестный тиреотоксикоз.

2. Диагноз «ДТЗ» установлен на основании данных анамнеза (больна около 3 месяцев, заболевание связывает со стрессовой ситуацией, отсутствие эффекта от приѐма седативных препаратов), жалоб больной (постоянное сердцебиение, мышечную слабость, снижение массы тела на 3 кг за последние 6 месяцев при повышенном аппетите, одышка при ходьбе, плаксивость); объективных данных (тѐплые, влажные кожные покровы, умеренно выраженный двусторонний экзофтальм). Положительные глазные симптомы, увеличение щитовидной железы до 2 ст., тахикардия - 118 ударов в минуту, высокое пульсовое давление (155\60 мм рт. ст.).

3. Пациентке рекомендовано определение уровня гормонов ТТГ, Т4 свободного, Т3 свободного для подтверждения синдрома тиреотоксикоза. УЗИ щитовидной железы для подтверждения наличия диффузного зоба, определения объѐма щитовидной железы с целью определения тактики лечения. Определение антител к рецептору ТТГ с целью дифференциальной диагностики с другими аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы. ЭКГ. Учитывая анамнез (частые ангины), наличие субфебрилитета – общий анализ крови, определение С-реактивного белка.

4. Учитывая небольшие размеры щитовидной железы, впервые диагностированный ДТЗ, показана консервативная терапия тиреостатиками: Тиамазол в суточной дозе 30-40 мг, при достижении эутиреоидного состояния постепенный переход на поддерживающие дозы 5-15 мг\сутки или на режим «блокируй и замещай» (использование относительно высоких доз тиреостатиков совместно с тироксином). Лечение поддерживающими дозами продолжается от 1,5 до 2 лет, после чего препараты отменяют. Пациент находится под наблюдением, поскольку в 70% случаев возможно развитие рецидива. При лечении тиреостатиками контроль лейкоцитарной формулы периферической крови 1 раз в 7-10 дней, затем каждые 3-4 недели, так как возможно развитие агранулоцитоза. Совместно с тиреостатиками назначают бета-адреноблокаторы (Атенолол 50-100 мг\сутки, Анаприлин 80-120 мг\сутки), которые купируют тахикардию и вегетативную симптоматику, через 2-4 недели бета-адреноблокаторы медленно отменяют.

5. Эффективность лечения оценивают по клиническим и лабораторным показателям. Клинически отсутствуют симптомы тиреотоксикоза (нормализация пульса/АД, стабилизация веса, исчезновение расстройств нервной системы). Уровень Т3, Т4 в пределах нормы. Уровень ТТГ длительное время снижен. Его определение целесообразно спустя несколько месяцев после стойкой нормализации Т3, Т4.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 52 [K000225]**

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. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

42

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 абортов). 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 отѐков (отѐки на голенях, бѐдрах, брюшной стенке).

4. При длительном дефиците железа (более 10 лет) развивается атрофический пангастрит, в фундальном отделе желудка перестаѐт вырабатываться фактор Кастла, что ведѐт к развитию В12-дефицитной анемии. Именно поэтому цветовой показатель не отличается от нормы (дефицит железа даѐт 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 железодефицитная (постгеморрагическая и алиментарная) и В12-дефицитная, тяжѐлой степени тяжести. Пернициозный криз». Осложнения - «угроза анемической комы. Анемическая дистрофия миокарда».

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 53 [K000226]**

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 ещѐ не сформировался большой клон бластных клеток и ещѐ 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 стернальной пункции, так как нарушение кроветворения при названных заболеваниях всегда начинается с костного мозга, и самая ценная информация по заболеванию будет в миелограмме. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

43

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, рѐбер, 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 мочевину. 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 54 [K000227]**

1. Синдром воспалительных изменений и септицемии (лихорадка, ознобы, острофазовые показатели), синдром интоксикации (слабость, повышенная потливость, снижение аппетита, похудание, артралгии, миалгии, анемия), синдром клапанных изменений (формирование аортальной недостаточности), синдром тромбоэмболических нарушений (пятна Дженуэя), синдром иммунных нарушений (гепатит, гломерулонефрит, спленомегалия, ревматоидный фактор), синдром сердечной недостаточности.

2. Основной диагноз - «первичный активный инфекционный эндокардит аортального клапана». Недостаточность аортального клапана, относительная недостаточность митрального клапана. Гепатит. Гломерулонефрит. Анемия умеренной степени тяжести. Осложнения: ХСН II A стадии, IV функциональный класс по NYHA. Большой диагностический критерий DUKE - ЭхоКГ-признаки внутрисердечного объѐмного образования на клапане. Малые диагностические критерии DUKE: лихорадка >38°С, заболевание сердца, предрасполагающее к развитию ИЭ, септическая инфарктная пневмония. Для подтверждения диагноза достаточно наличия одного большого и трѐх малых диагностических критериев.

3. Пациенту показано проведение бактериологического исследования крови для выявления возбудителя инфекционного эндокардита и определения его чувствительности к антибиотикам. Забор крови для гемокультуры проводится с соблюдением следующих правил. Должно быть взято не менее 3 образцов крови из разных вен. Следует избегать забора крови из постоянного катетера в связи с возможной его контаминацией. При каждом заборе крови производится посев в два флакона для аэробной и анаэробной флоры. В каждый флакон помещается не менее 5-10 мл венозной крови. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

44

4. Основные принципы лечения: ранняя, массивная и длительная (4-6 недель) антибактериальная терапия. Применяются антибиотики бактерицидного действия, способ введения - парентеральный. До получения результатов анализов крови на гемокультуру следует назначить эмпирическую схему антибиотикотерапии, предпочтительнее бета-лактамными антибиотиками и аминогликозидами. Основные показания к хирургическому лечению: некорригируемая прогрессирующая ХСН; не контролируемый антибиотиками инфекционный процесс; повторные эпизоды тромбоэмболии; абсцессы миокарда; эндокардит оперированного сердца.

5. У пациентов с «кардиогенными факторами риска» (врождѐнные и приобретѐнные, в том числе оперированные пороки сердца, перенесѐнный инфекционный эндокардит, гипертрофическая кардиомиопатия, пролапс митрального клапана) при выполнении у них различных медицинских вмешательств, которые могут сопровождаться преходящей бактериемией: экстракция зуба, тонзиллэктомия, урологические, гинекологические операции и диагностические манипуляции, иссечение и дренирование инфицированных мягких тканей и т. д., должна осуществляться антибиотикопрофилактика. При стоматологических манипуляциях и других вмешательствах в полости рта, в области носоглотки, на верхних дыхательных путях и пищеводе рекомендуют: перорально - Амоксициллин 2 г за 1 час до процедуры (при аллергии к пенициллину: Клиндамицин 600 мг за 1 час до процедуры); парентерально (в случаях невозможности приѐма лекарств через рот) - Ампициллин 2 г внутримышечно или внутривенно за 30 минут до процедуры (при аллергии к пенициллину: Клиндамицин 600 мг внутривенно за 1 час до процедуры). При вмешательствах на желудочно-кишечном тракте, мочевых путях, в области гениталий - Амоксициллин или Ампициллин: Амоксициллин 2 г перорально за 1 час до процедуры или Ампициллин 2 г внутримышечно или внутривенно за 30 минут до процедуры (при аллергии к пенициллину - Ванкомицин: 1 г внутривенно капельно за 1-2 часа до процедуры, с окончанием инфузии за 30 минут до процедуры); Ампициллин плюс Гентамицин: Ампициллин 2 г внутримышечно или внутривенно, Гентамицин 1,5 мг/кг (не более 120 мг) внутримышечно за 30 минут до процедуры; через 6 часов после процедуры: Ампициллин 1 г внутримышечно или внутривенно или Амоксициллин 1 г перорально (при аллергии к пенициллину - Ванкомицин плюс Гентамицин: Ванкомицин 1 г внутривенно капельно, с окончанием инфузии за 30 минут до процедуры; Гентамицин 1,5 мг/кг, но не более 120 мг).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 55 [K000228]**

1. Дилатационная кардиомиопатия. Желудочковая экстрасистолия. Хроническая сердечная недостаточность II Б стадии ФК III. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

45

2. Согласно анамнезу, диагноз «дилатационная кардиомиопатия» был выставлен больному 6 лет назад (при ЭХО-КГ имеется дилатация левого желудочка, гипокинезия стенок левого желудочка). В настоящее время тяжесть состояния обусловлена явлениями сердечной недостаточности, декомпенсации которой способствовали: вирусная инфекция, обильный приѐм жидкости и отмена лекарственных препаратов. Диагноз ХСН и еѐ стадия выставлены на основании жалоб (одышка, удушье), объективных данных (цианоз, отѐки нижних конечностей, хрипы в лѐгких, протодиастолический ритм галопа), результатов ЭХО-КГ (низкая фракция выброса левого желудочка, дилатация левого желудочка).

3. Кроме общеклинических исследований (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови) необходимо провести рентгенологическое исследование органов грудной клетки для исключения пневмонии, инфильтративных заболеваний лѐгких (у больного отмечалось повышение температуры тела, кашель) с целью выявления признаков кардиомегалии, признаков венозного застоя в лѐгких, наличия выпота в плевральной полости; суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру с целью выявления нарушений ритма и проводимости сердца.

4. Основные группы препаратов для лечения этого больного: ингибиторы АПФ, селективные в-блокаторы, диуретики (Верошпирон, Гипотиазид, Фуросемид), сердечные гликозиды - Дигоксин (в связи с декомпенсацией, большими размерами сердца и низкой фракцией выброса левого желудочка), дезагреганты (для профилактики тромбоэмболических осложнений). Ингибитор АПФ фозиноприл должен быть оставлен больному в лечении, но дозу его нужно уменьшить в связи с низкими цифрами АД. ß-блокатор Карведилол должен быть вновь назначен этому пациенту.

5. При неэффективности медикаментозной терапии прибегают к электрофизиологическим и хирургическим методам лечения: двухкамерная электростимуляция сердца с помощью имплантированного электрокардиостимулятора (улучшает внутрисердечную гемодинамику, повышает систолическую функцию желудочков, предупреждает развитие некоторых осложнений); трансплантация сердца. Показания для трансплантации сердца: быстрое прогрессирование ХСН и отсутствие эффекта от проводимой терапии; возникновение опасных нарушений ритма сердца; высокий риск тромбоэмболических осложнений.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 56 [K000229]**

1. Экссудативный правосторонний плеврит туберкулѐзной этиологии. МБТ (-). I А группа ДУ. ДН0-1.

2. Постепенное развитие заболевания - 1 месяц, жалобы на слабость, похудание, одышку, боли в грудной клетке, тяжесть в боку, объективно - сглаживание межрѐберных промежутков, там же снижение голосового дрожания, притупление перкуторного звука, дыхание не проводится. В анализе крови – незначительный лейкоцитоз, нет п-я сдвига, лимфопения, умеренное ускорение СОЭ, в промывных водах бронхов нет патогенной флоры. Рентгенологически: справа ниже 5 ребра до диафрагмы определяется интенсивное гомогенное затемнение с чѐткой косой верхней границей. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

46

3. Пациенту рекомендовано: анализ плевральной жидкости для уточнения еѐ характера – транссудат или экссудат (количество белка, удельный вес, проба Ривальта), клеточного состава (гнойный нейтрофильный или серозный лимфоцитарный); исследование на микрофлору и микобактерии; эвакуация плевральной жидкости; повторная аускультация лѐгких и рентгенограмма ОГК (МСКТ) после эвакуации плевральной жидкости для уточнения наличия воспалительных изменений в лѐгких.

4. Правосторонняя пневмония, осложнѐнная экссудативным парапневмоническим плевритом; инфильтративный туберкулѐз лѐгких, осложнѐнный перифокальным плевритом; очаговый туберкулѐз лѐгких, осложнѐнный перифокальным плевритом.

5. При отсутствии изменений в лѐгких, лимфоцитарном составе экссудата, а также при наличии изменений в лѐгких и отсутствии положительной динамики на АБТ - вызвать врача-фтизиатра на консультацию для решения вопроса о диагнозе и переводе пациента в противотуберкулѐзный стационар.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 57 [K000230]**

1. Диссеминированный туберкулѐз лѐгких в фазе инфильтрации и распада, МБТ (-). I А группа ДУ. Спонтанный пневмоторакс справа. ДН1-2.

2. 3 года назад перенѐс правосторонний сухой плеврит, постепенное развитие заболевания – 1,5-2 месяца, жалобы на слабость, повышенную утомляемость, потливость по ночам, кашель с небольшим количеством мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке, во время приступа кашля больной почувствовал острую боль в правой половине грудной клетки, усиление одышки, учащение сердцебиения; объективно справа сглаживание межрѐберных промежутков, там же снижение голосового дрожания, тимпанит перкуторно, дыхание не проводится, слева – в верхних отделах укорочение лѐгочного звука, в межлопаточной области перкуторный звук укорочен, выслушиваются единичные влажные хрипы. В анализе крови - незначительный лейкоцитоз, нет п-я сдвига, умеренное ускорение СОЭ, в мокроте нет КУМ. Справа лѐгкое коллабировано на 1/5 гемиторакса за счѐт прослойки воздуха. В лѐгочной ткани в верхних и средних полях определяются очаговые тени разных размеров, малой и средней интенсивности, склонные к слиянию. В С1, С2 с обеих сторон – полости распада 1-2,5 см в диаметре.

3. Томография ОГК, посев мокроты на МБТ, МГМ. Исследования мокроты с определением чувствительности.

4. Двусторонняя полисегментарная деструктивная пневмония. Межрѐберная невралгия. Инфаркт миокарда.

5. Госпитализация в хирургическое отделение (разрешение СП), консультация врача-фтизиатра, перевод в противотуберкулѐзный стационар, лечение 4 противотуберкулѐзными препаратами, патогенетическая терапия.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 58 [K000231]**

1. Диссеминированный туберкулѐз лѐгких в фазе инфильтрации и распада, МБТ(-). Туберкулѐз кишечника. 1А группа ДУ. ДН1-2. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

47

2. Язвенная болезнь желудка в течение 7 лет, постепенное развитие заболевания – 1,5-2 месяца, жалобы на слабость, повышенную утомляемость, фебрилитет, кашель с небольшим количеством мокроты, одышку при физической нагрузке; боли в животе, жидкий стул; объективно состояние средней степени тяжести, пониженное питание, паравертебрально в верхних отделах укорочение лѐгочного звука. В межлопаточной области выслушиваются единичные влажные хрипы. При пальпации некоторое напряжение мышц и болезненность в околопупочной области. В анализе крови - умеренный лейкоцитоз, п-я сдвиг, лимфопения, моноцитоз, умеренное ускорение СОЭ, в мокроте нет КУМ. С обеих сторон тотально, но гуще в верхних полях, определяются очаговые тени средней интенсивности, разных размеров, с нечѐткими контурами, местами склонные к слиянию. На уровне 1-2 ребра в обоих лѐгких – полости распада от 1,5 до 3 см в диаметре.

3. Томография ОГК. Посев мокроты на МБТ, МГМ. Исследования мокроты. ФГД. Санализ кала на МБТ. R-контрастное исследование кишечника, колоноскопия с биопсией.

4. Двусторонняя полисегментарная деструктивная пневмония. ЯБЖ. Неспецифический язвенный колит, болезнь Крона.

5. Консультация врача-фтизиатра, перевод в противотуберкулѐзный стационар, лечение 4 противотуберкулѐзными препаратами, патогенетическая терапия.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 59 [K000234]**

1. Пневмония, туберкулѐз лѐгкого.

2. Инфильтративный туберкулѐз верхней доли правого лѐгкого в фазе распада и обсеменения МБТ 1А группа ДУ.

3. Диагноз поставлен на основании характерных клинических проявлений - наличие признаков туберкулѐзной интоксикации и лѐгочных симптомов; рентгенологических данных - характерной локализации в верхней доле с очагами обсеменения, характерных умеренных воспалительных сдвигах в общем анализе крови, высокой предрасположенности больных сахарным диабетом к развитию туберкулѐза.

4. Туберкулѐз протекает малосимптомно.

5. Лечение в стационаре по 1 режиму химиотерапии, поскольку пациент ранее не болел туберкулѐзом с коррекцией после получения данных тестов лекарственной чувствительности МБТ.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 60 [K000235]**

1. Милиарный туберкулѐз лѐгких МБТ(-) 1А группа ДУ.

2. У пациента имеется так называемая «отрицательная анергия» как проявление сниженного иммунитета, в результате чего даже инфицированные люди не реагируют на введение туберкулина.

3. Острой пневмонией, в том числе – пневмоцистной этиологии. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

48

4. Заболевание развилось остро и началось с высокой температуры, пневмоцистная пневмония начинается с одышки. Для пневмоцистной пневмонии характерен выраженный цианоз лица. На рентгенограмме при пневмоцистной пневмонии определяется не синдром диссеминации, как у данного больного, а симптом «матового стекла».

5. Лечение по 3 режиму химиотерапии (Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол) в стационарных условиях, поскольку пациент не является бактериовыделителем с дальнейшим присоединением антиретровирусной терапии.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 61 [K000236]**

1. Туберкулѐзный спондилит Th11-12, L1, спондилитическая фаза, стадия разгара МБТ(-) 1А группа ДУ.

2. Остеомиелит позвоночника, опухоль позвоночника.

3. Консервативное лечение в сочетании с операцией некрэктомией с укреплением позвоночника аутотрансплантантом или металлоконструкцией.

4. 1А группа диспансерного учѐта, поскольку заболевание у пациента выявлено впервые.

5. 1 режим химиотерапии: Изониазид в дозе 10 мг/кг, Этамбутол в дозе 25 мг/кг, Рифампицин в дозе 10 мг/кг, Пиразинамид в дозе 30 мг/кг.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 62 [K000237]**

1. Несвоевременно, так как обнаружен распад лѐгочной ткани и МБТ+

2. Нет, поскольку расценил очаги как остаточные изменения после перенесѐнного туберкулѐза без уточнения анамнеза и дообследования пациента.

3. Полное обследование на туберкулѐз, включающее ОАК, ОАМ, пробу Манту, томографию, исследование мокроты на МБТ методом бактериоскопии трѐхкратно, анализ анамнеза и общего состояния пациента.

4. Инфильтративный туберкулѐз верхней доли правого лѐгкого в фазе распада и обсеменения МБТ(+) 1А группа ДУ.

5. Лечение в условиях стационара, поскольку пациент является бактериовыделителем и представляет эпидемиологическую опасность. Лечение по 1 режиму химиотерапии, с коррекцией лечения в дальнейшем по чувствительности (поскольку пациент впервые выявленный, ранее туберкулѐзом не болел и не имеет риска лекарственной устойчивости).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 63 [K000239]**

1. Милиарный туберкулѐз лѐгких в фазе инфильтрации, МБТ(-). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

49

2. Диагноз «милиарный туберкулѐз» ставится на основании жалоб больного, эпидемиологического анамнеза (контакт с больным туберкулѐзом), данных физикального осмотра, данных общего анализа крови (лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ), рентгенологических изменений (мелкоочаговая диссеминация), отсутствия МБТ в мокроте, отрицательной реакции Манту, отсутствия эффекта от проводимой терапии антибиотиками широкого спектра действия.

3. Саркоидоз лѐгких, силикоз, милиарный актиномикоз лѐгких, гемосидероз, карциноматоз, гистиоцитоз Х, альвеолиты.

4. Микроскопия с окраской по Цилю-Нильсену, культуральный метод (посев на твѐрдые и жидкие питательные среды), биологический метод, молекулярно-генетические методы (ПЦР, технология GeneXpert).

5. Длительная (около 12 месяцев) химиотерапия с применением не менее 4 препаратов основной группы (Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол или Стрептомицин) в сочетании с патогенетической и симптоматической терапией (кортикостероиды, дезинтоксикационнная терапия, антиоксиданты, витамины).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 64 [K000240]**

1. Инфильтративный туберкулѐз верхней доли правого лѐгкого в фазе распада, МБТ (-). Кровохарканье.

2. Диагноз «инфильтративный туберкулѐз лѐгких» ставится на основании отсутствия жалоб у больного; эпидемиологического анамнеза (контакт с больным туберкулѐзом); рентгенологической картины (затемнение средней интенсивности без чѐтких контуров до 5 см) и положительного результата Диаскинтеста. Фаза распада ставится на основании того, что рентгенологически затемнение имеет неоднородность за счѐт просветления в центре. МБТ (-) в диагнозе ставится на основании того, что МБТ в мокроте бактериоскопически с окраской по Цилю-Нильсену не выявлены. Кровохарканье ставится на основании того, что больной предъявляет жалобы на кашель с прожилками крови, и в анализе мокроты эритроциты покрывают всѐ поле зрения.

3. Неспецифическая пневмония, эозинофильная пневмония, грибковые пневмонии, периферический рак лѐгкого, инфаркт-пневмония.

4. Бронхолобулярный, округлый, облаковидный, перисциссурит и лобит. Учитывая рентгенологическую картину, у больного округлый инфильтрат.

5. Химиотерапия в противотуберкулѐзном стационаре с применением не менее 4 препаратов основной группы в интенсивную фазу (Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол или Стрептомицин) в сочетании с патогенетической терапией. Коллапсотерапия.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 65 [K000241]**

1. Туберкулѐзной экссудативный плеврит справа, МБТ(-). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

50

2. Диагноз «экссудативный туберкулѐзный плеврит» ставится на основании жалоб (боли в грудной клетке, лихорадка), физикального обследования, рентгенологической картины (субтотальное затемнение со смещением средостения в здоровую сторону), гистологической картины (гранулемы с казеозным некрозом, фуксинофильные палочки).

3. Парапневмонический плеврит, метастатический плеврит, травматический плеврит, плеврит при заболеваниях соединительной ткани, транссудат при сердечной недостаточности.

4. Больные с экссудативным плевритом на период лечения в стационарных и санаторных условиях признаются временно нетрудоспособными. По окончании курса интенсивной терапии вопросы трудоустройства больных, перенѐсших экссудативный плеврит, как правило, решаются ВК противотуберкулѐзных диспансеров. Лечение больных направлено на ликвидацию плеврита, профилактику туберкулѐза лѐгких и фиброторакса. Клинический и реабилитационный прогноз у больных экссудативным плевритом при успешно проведенном лечении, как правило, благоприятный.

5. Химиотерапия в противотуберкулѐзном стационаре с применением не менее 4 препаратов основной группы в интенсивную фазу (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол или стрептомицин) в сочетании с патогенетической терапией (кортикостероиды коротким курсом).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 66 [K000242]**

1. Туберкулѐзной менингит, базилярная форма.

2. Глазодвигательный нерв (3 пара). Могут ещѐ поражаться отводящий нерв (6 пара), лицевой нерв (7 пара), кохлеарный нерв (8 пара), языкоглоточный нерв (9 пара), подъязычный (10 пара) и блуждающий (12 пара) нервы.

3. Повышенное давление, лимфоцитарный цитоз, понижение сахара и хлоридов, повышение белка, обнаружение МБТ. Возможно ещѐ выпадение нежной фибриновой плѐнки при отстаивании ликвора в течение 12-24 часов, повышение окисляемости ликвора в 2-3 раза, положительные реакции Панди и Ноне-Аппельта.

4. Менингизм, серозные вирусные менингиты, гнойные менингиты, опухоли головного мозга, субарахноидальные кровоизлияния, абсцессы головного мозга.

5. Длительная химиотерапия (более 1 года) в противотуберкулѐзном стационаре с применением не менее 4 препаратов основной группы в интенсивную фазу (Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол или Стрептомицин) в сочетании с патогенетической терапией (кортикостероиды, дезинтоксикационная терапия и т. д.).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 67 [K000243]**

1. Инфильтративный туберкулѐз верхней доли правого лѐгкого в фазе распада и обсеменения. МБТ(+). Кровохарканье. ДН-II ст. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

51

2. Постепенно нарастающие симптомы интоксикации, характерные для туберкулѐза, наличие кровохарканья. Туберкулѐзный контакт. Процесс имеет пневмониеподобное течение, что встречается при обширных туберкулѐзных инфильтратах. Типична для туберкулѐза неоднородная инфильтрация с полостями распада с верхнедолевой локализацией, с очагами обсеменения в нижних отделах за счет бронхогенного обсеменения. Наличие кислотоустойчивых палочек в совокупности с клинико-рентгенологической картиной свидетельствует о выделении МБТ. Выделение крови в виде плевков в количестве 30-40 мл является кровохарканьем. Одышка в покое, акроцианоз – признаки дыхательной недостаточности II ст.

3. Компьютерная томография лѐгких для точного определения размеров деструкции, объѐма поражения, локализации очагов обсеменения. Посев мокроты (промывных вод бронхов) двукратно на МБТ на плотные и жидкие (Бактек) среды с определением лекарственной устойчивости (для выбора режима химиотерапии). ПЦР на ДНК МБТ в мокроте с определением лекарственной устойчивости для выбора режима химиотерапии. В связи с кровохарканьем определяют количество тромбоцитов, длительность кровотечения, коагулограмму. УЗИ органов брюшной полости и почек для исключения специфических и неспецифических заболеваний. Кожные пробы с Диаскинтестом и туберкулином для подтверждения этиологии и определения иммунной реактивности организма. Фибробронхоскопия для диагностики возможного туберкулѐза бронхов Анализ мочи для исключения туберкулѐза почек и неспецифических заболеваний. Биохимическое исследование крови для определения функции печени, почек перед началом химиотерапии. Анализы на ВИЧ, гепатиты В и С обязательны для больных туберкулѐзом.

4. Провести комплексное обследование контактных детей и учителей школы (производственные контакты), членов семьи больного (семейный контакт) в противотуберкулѐзном диспансере с последующим наблюдением, химиопрофилактика контактных. Проведение дезинфекции по месту проживания и работы. Изоляция больного в туберкулѐзный стационар. Санитарно-просветительная работа.

5. У больного кровохарканье. Назначают: ганглиоблокаторы для снижения давления в системе бронхиальных артерий и лѐгочной артерии (5% раствор Пентамина или 0,1% раствор Арфонада или 2,5% раствор Бензогексония по 0,5-1,0 мл в/в капельно в растворе глюкозы). Дицинон 12,5% раствор в/в или в/м по 2-4 мл для повышения свѐртываемости и снижения проницаемости сосудов. Контрикал (трасилол) 10-30 тыс. ед. в/в струйно для снижения фибринолитической активности и уровня протеаз крови. С этой же целью 5% раствор ε-аминокапроновой кислоты в/в капельно, затем per os.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 68 [K000245]**

1. Туберкулѐма верхней доли левого лѐгкого в фазе инфильтрации. МБТ(–). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

52

2. Положительные результаты иммунодиагностики указывают на то, что больная инфицирована МБТ. В пользу туберкулѐза - наличие контакта по этому заболеванию при отсутствии профилактических заболеваний. Отсутствие ФЛГ в течение 3 лет способствует хронизации туберкулѐзного процесса. Бессимптомное течение заболевания, не выраженные симптомы интоксикации, отсутствие физикальных изменений характерны для туберкулѐм малого размера. Чѐткие контуры округлого образования свидетельствуют о наличии капсулы вокруг специфического образования. Расположение в верхних отделах лѐгких, субплеврально – типично для туберкулѐм. МБТ не выявлены методом микроскопии, что характерно для туберкулѐмы (отсутствие или скудное бактериовыделение). Анализы на ВИЧ, гепатиты В и С обязательны для больных туберкулѐзом.

3. Компьютерная томография лѐгких для уточнения размеров и структуры округлого образования, исключения деструкции, определения состояния окружающих тканей, наличия возможных очагов обсеменения. Посев мокроты (промывных вод бронхов) двукратно на МБТ на плотные и жидкие (Бактек) среды с определением лекарственной устойчивости (для выбора режима химиотерапии). ПЦР на ДНК МБТ в мокроте с определением лекарственной устойчивости. Фибробронхоскопия для диагностики возможного туберкулѐза бронхов, взятия промывных вод бронхов для бактериологического и цитологического исследования. Анализ крови и мочи. Биохимическое исследование крови для определения функции печени, почек перед началом химиотерапии. При недостаточной информативности перечисленных методов – биопсия. Анализы на ВИЧ, гепатиты В и С обязательны для больных туберкулѐзом. УЗИ органов брюшной полости и почек для исключения специфического и неспецифического процесса.

4. Больному назначается гигиено-диетический режим, химиотерапия, патогенетическая терапия, хирургическое лечение.

5. Клинический и реабилитационный прогноз у больных с туберкулѐмой в большинстве случаев благоприятный. При стационарном клиническом течении и признаках активности для проведения курса химиотерапии срок временной нетрудоспособности составляет 4-6 месяцев. При прогрессирующем течении для комплексного лечения, включая хирургические методы, длительность временной нетрудоспособности может быть увеличена до 8-12 месяцев.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 69 [K000246]**

1. Диссеминированный туберкулѐз в фазе инфильтрации и распада. МБТ(+). ДН – II ст. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

53

2. В пользу заболевания туберкулѐзом - наличие туберкулѐзного контакта с отцом (очаг смерти), что при отсутствии профилактических мероприятий обычно приводит к заболеванию контактных лиц. Типичным является интоксикационный синдром, который развивался подостро, в сочетании с усиливающимся в течение нескольких недель кашлем, отсутствие эффекта от неспецифической антибактериальной терапии. Данные о наличии очагов Гона на предыдущей флюорограмме говорят о перенесѐнном в детстве первичном туберкулѐзе, эти очаги могут быть источником вторичного туберкулѐза, особенно в сочетании с суперинфекцией. Данные иммунодиагностики свидетельствуют об инфицировании МБТ. Рентгенологически выявлена диссеминация, еѐ характер: более крупные очаги в верхних отделах, их слияние с образованием инфильтративных фокусов типичны для подострого диссеминированного туберкулѐза. Диагноз подтверждается наличием микобактерий, выявленных посевом (Бактек). Наличие микобактерий в мокроте и участков просветления в фокусных образованиях являются обоснованием фазы распада. Дыхательная недостаточность на основании одышки, акроцианоза.

3. Клинический анализ крови и общий анализ мочи: для определения выраженности интоксикационного синдрома, исключения туберкулѐза почек и неспецифических заболеваний. Кровь на ВИЧ (обязателен для всех больных туберкулѐзом), особенно при диссеминации. Анализы крови на ВИЧ, гепатиты В и С обязательны для больных туберкулѐзом. Компьютерная томография лѐгких для уточнения размеров и характера поражения, очагов деструкции, состояния внутригрудных лимфатических узлов. Больному выполнялся посев мокроты на МБТ (метод Бактек), но объѐм бактериологического обследования надо расширить: повторно микроскопия (массивность бактериовыделения), посев мокроты (промывных вод бронхов) двукратно на МБТ на плотные и жидкие (Бактек) среды с определением лекарственной устойчивости (для выбора режима химиотерапии) к остальным противотуберкулѐзным препаратам, ПЦР на ДНК МБТ в мокроте с определением лекарственной устойчивости, типирование микобактерий. Фибробронхоскопия для диагностики возможного туберкулѐза бронхов. УЗИ почек и органов брюшной полости для исключения внелѐгочных локализаций, с этой же целью осмотр врачом-офтальмологом, так как при диссеминированном туберкулѐзе лѐгких чаще, чем при других формах, обнаруживают внелѐгочные очаги. Биохимическое исследование крови для определения функции печени, почек, исключения сахарного диабета, оценки тяжести метаболических нарушений перед началом химиотерапии.

4. В детском возрасте пропущено инфицирование МБТ и заболевание первичным туберкулѐзом, о чѐм свидетельствует наличие очагов Гона. Пациент курит с 13 лет - страдала санитарно-просветительная работа с подростком и социальная профилактика. При выявлении у отца тяжѐлой формы туберкулѐза, в последующем очага смерти, пациент не привлекался к обследованию и наблюдению в противотуберкулѐзном диспансере по контакту, не проведены химиопрофилактика (превентивное лечение), своевременное выявление туберкулѐза; отсутствовала текущая и заключительная дезинфекция в очаге. Не было социальной профилактики – коммунальная квартира не расселена. Отсутствует ФЛГ в 17 лет. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

54

5. У больного имеется множественная лекарственная устойчивость – МЛУ МБТ, т.к. методом посева (Бактек) установлена устойчивость к двум основным противотуберкулѐзным препаратам: Изониазиду и Рифампицину. Химиотерапия проводится по 4 стандартному режиму резервными противотуберкулѐзными препаратами. Длительность лечения не менее 20 месяцев.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 70 [K000247]**

1. Левосторонний экссудативный туберкулѐзный плеврит.

2. В пользу экссудативного плеврита: боли в грудной клетке, одышка, резкое повышение температуры, отставание левой половины грудной клетки в дыхании. Укорочение перкуторного звука, ослабление дыхания, голосового дрожания являются симптомами наличия жидкости в плевральной полости. Рентгенологическая картина: гомогенное затенение в нижне-боковых отделах левого гемиторакса с косой границей (линия Демуазо) характерно для свободной жидкости в плевральной полости. В пользу туберкулѐзной этиологии плеврита молодой возраст, постепенное развитие интоксикационного синдрома, гиперергические результаты пробы Манту и Диаскинтеста, туберкулѐзный контакт в анамнезе.

3. УЗИ грудной клетки для уточнения количества и расположения жидкости, определения места пункции. Исследование плевральной жидкости: количество, цвет, характер, плотность, содержание белка, проба Ривальда, уровень лактатдегидрогеназы (ЛДГ), аденозиндезаминаза (АДА), клеточный состав – для определения характера экссудата, исключить транссудат. Микроскопия по Цилю-Нильсену и посев экссудата, мокроты (промывных вод бронхов) двукратно на МБТ на плотные и жидкие (Бактек), ПЦР МБТ – для определения этиологии заболевания, определения лекарственной чувствительности МБТ (для выбора режима химиотерапии) – не менее 2 раз, плевральная жидкость после каждой пункции. Компьютерная томография грудной клетки (после удаления экссудата) для выявления инфильтрации, очагов, увеличения внутригрудных лимфоузлов, которые могут быть проявлением туберкулѐза и других заболеваний. Фибробронхоскопия для диагностики возможного туберкулѐза бронхов. УЗИ почек и органов брюшной полости для исключения внелѐгочных локализаций. При невозможности установить диагноз этими методами используют пункционную биопсию плевры; торакоскопию с биопсией плевры – в биоптате определяют наличие туберкулѐзных гранулем и МБТ (подтвердить туберкулѐзную этиологию, исключить онкологию). Биохимическое исследование крови для определения функции печени, почек, исключения сахарного диабета, оценки тяжести метаболических нарушений перед началом химиотерапии. Кровь на ВИЧ, гепатиты В и С обязательно исследуется при туберкулѐзе.

4. Плотность 1015 и выше, содержание белка 30 г/л и более; типичен серозный экссудат с преобладанием в клеточном составе лимфоцитов (> 50%), низкое содержание глюкозы (<3,33 ммоль/л), повышение аминазиндезаминазы – АДА (> 35 ед/л); положительна проба Ривольта, концентрация лактатдегидрогеназы (ЛДГ) повышена более 1,6 ммоль/(л×ч). Наличие МБТ (метод микроскопии, посева, ПЦР) – вероятность 5-15%. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

55

5. Назначается III режим химиотерапии, состоящий из основных препаратов: Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 71 [K000248]**

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Эзофагит II степени. Ожирение II степени.

2. Диагноз «гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ)» установлен на основании жалоб больной на изжогу, боли за грудиной, данных анамнеза (изжога более 20 лет), степень эзофагита установлена на основании эндоскопической картины, степень ожирения - на основании данных ИМТ.

3. Пациенту рекомендовано: проведение рентгеноскопии пищевода и желудка для исключения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы; проведение суточной внутрипищеводной рН-метрии для определения критериев патологического рефлюкса; ЭКГ; проведение проб с физической нагрузкой (исключить ИБС).

4. Частое дробное питание 5-6 раз в день, ужин за 3 часа до сна, соблюдение диеты с исключением жирной пищи, шоколада, кофе, цитрусовых, лука, чеснока, приподнять головной конец кровати на 10-15 см, не носить тугих поясов, корсетов, нормализовать вес.

5. Ингибиторы протонной помпы – базисная группа препаратов для лечения кислотозависимых заболеваний (Омепразол, Лансопразол, Эзомепразол, Пантопразол, Рабепразол), антациды (Маалокс, Алмагель, Фосфалюгель и т. п.) – симптоматическая терапия, прокинетики (Этаприд) влияет на тонус нижнего пищеводного сфинктера, улучают антродуоденальную координацию.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 72 [K000251]**

1. Язвенная болезнь вперые выявленная, обострение: язва тела желудка 3 см в диаметре.

2. Диагноз установлен на основании жалоб больного, данных осмотра и ФГДС.

3. Язвенная болезнь, рак желудка.

4. ФГДС с биопсией 6-8 фрагментов (исключить рак желудка, H. pylori). Рентгеноскопия ЖКТ с барием (исключить осложнения язвенной болезни).

5. Ингибиторы протонной помпы – базисная группа препаратов для лечения кислотозависимых заболеваний (Омепразол, Лансопразол, Эзомепразол, Пантопразол, Рабепразол), антациды (Маалокс, Алмагель, Фосфалюгель и т. п.) – симптоматическая терапия, прокинетики (Этаприд) влияет на тонус нижнего пищеводного сфинктера, улучшают антродуоденальную координацию. При выявлении H.Pylori эрадикационная терапия (Амоксициллин + Кларитромицин). При подтверждении рака желудка – консультация врача-онколога. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

56

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 73 [K000252]**

1. Неспецифический язвенный колит, средней степени тяжести.

2. Диагноз установлен на основании жалоб больного на жидкий стул с примесью крови 5-6 раз в сутки, повышение температуры тела до 37,5°С, слабость, головокружение, наличие суставного синдрома, осмотра, лабораторных данных (анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ).

3. Болезнь Крона, псевдомембранозный колит, опухоль толстой кишки.

4. Фиброколоноскопия с биопсией (исключить рак кишки, псевдомембранозный колит), ирригография.

5. Для назначения в данном случае лечения необходимо получить результаты фиброколоноскопии. В случае выявления признаков язвенного колита необходимо назначение системных глюкокортикоидов и препаратов 5 аминосалициловой кислоты.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 74 [K000254]**

1. Синдром хронической сердечной недостаточности по большому и малому кругам кровообращения.

2. Хроническая ревматическая болезнь сердца: ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана. Фибрилляция предсердий, постоянная форма. ХСН II Б стадия, ФК IV.

3. Пациенту рекомендовано: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, Эхокардиография, рентгенография органов грудной клетки.

4. Ингибиторы АПФ, Дигоксин, бета-адреноблокаторы, диуретики.

5. Необходимо направить больную на консультацию к врачу-сердечно-сосудистому хирургу для обсуждения хирургической коррекции порока.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 75 [K000256]**

1. Синдром артериальной гипертензии на основании повышения артериального давления до 170/110 мм рт. ст., признаков поражения органов-мишеней (гипертрофия левого желудочка на основании расширения границ относительной сердечной тупости влево).

2. Коарктация аорты.

3. Пациенту рекомендовано: общий анализ крови, СРБ, АСЛ-О, фибриноген, ЭКГ, ЭХО-КГ, аортография, ультразвуковое исследование почек.

4. Коарктацию аорты следует дифференцировать с аортальным стенозом, гипертонической болезнью и симптоматическими гипертензиями. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

57

5. Лечение хирургическое, симптоматическая антигипертензивная терапия (ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина II, антагонисты кальциевых каналов).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 76 [K000257]**

1. Синдром артериальной гипертензии, синдром цефалгии, синдром вегетативной дисфункции.

2. Феохромоцитома. Кризовая форма. Криз.

3. Пациентке рекомендовано: ОАК, сахар крови натощак, ЭКГ, УЗИ надпочечников, почек, грудного и брюшного отделов аорты, МСКТ почек и надпочечников, исследование мочи на количественное содержание норадреналина, адреналина, ванилилминдальной кислоты, проба с тропафеном.

4. Дифференциальная диагностика с гипертоническим кризом, симптоматическими артериальными гипертензиями.

5. Альфа-адреноблокаторы, при необходимости комбинация с бета-адреноблокаторами, антагонистами кальциевых каналов, ингибиторами АПФ. В плановом порядке - оперативное лечение (адреналэктомия).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 77 [K000288]**

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с Helicobacterpylori, одиночная малая (0,5 см) язва задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки впервые выявленная, рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), I стадия. Хронический фарингит стадия ремиссии. Ожирение 1 ст.

2. У пациента имеются голодные боли, ночные боли, изжога, которые характерны для язвенной болезни 12-перстной кишки. Диагноз подтверждают данные ЭФГДС: луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Ассоциация язвенной болезни с Helicobacterpylori определена по положительному уреазному тесту. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), I стадия выставлена на основании жалоб на изжогу, отрыжку кислым; наличия факторов риска: хронического фарингита у пациента (данные анамнеза), при обследовании выявлено ожирение I степени; данных ЭФГДС– пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода (изменения соответствуют I стадии ГЭРБ). Ожирение 1 ст. выставлено на основании показателя индекса массы тела - 32,0 кг/м2, который соответствует 1 ст. ожирения. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

58

3. Пациенту с целью исключения осложнений рекомендовано следующее обследование: полный гематологический анализ крови, трансаминазы (АЛТ, АСТ), сахар крови, креатинин крови. Проведение ЭКГ для дифференциального диагноза с ИБС; УЗИ брюшной полости для исключения сопутствующей патологии; для уточнения степени воспаления и выявления метаплазии – цитологическое и гистологическое исследование биоптата краѐв язвы и слизистой в месте поражения пищевода, суточная внутрипищеводная рН-метрия для уточнения характера рефлюктата. Консультация врача-хирурга - по показаниям (при наличии осложнения язвенной болезни), врача-онколога – при подозрении на злокачественный характер изъязвления. Консультация врача-оториноларинголога для уточнения стадии хронического фарингита.

4. Трѐхкомпонентная схема эрадикации Helicobacterpylori: ИПП в стандартной дозе (Омепразол – 20 мг, Лансопразол – 30 мг, Рабепразол – 20 мг или Эзомепрозол – 20 мг); Кларитромицин - 500 мг; Амоксициллин - 1000 мг или Метронидазол (МТР) - 500 мг. Все препараты назначить 2 раза в день, длительностью не менее 10-14 дней. При неэффективности данной терапии назначается квадротерапия. Учитывая наличие ГЭРБ необходимо назначить прокинетики, которые стимулируют опорожнение желудка: Итоприда гидрохлорид. Итоприда гидрохлорид усиливает пропульсивную моторику ЖКТ за счѐт антагонизма с допаминовыми D2- рецепторами и дозозависимого ингибирования активности ацетилхолинэстеразы. Активирует высвобождение ацетилхолина и подавляет его разрушение. Оказывает специфическое действие на верхний отдел ЖКТ, ускоряет транзит по желудку и улучшает его опорожнение. Назначается по 50 мг 3 раза до еды. Через 14 дней продолжить прием ИПП в стандартной дозе ещѐ 2-5 недель для эффективного заживления язвы под контролем ФГДС.

5. Все пациенты с язвенной болезнью и ГЭРБ должны состоять на диспансерном учѐте. Рекомендуется немедикаментозная терапия с учѐтом сочетания язвенной болезни с ГЭРБ:

1) избегать обильного приѐма пищи;

2) после приѐма пищи избегать наклонов вперѐд и горизонтального положения; последний приѐм пищи не позднее, чем за 3 часа до сна;

3) ограничить приѐм продуктов, снижающих давление нижнего пищеводного сфинктера и оказывающих раздражающее действие на слизистую оболочку пищевода: богатых жирами (цельного молока, сливок, тортов, пирожных), жирной рыбы и мяса, алкоголя, кофе, крепкого чая, шоколада, цитрусовых, томатов, лука, чеснока, жаренных блюд; отказаться от газированных напитков;

4) спать с приподнятым головным концом кровати;

5) исключить нагрузки, повышающие внутрибрюшное давление – не носить тесную одежду и тугие пояса, корсеты, не поднимать тяжести более 8-10 кг на обе руки, избегать физических нагрузок, связанных с перенапряжением брюшного пресса; Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

59

6) отказаться от курения; нормализовать и поддерживать массу тела в норме. Профилактическую терапию «по требованию» назначают при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни. Показано назначение Омепразола в полной суточной дозе (40 мг) в течение 2-3 дней, а затем в половинной дозе (20 мг) в течение двух недель.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 78 [K000304]**

1. Отсутствие чувствительности возбудителя хронического пиелонефрита к Ципрофлоксацину. 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 приѐмом в течение 1 месяца.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 79 [K000305]**

1. Возможные причины: нефротоксическое действие Диклофенака, присоединение инфекции мочевыводящих путей, первичное поражение почек (гломерулонефрит).

2. Анализ мочи по Нечипоренко, бактериологический анализ мочи, ультразвуковое исследование почек.

3. Отменить приѐм Диклофенака.

4. Гастротоксическое действие, увеличение кардиоваскулярных рисков, гепатотоксическое действие.

5. Антагонисты кальциевых каналов длительного действия.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 80 [K000307]**

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. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

60

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

5. 2-3 недели.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 81 [K000308]**

1. Глюкокортикостероиды – Преднизолон в дозе 1 мг/кг в сутки.

2. 7 таблеток утром, 4 таблетки в обед, 2 таблетки вечером. Для контроля безопасности необходимы: контроль АД, контроль гликемии, денситометрия, фиброгастроскопия, определение уровней Na, K, Ca.

3. Поскольку наиболее вероятной причиной ухудшения течения гипертонической болезни с эпизодами сердечной астмы является гиперволемия и застой в малом круге кровообращения, необходимо добавить к фармакотерапии Гипотиазид в начальной дозе 12,5 мг утром.

4. Необходимы: Алендроновая кислота по 20 мг 1 раз в сутки внутрь (Бифосфонат); Кальцитриол по 0,25 мкг 2 раза в сутки внутрь (активный метаболит витамин Д).

5. Для профилактики необходим ингибитор протонного насоса – Омепразол по 20 мг 2 раза в сутки.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 82 [K000309]**

1. Причиной ухудшения дыхательной функции является бронхоспастическое действие Метопролола, ß- адреноблокатора.

2. Альтернативным препаратом является блокатор кальциевых каналов Верапамил, обладающий отрицательным хронотропным, инотропным эффектами и, как следствие, антиангинальным действием при отсутствии бронхоспастического эффекта.

3. В данной ситуации Верапамил может усугубить скрытую сердечную недостаточность. Поэтому необходим эхокардиографический контроль. При уменьшении фракции выброса меньше 40-45% Верапамил необходимо отменить.

4. Вместо Метопролола, индекс селективности которого 1:20, необходимо назначить Бисопролол с индексом селективности 1:75, в связи с чем Бисопролол редко ухудшает бронхиальную проводимость.

5. ß-адреноблокаторы показаны при хронической сердечной недостаточности. Бисопролол в данной ситуации не только обладает антиишемическим действием, но и улучшает диастолическую функцию и опосредованно – систолическую функцию миокарда.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 83 [K000310]**

1. Ванкомицин, по 1,0 в/в 2 раза в сутки. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

61

2. Вероятная причина – повышение МПК ванкомицина MRSA. Если МПК более 1,5 мкг/мл, то необходимы альтернативные антибиотики.

3. Даптомицин, Цефтаролин, Линезолид.

4. При хроническом остеомиелите курс лечения длительный – 3 месяца и более, поэтому надо рекомендовать ступенчатую терапию, начать с бактерицидного, относительно малотоксичного антибиотика с переходом на внутреннее применение антибиотика.

5. Так как нарушена тактика антибиотикотерапии, не выдержан курс лечения 3-4 месяца, то необходимо продолжить антибиотикотерапию: после Цефтаролина в/в перейти на Линесолид по 0,6 г внутрь 2 раза в течение 8-10 недель.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 84 [K000311]**

1. Нифедипин назначен необоснованно, так как дигидропиридины короткого действия исключены из постоянного лечения артериальной гипертензии (вызывает рефлекторную активацию симпатической нервной системы). За счѐт этого действия он не только не показан при АГ, но и противопоказан при ИБС и фибрилляции предсердий. Изосорбитадинитрат является препаратом 2 ряда при ИБС, может ухудшить гемодинамику при ХСН, а Верапамил подавляет почечную экскрецию дигоксина.

2. Это ß- адреноблокаторы: Бисопролол, Метопролол, Карведиол.

3. При фибрилляции предсердий возможно образование тромба в предсердии и усугубление гемодинамики при ХСН, необходимы антикоагулянты. Возможно ухудшение гемодинамики из-за высокой частоты желудочковых сокращений (85 ударов в минуту).

4. Одним из рекомендованных антикоагулянтов при фибрилляции предсердий является варфарин в стартовой дозе 2,5 мг 1 раз в день. Первое определение МНО необходимо через 36 часов после первой дозы, затем каждые 3 дня. Целевой уровень МНО– 2-3.

5. Гипохолестериновая диета и назначение статинов – Симвастатин, Аторвастатин, Розувастатин в стартовой дозе 10 мг.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 85 [K000314]**

1. Синдром артериальной гипертензии; синдром нарушения сердечного ритма и проводимости.

2. Гипертоническая болезнь 2 стадии. Артериальная гипертензия 3 степени. Степень риска 4. Наджелудочковая экстрасистолия. Гипертонический криз гиперкинетического типа. Н 1 стадии, 2 ф. кл. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

62

3. Диагноз «артериальная гипертония» (АГ) установлен на основании жалоб больного на нестабильность АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 5 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приѐма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (гипертрофия миокарда левого желудочка). Степень риска ССО поставлена на основании наличия поражения органов-мишеней (гипертрофия миокарда левого желудочка) и высоких цифр артериальной гипертензии 180/100 мм рт. ст. Диагноз гиперкинетического криза выставлен в связи с его быстрым развитием, гиперемией кожных покровов, тахикардией.

4. Лечение: для купирования криза гипертонического с учѐтом наджелудочковых нарушений ритма: Пропранолол 20 мг сублингвально, при неэффективности - Клонидин (Клофелин) 0,15 мг сублигвально или Каптоприл 25 мг сублингвально. Согласно рекомендациям ВНОК (2010 г.) для купирования гипертонических кризов можно использовать Каптоприл, Пропранолол, Клонидин и т. д. У пациента отмечаются частые наджелудочковые экстрасистолы, поэтому лучше начать с Пропранолола (Анаприлина) сублингвально, так как Пропранолол обладает ещѐ и антиаритмическим действием, при недостаточном снижении АД дополнительно можно дать таблетку Каптоприла, при неэффективности – дополнительно сублингвально таблетку Моксонидина (Физиотенза) 0,4 мг или Клонидина (Клофелина) 0,15 мг 1 т. Недостаток: Клонидин - учѐтный препарата списка Б (сильнодействующие средства), подлежит особому списанию.

5. Как один из вариантов лечения: Эналаприл 20 мг 2 раза в сутки, Индапамид 2,5 мг утром, Метопролол 25 мг 2 раза в сутки. Учитывая гиперкинетический вариант гемодинамики у данного больного, в обязательном порядке при отсутствии противопоказаний должны присутствовать В-адреноблокаторы. ИАПФ могут назначаться при любом варианте гемодинамики. При недостаточном эффекте при любом варианте гемодинамики можно подключить диуретики, лучше тиазидоподобные (Индапамид).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 86 [K000317]**

1. Иксодовый клещевой боррелиоз, подострое течение, эритемная форма, с преимущественным поражением суставов.

2. Диагноз «иксодовый клещевой боррелиоз» установлен на основании жалоб больной на появление участков покраснения в области передней поверхности левого бедра; эпиданамнеза – возникновение эритемы через 12 дней после присасывания в этой области клеща; объективных данных: выявление типичной кольцевидной мигрирующей эритемы (КМЭ) – участка гиперемии кольцевидной формы 25 см в диаметре с интенсивно красными и поднимающимися над непоражѐнной кожей краями, с более бледным центром, безболезненной, без местного повышения температуры (патогномоничный симптом). При наличии КМЭ выставляется эритемная форма заболевания. На основании клиники можно говорить о подостром течении инфекции, так как у больной через три месяца КМЭ появилась на коже правого плеча. Место не связано с укусом клеща, что говорит о гематогенной диссеминации возбудителя. Учитывая наличие жалоб на боли в левом тазобедренном суставе и отсутствие поражений других органов, можно говорить о преимущественном поражении суставов. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

63

3. При проведении диагностики большое значение имеет выяснение эпидемиологического анамнеза (посещение лесных массивов, парковых зон, факт укуса клещей) и ранних клинических проявлений (наличие кольцевой мигрирующей эритемы – патогномоничный синдром, возможно гриппоподобного синдрома). В зависимости от стадии клещевого боррелиоза для выявления возбудителя в биологических средах (сыворотке крови, синовиальной жидкости, ликворе, биоптатах кожи) используются микроскопия, для выявления РНК возбудителя проводится ПЦР-исследование, для определения специфических антител – серологические реакции (ИФА или РИФ). У данного пациента предпочтительным является определение антител в крови (антитела появляются через 3-6 недель от начала заболевания), в синовиальной жидкости. С целью оценки тяжести органоспецифических поражений может выполняться рентгенография суставов, диагностическая пункция суставов, ЭКГ, ЭЭГ.

4. При наличии у пациентов с эритемой признаков поражения суставов и других органов показаны Пенициллин или Цефалоспорины II и III поколения с внутримышечным или внутривенным введением препаратов. Назначать препараты тетрациклинового ряда и полусинтетические пенициллины нецелесообразно, так как у некоторых больных после проведѐнного курса этими антибиотиками возникают рецидивы, поздние осложнения, а болезнь приобретает латентное или хроническое течение. Препаратом выбора является Цефтриаксон, который назначается 1 раз в день в суточной дозе 2,0 г на протяжении 14-20 дней.

5. С целью предупреждения инфицирования клещевым боррелиозом при посещении лесов, лугов необходимо надевать защитную одежду, использовать репелленты, после прогулки внимательно осмотреть кожные покровы на предмет возможного внедрения кровососущего насекомого. При обнаружении клеща его необходимо удалить самостоятельно либо обратиться в ближайший травмпункт. Извлечѐнный клещ должен быть доставлен в санитарно-эпидемиологическую лабораторию для проведения экспресс-теста на боррелии методом темнопольной микроскопии, ПЦР. При выявлении боррелий в присосавшимся клеще показана экстренная химиопрофилактика (не позже 5 дня с момента присасывания). Возможно использование следующих препаратов: Доксициклин – 0,1 1 раз в день (5-10 дней), Бициллин-3 – 1,2 млн ЕД в/м однократно, Ретарпен – 2,4 млн ЕД в/м однократно, Амоксиклав – 0,375 3 раза в день детям и 0,625 3 раза в сутки взрослым (5 дней), Цефиксим (Супракс) – 0,4 г 1 раз в сутки в 6 дней. Детям до 12 лет назначается по 8 мг/(кг/сут) в 1 или 2 приѐма на протяжении 6 дней, Сумамед по схеме: 1,0 г в один приѐм внутрь в первый день и по 0,5 г 1 раз в сутки в последующие 4 дня. Необходимо контрольное клинико-лабораторное обследование пациента через 1-3 месяца после проведѐнного курса для исключения инфицирования боррелиозом.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 87 [K000318]**

1. Основной - «корь, типичная форма средней тяжести, период угасания сыпи (пигментации)». Осложнение - «вторичный (поздний) круп (ларингит), стеноз гортани I степени». Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

64

2. Диагноз «корь, типичная форма средней тяжести, период угасания сыпи (пигментации)» выставлен на основании жалоб (сыпь по всему телу); анамнеза заболевания – типичная клиническая картина, включающая симптомы интоксикации (лихорадка, вялость, сонливость), катаральные проявления со стороны верхних дыхательных путей (насморк, кашель) в сочетании с конъюнктивитом и этапным развитием типичной сыпи (ярко-розовая пятнисто-папулѐзная); эпидемиологического анамнеза: пребывание в неблагополучном по кори региону и появление клиники в сроки инкубационного периода; объективных данных: наличие на коже рук и ног крупно-пятнистой сыпи в стадии пигментации. Диагноз осложнения «вторичный (поздний) круп (ларингит), стеноз гортани I степени» выставлен на основании появления на 10 день болезни (период пигментации) жалоб больной на осиплость голоса, грубый «лающий» кашель, затруднѐнное шумное дыхание.

3. В сроки 1-3 день с момента появления высыпаний проводится ПЦР обследование (моча, носоглоточные смывы); серологическое обследование на корь проводится не ранее 4-5 дня с момента появления сыпи (1 сыворотка) и не ранее, чем через 10-14 дней от даты взятия первой пробы (2 сыворотка). Выявление в сыворотки крови больного (лиц с подозрением на заболевание) специфических антител, относящихся к иммуноглобулинам класса М, методом иммуноферментного анализа (ИФА) является основанием для установления (подтверждения) диагноза «корь».

4. Этиотропная терапия не разработана. Могут применяться препараты Интерферона (Интерферон альфа - Лейкинферон для инъекций сухой), Иммуноглобулин человеческий (3 мл) и индукторы интерферона.

5. Специфическая профилактика кори осуществляется по национальному календарю прививок – в 12 месяцев и ревакцинация в возрасте 6 лет. Кроме того, вакцину применяют для экстренной профилактики кори – контактным лицам из очагов заболевания, не болевшим, не привитым и не имеющим сведений о профилактических прививках. Используется также иммуноглобулин человеческий нормальный.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 88 [K000320]**

1. Грипп, типичное течение, средней степени тяжести, период разгара. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

65

2. Диагноз «грипп» выставлен на основании жалоб больного на сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, общую слабость, отсутствие аппетита, частый сухой кашель, заложенность носа и незначительные выделения из носа, чувство першения и царапанье за грудиной; анамнеза развития заболевания: острое начало болезни с симптомов интоксикации (озноба, повышения температуры тела до 39,5°С, головной боли в области лба и глазных яблок) с последующим присоединением катарального синдрома (сухой кашель, заложенность носа, чувство першения за грудиной); эпидемиологического анамнеза – наличие подобных симптомов у лиц, с которыми пациент находился в близком контакте за два дня до болезни, и учитывая сезонность (январь); данных объективного осмотра – лицо одутловатое, несколько гиперемировано; носовое дыхание затруднено; в зеве разлитая яркая гиперемия задней стенки глотки и еѐ зернистость, отмечаются единичные кровоизлияния на слизистой мягкого нѐба; в лѐгких - жѐсткое дыхание, единичные сухие хрипы; пульс - 102 удара в минуту, ритмичный, АД – 115 и 80 мм рт. ст., тоны сердца приглушены.

Среднетяжелая форма гриппа выставлена на основании повышения температуры тела до 39,5°С, ярко выраженных явлений интоксикации (озноб, головная боль, общая слабость, суставные и мышечные боли) и поражения дыхательной системы (сухой болезненный кашель, заложенность носа, чувство першения и царапанья за грудиной).

3. Для экспресс-диагностики гриппа используется метод ПЦР (с целью выявления РНК вирусов в мазках из носоглотки, крови), иммунохроматографический экспресс-тест для качественного определения антигенов вируса гриппа в носоглоточных образцах. При невозможности проведения ПЦР применяют серологические методы (РСК, РНГА) – определение нарастания титра антител при исследовании парных сывороток, взятых в разгар заболевания и через 7-14 дней.

4. Для лечения гриппа в первую очередь рекомендуются средства этиотропного действия, оказывающие прямое ингибирующее действие на вирусную репродукцию. К данным препаратам относятся селективные ингибиторы вирусной нейраминидазы - Осельтамивир и Занамивир, ингибиторы репродукции вирусов гриппа: Умифеновир (Арбидол), Ингавирин.

Рекомендуется назначение одного из препаратов: Осельтамивир по 75 мг два раза в день в течение 5 дней или Умифеновир по 200 мг 4 раза в сутки в течение 5 дней, или Ингавирин 90 мг/сутки однократно 5 дней. Возможно их сочетание с препаратами Интерферона и индукторами интерфероногенеза: Анаферон, Эргоферон – перорально; или Гриппферон, Вифероновая мазь – интраназально, Виферон – ректально.

5. Вакцинации против гриппа в первую очередь подлежат лица, относящиеся к категории высокого риска заболевания гриппом и неблагоприятных осложнений при заболевании, к которым относятся:

- лица старше 60 лет; Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

66

- лица, страдающие заболеваниями эндокринной системы (диабет), нарушениями обмена веществ, болезнями системы кровообращения, хроническими заболеваниями дыхательной системы, хроническими заболеваниями печени и почек;

- беременные;

- лица, часто болеющие острыми респираторными вирусными заболеваниями;

- дети старше 6 месяцев, дети, посещающие дошкольные образовательные организации и (или) находящиеся в организациях с постоянным пребыванием (детские дома, дома ребѐнка);

- школьники;

- медицинские работники;

- работники сферы обслуживания, транспорта, учебных заведений;

- воинские контингенты.

К современным вакцинам относят сплит-вакцины (расщеплѐнные), содержащие частицы разрушенного вируса - поверхностные и внутренние белки, и субъединичные вакцины, содержащие поверхностные гликопротеины (гемаглютинин и нейраминидазу) и максимально очищенные от балластных белков.

Сплит - вакцины: Бегривак, Ваксигрип, Флюарикс, Ультрикс.

Субъединичные вакцины: Инфлювак, Агриппал, Инфлексал, Гриппол, Гриппол плюс, Совигрипп.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 89 [K000321]**

1. Вирусный гепатит А, желтушная форма, средней степени тяжести, период разгара.

2. Диагноз «вирусный гепатит А» (ВГА) установлен на основании жалоб больного на плохой аппетит, ноющие боли в правом подреберье, потемнение мочи, желтушную окраску кожи и склер; данных анамнеза болезни (циклическое течение заболевания – наличие преджелтушного периода в течение 6 дней, затем появление желтухи); эпидемиологического анамнеза (проживает в студенческом общежитии, питается в столовой); объективного осмотра (желтушность кожи и склер, гепатоспленомегалия, моча тѐмного цвета, кал ахоличен).

Форма течения ВГА установлена на основании наличия желтухи.

Установление степени тяжести ВГА основано на уровне билирубина (билирубин общий – 160 ммоль/л, прямой – 102 ммоль/л, непрямой – 58 ммоль/л) и протромбинового индекса – 60%. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

67

3. Пациенту рекомендовано: определение маркеров ВГА, ВГВ, ВГС в крови (анти-HАV IgM, HBsAg, анти-HBсоr IgM, анти-HCV); ПЦР-диагностика (определение РНК вируса ВГА); ультразвуковое исследование печени, желчевыводящих путей и селезѐнки; проведение исследования крови на холестерин, гаммаглютамилтранспептидазу (ГГТП), фибриноген, общий белок и белковые фракции.

4. Вариант диеты с механическим и химическим щажением, постельный режим, обильное питьѐ.

С целью дезинтоксикации назначают 500 мл 5% раствора Глюкозы внутривенно капельно, Пиридоксин 600 мг внутривенно капельно на 500 мл 0,9% раствора Натрия хлорида в течение 5 дней, затем Пиридоксин по 0,5 2 раза в день общим курсом до 21 дня.

С метаболической целью вводят 10 мл 2% раствора Рибоксина на 400 мл 5% раствора Глюкозы.

Поливитаминные препараты - Аевит по 1 капсуле 3 раза в день после еды, Аскорутин 0,1 3 раза в день.

5. Неспецифическая профилактика ВГА включает санитарно-гигиенические мероприятия, обеспечение населения доброкачественной питьевой водой и продуктами питания.

Вакцинация против ВГA проводится по эпидемическим показаниям. Прививкам подлежат:

- дети с трѐх лет, проживающие на территориях с высоким уровнем заболеваемости ВГА;

- медицинские работники, воспитатели и персонал детских дошкольных учреждений;

- работники сферы общественного питания;

- рабочие, обслуживающие водопроводные и канализационные сооружения;

- лица, выезжающие в гиперэндемичные по ВГA регионы и страны, а также контактные в очагах ВГА.

Вакцинация против ВГА показана также пациентам с хроническими заболеваниями печени, воинским коллективам в полевых условиях.

Лица, контактировавшие с больными ВГА, должны находиться под наблюдением в течение 35 дней с момента последнего контакта (термометрия, опрос, определение размеров печени и селезѐнки, осмотр кожи и слизистых оболочек и т. д.). При наличии у контактных лиц лихорадки, диспепсических явлений, потемнения мочи и т. д. проводят лабораторные исследования с определением активности АлТ. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

68

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 90 [K000323]**

1. Менингококковая инфекция, менингококкемия, гнойный менингит, тяжѐлое течение, разгар заболевания.

2. Диагноз подтверждается наличием следующих синдромов:

- интоксикационный синдром (высокая лихорадка, головная боль, рвота, дезориентация в пространстве и во времени);

- менингеальный синдром – признаки гнойного менингита (головная боль «пульсирующего» характера, тошнота, рвота, фотофобия, гиперакузия); положительный симптом Кернига и ригидность затылочных мышц; ликворологические данные (повышение цитоза до 15400 кл в мл, нейтрофильный характер клеточного состава, указывающий на гнойный характер воспаления (99% нейтрофилов), и повышение содержания белка в спинномозговой жидкости);

- менингококкемия (выраженная интоксикация и геморрагическая сыпь на коже в виде звездчатых элементов сине-фиолетового цвета и петехий).

3. Пациенту рекомендовано: ликворограмма, соответствующая гнойному менингиту. Бактериологическое исследование: посев крови, ликвора, слизи из носоглотки на среды для выделения менингококка. Серологическое исследование – метод РНГА в парных сыворотках.

4. Этиотропная терапия: пенициллин в высоких дозах (40-60 млн. ЕД в сутки) в/в и в/м, в случае развития инфекционно-токсического шока лечение начинают с Левомицетина сукцината в суточной дозе 6,0 г. Патогенетическая терапия: дезинтоксикационная терапия с форсированным диурезом кристаллоидными растворами (5% раствор Глюкозы, раствор Рингера, другие солевые растворы), а также коллоидными растворами (Реополиглюкин, Реамберин, Желатиноль, Декстран), одногруппная плазма, 5% Альбумин. Глюкокортикостероиды. Осмодиуретики.

5. Продолжение диспансерного наблюдения до 2 лет у врача-невропатолога по месту жительства. Назначение общеукрепляющей и витаминотерапии. Повторение бак. посева из ротоглотки и носа через 3 месяца. Рекомендовать избегать переохлаждения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 91 [K000324]**

1. Грипп, средней тяжести, период разгара.

2. Диагноз подтверждается наличием следующих синдромов: острым началом заболевания, признаками фарингита и трахеита, лихорадкой, синдром интоксикации.

3. Экспресс-диагностика: метод иммунофлюоресценции (в мазках-отпечатках в слизистой носовой полости). Серологические методы: РСК, РТГА с эритроцитарным диагностикумом в парных сыворотках (до 5-го дня болезни и после 12-го дня). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

69

4. Режим постельный в течение лихорадочного периода. Стол 15. Обильное питьѐ. Этиотропная терапия: в первые 3 дня болезни целесообразно применять Ремантадин, Арбидол. Показано использование противогриппозного и нормального человеческого иммуноглобулина по 3-6 мл внутримышечно однократно. Антибактериальная терапия оправдана только при наличии бактериальных осложнений. Патогенетическая и симптоматическая терапия: при гиперпирексии показаны жаропонижающие средства, Антигриппин, Аскорбиновая кислота, препараты кальция, десенсибилизирующие средства. Для уменьшения отделяемого из носа – капли Нафтизина, Галазолина. Щелочные ингаляции. Противокашлевые средства. В более поздний период (присоединение экссудативного компонента) целесообразны отхаркивающие средства.

5. Рекомендовать избегать переохлаждений. Закаливание организма.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 92 [K000325]**

1. Острая дизентерия, колитический вариант, средней тяжести, период разгара.

2. Колитический синдром – боли приступообразного характера в нижней части живота, больше слева, в области сигмовидной кишки; ложные позывы к дефекации; пальпация болезненной, спазмированной сигмовидной кишки. Для колита характерен скудный кашицеобразный стул с патологическими примесями слизи и крови. Косвенно диагноз подтверждается эпидемиологическими данными. Форме средней тяжести дизентерии соответствует умеренно выраженный синдром интоксикации и выраженный колитический синдром – гемоколит с частым стулом.

3. При подозрении на острую кишечную инфекцию проводят обязательное бактериологическое обследование - посев испражнений больного на патогенную флору (посев кала на дизентерийную и сальмонеллѐзную (тифо-паратифозную) группы возбудителей, условно-патогенную флору). Верификация диагноза «дизентерия» осуществляется выделением культуры шигелл из испражнений. С 5 дня болезни и повторно, через неделю или две, необходимо провести серодиагностику - РНГА с эритроцитарным дизентерийным диагностикумом. Нарастание титра антител в динамике заболевания от 1:200 и выше подтверждает диагноз дизентерии. При наличии в копроцитограмме слизи, лейкоцитов, эритроцитов, подтверждается колитический синдром. Ректороманоскопия позволяет увидеть гиперемированную, с усиленным сосудистым рисунком слизистую, часто видны эрозии, язвы, иногда фибринные наложения.

4. Режим охранительный. Диета №4 (по Певзнеру). Этиотропная терапия: Ципрофлоксацин 0,5 г 2 раза в день, 5-7 дней. Патогенетическая терапия: обильное питьѐ, дезинтоксикационные растворы - растворы Рингера, солевые растворы «Ацесоль», «Трисоль», «Лактосоль» внутривенно капельно - по показаниям. Энтеросорбенты: полифепан, энтеросорб. Витаминотерапия - Декамевит, Глутамевит и др. Биологические бактерийные препараты: Колибактерин (сухой, жидкий, в таблетках, капсулах), Лактобактерин, Бифидум-бактерин, Бактисубтил и др. Эубиотические препараты лучше назначать после отмены антибактериальной терапии через 24-48 часов на срок 2-4 недели.

5. Рекомендовать соблюдение правил личной гигиены и гигиены питания. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

70

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 93 [K000337]**

1. Аденовирусная инфекция, фарингоконъюнктивальная лихорадка, среднетяжѐлое течение.

Диагноз установлен на основании жалоб на лихорадку 40°С, умеренную головную боль, боли в глазных яблоках, светобоязнь, слезотечение, жжение в глазах, сильный насморк, боли в горле при глотании; данных объективного осмотра: лихорадку 40°С, носовое дыхание затруднено, обильные серозно-слизистые выделения из носовых ходов, конъюнктивы обоих глаз резко гиперемированы, умеренная гиперемия дужек, язычка, миндалин и умеренная гиперемия и зернистость задней стенки глотки, пальпируются мягкие, безболезненные подчелюстные, шейные и подмышечные лимфатические узлы.

2. Дифференциальную диагностику проводят с ОРВИ другой этиологии, дифтерией ротоглотки, дифтерией глаза, ангиной, инфекционным мононуклеозом.

3. Методы экспресс-диагностики представлены РИФ, ПЦР, ИФА. Также применяют серологические методы: РТГА и РСК.

4. Лечение симптоматическое (жаропонижающие, витаминные препараты, десенсибилизирующая терапия). При конъюнктивите - 30 Сульфацил-натрия.

5. Необходимости госпитализации данного пациента нет (госпитализируют лиц, живущих в общежитиях, домах престарелых, детских домах, а также лиц с тяжѐлым течением болезни и тяжѐлыми осложнениями).

Посылка экстренного извещения в ГЦСЭН.

В очаге проводят текущую дезинфекцию, больных - изолируют.

Детей разобщают в коллективах не менее 10 дней.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 94 [K000341]**

1. Острый гепатит А, желтушный вариант, среднетяжѐлая форма.

Диагноз установлен на основании жалоб на лихорадку, слабость, ломоту в теле, головную боль, на 5 день болезни температура снизилась, но появилась тѐмная моча, на 6 день - желтушность кожи и склер; данных эпидемиологического анамнеза: одновременно заболело ещѐ несколько учащихся; данных осмотра: улучшение самочувствия с появлением желтухи, иктеричность кожных покровов и видимых слизистых, язык покрыт густым, белым налѐтом; живот мягкий, чувствительный в области правого подреберья, печень увеличена на 3 см, плотно-эластичной консистенции, чувствительная, селезѐнка не прощупывается; моча цвета пива, кал ахоличен.

2. В желтушный период необходима дифференциальная диагностика с желтушными формами инфекционного мононуклеоза, лептоспироза, псевдотуберкулѐза, желтухами гемолитического, токсического генеза. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

71

3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, б/х крови (общий билирубин, свободный и связанный билирубин, тимоловая проба, АЛТ, ПТИ, альбумин, α-фетопротеин, антинуклеарный фактор). Исследование сыворотки крови методом ИФА для выявления маркера острого вирусного гепатита А - анти-HAV IgM.

4. Больной подлежит госпитализации в стационар.

Назначают постельный режим. Диета стол № 5 (по Певзнеру).

Объѐм жидкости (щелочные минеральные воды, чай, соки, кисели) составляет 2 – 3 л/сут.

Для дезинтоксикационной терапии - глюкозо-солевые растворы.

Витаминотерапия (витамины групп В и С).

В период ранней реконвалесценции применяют Метилурацил, гепатопротекторы.

По показаниям в фазе угасания желтухи (восстановления оттока желчи) используют желчегонные препараты.

5. Направление в инфекционную больницу.

Извещение в ГЦСЭН.

Контактные лица подлежат наблюдению и биохимическому обследованию на протяжении 35 дней после изоляции больного.

В очагах проводится дезинфекция хлорсодержащими препаратами, вещи больных подвергаются камерной дезинфекции.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 95 [K000345]**

1. Эритематозная рожа лица, средней степени тяжести, первичная.

Диагноз установлен на основании жалоб на высокую температуру, озноб, слабость, головную боль, тошноту, мышечные боли, припухлость и чувство жжения в области правой щеки; данных осмотра: в области правой щеки имеется разлитая гиперемия кожи с неправильными контурами, на месте гиперемии имеется отѐк ткани, умеренно выраженная болезненность при пальпации очага.

2. Эритемы, дерматиты, в том числе аллергические, экзему, абсцессы, флегмоны, тромбофлебиты поверхностных вен, эризипелоид.

3. При выраженных изменениях на коже диагноз рожи устанавливается на основании острого начала заболевания с явлениями интоксикации, яркой отграниченной гиперемии, отѐка и других характерных изменений в области поражѐнного участка кожи.

Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимия крови.

4. В условиях стационара пенициллин 1 млн ЕД в/м 6 раз в сутки в течение 10 дней. Патогенетическая терапия. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

72

5. Направление в инфекционную больницу, экстренное извещение в ГЦСЭН.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 96 [K000351]**

1. Вторично-хронический бруцеллѐз, обострение. Пояснично-крестцовый радикулит.

2. Диагноз установлен на основании данных эпидемиологического анамнеза (работник мясокомбината) и анамнеза заболевания (болен более года, а вначале заболевания был острый период с симптомами лихорадки и, вероятно, с миалгиями и артралгиями, что позволило ошибочно заподозрить грипп) и с учѐтом данных настоящего времени: симптомы пояснично-крестцового радикулита (имеется симптом Лассега), наличия фиброзитов в поясничной области и гепатолиенального синдрома.

3. Необходимо назначить анализы крови на реакции Райта и Хеддельсона и провести кожно-аллергическую пробу Бюрне. Дополнительно назначить рентгенографию позвоночника для выявления возможных поражений тел позвонков и межпозвонковых дисков.

4. После стихания обострения (больной должен получить терапию антибиотиками, противовоспалительными средствами, физиотерапию) через 6 месяцев пациента можно направить на санаторно-курортное лечение. Показаны грязевые и бальнеологические курорты для лечения больных с патологией опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы.

5. Лечение остро-септической формы бруцеллѐза проводится назначением длительных курсов антибиотикотерапии (не менее 4-6 недель). Препараты выбора - фторхинолоны, аминогликозиды, тетрациклины.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 97 [K000354]**

1. Брюшной тиф, средней степени тяжести.

2. Фебрильная лихорадка, синдром интоксикации (головная боль, адинамия, слабость, бессонница), симптомы поражения ЖКТ (снижение аппетита, метеоризм, запор, характерный налѐт на языке), со стороны сердечно-сосудистой системы – относительная брадикардия, глухость тонов, гипотония; гепатолиенальный синдром (увеличение печени и селезѐнки) позволяют заподозрить брюшной тиф.

3. Пациенту рекомендовано:

- клинический анализ крови: у больных брюшным тифом изменения гемограммы характеризуются лейкопенией, анэозинофилией, относительным лимфоцитозом и умеренным повышением СОЭ;

- бактериологическая диагностика: гемокультура, копрокультура, уринокультура – с целью выделения культуры возбудителя;

- экспресс-диагностика: реакция ко-агглютинации, реакция латекс-агглютинации, ИФА, РИФ – выявление брюшнотифозного О-Аг в испражнениях или сыворотке крови; Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

73

- серологическая диагностика: РНГА в парных сыворотках на 2-4 неделе болезни – подтверждение диагноза при диагностическом титре 1:40 и выше с ростом титра в 4 раза и более в динамике.

4. Фторхинолоны или цефалоспорины 3 поколения в настоящее время считаются антибиотиками выбора с учѐтом чувствительности возбудителя в современных условиях.

5. Перфорация тонкой кишки; кишечное кровотечение, инфекционно-токсический шок.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 98 [K000356]**

1. Острый шигеллѐз (клинически), колитический вариант, тяжѐлой степени тяжести.

2. Острое начало, выраженная интоксикация, фебрильная лихорадка, синдром дистального колита: стул без счѐта с потерей калового характера, спазмированная сигмовидная кишка, тенезмы, «ректальный плевок» - слизь и кровь в стуле - позволяют заподозрить дизентерию.

3.клинический анализ крови: у больных дизентерией изменения гемограммы характеризуются лейкоцитозом с палочкоядерным сдвигом и повышением СОЭ; бактериологическое исследование кала с целью выделения культуры возбудителя; экспресс-диагностика: реакция ко-агглютинации, реакция латекс-агглютинации, ИФА, РСК – выявление Аг шигелл в испражнениях, моче; серологическая диагностика: РНГА, РА в парных сыворотках на 2-4 неделе болезни – подтверждение диагноза при диагностическом титре 1:200 и выше.

4.Фторхинолоны или цефалоспорины 3 поколения в настоящее время считаются антибиотиками выбора с учѐтом чувствительности возбудителя в современных условиях. Коллоидные растворы для внутривенного введения с целью дезинтоксикации. Пробиотики для профилактики дисбактериоза.

5. Медицинское наблюдение в течение 7 дней за всеми контактными лицами (термометрия, опрос, осмотр). Однократное бактериологическое обследование матери; при положительном результате - отстранение от работы. Однократное бактериологическое обследование племянницы; допуск в ДДУ, при положительном результате - изоляция.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 99 [K000358]**

1. Острый вирусный гепатит А, желтушная форма, средней тяжести.

2. Молодой возраст, острое начало по гриппоподобному варианту, преджелтушный период в течение 7 дней с фебрильной лихорадкой и умеренной интоксикацией, клинические синдромы желтушного периода: желтуха, умеренные брадикардия и гипотония, гепатолиенальный и холестатический синдром наряду с данными эпиданамнеза о возможном контакте с больными желтухой позволяют поставить предварительный диагноз «острый вирусный гепатит А». Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

74

3. Синдром желтухи: желтушность кожи и слизистых, билирубинурия, ахолия кала как проявления экскреторно-билиарного синдрома. Холестатический синдром: кожный зуд как проявления холацидемического синдрома. Гепатолиенальный синдром: гепатомегалия как проявление мезенхимально-воспалительного синдрома.

4. Синдром желтухи как проявления экскреторно-билиарного синдрома. Холестатический синдром как проявление холацидемического синдрома. Гепатолиенальный синдром как проявление мезенхимально-воспалительного синдрома.

5. Клинический анализ крови (лейкопения, относительный лимфоцитоз и замедление СОЭ). Биохимический анализ крови: уровень общего и прямого (связанного) билирубина - гипербилирубинемия за счет связанной фракции; АлАТ, АсАТ - гиперферментемия; ЩФ, ГГТП - повышение показателей при холестазе; протеинограмма - гипоальбуминемия. Анализ крови на маркеры вирусных гепатитов: ГА-anti-HAV-IgMиГВ - HbsAg ГС - anti-HCV.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 100 [K000361]**

1. Ботулизм лѐгкой степени тяжести.

2. Острое начало заболевания, короткий инкубационный период (10 часов), отсутствие лихорадки, офтальмоплегический синдром - снижение остроты зрения на оба глаза, диплопия, птоз, мидриаз и данные эпидемиологического анамнеза - употребление продукта домашней консервации и одновременное заболевание 3 членов одной семьи свидетельствуют в пользу ботулизма.

3. Клинический анализ крови; биологическая проба: обнаружение и идентификация ботулотоксина в крови и выделениях больного, а также в продуктах питания путѐм заражения лабораторных животных исследуемым материалом с введением последним антитоксической сыворотки. Определение токсина основано на реакции нейтрализации.

4. Поливалентная противоботулиническая сыворотка с целью нейтрализации свободно циркулирующего ботулотоксина однократно в/в. Зондовое промывание желудка, высокая очистительная клизма. Режим форсированного диуреза. 4. Антибиотикотерапия: Левомицетин, Цефалоспорины, Фторхинолоны для профилактики развития вегетативных форм возбудителя, учитывая токсико-инфекционную природу заболевания.

5. Госпитализация больного во всех случаях, даже при подозрении на ботулизм.

Изъятие и лабораторное исследование на наличие ботулотоксина подозрительных продуктов.

Медицинское наблюдение за лицами, употреблявшими подозрительные продукты в течение 10 суток, включающее введение поливалентной противоботулинической сыворотки. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

75

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 101 [K000362]**

1. Острый кишечный амѐбиаз, средней степени тяжести.

2. Пребывание в эндемичной местности, отсутствие интоксикации, синдром колита (болезненность по ходу толстой кишки, болезненность и инфильтрация сигмовидной кишки) стул калового характера с примесью слизи и крови позволяют заподозрить кишечный амѐбиаз.

3. Гемограмма: анемия, лейкоцитоз, эозифилия, моноцитоз и лимфоцитоз, ускоренное СОЭ.

Паразитологическое исследование: мазки кала ex tempore на наличие простейших - у больных кишечным амѐбиазом выявляются трофозоиты Entamoeba histolytica.

4. Метронидазол (Трихопол, Тинидазол): с целью эрадикации инвазивных форм дизентерийных амѐб. Этофамид: с целью эрадикации просветных форм дизентерийных амѐб.

5. Кишечное кровотечение.

Перфорация стенки кишки.

Абсцессы печени и других органов.

Кишечная непроходимость.

Амебома.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 102 [K000380]**

1. На основании жалоб больного, эпидемиологического анамнеза (за 2 недели до заболевания был в лесу и удалял клеща), данных клинического обследования (округлое ярко-розовое образование в области спины без каких-либо субъективных ощущений, умеренно выраженный синдром интоксикации), можно поставить диагноз «острая боррелиозная инфекция, эритематозная форма, период разгара, лѐгкое течение».

2. Возбудитель - боррелия, грамотрицательная анаэробная бактерия. Имеет нестабильную и вариабельную структуру, что позволяет ей длительно персистировать в организме. Резервуар и переносчик инфекции - иксодовые клещи. Сезонность заболевания - весенне-летняя. Механизм передачи - трансмиссивный. От человека к человеку заболевание не передаѐтся.

3. Дифференциальная диагностика клещевого боррелиоза в зависимости от формы заболевания проводится с клещевым энцефалитом, серозными менингитами и менингоэнцефалитами с ревматоидным артритом, полирадикулоневритами, дерматологическими заболеваниями (токсикодермия, укус насекомого) и др. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

76

4. Для этиотропной терапии используются: тетрациклины, пенициллины, цефалоспорины. Дозировки и продолжительность лечения определяются стадией заболевания. В данном случае показано назначение Доксициклина по 0,1 г 2 раза в первые сутки, затем 0,1 раз в сутки 10-14 дней. При осложнении заболевания артритами, невритами, миокардитом - назначается патогенетическое лечение.

5. Специфической профилактики при клещевом боррелиозе нет. Неспецифическая профилактика - использование репеллентов и защитной одежды. Экстренная профилактика проводится в случае присасывания заражѐнного борреллиями клеща. Используют Доксициклин по 0,1 г один раз в сутки в течение 5 дней. Можно использовать Амоксиклав в течении 5 дней, Азитромицин 3 дня, Экстенциллин, Бензатинбензилпенициллин - однократно в/м.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 103 [K000391]**

1. Сахарный диабет 2 тип, впервые выявленный. Диабетическая нефропатия, стадия микроальбуминурии. ХБП С2, А1. Экзогенно-конституциональное ожирение I степени (ИМТ=30,5 кг/м2). Гипертоническая болезнь II стадии. Артериальная гипертензия 1 степени, риск 3. Целевой уровень НвА1с<6,5%.

2. Диагноз сахарного диабета 2 типа установлен на основании жалоб больного на жажду, сухость во рту, полидипсию, полиурию, кожный зуд; данных анамнеза: постепенное развитие заболевания, дебют в возрасте старше 40 лет, наличие ожирения, отягощѐнный наследственный анамнез по сахарному диабету, рождение крупного плода (более 4 кг) в анамнезе; в пользу СД 2 типа умеренная выраженность симптомов, отсутствие признаков кетоза; установление целевых уровней гликемического контроля основано на том, что ожидаемая продолжительность жизни пациента более 15 лет, диагноз выставлен впервые, отсутствуют тяжѐлые макрососудистые осложнения сахарного диабета, низкий риск гипогликемий.

3. Пациенту рекомендовано: суточный гликемический профиль с исследованием гликемии натощак, постпрандиальной гликемии - через 2 часа после приѐма пищи. ЭХО-КГ (наличие гипертрофии левого желудочка, размеры полостей, фракция выброса). Осмотр врачом-офтальмологом - глазное дно (наличие ретинопатии, стадия ретинопатии). Осмотр врачом-неврологом (наличие полинейропатии, энцефалопатии).

4. Лечебная тактика при уровне гликированного гемоглобина 7,5% включает: изменение образа жизни (питание, физические нагрузки), медикаментозная терапия: Метформин 1000 мг 2 раза в день, при непереносимости Метформина можно рассмотреть назначение препаратов сульфонилмочевины (кроме Глибенкламида), ингибиторов ДПП-4, инкретины.

5. При снижении уровня гликированного гемоглобина показано назначение комбинации 2 препаратов: бигуаниды в сочетании с препаратами сульфанилмочевины (или другими препаратами, кроме нерациональных сочетаний). В данном случае Метформин не противопоказан (СКФ > 50). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

77

Провести беседу о диете, необходимости физических нагрузок, постепенного снижения массы тела до ИМТ 21,5-25,0.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 104 [K000398]**

1. Диффузный токсический зоб. Тиреотоксикоз тяжѐлое течение. Эндокринная офтальмопатия.

2. Женский пол. Возраст. Наличие у пациентки диффузного токсического зоба. Ощущение песка в глазах, двоения, слезотечение, светобоязнь. При осмотре отмечается двусторонний экзофтальм (больше справа), инъецированность склер.

3. Консультация врача-офтальмолога, глазное дно, периметрия, глазное давление, офтальмометрия.

4. Преднизолон перорально и инъекционно, Дексаметазон в виде капель в глаза, Фонофорез на глазные яблоки с дексаметазоном, луцентис, оперативное лечение, рентгеновское лечение.

5. В отношении эндокринной офтальмопатии легкой и средней степени тяжести при своевременной диагностике и лечении – благоприятный, при тяжѐлой форме – неблагоприятный.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 105 [K000404]**

1. Острая надпочечниковая недостаточность.

2. У пациентки в анамнезе – хроническая надпочечниковая недостаточность, но на фоне присоединения инфекции данное заболевание требует повышения дозировки заместительной терапии, чего пациентка не сделала. На острую надпочечниковую недостаточность (ОНН) указывает выраженная артериальная гипотензия, тахикардия. Предшествующее состоянию нарастание слабости, тошнота, рвота указывают на усугубление электролитных нарушений, характерных для декомпенсации надпочечниковой недостаточности.

3. В первую очередь пациентке необходимо определить уровень натрия и калия плазмы. Целесообразно также выполнить ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, электрокардиографию. Ожидается выраженная гипонатриемия, гиперкалиемия, гипогликемия. В ОАК возможно повышение гематокрита, подтверждающее обезвоживание и снижение объема циркулирующей крови, лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг, говорящие о развитии инфекции. В биохимическом анализе крови возможна гипогликемия вследствие угнетения глюконеогенеза в печени, а также умеренное повышение креатинина, говорящее о снижении скорости клубочковой фильтрации на фоне снижения ОЦК. На ЭКГ возможны проявления гипокалиемии. Также для подтверждения диагноза целесообразно определение активности ренина плазмы (ожидается значительное повышение от нормальных значений), АКТГ крови (ожидается значительное повышение от нормальных значений).

4. Лечение ОНН базируется на следующих основных принципах: Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

78

- массивная заместительная терапия кортикостероидами;

- регидратация и коррекция электролитных расстройств;

- лечение заболевания, вызвавшего декомпенсацию.

При ОНН предпочтение отдается препаратам гидрокортизона (Гидрокортизон гемисукцинат можно вводить внутривенно и внутримышечно. Суспензия Гидрокортизона ацетата вводится только внутримышечно). Начинают с назначения 100-150 мг Гидрокортизона гемисукцината внутривенно струйно. Такое же количество препарата растворяют в 500 мг изотонического раствора хлорида натрия и 5% раствора глюкозы и вводят внутривенно капельно в течение 3-4 часов со скоростью 40-100 капель в минуту. Одновременно с внутривенным введением водорастворимого гидрокортизона производят внутримышечное введение Гидрокортизона по 50-75 мг каждые 4-6 часов. Доза зависит от тяжести состояния и результатов повышения АД, нормализации электролитных нарушений. В течение первых суток общая доза гидрокортизона составляет 400-600 мг, реже 800-1000, иногда и больше. Внутривенное введение Гидрокортизона продолжают до выведения из коллапса и повышения АД выше 100 мм рт. ст. и продолжают внутримышечное его введение 4-6 раз в сутки в дозе 50-75 мг с постепенным уменьшением дозы до 25-50 мг и увеличением интервалов введения 2-4 раза в сутки в течение 5-7 дней. Затем больных переводят на пероральное лечение Преднизолоном 10-20 мг в сутки (Кортефом 30-40 мг в сутки), сочетая с назначением Кортинефа 0,1-0,2 мг в сутки или кортизона ацетата 25-50 мг в сутки. Наряду с введением глюкокортикоидов проводят борьбу с обезвоживаем и явлениями шока. Изотонический раствор хлорида натрия переливается в объеме 2-3 л в сутки. Из-за опасности гипогликемии переливают не менее 1 л 5-10% раствора глюкозы. Переливание калийсодержащих растворов категорически противопоказано. Этиотропное лечение, направленное на устранение причины ОНН (антибактериальная терапия).

5. Ведущими профилактическими мероприятиями по предотвращению развития ОНН являются: мотивация пациентки на регулярный и постоянный приѐм препаратов кортикостероидов, ни при каких обстоятельствах отмена препаратов невозможна. При сопутствующих инфекционных заболеваниях, постоянном повышении физической активности, стрессовых ситуациях дозировки препаратов глюкокортикостероидов и минералокортикостероидов должны быть увеличены в 1,5-2 раза.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 106 [K000405]**

1. Сахарный диабет 2 типа. Индивидуальный целевой уровень гликозилированного гемоглобина менее 6,5%. Ожирение 2 степени, абдоминальная форма. Артериальная гипертония II стадии, 2 степени, риск ССО 4.

2. Индивидуальный целевой уровень гликозилированного гемоглобина у данного пациента менее 6,5% определен на основании достаточно молодого возраста пациента (48 лет), высокой ожидаемой продолжительности жизни, отсутствия тяжѐлых макрососудистых осложнений сахарного диабета по данным анамнеза. Целевые параметры гликемии у данного пациента: глюкоза до еды – не выше 6,5 ммоль/л, через 2 часа после приѐмов пищи – не выше 8,0 ммоль/л. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

79

3. Объѐм дополнительного обследования данного пациента согласно стандарту оказания медицинской помощи при СД 2 типа должен включать: ОАК, ОАМ, определение микроальбуминурии при отсутствии белка в ОАМ, липидограмму, ЭКГ, рентгенографию лѐгких, осмотр стоп с определением тактильной, температурной, вибрационной чувствительности и определением рефлексов, офтальмоскопию (осмотр врачом-офтальмологом), осмотр врачом-неврологом при выявлении клинических проявлений нейропатии.

4. Лечение данного пациента должно включать: немедикаментозные методы лечения – изменение образа жизни (изменение питания, увеличение физической активности); медикаментозную терапию (гипогликемизирующую, гипотензивную, гиполипидемическую при наличии дислипидемии).

Немедикаментозная терапия направлена на снижение массы тела: в рационе питания необходимо постепенно уменьшить калорийность суточного рациона до 1700-1800 ккал в сутки, исключив при этом легкоусваиваемые углеводы, максимально ограничить жиросодержащие продукты (особенно животный жир), уменьшить примерно наполовину объем сложных углеводов, без ограничений могут употребляться в пищу богатые водой и клетчаткой овощи; Оптимальной физической нагрузкой для пациента будет являться ходьба 30-60 минут ежедневно, но не менее 3 раз в неделю; целесообразно обучение пациента в школе сахарного диабета.

Медикаментозная терапия: гипогликемизирующая: Метформин 500 мг 2 раза в сутки с постепенным увеличением дозировки до 850-1000 мг 2 раза в сутки под контролем гликемии; гипотензивная: в основе терапии должны использоваться ингибиторы АПФ или блокаторы ангиотензиновых рецепторов, целевые параметры АД 120-140/70-85 мм рт.ст.; гиполипидемическая: целевые параметры липидного обмена у пациента – общий холестерин менее 4,5 ммоль/л, ЛПНП менее 2,5 ммоль/л, триглицериды – менее 1,7 ммоль/л. При превышении этих показателей должны быть назначены статины.

5. Для оценки эффективности гипогликемизирующей терапии при динамическом наблюдении пациента должен определяться уровень гликозилированного гемоглобина 1 раз в 3-4 месяца. Кроме того, пациент должен проводить самоконтроль глюкозы крови не менее 1 раза в сутки в разное время (до еды или через 2 часа после еды) и один гликемический профиль в неделю.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 107 [K000406]**

1. Диффузный токсический зоб 2 степени, манифестный тиреотоксикоз, декомпенсация.

2. Для подтверждения диагноза диффузного токсического зоба необходимо определение антител к рецептору тиреотропного гормона. Повышение титра данных антител достаточно специфично для диффузного токсического зоба и подтверждает аутоимунный генез заболевания. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

80

3. У пациентки имеются жалобы, характерные для тиреотоксикоза: снижение массы тела на 10 кг в течение 3 последних месяцев, учащенное сердцебиение как в покое, так и при физической нагрузке, ощущение дрожи в теле, раздражительность, нарушения сна, слабость. При осмотре клинические проявления тиреотоксикоза также ярко выражены: тремор, тахикардия, повышение систолического АД, увеличение щитовидной железы. ДТЗ является основной причиной тиреотоксикоза, кроме того, у пациентки имеются глазные симптомы тиреотоксикоза, которые наблюдаются при ДТЗ. Диагноз «Тиреотоксикоза» подтверждается повышением свободного тироксина в крови и снижением ТТГ, что характерно для тиреотоксикоза тирогенного происхождения.

4. Пациентке показано назначение тиреостатиков: Тиамазол в суточной дозировке 30-40 мг в 2 приѐма до достижения состояния эутиреоза, после чего дозировка Тиамазола должна постепенно уменьшаться (на 5-10 мг раз в 2-3 недели) под контролем уровня тироксина крови до достижения поддерживающей дозировки 5-10 мг в сутки. Поддерживающую дозировку необходимо принимать в течение 1,5-2 лет. В качестве симптоматической терапии могут быть применены бета-адреноблокаторы под контролем ЧСС и АД.

5. В процессе лечения необходимо контролировать уровень свободного тироксина крови. Контроль ТТГ целесообразен через 1-2 месяца от начала терапии (эффект запаздывания ТТГ). Не реже 1 раза в месяц необходимо контролировать ОАК, особое внимание обращается на уровень лейкоцитов и гранулоцитов, так как тиреостатики могут вызывать лейкопению и агранулоцитоз (при развитии данного осложнения терапии тиреостатики немедленно отменяются). Контроль АЛТ, АСТ.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 108 [K000427]**

1. Диффузно – токсический зоб II степени, тиреотоксикоз средней степени тяжести. Эндокринная офтальмопатия I стадия.

2. Диагноз «диффузно-токсический зоб» (ДТЗ) установлен на основании жалоб больного: на слабость, снижение работоспособности, нервозность, раздражительность, потливость, похудание, повышение аппетита, плохая переносимость тепла, тремор, сердцебиение; установление степени ДТЗ основано на пальпации щитовидной железы. Степень тяжести тиреотоксикоза на основании развернутой клинической картины заболевания. Стадия офтальмопатии установлена на основании припухлости век, ощущения «песка в глазах», слезотечения.

3. Для оценки функции щитовидной железы исследование трийодтиронина свободного (св.ТЗ), свободного тироксина (св. Т4), тиреотропного гормона (ТТГ); для диагностики ДТЗ антител к рецепторам тиреотропного гормона (АТ к рТТГ), антител к тиреоидной пероксидазе (АТ-ТПО), антител к тиреоглобулину (АТ-ТГ). УЗИ щитовидной железы для уточнения размеров, эхогенности ткани и еѐ васкулиризации. Консультация врача-офтальмолога, УЗИ диагностика орбит. УЗИ диагностика орбит – определение размеров ретробульбарного пространства, плотности ретробульбарной клетчатки и толщины экстраокулярных мышц. Клинический анализ крови (уровень лейкоцитов крови). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

81

4. Тиреостатические препараты: Тиамазол (препарат выбора) в стартовой дозе 30-60 мг/сут 1 раз в день или Пропилтиоурацил в дозе 400-600 мг/сут каждые 6-8 часов. Поскольку эффект тиреостатической терапии проявляется спустя 7-10 дней после назначения, то в качестве симптоматической терапии для купирования тиреотоксикоза применяют бета-блокаторы (например, Пропранолол в дозе 40-120 мг/сут).

5. Нет не показано. Назначение глюкокортикоидов при ДТЗ показано только при развитии тиреогенной надпочечниковой недостаточности, а также при лейкопенических реакциях на тиреостатики.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 109 [K000428]**

1. Аутоиммунным тиреоидит. Гипотиреоз, средней тяжести (манифестный), декомпенсированный.

2. Диагноз «первичный гипотиреоз» установлен на основании жалоб больного: быструю утомляемость, снижение памяти, сонливость, зябкость, запор, увеличение веса, снижение слуха, осиплость голоса. Степень тяжести гипотиреоза на основании развѐрнутой клинической картины заболевания. Увеличение щитовидной железы, повышение уровня анти-ТПО, свидетельствующие об аутоиммунном процессе - аутоиммунном тиреоидите.

3. Пациенту рекомендовано проведение УЗИ щитовидной железы для уточнения размеров, эхогенности ткани и еѐ васкулиризации, сцинтиграфия щитовидной железы.

4. Заместительная терапия гормонами щитовидной железы (L-тироксин). У больных моложе 55 лет, не имеющих сердечно-сосудистых заболеваний, назначают L-тироксин в дозе 1,6-1,8 мкг/кг массы тела. Лечение начинают с полной дозы ЛС. Ориентировочная начальная доза для мужчин – 100 мкг/сут.

5. Необходимо увеличить дозу L-тироксина на 25 мкг.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 110 [K000429]**

1. Сахарный диабет тип 2, целевое значение HbA1c < 7,0%. Ожирение 2 степени. Гиперлипидемия (метаболический синдром).

2. Повторное определение гликемии в последующие дни, пероральный глюкозотолерантный тест, определение HbA1c.

3. У больной имеется ожирение 2 степени и исходный уровень HbA1c = 7,1%. Рекомендовано изменение образа жизни: диета, физическая активность. Монотерапия: метформином, иДПП-4 или аГПП-1. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

82

4. Рекомендуется ограничение калорийности рациона с целью умеренного снижения массы тела. Это так же обеспечит положительный эффект в отношении гликемического контроля, липидов. Необходимо максимальное ограничение жиров (прежде всего животного происхождения) и сахаров; рекомендовано умеренное потребление сложных углеводов (крахмал) и белков. Рекомендовать употребление углеводов в составе овощей, цельнозерновых, молочных продуктов. Важно включить в рацион продукты богатые моно– и полиненасыщенными жирными кислотами (рыба, растительное масло).

5. Оставить проводимую терапию без изменений, так как отмечается снижение массы тела и достигнут целевой уровень HbA1c. Продолжить динамическое наблюдение. Контроль HbA1c 1 раз в з месяца. Самоконтроль гликемии глюкометром.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 111 [K000430]**

1. Сахарный диабет тип 2. Целевое значение HbA1c<7,0%. Диабетическая непролиферативная ретинопатия на правом глазу. Диабетическая нефропатия. Хроническая болезнь почек II стадия (С2), альбуминурия 2 стадия (А2). Артериальная гипертония II стадии, 2 степени, риск ССО 4. Гиперлипидемия.

2. Диагноз «сахарный диабет» (СД) установлен на основании жалоб больного: сухость, жажду, полиурию, ухудшение зрения. Данных анамнеза (пациент болен более 2 лет); в лабораторных анализах гипергликемия. Стадия ретинопатии установлена в результате осмотра врачом-офтальмологом. Диагноз «хроническая болезнь почек» определен по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) на протяжении 3 месяцев (анамнестические данные) и снижение СКФ. Установление степени артериальной гипертонии основано на цифрах АД, измеренных во время приѐма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражений органов – мишеней (почек, сердца). Степень риска ССО поставлена на основании наличия у больного сахарного диабета. Гиперлипидемия установлена на основании повышения холестерина, ТГ и снижения ЛПВП.

3. Определение уровня гемоглобина для исключения анемии, HbA1c; УЗИ почек для оценки поражения; проведение ЭКГ; ЭХОКГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; мониторирование АД для оценки стабильного повышения АД,

4. Препараты сульфанилмочевины: гликлазид МВ (диабетон МВ) обладает нефро- и кардиопротекцией.

5. 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 ХБП II – III стадии. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы АПФ обладает Рамиприл, из группы антагонистов рецепторов II – Лозартан. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

83

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 112 [K000431]**

1. Сахарный диабет 1 тип. Целевой уровень HbA1c < 6,5%. Гипогликемические состояния.

2. Диагноз «сахарный диабет 1 типа» поставлен на основании молодого возраста пациента. Больной находится на интенсифицированной инсулинотерапии (сут. доза 32-46 ЕД). Целевой уровень < 6,5%, так как молодой возраст, нет тяжѐлых макрососудистых осложнений.

3. Основная причина - избыток инсулина в организме по отношению к поступлению углеводов с пищей (нарушился режим питания), а также при ускоренной утилизации углеводов (мышечная работа).

4. Гликированный гемоглобин важен для контроля лечения сахарного диабета, он отражает уровень глюкозы, имевшую место на протяжении периода жизни эритроцитов (до 90 суток). Уровень гликированного гемоглобина является показателем компенсации углеводного обмена на протяжении этого периода.

5. Нормализация режима питания, усилить самоконтроль. Для купирования гипогликемий принять пищу, содержащую углеводы в количестве 1–2 ХЕ (10-20 г глюкозы). Такое количество содержится, например, в 200 мл сладкого фруктового сока или 2 кусочка сахара.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 113 [K000432]**

1. Диффузный токсический зоб I cтепени (болезнь Грейвса). Манифестный тиреотоксикоз.

2. Пациенту рекомендовано исследование содержания антител к рецептору ТТГ и ТПО.

3. На этапе предварительного обследования клинически и по данным исследования тиреоидного статуса было установлено наличие синдрома тиреотоксикоза, однако с целью проведения дифференциального диагноза необходимо было исследование уровня антител к рецептору ТТГ для подтверждения (или исключения) болезни Грейвса. Поскольку такое исследование не было проведено, поставлен неверный диагноз: Аутоиммунный тиреоидит. Назначенное впоследствии лечение тиреостатическим препаратом «тиамазол» не соответствует поставленному диагнозу.

4. У пациентов с диффузным токсическим зобом, которым впервые поставлен этот диагноз, возможно назначение следующих вариантов терапии: консервативное лечение тиреостатиками, оперативное лечение, радиойодтерапия. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

84

5. Наиболее эффективным, безопасным и экономически оправданным методом лечения болезни Грейвса в настоящее время является радиойодтерапия. Избирательное поступление йода в тиреоциты, относительная техническая простота процедуры РЙТ, меньшее количество осложнений по сравнению с хирургическими методами лечения, а также меньшая стоимость РЙТ по сравнению с другими видами лечения определяют основные преимущества РЙТ для использования в клинической практике.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 114 [K000434]**

1. На основании вышеуказанных жалоб, анамнеза и лабораторных сдвигов установлен диагноз «центральный несахарный диабет».

2. В основе центрального несахарного диабета лежит дефицит антидиуретического гормона (АДГ, аргинин-вазопрессин). Это нарушение связано со снижением почечной реабсорбции воды, выделением большого количества мочи с низким удельным весом, как следствие уменьшается количество воды в организме, компенсаторно потребляется большое количество жидкости.

3. Необходимо проведение клинического анализа мочи, а также определение концентрации калия, кальция, глюкозы, мочевины и креатинина в биохимическом анализе крови для исключения воспалительных заболеваний почек и наиболее частых электролитно-метаболических причин возникновения других форм несахарного диабета; МРТ головного мозга для диагностики причин центрального несахарного диабета.

4. При подтвержденном несахарном диабете необходимо установить свободный (в соответствии с потребностью/жаждой) питьевой режим. Без адекватного восполнения выделяемой жидкости при практически не снижающемся обильном диурезе дегидратация становится выраженной. Это приводит к слабости, психическим нарушениям, усиливается головная боль, тахикардия, снижается артериальное давление, наступает сгущение крови, снижается фильтрационная способность почек, может развиться коллапс.

5. При несахарном диабете назначают синтетический аналог Вазопрессина – Десмопрессин в форме таблеток, подъязычных таблеток или спрея.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 115 [K000435]**

1. Синдром гипотиреоза (первичный гипотиреоз).

2. При отсутствии в анамнезе указаний на оперативное вмешательство на щитовидной железе или облучение шеи, наиболее вероятной причиной развития гипотиреоза следует считать хронический аутоиммунный тиреоидит.

3. С целью уточнения причины и тяжести гипотиреоза необходимо определить уровень св. Т4, антител к тиреопероксидазе, антител к тиреоглобулину, выполнить УЗИ щитовидной железы.

4. Назначение препаратов L-тироксина в дозе 1,6-1,8 мкг/кг/сут, начиная с дозы 12,5-25 мкг/сут с постепенным увеличением до 100 мкг (расчѐтная доза 125 мкг). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

85

5. Необходимость оперативного лечения возникает в связи со значительным увеличением щитовидной железы и компрессионным синдромом. Клинически симптомов сдавления близлежащих органов нет, объѐм щитовидной железы следует уточнить при помощи УЗИ. На данном этапе показаний для оперативного лечения у пациента нет.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 116 [K000436]**

1. Синдром гипотиреоза (первичный послеоперационный гипотиреоз).

2. С целью уточнения причины и тяжести гипотиреоза, а также объѐма предшествующего оперативного вмешательства необходимо определить уровень ТТГ, свободного Т4, антител к тиреопероксидазе, антител к тиреоглобулину, выполнить УЗИ щитовидной железы.

3. Рекомендуются консультации врача-кардиолога, врача-гинеколога, врача-гастроэнтеролога, врача-гематолога.

4. У лиц моложе 50 лет, при отсутствии сердечно-сосудистой патологии, первоначальная доза L-тироксина может составлять 50 мкг с быстрым повышением до полной заместительной дозы (1,6-1,8 мкг на кг веса). Исследование уровня ТТГ проводится не ранее, чем через 2 месяца после подбора полной заместительной дозы препарата.

5. Заместительная терапия препаратами L-тироксина проводится пожизненно. Оценка адекватности заместительной терапии проводится по уровню ТТГ. У большинства пациентов контроль уровня ТТГ осуществляется 1 раз в год.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 117 [K000439]**

1. На основании ЭКГ, зарегистрированной во время приступа аритмии, у больного пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, тахисистолический вариант.

2. Предсердная тахикардия, трепетание предсердий, частая предсердная экстрасистолия, двойное антероградное проведение через атрио-вентрикулярный узел. Могут характеризоваться частыми нерегулярными интервалами RR и имитировать фибрилляцию предсердий.

3. Суточное мониторирование ЭКГ для выявления формы нарушения ритма сердца.

4. Определение риска развития инсульта и системных тромбоэмболий проводится согласно шкале CHA2DS2-VASc. С учѐтом возраста пациента, наличия АГ риск ТЭО по шкале CHA2DS2-VASc > 2 баллов (3 балла), что является основанием для назначений антикоагулянтной терапии. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

86

5. С фибрилляцией предсердий ассоциируются: структурное заболевание сердца, возраст, артериальная гипертония, клинически выраженная сердечная недостаточность, тахиаритмическая кардиомиопатия, поражение клапанов сердца, первичные кардиомиопатии, ишемическая болезнь сердца, нарушение функции щитовидной железы, избыточная масса тела и ожирение, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь лѐгких, апноэ во время сна, хроническая болезнь почек. Из известных на момент осмотра больного состояний, ассоциирующихся с фибрилляцией предсердий, являются возраст и артериальная гипертония.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 118 [K000441]**

1. Вторичный хронический панкреатит, билиарозависимый, болевая форма, средней тяжести, часто рецидивирующего течения в стадии обострения. Хронический реактивный персистирующий гепатит. Состояние после холецистоэктомии (7 лет назад). Вторичный (панкреатогенный) сахарный диабет.

2. Поражение поджелудочной железы связано с операцией на желчном пузыре и желчевыводящих путях.

3. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, трансаминазы, амилаза, липаза, трипсин, антитрипсин, билирубин общий, прямой; анализ мочи на диастазу; исследование дуоденального содержимого; анализ кала: стеаторея, креаторея, амилорея; обзорная рентгенография брюшной полости; УЗИ поджелудочной железы и гепатобилиарной системы; РХПГ; гликемический и глукозурический профиль.

4. Госпитализация в гастроэнтерологическое отделение; голодная диета, диета №16 панкреатическая, жидкая и полужидкая пища, 6-разовое питание на протяжении 3-6 дней; Н2-блокаторы (Ранитидин, Фамотидин) или ингибиторы протонной помпы (Омепразол); холинолитики (Платифиллин); спазмолитики (Дротаверин); обезболивающие; полиферментные препараты; лечение сахарного диабета (препараты Сульфанилмочевины).

5. Основные заболевания, с которыми проводят дифференциальную диагностику хронического панкреатита: язвенная болезнь желудка и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; хронический холецистит; хронический энтерит и колит; хронический абдоминальный ишемический синдром; рак поджелудочной железы.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 119 [K000447]**

1. Неаллергическая бронхиальная астма, среднетяжѐлое течение, впервые выявленная, неконтролируемая. Дыхательная недостаточность 1 степени.

2. План обследования: клинический анализ крови; ЭКГ, спирометрия; рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях; общий анализ мокроты; консультация врача-пульмонолога. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

87

3. План лечения: отказ от курения; с целью купирования приступа заболевания ингаляционно применять β2-адреномиметики короткого действия (Сальбутамол или Фенотерол). Для постоянного приѐма - комбинация низких доз ингаляционных ГКС (Флутиказон 100-250 мкг/сут, Будесонид 200-400 мкг/сут или Беклометазон дипропионат 200-500 мкг/сут) с длительно действующими β2-агонистами (Салметерол 100 мкг/сут или Формотерол 9-18 мкг/сут). Обучение навыкам самоведения бронхиальной астмы.

4. Временно нетрудоспособен. Выдать ЛН на 3-4 дня. Нетрудоспособность при среднетяжѐлом течении бронхиальной астмы продолжается до стабилизации процесса. Противопоказан тяжелый физический труд, контакт с токсическими веществами, работа в неблагоприятных метеорологических условиях, длительные командировки, работа в горячих цехах, длительная ходьба, профессиональная речевая нагрузка. Рациональное трудоустройство через ВК.

5. Неудовлетворительный ответ на лечение (ОФВ1<50% от должного после применения бронходилататоров). Симптомы обострения астмы нарастают, или отсутствует положительная динамика в течение 3 часов с момента начала неотложных лечебных мероприятий. Не наблюдается улучшения в течение 4-6 часов после начала лечения системными глюкокортикостероидами.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 120 [K000449]**

1. Гипертоническая болезнь II стадии. Степень АГ 2. Риск 3 (высокий). ХСН 0 ст., ФК 0. Атеросклероз артерий нижних конечностей.

2. Диагноз «гипертоническая болезнь» установлен на основании жалоб больного на эпизодическое повышение АД до 150/90-160/95 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей установлен на основании данных анамнеза (в последние 2-3 месяца стал отмечать появление ноющих болей в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250-300 метров, купирующиеся в покое); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приѐма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней - системный атеросклероз.

3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ, калий, натрий, креатинин с расчѐтом СКФ, мочевая кислота, АЛТ, АСТ), глюкоза плазмы натощак, ЭКГ, ЭхоКГ, исследование глазного дна, СМАД, УЗИ сосудов нижних конечностей с последующей консультацией врача-сердечно-сосудистого хирурга (при необходимости), консультация врача-невролога.

4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Гипотензивная терапия (возможно назначение ИАПФ, БРА, АК, диуретиков). Например, Периндоприл 2,5 мг 1 раз в день, Амлодипин 5 мг 1 раз в день, после достижения целевых цифр АД - дезагреганты (Аспирин 75 мг/сут).

5. Противопоказаны комбинации БАБ и АК (недигидропиридинового ряда). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

88

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 121 [K000456]**

1. Сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный, целевой уровень гликированного гемоглобина (НвА1с)≤7%. Ожирение 2 ст. Диабетическая нефропатия? АГ I степени, риск III.

2. Диагноз «сахарный диабет» установлен на основании результатов анализов (гипергликемия - 6,9 мМоль/л, глюкозурии). Целевой уровень НвА1с ≤ 7%, так как возраст пациентки 50 лет, нет тяжелых осложнений и нет риска гипогликемической комы. Диагноз «артериальная гипертония» (АГ) установлен на основании данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 6 месяцев); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приѐма. Степень риска ССО поставлена на основании наличия сахарного диабета. Необходимо исключить вторичный характер артериальной гипертензии. Возможно наличие диабетической нефропатии, так как в общем анализе мочи - протеинурия (0,15 г/л). Ожирение 2 ст., так как ИМТ = 37 кг/м2.

3. Пациенту рекомендовано: определение уровня НвА1с, гликемический профиль, исследование мочи на альбуминурию, БАК: ОХ, ТГ, ЛПНП, ЛПВП, АЛТ, АСТ, общий билирубин, мочевина, креатинин, расчѐт СКФ, УЗИ почек, ЭКГ, ФЛГ, консультации врача-эндокринолога, врача-офтальмолога, врача-невролога, проведение суточного мониторирования АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ.

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 ХБП I-III стадии, с диабетической нефропатией. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает Рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II - Лозартан.

5. Метформин, так как он является препаратом первой линии при СД 2 типа, особенно в сочетании с ожирением.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 122 [K000457]**

1. Артериальная гипертония II стадии, II степени, риск ССО 3. Ожирение 1 ст. Гиперлипидемия (метаболический синдром). Хроническая болезнь почек II стадии, альбуминурия, 2А стадия.

2. Диагноз «артериальная гипертония» (АГ) установлен на основании жалоб больного на повышение АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 18 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приѐма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (почек - микроальбуминурия, сердца - гипертрофия миокарда ЛЖ). Степень риска ССО поставлена на основании наличия метаболического синдрома, ХБП. Диагноз «хроническая болезнь почек» (ХБП) определен по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) и снижении СКФ. Диагноз «метаболический синдром» установлен на основании наличия ожирения, АГ, дислипидемии (повышения уровня ТГ и снижения уровня ЛПВП), гипергликемии натощак. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

89

3. Пациенту рекомендовано: проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек.

4. Для комбинации предлагаются: ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II и антагонисты кальция. Выбор препарата из этих групп основан на их органопротективных свойствах. Данные группы препаратов обладают наибольшим кардиопротективным эффектом (по регрессу ГЛЖ); ингибиторы АПФ и антагонисты рецепторов к ангиотензину II обладают наиболее выраженным нефропротективным эффектом. Комбинация бета-блокатор и диуретик назначена неправильно, оба класса препаратов не имеют существенных органопротективных эффектов и вызывают лекарственный метаболический синдром.

5. Продолжать антигипертензивную терапию без изменений, продолжить динамическое наблюдение. Необходимо уточнить рацион питания пациента и его физическую активность перед проведением анализа на креатинин. В настоящее время нельзя говорить о том, что снижение СКФ является негативным результатом, оно может быть связано в частности с тем, что клубочки почек стали работать без гиперфункции и данное значение СКФ является истинным для данного пациента. Контроль функции почек через 6 месяцев. Терапия остается без изменений при сохранении СКФ на тех же значениях, сохранении целевых цифр АД через 6 месяцев.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 123 [K000458]**

1. Артериальная гипертония II стадии, II степени, риск ССО 3. Избыточная масса тела (ИМТ 29). Гиперлипидемия, гиперурекимия (метаболический синдром). Хроническая болезнь почек I стадии, альбуминурия 1А стадия.

2. Диагноз «артериальная гипертония» (АГ) установлен на основании жалоб больного на повышение АД, данных анамнеза (пациент отмечает головные болт в затылочной области в течение месяца); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приѐма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (почек - МАУ, сердца - ГЛЖ). Степень риска ССО поставлена на основании наличия метаболического синдрома, ХБП. Диагноз «хроническая болезнь почек» (ХБП) определен по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) и снижении СКФ. Диагноз «метаболический синдром» установлен на основании наличия избыточной массы тела, АГ, дислипидемии (повышения уровня ТГ и снижения уровня ЛПВП), гипергликемии натощак, гиперурикозурия.

3. Пациенту рекомендовано: проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

90

4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II и антагонисты кальция. Выбор препарата из этих групп основан на нефропротективных свойствах ингибиторов АПФ и антагонистов рецепторов к ангиотензину II, нейтральных метаболических эффектах этих групп препаратов; предпочтительно назначить Лозартан - обладает урикозурическим эффектом.

5. Продолжать антигипертензивную терапию без изменений, продолжить динамическое наблюдение. Контроль функции почек через 6 месяцев. Терапия остается без изменений при сохранении СКФ на тех же значениях, сохранении целевых цифр АД через 6 месяцев.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 124 [K000459]**

1. Внебольничная правосторонняя пневмония. ДН II.

2. Диагноз «внебольничная правосторонняя пневмония» установлен на основании жалоб больного на повышение температуры, кашель со слизисто-гнойной мокротой, неинтенсивные боли в грудной клетке при кашле, потливость, данных анамнеза (острое развитие заболевания после переохлаждения); данных осмотра (фокус ослабления дыхания, наличие множественных влажных мелкопузырчатых хрипов при аускультации у угла правой лопатки), установление ДН основано на ЧД во время приѐма; на основании анализа крови (лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, СОЭ повышено), на основание рентгенологических данных (очаговая инфильтрация в базальных отделах правого лѐгкого).

3. Пациенту рекомендовано: проведение ФВД для выявления дыхательной недостаточности.

4. Пациент с нетяжѐлой внебольничной пневмонией, факторов риска резистентности возбудителей нет. Антибиотиками 1 выбора являются Амоксициллин или новые и макролиды (Кларитромицин, Азитромицин) так как у данного больного молодой возраст и вероятными возбудителями могут быть - S. Pneumoniae, H. Influenzae, Mycoplasma pneumonia.

5. Продолжать антибактериальную терапию без изменений еще 3-4 дня, продолжить динамическое наблюдение. Контроль анализа крови через 7 дней, рентген-контроль.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 125 [K000460]**

1. Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония. ДН II.

2. Диагноз «внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония» установлен на основании жалоб больного на повышение температуры, кашель со слизистой мокротой, данных анамнеза (острое начало заболевания, связь с переохлаждением); данных осмотра (фокус ослабления везикулярного дыхания, наличие влажных мелкопузырчатых хрипов при аускультации в нижнем отделе левого лѐгкого), установление ДН основано на ЧД в покое; на основании анализа крови (палочкоядерный сдвиг, СОЭ повышено). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

91

3. Пациенту рекомендовано: проведение ФВД для выявления дыхательной недостаточности, КТ-лѐгких - для точного выявления пневмонии.

4. У пациента нетяжѐлая пневмония; имеются факторы риска резистентности возбудителей (сопутствующее сердечно-сосудистое заболевание – ИБС, ХСН, получает постоянную терапию). Наличие факторов риска обосновывает назначение Амоксициллин/Клавуланата 625 мг 3 раза в сутки в течении 10 дней, так как у данного больного могут быть возбудители (S. Pneumoniae, H. Influenzae и грамотрицательная флора).

5. Продолжать антибактериальную терапию без изменений, продолжить динамическое наблюдение. Контроль анализа крови через 7 дней, рентген-контроль.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 126 [K000461]**

1. Язвенная болезнь желудка, осложнѐнная кровотечением на фоне приѐма НПВС.

2. Диагноз «язвенная болезнь желудка, осложнѐнная кровотечением на фоне приѐма НПВС» установлен на основании жалоб больного на тошноту, острые ночные и голодные боли в эпигастрии, уменьшающиеся после приѐма пищи, тошноту, рвоту «кофейной гущей», однократно чѐрный «дегтеобразный» стул, данных анамнеза длительно (более 3 месяцев) принимала Индометацин; данных осмотра (живот напряженный, резко болезненный локально в зоне Шофара, стул чѐрный «дѐгтеобразный») ; на основании анализа крови (гемоглобин 100 г/л).

3. Пациенту рекомендовано: проведение ЭГДС для выявления места кровотечения, консультация врача-хирурга для определения дальнейшей тактики лечения.

4. Ингибиторы протонной помпы являются препаратами выбора при язве, вызванной НПВС (Эзомепразол 40 мг 1 раз в день, так как у данного препарата лучше фармакокинетика и фармакодинамика, нет влияния генетического полиморфизма).

5. Продолжить противоязвенную терапию без изменений, определить наличие Н. pilory; при положительном ответе – назначить антихеликобактерную схему лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 127 [K000819]**

1. Язвенная болезнь желудка, обострение. Желудочное кровотечение средней степени тяжести.

2. Предварительный диагноз язвенной болезни сформулирован на основании анамнеза о наличии язвенной болезни желудка в течение 10 лет с ежегодными обострениями 1-2 раза в год; острого начала заболевания на фоне типичных ночных и голодных болей в эпигастральной области и изжоги в течение 2 недель. Желудочное кровотечение установлено на основании жалоб на слабость, головокружение, рвоты кофейной гущей, двукратного стула черного цвета; тяжелого общего состояния, бледности кожных покровов, артериальной гипотензии (100/60 мм рт. ст.) и тахикардии (до 100 уд./мин. слабого наполнения), шокового индекса 1,0; а также пальцевого исследования прямой кишки – на перчатке кал черного цвета. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

92

3. Пациенту рекомендовано: в условиях приѐмного отделения сделать общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ. С целью возможного переливания компонентов крови определить группу крови и резус фактор. Для установления причины, уровня, характера кровотечения, оценки возможности проведения эндоскопического гемостаза необходимо выполнить экстренную эзофагогастродуоденоскопию. С целью определения возможных скрытых нарушений провести биохимический анализ крови и определить коагулограмму.

4. Гемостатическую терапию с включением этамзилата натрия 12,5% - 6 мл внутривенно болюсно, затем по 2–4 мл внутримышечно 3 раза в день, викасола 1% 1 мл внутримышечно 3 раза в день, транексамовой кислоты до 1000 мг внутривенно. Обязательно введение блокаторов протонной помпы внутривенно, болюсно, затем непрерывная внутривенная инфузия в течение 72 часов в дозе 160 мг в сутки. Для восполнения ОЦК – переливание компонентов крови (свежезамороженной плазмы и эритроцитарной массы), кристаллоидных и коллоидных растворов.

5. Продолжить интенсивную терапию, на фоне которой выполнить комбинированный эндоскопический гемостаз (инфильтрационный + аргоно-плазменную коагуляцию). Лечение обязательно должно предусматривать болюсное введение блокаторов протонной помпы до проведения эндоскопического гемостаза и внутривенную постоянную инфузии блокаторов протонной помпы в течение 3 суток после проведения гемостаза. Через 12-24 часа контрольная гастроскопия. При надѐжности эндоскопического гемостаза показана антисекреторная и инфузионная терапия, при рецидиве кровотечения и/или высоком его риске показана резекция желудка.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 128 [K000912]**

1. Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулѐзный холецистит, обострение. Холедохолитиаз. Механическая желтуха.

2. На основании анамнеза (ранее лечился по поводу калькулѐзного холецистита), жалоб (боли в правом подреберье, тошноту, горечь во рту. тѐмная моча и светлый кал, кожный зуд), данных объективного осмотра (живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Симптомы Мерфи, Ортнера положительные. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный), данных лабораторных исследований (в анализе крови лейкоцитоз 10,5×109/л, СОЭ - 20мм/ч) можно предположить наличие у больного желчнокаменной болезни, обострение хронического калькулѐзного холецистита, холедохолитиаз, механической желтухи.

3. Необходимо выполнить УЗИ органов брюшной полости, которое позволит выявить наличие конкрементов в желчном пузыре, признаки воспаления желчного пузыря, а также расширение холедоха, что свидетельствует о наличии препятствия оттоку желчи – холедохолитиаз. Для уточнения наличия холедохолитиаза следует выполнить МРТ-холангиографию. Также необходим биохимический анализ крови (билирубин, печеночные ферменты, амилаза) для подтверждения механической желтухи. Исследование маркеров гепатита. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

93

4. Необходимо дифференцировать ЖКБ, осложненную холедохолитиазом и механической желтухой от заболеваний поджелудочной железы: острого панкреатита отечной формы, при которой также беспокоят боли и возможна механическая желтуха за счет сдавления терминального отдела холедоха. При раке головки поджелудочной железы, дуоденального сосочка, или стенозирующей опухоли терминального отдела холедоха также возможна механическая желтуха, но боли, как правило, не беспокоят. Наличие желтухи требует исследования маркеров гепатита для его исключения.

5. Врач поликлиники должен госпитализировать больного в экстренном порядке в хирургический стационар. В стационаре больному требуется немедленно начать инфузионную, антибактериальную, противовоспалительную терапию в качестве подготовки к хирургическому лечению. Хирургическое лечение может заключаться в папиллосфинктеротомии и извлечении конкремента из холедоха с помощью корзинки Дормиа. В последующем необходимо выполнение холецистэктомии. При невозможности эндоскопического лечения холедохолитиаза выполняется хирургическая операция холецистэктомия, холедохотомия с извлечением конкрементов холедоха. Закончить операцию необходимо дренированием холедоха.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 129 [K000915]**

1. Рак желудка, IV стадия.

2. На основании анамнеза (длительное существование хронической язвы желудка), жалоб (прогрессирующее похудение, снижение аппетита, слабость), данных объективного осмотра (питание снижено, бледен. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. В левой надключичной области обнаружен плотный малоподвижный лимфатический узел) можно предположить наличие у больного рака желудка вследствие малигнизации язвы и метастаз Вирхова.

3. Для уточнения диагноза необходимо проведение ФГДС с биопсией и гистологическим исследованием биоптата. Для определения распространения опухоли по подслизистому слою возможно выполнение рентгеноскопии желудка. Для уточнения распространенности ракового процесса возможно проведение УЗИ органов брюшной полости, КТ брюшной полости и грудной клетки.

4. Рак вследствие малигнизации язвы желудка необходимо дифференцировать с язвенной болезнью (биопсия и гистологическое исследование), с заболеваниями поджелудочной железы. Необходимо КТ брюшной полости и грудной клетки с целью оценки распространения опухоли.

5. Поскольку у больного имеются признаки распространенности ракового процесса (метастаз Вирхова), ему показаны паллиативные вмешательства: операция формирование гастростомы если опухоль расположена в кардиальном отделе и стенозирует его или обходной гастроэнтероанастомоз, если опухоль стенозирует выходной отдел желудка. Так же показано проведение химиотерапии. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

94

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 130 [K000919]**

1. Левосторонняя пневмония. Туберкулѐз лѐгких. Абсцесс лѐгкого.

2. Анамнестически установлено, что больной начал лечение по поводу левосторонней пневмонии, но лечение было прервано, после чего через несколько дней отметил ухудшение. В данной ситуации возможно развитие осложнений (например, абсцесса лѐгкого – имеется отхождение гнойной мокроты) или прогрессирование основного заболевания. Кроме того, необходимо думать о социально значимых заболеваниях, например, туберкулѐзе.

3. Необходимо выполнить стандартное лабораторное обследование (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови) и обследование, уточняющее процесс в лѐгких (рентгенографию в двух проекциях, бронхоскопию, УЗИ). Кроме того, показано обследование, оценивающее состояние больного: ЭКГ, RW, ВИЧ, кровь на БК по методике ВОЗ.

4. Пациенту показана антибактериальная и симпотоматическая терапия. Данные анамнеза и результаты обследования не позволяют исключить в данном случае абсцесс лѐгкого. При диагностике абсцесса лѐгкого показаны хирургические методы лечения.

5. При диагностике абсцесса лѐгкого показаны хирургические методы лечения: вскрытие и дренирование гнойника. Продолжить антибактериальную терапию.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 131 [K000926]**

1. Хронический атрофический гастрит, ассоциированный с Helicobacter pylori, обострение. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром.

2. Диагноз «хронический гастрит» поставлен на основании данных анамнеза (страдает хроническим гастритом в течение 20 лет), данных осмотра (болезненность в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне при пальпации), данных фиброгастроскопии (гиперемия слизистой желудка), гистологического исследования (полиморфноклеточная инфильтрация слизистой). Атрофический гастрит ставится на основании данных эндоскопии, подтверждѐнных гистологическим исследованием биоптата слизистой. Связь с хеликобактерной инфекцией доказана положительным быстрым уреазным тестом. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром поставлен на основании жалоб пациента на тяжесть, чувство переполнения в животе после еды, тошноту.

3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, анализ кала, рН-метрия желудка, УЗИ органов брюшной полости. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

95

4. Прежде всего, необходимо назначение эрадикационной терапии. Рекомендовано применение терапии первой линии: ингибитор протонной помпы 2 раза в день (например, Рабепразол 20 мг 2 раза в день) вместе с Амоксициллином 1 г 2 раза в день и Кларитромицином 500 мг 2 раза в день продолжительностью 10-14 дней. Возможно добавление к этой схеме Висмута трикалия дицитрата 240 мг 2 раза в день и Saccharomyces boulardii (по 250 мг 2 раза в сутки) для повышения эффективности эрадикации. Для купирования симптомов постпрандиального дистресс-синдрома назначают прокинетики, например, Итоприд 50 мг 3 раза в день на 3 недели.

5. Пациенты с хроническим атрофическим гастритом находятся на диспансерном учѐте у врача-терапевта участкового по месту жительства пожизненно. Рекомендуется осмотр 1 раз в год, с проведением общего анализа крови и фиброгастроскопии с биопсией. По возможности - анализ желудочного сока 1 раз в 5 лет. Рекомендуется соблюдение щадящей диеты, отказ от раздражающей пищи и напитков.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 132 [K000933]**

1. Острый коронарный синдром с подъѐмом сегмента ST в нижней стенке левого желудочка. Артериальная гипертензия III стадии, III степени, риск 4.

2. Диагноз «ОКС» поставлен на основании жалоб пациента на типичные ангинозные боли, продолжающиеся около 2 часов, не купирующиеся приѐмом Нитроглицерина; характерных изменений ЭКГ: подъѐм сегмента ST > 0,2 м в более чем в двух смежных отведениях для мужчины старше 40 лет. Диагноз «артериальная гипертония» (АГ) установлен на основании данных анамнеза (повышение АД в последние 10 лет), стадия АГ установлена на основании наличия ОКС, свидетельствующего о заболевании сердца как ассоциированном клиническом состоянии. Постановка степени АГ основана на цифрах повышения АД в анамнезе и при объективном осмотре. Риск ССО определѐн в соответствии со степенью повышения АД и наличия ассоциированного клинического состояния.

3. Пациенту требуется экстренная госпитализация. Необходим вызов бригады скорой медицинской помощи - бригады интенсивной терапии. Учитывая то, что транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии составляет менее 120 минут с момента первого медицинского контакта, наиболее целесообразной тактикой является выполнение первичного ЧКВ.

4. На догоспитальном этапе (на этапе поликлиники, на дому): повторно - Нитроглицерин, Аспирин 500 мг разжевать. На этапе скорой медицинской помощи: купирование болевого синдрома - Нитроглицерин в/в, при неэффективности - Морфин в/в дробно. Антитромботическая терапия: Аспирин 250 мг разжевать, нагрузочная доза Клопидогрела - 300 мг внутрь, прямые антикоагулянты в/в болюсно - Гепарин. Кислородотерапия.

5. Данных недостаточно. «Золотым стандартом» диагностики инфаркта миокарда является обнаружение в крови кардиоспецифических ферментов. Диагноз может быть установлен на госпитальном этапе при обнаружении в крови наиболее специфических маркеров некроза миокарда - КФК-МВ, сердечных тропонинов. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

96

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 133 [K000934]**

1. ИБС: стенокардия напряжения II ФК. Постинфарктный кардиосклероз (01.09.2016 г.). ЧТКА и эндопротезирование передней межжелудочковой артерии (01.09.2016 г.). Артериальная гипертензия III стадии, II степени, риск 4. Ожирение 2 ст. Гиперлипидемия. Хроническая сердечная недостаточность IIА стадии, II ФК.

2. Диагноз «ИБС: стенокардия напряжения» поставлен на основании жалоб пациента на типичные ангинозные боли, данных анамнеза, наличия стенозирующего атеросклероза коронарных артерий (по данным коронароангиографии), перенесѐнного инфаркта миокарда. Постинфарктный кардиосклероз выставлен, поскольку с момента перенесѐнного инфаркта миокарда прошло более 28 суток. Функциональный класс стенокардии напряжения определѐн в соответствии с результатами велоэргометрии (нагрузка 100 Вт соответствует второму ФК). Диагноз гипертонической болезни (ГБ) установлен на основании данных анамнеза (повышение АД в последние 2 года), стадия ГБ установлена на основании наличия ИБС, постинфарктного кардиосклероза как ассоциированного клинического состояния. Постановка степени ГБ основана на цифрах повышения АД в анамнезе и при объективном осмотре. Риск ССО определѐн в соответствии со степенью повышения АД и наличия ассоциированного клинического состояния. Ожирение 2 ст. установлено на основании значения ИМТ. Гиперлипидемия установлена на основании повышения уровня общего холестерина, ЛПНП, ТГ. Диагноз «хроническая сердечная недостаточность» установлен на основании жалоб пациента на одышку при физической нагрузке, наличия диастолической дисфункции ЛЖ по данным ЭХОКГ. Стадия ХСН определена в соответствии с классификацией Василенко - Стражеско по наличию умеренных признаков недостаточности кровообращения по малому кругу. ФК ХСН определѐн в соответствии с пройденной дистанцией теста с 6-минутной ходьбой. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

97

3. После выписки больного из стационарного кардиореабилитационного отделения он направляется в поликлинику по месту жительства, в котором наблюдается в течение 1 года врачом-кардиологом. При отсутствии врача-кардиолога пациент наблюдается врачом-терапевтом участковым. Через год пациент переводится в группу наблюдения с другими формами ИБС. Программа кардиореабилитации на поликлиническом этапе включает в себя программы контролируемых физических тренировок (ФТ). Пациент должен выполнять аэробную ФТ средней интенсивности и длительностью по 30 мин ≥3 раза в неделю. ФТ осуществляются под контролем клинического состояния пациента, АД, ЧСС, ЭКГ. В первые недели занятий ЧСС на высоте ФТ и в первые 3 минуты после неѐ не должна превышать исходную более чем на 20 ударов в минуту, а дыхание - не более чем на 6 в минуту. Допускается повышение (от исходного) систолического АД на 20-40 мм и диастолического АД на 10-12 мм рт. ст. Данному пациенту в качестве физической нагрузки может быть назначена дозированная ходьба. Для дозированной ходьбы ЧСС остаѐтся основным методом контроля правильного дозирования нагрузки. Тренировочная ЧСС может быть рассчитана по формуле: ЧСС тренировочная = (ЧСС максимальная O ЧСС покоя) × 60% + ЧСС покоя. Период активного контроля за пациентом должен продолжаться от 3 до 6 месяцев. Далее больному назначаются неконтролируемые ФТ, легко и без всяких опасений выполняемые в домашних условиях под самоконтролем. Посещение образовательных программ «Школа для больных, перенѐсших инфаркт миокарда». При необходимости - программы психологической реабилитации. Программы по модификации факторов риска - занятия с диетологом, специалистом по отказу от курения. Медикаментозная терапия: блокаторы P2Y12 рецепторов - в течение 1 года после перенесѐнного инфаркта миокарда; Аспирин, ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, статины - постоянно, в дозах, необходимых для поддержания целевых показателей АД, ЧСС, ЛПНП. Профессиональная реабилитация: работа по основной профессии невозможна (значительное физическое и эмоциональное напряжение, работа на высоте). Показано направление пациента на МСЭ для установления группы инвалидности на 1 год. Переобучение на профессию, не связанную с значительным физическим и эмоциональным напряжением.

4. В объективном осмотре обращают на себя внимания значения ЧСС и АД, которые выше целевых после перенесѐнного инфаркта миокарда, что требует коррекции медикаментозной терапии - увеличение дозы бета-адреноблокаторов и ингибиторов АПФ до достижения целевых значений ЧСС и АД. В лабораторных анализах обращает на себя внимание гиперхолестеринемия (увеличение уровня общего холестерина, ЛПНП, ТГ). Рекомендуется выполнить повторное исследование липидного спектра крови через 4-6 недель после инфаркта миокарда, при необходимости произвести коррекцию дозы статинов до достижения уровня ЛПНП менее 1,8 ммоль/л. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

98

5. Срок временной нетрудоспособности для пациента с трансмуральным инфарктом миокарда передней стенки ЛЖ без существенных осложнений составляет 70-90 суток. Пациенту необходимо ежемесячное диспансерное наблюдение врачом-кардиологом с выполнением ряда диагностических исследований с определѐнной периодичностью: ЭКГ в покое - не менее 1 раза в 2 месяца (кратность проведения зависит от наличия и частоты приступов стенокардии); суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру - 1 раз в год; ЭХО-КГ - 1 раз в 6 месяцев; исследование липидного спектра крови - через 4-6 недель после инфаркта миокарда и через 3 месяца после начала медикаментозной терапии. При достижении целевого уровня общего холестерина и ЛПНП повторные измерения необходимо проводить 4 раза в первый год лечения и 2 раза в год в последующие годы. Проба с физической нагрузкой (не ране 3-6 недель после инфаркта миокарда) данному пациенту выполнена в условиях реабилитационного центра.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 134 [K000935]**

1. Гипертоничеcкая болезнь, 2 cтадия, 2 степень, риск 4. Вторичный хронический двусторонний пиелонефрит, обострение. Сахарный диабет 2 типа, средней тяжести. Целевой уровень Нв А1с 6,5%. Избыток веса. Дислипидемия.

2. Диагноз «гипертоническая болезнь» (ГБ) установлен на основании жалоб больного на боли в затылке, особенно после стрессов; установление степени ГБ основано на цифрах АД, измеренных во время приѐма. Стадия ГБ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (сердца). Степень риска ССО поставлена на основании наличия ожирения, атерогенной дислипидемии, отягощенной по ГБ наследственности, мужского пола. Диагноз «обострение хронического пиелонефрита» установлен на основании жалоб на тяжесть боли в пояснице, учащѐнное мочеиспускание, повышение температуры, возникших после переохлаждения; данных осмотра – положительный симптом Пастернацкого; данных лабораторного обследования – лейкоцитоз, лейкоцитурия и белок в моче, а также инструментального обследования: УЗИ почек – деформации ЧЛС. Диагноз «сахарный диабет (СД) 2 типа» установлен на основании жалоб на жажду и сухость во рту, анамнеза заболевания. Целевой уровень НВ А1с 6,5% установлен в связи с небольшой длительностью СД, стабильным течение заболевания, соматической сохранностью больного и долгой предполагаемой продолжительностью жизни компенсированным и стойко невысоким уровнем гликемии. Диагноз «избыток веса» установлен на основании повышенного ИМТ и ОТ. Диагноз «атерогенная дислипидемия» установлен на основании повышенных общего холестерина и ЛПНП и сниженного уровня ЛПВП. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

99

3. Пациенту рекомендовано: исследование дневной гликемии через 2 часа после основных приѐмов пищи и натощак на фоне лечения для оценки эффективности проводимой терапии и компенсации диабета; проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической ретинопатии; допплерография сонных артерий (для выявления ранних признаков атеросклероза: бляшки, утолщение слоя интима-медиа); анализ мочи по Нечипоренко и общий анализ мочи в динамике для оценки эффективности терапии; определение микроальбуминурии, расчѐт скорости клубочковой фильтрации по формуле СDF-EPI - для исключения ХБП, посев мочи на возбудителя и чувствительность к антибиотикам.

4. Для лечения ГБ на фоне СД - ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их метаболической нейтральности и кардиопротективных и нейропротективных свойствах. Для лечения обострения хронического пиелонефрита антибиотик группы пероральных цефалоспоринов III поколения Цефексим 400 мг однократно в день по 1 таблетке 10 дней - бактерицидное действие, широкий спектр против грамположительных и грамотрицательных бактерий, удобство применения - приѐм 1 раз в сутки. Канефрон Н по 50 капель 3 раза в день 1 месяц - комбинированный препарат растительного происхождения, оказывающий уросептическое и спазмолитическое действие. Спазмолитики: Дротаверин 40 мг 3 раза в день (для снятия спазма мочевых путей). Для лечения СД на фоне избыточного веса - Бигуанид метформин 1000 мг по 2 т. во время завтрака и на ночь назначен в соответствие с алгоритмом ведения больных - отсутствие гипогликемий и метаболическая нейтральность, максимальное сохранение инсулиновой секреции в условиях ожирения и инсулинорезистентности, то есть патогенетически подобранное лечение. Для лечения дислипидемии необходим статин Розувастатин 10 мг в сутки в связи с механизмом действия - снижает общий холестерин, ТГ, ЛПНП, имеет плейотропные эффекты (уменьшает эндотелиальную дисфункцию и воспаление на фоне инсулинорезистентности и гипергликемии - кардиопретективное действие).

5. Отменить антибиотики и до 1 месяца продолжить принимать Канефрон, раз в месяц общий анализ мочи, так как на фоне СД может поддерживаться латентное воспаление в почках, которое будет в свою очередь способствовать декомпенсации СД. Продолжить антигипертензивную терапию без изменений, продолжить сахароснижающую терапию под контролем гликемии и НвА1с, продолжить приѐм статинов под контролем биохимического анализа крови 1 раз в 3 месяц в первый год терапии. Продолжить динамическое наблюдение. Продолжить рекомендовать рацион с ограничение жиров, быстроусвояемых углеводов и соли, продолжить дозированные физические нагрузки с целью снижения веса. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

100

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 135 [K000936]**

1. Сахарный диабет, 2 типа, впервые выявленный. Целевой уровень НвА1с 6,5%. Гипертоническая болезнь, 2 стадия, 3 степень, риск 4. Неалкогольный стеатогепатит. Ожирение I cт. Дислипидемия.

2. Диагноз «сахарный диабет (СД) 2 типа» установлен на основании жалоб на жажду, сухость во рту, учащѐнное мочеиспускание, особенно ночью, повышенного уровня глюкозы в крови, глюкозурии. Диагноз «артериальная гипертония (АГ)» установлен на основании жалоб больного на боли в затылке, особенно после стрессов; установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приѐма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (сердца). Степень риска ССО поставлена на основании наличия ожирения, атерогенной дислипидемии, отягощѐнной по ГБ наследственности, мужского пола. Диагноз «неалкогольный стеатогепатит» установлен на основании данных пальпации, лабораторного и инструментального обследования - повышеного АЛТ и УЗИ (увеличение размеров печени, нарушение структуры «блестит»). Диагноз «ожирения I ст.» установлен на основании повышенного ИМТ и ОТ. Диагноз «атерогенная дислипидемия» установлен на основании повышенных общего холестерина и ТГ и сниженного уровня ЛПВП.

3. Пациенту рекомендовано: исследование дневной гликемии через 2 часа после основных приѐмов пищи и натощак на фоне лечения для оценки эффективности проводимой терапии и компенсации диабета; проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭХОКГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической ретинопатии; УЗИ почек, уровень креатинина крови и расчѐт скорости клубочковой фильтрации, определение микроальбуминурии для оценки поражения органа-мишени почек, допплерография сонных артерий (для выявления ранних признаков атеросклероза: бляшки, утолщение слоя интима-медиа).

4. Для лечения СД бигуанид - Метформин 1000 мг по 1 т. на ночь и ингибитор ДПП-4 Галвус 50 мг утром перед едой под контролем гликемии назначены в соответствие с алгоритмом ведения больных - отсутствие гипогликемий и метаболическая нейтральность, максимальное сохранение инсулиновой секреции в условиях ожирения и инсулинорезистентности, то есть патогенетически подобранное лечение. Для лечения ГБ: ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их метаболической нейтральности и кардиопротективных свойствах. В связи с наличием поражения печени предпочтителен ингибитор АПФ Лизиноприл. Учитывая 3 степень, необходима комбинированная терапия на старте: ИАПФ/сартаны + дигидропиридиновые антагонисты кальция пролонгированного действия, в том числе фиксированные комбинации. Для лечения дислипидемии необходим фенофибрат: Трайкор в связи с механизмом действия - снижает триглицериды и повышает ЛПВП, нефропротективным и ретинопротективными эффектами (профилактика поражения микроциркуляторного русла и диабетических осложнений). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

101

5. Отменить Галвус и оставить Метформин с коррекцией дозы. Продолжить антигипертензивную терапию с коррекцией дозы или Периндоприла до 10 мг/сутки, или Амлодипина до 10 мг/сутки; отменить Трайкор¸ продолжить динамическое наблюдение. Продолжить рекомендовать рацион с ограничением жиров, быстроусвояемых углеводов и соли, продолжить дозированные физические нагрузки с целью снижения веса.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 136 [K000937]**

1. Полименоррагия. Хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия лѐгкой 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. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

102

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 трѐхвалентного железа, так как именно это в первую очередь определяет эффективность и безопасность терапии. Соли двухвалентного железа лучше всасываются в ЖКТ, чем соли трѐхвалентного 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 трѐхвалентных. 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 трѐхвалентного железа более медленное, так как необходим активный (энергозависимый) транспорт с участием феррооксидаз. Поэтому препараты, содержащие железо в трѐхвалентном состоянии, требуют более длительного применения. Нормализация гемоглобина при лечении препаратами трѐхвалентного 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 ещѐ 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 137 [K001946]**

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 лейкемоидной реакцией. При остром миелоидном лейкозе наблюдают бластоз с цитопенией. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

103

Общее количество лейкоцитов обычно не изменено, а абсолютное число нейтрофилов может быть снижено. Миелоидная лейкемоидная реакция характеризуется лейкоцитозом более 50×109/л с преимущественным увеличением содержания сегментоядерных и палочкоядерных нейтрофилов, хотя в ряде случаев наблюдают незрелые клетки и бластные формы. Как правило, лейкемоидная реакция не сопровождается базофилией, в лейкоцитах наблюдают токсическую грануляцию.

2. Для подтверждения диагноза необходимо провести: морфологическое исследование костного мозга (стернальная 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 100×109/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 аберраций; наличие 10-19% бластных клеток в крови; наличие 20% и более базофилов в крови; менее 100×109/л тромбоцитов в крови, не обусловленное лечением; а также увеличение размеров селезѐнки 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 трѐх видов рецепторов (Bcr-Abl, c-kit и PDGFR) аномального фермента, продуцируемого филадельфийской хромосомой. Кроме того, Иматиниб подавляет пролиферацию Bcr-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-α, аутологичную трансплантацию костного мозга пациента, лейкаферез, спленэктомию. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

104

Интерферон-α, 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. Отсутствие клинических проявлений заболевания; концентрация лейкоцитов менее 10×109/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 ещѐ 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 138 [K001947]**

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 напряжѐнные, подвижные, имеют эластическую консистенцию, а также увеличение селезѐнки (+5 см)); а также данных лабораторного обследования (Hb - 98 г/л, лейкоциты - 30×109/л, из них 50% лимфоциты, тромбоциты - 130×109/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 стернальной 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. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

105

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 трѐх лимфоидных областей, стадия С - снижением гемоглобина ниже 100 г/л или тромбоцитов менее 100×109/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-СD20 антитела, а также Алемтузумаб (Кэмпас) - анти-СD52 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 139 [K001948]**

1. Наиболее вероятный диагноз у данного больного «ревматический порок сердца»: стеноз левого атриовентрикулярного отверстия с развитием сердечной недостаточности. Обоснованием является наличие у пациента прямых аускультативных признаков стеноза левого атриовентрикулярного отверстия: диастолический шум на верхушке, хлопающий первый тон в сочетании с тоном открытия митрального клапана (дополнительный тон). В анамнезе у больного в детстве типичные ревматические атаки, быстро купировавшиеся приемом НПВС. Характерные для НКIIБ одышка и увеличение печени: +2 см от края рѐберной дуги,

2. Изолированный митральный стеноз практически всегда является следствием ревматической лихорадки. На эту этиологию косвенно указывают молодой возраст пациента (атеросклероз маловероятен), частые ангины в детстве (очаг стрептококковой инфекции), эпизод артралгии в анамнезе (ревматическая атака?). Анамнез заболевания и клиническая картина не соответствуют диагнозу инфекционного эндокардита: нет лихорадки, спленомегалии, порок, выявляемый у пациента, является стенозом митрального отверстия, а не недостаточностью митрального клапана. Поражение клапанов сердца при системной красной волчанке, сифилисе также может приводить к формированию недостаточности митрального клапана, а не к стенозу митрального отверстия. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

106

3. Трѐхчленный ритм при митральном стенозе обусловлен появлением добавочного тона в диастолу - тоном открытия митрального клапана, аускультативным феноменом, выявляемым у больных с митральным стенозом. Он образуется вследствие того, что склерозированные, сросшиеся створки митрального клапана не могут полностью отойти к стенкам желудочка, поэтому при ударе о клапан струи крови, изливающейся из предсердия, возникают звуковые колебания.

4. При ультразвуковом исследовании сердца у данного пациента можно определить расширение левого предсердия, увеличение градиента давления на митральном клапане, повышение давления в лѐгочной артерии.

При митральном стенозе быстро развивается дилатация левого предсердия (у пациента выявлены еѐ перкуторные признаки - расширение границы сердца вверх). Дилатация левого желудочка для данного порока не характерна. Вследствие уменьшения площади левого атриовентрикулярного отверстия увеличивается градиент давления на митральном клапане. Повышение градиента давления на левый желудочек/аорту наблюдают и при другом пороке - стенозе устья аорты. Для митрального стеноза характерно развитие активной лѐгочной гипертензии, еѐ клиническое проявление у данного пациента – одышка.

5. У пациента в настоящий момент отсутствуют признаки активности ревматического процесса, следовательно, нет необходимости приѐма противовоспалительной терапии. Необходим общий анализ крови, анализ на СРБ, АСЛ-О, ЭКГ, холтеровское трѐхсуточное мониторирование ЭКГ для выявления характера нарушений ритма. В связи с появлением осложнений порока сердца в виде сердечной недостаточности, возможных пароксизмов фибрилляции предсердий пациенту показано оперативное лечение - митральная комиссуротомия или протезирование митрального клапана. Появление фибрилляции предсердий у больных с митральным стенозом сопряжено с высоким риском тромбоэмболий в сосуды большого круга кровообращения. Для профилактики тромбоэмболий больному показан пожизненный приѐм непрямых антикоагулянтов - варфарина с целевым уровнем МНО-2,0-2,5. С целью лечения сердечной недостаточности диуретики - Тригрим 10 мг утром.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 140 [K001950]**

1. Наиболее вероятный диагноз «гипертоническая болезнь III стадии. АГ3 степени, очень высокого риска».

Наличие транзиторной ишемической атаки свидетельствует о III стадии гипертонической болезни, уровень артериального давления 190/100 мм рт. ст. соответствует 3 степени повышения АД; при стратификации риска с учѐтом факторов риска - гиперхолистеринемии, сопутствующих клинических состояний - это соответствует очень высокому риску.

2. В данной ситуации обязательными исследованиями на амбулаторном этапе являются: определение концентраций глюкозы, креатинина в крови с расчѐтной СКФ, липиды, триглицериды, общий анализ мочи, определение микроальбуминурии, ЭХОКГ. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

107

Определение концентрации глюкозы, креатинина в крови, общий анализ мочи необходимы для исключения сахарного диабета, а также поражения почек. Остальные исследования могут проводиться при наличии дополнительных показаний и не являются обязательными.

3. Главная цель лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями - увеличение продолжительности жизни и снижение риска сердечно-сосудистых катастроф. Для реализации этой цели нужно стремиться к снижению артериального давления до целевых значений (<140/90 мм рт. ст.) и концентрации холестерина до 4,5 ммоль/л. Улучшение качества жизни на фоне терапии также немаловажная, но не основная цель лечения.

4. Данному пациенту рекомендована медикоментозная комбинированная терапия: ингибиторы АПФ + диуретики + Ацетилсалициловая кислота + статины. Из немедикаментозных методов рекомендуется умеренная физическая нагрузка в виде ходьбы не менее 30 минут в день

Больному показана комбинированная антигипертензивная терапия, включающая ингибиторы АПФ, при неэффективности - антагонисты кальция (профилактика повторных нарушений мозгового кровообращения) и диуретики. Кроме того, с учѐтом перенесѐнной транзиторной ишемической атаки необходим постоянный приѐм Ацетилсалициловой кислоты. Выраженная гиперхолестеринемия является показанием к назначению медикаментозного лечения статинами, ограничиваться гиполипидемической диетой в данной ситуации нельзя. Даже при эффективном лечении у больного сохраняется высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, в первую очередь - повторного нарушения мозгового кровообращения.

5. Устойчивая высокая систоло-диастолическая артериальная гипертензия требует исключения вторичной причины повышения артериального давления. Для симптоматических артериальных гипертоний характерны: ранний дебют, резистентность к терапии, быстрое развитие поражений органов-мишеней и осложнений.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 141 [K001951]**

1. Фибрилляция предсердий (мерцательная аритмия).

О наличии мерцательной аритмии свидетельствуют отсутствие зубца Р и неправильный ритм (непостоянство интервалов RR) - последнее обстоятельство исключает диагноз АВ узловой тахикардии. Положительная полярность комплекса QRS в отведениях I и aVF свидетельствует о нормальном расположении ЭОС.

2. Наиболее вероятный диагноз - «неревматический (инфекционно-аллергический) миокардит». В пользу наличия у больной неревматического миокардита говорит связь развития аритмии с опоясывающим герпесом, возбудитель которого обладает кардиотропным действием, сохраняющийся субфебрилитет.

3. Учитывая данные клинической картины и ЭКГ, необходимо провести дифференциальную диагностику с тиреотоксикозом, острой ревматической лихорадкой, инфекционным эндокардитом. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

108

О тиреотоксикозе следует думать во всех случаях развития мерцательной аритмии, особенно при наличии выраженной тахисистолии, которая имеется у данной больной. Диагнозу «острая ревматическая лихорадка» противоречит поздний возраст начала заболевания. В пользу наличия у больной неревматического миокардита говорит связь развития аритмии с опоясывающим герпесом, возбудитель которого обладает кардиотропным действием, сохраняющийся субфебрилитет. Диагнозу «инфекционный эндокардит» противоречат невысокая температура тела, отсутствие озноба, аускультативных признаков поражения клапанов, сердечной недостаточности, спленомегалии и других критериев заболевания.

4. Пациентке рекомендовано проведение сцинтиграфии щитовидной железы, определение уровня антинуклеарных антител и антител к миокардиоцитам в крови, ЭхоКГ, чреспищеводной ЭхоКГ.

Сцинтиграфия щитовидной железы показана для исключения тиреотоксической аденомы («горячего узла») даже при нормальном уровне гормонов в однократном анализе. Выявление в крови повышенного в 3-4 раза титра антител к миокарду является основным лабораторным методом диагностики инфекционно-иммунного миокардита. ЭхоКГ позволяет определить такие признаки тиреотоксического сердца и миокардита, как диффузное снижение сократимости и расширение полостей сердца; для верификации миокардита диагностически значимым является также обнаружение сопутствующего выпота в полости перикарда, субклинической клапанной регургитации, которая обусловлена нарушениями в работе подклапанных структур. Посев крови необходим для исключения инфекционного эндокардита, который уже отвергнут на основании полученных ранее данных. Чреспищеводная ЭхоКГ показана для исключения внутри-предсердного тромбоза как возможного противопоказания к восстановлению синусового ритма.

5. Первоочередные лечебные мероприятия включают: назначение β-адреноблокаторов и назначение антикоагулянтной терапии.

Назначение β-адреноблокаторов показано с целью урежения желудочкового ответа и облегчения переносимости аритмии. Показаний к экстренной электроимпульсной терапии (ЭИТ) (выраженной гемодинамической нестабильности) также нет. Поскольку давность развития мерцательной аритмии неизвестна, попытка восстановления синусового ритма может быть предпринята только после плановой подготовки антикоагулянтами, немедленное введение Новокаинамида с этой целью противопоказано в связи с опасностью тромбоэмболических осложнений. Чреспищеводная стимуляция сердца не является методом, который может быть использован с целью купирования мерцательной аритмии, которая развивается по механизму microreentry (при этом отсутствует возбудимое окно, во время которого экстрастимул мог бы оборвать аритмию).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 142 [K001961]**

1. На снимке левого колена в переднезадней проекции определяют сужение суставной щели с медиальной стороны. На боковом снимке определяют субхондральный склероз с формированием остеофитов. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

109

2. Предварительный диагноз: «остеоартроз левого коленного сустава».

Обоснованием диагноза являются характерные жалобы больной (нагрузочный характер болей, утренняя скованность, крепитация при активном движении), возраст больной и данные рентгенографии левого коленного сустава (сужение суставной щели, субхондральный склероз с формированием остеофитов).

3. Эндогенные факторы риска остеоартроза: возраст, пол, дефекты развития, наследственная предрасположенность. Экзогенные факторы: травмы, профессиональная деятельность, спорт, избыточная масса тела.

4. Медленнодействующие препараты, модифицирующие симптомы остеоартроза: Хондроитин сульфат, Глюкозамин, неомыляющиеся соединения сои/авокадо, Диацереин, Гиалуроновая кислота.

Медленнодействующие симптоматические препараты обладают выраженным действием на боль и функциональное состояние суставов, как и НПВП, и, кроме того, обладают некоторыми хондропротективными свойствами. Отличительная особенность - время наступления эффекта в течение 2-8 недель от начала лечения, и сохранение эффекта в течение 2-3 месяцев после прекращения лечения.

5. Рекомендованное лечение:

Парацетамол является препаратом выбора при умеренно выраженном болевом синдроме;

НПВП показаны в случае неэффективности Парацетамола, а также при наличии признаков воспаления.

Парацетамол является препаратом выбора при умеренно выраженном болевом синдроме. НПВП при остеоартрозе применяют только в период усиления болей, в отличие от их систематического приѐма при воспалительных артритах. В настоящее время не выявлено преимущества в отношении эффективности какого-либо одного НПВП над другим. Внутрисуставное введение глюкокортикоидов в данной ситуации не показано. Оно показано лишь при наличии симптомов экссудативного воспаления. Частота внутрисуставного введения не должна превышать 2-3 раз в год. Эффективность приѐма хондропротекторов внутрь (хондроитина или глюкозамина) большинство рекомендаций считают хотя и не доказанным, тем не менее их назначение может оказать пользу (продолжительность приема не менее 8-12 месяцев).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 143 [K001964]**

1. Антифосфолипидный синдром (АФС) с развитием тромбозов с ОМНК в бассейне средней мозговой артерии, транзиторная ишемическая атака (анамнестически). Вторичная тромбоцитопения. Сетчатое ливедо. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

110

2. Наличие 2 случаев артериального тромбоза в сочетании с акушерским анамнезом, а именно смерть плода на 12 неделе беременности, при условии подтверждения нормальной морфологии плода морфологически и положительным волчаночным антикоагулянтом даѐт обоснование для диагноза антифосфолипидного синдрома. Кроме того, характерным является наличие сетчатого ливедо и тромбоцитопении.

3. Коагулограмма (оценка риска тромбозов).

АТ к фосфолипидам (АТ к кардиолипину, β2-гликопротеину), а также динамическое исследование этих показателей и волчаночный антикоагулянт через 12 недель (для подтверждения диагноза согласно критериям).

ЭКГ, ЭхоКГ (обнаружение ишемии миокарда, клапанного поражения: вегетации, регургитации).

УЗАС нижних конечностей (исключить венозные тромбозы).

УЗАС брахиоцефальных сосудов (исключить другую патологию сосудов, как причину ОМНК).

4. Низкомолекулярные гепарины (например, Фраксипарин) в течение 3-5 дней с одновременным началом приѐма Варфарина под контролем МНО. При достижении МНО от 2,0 до 3,0 отменить низкомолекулярные гепарины и оставить только Варфарин (с целью профилактики сосудистых тромбозов).

Гидроксихлорохин 200 мг в сутки (наряду с противовоспалительным действием, обладают антитромботической активностью (подавляют агрегацию и адгезию тромбоцитов, уменьшают размер тромба)).

5. Пациентка может быть госпитализирована для исключения вторичного антифосфолипидного синдрома (АФС) на фоне системной красной волчанки (СКВ).

Для исключения вторичного АФС на фоне СКВ необходимо провести следующее обследование:

АТ к нативной ДНК (положительные при СКВ);

Анти Ro АТ (положительные при СКВ);

АT к SM АГ (положительные при СКВ);

Антинуклеарный фактор (положительные при СКВ).

Отрицательный анализ на эти показатели исключает диагноз СКВ. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

111

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 144 [K001966]**

1. Метаболический синдром. Гиперурикемия. Первичная хроническая тофусная подагра. Полиартрит с поражением голеностопных, I плюсне-фаланговых суставов с обеих сторон, ФНС II ст. Подагрическая нефропатия: МКБ, нефролитиаз. Вторичная артериальная гипертония 3 степени.

2. Диагноз «метаболический синдром» установлен на основании наличия критериев: артериальная гипертензия 2 степени (АД>140/90 мм рт. ст., но менее 160/100 мм рт. ст.); гиперхолестеринемия (ОХС>5,2 ммоль/л); гипергликемия натощак (>5,6 ммоль/л), абдоминальное ожирение (объем талии >89 см).

Диагноз «первичная хроническая тофусная подагра» установлен на основании анамнеза и наличия характерной клинической картины (рецидивирующий артрит I плюсне-фаланговых суставов с максимальной интенсивностью воспаления в первый день атаки, быстрое разрешение явлений артрита на фоне приема НПВС, подагрический тофусы), гиперурикемии (мочевая кислота > 0,36 мкмоль/л), отсутствия данных за другое заболевания, которое могло бы сопровождаться вторичной гиперурикемией.

Степень ФНС определяется по способности пациента к самообслуживанию и выполнению профессиональных, непрофессиональных обязанностей. В задаче у пациента нет ограничения в самообслуживании, однако имеются ограничения в профессиональной и непрофессиональной деятельности, что соответствует II ст.

Диагноз «подагрическая нефропатия: МКБ, нефролитиаз» установлен на основании данных инструментальных методов обследования.

3. Необходимые исследования: сывороточный уровень мочевой кислоты и еѐ экскреция с мочой; ЭКГ, суточное мониторирование АД, ЭхоКГ (для оценки паттерна изменений АД, поражения миокарда в рамках артериальной гипертензии и возможной ишемической болезни сердца, учитывая гиперхолестеринемию); рентгенография поражѐнных суставов, анализ крови на ревматоидный фактор (дифференциальная диагностика с другими видами артропатий); фракции липидов; повторное определение уровня гликемии натощак и глюкозотолерантный тест (оценка характера и степени тяжести нарушений углеводного обмена); биопсия тофуса (дифференциальная диагностика с ревматоидными узелками, узелковой формой остеоартроза, пирофосфатной артропатией и т. д.); консультации врача-уролога для исключения ренопаренхиматозной артериальной гипертензии, врача-эндокринолога для исключения нарушения толерантности к глюкозе, сахарного диабета. Кроме того, для оценки функции печени и почек необходимо до начала антигиперурикемической терапии определить уровень мочевины и креатинина сыворотки, показатели печѐночной функции (трансаминаза, билирубин, щелочная фосфатаза). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

112

4. Для купирования обострения хронического подагрического артрита у данного пациента следует использовать НПВС, например, Нимесулид 200 мг в сутки, Диклофенак 100-150 мг в сутки, перорально или внутримышечно, или же Колхицин 0,5 мг 3 раза в день (при недостаточной эффективности НПВС или развитии побочных эффектов). Приѐм следует продолжать в течение всей подагрической атаки и до 2-4 дней после еѐ стихания с последующей постепенной отменой. Учитывая полиартикулярный характер поражения, возможно назначения короткого курса системных кортикостероидов - Преднизолон 40-60 мг/сутки на 1-2 дня с последующим снижением дозы.

5. В межприступный период для лечения подагры следует назначить Аллопуринол - с целью снижения продукции мочевой кислоты. Терапию им начинают с низких доз (50-100 мг) и при необходимости повышают на 100 мг каждые 2-4 недели под контролем уровня урикемии до достижения целевого уровня мочевой кислоты (менее 360 мкмоль/л) или до максимальной дозы 800-900 мг в сутки. Альтернативным препаратом может являться фебуксостат 40-80 мг 1 раз в день под контролем уровня мочевой кислоты через 2-4 недели. Показано соблюдение гипопуриновой диеты, а также ограничение приѐма легкоусваиваемых углеводов, животных жиров. Количество белков пищи следует ограничивать до 0,8-1,0 г на 1 кг массы. Показано употребление повышенного количества жидкости (не менее 2-2,5 л). Целесообразно ограничение в рационе поваренной соли. Необходима коррекция образа жизни в плане увеличения повседневной двигательной активности, дозированные аэробные физические нагрузки (пешие прогулки, занятия плаванием, лыжами в зимний период). Показана комплексная медикаментозная терапия метаболического синдрома: лечение артериальной гипертензии (в качестве препаратов первого ряда следует отдать предпочтение метаболически нейтральным группам иАПФ, АРА-II - Лозартан, пролонгированным блокаторам кальциевых каналов дигидропиридинового ряда или их комбинациям), коррекция дислипидемии после определения липидного профиля (статины), после дообследования по программе сахарного диабета по согласованию с врачом-эндокринологом может быть показан приѐм пероральных сахароснижающих препаратов. Больному показано динамическое наблюдение врача-терапевта участкового, врача-кардиолога, врача-ревматолога, врача-эндокринолога, врача-уролога.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 145 [K001970]**

1. Ревматоидный полиартрит, ранняя стадия, серонегативный, неэрозивный (рентгенологическая стадия 2), активность 3 ст., с внесуставными проявлениями (ревматоидные узелки, похудание). НПВП-гастропатия: эрозивный гастрит антрального отдела желудка. Железодефицитная анемия, средней степени тяжести.

2. Диагноз «ревматоидный артрит» (РА) установлен на основании наличия более 4 диагностических критериев - утренняя скованность более 1 часа, полиартрит, симметричный, поражение суставов кистей, наличие ревматоидных узелков, рентгенологические изменения (околосуставной остеопороз, сужение суставных щелей). Ранняя стадия установлена, так как длительность заболевания до года (7 месяцев), серонегативный в связи с отсутствие ревматоидного фактора в крови (уровень показателя не превышает нормальных референсных значений), активность 3 степени - в связи со значением DAS 28=5,6. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

113

Диагноз «НПВП - гастропатия» установлен, учитывая данные ЭГДС и связи возникновения болей в эпигастрии с приѐмом НПВП.

Диагноз «железодефицитная анемия умеренной степени тяжести» установлен в связи со снижением уровня гемоглобина и низкими значениями сывороточного железа.

3. Пациенту рекомендовано исследование дополнительного серологического маркера ревматоидного артрита, который имеет диагностическое и прогностическое значение - антицитруллиновые антитела (АЦЦП); определение уровня трансферрина, ферритина и общей железосвязывающей способности крови для оценки характера анемии.

4. Препаратом первого выбора для инициальной терапии раннего РА является Метотрексат 10-25 мг/нед. в сочетании с глюкокортикостероидами (Преднизолон) 30 мг коротким курсом.

Метотрексат относится к группе антиревматических болезнь-модифицирующих препаратов и является препаратом первой линии, т. к. обладает рядом лечебных действий: ингибирует образование иммуноглобулинов иммунной системой; блокирует образование синовиоцитов, которые разрушают соединительную ткань; предотвращает эрозии суставных поверхностей; приводит к уменьшению воспалительных изменений; даѐт длительный эффект (до 3 месяцев после отмены).

Глюкокортикостероиды (ГКС) обладают мощным противовоспалительным действием и назначаются при высокой активности заболевания.

5. Дефигурация II-V проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставов обеих кистей за счет экссудативно-пролиферативных изменений.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 146 [K001979]**

1. Гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия 3 степени, риск 4. Гипертонический криз.

2. Отклонение электрической оси сердца влево, высокий RV4-V6, RV4<RV5>RV6, высокий RaVL (>11 мм), RV5+SV2 = 41 мм. Гипертрофия левого желудочка.

3. Синдром артериальной гипертензии.

4. Осложнѐнные гипертонические кризы при геморрагическом инсульте, ишемическом инсульте, субарахноидальном кровоизлиянии, острой гипертонической энцефалопатии, феохромоцитоме, расслаивающей аневризме аорты.

5. Моксонидин 0,2 мг под язык или Капотен 25 мг под язык или Клофелин 0,075-0,015 мг под язык.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 147 [K001980]**

1. Гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени. Риск 4. Гипертонический криз, осложненный отѐком лѐгких. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

114

2. Отклонение электрической оси сердца влево, высокий RV4-V6, RV4<RV5>RV6, высокий RaVL (>11 мм), RV5+SV2 = 41 мм. Гипертрофия левого желудочка.

3. Острая левожелудочковая недостаточность (отѐк лѐгких).

4. Неосложнѐнные гипертонические кризы, острый инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность, приступ бронхиальной астмы.

5. Морфин внутривенно струйно медленно; Лазикс внутривенно; нитроглицерин инфузионно, Эналаприлат внутривенно струйно медленно или Нитропруссид натрия инфузионно; оксигенотерапия.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 148 [K001982]**

1. Идиопатическая пароксизмальная фибрилляция предсердий (допускается формулировка «мерцательная аритмия»), тахисистолическая форма, гемодинамически незначимый пароксизм.

2. Ритм нерегулярный, ЧСС повышена, отсутствуют зубцы Р, волны f. Заключение: фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма.

3. Нарушение ритма сердца.

4. Другие пароксизмальные тахикардии с «узкими» комплексами QRS (трепетание предсердий, предсердные тахикардии, атриовентрикулярные тахикардии), синусовая тахикардия.

5. Новокаинамид 1000 мг внутривенно капельно или Амиодарон 300 мг внутривенно капельно или Пропафенон 450-600 мг внутрь.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 149 [K001983]**

1. ИБС. Стенокардия напряжения, функциональный класс II. Полная атриовентрикулярная блокада. Приступы Морганьи-Адамса-Стокса. НIIБ, функциональный класс IV. Симптоматическая артериальная гипертензия III степени, риск 4.

2. Полная атриовентрикулярная блокада, замещающий ритм АВ-соединения. Заключение: полная атриовентрикулярная блокада (III степени).

3. Нарушение проводимости: полная атриовентрикулярная блокада с приступами Морганьи-Адамса-Стокса.

4. Обмороки при синдроме слабости синусового узла, при пароксизмальных тахикардиях, при транзиторных ишемических атаках, при эпилепсии.

5. Временная электрокардиостимуляция с трансвенозной (допускается формулировка «эндокардиальной») установкой электрода.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 150 [K001984]**

1. ИБС. Острый передний инфаркт миокарда с зубцом Q. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

115

2. QS в отведениях V1-V3, выраженная горизонтальная элевация ST и высокий островершинный Т в отведениях V1-V6. Реципрокная депрессия ST и отрицательный Т в отведениях III, aVF. Заключение: признаки переднего распространенного инфаркта миокарда с зубцом Q, острейший период.

3. Экстренная госпитализация. До приезда бригады скорой помощи: уложить больного, установить прикроватный кардиомонитор (при возможности), обезболивание (Нитроглицерин сублингвально или ненаркотические аналгетики), 125 мг Аспирина разжевать, 75 мг Клопидогрела, гепаринотерапия.

4. Впервые возникшая стенокардия, острый перикардит, расслаивающая аневризма аорты, тромбоэмболия лѐгочной артерии, остеохондроз грудного отдела позвоночника.

5. МВ-креатинкиназа, тропонины Т и I.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 151 [K001985]**

1. Серопозитивный ревматоидный артрит, АЦЦП+, эрозивный, развѐрнутая клиническая стадия, умеренная активность (DAS28=5,0), рентгенологическая стадия II, функциональный класс недостаточности суставов II.

2. Диагноз «ревматоидный артрит» поставлен на основании типичных признаков суставного синдрома: утренняя скованность, припухлость пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов. Данных рентгенограммы кистей: околосуставной остеопороз, сужение суставной щели, узуры. Обнаружения высоких цифр ревматоидного фактора, антител к циклическому цитруллинированному пептиду и СОЭ. Активность процесса определяется с помощью индекса DAS28. Функциональный класс недостаточности – в связи с ограничением выполнения домашней работы.

3. Пациенту рекомендовано рентгенологическое исследование лѐгких, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек, ЭхоКГ, ЭКГ. Определение общего анализа мочи. Креатинин крови, АЛТ, АСТ, билирубин. Осмотр врачом-офтальмологом, врачом-неврологом. Данные исследования необходимы для выявления системных проявлений ревматоидного артрита и назначения терапии.

4. Больной после обследования необходимо назначение базисной терапии - Метотрексат 15 мг в неделю, Фолиевая кислота 5 мг в неделю. Для купирования болевого синдрома необходимо назначение НПВС (например, Диклофенак ретард 100 мг 2 раза в день), в сочетании с Омепразолом 20 мг 1 раз в сутки.

5. Препарат первой линии - Метотрексат, поскольку данный препарат наиболее эффективно контролирует аутоиммунный воспалительный процесс при РА, замедляет рентгенологическую деструкцию костной ткани, предотвращает развитие системных проявлений заболевания, хорошо переносится.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 152 [K001986]**

1. Анкилозирующий спондилоартрит. Развѐрнутая стадия. BASDAI 3,2. BASFI 3,0. Двухсторонний сакроилеит, стадия 3. Функциональная недостаточность суставов I. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

116

2. Диагноз «анкилозирующий спондилоартрит (АС)» поставлен на основании воспалительного характера боли в позвоночнике, изменения соответствующих клинических тестов (Кушелевского, Томайера, Форестье) и обнаружения на рентгенограмме илеосакральных сочленений сакроилиита III стадии. Развѐрнутая стадия поставлена на основании длительности течения заболевания и отсутствия анкилозирования в различных отделах позвоночника. Величина индексов BASDAI и BASFI на основании подсчѐта соответствующих медицинских калькуляторов. Функциональная недостаточность суставов установлена на основании изменения физиологических изгибов позвоночника и ограничения подвижности позвоночника.

3. Пациенту рекомендовано рентгенологическое исследование и УЗИ тазобедренных суставов для определения наличия у пациента явлений коксита. Осмотр врачом-офтальмологом для выявления проявления поражения глаз. Выполнение ЭКГ и ЭхоКГ для выявления аортита или других проявлений вовлечения сердца в патологический процесс. Определение HLA-B27, антител из главного комплекса гистосовместимости лейкоцитов человека к В27 антигену, которые указывают на генетическую природу заболевания.

4. Всем больным необходимо назначение НПВС и ЛФК. Приѐм НПВС должен быть постоянным и длительным. НПВС - базисные препараты для лечения АС (например, Диклофенак натрия 100 мг 2 раза в сутки или Эторикоксиб 90 мг 1 раз в сутки).

При отсутствии эффекта от приѐма НПВС - решение вопроса о назначении ингибиторов фактора некроза опухоли альфа (Инфликсимаб, Адалимумаб, Голимумаб).

5. При наличии у пациента явлений периферических артритов необходимо назначение Сульфасалазина. При его неэффективности решение вопроса о назначении генно-инженерных биологических препаратов из группы ингибиторов некроза опухоли альфа (ФНО альфа), поскольку Сульфасалазин и ингибиторы ФНО альфа входят в национальные рекомендации по лечению АС как препараты, оказывающие патогенетическое действие.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 153 [K001987]**

1. Хроническая тофусная подагра. Поражение суставов, почек (нефролитиаз). Гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия II степени, риск сердечно-сосудистых осложнений 4 ст. Метаболический синдром. Дислипидемия.

2. Диагноз «подагра» поставлен на основании типичных признаков суставного синдрома: приступообразное воспаление суставов стопы, интенсивная боль, отѐчность суставов, кроме того имеет значение рецидивирующий характер течения и наличие тофусов. Диагноз «гипертоническая болезнь (ГБ)» установлен на основании жалоб больного на нестабильность АД, установление степени ГБ основано на цифрах АД, измеренных во время приѐма. Стадия ГБ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (сердце). Степень риска сердечно-сосудистых осложнений поставлена на основании наличия метаболического синдрома. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

117

Диагноз «метаболический синдром» установлен на основании наличия ожирения, АГ, дислипидемии (повышения уровня ТГ и снижения уровня ЛПВП), гипергликемии натощак.

3. Пациенту рекомендовано рентгенологическое исследование стоп, поляризационная микроскопия синовиальной жидкости для визуализации кристаллов мочевой кислоты, УЗИ почек для определения поражения почек, проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ; проведение ЭхоКГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; лабораторное исследование: креатинин для определения СКФ и определения стадии ХБП.

4. Всем больным необходимо выполнение рекомендаций по питанию - стол №6: ограничение продуктов, содержащих пурины (мясо), ограничение содержания в продуктах жиров, запрещение приѐма алкоголя.

Для купирования острого суставного синдрома применяется 3 группы препаратов: НПВС (например, Диклофенак 100 мг 2 раза в день после еды), глюкокортикостероиды (Дипроспан 1,0 локально) или Колхицин 1 мг 3 раза в сутки.

В межприступный период: необходимо продолжить придерживаться диеты, к терапии добавить Аллопуринол 300 мг в сутки до нормализации мочевой кислоты, с последующим снижением дозы до поддерживающей - 100 мг в сутки, НПВС - при болях.

5. Антагонисты рецепторов к ангиотензину II для коррекции АД и Аторвастатин для снижения гиперлипидемии, так как эти препараты обладают урикозурическим эффектом. Кроме того, выбор препарата из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II основан на его нефропротективных свойствах. С этой же позиции оправдано использование в качестве гипотензивного средства препарата из группы ингибиторов АПФ. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает Рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II - Лозартан.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 154 [K001988]**

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 отдалѐнному и ближайшему анамнезу. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

118

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

4. Препараты трѐхвалентного 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 приѐма. Необходимо довести уровень гемоглобина до нормы, затем приступить к этапу насыщения железом органов-депо, снизив дозу препаратов железа вдвое или оставив еѐ прежней. Контроль анализа крови ежемесячно в течение ближайших 3 месяцев. В дальнейшем переходят к этапу поддерживающей терапии.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 155 [K001989]**

1. Внебольничная правосторонняя среднедолевая пневмония, вызванная неуточнѐнным возбудителем, тяжелое течение. ДН 2 ст.

2. Диагноз «внебольничная пневмония (ВП)» установлен на основании жалоб больного на повышение температуры тела до 38,5°С, кашель с трудноотделяемой мокротой «ржавого» цвета, боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при кашле, чувство нехватки воздуха, головокружение; данных анамнеза (пациент заболел вне стационара) и объективного обследования (притупление перкуторного звука, усиление бронхофонии в 4-5 межреберье по среднеключичной линии справа, при аускультации в том же отделе дыхание с бронхиальным оттенком, крепитация).

Локализация установлена по данным объективного осмотра и рентгенограмме грудной клетки (в прямой проекции имеется затемнение нижнего лѐгочного поля правого лѐгкого; в боковой проекции видно поражение преимущественно средней доли правого лѐгкого).

Тяжѐлое течение внебольничной пневмонии установлено на основании наличия дыхательной недостаточности (цианоз, одышка в покое, низкая сатурация), сосудистой недостаточности (АД - 85/50 мм рт. ст.), гиперлейкоцитоза.

Степень дыхательной недостаточности определена по уровню сатурации (80%). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

119

3. Пациенту рекомендовано проведение МСКТ органов грудной клетки для уточнения характера и объѐма поражения; мониторирование АД и SрO2 для своевременного перевода пациента в ПИТиР; биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, электролиты, печѐночные ферменты, билирубин, глюкоза, альбумин) для ранней диагностики полиорганной недостаточности; развѐрнутый общий анализ крови с определением уровня эритроцитов, гематокрита, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы; бактериоскопия и бактериологическое исследование респираторного образца (мокрота, трахеальный аспират, образцы, получаемые при бронхоскопии) и крови с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам; диагностическая и лечебная ФБС.

4. При тяжѐлой внебольничной пневмонии назначение антибиотиков должно быть неотложным; отсрочка c началом антибактериальной терапии на 4 часа и более существенно ухудшает прогноз. Препаратами выбора являются цефалоспорины III поколения без антисинегнойной активности, Цефепим, ингибиторозащищѐнные аминопенициллины или Эртапенем, которые должны назначаться в комбинации с макролидом для внутривенного введения. Препараты резерва: комбинация респираторного фторхинолона (Моксифлоксацин, Левофлоксацин) с цефалоспорином III поколения (Цефотаксим, Цефтриаксон), карбапенемы.

5. Диспансерное наблюдение осуществляется в течение 6 месяцев с визитами к врачу-терапевту участковому через 1, 3 и 6 месяцев после выписки. Общий анализ крови, мокроты, флюорограмма органов грудной клетки, спирограмма выполняются дважды, через 1 и 6 месяцев, биохимический анализ крови - 1 раз через 6 месяцев. При необходимости проводятся консультации врача-пульмонолога, врача-оториноларинголога, врача-стоматолога.

Оздоровительные мероприятия: витаминотерапия, ЛФК, сауна, санация очагов инфекции, профилактика ОРВИ и гриппа, отказ от курения, направление в профильные санатории.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 156 [K001990]**

1. ИБС. Острый коронарный синдром с подъѐмом сегмента ST, передне-перегородочно-боковой. Киллип 1. Артериальная гипертония 3 стадии, риск 4.

2. Диагноз «ИБС: острый коронарный синдром» установлен на основании клинической картины: боль за грудиной, возникшая в покое, не купировавшаяся Изокетом, продолжительностью 40 минут, сопровождающаяся слабостью и холодным потом.

Данные ЭКГ: подъѐм ST в отведениях I, avL, V2-V6 и реципрокные изменения в III, avF свидетельствуют об ОКС с подъѐмом ST передне-перегородочно-боковой локализации.

Киллип 1 - на основании отсутствия хрипов в лѐгких.

Диагноз артериальной гипертонии установлен на основании данных о повышении АД в течение 6 лет. Наличие ОКС свидетельствует о 3 стадии и 4 степени риска. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

120

3. Пациенту необходимо исследование маркеров некроза (тропонин), креатинина, глюкозы. Экстренная коронарография для выявления окклюзивного тромбоза с последующим восстановлением кровотока в инфаркт-связанной артерии.

4. Экстренное чрескожное коронарное вмешательство является наиболее эффективным способом восстановления кровотока. При наличии отделения рентгеноэндоваскулярных вмешательств необходимо проведение ЧКВ. Вмешательство экстренное, так как имеется подъѐм сегмента ST.

5. Нагрузочная доза Аспирина и Тикагрелора. Возможна комбинация Аспирина и Клопидогрела. Гепарин (низкомолекулярный или нефракционированный).

Тикагрелор предпочтительнее Клопидогрела. Инфузия Гепарина прекращается после ЧКВ.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 157 [K001991]**

1. ИБС. Стабильная стенокардия напряжения IIIФК. ХСНIIА стадия, IIФК по NYHA. Гиперлипидемия.

2. Диагноз «ИБС, стабильная стенокардия IIIФК» установлен на основании жалоб больного на сжимающие боли за грудиной, которые возникают при ходьбе на расстояние 200 метров или при подъѐме на один пролѐт лестницы, иррадиирущие в левое плечо, проходящие после остановки. За данный диагноз говорят также данные ВЭМ – на нагрузке 75 Вт проба остановлена из-за возникшего дискомфорта в грудной клетке и изменений на ЭКГ: депрессии ST на 2 мм в отведениях V4,V5,V6. «Двойное произведение» составило 195.

Хроническая сердечная недостаточность IIА стадия определена на основании наличия одышки и отсутствия признаков правожелудочковой недостаточности.

IIФК по NYHA определѐн по признакам ограничения физической активности при привычной физической нагрузке.

Гиперлипидемия обнаружена при определении общего холестерина и его фракций.

3. Пациенту рекомендовано проведение ЭХО-кардиографии для оценки систолической и диастолической функций; определение креатинина и скорости клубочковой фильтрации; направить больного для проведения коронарографии (КГ) с целью выработки дальнейшей тактики ведения пациента (чрескожное коронарное вмешательство или аорто-коронарное шунтирование).

4. Больным со стабильной стенокардией напряжения рекомендуется два направления лечебных мероприятий: направленные на улучшение прогноза и предупреждения осложнений; направленные на уменьшение частоты и выраженности ангинозных приступов для улучшения качества жизни.

К первым относится: Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

121

нормализация образа жизни - регулярные ежедневные аэробные физические нагрузки не менее 30 минут в день, не вызывающие ангинозных болей. Диета с низким содержанием животных жиров, содержащая много фруктов и овощей, увеличение потребления продуктов, содержащих омега-3-ненасыщенные жирные кислоты (жирная морская рыба, морепродукты);

назначение дезагрегантной терапии – Аспирин 75-150 мг в сутки, при наличии противопоказаний – Клопидогрел – 75 мг в сутки;

гиполипидемическая терапия – Аторвастатин 40-80 мг в сутки или Розувастатин 10-20 мг с коррекцией дозы через 1,5-2 месяца после контрольной липидограммы (целевой уровень – ХС-ЛПНП менее 1,8 ммоль/л или уменьшение более чем на 50% от исходного, если целевой уровень не может быть достигнут);

ингибиторы АПФ, учитывая наличие сердечной недостаточности и стабильной ИБС;

бета-адреноблокаторы (учитывая наличие ХСН с низкой фракцией выброса и приѐм Бисопролола целесообразно продолжить терапию Бисопрололом).

Так как больной получает комбинированную антиишемическую терапию, на фоне которой сохраняется стенокардия IIIФК, необходимо решение вопроса о показаниях к реваскуляризации (по результатам коронарографии).

5. Больному показано аорто-коронарное шунтирование, так как данный вид реваскуляризации при стенозе ствола ЛКА имеет преимущество перед ЧКВ в плане прогноза. Медикаментозную терапию необходимо продолжить.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 158 [K001992]**

1. Хронический гломерулонефрит, симптоматическая артериальная гипертония или гипертонический вариант. Хроническая болезнь почек IIIа стадии, альбуминурия 2 ст. (А2, 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 гипертония» 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 «IIIа стадии хронической болезни почек» установлен на основании СКФ58 мл/мин (в диапазоне 45-59 мл/мин). Градация альбуминурии А2 - 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). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

122

3. Пациенту рекомендованы консультации врача-нефролога для верификации диагноза «гломерулонефрит»; проведение ЭКГ; проведение ЭХОКГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; доплер УЗИ 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 ХБПI-III стадии. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает Рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензинуII – 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 159 [K001993]**

1. Недостаточная доза Спиронолактона (25 мг/сут) на фоне клинических проявлений ХСН IIБ. Для достижения эффективного диуреза необходима комбинированная диуретическая терапия – сочетание Спиронолактона с петлевыми диуретиками (Фуросемид или Торасемид).

2. При эффективной диуретической терапии должна быть положительная динамика клинических данных (уменьшение отѐков, одышки), снижение веса, положительный суточный баланс жидкости.

3. Одновременное назначение комбинации Дигоксина и Бисопролола повышает риск развития брадикардии и АВ-блокады. Для контроля безопасности фармакотерапии необходим контроль ЧСС, регистрация ЭКГ, возможно проведение холтеровского мониторирования ЭКГ.

4. МНО – международное нормализованное отношение, для пациента с постоянной формой фибрилляции предсердий – 2-3.

5. При терапии статинами необходимо контролировать уровень трансаминаз (АСАТ, АЛАТ) для выявления поражения печени и контроль КФК для выявления развития миопатии и рабдомиолиза. Увеличение трансаминаз более 3 норм и КФК более 5 норм требует отмены препарата. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

123

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 160 [K001994]**

1. Стартовая терапия нерациональна из-за низкой активности Цефазолина против основных возбудителей внебольничной пневмонии.

2. Смена Цефазолина на Амикацин не может обеспечить эффект из-за отсутствия активности Амикацина против наиболее частых возбудителей внебольничной пневмонии (Streptococcuspneumonia, Haemophilusinfluenzae, атипичная микрофлора).

3. Для контроля эффективности антибактериальной терапии через 48-72 часа необходимо оценить клиническое состояние пациента – уменьшение признаков интоксикации, снижение температуры, а также динамику лабораторных показателей (уменьшение лейкоцитоза, уменьшение количества палочкоядерных нейтрофилов).

4. Одновременное назначение Амикацина и Кеторолака повышает риск развития нефротоксичного действия аминогликозидов из-за негативного влияния НПВС на состояние почечного кровотока.

5. Отменить Амикацин, возможно назначение:

- ингибитор/защищенные пенициллины ± макролиды (Спирамицин, Джозамицин, Азитромицин, Кларитромицин)

или

- цефалоспорины III поколения (Цефотаксим, Цефтриаксон) ± макролиды (Спирамицин, Джозамицин, Азитромицин, Кларитромицин)

или

- «респираторные» фторхинолоныIII-IV поколения (Левофлоксацин, Моксифлоксацин, Спарфлоксацин, Гемифлоксацин).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 161 [K001995]**

1. Фолликулярная ангина.

Диагноз поставлен на основании:

- жалоб (повышение температуры до 38,5°С, слабость, боли в горле при глотании);

- анамнеза (острое начало заболевания с лихорадкой, симптомами интоксикации и местными симптомами - боли в горле при глотании);

- данных объективного исследования (поражение глоточных миндалин: гиперемия, отѐчность (больше справа), множественные гнойные фолликулы; местная лимфаденопатия: подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон до 1,5 см, плотные, умеренно болезненные, не спаяны между собой и окружающими тканями).

2. Дифтерия. Отличием дифтерии от ангины является наличие на миндалинах налѐта, плотно прилегающего к тканям и трудно снимающегося шпателем. Диагноз подтверждается бактериологическим исследованием мазков, взятых с миндалин. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

124

Инфекционный мононуклеоз. При этом заболевании характерно наличие атипичных мононуклеаров в крови, наличие генерализованной лимфаденопатии и гепатоспленомегалии.

3. Местная терапия: промывание миндалин, орошение ротоглотки антисептиками (например, Гексетидин по 1 впрыскиванию утром и на ночь после еды), частое полоскание горла антисептиками (например, Хлоргексидином).

Системное лечение:

- антибиотики широкого спектра:

1. первый ряд - ингибиторзащищѐнные пенициллины или цефалоспорины 2-3 поколения, например, Амоксициллин/Клавуланат 875/125 мг 2 раза в день внутрь;

2. второй ряд - макролиды 2 или 3 поколения, например, Кларитромицин 500 мг 2 раза в день внутрь;

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

4. - Общий анализ крови (оценка воспалительной реакции, дифференциальный диагноз с инфекционным мононуклеозом, с ангиной на фоне заболеваний крови);

- общий анализ мочи (для выявления такого осложнения ангины как гломерулонефрит);

- бактериологическое исследование мазка миндалин (для выделения возбудителя ангины и дифференциальной диагностики с дифтерией).

5. Основной: иммунный (гаптеновый) агранулоцитоз, ассоциированный с приѐмом Диклофенака.

Осложнения: фолликулярная ангина.

Сопутствующий: первичный остеоартрит, локальная форма с поражением правого коленного сустава.

Больной требуется госпитализация в гематологическое отделение стационара.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 162 [K001996]**

1. Диагноз «нетяжѐлая внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония».

Диагноз «правосторонняя пневмония» поставлен на основании:

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

анамнеза (острое начало заболевания); Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

125

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

Нетяжѐлая 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 лѐгких);

бактериологическое исследование мокроты (для выделения возбудителя пневмонии);

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

3. Постельный режим, обильное питьѐ.

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°С (например, Парацетамол 500 мг внутрь не чаще 1 раза в 6 часов).

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

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

Диагноз «пневмония» поставлен на основании жалоб (на повышение температуры до 38°С, 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 лѐгкого, там же выслушивается крепитация, при перкуссии - притупление перкуторного звука);

- изменений на рентгенограмме лѐгких (инфильтративные изменения в нижней доле правого лѐгкого).

Пневмония внебольничная, так как возникла не в стационаре. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

126

Пневмония нетяжѐлая, так как отсутствуют следующие критерии тяжѐлого течения: температура тела > 38,5°С, САД < 90 мм рт. ст., ДАД < 60 мм рт. ст., поражение более 1 доли лѐгкого, наличие лѐгочных осложнений пневмонии, ЧД > 30 в минуту, PaO2 < 60 мм рт. ст., нарушение сознания, сепсис. Лейкопения в данном примере первична и связана с агранулоцитозом, а не с тяжестью пневмонии.

5. Больной требуется госпитализация в гематологическое отделение стационара.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 163 [K001997]**

1. Учитывая наличие у пациента признаков гипертрофии миокарда левого желудочка, жалобы на головокружение при нагрузке и эпизод синкопе, требуется дообследование: ЭХОКГ - для оценки выраженности ГЛЖ и выявления обструкции выносящего тракта ЛЖ (ОВТЛЖ), оценка глобальной сократимости ЛЖ, наличия диастолической дисфункции ЛЖ; суточное ЭКГ-мониторирование для исключения нарушений ритма/проводимости, которые могли быть причиной синкопе. Выявление ишемии миокарда, которая часто бывает при ГЛЖ; общий анализ крови - для выявления анемии; консультация врача-невролога - исключение неврологических причин синкопе.

2. У пациента без предшествующего сердечно-сосудистого анамнеза наблюдается выраженная гипертрофия ЛЖ с ОВТЛЖ по данным ЭХОКГ. Требуется исключить наличие латентно протекающей артериальной гипертензии, с этой целью показано проведение самоконтроля АД, суточного мониторирования АД (СМАД), скрининг на наличие факторов риска (биохимия крови: глюкоза крови, липидный профиль), обследование на наличие поражения других органов-мишеней (УЗИ сосудистой стенки магистральных артерий с измерением толщины комплекса интима-медиа, определение скорости пульсовой волны, лодыжечно-плечевого индекса; измерение креатинина в крови, подсчѐт СКФ по CKD-EPI или MDRD, определение суточной альбуминурии, отношение альбумин/креатинин в моче).

3. Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) с обструкций выносящего тракта ЛЖ.

4. Диагноз поставлен на основании:

- жалоб на головокружение при физических нагрузках, эпизода синкопе (синдром малого выброса);

- анамнеза (отсутствие сердечно-сосудистой патологии в прошлом, в т. ч. пороков сердца и артериальной гипертензии; наличие эпизодов головокружения и синкопе при физической нагрузке; указание на отягощѐнную наследственность также может быть связано с данным заболеванием (внезапная смерть отца в молодом возрасте);

- данных объективного статуса (верхушечный толчок усилен, концентрический; интенсивный систолический шум в области верхушки и вдоль левого края грудины).

- данных инструментального исследования (ГЛЖ на ЭКГ, ГЛЖ с обструкцией выходного тракта ЛЖ на ЭХОКГ). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

127

5. Рекомендуется ограничить физическую нагрузку, динамическое наблюдение у врача-кардиолога. Пациента необходимо предупредить о противопоказании приѐма нитратов, Дигоксина, антиаритмиков IC класса.

В качестве первой линии терапии для уменьшения симптоматики у пациентов с обструкцией выходного тракта ЛЖ показаны бета-адреноблокаторы без вазодилатирующего действия, например, Бисопролол в начальной дозе 2,5 мг 1 раза в день внутрь длительно.

Показана консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 164 [K001998]**

1. Основное заболевание: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит.

Фоновое заболевание: ожирение 1 ст.

2. Диагноз «гастроэзофагеально-рефлюксная болезнь» установлен на основании жалоб больной на изжогу, отрыжку кислым, усиливающиеся в горизонтальном положении после приѐма пищи и при наклоне вперѐд.

Диагноз «эрозивно-язвенный рефлюкс эзофагит» установлен на основании данных ЭГДС (наличие множественных участков гиперемии слизистой оболочки и отдельных несливающихся эрозий дистального отдела пищевода).

Диагноз «ожирение» уставлен на основании данных осмотра (наличие ИМТ - более 30 кг/м2), 1 стадия ожирения установлена в связи со значением ИМТ - 31 кг/м2.

3. Суточная внутрипищеводная рН-метрия (для определения количества и длительности рефлюксов за сутки, значения рН); рентгенологическое исследование пищевода, желудка (для выявления патологических изменений пищевода, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы); тесты на определение наличия helicobacter pilori; манометрическое исследование пищеводных сфинктеров (для определения их тонуса).

4. Антациды (Алюминия фосфат) для подавления кислотного рефлюкса. Ингибиторы протонной помпы (ИПП) (любой - Омепразол, Пантопразол, Рабепразол, Эзомепразол, Лансопразол) для подавления синтеза соляной кислоты. Прокинетики для стимуляции моторики желудочно-кишечного тракта, восстановления нормального физиологического состояния пищевода (Итоприда гидрохлорид).

5. Соблюдение диеты (исключить большие объѐмы пищи, еѐ приѐм быстрыми темпами, приѐм пищи с пониженным содержанием жиров и повышенным содержанием белков, избегать приѐм продуктов, вызывающих раздражающее действие на слизистую оболочку желудка).

Отказ от курения.

Снижение массы тела. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

128

Не принимать горизонтальное положение в течение 1,5 часа после еды.

Не принимать пищу менее, чем за 3 часа до сна.

Исключить нагрузки, повышающие внутрибрюшное давление (избегать тесной одежды, ношения тяжестей, напряжения брюшного пресса).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 165 [K002000]**

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 еѐ тяжести), исследование крови - сывороточное железо, ОЖСС, процент насыщения трансферрина железом (для подтверждения железодефицита), коагулограмма: АЧТВ, ПТВ, фибриноген (скрининг нарушений свѐртывания крови), консультация врача-гинеколога (для выявления причины и подбора адекватной терапии меноррагий).

4. У пациентки - гипохромная микроцитарная анемия лѐгкой 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 приѐм 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 врача-гинеколога.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 166 [K002001]**

1. Мочекаменная болезнь. Камень верхней трети правого мочеточника. Почечная колика справа. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

129

2. Мочекаменная болезнь установлена на основании жалоб больного (на боли в поясничной области справа, иррадиирующие в правую часть живота, приступообразные, длящиеся до 2-3 часов, средней силы, острые, возникающие и усиливающиеся после употребления большого количества жидкости или при физической нагрузке, стихающие после приѐма спазмолитиков и анальгетиков); анамнеза (возникновение болей после употребления большого количества жидкости); данных осмотра (симптом поколачивания слабо положителен справа, умеренная болезненность при пальпации в правом подреберье, по ходу правого мочеточника; зоны кожной гиперестезии в правых отделах живота); данных рентгенографии (конкремент верхней трети мочеточника); общего анализ мочи (наличие солей оксалатов); данных общего анализа крови (лейкоцитоз).

Камень мочеточника и локализация в верхней трети мочеточника установлены на основании данных обзорной рентгенографии органов брюшной полости и малого таза (в просвете малого таза конкремент верхней трети мочеточника).

Почечная колика и еѐ локализация справа установлены на основании жалоб на боли в поясничной области справа, иррадиирующие в правую часть живота), данных обзорной рентгенографии органов брюшной полости и малого таза (в просвете малого таза конкремент верхней трети мочеточника).

3. В обязательном порядке выполняется УЗИ органов брюшной полости, которое позволяет оценить размеры, положение, подвижность почек, оценить размеры паренхимы, определить наличие и степень расширения чашечно-лоханочной системы, выявить камни и определить его размеры.

С целью выявления рентгеннегативных камней и определения проходимости мочевых путей выполняется экскреторная урография.

С целью более точной диагностики и определения тактики лечения выполняется компьютерная томография, позволяющая уточнить локализацию камня, его плотность, состояние почек и мочевых путей.

4. Печѐночная колика при остром холецистите отличается первичной локализацией боли в правом подреберье и последующим распространением по всему животу. Боль чаще возникает спустя 2-3 часа после употребления жирной и жареной пищи, отдаѐт в правую подключичную ямку, в шею, в спину, сопровождается тошнотой, рвотой, пожелтением склер и кожи, усиливается при надавливании на живот в области подреберья.

Боль при остром аппендиците появляется в правом подреберье, переходит на центр живота и затем в правую подвздошную область. Живот вздувается, отмечается тошнота и рвота. Больной лежит на правом боку, поджав ноги к животу, движение усиливает боль. Если при мочекаменной болезни лаборатория выявляет некоторое увеличение лейкоцитов в крови, при аппендиците отмечается выраженный лейкоцитоз. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

130

Симптомы почечной колики у женщин могут напоминать аднексит. Однако при женских заболеваниях боль редко возникает внезапно, носит постоянный характер, охватывает низ живота, отдаѐт в прямую кишку, вызывая ощущение переполнения, повышается температура тела, отмечается слабость, недомогание. Уточнить диагноз помогает влагалищное исследование.

Для острого панкреатита типичны опоясывающие боли, распространяющиеся от подложечной области влево на спину. Отмечаются тошнота и рвота, температура тела остаѐтся нормальной, в крови и моче повышается количество ферментов-трансаминаз.

5. Во время почечной колики применяют спазмолитики, НПВС.

Вне обострения: медикаментозное разрушение камней в зависимости от химического состава камня: для коррекции нарушений пуринового обмена и при уратных камнях применяют ингибиторы ксантиноксидазы - 1 месяц (эффективность - 92%); урикуретики - 1-3 месяца; цитратные смеси - 1-6 месяцев. Суточный приѐм жидкости при этой форме МКБ желателен в количестве не менее 2-2,5 л. Критерий эффективности лечения: снижение или нормализация сывороточной концентрации и/или суточной почечной экскреции мочевой кислоты.

При гиперурикурии применяют ингибиторы ксантиноксидазы - 1 курс лечения в течение месяца (эффективность - 80%) или урикуретики + цитратные смеси: 1 курс лечения - от 1 до 3 месяцев (эффективность - 90%). Критерий эффективности: снижение сывороточной концентрации мочевой кислоты, повышение pH мочи до диапазона 6,2-6,8 (подщелачивание мочи). При применении цитратных смесей назначают 1 курс лечения продолжительностью от 1 до 3 месяцев (эффективность - 96%). Критерий эффективности: повышение рН мочи до диапазона 6,2-6,8 (подщелачивание мочи).

При показателях рН мочи ниже 5,8, кристаллурии мочевой кислоты или уратов назначают цитратные смеси под контролем общего анализа мочи: длительность курса (1-6 месяцев) устанавливается индивидуально (эффективность - 100%). Критерий эффективности: повышение рН мочи до 6,2-6,8 (подщелачивание мочи).

С целью литолиза мочекислых камней в почках назначают цитратные смеси на 1-3-6 месяцев (эффективность - 83-99%) либо урикуретики в сочетании с цитратными смесями в течение 1-3 месяцев (эффективность - 83-99%). Критерий эффективности: частичный или полный литолиз.

Для коррекции нарушений щавелево-кислого обмена и при кальцийоксалатных камнях применяют витамины группы В, тиазиды, дифосфонаты, окись магния, цитратные смеси. Суточный приѐм жидкости - не менее 2-2,5 л. Диета предусматривает ограничение употребления молока, сыра, шоколада, щавеля, салата, черной смородины, клубники, крепкого чая, какао. При гипероксалурии, при кристаллурии оксалатов назначают витамин В6 по 0,02 г 3 раза в день перорально в течение месяца (эффективность - 86%); окись магния по 0,3 г 3 раза в день в течение месяца (эффективность - 82%). Критерий эффективности: снижение или нормализация суточной почечной экскреции оксалатов. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

131

При гиперкальциурии назначают тиазиды, курс лечения - 1 месяц (эффективность - 100%) либо дифосфонаты (ксидифон), курс лечения - 1 месяц (эффективность - 60%). Критерий эффективности: снижение или нормализация суточной экскреции общего кальция, снижение степени кристаллурии оксалатов.

Для коррекции нарушений обмена веществ при кальцийфосфатных камнях применяют дифосфонаты, мочегонные, антиазотемические, противовоспалительные, камнеизгоняющие средства и препараты растительного происхождения, средства коррекции кислотного равновесия. Диета предусматривает ограничение употребления молока, сыра, рыбных продуктов. Если при этом имеется гиперкальциурия, применяют дифосфонаты, курс лечения - 1 месяц (эффективность - 45-50%).

Критерий эффективности: уменьшение степени кристаллурии фосфатов. При кристаллурии фосфатов эффективны мочегонные и противовоспалительные средства, а также препараты растительного происхождения, курс лечения 1-3 месяца (эффективность - 40-45%). Критерий эффективности: уменьшение степени кристаллурии фосфатов.

С целью коррекции нарушений обмена веществ при цистиновых камнях суточный прием жидкости должен составлять не менее 3 л. Применяют цитратные смеси, курс лечения - 1-6 месяцев (эффективность - 60%). Критерий эффективности - уменьшение кристаллурии цистина.

Механические способы разрушения камней: ударно-волновая литотрипсия, УВЛ - литотрипсия является предпочтительным методом лечения многих пациентов, которым для отхождения камней требуется медицинская помощь. В особенности литотрипсия рекомендуется пациентам с конкрементами, локализованными в почке или проксимальных (верхних) отделах мочеточника.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 167 [K002002]**

1. Основной: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Атеросклероз коронарных сосудов. ТЛАП и стентирование ПКА от 21.02.2016 г.

Фон: дислипидемия IIб типа.

Осложнения: постоянная форма фибрилляции предсердий, тахисистолическая форма.

2. Диагноз «ИБС» выставлен в связи с наличием у пациентки в анамнезе инфаркта миокарда.

Диагноз «постинфарктный кардиосклероз» выставлен учитывая сроки после инфаркта миокарда (более 28 дней).

Дислипидемия IIб тип по Фредриксону выставлена в связи с повышением уровня общего холестерина, триглицеридов (целевой уровень <1,7), ЛПНП (целевой уровень <1,8),

Диагноз «фибрилляции предсердий» выставлен, так как у пациентки в течение 3 лет на ЭКГ регистрируется фибрилляция предсердий. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

132

Постоянная форма фибрилляции предсердий выставлена в связи с наличием в течение 3 лет фибрилляции предсердий, неуспешными попытками восстановления ритма.

3. ХМ-ЭКГ (контроль ЧСС);

ЭХО-КГ (сократимость миокарда ЛЖ, размеры полостей, состояние клапанного аппарата, внутриполостной тромбоз);

определение гормонов щитовидной железы (оценить функцию щитовидной железы - поиск этиологии ФП)

4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II (предотвращение ремоделирования сердца, улучшение прогноза, уменьшение смертности) постоянно.

Статины в высоких дозах (снижение уровня холестирина - замедление атеросклероза) постоянно.

Бета-адреноблокаторы (уменьшение ЧСС, снижение потребности миокарда в кислороде, улучшение перфузии миокарда за счѐт удлинения диастолы) постоянно.

Тройная антитромботическая терапия: ацетилсалициловая кислота + блокатор Р2Y12 рецепторов + пероральный антикоагулянт (до 6 месяцев после инфаркта миокарда тройная, год двойная, далее монотерапия пероральным антикоагулянтом), при высоком риске кровотечений тройная терапия уменьшена до 1 месяца (цель – профилактика тромбозов).

5. В случае недостаточной дозировки бета-блокаторов - увеличить дозировку. При сниженной ФВ - к терапии может быть добавлен Дигоксин. При отсутствии признаков сердечной недостаточности возможен приѐм препаратов из группы антагонистов кальция недигидропиридинового ряда. При отсутствии поражения щитовидной железы и других противопоказаний к терапии может быть добавлен Амиодарон в дозировке 200 мг (для контроля частоты, но не контроля ритма).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 168 [K002003]**

1. Основной: ИБС.

Постинфарктный кардиосклероз. Атеросклероз коронарных сосудов. ТЛАП и стентирование ПКА от 18.01.2016 г.

Фон: артериальная гипертензия III стадии, III степени, риск ССО4. Дислипидемия IIа ст. Табакокурение.

Осложнения: гипертонический криз от 18.04.2016 г.

2. Диагноз «ИБС» выставлен в связи с наличием у пациента в анамнезе инфаркта миокарда.

Диагноз «постинфарктный кардиосклероз» выставлен, учитывая сроки после инфаркта миокарда (более 28 дней). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

133

Дислипидемия IIа тип по Фредриксону выставлена в связи с повышением уровня общего холестерина, ЛПНП (целевой уровень <1,8), при нормальном уровне триглицеридов (целевой уровень <1,7),

Диагноз «артериальная гипертония (АГ)» установлен на основании жалоб больного на повышение АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение многих лет).

Степень АГ установлена на основании цифр АД, измеренных во время приѐма.

Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (сердца).

Степень риска ССО поставлена на основании наличия ассоциированного клинического состояния и степени артериальной гипертензии.

Диагноз «гипертонический криз» установлен на основании появления вегетативных расстройств на фоне высоких цифр артериального давления.

3. ЭКГ (гипертрофия миокарда ЛЖ, признаки рубцовых изменений миокарда: патологический зубец Q, QS, отрицательный зубец Т).

ЭХОКГ (сократимость миокарда ЛЖ, размеры полостей, состояние клапанного аппарата, внутриполостной тромбоз).

Суточное мониторирование АД (оценка стабильности повышения АД, суточного профиля АД).

Консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии.

Консультация врача-невролога для исключения гипертонической энцефалопатии.

УЗИ почек для оценки поражения органа-мишени почек.

4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II (предотвращение ремоделирования сердца, коррекция артериальной гипертензии, улучшение прогноза, уменьшение смертности) постоянно.

Статины в высоких дозах (снижение уровня холестирина-замедление атеросклероза) постоянно.

Бета-адреноблокаторы (уменьшение ЧСС, снижение потребности миокарда в кислороде, улучшение перфузии миокарда за счѐт удлинения диастолы) постоянно.

Двойная антиагрегантная терапия: ацетилсалициловая кислота + блокатор Р2Y12 рецепторов до 18.01.2017 г., затем монотерапия ацетилсалициловой кислоты постоянно (цель - профилактика тромбозов). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

134

5. Учитывая сроки фибрилляции предсердий (больше 48 часов), восстановление ритма пациенту в данный момент не показано. Должна быть назначена антикоагулятная терапия в течение 3 недель с последующим решением вопроса о восстановлении ритма. (Альтернатива: проведение ЧП-ЭХОКГ, в случае отсутствия тромбов в полостях сердца, ушке левого предсердия - возможно восстановление ритма).

Учитывая наличие фибрилляции предсердий, высокого риска тромбозов и высокого риска кровотечения пациенту показано проведение до 18.01.2017 г. двойной антитромботической терапии: антикоагулянт + антиагрегант (Аспирин или блокатор Р2Y12 рецепторов), далее монотерапия антикоагулянтом.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 169 [K002005]**

1. Основной: ИБС: стенокардия напряжения 3 ФК.

Фон: артериальная гипертензия 3 степени, риск ССО очень высокий. Ожирение 1 степени. Дислипидемия 2b типа.

2. Диагноз «ИБС, стенокардия напряжения» установлен на основании типичного болевого синдрома (приступообразные боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку), связь боли с физической нагрузкой (возникают во время быстрой ходьбы), исчезновение боли после прекращения нагрузки (купируются в покое).

Функциональный класс стенокардии установлен на основании возникновении приступов стенокардии при интенсивной физической нагрузке, быстрой ходьбе.

Диагноз «артериальная гипертензия» установлен на основании данных анамнеза (повышение АД в течение 5 лет), наличие повышенного уровня АД при осмотре.

Степень АГ 3 установлена на цифрах АД, измеренных на момент осмотра (170/100 мм рт. ст.).

Степень риска ССО поставлена на основании наличия факторов риска (дислипидемия, артериальная гипертензия, ожирение, курение).

Диагноз «дислипидемия 2b типа» установлен на основании повышения концентраций ЛПНП, холестерина, триглицеридов.

Диагноз «ожирение» установлен на основании повышения ИМТ более 30 кг/м2.

Степень ожирения 1 установлена на основании значения ИМП 33,91 кг/м2.

3. Пациенту рекомендовано проведение трансторакальной ЭХОКГ в покое (для определения сократимости миокарда, определения состояния клапанного аппарата, размеров полостей сердца), СМ-ЭКГ.

4. Бета-адреноблокаторы (за счѐт блокады бета-адренорецепторов в сердце они предотвращают кардиотоксическое действие катехоламинов, снижают ЧСС, сократимость и АД, что приводит к уменьшению потребности миокарда в кислороде). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

135

Блокаторы кальциевых каналов: воздействие на гладкомышечные клетки сосудов приводит к расширению сосудов и уменьшению ОПСС, что обеспечивает снижение АД; расширение коронарных артерий обусловливает антиангинальное действие БКК; вызывают дозозависимое снижение сократимости миокарда (отрицательный инотропный эффект), что сопровождается антигипертензивным и антиангинальным действием (снижение потребности миокарда в кислороде).

Нитраты, проникая в гладкомышечные клетки, служат источником оксида азота, который способствует расслаблению гладкомышечных клеток сосудов независимо от способности клеток эндотелия вырабатывать эндогенный оксид азота. Нитраты способствуют расширению коронарных артерий и артериол, что приводит к улучшению кровоснабжения субэндокардиальных слоѐв миокарда и увеличению коллатерального кровотока; воздействуют на сосуды большого круга кровобращения, вызывая расширение как периферических венозных сосудов, депонирующих кровь, так и артериол, соответственно уменьшаются преднагрузка, постнагрузка и напряжение стенок желудочков сердца, что приводит к снижению потребности миокарда в кислороде).

Антигреганты (препятствуют тромбообразованию за счѐт угнетения функциональной активности тромбоцитов).

Статины (снижение активности фермента 3-гидрокси-3-метилглутарил-коэнзим А-редуктазы сопровождается уменьшением внутриклеточного содержания холестерина (ХС) в печѐночных клетках с увеличением количества рецепторов к ЛПНП на их поверхности, которые распознают, связывают и выводят из кровотока ХС ЛПНП).

5. Ухудшение локальной сократимости миокарда при проведении стресс-эхокардиографии с добутамином указывает на наличие ишемии миокарда. В связи с этим пациенту показано проведение коронароангиографии с решением вопроса о возможности проведения чрескожного коронарного вмешательства.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 170 [K002008]**

1. ИБС: стенокардия напряжения ФК3. Ожирение 2 степени. Дислипидемия IIb типа.

2. Диагноз «ИБС: стенокардии напряжения» установлен на основании типичного болевого синдрома (сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство), связь боли с физической нагрузкой (возникают во время быстрой ходьбы или при подъѐме по лестнице на 2 пролѐта в обычном темпе), исчезновение боли после приѐма нитратов (купируются приѐмом 1 таблетки Нитроглицерина сублингвально).

Принимая во внимание данные анамнеза, что приступы стенокардии с течением времени не прогрессируют, также служит доказательством того, что у пациента стенокардия напряжения.

Диагноз «дислипидемии 2b типа» установлен на основании повышения концентраций ЛПНП и триглицеридов в липидном спектре крови. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

136

На основании результатов ИМТ, равному 36,2 кг/м2, установлен диагноз ожирения 2 степени.

3. Пациенту рекомендовано проведение трансторакальной ЭХО-КГ, суточное мониторирование ЭКГ.

4. Бета-адреноблокаторы - за счѐт блокады бета1-адренорецепторов в сердце предотвращают кардиотоксическое действие катехоламинов, снижают ЧСС, сократимость и АД, что приводит к уменьшению потребности миокарда в кислороде. Улучшение перфузии ишемизированных отделов миокарда при их назначении также обусловлено удлинением диастолы и «обратным коронарным обкрадыванием» вследствие увеличения сосудистого сопротивления в неишемизированных областях миокарда - например, Бисопролол в стартовой дозе 2,5-5 мг в день.

Блокаторы медленных кальциевых каналов - воздействие на гладкомышечные клетки сосудов приводит к расширению сосудов и уменьшению ОПСС, что обеспечивает снижение АД; расширение коронарных артерий обусловливает антиангинальное действие БКК; вызывают дозозависимое снижение сократимости миокарда (отрицательный инотропный эффект), что сопровождается антигипертензивным и антиангинальным действием (снижение потребности миокарда в кислороде) - например, Верапамил в стартовой дозе 40 мг 3 раза в день или Амлодипин в стартовой дозе 5 мг в день.

Пролонгированные нитраты - проникая в гладкомышечные клетки, служат источником оксида азота, который способствует расслаблению гладкомышечных клеток сосудов независимо от способности клеток эндотелия вырабатывать эндогенный оксид азота. Нитраты способствуют расширению коронарных артерий и артериол, что приводит к улучшению кровоснабжения субэндокардиальных слоѐв миокарда и увеличению коллатерального кровотока; воздействуют на сосуды большого круга кровообращения, вызывая расширение как периферических венозных сосудов, депонирующих кровь, так и артериол, соответственно уменьшаются преднагрузка, постнагрузка и напряжение стенок желудочков сердца, что приводит к снижению потребности миокарда в кислороде) - например, изосорбида мононитрат в стартовой дозе 10 мг 2 раза в день.

Антигреганты - препятствуют тромбообразованию за счет угнетения функциональной активности тромбоцитов, например, ацетилсалициловая кислота 75 мг в день;

Статины - снижение активности фермента 3-гидрокси- 3- метилглутарил-коэнзим А-редуктазы сопровождается уменьшением внутриклеточного содержания холестерина(ХС) в печеночных клетках с увеличением количества рецепторов к ЛПНП на их поверхности, которые распознают, связывают и выводят из кровотока ХС ЛПНП, например, аторвастатин в стартовой дозе 10 мг в сутки.

5. Коронароангиография с решением вопроса о возможности проведения чрескожного коронарного вмешательства, т. к. нарушение локальной сократимости миокарда при проведении стресс-эхокардиографии указывает на нарушение перфузии миокарда. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

137

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 171 [K002011]**

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°С, тянущие боли в поясничной области, частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах); данные анамнеза (острый пиелонефрит, который перешѐл 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 пиелонефрит (МКБ, стриктура мочеточника, беременность).

Хронический пиелонефрит и рецидивидующее 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 мочевой инфекцией (характерно дизурические расстройства, лейкоцитурия, бактериурия, без признаков поражения почек (симптом покалачивания, изменения размеров и функции почек по данным УЗИ и экскреторной урографии). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

138

5. Антибактериальная терапия - продолжительность терапии составляет от 5 дней до 2 недель. Начинать лечение предпочтительнее с парентерального введения антибактериальных средств, переходя потом на приѐм внутрь. Из современных препаратов применяются фторхинолоны (Таваник (Левофлоксацин) 250-500 мг 1 раз в сутки) или β-лактамы. Используют также III и IV поколение цефалоспоринов, полусинтетические или уреидопенициллины, монобактамы, пенемы и ингибиторы β-лактамазы: Цефтриаксон (2 г 1 раз в сутки внутримышечно), Цефазолин (1 г 3 раза в сутки), Амоксициллин (0,5-1 г 3 раза в cутки внутримышечно, 0,25 или 0,5 г 3 раза в сутки внутрь), Ипипенем/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 cутки 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 cутки (в последнем случае рекомендуют введение препаратов в дозе 5 мг/кг, которая считается более эффективной и менее токсичной).

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

Средства, улучшающие почечный кровоток (Трентал).

Спазмолитики (Но-шпа, Баралгин).

Антикогалунты (Гепарин).

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

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 172 [K002013]**

1. Сахарный диабет 1 типа, индивидуальный уровень гликированного гемоглобина менее 6,5%. Гипогликемические состояния.

2. Диагноз поставлен на основании: жалоб, данных анамнеза – пациентка страдает СД 1 типа в течение 3 лет, использует интенсифицированную схему инсулинотерапии, инъекции Протафана (с выраженным пиком действия) и Ново-Рапида.

3. Пациенту рекомендовано: гликемический профиль с обязательным измерением уровня гликемии перед сном и в ночное время между 02.00-03.00 часов – пик действия вечерней дозы Протафана (для оценки адекватности доз ИСД и прандиального инсулина), биохимический анализ крови: АЛТ, АСТ, креатинин, мочевина, калий, натрий (оценка состояния почек, печени при СД), липидограмма, МАУ, суточная протеинурия (д. нефропатия), расчѐт СКФ, ЭКГ (оценка ритма, ЧСС, возможных метаболических изменений, ГЛЖ), УЗИ органов брюшной полости (оценка структурных изменений печени, увеличение еѐ размеров), осмотр глазного дна врачом-офтальмологом (микроангиопатии при СД, ретинопатия), ЭМГ нижних конечностей (д.полинейропатия). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

139

4. Диета № 9, 35-40 ккал/кг/сут; ≈ 24 УЕ.

Протафан– снизить вечернюю дозу на 3 ЕД и вводить в 23.00, далее коррекция по уровню гликемии в 3 часа ночи и натощак утром.

НовоРапид в прежней дозе с коррекцией по гликемическому профилю.

5. Прогноз для пациентов при хорошей компенсации сахарного диабета – благоприятный, инсулинотерапия пожизненно, с коррекцией доз по данным гликемии в течение дня до и через 2 часа после приѐма пищи, натощак, целевые значения гликемии для пациентки в настоящее время- натощак менее 6,5 ммоль/л, через 2 часа после приѐма пищи- менее 8,0 ммоль/л. ОАК, ОАМ – 1 раз в год, МАУ - 1 раз в год, биохимическое исследование крови – общий белок, АЛТ, АСТ, липидограмма, креатинин, мочесина, билирубин, калий, натрий – 1 раз в год, СКФ – 1 раз в год, ЭКГ- 1 раз в год, исследование гликированного гемоглобина – 1 раз в 3 месяца, глазное дно – 1 раз в год, осмотр ног и оценка чувствительности-1 раз в год, измерение АД - при каждом посещении врача.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 173 [K002014]**

1. Диффузный токсический зоб II ст. (ВОЗ), тиреотоксикоз средней степени тяжести. Эндокринная офтальмопатия II ст. Витилиго.

2. Диагноз зоба II степени поставлен на основании видимого на глаз увеличения щитовидной железы, диагноз тиреотоксикоза средней тяжести поставлен на основании: связи заболевания со стрессом, похудания на 10 кг, тахикардии - 118 уд/мин, увеличение пульсового АД; глазных симптомов, симптома Мари, повышенной потливости, эмоциональной лабильности, снижения ТТГ, повышения св. Т4, высокого титра АТ к рецепторам ТТГ. Диагноз витилиго установлен на основании анамнеза (витилиго с детства), депигментации кистей. Эндокринная офтальмопатия II стадии - отѐчный экзофтальм с 2 сторон.

3. УЗИ щитовидной железы, ОАК (оценка лейкоцитарной формулы, использование тиреостатиков для лечения заболевания вызывает лейкопению), R-графия ОГК (исключение инфильтративных изменений во избежании инфекционных осложнений на фоне лечения тиреостатиками); офтальмометрия, глазное дно, УЗИ орбит-оценка стадии офтальмопатии; ЭХОКГ- оценка функции сердца, ФВ, недостаточности клапанов, гипетрофии миокарда отделов сердца, дилатация полостей - на предмет развития тиреотоксического сердца; ОГТТ : возможно развитие нарушений углеводного обмена, так как тиреоидные гормоны относятся к контринсулярным ; липидограмма; биохимия крови – общий белок, АЛТ, АСТ, креатинин, мочевина - на фоне некомпенсированного тиреотоксикоза возможно развитие дистрофических изменений в печени, почках; на фоне лечения тиреостатиками в динамике –ТТГ, Т4 св, АТ к рецептору ТТГ, ОАК, ЭКГ, офтальмометрии. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

140

4. Β-адреноблокатор для минимизации симптомов гиперадренергии в результате потенциирующего эффекта избытка тиреоидных гормонов. Тиомазол (тиреостатик, блокирующий образование тиреоидных гормонов в щитовидной железе) по 10 мг 3 раза/сутки до достижения клинически эутиреоза, затем с постепенным снижением на 5 мг/нед до поддерживающей дозы -10 мг/сутки, через 4 месяца – контроль АТ к рецептору ТТГ, при уменьшении титра, лечение продолжаем на 1,5–2 года, затем отменяем Тирозол на 2 недели, оценка динамики ТТГ, Т4 св, АТ- к рецептору ТТГ.

Лечение эндокринной офтальмопатии при отсутствии фиброза в ретроорбитальной клетчатке – ГКС (противовоспалительный эффект, уменьшение отѐка и блокирование фиброза), Преднизолон в начальной дозе 50 мг/сут в течение 2 недель, с уменьшением в 2 раза, с постепенным снижением в течение 3 месяцев до 5 мг/сут на 2 месяца (для профилактики ульцерогенного эффекта ГКС – ИПП, Омепразол, 20 мг/сутки).

5. Возможны рецидивы тиреотоксикоза, т.к. высокий уровень АТ к рецепторам ТТГ. Прогноз для жизни и труда – благоприятный при проведении адекватной и своевременной терапии. На фоне лечения тиреостатиком – контроль ОАК в первые 3 месяца лечения 1 раз в 7-10 дней, затем каждый месяц, АЛТ, АСТ, билирубин, общий белок на фоне приема тиреостатиков, контроль АТ к рецептору ТТГ, ТТГ, Т4 св во время терапии, после отмены терапии. УЗИ щитовидной железы.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 174 [K002015]**

1. Диффузный токсический зоб IIст (ВОЗ), тиреотоксикоз средней степени. Эндокринная офтальмопатия I ст. Нарушенная гликемия натощак.

2. Диагноз «ДТЗ, тиреотоксикоз» поставлен на основании увеличения щитовидной железы (видна на глаз), синдромов тиреотоксикоза – потливость, снижение массы тела, раздражительность, тахикардия, увеличение пульсового АД, глазных симптомов, симптома Мари, субфибрилитета, ТТГ снижен, Т4 св-повышен.

Степень зоба II – щитовидная железа пациентки видна на глаз.

Диагноз «эндокринная офтальмопатия I стадии» подтверждает - припухлость век, ощущение «песка в глазах», светобоязнь.

Нарушенная гликемия натощак - уровень глюкозы плазмы натощак 6,6 ммоль/л. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

141

3. АТ к рецептору ТТГ-подтверждение диагноза ДТЗ, ОАК (оценка лейкоцитарной формулы, использование тиреостатиков для лечения заболевания вызывает лейкопению), биохимия крови – общий белок, АЛТ, АСТ, креатинин, мочевина- на фоне некомпенсированного тиреотоксикоза возможно развитие дистрофических изменений в печени, почках; УЗИ щитовидной железы- оценка размеров зоба, структурных изменений ЩЖ, поиск узловых и объѐмных образований, R-графия ОГК (исключение инфильтративных изменений во избежание инфекционных осложнений на фоне лечения тиреостатиками); офтальмометрия, глазное дно, УЗИ орбит-оценка, уточнение стадии офтальмопатии; ЭКГ-оценка нарушения ритма и проводимости, гипертрофии отделов сердца. ЭХОКГ- оценка состояния сердца, ФВ, недостаточности клапанов, гипертрофии миокарда отделов сердца, дилатация полостей (диагностика развития тиреотоксического сердца); гликемический профиль, НвА1с; на фоне лечения тиреостатиками в динамике исследование ТТГ, Т4 св, АТ к рецептору ТТГ, ОАК, ЭКГ, офтальмометрии.

4. Анаприлин по 20 мг 3раза/сут (в-адреноблокатор для минимизации симптомов гиперадренергии в результате потенциирующего эффекта избытка тиреоидных гормонов). Тирозол (тиреостатик, блокирующий образование тиреоидных гормонов в щитовидной железе) по 10мг 3 раза/сутки до достижения клинического эутиреоза, затем постепенно снижать дозу на 5 мг/нед до поддерживающей дозы - 10 мг/сутки, через 4 месяца – контроль АТ к рецептору ТТГ, при уменьшении титра, лечение продолжаем на 1,5–2 года, затем отменяем Тирозол на 2 недели, оценка динамики ТТГ, Т4св, АТ- к рецептору ТТГ. При высоком титре антител-оперативное лечение ДТЗ.

5. Возможны рецидивы тиреотоксикоза, если будет сохраняться высокий уровень АТ к рецепторам ТТГ на фоне лечения тиреостатиками. Прогноз для жизни и труда – благоприятный при адекватном лечении. На фоне лечения тиреостатиком – контроль ОАК в первые 3 месяца лечения 1 раз в 7-10 дней, затем каждый месяц, АЛТ, АСТ, билирубин, общий белок, контроль АТ к рецептору ТТГ, ТТГ, Т4 св во время терапии, после отмены терапии.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 175 [K002016]**

1. СД 2 типа, индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина менее 7,0%.

Диабетическая непролиферативная ретинопатия;

Диабетическая периферическая нейропатия, сенсорная форма. НАЖБП.

Артериальная гипертензия 2 ст, риск 4.

Ожирение 2 ст (ИМТ=36,1 кг/м²), абдоминальный тип.

2. Диагноз «СД 2 тип» выставлен на основании синдрома хронической гипергликемии (натощак уровень гликемии – 10,1, случайно определенный уровень гликемии – 15,0 ммоль/л) и характерных осложнений СД (диабетической ретинопатии, полинейропатии, стеатогепатоза - НАЖБП). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

142

Диагноз «д. полинейропатия» выставлен на основании отсутствия температурной чувствительности на стопах и в нижней 1/3 голени, тактильная и болевая чувствительность сохранены.

Диагноз «д. ретинопатия I степени» подтвержден данными осмотра глазного дна.

Диагноз «ожирение (абдоминальный тип)» выставлен на основании ИМТ - 36,14 кг/м²;

Диагноз «НАЖБП» подтвержден увеличенными размерами печени (объективно и данными УЗИ - увеличение КВР правой доли), а также заболеваниями, лежащими в основе НАЖБП: СД2 и ожирение.

Диагноз «АГ» подтверждается повышением САД- 175 мм рт. ст (2 степень), ГЛЖ, СД, ожирение (высокий риск),

3. ОАК - исключение анемии, воспалительных изменений крови, ОАМ – разовая протеинурия, возможные микрогематурия, цилиндрурия, лейкоцитурия, бактериурия (инфекция мочевыводящих путей при СД), моча на кетоновые тела. Определение МАУ, суточной протеинурии, СКФ, креатинина, мочевины, калия для оценки функционального состояния почек и своевременного выявления осложнения СД - диабетической нефропатии и уточнения еѐ стадии, липидограмма (повышение атерогенных фракций липидов), АЛТ, АСТ, общий белок, билирубин и его фракции - оценка функционального состояния печени, исключение синдрома цитолиза на фоне стеатогепатита; мочевая кислота (метаболический синдром),

ЭКГ (оценка ритма и проводимости, гипертрофии отделов сердца),

ЭМГ нижних конечностей (уточнение стадии д. полинейропатии), УЗДГ артерий нижних конечностей (исключение атеросклеротических изменений артерий нижних конечностей, оценка степени стенозов), гликированный гемоглобин - определение тактики ведения пациента и назначение стартовой сахароснижающей терапии, динамика изменений на фоне лечения.

4. Диета 9, так как у пациента имеется ожирение, рекомендуется низкокалорийная диета (менее 1800, но не 1500 ккал/сут), снижение калорийности от исходно уровня проводится по 300-500 ккал/нед, голодание запрещено, исключить легкоусвояемые углеводы - сахар, печенье, конфеты, варенье, вафли, пирожные, мед, сладкие напитки, торты, шоколад, сухофрукты, бананы, виноград, дыню, манную и рисовую каши, питание дробное 4-6 раз в день небольшими порциями, ограничение потребления поваренной соли до 3г/сут (АГ), Метформин с 500 мг/сут постепенно увеличивая дозу до 2000 мг/сут (для уменьшения ИР, снижения гипергликемии за счет повышения чувствительности клеток к эндогенному инсулину, улучшения липидного спектра крови, снижения массы тела); статины (при гиперхолестеринемии), ингибиторы АПФ (нефропротективный и гипотензивный эффекты), препараты тиоктовой кислоты, 600 ЕД действующего вещества в 200 мл физ .р-ра, в/в капельно, 10 дней, затем в таблетках - 600 мг/сут, 2 месяца (при полинейропатии назначается в связи с антиоксидантным и метаболическим эффектами). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

143

5. При соблюдении рекомендаций, снижении массы тела, контроле гликемии и компенсации диабета-благоприятный, так как остановится прогрессирование осложнений, в противном случае прогрессирование осложнений до развития слепоты, ХПН, инфарктов, инсультов, переход на инсулинотерапию при истощении в-клеток. Выбор терапии и титрация доз по данным гликемии в течение дня до и через 2 часа после приѐма пищи, натощак (целевые значения гликемии для пациентки в настоящее время- натощак менее 7,0 ммоль/л, через 2 часа после приема пищи- менее 9,0 ммоль/л). ОАК, ОАМ – 1 раз в год, МАУ - 1 раз в год, биохимическое исследование крови – общий белок, АЛТ, АСТ, липидограмма, креатинин, мочевина, билирубин, калий, натрий – 1 раз в год, СКФ – 1 раз в год, ЭКГ- 1 раз в год, исследование гликированного гемоглобина – 1 раз в 3 месяца, глазное дно – 1 раз в год, осмотр ног и оценка чувствительности - 1 раз в год, измерение АД - при каждом посещении врача, в домашних условиях, ведение дневника самоконтроля для коррекции терапии.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 176 [K002017]**

1. Хронический аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма. Манифестный гипотиреоз. Вторичная аменорея. Хроническая железодефицитная анемия легкой степени тяжести.

2. Диагноз «гипотиреоз» выставлен на основании данных анамнеза, выделенных синдромов гипотиреоза: гипотиреоидная дермопатия (сухость, бледность кожи, выпадение волос), нарушения овариально-менструального цикла (отсутствие менструаций), поражения нервной системы (астения, когнитивные нарушения), анемический синдром, сидеропенический синдром (бледность кожи, нарушение трофики кожи, снижение эритроцитов, гемоглобина, железа), синдром поражения пищеварительной системы (запоры). Гипотиреоз манифестный: повышен ТТГ, снижен Т4 св. Аутоиммунный синдром - повышенный титр АТ к ТПО (ХАИТ). ХАИТ, атрофическая форма подтвержден наличием гипотиреоза, АТ-ТПО, данными УЗИ – уменьшение объѐма железы и диффузные изменения еѐ паренхимы. Степень тяжести анемии оценена по уровню гемоглобина. Аменорея подтверждена отсутствием менструаций и обусловлена наличием гипотиреоза, с последующим повышением тиреолиберина, пролактина и снижением ЛГ и ФСГ.

3. Липидограмма (на фоне гипотиреоза возможно повышение холестерина); ЭКГ- оценка ритма и проводимости, для гипотиреоза характерна брадикардия; Эхо-КГ- оценка состояния сердца, ФВ, полостей сердца, исключение гидроперикарда при гипотиреозе ; железистый комплекс - диагностика ЖДА; Пролактин, ФСГ, ЛГ, Эстрадиол, прогестерон – нарушение выработки при первичном гипотиреозе, подтверждение гиперпролактинемического гипогонадизма; УЗИ малого таза – возможен поликистоз яичников, исключение первичного характера аменореи; МРТ гипофиза (исключение синдрома «пустого турецкого седла», опухоли гипофиза на фоне длительной стимуляции тиреотрофов и лактотрофов при первичном гипотиреозе). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

144

4. ЗГТ-Левотироксин 1,6 мкг/кг массы тела, начиная с 50 мкг с последующим повышением дозы до постоянной поддерживающей за 1 месяц. Цель – уровень ТТГ 0,5-1,5 мкМЕ/мл. Препараты железа для лечения анемии: нормализации уровня гемоглобина. Этиологического лечения АИТ не существует.

5. Благоприятный прогноз при регулярном приѐме тиреоидных гормонов, при отказе от него - развитие ИБС, сердечной недостаточности, гидроперикарда, когнитивных нарушений, гипотиреоидной комы. В динамике оценивать ОАК, железистый комплекс (оценка коррекции анемии), ТТГ, Т4 св- на фоне терапии через месяц, при нормализации ТТГ – сначала 1 раз в 6 месяцев, затем 1 раз в год.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 177 [K002018]**

1. Хроническая надпочечниковая недостаточность, средней степени тяжести, ст. декомпенсация.

2. Диагноз выставлен на основании данных анамнеза, выделенных синдромов: дерматопатии (гиперпигментации), астении (общая слабость и слабость в мышцах рук и ног, нарастающая к вечеру), дистрофии (снижение массы тела на 5 кг), диспепсии (снижение аппетита), артериальной гипотензии (90/60 мм рт.ст в положении лежа, сидя 80/50 мм рт ст.); надпочечниковая недостаточность имеет первичный характер вследствие наличия в клинике гиперпигментации кожных покровов (следствие повышения АКТГ и МСГ), тенденция к гиперкалиемии и гипонатриемии (вследствие снижения секреции альдостерона, что указывает на первичный генез поражения), средняя степень тяжести - пациентка требует назначения заместительной терапии.

3. Кортизол крови (8 и 23.00), АКТГ (8 и 23.00), экскреция свободного кортизола с мочой, альдостерон, ренин - подтверждение наличия надпочечниковой недостаточности (дефицита глюко- и минералокортикоидов (альдостерон снижен, активность ренина плазмы повышена), установление еѐ первичного характера (АКТГ повышен), проба Манту, ПЦР, рентгенография органов грудной клетки - исключение туберкулѐза как частой причины развития первичной надпочечниковой недостаточности, ВИЧ, сифилис. КТ забрюшинного пространства - оценка структуры и размеров надпочечников, гипоплазия, деструкция метастазами, каверны туберкулѐзные.

4. Заместительная гормональная терапия вследствие недостаточной выработки гормонов корой надпочечников ГКС и МК: Гидрокортизон (Кортизон, Кортеф) 12-15 мг/м², в среднем по 30 мг/сут (20 мг утром и 10 мг после обеда), или Кортизона ацетат 40-50 мг (25 г утром и 12.5 мг после обеда) или Преднизолон 5 мг утром и 2.5 мг после обеда. Минералокортикоиды – Флудрокортизон 0,1 мг в день. Если у пациента плохое самочувствие в вечерние часы и рано утром, то нужно перейти на 3-разовую схему: 1- приѐм- 1/2 дозы рано утром, 2 – приѐм- 1/4 дозы в 14.00, 3 – приѐм -1/4 дозы- в 20.00 часов.

При стрессовых ситуациях, инфекционных заболеваниях вследствие увеличения потребности в ГК доза гормонов должна быть увеличена в 1,5-2 раза Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

145

5. Благоприятный прогноз при ранней диагностике и регулярном приѐме гормонов, при отказе от него – резкая декомпенсация. Больные не должны заниматься тяжѐлым физическим трудом, избегать стрессов, инфекционных осложнений, должны быть обучены, что при этих состояниях дозу ГК необходимо увеличить. При признаках декомпенсации (слабости, недомогания, гипотонии) обратиться к врачу-терапевту участковому. Критериями адекватности терапии являются данные клиники и самочувствия пациента. Динамический контроль: ОАК, ОАМ, АЛТ, АСТ, общий белок, калий, натрий, хлор, креатинин, мочевина, ЭКГ, АД,

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 178 [K002021]**

1. Послеоперационный гипотиреоз (субтотальная резекция щитовидной железы 2010 г.), манифестный, ст. декомпенсация.

Хроническая железодефицитная анемия, лѐгкой степени тяжести.

2. Диагноз «гипотиреоз» выставлен на основании анамнеза (операция на щитовидной железе по поводу ДТЗ), выделенных синдромов: гипотиреоидная дермопатия (сухость, пастозность кожи, отпечатки зубов на языке), поражение сердечно-сосудистой системы (брадикардия, артериальная гипотония), поражение нервной системы (сонливость, слабость), анемический (снижены гемоглобин, эритроциты). Гипотиреоз манифестный (клиника гипотиреоза, ТТГ-повышен, Т4 св-снижен); железодефицитная анемия легкой степени (по уровню снижения гемоглобина и сывороточного железа).

3. Липидограмма (на фоне гипотиреоза повышение холестерина); ЭКГ- оценка ритма и проводимости, для гипотиреоза характерна брадикардия; Эхо-КГ- оценка состояния сердца, ФВ, полостей сердца, исключение гидроперикарда при гипотиреозе; железистый комплекс (диагностика ЖДА); в динамике на фоне лечения Левотироксином исследование ТТГ, Т4 св. (для решения вопроса о необходимости титрации доз Л-тироксина), исследование железистого комплекса (коррекция дефицита железа).

4. Восполнение дефицита тиреоидных гормонов проводить Левотироксином 1,6 мкг/кг массы тела/сутки. Начинать с суточной дозы 50 мкг (молодой возраст и нет тяжѐлого поражения сердца) с последующим повышением дозы (в течение 1 месяца) до постоянной поддерживающей. Цель – достижение клинического эутиреоза и уровня ТТГ 0,5-1,5 мкМЕ/мл. Препараты железа (лечение ЖДА) до нормализации уровня гемоглобина.

5. Благоприятный прогноз при регулярном приѐме тиреоидных гормонов, при отказе от него - развитие ИБС, сердечной недостаточности, гидроперикарда, когнитивных нарушений, гипотиреоидной комы. В динамике: исследование ОАК, железистого комплекса (оценка коррекции анемии), ТТГ, Т4 св - на фоне терапии через 3 месяца, при нормализации ТТГ – сначала 1 раз в 6 месяцев, затем 1 раз в год.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 179 [K002022]**

1. Болезнь Иценко-Кушинга, средней степени тяжести, прогрессирующее течение. Стероидный сахарный диабет. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

146

2. Диагноз «болезнь Иценко - Кушинга (БИК)» поставлен на основании: жалоб на головные боли, мелькание мушек перед глазами, постоянную жажду, учащенное мочеиспускание, боли в пояснице, резкую слабость; данных анамнеза: заметно изменилась внешность больной (покраснело и округлилось лицо, похудели конечности, увеличился в объѐме живот, стала сухой кожа, поредели волосы на голове, имеются усы, отсутствие менструаций в течение 5 лет), выделенных синдромов: матронизма; дермопатии; гирсутизма; АГ; хронической гипергликемии; гипокалиемии; нарушения обмена кальция; миопатии; гипогонадизма, ожирения.

3. Пациентке рекомендовано: определение уровня кортизола в крови в 8.00 и 23.00 для подтверждения гиперкортицизма. Определение АКТГ в плазме крови: характерно повышение АКТГ утром и отсутствие снижения вечером.

Дексаметазоновый тест для дифференциальной диагностики с функциональным гиперкортицизмом.

Малая проба: характерно отсутствие подавления продукции кортизола надпочечниками дексаметазоном.

Большая проба (для диф. диангостики БИК и СИК): положительная.

МРТ и КТ головного мозга: позволяет выявить микро- или макроаденому гипофиза.

4. Основными методами лечения БИК являются хирургический (транссфеноидальная аденомэктомия) и лучевой (протонотерапия).

Хирургическое лечение.

Транссфеноидальная аденомэктомия используется практически при любойстепени тяжести БИК, при наличии аденомы гипофиза по данным МРТ или КТ. Быстрая и стойкая ремиссия заболевания достигается в 84-95% случаев. Этот метод практически не имеет противопоказаний (кроме тяжелых сопутствующих соматических заболеваний), сопровождается минимальным количеством серьѐзных осложнений (около 2-3%) и низкой послеоперационной летальностью (0-1 %). Тактика ведения больных при отсутствии достижения ремиссии или рецидиве заболевания в каждом конкретном случае требует индивидуального подхода: повторная аденомэктомия, лучевая терапия, медикаментозная терапия блокаторами стероидогенеза.

Лучевая терапия. Включает протонное облучение.

При протонном облучении использует узкие пучки протонов, обладающие высокой энергией и большой проникающей способностью. Облучение проводят однократно, доза облучения составляет 80-90 Гр. Абсолютными противопоказаниями к проведению протонотерапии являются опухоль гипофиза более 15 мм в диаметре и супраселлярное еѐ распространение. Эффективность протонотерапии как самостоятельного метода лечения у пациентов молодого возраста при легком течении заболевания может достигать 96% (через 1-2 года). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

147

Медикаментозная терапия гиперкортицизма.

При всех формах патологического эндогенного гиперкортицизмамедикаментозную терапию применяют только как дополнение к основным методам лечения с целью снижения секреции кортизола и скорейшего наступления ремиссии заболевания.

В рамках подготовки больного к оперативному лечению или лучевой терапии, в послеоперационном периоде с целью сокращения времени наступления ремиссии назначают:

Аминоглутетимид (мамомит) блокирует начальные этапы стероидогенеза, нарушая превращение холестерина в прегненолон. Препарат дает достаточно быстрый эффект, но при его отмене симптомы гиперкортицизма быстро появляются вновь. Назначают по 250 мг 2-3 р/сут (в 8-9 часов и 16-18 часов), под контролем экскреции кортизола в суточной моче не реже, чем 1 раз в 10-12 дней до операции или наступления ремиссии после оперативного лечения; при необходимости возможно увеличение дозы на 250 мг/сут каждую неделю до максимально переносимой дозы, но не более 1000-1500 мг/сут или

Кетоконазол ингибирует стероидогенез на нескольких уровнях, наибольшее значение имеет блокада превращения холестерина в прегненолон. Назначают внутрь по 200 мг 2-3 р/сут. под контролем экскреции кортизола в суточной моче не реже чем 1 раз в 10-12 дней до операции или наступления ремиссии после оперативного лечения, возможно увеличение дозы до максимальной – 1000 мг/сут или

Митотан оказывает цитотоксическое действие на кору надпочечников, т. е. является адренолитическим средством. Назначают внутрь по 500 мг 2-3 р/сут под контролем экскреции кортизола в суточной моче не реже чем 1 раз в 10-12 дней до операции или наступления ремиссии после оперативного лечения, возможно увеличение дозы до 3-5 г/сут, а при необходимости и хорошей переносимости ЛС - до 8-12 г/сут.

5. Прогноз для пациентов с БИК зависит от длительности, тяжести заболевания и возраста больного. При небольшой длительности заболевания, легкой форме и возрасте до 30 лет прогноз благоприятный. После успешного лечения наблюдается выздоровление. В случаях средне тяжѐлых, с длительным течением заболевания после нормализации функции коры надпочечников часто остаются необратимые нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы, гипертензия, нарушение функции почек, сахарный диабет, остеопороз. Тактика дальнейшего ведения: в случае отсутствия ремиссии после оперативного лечения и/или лучевой терапии больной получает медикаментозную терапию под наблюдением врача-эндокринолога по месту жительства. В период титрования дозы лекарственного препарата контроль уровня кортизола в крови производится 1 раз в месяц, затем - 1 раз в 2 месяца. Для определения достижения ремиссии необходимо отменить препараты на 1-2 месяца под контролем уровней кортизола и АКТГ в крови. При сохранении показателей гормонов на нормальном уровне лечение прекратить. При достижении ремиссии заболевания после аденомэктомии или многоэтапного лечения – контроль кортизола 1 раз в 3- 6 месяцев и контрольная МРТ турецкого седла 1 раз в год. Лечение осложнений БИК – остеопороза, кардиопатии, энцефалопатии. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

148

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 180 [K002023]**

1. Синдром Иценко - Кушинга. Кортикостерома правого надпочечника.

2. Диагноз «синдром Иценко - Кушинга (СИК)» поставлен на основании: жалоб на головные боли, мелькание мушек перед глазами, постоянную жажду, учащенное мочеиспускание, боли в пояснице, резкую слабость; данных анамнеза: заметно изменилась внешность больного (округлилось лицо, похудели конечности, увеличился в объѐме живот, беспокоит сухость кожи, выпадение волос на голове), выделенных синдромов гиперкортицизма, хронической гипергликемии, артериальной гипертензии, ожирения, дермопатии, астении, остеопороза. Ожирение – следствие гиперкортизолизма с липогенезом в центральных частях тела и липолизом в области конечностей. Стрии - следствие катаболизма белков с истончением и ранимостью кожи. Мышечная слабость – следствие катаболизма белков. Причина АГ - задержка натрия, воды, вазоконстрикция. На периферические сосуды ГК оказывают синергическое с КА влияние. Гипергликемия - следствие избытка ГК, повышения глюконеогенеза, снижения утилизации глюкозы. Остеопороз - следствие катаболизма белка, уменьшение белковой матрицы кости, снижение содержания органического вещества и его компонентов (коллагена и мукополисахаридов), резорбции кальция из кости, уменьшения в сыворотке крови уровня остеокальцина (маркер костеобразования), уменьшение всасывания кальция в кишечнике и увеличения его потерь с мочой (гиперкальциурия).

Также в пользу диагноза СИК, кортикостерома говорят данные инструментальных обследований – по УЗИ надпочечников правый надпочечник значительно увеличен в объеме.

3. Необходим мониторинг следующих лабораторных и инструментальных методов обследования: определение уровня кортизола в крови в 8.00 и 23.00 для подтверждения гиперкортицизма.

Дексаметазоновый тест для диф. диагностики с функциональным гиперкортицизмом.

Малая проба: характерно отсутствие подавления продукции кортизола надпочечниками дексаметазоном.

Большая проба (для диф. диангостики БИК и СИК): отрицательная.

АКТГ крови (8 и 23.00). При значении АКТГ менее 10 пг/мл или ниже референсных значений.

КТ или МРТ надпочечников (при БИК- увеличены оба надпочечника, при СИК - один надпочечник увеличен, второй уменьшен), денситометрия - для определения тяжести остеопороза.

4. Основной метод лечения – адреналэктомия.

Медикаментозную терапию применяют только как подготовку к операции. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

149

Аминоглутетимид (Мамомит) блокирует начальные этапы стероидогенеза, нарушая превращение холестерина в прегненолон. 250 мг 2-3 р/сут (в 8-9 часов и 16-18 часов), под контролем экскреции кортизола в суточной моче 1 раз в 10-12 дней до операции; при необходимости - увеличение дозы на 250 мг/сут каждую неделю, но не более 1000-1500 мг/сут. Кетоконазол ингибирует стероидогенез на нескольких уровнях, наибольшее значение имеет блокада превращения холестерина в прегненолон. Назначают внутрь по 200 мг 2-3 р/сут. под контролем экскреции кортизола в суточной моче не реже чем 1 раз в 10-12 дней до операции, возможно увеличение дозы до максимальной – 1000 мг/сут или

Митотан оказывает цитотоксическое действие на кору надпочечников, т.е. является адренолитическим средством. Назначают внутрь по 500 мг 2-3 р/сут под контролем экскреции кортизола в суточной моче не реже чем 1 раз в 10-12 дней до операции, возможно увеличение дозы до 3-5 г/сут, а при необходимости и хорошей переносимости ЛС - до 8-12 г/сут.

Выбор ЛС и коррекция дозы зависят от переносимости, а также от клинических проявлений заболевания и выраженности гиперкортицизма. Лечение начинают со средних доз, затем дозу корректируют в зависимости от суточной экскреции кортизола с мочой.

5. Прогноз для пациентов с СИК зависит от длительности, тяжести заболевания и возраста больного. При небольшой длительности заболевания, лѐгкой форме и возрасте до 30 лет прогноз благоприятный. После успешного лечения наблюдается выздоровление. В случаях средне тяжѐлых, с длительным течением после нормализации функции коры надпочечников часто остаются необратимые нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы, гипертензия, нарушение функции почек, сахарный диабет, остеопороз.

После операции требуется назначение глюкокортикоидов по схеме: в первые сутки внутривенно вводят 25–50 мг Гидрокортизона (Солу-кортеф, Гидрокортизона гемисукцинат) каждые 4 часа, на вторые — по 25–50 мг через каждые 6 часов, на третьи — каждые 8 часов (внутривенно или внутримышечно) с одновременным назначением 15–20 мг гидрокортизона (Солу-кортефа) внутрь. В дальнейшем парентеральное введение глюкокортикоидов постепенно прекращают, с учетом клинической симптоматики снижают дозу гидрокортизона (Солу-кортефа) до его полной отмены.

Дальнейшее ведение.

У всех пациентов после удаления кортикостеромы развивается надпочечниковая недостаточность различной степени выраженности и длительности, поэтому в послеоперационном периоде пациенты получают терапию гидрокортизоном. После выписки из стационара в течение нескольких недель или месяцев под контролем самочувствия дозу глюкокортикоидов уменьшают до их полной отмены. Обычно уменьшают дозу гидрокортизона (Солу-кортефа) на 2,5–5,0 мг каждые 7–10 дней, однако при появлении клинических признаков НН период между снижениями дозы можно увеличить до 3–4 недель. У части пациентов с длительным анамнезом заболевания потребность в экзогенных глюкокортикоидах может сохраняться всю жизнь. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

150

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 181 [K002024]**

1. Хронический аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма. Гипотиреоз, манифестный, стадия декомпенсации.

2. Диагноз «аутоиммунный тиреоидит (АИТ), атрофический вариант» поставлен на основании результатов УЗИ щитовидной железы (уменьшение объѐма щитовидной железы), повышенные титры АТ к ТПО - 271 ЕД/мл, АТ к тиреоглобулину – 310 мкг/мл. Диагноз «гипотиреоз» выставлен на основании синдромов: гипотиреоидной дермопатии и эктодермальных нарушений (пастозность лица, выпадение волос, сухость кожных покровов); астенического (слабость), диспепсического (запоры), энцефалопатии (сонливость, снижение памяти), повышения ТТГ, снижения св. Т4. На манифестную ст. гипотиреоза указывают: развернутая клиническая картина гипотиреоза при отсутствии осложнений.

Механизм клинических симптомов: при снижении синтеза ТГ в организме снижаются окислительные процессы и термогенез, накапливаются продукты обмена, что ведет к тяжѐлым нарушениям ЦНС, эндокринной, сердечно-сосудистой, пищеварительной и других систем. При экстрацелюлярном отложении мукополисахаридов развивается муцинозный отѐк различных тканей и органов – микседема.

3. Пациентке рекомендовано:

липидограмма (повышены ЛПНП, триглицериды),

ЭХОКГ для исключения гидроперикарда,

УЗИ внутренних органов для исключения выпота в серозных полостях,

исследование в динамике ТТГ (на фоне лечения-снижение) и св. Т4 (на фоне лечения - повышение).

4. Левотироксин 0,9 мкг/кг массы тела, начиная с 25 мкг с последующим повышением дозы до постоянной поддерживающей за 4-6 месяцев (низкие дозы и медленный темп достижения целевой дозы обусловлены пожилым возрастом больной).

Этиологического лечения АИТ не существует.

5. Прогноз аутоиммунного тиреоидита удовлетворительный. При своевременно начатом лечении снижение функции щитовидной железы удается значительно замедлить и достигнуть длительной ремиссии заболевания. Удовлетворительное самочувствие и нормальная работоспособность больных в некоторых случаях сохраняются более 15 лет, несмотря на возникающие кратковременные обострения АИТ.

Дальнейшее наблюдение у врача-эндокринолога. Контроль ТТГ и Т4 св.: первое определение производится не ранее 6 недель от начала терапии, при достижении эутиреоза – 1 раз в 3 месяца. После достижения клинико-лабораторного эффекта для определения адекватности дозы Левотироксина исследование ТТГ или св Т4 производят 1 раз в 6 месяцев. Цель – уровень ТТГ 0,5 -1,5 мкМЕ/мл. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

151

При неадекватном лечении гипотиреоза -тяжелое поражение внутренних органов с развитием их функциональной недостаточности.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 182 [K002026]**

1. Сахарный диабет 1 типа, HbA1C<6,5% Диабетическая гипогликемическая кома.

2. Диагноз «сахарный диабет 1 типа» поставлен на основании дебюта заболевания в молодом возрасте больного, старта терапии с инсулина, HbA1C<6,5% - так как отсутствуют тяжѐлые макрососудистые осложнения и риск тяжѐлых гипогликемий и молодой возраст.

Диагноз «гипогликемическая кома» выставлен на основе жалоб (на головную боль и дрожь в теле, потливость), данных анамнеза (страдает сахарным диабетом 1 типа, получает инсулин), выделенных синдромов: нейроглюкопенического и гиперадренергического, уровня гликемии 2,2 ммоль/л.

Механизм развития синдромов.

Непосредственной причиной гипогликемических состояний при сахарном диабете обычно являются нарушения режима приѐма пищи, передозировка сахароснижающих препаратов (в данном случае – недостаточное количество углеводов перед физической активностью). Гипогликемия сопровождается дефицитом глюкозы в нейронах головного мозга (вследствие чего возникает чувство голода, снижение умственной и физической работоспособности, неадекватность поведения, сопор, кома). В первую очередь от гипогликемии страдает кора головного мозга, затем подкорковые структуры (сопровождается нарастанием слабости, бледности кожных покровов, головной болью, головокружением), мозжечок (проявляется дезориентацией, агрессивностью, резким повышением тонуса мышц с развитием тонико-клонических судорог, напоминающих эпилептический припадок) и позднее – продолговатый мозг (знаменует начало комы).

Гипогликемия стимулирует симпатоадреналовую систему – происходит выброс в кровь катехоламинов. Для компенсаторного увеличения содержания глюкозы в крови происходит выброс в кровь контринсулярных гормонов: глюкагона, кортизола, соматотропина.

Симптомы гипогликемического состояния появляются при содержании глюкозы в крови ниже 2,78-3,33 ммоль/л.

3. КЩС (норма), белок в суточной моче (норма), электромиография нижних конечностей (норма или снижение проводимости нервного импульса по двигательным волокнам), осмотр глазного дна (наличие ретинопатии, либо ее отсутствие, поскольку длительность диабета небольшая), МАУ (наличие или отсутствие - небольшая длительность СД), креатинин и СКФ (нормальные показатели-небольшая длительность СД, но может быть снижена СКФ или повышен креатинин), АСТ и АЛТ. Билирубин (оценить функцию печени- при такой длительность СД, как правило, в норме). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

152

4. Внутривенное введение 40% раствора глюкозы 20-100 мл до полного восстановления сознания; при отсутствии восстановления сознания - переходят на в/в капельное введение 5% раствора Глюкозы; п/к или в/м введение 1 мг Глюкагона, Преднизолона 30 мг в/м (контринсулярные гормоны, повышают уровень гликемии). При затяжном течении комы - введение осмотических диуретиков: Маннитола или Мочевины 0,5 г/кг (для предупреждения и лечения отѐка мозга). После восстановления сознания больного следует накормить углеводистыми продуктами (булка, хлеб, картофель) для предотвращения рецидива гипогликемического состояния.

5. Прогноз благоприятный при адекватном лечении комы и сахарного диабета. После купирования данного состояния требуется строгий контроль за приѐмом пищи, дозировкой сахароснижающих препаратов и физической активностью. При неадекватном лечении комы - летальный исход. При неадекватном лечении СД - возникновение тяжѐлых осложнений, инвалидизирующих больного и укорачивающих его жизнь.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 183 [K002027]**

1. Сахарный диабет, 1 тип, впервые выявленный. HbA1C<6,5%. Осложнение: кетоацидотическая кома.

2. Диагноз «сахарный диабет» поставлен на основании данных анамнеза (сухость во рту, жажда (выпивала до 8,0 л/сут), полиурия, слабость, похудела на 10 кг), выделенных синдромов: гипергликемии (сахар – 35,6 ммоль/л), гиповолемии, дистрофии (низкий ИМТ-13,5 кг/м2), кетоза (запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Ацетон ++++), ацидоза (шумное, глубокое дыхание, ВЕ-8,3).

Механизм образования синдромов: вследствие абсолютной инсулиновой недостаточности развивается гипергликемия. При повышении концентрации глюкозы крови выше почечного порога (10,0 ммоль/л), происходит выделение сахара с мочой, что стимулирует учащѐнное мочеиспускание. В результате организм теряет жидкость, происходит обезвоживание, что вызывает неутолимую жажду, приводит к сухости, снижению тургора кожных покровов, снижению веса. Вместе с мочой теряются электролиты (хлориды, калий, натрий), в результате появляется слабость. При высоких значениях сахара крови, он не может поступать в клетки из-за отсутствия инсулина, клетки тела испытывают энергетический голод, компенсаторно в печени происходит расщепление гликогена до глюкозы, что ведѐт к еще большим цифрам гликемии. Однако клетки продолжают испытывать энергетический голод, что ведѐт к расщеплению жиров на кетоновые тела (они попадают в клетку и обеспечивают ее питание без посредничества инсулина) как альтернативного источника энергии. Но, попадая в кровь, кетоновые тела (ацетон, бета-оксимаслянная кислота, ацетальдегид) нарушают кислотный баланс, что приводит к ацидозу и выведению их с мочой (кетонурия). Кетоз, ацидоз, снижение ОЦК, гиповолемический коллапс, ДВС синдром приводят к ухудшению кровоснабжения почек - снижения выработки буферных оснований- усугубление ацидоза и электролитных нарушений, азотемия.

Диабет на основании молодого возраста, дебюта с развития кетоацидотической комы. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

153

Целевой HbA1C<6,5% - так как молодой возраст и отсутствие тяжелых макрососудистых осложнений и риска тяжѐлых гипогликемий.

Диагноз «кетоацидотическая кома» выставлен на основании синдромов кетоацидоза (рН крови - 7,23, ВЕ -8,3, в ОАМ - ацетон 4++++), гипергликемии (35,3 ммоль/л), кишечной и желудочной диспепсии, гиперазотемического синдрома (креатинин – 135 мкмоль/л, мочевина 12,7 ммоль/л), электролитных нарушений - гипонатриемиии, гипокалиемии (Na+ - 131,3 ммоль/л, K+ - 3,2 ммоль/л), гепатомегалии, мочевого синдрома, комы.

3. Электромиография (норма или снижение проводимости нервного импульса по двигательным волокнам), осмотр глазного дна (наличие ретинопатии, либо ее отсутствие). МАУ (наличие или отсутствие -небольшая длительность СД), СКФ (нормальные показатели-небольшая длительность СД, но может быть снижена СКФ). АСТ и АЛТ, Билирубин (оценить функцию печени- при такой длительность СД, как правило, в норме).

4. Регидратация в/в 0,9% раствором хлорида натрия. При уровне глюкозы ниже 14 ммоль/л - переход на 5-10%-ный р-р глюкозы. При АД ниже 80 мм рт. ст. – в/в коллоидные плазмозаменители. Скорость регидратации: в 1 час - 1000 мл физ. раствора; во 2 и 3 часы - по 500 мл физ. раствора; затем по 300 мл физ. раствора. Инфузионную терапию ограничивают лишь при полном восстановлении сознания, отсутствии рвоты и возможности применения жидкости через рот. Инсулинотерапию проводят одновременно с регидратацией в/в только ИКД. В первый час- 10-14 ЕД ИКД в/в струйно, а затем в виде медленной капельной инфузии по 6 ЕД в час. Если через 2-3 ч после начала инсулинотерапии уровень гликемии не снижается, следует увеличить дозу инсулина в последующий час. Оптимальная скорость снижения гликемии - 3,89-5,55 ммоль/л в час и не ниже 13-14 ммоль/л в первые сутки (при более быстром снижении возникает опасность синдрома осмотического дисбаланса и отѐка мозга).

При гликемии ниже 14 ммоль/л показано уменьшить дозу ИКД до 3-4 ЕД в/в в «резинку» на каждые 20 г вводимой глюкозы (200 мл 10% или 400 мл 5% раствора глюкозы).

При гликемии 10-12 ммоль/л, нормализации КЩС, восстановлении сознания и стабилизации АД - перевод на п/к дробную терапию.

ИКД: каждые 4-5 ч введение ИКД по уровню гликемии. С первого дня перевода на п/к инсулинотерапию дополнительно вводят пролонгированный инсулин 2 раза в сутки по 10-12 единиц.

Коррекция гипокалиемии – проводится одновременно с регидратацией. Скорость введения – 2,0 г/ч (дозы рассчитываются в зависимости от уровня калия: при его значении менее 3 – вводят 3 г/час, при 3-3,9 вводят 2 г/ч, при 4-4,9 – 1,5 г/ч, при 5-5,9 – 1,0 г/, при более 6 – не вводить). Если уровень К+ не известен, в/в кап введение препаратов калия начинают не позднее чем через 2 часа после начала инсулинотерапии под контролем ЭКГ и диуреза. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

154

Этиологическим лечением метаболического ацидоза являются: инсулинотерапия и регидратация.

Перевод на обычное питание (стол №9) происходит после улучшения состояния, восстановления сознания, способности глотать с введением инсулина короткого действия на принятую пищу (4-8 ЕД).

Для борьбы с ДВС- введение гепарина по 5000ЕД 2 раза в сутки.

5. При своевременной коррекции биохимических нарушений - благоприятный. При несвоевременной и неадекватной терапии кетоацидоз через короткую стадию прекомы переходит в диабетическую кому, летальный исход. Дальнейшее наблюдение у врача-эндокринолога по месту жительства. Мониторинг пациентов включает в себя: самоконтроль гликемии - не менее 4 раз ежедневно. Гликированный гемоглобин HbA1c 1 раз в 3 месяцев. Непрерывное мониторирование уровня глюкозы крови (CGM) - по показаниям. Общий анализ крови 1 раз в год. Общий анализ мочи 1 раз в год. Микроальбуминурия 1 раз в год. Биохимический анализ крови (белок, общий холестерин, ХЛВП, ХЛНП, триглицериды, билирубин, АСТ, АЛТ, мочевина, креатинин, калий, натрий, расчет СКФ) 1 раз в год (при отсутствии изменений). Контроль АД -при каждом посещении врача. При наличии артериальной гипертонии – самоконтроль 2-3 раза в день. ЭКГ 1 раз в год. Осмотр ног и оценка чувствительности - не реже 1 раза в год, по показаниям – чаще. Проверка техники и осмотр мест инъекций инсулина - не реже 1 раза в 6 месяцев. Осмотр врачом-офтальмологом (офтальмоскопия с широким зрачком) 1 раз в год, по показаниям – чаще. Консультация врача-невролога – по показаниям. Рентгенография органов грудной клетки 1 раз в год.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 184 [K002029]**

1. Туберкулѐз надпочечников. Хроническая надпочечниковая недостаточность, тяжѐлой степени тяжести. Анемия лѐгкой степени тяжести (вследствие надпочечниковой недостаточности). Фиброзно-кавернозный туберкулѐз лѐгких, МБТ (-), множественная лекарственная устойчивость.

2. Диагноз «туберкулѐз надпочечников» поставлен на основании: данных анамнеза – перенесѐнный фиброзно-кавернозный туберкулѐз лѐгких, на КТ надпочечников: размеры обоих надпочечников увеличены, определяются участки кальцификации, характерная для туберкулѐза надпочечников картина.

Диагноз «хроническая надпочечниковая недостаточность» выставлен на основе выделенных синдромов: дерматопатии (гиперпигментации), астении (слабость), диспепсии (тошнота, снижение аппетита, диарея, болезненность живота), артериальной гипотензии (85/60 мм рт.ст. в положении лежа, в положении сидя - еще большее снижение АД- 75/45 мм рт.ст.); надпочечниковая недостаточность имеет первичный характер (указывает гиперпигментация кожных покровов из-за повышения АКТГ и МСГ, тенденция к гиперкалиемии и гипонатриемии (вследствие снижения секреции альдостерона, что свидетельствует о первичном генезе поражения), тяжѐлая степень тяжести - пациент требует заместительной терапии и глюко- и минералокортикоидами. На декомпенсацию ХНН указывает наличие большого количества синдромов. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

155

Анемия легкой степени выставлена на основе данных ОАК (гемоглобин 110 г/л).

Диагноз «фиброзно-кавернозный туберкулез легких» выставлен на основе анамнеза, данных Р-граммы легких.

Механизм развития синдромов.

Гиперпигментация кожи и слизистых оболочек - следствие избыточной секреции АКТГ и β-меланоцитостимулирующего гормона. Общая и мышечная слабость – следствие гипогликемии, ги понатриемии и гиперкалиемии. Снижение массы тела - следствие дегидратации, снижения аппетита. Диспепсические расстройства -следствие снижения секреции соляной кислоты, пепсина и повышения секреции хлорида натрия в просвет кишечника. Артериальная гипотензия -следствие снижения уровня минералокортикоидов и глюкокортикоидов: дегидратации, снижения общего количества натрия в организме, уменьшения внеклеточного объема жидкости, усугубляемого рвотой и диареей.

Анемия – следствие глюкокортикоидной недостаточности и нарушения всасывания железа на фоне диспепсии, нарушения аппетита.

3. Кортизол крови (8 и 23.00), АКТГ (8 и 23.00), экскреция свободного кортизола с мочой, альдостерон, ренин- подтверждение наличия надпочечниковой недостаточности (дефицита глюко- и минералокортикоидов (альдостерон снижен, активность ренина плазмы повышена), установление еѐ первичного характера (АКТГ повышен).

Проба Манту, ПЦР для подтверждения туберкулѐза.

Сывороточное Fe, железистый комплекс для уточнения генеза анемии.

4. В/в Гидрокортизон натрия сукцинат 100 мг 3 раза в день. Одновременно с внутривенным введением гидрокортизона натрия сукцината назначают Гидрокортизона ацетат в виде суспензии по 50-75 мг в/м каждые 4-6 часов в первые сутки.

Внутривенная инфузия 0,9% раствора NaCl и 5% раствора глюкозы до устранения дегидратации и гипонатриемии.

Инфузионную терапию прекращают при стабилизации АД на уровне 110/70 мм рт. ст.

При стабилизации состояния перевод на постоянную заместительную гормональную терапию:

Гидрокортизон (Кортизон, Кортеф) 12-15 мг/м², в среднем по 30 мг/сут. (20 мг утром и 10 мг после обеда), или Кортизон ацетат 40-50 мг (25 г утром и 12.5 мг после обеда) или Педнизолон 5 мг утром и 2.5 мг после обеда.

Минералокортикоиды – Кортинеф 0,1 мг в день утром.

Противотуберкулезная терапия.

Назначение препаратов железа при подтверждении ЖДА. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

156

5. Прогноз: удовлетворительный при регулярном приѐме гормонов, при отказе от него – резкая декомпенсация. Больные должны: избегать стрессов, инфекционных осложнений, быть обучены, что при этих состояниях дозу ГК необходимо увеличить. Им противопоказаны занятия тяжѐлым физическим трудом. При признаках декомпенсации (слабости, недомогания, гипотонии) следует обратиться к врачу. Критериями адекватности терапии являются данные клиники и самочувствия пациента. Динамический контроль: ОАК, ОАМ, АЛТ, АСТ, общий белок, калий, натрий, хлор, креатинин, мочевина, ЭКГ, АД.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 185 [K002032]**

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, лѐгкая 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 – 2,9×1012/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 вдень (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. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

157

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 186 [K002033]**

1. Железодефицитная анемия, средней степени тяжести.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб на утомляемость, общую слабость, эпизоды головокружения, сердцебиение и одышку при физической нагрузке; данных анамнеза: слабость, головокружения появились год тому назад во время беременности, месячные с 13 лет, обильные первые 3-4 дня, по 5-6 дней, регулярные, в настоящее время осуществляет грудное вскармливание ребѐнка; данных объективного осмотра: бледность и сухость кожных покровов, ногти с поперечной исчерченностью, слоятся, волосы ломкие; лабораторного обследования: гемоглобин – 75 г/л, эритроциты – 3,3×1012/л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ - 12 мм/час, MCV - 70 фл., MCH - 21,0 пг, анизоцитоз, пойкилоцитоз, железо сыворотки - 6 мкмоль/л.

3. - Клинические анализ крови;

- биохимический анализ крови: уровень сывороточного железа и ферритина; ОЖСС и ЛЖСС;

- дополнительные лабораторные и инструментальные исследования для выявления причины развития анемии.

4. - Устранение этиологических факторов;

- лечебное питание;

- лечение железосодержащими препаратами: препараты, содержащие двухвалентное железо (Ферроградумент, Сорбифер дурулес, Тардиферон, Тотема, Актиферрин, Ферретаб, Гемофер), и препараты, содержащие трѐхвалентное железо (Мальтофер, Феррум лек, Мальтофер фол, Ферлатум).

5. - Противорецедивная (поддерживающая) терапия: приѐм препаратов железа короткими курсами по 7-10 дней ежемесячно;

- профилактический курс длительностью 6 недель (суточная доза железа 40 мг), затем проводятся два 6-недельных курса в год или прием 30-40 мг железа ежедневно в течение 7-10 дней после менструации.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 187 [K002034]**

1. Аутоиммунная гемолитическая анемия.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб на общую слабость, головокружение, желтушное окрашивание кожи и склер; данных анамнеза: после приѐма Парацетамола появилось желтушное окрашивание кожи и склер, нарастающая слабость; данных объективного осмотра: кожа бледно-желтушной окраски с лимонным оттенком, склеры иктеричны, печень у края рѐберной дуги, селезенка +3 см; лабораторного обследования: гемоглобин – 90 г/л, эритроциты – 3,1×1012/л, ЦП - 0,9, ретикулоциты - 3%, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ - 10 мм/час. Билирубин крови - 33 мкмоль/л, реакция непрямая. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

158

3. Пробы Кумбса (прямая, непрямая); монофазные гемолизины на мембранах эритроцитах.

4. - Глюкокортикоиды (Преднизолон в суточной дозе 60-80 мг);

- иммунодепрессаты (6-меркаптопурин, Имуран, Хлорбутин, Метотрексат);

- спленэктомия.

5. Может развиться гемолитический криз - синдром, характеризующийся резким обострением клинических и лабораторных признаков гемолиза эритроцитов. Лечение: антигистаминные и гормональные препараты, дезинтоксикация, профилактика ОПН (NaHCO3), ворсированный диурез (Фуросемид), профилактика тромбозов - антикоагулянты, при повторных гемолитических кризах - спленэктомия.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 188 [K002035]**

1. В12-дефицитная анемия, тяжѐлой степени.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб на слабость, утомляемость, одышку и сердцебиение при небольшой физической нагрузке, жжение в языке, чувство онемения в подошвах стоп; данных объективного осмотра: кожа и слизистые бледные с желтушным оттенком, лицо отѐчное, язык малиновый, блестящий, сосочки атрофированы, усилены рефлексы, снижена чувствительность на стопах и кистях рук; лабораторного обследования: клинический анализ крови: гемоглобин – 63 г/л, эритроциты – 2,6×1012/л, MCV - 110 фл, тельца Жолли и кольца Кебота, пойкилоцитоз. Билирубин - 55 мкмоль/л, непрямой - 45 мкмоль/л. Результаты стернальной пункции: эритроидная гиперплазия костного мозга, мегалобластный тип кроветворения, соотношение эритроидных и миелоидных элементов 1:1, снижено количество мегакариоцитов, определяются гигантские метамиелоциты.

3. - Определение витамина В12 и фолиевой кислоты;

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

4. Внутримышечные инъекции витамина В12 (Цианокобаламин, Оксикобаламин, Аденозилкобаламин).

5. - Повышение уровня ретикулоцитов;

- повышение уровня гемоглобина;

- снижение уровня ЛДГ и БЛ;

- нормализация MCV.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 189 [K002036]**

1. Апластическая анемия. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

159

2. Диагноз поставлен на основании жалоб на слабость, головокружение, одышку при ходьбе; данных анамнеза: 5 лет назад получал полихимиотерапую и лучевую терапию по поводу рака лѐгкого; данных лабораторного обследования: гемоглобин - 65 г/л, эритроциты - 2,1×1012/л, ретикулоциты – 0,5%, лейкоциты – 1,9×109/л, тромбоциты – 90×109/л, СОЭ – 35 мм/ч. Результаты стернальной пункции: костный мозг в основном представлен жировой тканью.

3. - Клинические анализ крови: нормохромная (реже гиперхромная) анемия; ретикулоцитопения, лейкопения за счет снижения содержания нейтрофильных гранулоцитов (гранулоцитопения); тромбоцитопения.

- Миелограмма: изменения картины костно–мозгового кроветворения в соответствии с характером основного патологического процесса (замещение жировой тканью, инфильтрация бластными клетками и др.).

4. - Устранение выявленной причины;

- иммуносупрессивная терапия с использованием антитимоцитарного иммуноглобулина (АТГ) и Циклоспорина А;

- глюкокортикостероиды при аутоиммунном механизме анемии;

- лечение андрогенами (только мужчинам);

- спленэктомия показана при отсутствии эффекта от глюкокортикоидов.

- антилимфоцитарный глобулин (при отсутствии эффекта от спленэктомии и других методов лечения);

- трансплантация гемопоэтических стволовых клеток.

5. - Гиперпластические процессы, поражающие кроветворение;

- системные заболевания (ретикулѐзы);

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 190 [K002037]**

1. Железодефицитная (хроническая постгеморрагическая) анемия.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб на утомляемость, головокружения, сердцебиение при физической нагрузке, тѐмную окраску стула; данных анамнеза: с 17-летнего возраста болеет язвенной болезнью 12-перстной кишки, по поводу которой дважды проводилось стационарное лечение; данных объективного осмотра: кожные покровы и слизистые бледноватой окраски ЧСС 80 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст., живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области; лабораторного обследования: клинический анализ крови: гемоглобин – 73 г/л, эритроциты – 3,2х1012/л, ЦП – 0,71, ретикулоциты – 1%, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ – 10 мм/час, MCV – 70 фл, железо сыворотки – 7 мкмоль/л, ОЖСС – 115 мкмоль/л.

3. - Клинический анализ крови; Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

160

- биохимический анализ крови: уровень сывороточного железа и ферритина; ОЖСС и ЛЖСС;

4. - Устранение этиологических факторов;

- лечебное питание;

- лечение железосодержащими препаратами: препараты, содержащие двухвалентное железо (Ферроградумент, Сорбифер дурулес, Тардиферон, Тотема, Актиферрин, Ферретаб, Гемофер) и препараты, содержащие трехвалентное железо (Мальтофер, Феррум лек, Мальтофер фол, Ферлатум).

5. - Все виды анемий (кроме железодефицитной);

- метастазы опухолей;

- арегенераторный кризис при гемолитической анемии;

- повреждение одного или более ростков кроветворения и выявление атипичных клеток по данным гемоцитограмы;

- миелодиспластические синдромы;

- лучевая болезнь.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 191 [K002038]**

1. Cахарный диабет 1 типа, впервые выявленный. Осложнения: кетоацидоз.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб на общую мышечную слабость, утомляемость, головные боли, резкое снижение работоспособности, сухость во рту, повышенную жажду, частое обильное мочеиспускание; данных анамнеза: заболел около месяца назад после нервного потрясения (нападение хулиганов); данных объективного осмотра: истощѐн, кожа сухая, шершавая, на спине - следы расчѐсов, язык красный, липкий, изо рта - сладковато-кислый запах.

3. Уровень гликемии натощак и через 2 часа после еды;

клинический анализ крови;

общий анализ мочи;

БХ крови: калий, АЛТ, АСТ, креатинин, мочевина; кетоновые тела;

гликозилированный гемоглобин;

кровь на инсулин;

КОС крови.

4. Инсулинотерапия;

дегидратация, восстановление электролитного баланса и борьба с ацидозом. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

161

5. Кетоацидотическая кома;

гиперосмолярная кома;

лактатацидотическая кома;

гипогликемия.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 192 [K002039]**

1. ИБС: вариантная стенокардия Принцметала.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб на боли по ночам в области верхней трети грудины, которые продолжаются около 15 минут, проходят самостоятельно или после приѐма Нитроглицерина; данных анамнеза: во время приступа болей на ЭКГ, снятой врачом «скорой помощи», были зарегистрированы подъѐм сегмента ST в отведениях II, III и AVF с дискордантным снижением этого сегмента в отведениях V1 и V2 и атриовентрикулярная блокада II степени.

3. БХ крови: липидограмма;

СМЭКГ по Холтеру;

стрессЭХОКГ;

коронарография.

4. Антиагреганты;

антагонисты кальциевых каналов;

бета-адреноблокаторы;

оперативное лечение: БАП и стентирование.

5. ИБС: острый инфаркт миокарда;

ИБС: прогрессирующая стенокардия.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 193 [K002040]**

1. Несахарный диабет.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб на сильную жажду, обильное мочеиспускание; данных анамнеза: автомобильная катастрофа с ушибом головы; лабораторного обследования: сахар крови натощак - 5,3 ммоль/л, проба на толерантность к глюкозе – нормальная, сахар в моче и ацетон не обнаружены, низкая плотность мочи; компьютерная томография гипофиза выявила в задней его доле образование, подозрительное на аденому.

3. Клинический анализ крови;

- БХ крови: глюкоза, калий, кальций, мочевина; Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

162

- осмолярность крови и мочи;

- УЗИ брюшной полости;

- МРТ головного мозга;

- тест с десмопрессином;

- проба с сухоедением.

4. - Устранение причины;

- питьевой режим;

- десмопрессин.

5. Сахарный диабет.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 194 [K002041]**

1. Тромбоз вен левой голени. Тромбоэмболия лѐгочной артерии.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб на одышку, боли в левой половине грудной клетки при кашле и дыхании, кровохарканье, повышение температуры до 38°С, слабость; данных анамнеза: заболела остро 2 дня назад, когда внезапно возник приступ удушья, сопровождающийся болями в левой половине грудной клетки, сердцебиением, была кратковременная потеря сознания; данных объективного осмотра: состояние больной тяжелое, кожные покровы бледно-цианотичные, отѐки нижних конечностей, больше левой, варикозное расширение вен, гиперемия кожи левой голени с цианотичным оттенком, частота дыханий - 26 в минуту, пульс - 110 ударов в минуту, ритмичный малого наполнения, АД - 90/60 мм рт. ст., I тон на верхушке сердца ослаблен, акцент II тона над лѐгочной артерией; инструментального обследования: на ЭКГ зарегистрировано увеличение зубцов Q в III отведении и S в I отведении, подъѐм сегмента ST и отрицательный зубец Т в III отведении, блокада правой ножки пучка Гиса.

3. - ЭКГ;

- рентгенография органов грудной клетки;

- исследование газов артериальной крови;

- ЭХОКГ;

- вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия лѐгких;

- спиральная компьютерная томография с контрастированием;

- определения уровня Д-димера;

- ангиопульмонография;

- катетеризация правых отделов сердца; Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

163

- УЗДГ сосудов нижних конечностей.

4. - При потере сознания, остановке кровообращения и/или дыхания проводят сердечно-лѐгочную реанимацию.

- Коррекция гипоксии - оксигенотерапия.

- Купирование болевого синдрома.

- Тромболитическая и антикоагулянтная терапия.

5. Показания:

- развитие острой массивной ТЭЛА;

- наличие противопоказаний к тромболитической терапии;

- неэффективность уже проведенной тромболитической терапии.

Методы хирургического лечения ТЭЛА:

- постановка кавафильтра;

- клипирование нижней полой вены;

- эмболэктомия;

- эндоваскулярная катетерная тромбэктомия.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 195 [K002052]**

1. Язвенный колит, проктосигмоидит, среднетяжѐлая атака.

2. Иерсиниоз, псевдотуберкулѐз, болезнь Крона, дисбактериоз, псевдомембранозный колит.

3. Общий анализ крови, б/х анализ крови (глюкоза, ХС, липиды, К, Nа, Са, белок и фракции, СРБ, ЩФ, ГГТП, билирубин, амилаза, креатинин), копрограмма, общий анализ мочи, фекальный кальпротектин, АНЦА, ASCA, токсин А/В, посев кала на дисбиоз, РНГА с псевдотуберкулѐзным антигеном, иерсиниозным антигеном, УЗИ брюшной полости, ЭФГДС, фиброколоноскопия + биопсия кишечника.

4. В зависимости от степени активности воспаления: препараты 5-Аск системные и местные - ректально, гормоны (Преднизолон, Будесонид) системные и местные - ректально, цитостатики (Метатрексат, Азатиоприн). Генно-инженерная биологическая терапия.

Симптоматическое: спазмолитики, кишечные антисептики, пробиотики.

5. Перфорация кишки, сепсис, анемия, в дальнейшем рак толстого кишечника. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

164

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 196 [K002053]**

1. Наследственная целиакия. Хроническое врождѐнное мальабсорбтивное заболевание, обусловленное непереносимостью глютена (злакового протеина, содержащегося в пшенице, ржи, ячмени, овсе), возникающее в основном у лиц детского и подросткового возраста.

Глютен становится субстратом для тканевой трансглютаминазы, ферментирующая его на фрагменты, фагоцитируемые антиген-представляющими клетками.

Последние презентируют антиген Т-хелперам, которые, высвобождая цитокины, повреждают слизистую проксимального отдела тонкой кишки.

Повреждения представляют собой потерю ворсинок, выполняющих основную всасывательную функцию.

Ассоциировано с генными мутациями HLA-DQ2 и DQ8, хромосомными аномалиями (синдром Дауна и Тѐрнера), аутоиммунными заболеваниями (сахарный диабет 1 типа (самое частое)), также тиреоидит Хашимото).

2. Диарея, полифекалия, стеаторея.

Стул кашицеобразный, маслянистый, пенистый, иногда – водянистый, с крайне неприятным запахом.

3. Синдром мальабсорбции.

Проявления: снижение веса тела, нарушение всасывания жирорастворимых витаминов A (никталопия, ксерофтальмия, кератомаляция), D (остеопения, рахит у детей, остеомаляция у взрослых), E (спиносеребеллярная дегенерация, гемолитическая анемия с акантоцитами), K (гипопротромбинемия -> экхимозы, мелена, гематурия).

Нарушение всасывания железа - железодефицитная анемия.

4. Выявление антител к глиадину (IgG, IgA), эндомизию (Ig A), тканевой трансглутаминазе (tTG) в крови и микроскопическое исследование биоптата двенадцатиперстной кишки.

5. Пожизненное соблюдение аглютеновой диеты. Глюкокортикостероиды при рефрактерном течении. Заместительная терапия препаратами ферментов поджелудочной железы, лечение синдрома мальабсорбции препаратами железа, фолиевой кислоты, жирорастворимых витаминов.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 197 [K002054]**

1. Язвенная болезнь желудка, обострение.

2. Функциональная диспепсия, гастрит, симптоматические язвы желудка, синдром Золлингера-Эллисона, болезнь Крона, язвенная форма рака желудка, лимфома, системный мастоцитоз. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

165

3. ФГДС с прицельной биопсией, определением пристеночного рН.

Rg-исследование c контрастированием (симптом «ниши», утолщение и извилистость складок слизистой по направлению к «нише», ограниченный локальный спазм – симптом Де Кервена (указывающего перста).

АТ к Helicobacter Pylori, уреазный экспресс-тест, дыхательный тест.

Исследование базальной и стимулированной секреторной функции желудка.

Анализ кала на скрытую кровь (реакция Грегерсена).

Клинический анализ крови (снижение эритроцитов, гемоглобина, гематокрита при кровотечении).

4. В течение 2 недель принимать Омепразол 20 мг 2 раза в день, или Лансопразол 30 мг 2 раза в день, или Пантопразол 40 мг 2 раза в день + Кларитромицин 500 мг 2 раза в день + Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день или + Кларитромицин 500 мг 2 раза в день + Метронидазол 500 мг 2 раза в день.

5. Язвенное кровотечение, перфорация язвы, пенетрация язвы, перивисцериты, пилоростеноз.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 198 [K002055]**

1. Вторичная лактазная недостаточность.

2. Определение содержания углеводов в кале (должны отсутствовать).

Определение уровня pH при копрологическом исследовании (не ниже 5,5). Определение содержания водорода, метана или меченного 14C CO2 во выдыхаемом воздухе и нагрузочные методы с лактозой.

Морфологическое исследование слизистой оболочки тонкой кишки.

3. Лечение основного заболевания.

Диетотерапия - ограничение или исключение употребления молока. Рекомендуется употребление низколактозных продуктов (кисломолочные продукты, масла, твѐрдых сыров).

Не следует полностью исключать молочные продукты, являющиеся источником кальция.

Через 1-3 месяца диету следует постепенно расширять по переносимости под контролем клинических симптомов (диарея, метеоризм).

4. Функциональная диарея, СРК, аллергия на молочный белок.

5. Физиологическая лактазная недостаточность, врождѐнная (генетическая), приобретѐнная (обусловленная заболеванием кишечника, исчезающая после его устранения). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

166

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 199 [K002056]**

1. Хронический реактивный гастрит (рефлюкс-гастрит, тип С);

дуодено-гастральный рефлюкс;

ЖКБ, состояние после холецистэктомии.

2. В патогенезе формирования дуодено-гастрального рефлюкса имеет значение холецистэктомия, которая может приводить к нарушению сократительной функции желчного, гастродуоденальной моторики, развитию дуоденостаза.

Это, в свою очередь, приводит к повышению давления в просвете двенадцатиперстной кишки и забросу еѐ содержимого в желудок.

Изменение химического состава желчи и хаотическое еѐ поступление в ДПК нарушают переваривание и всасывание жира и других веществ липидной природы, уменьшают бактерицидность дуоденального содержимого, что приводит к микробному обсеменению ДПК.

При синдроме избыточного бактериального роста в кишке накапливаются продукты жизнедеятельности бактерий, гниения и брожения, т. е. развиваются метеоризм и дистензионные боли, усугубляется дуодено-гастральный рефлюкс.

3. Холедохолитиаз, хронический панкреатит, хронический гастрит другой этиологии.

4. УЗИ органов брюшной полости для исключения наличия камнеобразования в желчных протоках, оценки структуры поджелудочной железы; суточная рН-метрия; уреазный дыхательный тест на хеликобактер.

5. Соблюдение щадящей диеты;

- употребление варѐной, полужидкой пищи;

- отказ от белого и ржаного хлеба;

- жареной, копчѐной, жирной, острой и солѐной пищи;

- маринадов и консервации;

- сахара, мѐда и варенья;

- сдобных изделий и шоколада;

- алкогольных напитков;

- ингибиторы протонной помпы (Омепразол 20 мг 2 р/сут.);

- прокинетики (Домперидон, Мотилиум - 10 мг 3-4 р/сут.); Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

167

- препараты УДХК (Урсофальк, Урсосан 250 мг - 1 раз в сутки перед сном 3-5 дней с увеличением дозы до 15 мг/кг); Висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза/сут. или 240 мг 2 раза/сут. в течение 28 дней).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 200 [K002057]**

1. Диагноз: В12-дефицитная анемия, средней степени тяжести, фуникулярный миелоз. Хронический гастрит, тип А. Аутоиммунный тиреоидит, эутиреоз.

2. Определение уровня витамина В12, фолиевой кислоты, сывороточного железа в крови; определение уровня гастрина, пепсиногена в крови; ФГДС с гистологическим исследованием биоптатов и хелпил-тестом. Консультация врача-гематолога с проведением стернальной пункции для выявления мегалобластического типа кроветворения.

3. Антитела к париетальным клеткам желудка и фактору Кастла.

4. Явления атрофии слизистой оболочки в области тела желудка.

5. Витамин В12 в/м по 100-200 мкг через день - 2 недели, затем 50-100 мкг 2 раза в неделю в течение 6 месяцев, в дальнейшем 50 мкг 1 раз в 2 недели; для устранения симптомов диспепсии - прокинетики (Домперидон, Мотилиум - 10 мг 3-4 р/сут).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 201 [K002058]**

1. Хронический атрофический гастрит, HP-ассоциированный, фаза обострения. Функциональная диспепсия.

2. Наличие зон атрофии при НР-ассоциированном гастрите - показание для обязательного проведения эрадикационной терапии, поскольку это является профилактическим мероприятием по предотвращению предраковых изменений слизистой оболочки желудка и собственно рака.

3. Щадящая диета, стол №1.

Тройная схема эрадикационной терапии, включающая в себя ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + Кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки) + Амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки) в течение 10-14 дней.

или

Четырѐхкомпонентная схема на основе Висмута трикалия дицитрата (120 мг 4 раза в сутки) в комбинации с ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки), Тетрациклином (500 мг 4 раза в сутки), Метронидазолом (по 500 мг 3 раза в сутки) в течение 10 дней;

- прокинетики (Домперидон) для устранения симптомов функциональной диспепсии;

- пробиотики. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

168

4. А) Факторы агрессии: соляная кислота, пепсин, нарушение эвакуаторной функции желудка, дуодено-гастральный рефлюкс, инфицирование НР;

Б) факторы защиты слизистой оболочки: образование слизи, секреция бикарбонатов, должный кровоток, регенерация эпителия, простагландины, иммунная защита.

5. Персистенция НР-инфекции может приводить к формированию язвенных дефектов слизистой, осложняющихся кровотечениями, прободением, пенетрацией в соседние органы, формированием рубцовых деформаций, малигнизацией.

При атрофии слизистой оболочки желудка вследствие НР-инфекции возможно еѐ замещение кишечным эпителием (метаплазия), а затем и неоплазия эпителия.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 202 [K002059]**

1. ГЭРБ. Хронический рефлюкс-эзофагит, обострение.

2. Структура пищевода, кровотечение из язв пищевода, пищевод Баррета, аденокарцинома пищевода.

3. ФЭГДС, гистологическое исследование, pH-метрическое исследование, манометрия пищевода, рентгенологическое исследование, импедансометрия. Проба с Гевисконом на купирование болевого синдрома.

4. Снижение массы тела, прекращение курения, спать с приподнятым изголовьем кровати, избегать приѐм препаратов, снижающих тонус нижнепищеводного сфинктера (теофилины, нитраты, ингибиторы кальциевых каналов, антидепрессанты), вызывающих воспаление слизистой пищевода и желудка (НПВС, Доксициклин).

Не есть на ночь, не принимать горизонтальное положение в течение 40-60 минут после еды, избегать употребления кислых фруктовых соков, жиров, шоколада, кофе, чеснока, лука, перца, алкоголя, горячей, холодной и острой пищи, газированных напитков.

5. Ингибиторы протонной помпы (Омепразол, Рабепразол), прокинетики (Мотилиум, Ганатон), антациды (Альмагель, Маалокс), альгинаты (Гевискон, Гевискон форте).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 203 [K002060]**

1. Хронический алкогольный панкреатит средней степени тяжести с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы.

2. Формирование псевдокист, подпечѐночная желтуха, вторичный билиарный цирроз печени, сдавление и тромбоз верхней брыжеечной и воротной вен, портальная гипертензия, эрозивный эзофагит, синдром Мэлори-Вейса, гастродуоденальные язвы, хроническая непроходимость двенадцатиперстной кишки, рак поджелудочной железы, инфекционыые осложнения: воспалительные инфильтраты, гнойные холангиты, септические состояния, дефицит жирорастворимых витаминов, остеопороз, эндокринная недостаточность. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

169

3. Определение уровня амилазы в крови и моче, копрологическое исследование, определение уровня эластазы-1 в кале, рентгенография живота, КТ, МРТ/МРХПГ, ЭРХПГ, УЗИ, эндо-УЗИ,

4. Прекращение употребления алкоголя, курения.

Определение причины боли и попытка снижения еѐ интенсивности.

Лечение внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы.

Выявление и лечение эндокринной недостаточности поджелудочной железы.

Нутритивная поддержка.

Скрининг по поводу аденокарциномы.

5. Отказ от употребления алкоголя.

Диета с низким содержанием жира, высоким содержанием белка и углеводов 5-10 раз в день НПВС (Парацетамол) за 30 минут до еды.

При неэффективности – Трамадол.

Заместительная ферментная терапия Липазой (20-45000 на основной приѐм пищи и 10-25 на промежуточный).

При сохранении симптомов – добавить ингибиторы протонной помпы.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 204 [K002061]**

1. Миокардитический кардиосклероз. Синдром слабости синусового узла: синдром тахикардии-брадикардии. Фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма. Синоатриальная блокада 2 степени. Синдром Морганьи-Адамса-Стокса.

2. У больной с миокардитом в анамнезе имеют место комбинированные нарушения ритма и проводимости: пароксизмальная фибрилляция предсердий (ЭКГ1) и стойкая синусовая брадикардия, синоатриальная блокада 2 степени (ЭКГ 2), что является проявлением синдрома тахикардии-брадикардии (синдром Шорта) как одно из клинических проявлений синдрома слабости синусового узла на фоне органического поражения миокарда вследствие миокардитического кардиосклероза. На ЭКГ 2 наблюдается выпадение отдельного сердечного цикла с удлинением интервала P-P во время паузы вдвое. Был однократно эпизод кратковременной потери сознания, который можно расценить как синдром Морганьи-Адамса-Стокса. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

170

3. Следует проводить дифференциальный диагноз с ваготонической дисфункцией синусового узла. У пациентов среднего возраста ваготоническая дисфункция синусового узла, как правило, является следствием висцеро-висцеральных рефлексов, и в еѐ основе лежат хронические заболевания внутренних органов. В ЭКГ-картине у таких пациентов превалирует синусовая брадикардия, отсутствуют резкие переходы от брадикардии к тахикардии, эпизоды синоатриальной блокады и синдром Морганьи-Адамса-Стокса. У больной нет данных за хронические заболевания внутренних органов, но есть органическое поражение миокарда после перенесѐнного миокардита.

4. С целью уточнения диагноза показана чреспищеводная электрокардиостимуляция с медикаментозной денервацией. При проведении последней наиболее важные показатели – время восстановления функции СУ (интервал от последнего электрического стимула при прекращении ЭКС до первого самостоятельного синусового сокращения) и корригированное время восстановления функции СУ (разница между временем восстановления функции СУ и R-R интервалом, предшествующим ЭКС). Значение первого из них не должно превышать 1500 мс, а второго – 525 мс как на фоне исходного ритма, так и после медикаментозной денервации.

5. У больной – синдром слабости синусового узла с нарушениями ритма, требующими назначения антиаритмических препаратов, которое в условиях нарушенной проводимости невозможно. Это является абсолютным показанием к постоянной электрокардиостимуляции в режиме DDDR. Учитывая, что у больной – синдром тахикардии-брадикардии, показана одновременная имплантация антиаритмического устройства – кардиовертера. В дальнейшем на фоне постоянной ЭКС возможно назначение антиаритмических препаратов.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 205 [K002062]**

1. Хроническая ревматическая болезнь сердца, активная фаза, активность II ст. Рецидивирующий ревмокардит. Комбинированный митральный порок сердца: стеноз и недостаточность митрального клапана. Фибрилляция предсердий с тахисистолией желудочков. Хроническая сердечная недостаточность IIБ стадии IY функционального класса. Сердечная астма.

2. У больного имеется ревматический анамнез, данные клинико-лабораторные, свидетельствующие об активности ревматического процесса на фоне перенесѐнной ангины. Данные объективного обследования и аускультации сердца свидетельствуют о формировании комбинированного митрального порока сердца: стеноз и недостаточность митрального клапана. Характер пульса, наличие дефицита пульса свидетельствуют о фибрилляции предсердий. Наличие проявлений бивентрикулярной сердечной недостаточности характерно для IIБ стадии и соответствует IY функциональному классу.

3. Фибрилляция предсердий с тахисистолией желудочков. Хроническая сердечная недостаточность IIБ ст., IV функционального класса. Сердечная астма.

4. Пациенту рекомендовано: выявить наличие стрептококковой инфекции – мазок из зева на бактериологическое исследование, определение титра АСЛ-О в сыворотке крови; Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

171

определить характер органического поражения митрального клапана, оценить степень митрального стеноза и митральной недостаточности. Оценить характер ремоделирования левого желудочка, левого предсердия, правого желудочка и правого предсердия методом трансторакальной эхокардиографии. Исключить наличие тромбов в предсердиях методом чреспищеводной эхокардиографии. Выполнить рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

5. Антибактериальная терапия. Нестероидные противовоспалительные средства. Для контроля ЧЖС – Дигоксин. При снижении фракции выброса – Бисопролол или Карведилол, Спиронолактон, ингибиторы АПФ (Эналаприл или Лизиноприл), петлевой диуретик (Торасемид или Фуросемид). Для купирования сердечной астмы – внутривенное введение нитратов.

Консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга. Хирургическое лечение – протезирование митрального клапана – показано после стихания активности ревматического процесса и уменьшения степени недостаточности кровообращения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 206 [K002063]**

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

2. Диагностическими критериями эритремии (развѐрнутая стадия), которые имеются у данного пациента, являются:

увеличение числа эритроцитов крови (более 6×1012/л у мужчин);

увеличение содержания гемоглобина (более 177 г/л у мужчин);

лейкоцитоз более 12×109/л (при отсутствии явных причин для появления лейкоцитоза);

тромбоцитоз более 400×109/л;

увеличение селезѐнки.

У больного имеются жалобы, связанные с наличием синдрома опухолевой интоксикации (потливость). Кожный зуд объясняется гиперпродукцией базофилами гистамина.

Повышается объѐм 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). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

172

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 развѐрнутой 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 гидроксилмочевина (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 нефрропротективными препаратами (аллопуринол для профилактики мочекислого диатеза), а также препаратами, улучшающими региональную микоциркуляцию: ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 207 [K002065]**

1. B12-дефицитная анемия (болезнь Аддисона-Бирмера) тяжѐлой степени. Осложнения: Анемическая кома. Фуникулярный миелоз. Циркуляторно-гипоксический синдром.

2. Критериями В12-дефицитной анемии являются:

снижение содержания эритроцитов (менее 3,0×1012/л);

повышение цветового показателя (более 1,1);

макроцитоз;

появление мегалоцитов; Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

173

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 B12 и фолиевой кислоты в сыворотке крови, содержание железа и ферритина в сыворотке крови, стернальная пункция с оценкой миелограммы (исключить гемопоэтическую дисплазию), оценка ретикулоцитарного криза на фоне терапии, фиброгастродуоденоскопия, фиброколоноскопия (исключить дивертикулѐз 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 208 [K002071]**

1. ХОБЛ, тяжѐлое течение, в фазе обострения. Эмфизема лѐгких.

Дыхательная недостаточность 3 степени. Хроническое лѐгочное сердце в фазе декомпенсации. Недостаточность кровообращения IIБ по правожелудочковому типу, 3 функциональный класс. Асцит.

2. У больного имеются экзогенные факторы риска ХОБЛ - индекс курящего человека 25 лет, работа на вредном производстве.

Длительное течение заболевания, проявляющегося продуктивным кашлем с частыми обострениями, симптомы необратимой обструкции верхних дыхательных путей, дыхательной недостаточности, хронического лѐгочного сердца с застойной сердечной недостаточностью по правожелудочковому типу. Наличие нейтрофильного лейкоцитоза, гипертермии, гнойной мокроты свидетельствует о фазе обострения ХОБЛ. Имеются рентгенологические признаки, характерные для ХОБЛ - диффузное усиление лѐгочного рисунка, проявления эмфиземы лѐгких. На ЭКГ - признаки перегрузки правого желудочка. В клиническом анализе крови - вторичный эритроцитоз, что свидетельствует о существовании длительной выраженной гипоксемии.

3. Дыхательная недостаточность 3 степени. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

174

Эмфизема лѐгких.

Вторичные бронхоэктазы (?)

Хроническое лѐгочное сердце в фазе декомпенсации.

Недостаточность кровообращения 2б по правожелудочковому типу, 3 функциональный класс. Асцит.

Вторичный эритроцитоз.

Согласно шкале mMRC у больного очень тяжѐлая одышка, которая делает невозможным выход из дома и возникает при минимальной физической нагрузке, что соответствует 3 степени дыхательной недостаточности.

О хроническом лѐгочном сердце в фазе декомпенсации свидетельствует застойная сердечная недостаточность, гепатомегалия, асцит, признаки перегрузки правых отделов сердца на ЭКГ. Вторичный эритроцитоз свидетельствует о выраженной гипоксемии.

4. Ведущее значение в диагностике ХОБЛ имеет исследование функции внешнего дыхания. Обязательным является определение следующих показателей: жизненная ѐмкость лѐгких (ЖЕЛ), фиксированная жизненная ѐмкость лѐгких (ФЖЕЛ), объѐм форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) и значение ОФВ1/ФЖЕЛ. Критерием диагноза ХОБЛ является величина отношения ОФВ1/ФЖЕЛ<70%.

Компьютерная томография грудой клетки помогает уточнить не только характер эмфиземы, но и обнаружить бронхоэктазы.

Эхокардиография позволит уточнить состояние правых отделов сердца и определить лѐгочную гипертензию и степень еѐ выраженности.

Цитологическое исследование мокроты даѐт информацию о характере воспаления и его активности.

Необходимо проведение бактериоскопического и бактериологического исследования мокроты с использованием современных методик (ПЦР, ДНК диагностика).

5. При ХОБЛ тяжѐлой степени базисной терапией является регулярное лечение длительно действующими бронходилататорами: формотерол, сальметерол (по 1 ингаляции 2 раза в день), индакатерол (по 1 ингаляции 1 раз в день), тиотропия бромид (по 1 ингаляции 1 раз в день), гликопиррониум (по 1 ингаляции 1 раз в день).

Так как у больноо ХОБЛ тяжѐлого течения, то ему показана тройная терапия: тиотропия бромид + серетид или симбикорт или фостер. При наличии вязкой мокроты показана муколитическая терапия. Наиболее эффективен амброксол (лазолван). В связи с обострением ХОБЛ показана парентеральная терапия системными глюкокортикостероидами в среднетерапевтических дозах (эквивалентно 30-40 мг пренизолона), сроком не более 2 недель с постепенной полной отменой. Показана антибактериальная терапия респираторными фторхинолонами (левофлоксацин, моксифлоксацин). Коррекция гипоксии с помощью оксигенотерапии. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

175

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 209 [K002072]**

1. Внебольничная пневмония нижней доли правого лѐгкого тяжѐлого течения. Дыхательная недостаточность 3 степени. Инфекционно-токсический шок. Острое повреждение почек.

2. Клинические проявления, острое начало заболевания, синдром очаговых изменений лѐгочной ткани с объективными признаками внутриальвеолярной экссудации.

Тяжѐлое течение пневмонии обусловлено выраженной интоксикацией, тяжѐлым общим состоянием, повышением температуры тела до 40°С, выраженной одышкой (44 дыхания в минуту), тахикардией, проявлениями инфекционно-токсического шока с гипотонией и анурией.

3. Инфекционно-токсический шок, дыхательная недостаточность 3 степени, острое повреждение почек, токсический гепатит.

4. Ведущую роль в диагностике пневмоний играет обзорная рентгенограмма лѐгких в прямой и боковой проекциях.

При необходимости проводится томографическое исследование с целью детализации внутренней структуры инфильтрата.

Комплексное микробиологическое исследование.

Бактериоскопию мазков мокроты, окрашенных по Граму.

Микроскопию мазков по Цилю-Нильсену.

Посев материала на питательные среды для выделения, идентификации и определения чувствительности к возбудителю.

Обнаружение специфических антител в сыворотке крови серологическими методами.

КФО почек, мониторинг креатинина и клубочковой фильтрации, мониторинг КОС.

5. Антибактериальная терапия внутривенно - цефалоспорины 3-4 поколения, респираторные фторхинолоны, в последующем выбор препаратов с учѐтом результатов бактериологического исследования мокроты. При тяжѐлой пневмонии показано введение двух антибиотиков: Левофлоксацин + Цефтриаксон; Цефотаксим + Макролид; Эртапенем + Макролид.

Отхаркивающие средства (Ацетилистеин, Лазольван).

Восстановление ОЦК, плазмозаменители сочетанием коллоидных и кристаллоидных растворов.

Дезинтоксикационная терапия (реополиглюкин). Оксигенотерапия.

ИВЛ. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

176

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 210 [K002073]**

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

2. Панцитопения, агранулоцитоз и некротическая ангина могут быть в дебюте острого лейкоза. Основной 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 стернальная 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 T-prolong, CHOP), аллогенная миелотрансплантация, профилактика нейролейкемии, лечение некротической ангины антибактериальными препаратами широкого спектра действия парентерально.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 211 [K002074]**

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

2. Врождѐнная 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. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

177

4. Осмотическая резистентность эритроцитов.

Стернальная пункция с изучением эритроидного ростка костного мозга.

Исследование длительности жизни эритроцитов, меченых Cr51.

5. Спленэктомия – единственный метод лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 212 [K002075]**

1. Инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка, тип I, острейшая стадия. Желудочковая экстрасистолия 3 (Lown, Wolf). Сердечная недостаточность II функционального класса (Killip).

2. Критерии инфаркта миокарда:

наличие биомаркеров некроза кардиомиоцитов в сочетании хотя бы с одним из следующих признаков: симптомы ишемии;

эпизоды подъѐма сегмента ST на ЭКГ или впервые возникшая полная блокада левой ножки пучка Гиса.

У больного с предшествующим анамнезом ишемической болезни сердца, стенокардии напряжения развивается клиническая картина острого коронарного синдрома в качестве первичного коронарного события. На ЭКГ - достоверные признаки повреждения миокарда передней стенки левого желудочка с охватом верхушки, маркеры некроза миокарда.

3. Желудочковая экстрасистолия 3 градации (Lown, Wolf). В условиях электрической нестабильности миокарда у больного в остром периоде инфаркта миокарда желудочковая экстрасистолия высоких градаций является триггером жизнеопасных желудочковых аритмий.

Сердечная недостаточность II функционального класса (Killip) - у больного имеются одышка, акроцианоз, влажные хрипы в нижних отделах лѐгких.

4. Экстренная коронароангиография.

Непрерывный мониторинг ЭКГ, АД, СИ.

Экстренная эхокардиография с допплерографией.

Рентген грудной клетки.

Маркеры повреждения миокарда в динамики.

КОС крови в динамике.

Креатинин крови, глюкоза, липидный спектр.

5. Основные лечебные задачи:

купирование болевого синдрома; Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

178

торможение процесса тромбообразования в коронарной артерии;

восстановление кровотока по коронарной артерии и профилактика еѐ ретромбоза;

гемодинамическая и нейрогуморальная разгрузка сердца.

Для купирования болевого синдрома у больного с развивающимся отѐком лѐгких предпочтительно внутривенное медленное введение морфина 2-4 мг.

Ингаляция кислорода (со скоростью 2-8 литров в минуту) – при сохраняющейся ишемии миокарда и явном застое в лѐгких.

Бета-блокаторы липофильные показаны всем пациентам с ОКС, признаками дисфункции левого желудочка (снижение смертности больных, ограничение зоны инфаркта, уменьшение частоты нарушений ритма, снижение частоты разрывов миокарда).

Аспирин показан всем больным с ОКС, начальная доза 150-300 мг (без кишечнорастворимой оболочки), затем 75-100 мг/с (I-A).

Ингибиторы P2Y12 рецепторов тромбоцитов (Тикагрелол, Прасугрель, Клопидогрель) должны быть назначены всем больным с ОКС в дополнении к Аспирину, как можно раньше, при отсутствии противопоказаний (высокий риск кровотечений). Продолжительность комбинированного лечения 12 месяцев.

Тикагрелол (180 мг начальная доза, 90 мг 2 раза в день - поддерживающая доза) рекомендуется всем пациентам среднего и высокого риска коронарных событий (например - высокий уровень тропонинов).

Применение антикоагулянтов рекомендуется всем больным в дополнение к антитромбоцитарной терапии.

Больным с ИМ с подъѐмом сегмента ST, поступающим в больницу с возможностью ЧКВ, должно быть выполнено ЧКВ в течение 90 минут после первого контакта с медицинским работником: ангиопластика и стентирование инфаркт-ассоциированной коронарной артерии.

Если коронарное вмешательство не может быть выполнено в течении 120 минут от первого контакта с медицинским работником - показано проведение тромболизиса с последующим выполнением коронарографии: незамедлительно при неэффективном тромболизисе и в сроки 3-24 часа при эффективном тромболизисе с проведением ангиопластики и стентирования инфаркт-ассоциированой артерии, если сохраняется функционально значимый стеноз.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 213 [K002076]**

1. Острый коронарный синдром без подъѐма ST. Не Q инфаркт миокарда переднебоковой стенки левого желудочка (?). Желудочковая экстрасистолия. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

179

2. У больного имеются клинические проявления острого коронарного синдрома: нестабильной стенокардии (прогрессирующая стенокардия напряжения, стенокардия покоя) или дебюта не Q инфаркта миокарда, выявлена депрессия сегмента ST, достигающая 2 мм в отведениях I, V4-V6.

Критерии инфаркта миокарда: наличие биомаркеров некроза кардиомиоцитов в сочетании с симптомами ишемии.

3. Экстренная коронароангиография.

Оценка маркеров повреждения миокарда (уровень тропонина).

Начать длительное многоканальное наблюдение (мониторирование) за сегментом ST.

Экстренная эхокардиография с допплерографией.

Оценка уровня глюкозы, креатинина и клубочковой фильтрации, липидного спектра крови.

4. К критериям высокого риска у данного пациента относятся: повторные эпизоды ишемии миокарда; смещения сегмента ST, инверсия зубца T на ЭКГ.

5. Экстренная госпитализация в специализированное кардиологическое отделение.

Лечение следует начинать с применения:

Аспирина per os 250-500 мг (первая доза - разжевать таблетку, не покрытую оболочкой); затем по 75-325 мг 1 раз в сутки ежедневно;

Гепарина (НФГ или НМГ);

БАБ.

При продолжающейся или повторяющейся боли в грудной клетке добавляют нитраты per os или в/в.

В стационаре продолжить в/в введение НФГ в течение 2-5 суток или п/к НМГ.

Добавить Клопидогрель (если не назначен ранее) в начальной дозе 300 мг, затем 75 мг/сут.

При наличии целесообразно применить в/в инфузию препарата из группы антагонистов ГП IIb/IIIa тромбоцитов (Тирофибана или Эптифибатида).

Так как больной относится к группе высокого риска, ему показана экстренная коронароангиография с ангиопластикой и стентированием.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 214 [K002077]**

1. Сахарный диабет тип 2. Артериальная гипертония II стадии, II степени, риск ССО 4. Ожирение 2 ст. Гиперлипидемия. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

180

Диабетическая полинейропатия, дермопатия. Диабетическая нефропатия. Хроническая болезнь почек С2 стадии, альбуминурия А2 стадия.

2. Сахарный диабет диагностируется на основании анамнестических данных (слабость, сухость в рту, жажда у женщины пожилого возраста с абдоминальным ожирением и отягощѐнной наследственностьою) и согласно рекомендациям Российской ассоциации эндокринологов 2015 года при повышении уровня гликемии утром натощак до и более чем 7,0 ммоль/л, а также гликированного гемоглобина до или более чем 6,5%.

Диагноз «артериальная гипертония (АГ)» установлен на основании жалоб больного на повышение АД; данных анамнеза (пациентка отмечает повышение АД в течение 10 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приѐма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (почек). Степень риска ССО поставлена на основании наличия сахарного диабета с осложнениями, ХБП. Ожирение соответствует 2 стадии по классификации ВОЗ (ИМТ 32).

Диагноз «хроническая болезнь почек (ХБП) С2 стадии, альбуминурия А2 стадия» определѐн по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) на протяжении 3 и более месяцев (анамнестические данные) и снижении СКФ.

3. Диабетическая полинейропатия - особенности жалоб, для уточнения диагноза требуется осмотр врачом-неврологом.

Диабетическая дермопатия.

Диабетическая нефропатия. Хроническая болезнь почек С2 стадии (снижение скорости клубочковой фильтрации до 71%), альбуминурия А2 стадия - 120 мг/сутки.

4. Пациентке рекомендовано: дневные колебания глюкозы крови; проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗИ почек для оценки поражения органа-мишени почек.

5. Лечение: диета 1300-1500 ккал/сутки, Сиофор - 850 мг 3 раза в день, увеличение физической активности. Лечение полинейропатии: альфа-липоевая кислота, витамины группы В.

Антигипертензивные препараты первой линии - ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина II c ренопротективными свойствами. Среди ингибиторов АПФ и блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА) преимущество отдается препаратам с двойным путем выведения - печень/почки (при ХБП - Квадроприл, Моэксиприл, Эпросартан, Телмисартан). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

181

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 215 [K002078]**

1. Системная красная волчанка, острое течение, III степень активности. Гломерулонефрит, нефротическая форма. Нефротический синдром. Полиартрит. Миокардит. Плеврит. Панцитопения. Дисковидна эритема.

2. Эритема на щеках, дисковидная эритема.

Неэрозивный артрит двух или более периферических суставов с болезненностью, припуханием.

Плеврит - плевритические боли или шум трения плевры, выслушиваемый врачом.

Поражение почек. Высокая протеинурия.

Гематологические нарушения: панцитопения.

Для верификации достоверного диагноза СКВ необходимо наличие четырѐх или более из 11 диагностических критериев.

3. Волчаночный нефрит с исходом в почечную недостаточность, сердечная недостаточность.

Геморрагические и инфекционные осложнения на фоне панцитопении.

4. Иммунологическое исследование: антитела к двухспиральной ДНК, или AT к Sm-антигену (антигену Смита), антинуклеарный фактор, антитела к кардиолипинам.

Комплексное функциональное исследование почек, биопсия почек для уточнения морфологической формы люпус-нефрита.

Эхокардиография.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

Рентгенологическоое исследование суставов.

Проба Кумбса для исключения аутоиммунной гемолитической анемии.

5. Иммуносупрессивная терапия. Преднизолон 60 мг в сутки с очень постепенным снижением дозы после достижения клинического эффекта и переходом на поддерживающую дозу, Азатиоприн 100 мг в сутки или Микофенолата мофетил (селсепт) 500 мг 2 раза в день. Учитывая максимальную степень активности процесса, возможна пульс-терапия Преднизолоном, Циклофосфаном.

При неблагоприятном клинико-морфологическом варианте люпус-нефрита по результатам биопсии возможно проведение пульс-терапии Метилпреднизолоном.

Для предупреждения побочных действий кортикостероидов показано применение препаратов калия анаболических препаратов, салуретиков, гипотензивных средств (ингибиторов АПФ с нефропротективным действием), антацидных препаратов или ингибиторов протонной помпы. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

182

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 216 [K002079]**

1. Аденома левого надпочечника. АКТГ-независимый синдром Кушинга. Симптоматическая артериальная гипертензия. Вторичный сахарный диабет.

2. Аденома левого надпочечника. Обоснование – диагноз «синдром Кушинга» подтверждается жалобами, объективными данными, лабораторными тестами: высоким уровнем кортизола в сыворотке крови в 22 часа (нарушен ритм секреции кортизола), повышена концентрация свободного кортизола в суточной моче и отсутствует подавление секреции кортизола в пробе с 8 мг Дексаметазона (ночной подавительный тест). О АКТГ независимом синдроме свидетельствуют низкий уровень АКТГ в плазме крови и наличие аденомы в левом надпочечнике при МРТ исследовании.

3. При аденоме надпочечника показано оперативное лечение: радикальная аденомэктомия.

4. Для профилактики острой недостаточности второго надпочечника в день операции вводится 100 мг гидрокортизона внутримышечно, затем через каждые 6 часов (400 мг в сутки). На следующий день дозу вводимого гидрокортизона уменьшают вдвое.

5. Заместительная терапия Кортизоном ацетатом в течение 6-8 месяцев до восстановления продукции АКТГ и функции оставшегося надпочечника. Первые три недели при переходе на приѐм Кортизона ацетата внутрь - 50 мг в день, затем в течение 3 месяцев 20 мг в день и ещѐ в течение 6 месяцев 10 мг в день.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 217 [K002080]**

1. На ЭКГ зарегистрирована непрерывная «синусоидальная» пароксизмальная желудочковая тахикардия – это синусоидальной формы желудочковые комплексы с частотой 120-180 в минуту, напоминающие трепетание желудочков (у больной - с частотой 180 в 1 минуту). Такая желудочковая тахикардия возникает в основном у больных с тяжѐлыми поражениями левого желудочка. Учитывая длительность пароксизма, у больной - устойчивая форма.

2. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения III функциональный класс. Постинфарктный кардиосклероз (Q инфаркт миокарда задненижней стенки левого желудочка в 2012 году). Гипертоническая болезнь III стадии, риск ССО 4. Пароксизм желудочковой тахикардии, устойчивая форма. Аритмический шок I стадии. Сердечная недостаточность II Б стадии, IV функциональный класс. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

183

3. У больной с документированным инфарктом миокарда в анамнезе имеются клинические проявления стенокардии напряжения III функционального класса. Жалобы в момент обращения связаны с устойчивым пароксизмом желудочковой тахикардии, который осложнился аритмическим шоком. Нельзя исключить интоксикацию сердечными гликозидами, так как синусоидальная форма желудочковой тахикардии характерна для передозировки сердечными гликозидами. Имеются проявления бивентрикулярной сердечной недостаточности в покое, что характерно для сердечной недостаточности II б стадии, IV функционального класса. У больной – гипертоническая болезнь III стадии, риск ССО IV, учитывая наличие ассоциированного клинического состояния – ишемической болезни сердца.

4. После купирования пароксизма желудочковой тахикардии пациентке рекомендовано: суточное мониторирование ЭКГ, проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ; проведение ЭХОКГ для оценки размеров полостей сердца и наличия тромбов, оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗИ почек для оценки поражения органа-мишени почек.

Коронароангиография.

Лабораторные исследования: оценка маркеров поареждения миокарда, электролитного состава крови, креатинина, клубочковой фильтрации, липидного спектра, дневных колебаний глюкозы крови.

5. У больной - жизнеугрожающее нарушение ритма, устойчивая форма пароксизмальной желудочковой тахикардии, осложнившаяся аритмическим шоком. Показана экстренная электрокардиоверсия. Больная должны быть госпитализирована в отделение реанимации.

Показана отмена сердечных гликозидов и введение Унитиола. Для улучшения прогноза жизни больных, перенесших ИМ и имеющих потенциально злокачественные ЖА, показано назначение b-блокаторов без собственной симпатомиметической активности и амиодарона.

Решение вопроса об имплантации кардиовертера-дефибриллятора. Показано назначение ингибиторов АПФ, петлевых диуретиков после восстановления синусового ритма и подъема АД, верошпирона.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 218 [K002679]**

1. Основной диагноз: обострение хронического гранулезного фарингита.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб на боли в горле, першение клинической картины: гиперемия задней стенки глотки, наличие увеличенных лимфоидных гранул и боковых валиков глотки, интактность небных миндалин. Частые обострения болезни. В клиническом анализе крови изменений не выявлено. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

184

3. Полоскания горла антисептическими и противоспалительными растворами (с целью очищения слизистой оболочки и уменьшения воспаления).

Орошения задней стенки глотки антисептическими и антибактериальными растворами.

Рассасывание препаратов с обезболивающими, противоспалительными средствами.

Туширование лимфоидных гранул задней стенки глотки раствором коллоидного серебра.

Физиотерапевтическое лечение (КУФ на заднюю стенку глотки).

4. Мазки из носа и глотки для определения флоры и чувствительности к антибиотикам. ФГДС (для исключения патологии ЖКТ). Исследование глюкозы крови (исключение сахарного диабета).

5. Отказ от курения. Избегать приѐм холодной, раздражающей, кислой, перченой пищи. Исключить поздний приѐм пищи (не позднее 2 часов до сна).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 219 [K002692]**

1. Острый катаральный фарингит.

2. Диагноз «острый фарингит» поставлен на основании данных анамнеза (накануне больная съела большое количества мороженного, что является предрасполагающим фактором заболевания), жалоб на першение и жжение в глотке, объективных данных (яркая гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки и умеренная ее инфильтрация, другие ЛОР-органы без патологических изменений), изменений анализа крови (ускорение СОЭ, лейкоцитоз, сдвиг увеличение палочкоядерных и сегментоядерных лейкоцитов).

3. Лечение.

Местное лечение: полоскание антисептическими растворами (Фурацилин, Мирамистин, Хлорофиллипт), пульверизация глотки аэрозолями (Гексорал, Каметон, Ингалипт, Йокс), таблетки для рассасывания с антибактериальными препаратами, антисептическими, обезболивающими.

Диета щадящая, исключить острое, копчѐное, солѐное, кислое.

4. Возбудители: вирусные (аденовирусы, энтеровирусы, вирусы гриппа); бактериальная инфекция (Haemophilusinfluenza, золотистый стафилококк, стрептококки группы А, С, G и др.).

Предрасполагающие факторы: общее и местное переохлаждение, хроническая патология полости носа, околоносовых пазух и носоглотки, общие инфекционные заболевания, курение и злоупотребление алкоголем, заболевания ЖКТ (ГЭРБ, гастрит с повышенной кислотностью).

5. Пациентка трудоспособна. В больничном листе не нуждается. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

185

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 220 [K002693]**

1. Острая катаральная ангина.

2. Диагноз «острая катаральная ангина» поставлен на основании данных анамнеза (больной связывает начало заболевания с переохлаждением, что является предрасполагающим фактором заболевания), жалоб на боль в горле, усиливающуюся при глотании, повышение температуры тела до 37,5 °С, общее недомогание, объективных данных (в зеве определяется яркая гиперемия слизистой оболочки небных дужек и миндалин, миндалины разрыхлены и выступают за края дужек, гиперемия распространяется и на заднюю стенку глотки), изменения анализа крови (ускорение СОЭ, лейкоцитоз).

3. Лечение.

Местное лечение: полоскания горла (Фурацилин, Мирамистин, раствор соды), сублингвальные таблетки (Фарингосепт, Грамицидин и т. д.), ингаляции антисептиков (Гексорал, Каметон).

Общее лечение: антибиотики группы пенициллинов (Амоксициллин, Амоксициллин/Клавулановая кислота), при непереносимости – макролиды (Азитромицин, Каритромицин), препарты выбора - цефалоспорины, респираторные фторхинолоны, антигистаминные препараты (Супрастин, Тавегил, Кларитин и т.д.). Назначают НПВС (Парацетамол, Панадол и др.), обладающие жаропонижающим и аналгезирующим действием.

4. Амбулаторное лечение с изоляцией больного, в тяжѐлых случаях показана госпитализация в инфекционное отделение. Необходимо соблюдать строгий постельный режим в первые дни заболевания, затем переход на домашний режим с ограничением физических нагрузок. Больному выделяют отдельную посуду. Назначают нераздражающую, мягкую пищу, преимущественно растительно-молочную, витамины, обильное тѐплое питье. Дети к больному не допускаются.

5. В большинстве случаев основным возбудителем ангин является бета-гемолитический стрептококк группы А.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 221 [K002694]**

1. Фолликулярная ангина.

2. Диагноз «фолликулярная ангина» поставлен на основании жалоб (сильные головные боли, боли при глотании, иррадиирующие в оба уха, боли в суставах конечностей и пояснице, повышение температуры тела до 39-40 °С), объективных данных (регионарные шейные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации, небные миндалины увеличены в объѐме, гиперемированы, на слизистой миндалин видны желтовато-белые точки), изменений анализа крови (ускорение СОЭ, лейкоцитоз, увеличение палочкоядерных и сегментоядерных лейкоцитов). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

186

3. Бактериологическое исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии (Corinebacteriumdiphtheriae).

Экспресс-тест для определения бета-гемолитического стрептококка со слизистой оболочки миндалин.

Анализ мочи.

ЭКГ.

Клинический анализ крови в динамике.

СРБ.

РФ.

АСЛО.

4. Местные осложнения: паратонзилярный абсцесс, парафарингеальный абсцесс.

Общие: ревматизм, ревматоидный артрит, нефрит.

5. Рекомендован постельный режим 7-8 дней. Срок нетрудоспособности при ангине в среднем равен 10-12 дням.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 222 [K002888]**

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Неэрозивная форма ГЭРБ. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Ожирение 2 степени.

2. Наличие у больного в течение нескольких лет изжоги, а в дальнейшем кислой отрыжки, боли в собственно эпигастрии и за грудиной некоронарогенного характера с частотой более одного раза в неделю за последний год (или 2 раза в неделю и более за последние 6 месяцев) позволяет установить диагноз ГЭРБ.

Неэрозивная форма установлена в связи с отсутствием эрозий, отѐк и гиперемия слизистой в данном случае классифицируются как НЭРБ.

Превышение массы тела на 38% характерно для 2 степени ожирения.

Скользящая грыжа пищеводного отверстия подтверждается данными эндоскопического и рентгенологического исследования.

3. Пациенту рекомендовано: исследование на Н.р. (выявлять Н.р. необходимо обязательно, так как лечение ГЭРБ предполагает длительный, иногда пожизненный приѐм ИПП, что при наличии Н.р. будет способствовать развитию атрофии слизистой, а в последующем и метаплазии и возможности развитии дисплазии и неоплазии), ЭКГ (страдает ГБ, необходимо оценивать состояние сердца), рН-метрия (определить количество и интенсивность кислотных выбросов), импедансометрия (проводится в случае, если сохраняется клиническая картина ГЭРБ при отсутствии кислотных выбросов по данным рН-метрии). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

187

4. Для патогенетической терапии следует выбрать ИПП, причѐм препарат должен обладать наибольшей эффективностью действия, так как от этого зависит эффект противокислотной терапии. При ГЭРБ необходимо повысить рН в желудке до 4 и более и держать на таком уровне не менее 22 часов в сутки. Такими возможностями обладают оригинальные препараты, и в первую очередь Нексиум, затем Париет и Лосек мапс. Нексиум назначается 40 мг 1 раз в сутки (доза специально для лечения ГЭРБ). Продолжительность лечения 4-8 недель, препарат принимается утром за 30 минут до еды. Париет и лосек принимаются в стандартной суточной дозе.

Учитывая неэрозивную форму ГЭРБ можно назначить прокинетики, однако вряд ли эта группа препаратов окажет хороший эффект, учитывая наличие ГПОД. Пробное назначение Мотилиума по 10 мг 3 раза 1 неделю.

Рекомендуется назначать альгинаты – Гевискон двойного действия после приѐма пищи и на ночь. Этот препарат способен образовывать в желудке плотную пену «плот», который перегораживает желудок на 2 полости, причѐм над плотом рН значительно выше чем под ним, и если идѐт заброс в пищевод содержимого верхних отделов, то оно не обладает столь выраженными агрессивными свойствами. Двойное действие – это увеличении дозы солей кальция в 2 раза, что обеспечивает двойной эффект и способствует нейтрализации «кислотного кармана»

Коррекция лекарственной терапии гипертонической болезни: антагонисты кальция отменить, перевести больного на В-блокаторы или ингибиторы АПФ, или ингибиторы ангиотензиновых рецепторов.

Осмотр врачом-хирургом с Rg-снимками для решения вопроса о необходимости оперативного лечения грыжи ПОД.

Биопсия с гистологическим исследованием при очередной эзофагогастрофиброскопии с целью выявления метаплазии эпителия пищевода.

5. Пациента следует перевести на поддерживающую терапию ИПП 20 мг, лучше на ночь. Пациенту рекомендовано продолжить вести дневник самочувствия с записью появления признаков рефлюкса, при отсутствии клинических проявлений в течение 4 недель перейти на терапию по требованию (ИПП и альгинаты принимать в течение 2-3 дней при появлении признаков рефлюкса). Если симптомы рефлюкса исчезают – приѐм препарата прекратить, если нет, то обратиться к участковому врачу.

Рекомендации по изменению образа жизни: пожизненно (спать с приподнятым головным концом кровати – 15-20 см, снижение массы тела, не лежать после еды в течение 1.5 часов, не принимать пищу перед сном, ограничить прием жиров, прекратить курение, избегать тесной одежды и тугих поясов, не принимать лекарственных препаратов, оказывающих отрицательное действие на моторику и слизистую пищевода).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 223 [K002889]**

1. Болезнь Крона, илеоколит с поражением терминального отдела подвздошной кишки, хроническое рецидивирующее течение, среднетяжѐлая форма, осложнѐнная перианальным поражением (свищ). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

188

2. Диагноз заподозрен на основании анамнеза: на операции выявлена утолщѐнная подвздошная кишка с рыхлой отѐчной стенкой, увеличение брыжеечных лимфоузлов, неизменѐнным червеобразным отростком на операции и при гистологическом исследовании; хронического течения болезни, сопровождающегося болями в животе постоянного характера, диареей, лихорадкой у молодого пациента, а также имеющегося осложнения – перианального свища. Синдромы мальабсорбции и мальдигестии среднетяжѐлой степени.

3. Пациенту рекомендовано биохимическое исследование крови с определением электролитов и микроэлементов (магний, железо, кальций) для оценки степени мальдигестии; анализ кала на фекальный кальпротектин; анализ крови на антитела АSCA и ANCA для дифференциальной диагностики с НЯК; УЗИ органов брюшной полости для выявления гепатомегалии, спленомегалии, лимфаденопатии брюшной полости; ФЭГДС: исключение проксимального поражения при болезни Крона, эрозивно-язвенных изменений; фиброколоноскопия с биопсией для обнаружения гранулѐм, а также массивной лимфоидной инфильтрации всех слоѐв стенки кишки – вид булыжной мостовой при фиброколоноскопии; кал на микобактерии туберкулѐза для дифференциальной диагностики с туберкулѐзным поражением кишечника; пассаж бария по кишечнику (имеется сужение дистального отдела подвздошной кишки и, возможно, изменение стенки слепой и восходящей кишки, что характерно для болезни Крона, при которой развивается фиброз стенки с нарушением проходимости).

4. В качестве противовоспалительной терапии - ГКС: Преднизолон 150 и более мг в/в капельно, затем внутрь – 1 мг/кг массы тела больного: например, 60 мг/сут с постепенным снижением дозы до минимальной эффективной + производные 5 – АСК: Месалазин (Пентаса) 2-6 г в сутки длительно. При отсутствии противопоказаний и наличии возможности – как можно раньше рекомендована антицитокиновая терапия: например, Инфликсимаб, Адалимомаб, Голимомаб в/в капельно курсами.

Кроме противовоспалительной терапии в патогенетическую терапию входит деконтаминация кишечника: Альфа-нормикс - 400 мг 3 раза в сутки 7-14 дней, Метронидазол парантерально.

Коррекция электролитных нарушений, лечение мальабсорбции, мальдигестии.

5. Прогноз заболевания значительно варьирует и определяется индивидуально. Течение болезни Крона может быть бессимптомным (при локализации очага только в области ануса у пожилых людей) или протекать в крайне тяжелой форме. У 13-20% больных отмечается хроническое течение заболевания. При правильно проводимом лечении длительность периодов ремиссии достигает нескольких десятков лет. Как самостоятельное заболевание, болезнь Крона очень редко является причиной смерти больных, и процент летальности остается крайне низким. Обычно пациенты, получающие поддерживающую терапию, доживают до глубокой старости.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 224 [K002891]**

1. Острый описторхоз, гепатохолангитический вариант, средней степени тяжести. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

189

2. Диагноз выставлен на основании следующих данных: появление пациента впервые в зоне эндемичной для описторхоза; употребление в пищу рыбы из реки, неблагополучной по описторхозу (Обь и еѐ притоки); появление признаков болезни через 2 недели после путешествия, свидетельствующих о поражении печени: боли в правом подреберье и собственно эпигастрии, диспептические явления, желтуха с потемнением мочи, субфебрилитет, увеличение печени и признаков поражения кожи, вероятнее всего аллергической природы; наличие эозинофилии в общем анализе крови (аллергия), повышение альфа2 глобулина (острое воспаление), признаки холестаза (повышение ЩФ, холестерина, прямого билирубина); полосовидная гиперемия в желудке и ДПК при ФЭГДС, которая может быть обусловлена миграцией личинок и поверхностным повреждением крючьями и присосками.

Всѐ это свидетельствует в пользу паразитарного поражения. Отсутствие паразитов в копрограмме обусловлено тем, что яйца описторхов появляются только на 4 неделе от заражения (сроки созревания личинки, когда паразит начинает выделять яйца).

3. Дополнительные обследования: повторное исследование кала на паразитов (обнаружение яиц гельминтов возможно с 4 недели заболевания), при повторном отсутствии яиц описторхов – кал на описторхоз с обогащением.

Дуоденальное зондирование с 4 недели от начала заболевания.

Обнаружение паразита является самым достоверным в диагностике заболевания. В тех случаях, когда паразит не обнаруживается при повторных исследованиях, рекомендуется провокация Празиквантелом 600 мг однократно. Иммунологические методы обнаружения описторхоза недостаточно специфичны (возможна перекрѐстная иммунизация), титр выше 1:400 свидетельствует о вероятности описторхоза, однако подтвердить описторхоз следует достоверными методами (обнаружение непосредственно паразита).

4. При достоверном диагнозе (обнаружение паразита) лечение Празиквантелом (Бильтрицид) из расчѐта 60 мг/кг массы тела. Празиквантел – антигельминтное средство, действующее на двуустку. Вызывает спазм мышц и последующий паралич у паразита, что ведѐт к его гибели. Учитывая побочные действия со стороны пищеварительной, нервной систем, аллергические проявления за 2 дня до дачи препарата проводится дезинтоксикационная терапия глюкозой с Витамином С, Ремаксолом, Гемодезом. Суточная доза Празиквантела, рассчитанная по массе тела больного (600 мг на 10 кг) разделяется на 3-4 приѐма, дезинтоксикационная терапия продолжается в день приѐма и ещѐ 2-3 дня после. Затем назначаются спазмолитики (Мебеверин, Но-шпа внутрь на длительное время для расслабления внутрипечѐночных протоков). Также назначаются желчегонные холеретического действия на срок до 3 месяцев, поскольку живые обездвиженные паразиты продолжают выходить в течение этого срока.

Через 3 месяца проводится контрольное исследование кала или дуоденального содержимого на наличие описторхов. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

190

Целесообразно назначение Урсофалька, Урсосана 10-15 мг/кг массы тела: эти препараты являются основными в лечении холестаза, они способствуют лучшему отхождению паразитов из протоков.

5. Противоэпидемические мероприятия занимают важнейшее место в системе профилактики описторхоза и направлены на уничтожение возбудителя и на выключение факторов его передачи. Уничтожение возбудителя производится главным образом путѐм лечения инвазированных лиц. Выключение начальных факторов передачи описторхисов осуществляется поддержанием высокого уровня санитарного состояния водоѐмов. Выключение промежуточных факторов подразумевает уничтожение моллюсков - битиний. Выключение окончательных факторов передачи - неупотребление в пищу инвазированной рыбы (исключение из пищевого рациона сырой рыбы, приготовленной любым способом, кроме тщательной термической обработки).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 225 [K002893]**

1. Хронический кальцифицирующий панкреатит токсической этиологии, тяжѐлое течение в фазе обострения. Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы тяжѐлой степени, возможно внутрисекреторная недостаточность поджелудочной железы. Хронический антральный гастрит, возможно Нр-ассоциированный.

2. У больного, длительно употребляющего алкогольные напитки, развился панкреатит (был эпизод острого панкреатита). Затем процесс принял хронический характер и сопровождался болью, вначале периодической, затем постоянной, усилением боли после приѐма пищи, диспептическими явлениями в виде подташнивания, снижением аппетита, быстрым насыщением, а в последующем изменением стула в виде кашицеобразного, а затем и жидкого.

Несмотря на имеющуюся патологию поджелудочной железы, больной продолжал употреблять алкоголь, не соблюдал диету, не принимал рекомендуемые препараты.

При обследовании имеется умеренный лейкоцитоз с незначительным сдвигом влево – воспалительный синдром, снижение общего белка, незначительная амилаземия, увеличение глюкозы натощак, что может свидетельствовать о внутрисекреторной недостаточности.

В копрограмме имеется стеаторея, креаторея, что свидетельствует о внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы.

Снижена фекальная эластаза (100 мкг и менее – критерий тяжѐлой степени).

3. Пациенту рекомендовано:

МСКТ органов брюшной полости: визуализация ПЖ;

биохимия крови: АЛТ, АСТ, ЩФ, холестерин и липидограмма;

кал на яйца глист, яйца описторхов, цисты лямблий; Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

191

повторное исследование глюкозы, при необходимости тест толерантности к глюкозе.

Указанные исследования назначаются с целью уточнения степени поражения поджелудочной железы, внешнесекреторной и внутрисекреторной еѐ недостаточности.

4. Снять спазм сфинктера Одди, расслабить протоки поджелудочной железы на всѐм протяжении (снятие спазма сфинктера Одди улучшит отток панкреатического сока, и уменьшит протоковую гипертензию, что клинически снизит боль): М-холиноблокаторы: Бускопан в свечах ректально по 1-2 свечи до 5 раз в сутки – обеспечит быстрый спазмолитический эффект и уменьшит или устранит боль. В дальнейшем можно перейти на таблетированную форму в той же дозе. Из этой же группы возможно назначение Платифиллина п/к 0,2% 1-2 мл 2 раза в день.

Блокаторы Na – каналов: Мебеверин 200 мг в капсулах 2 раза в день; блокаторы фосфодиэстеразы: Но-шпа, Папаверин парентерально или внутрь (возможно комбинировать с платифиллином).

Снизить секрецию ПЖ: ингибитор протоновой помпы (Омепразол, Эзомепразол, Рабепразол, Пантопразол) в стандартной дозе 2 раза в день.

Ингибиторы протонной помпы, блокируя соляную кислоту, снижают выделение секретина клетками APUD – системы, которой стимулирует в поджелудочной железе объѐм секреции, уменьшение объѐма снижает внутрипротоковую гипертензию, и уменьшают боль.

Дезинтоксикационная терапия: Ремаксол, Реамбирин в/в капельно.

Улучшение микроциркуляции в ПЖ: Пентоксифиллин в/в капельно.

Заместительная ферментная терапия: микрогранулированные ферменты (Креон 25000 ЕД) 3 раза в день во время еды; дражжерованные ферменты: Мезим форте по 2-4 капсулы после еды.

Ферменты назначаются, когда больной начинает принимать пищу.

5. При хроническом алкогольном панкреатите основной мерой вторичной профилактики является алкогольная абстиненция.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 226 [K002894]**

1. Язвенная болезнь ДПК, впервые выявленная тяжѐлой степени, с локализацией язвы на передней стенке луковицы ДПК. Послеязвенный рубец задней стенки луковицы. Хронический антральный активный гастрит (Н.р.?), дуоденит. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

192

2. Диагноз «язвенная болезнь ДПК» поставлен на основании наличия поздних и ночных болей, снимающихся антацидами и молочной пищей; диспептических явлений: кислая отрыжка, изжога. Усиление указанных симптомов и появление рвоты, которые характерны для тяжѐлой степени заболевания. Наличие язвенного дефекта в ДПК, язвенный рубец на задней стенке свидетельствуют о длительном течении язвенной болезни, однако она выявлена только в настоящее время, поэтому шифруется как впервые выявленная. Имеются признаки хронического активного гастрита – очаги отѐка и яркой гиперемии, а также дуоденита – очаги гиперемии.

3. Пациенту рекомендовано:

исследование на Н.р.: забор на цитологическое исследование при ФЭГДС;

определение антигена Н.р. методом ИФА (определение Н.р. имеет существенное значение, так как до 80% язвы желудка и 90% язвы ДПК являются Н.р. - ассоциированными).

УЗИ органов брюшной полости для исключения другой патологии органов брюшной полости. Кал на скрытую кровь для исключения микрокровотечения из язвы.

4. Для язвозаживляющей терапии следует назначить ИПП (Эзомепразол, Рабепразол, Омепразол). Учитывая тяжѐлую степень болезни, следует назначить наиболее эффективные препараты (Нексиум 20 мг 2 раза, Париет 20 мг 2 раза, Лосек мапс 20 мг 2 раза), в тех случаях если ночная симптоматика на фоне ИПП будет сохраняться, следует подключить на несколько дней Н2 -гистаминоблокаторы – Фамотидин 40 мг на ночь.

ИПП в стандартной дозе назначаются до полного заживления язвы (4-6 недель), следует учитывать, что язва заживает вначале красным рубцом, который отличается нестойкостью и может разрушиться при прекращении противокислотной терапии. При заживлении язвы красным рубцом назначается поддерживающая терапия – ИПП в половине от лечебной дозы на 1-2 месяца (время формирования белого рубца, лишѐнного сосудов).

5. Пациенту следует провести эрадикационную терапию: ИПП + Кларитромицин + Амоксициллин, курс - 10 дней. ИПП для эрадикационной терапии назначается по 20 мг 2 раза в день за 30 минут до еды, следует назначить самые эффективные препараты (оригинальные) групп эзомепразола, рабепразола, омепразола. Это обстоятельство связано с тем, что агрессивность Н.р. обусловлена разностью рН на мембране бактериальной клетки (рН - 1) и рН внутри клетки (рН - 7). Оригинальные препараты имеют наилучший клинический эффект, активно защелачивают пространство вокруг бактерии и снижают разницу рН. Бактерии при этом теряют свою агрессивность и становятся чувствительными к антибиотикам. В группе кларитромицинов следует выбрать Клацид, как препарат, имеющий наилучшую очистку, наименьшее количество примесей и более высокий эффект. Из амоксициллинов следует выбрать Флемоксин-Солютаб, поскольку растворимая форма препарата обладает наибольшей биодоступностью – 93% против 70% у других амоксициллинов. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

193

После проведения эрадикации, через 4-6 недель следует определить эффективность лечения - исследование кала на антиген Н.р. методом ИФА. При отрицательном результате на Н.р. - больной должен находиться на диспансерном учѐте, и при каждой ФЭГДС проводить забор материала на Н.р. При неэффективной эрадикации – рекомендуется квадротерапия: ИПП + Де-нол + Тетрациклин + Фуразолидон.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 227 [K002895]**

1. Язвенная болезнь желудка, впервые выявленная, с локализацией язвы в средней трети желудка по малой кривизне. Хронический неактивный гастрит, вероятнее всего Н.р. – ассоциированный.

2. Наличие у пациента ранних болей (через 20-30 минут после еды), уменьшение или исчезновение болей через 1,5-2 часа, диспептических явлений в виде изжоги и горечи во рту, свидетельствующих о забросе содержимого желудка и жѐлчи в пищевод (вследствие увеличения давления в желудке), а также наличие дефекта слизистой и подслизистого слоя с воспалительным валом вокруг, что подтверждается биопсией, даѐт основание установить язвенную болезнь желудка.

О хроническом неактивном гастрите Н.р. – ассоциированном, говорит наличие очагов неяркой гиперемии во всех отделах желудка.

3. Пациенту рекомендовано:

обследование на Н.р.: определение антигена Н.р. в кале, цитологическое исследование (взятие материала при ФЭГДС);

УЗИ органов брюшной полости для исключения другой патологии органов брюшной полости;

кал на скрытую кровь (наличие микрокровотечения).

4. Для язвозаживляющей терапии следует выбрать ИПП (Омепразол, Эзомепразол, Рабепразол) 20 мг 2 раза в день за 30 минут до еды. Возможно назначение Н2 – гистаминоблокаторов: Ранитидин 150 мг 2 раза в сутки, Фамотидин 20 мг 2 раза или 40 мг 1 раз до полного заживления язвы с формированием красного рубца. Вследствие того, что красный рубец без кислотосупрессивной терапии способен разрушаться, и язвенный дефект может открыться вновь, следует назначить поддерживающую терапию: ИПП 20 мг 1 раз в день на 4-8 недель – сроки формирования белого рубца, не содержащего сосудов, поэтому более стойкого. При формировании белого рубца, что следует оценить при ФЭГДС, назначается терапия по требованию – при появлении признаков поражения желудка в течении 1-2 дней принимать ИПП.

5. Профилактика обострений заболевания включает рекомендации по диете (регулярный дробный приѐм пищи, запрет на алкоголь, курение, запрет на употребление ряда лекарственных средств).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 228 [K002904]**

1. ХОБЛ, крайне тяжѐлой степени тяжести, обострение. ДН2. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

194

ИПЛ - 120 пачко-лет.

ХЛС, декомпенсация. НК 2Б. ФК3. Лѐгочная гипертензия. Вторичный эритроцитоз.

2. Диагноз «ХОБЛ» установлен на основании фактора риска – курение 120 пачколет, снижения индекса Тиффно - менее 70%, стойкого снижения после бронходилатационного теста ОФВ1 (объѐма форсированного выдоха за первую секунду) - менее 80% от должной величины. Обострение – на основании усиления одышки, лейкоцитоза в общем анализе крови и ускорения СОЭ.

Крайне тяжѐлая степень установлена на основании ДН в покое, признаков НК в покое и показателя ОФВ1 - 29%.

ДН 2 на основании - тахипное, показателей КЩС - PО2 - 46 мм рт. ст., SаO2 - 78%

ХЛС - установлен на основании увеличения размеров сердца вправо при осмотре. ХСН - на основании отѐков на нижних конечностях, гепатомегалии, сердцебиения, слабости, недомогания, одышки смешанного характера. Лѐгочная гипертензия установлена на основании акцента 2 тона при осмотре на лѐгочной артерии, рентгенологически выбухания ствола лѐгочной артерии.

Вторичный эритроцитоза установлен на основании – повышения уровня гемоглобина и эритроцитов выше нормы.

3. Рекомендовано: общий анализ мокроты для уточнения характера воспаления, посев мокроты для выявления возбудителя, вызвавшего обострение.

ЭХОКГ для уточнения гипертрофии правых отделов сердца и уровня давления в лѐгочной артерии. ЭКГ - для уточнения нарушений ритма на фоне ХЛС.

4. Для неотложной помощи – оксигенотерапия, так как имеется выраженная гипоксия. Для купирования бронхообструктивного синдрома - небулайзеротерапия с Беродуалом (25 капель) и Будесонидом 0,5% (2 мл) 3-4 раза в сутки.

С целью купирования обострения ХОБЛ, вызванного как правило микробной микрофлорой, рекомендовано назначение антибиотиков. С учѐтом наиболее частых возбудителей и неотягощѐнного аллергологического анамнеза – Амоксиклав 1,2 в/в 3 раза в сутки. Отхаркивающие препараты.

Для снижения эритроцитоза – Гепарин 5000×4 раза подкожно в живот.

Для уменьшения признаков ХСН – мочегонные препараты – Диувер 10 мг.

В качестве базисной терапии рекомендовано отказ от курения и назначение М-холинолитика продлѐнного действия Тиотропия бромид (спирива) 18 мкг утром или Спирива-респимат 5 мкг утром. Поскольку ХОБЛ крайне тяжѐлого течения рекомендовано назначение комбинированного препарата серетид – Мультидиск (бета-агонист продлѐнного действия Сальметерол 50 мкг в сочетании с иГКС флутиказона пропионат 500 мкг) 2 раза в сутки. Домашняя оксигенотерапия. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

195

5. Продолжить амбулаторно оксигенотерапию малопоточную по 16 часов в сутки, продолжить приѐм базисной терапии М-холинолитик продлѐнного действия Тиотропия бромид (Спирива) 18 мкг утром или Спирива-респимат 5 мкг утром. Поскольку ХОБЛ крайне тяжѐлого течения рекомендовано назначение комбинированного препарата серетид – Мультидиск (бета-агонист продлѐнного действия Сальметерол 50 мкг в сочетании с иГКС флутиказона пропионат 500 мкг) 2 раза в сутки.

Вакцинация Пневмо-23 и Антигемофильная вакцина.

Продолжить динамическое наблюдение через 6 месяцев.

Контроль спирометрии и пикфлоуметрии через 6 месяцев.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 229 [K002906]**

1. Синдромы:

инфекционно-токсический синдром – повышение температуры тела, общая слабость, потливость, ознобы, анемия как общая реакция организма на инфекционный агент (системный воспалительный ответ);

сосудистый феномен – геморрагическая (петехиальная) сыпь на нижних конечностях;

синдром сердечной недостаточности – отѐки нижних конечностей, асцит, гепатомегалия;

синдром цитолиза – увеличение печѐночных маркеров (АСТ и АЛТ).

2. Первичный стафилококковый инфекционный эндокардит, острое течение, с локализацией на трикуспидальном клапане, недостаточность трикуспидального клапана. ХСН IIa (правожелудочковая), ФК II.

3. Первичный инфекционный эндокардит: так как предположительно развился на неизменѐнном клапане.

Острое течение: так как давность развития до 3 месяцев.

Локализация на трикуспидальном клапане и его недостаточность, так как выслушивается систолический шум над мечевидным отростком (точка выслушивания трикуспидального клапана).

ХСН IIa – признаки застоя по большому кругу кровообращения (отѐки нижних конечностей, гепатомегалия, асцит), увеличение границ правых отделов сердца при объективном осмотре, по обзорной рентгенограмме грудной клетки.

4. Эхо-КГ, биохимический анализ крови: К, Na, креатинин, глюкоза, коагулограмма (МНО, ПТИ, РФМК, АЧТВ, фибриноген), ревматоидный фактор, СРБ, прокальцитонин.

5. Пациентку следует госпитализировать и провести стационарное лечение. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

196

Консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга.

Принципы лечения:

режим полупостельный;

диета № 10, ограничение поваренной соли и жидкости, употребление продуктов, богатых калием;

оксигенотерапия.

Комплексное лечение ИЭ должно быть этиотропным, патогенетическим и симптоматическим.

Лечение включает в себя:

назначение 2 или 3 антибиотиков (АБ) синергидного действия с учѐтом чувствительности выделенного микроорганизма, применение гипериммунной плазмы и глюкокортикоидов, коррекцию СН, симптоматическое лечение и экстракорпоральную гемокоррекцию, которая снижает резистентность патогенных бактерий к АБ.

Для проведения эффективной АБТ необходимыми условиями являются:

раннее начало лечения (промедление с назначением АБ от 2 до 8 недель от начала заболевания снижает выживаемость в два раза).

Использование максимальных суточных доз бактерицидных АБ с парентеральным способом введения.

Проведение АБТ не менее 4-6 при раннем и 8-10 недель при поздно начатом лечении.

Использование АБ с учѐтом чувствительности к ним бактерий.

Определение in vitro чувствительности патогенных бактерий к АБ, выявление их минимальной подавляющей концентрации (МПК).

Проведение эмпирической АБТ цефалоспоринами 1-3 поколения с аминогликозидами при отрицательных результатах посевов крови.

Коррекция дозы и интервалов введения АБ в зависимости от состояния выделительной функции почек.

Замена АБ при возникновении резистентности бактерий в течение 3-5 дней. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

197

Золотистый стафилококк и коагулазонегативные стафилококки в большинстве случаев резистентны к пенициллину, однако чувствительны к пенициллиназоустойчивым полусинтетическим пенициллинам. При выделении эпидермального и золотистого стафилококков, резистентных к полусинтетическим пенициллинам, применяют Ванкомицин (500 мг, 4 раз/сут; 1000 мг 2 раз/сут, в/в или в/м) в виде монотерапии или в комбинации с аминогликозидами (Гентамицин 60-80 мг 2-3 раз/сут; Амикацин 5 мг/кг каждые 8 ч.). Использование Ванкомицина (500 мг через 6 часов в/м или в/в) с Гентамицином (60-80 мг 2-3 раз/сут) оказывает выраженный клинический эффект из-за синергизма действия. У больных ИЭ, вызванным метициллинрезистентным штаммом золотистого стафилококка, в лечении используют Ванкомицин (1000 мг через 12 часов в/в).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 230 [K002907]**

1. Синдромы:

болевой ангинозный или острый коронарный синдром (status anginosus);

сердечной недостаточности (острой) – одышка, хрипы, тахикардия, гипотония, мраморность и холодность кожных покровов;

гипоксической энцефалопатии (головокружение);

гипергликемический (сахарный диабет).

Ведущий - острый коронарный синдром.

2. ИБС. Инфаркт миокарда, Q-необразующий, передний распространѐнный (с элевацией сегмента ST), осложнѐнный острой митрально-папиллярной дисфункцией, отѐком лѐгких, кардиогенным шоком, Killip IV.

Плановое чрескожное коронарное вмешательство со стентированием ПНА в августе 2014 г.

Фон: гипертоническая болезнь III риск 4. Транзиторная ишемическая атака в 2011 г. Дислипидемия, Гипертрофия левого желудочка, ожирение.

Сахарный диабет 2 тип, декомпенсация.

3. На основании клиники (ангинозный болевой синдром в грудной клетке в течение 7,5 часов, не купирующийся Нитроглицерином), ЭКГ-признаков субэпикардиального повреждения миокарда передней стенки левого желудочка, повышения концентрации маркера некроза миокарда - КФК-МВ - диагностирован инфаркт миокарда.

Признаки кардиогенного шока – стойкая гипотония, периферическая гипоперфузия (бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения), начинающийся отѐк лѐгких (тахипноэ, влажные хрипы в подлопаточных областях).

4. Развѐрнутый общий анализ крови с определением гематокрита и тромбоцитов.

Кровь на сахар, липидограмму, кардиомаркеры (КК-МВ, КК, тропонины). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

198

Кислотно-основное состояние (рН, PСО2, dE).

Анализ мочи на кетоновые тела (степень компенсации сахарного диабета).

Кровь на калий, натрий, креатинин, мочевину для оценки повреждения почек при кардиогенном шоке.

Кровь на АСТ, АЛТ, билирубин для оценки повреждения печени.

Коагулограмма.

Гликемический профиль (компенсация сахарного диабета 2 типа).

ЭхоКГ.

Рентгенографическое исследование органов грудной клетки.

5. Наркотические анальгетики (морфин) в/в, оксигенотерапия, инотропная поддержка (Дофамин, Норадреналин), включая механическую (ЭКМО, внутриаортальную баллонную контрпульсацию), антикоагулянты, антиагреганты, статины, диуретики. Экстренно выполнить ЧКВ всех пораженных артерий. При невозможности ЧКВ - провести тромболитическую терапию.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 231 [K002908]**

1. Синдром дыхательной недостаточности, синдром острого лѐгочного сердца, болевой синдром в грудной клетке, синдром венозной недостаточности, интоксикационный синдром.

Ведущий – синдром острого лѐгочного сердца.

2. Ритм синусовый, тахикардия, острая перегрузка правых отделов сердца, симптом SI-QIII-TIII, неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

3. Острый тромбоз общей бедренной вены справа. Массивная тромбоэмболия лѐгочной артерии. Острое лѐгочное сердце.

4. Рентгенография органов грудной клетки.

D-димер.

Тропонины T и I.

Эхо-кардиография.

ЦДС вен нижних конечностей и таза.

Компьютерная томография органов грудной клетки.

Коронароангиография. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

199

5. Проведение системного лекарственного тромболизиса (Стрептокиназа 250 000 МЕ в качестве нагрузочной дозы за 30 минут, далее 100 000 МЕ/ч в течение 12-24 часов, либо Альтеплаза 100 мг в/в в течение 2 часов), антикоагулянтная терапия (Нефракционированный гепарин - 5000-10000 ЕД в/в струйно, затем постоянная инфузия 10-15 Ед/кг/мин – 5-7 дней либо низкомолекулярный Гепарин – фраксипарин 0,1 мл на 10 кг массы в течение 10 дней; Варфарин – за 5 дней до отмены Гепарина под контролем МНО, в течение 6-12 месяцев).

Альтернативой комбинации парентеральных антикоагулянтов с Варфарином являются: Ривароксабан 15 мг 2 раза в день – 3 недели, затем 20 мг/сут или Апиксабан 10 мг 2 раза в день – 7 дней, затем 5 мг 2 раза в день. Инотропы (Добутамин 5-20 мкг/кг/мин или Допамин 5-30 мкг/кг/мин в/в инфузия), ингаляция кислородом (6-8 литров/мин), эластическая компрессия нижних конечностей, в подостром периоде физиопроцедуры, назначение НПВС, флеботоников. При наличии флотирующего тромба в просвете вены – установка съѐмного кава-фильтра.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 232 [K002909]**

1. Артериальная гипертензия 3 степени, неуточнѐнной этиологии. Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), пароксизмальная тахисистолическая форма фибрилляции предсердий. Желудочковая экстрасистолия. Ожирение II степени (ИМТ = 33,8 кг/м2). Метаболический синдром. Риск 4.

2. На ЭКГ ритм фибрилляции предсердий с ЧСС 130-150 ударов в минуту, гипертрофия левого желудочка (индекс Соколова-Лайона 43 мм). QRS = 80 мс, QT = 240 мс. 1 желудочковая экстрасистола. Депрессия сегмента ST по боковой стенке, обусловленная систолической перегрузкой ЛЖ.

3. УЗИ почек, щитовидной железы, ЦДС периферических артерий;

креатинин, мочевина, мочевая кислота, глюкоза крови;

коагулограмма;

глазное дно, ретгенография грудной клетки;

ТТГ, Т4-свободный. Альдостерон, Ренин, Ванилилминдальная кислота, Метанефрин крови.

4. Эссенциальная артериальная гипертензия (гипертоническая болезнь) или рено-паренхиматозная артериальная гипертензия на фоне хронического пиелонефрита, осложнѐнные нарушением ритма сердца – персистирующая тахисистолическая форма фибрилляция предсердий, неритмированная форма трепетания предсердия, синусовая тахикардия с частой экстрасистолией. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

200

5. В виду давности пароксизма более 48 часов необходимо назначить антикоагулянты: Варфарин 5 мг ежедневно под контролем МНО, после достижения целевых значений (2-3) решить вопрос о целесообразности восстановления ритма. Если принято решение о восстановлении ритма (то есть нет противопоказаний) повести ЧП-Эхо-КГ с целью исключения тромбоза и спонтанного эхо-контрастирования в полости ЛП или продолжить приѐм Варфарина в течение 4 недель, а затем провести медикаментозную (например, Кордарон 600-1200 мг в/в течение суток) или электрическую кардиоверсию (биполярным дефибриллятором 120-150-200 Дж). Если имеются противопоказания к восстановлению синусового ритма, продолжить приѐм Варфарина или Дабигатрана 150 мг 2 раза в день или Апиксабана 5 мг 2 раза в день или Ривароксабана 20 мг 1 раз в сутки пожизненно.

Необходимо усилить антигипертензивную терапию, например, назначить Эналаприл 10-20 мг 2 раза в день в комбинации с диуретиками (Индапамид замедленного высвобождения 1,5 мг утром или Гидрохлортиазид 12,5-100 мг утром) или заменить ИПФ на Азилсартан медоксамил 40 мг утром.

Контроль ритма сердечных сокращений - Метопролол 12,5 мг 2 раза в день с последующей коррекцией под контролем ЧСС.

Профилактика и лечение обострений хронического пиелонефрита.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 233 [K002910]**

1. Синдромы: нарушение ритма сердца; соединительнотканной дисплазии; кардиалгии; поражения клапанного аппарата (относительная недостаточность митрального клапана); церебральной недостаточности (синкопа).

2. Ревматическая болезнь сердца с поражением митрального клапана, пароксизмальное нарушение ритма, пароксизм фибрилляции предсердий.

3. Синдром соединительнотканной дисплазии. Пролапс митрального клапана I степени без регургитации. Пароксизмальная AV тахикардия. ХСН0.

4. Холтеровское мониторирование-ЭКГ, чреспищеводная электрокардиостимуляция (ЧПЭС), инвазивное электрофизиологическое исследование.

5. Абляция дополнительного пути проведения в стационарных условиях. Купирование пароксизма - АТФ либо Верапамил. С целью профилактики пароксизмов - Пропафенон.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 234 [K002911]**

1. Синдромы: острой левожелудочковой недостаточности, артериальной гипертензии; электрокардиографический синдром острого субэпикардиального повреждения. Ведущий синдром - острой левожелудочковой недостаточности, основой которой является снижение систолической функции вследствие острого повреждения миокарда левого желудочка. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

201

2. ИБС: инфаркт миокарда задненижний, атипичный (астматический) вариант начала, осложнѐнный отѐком лѐгких. Killip III. Гипертоническая болезнь III ст. Риск 4.

3. На основании остро возникшей левожелудочковой сердечной недостаточности (эквивалент ангинозного болевого синдрома в грудной клетке), признаков субэпикардиального повреждения задненижней стенки миокарда левого желудочка по ЭКГ, повышения концентрации маркера некроза миокарда - КФК-МВ.

4. Общий анализ крови, общий анализ мочи, определение электролитов (К, Na) в крови, гликемии, креатинина (с расчетом СКФ), рентгенография органов грудной клетки, эхокардиография, коронарография.

5. Наркотические анальгетики (Морфин в/в), оксигенотерапия, петлевые диуретики (Лазикс в/в), при переносимости горизонтального положения – по экстренным показаниям выполнить чрескожное коронарное вмешательство на инфаркт-связанной артерии, при невозможности проведения ЧКВ – провести тромболитическую терапию (Стрептокиназа или Альтеплаза или другим тромболитиком). Непрямые антикоагулянты, двойная антиагрегантная терапия (Аспирин + Клопидогрел / Тикагрелор), ингибитор АПФ, статин в высокой дозировке (Аторвастатин 80 мг/сут.).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 235 [K002912]**

1. Синдромы: острый коронарный (ангинозный), острой левожелудочковой недостаточности: шок (кардиогенный), отѐк (интерстициальный) лѐгких.

Артериальной гипертензии (в анамнезе). Ведущий – острый коронарный синдром.

2. ИБС: инфаркт миокарда передний распространенный, осложнѐнный кардиогенным шоком, интерстициальным отѐком лѐгких (сердечной астмой), Killip IV. Гипертоническая болезнь III стадии, риск 4 (очень высокий).

3. На основании клиники (ангинозный болевой синдром в грудной клетке в течение 4 часов, не купирующийся Нитроглицерином), ЭКГ-признаков субэпикардиального повреждения миокарда передней стенки левого желудочка, повышения концентрации маркера некроза миокарда - КФК-МВ - диагностирован инфаркт миокарда. Признаки кардиогенного шока - стойкая гипотония, периферическая гипоперфузия (бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения), начинающийся отѐк лѐгких (тахипноэ, влажные хрипы в подлопаточных областях).

4. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (тропонин Т или I, глюкоза, креатинин с расчѐтом СКФ, К, Na), КЩС, ЭКГ в динамике, коронароангиография, ЭхоКГ, рентгенография органов грудной клетки, мониторирование центральной гемодинамики (установка катетера Сван-Ганса).

5. Наркотические анальгетики (Морфин) в/в, оксигенотерапия, инотропная поддержка (Дофамин, Норадреналин), включая механическую (ЭКМО, внутриаортальную баллонную контрпульсацию), антикоагулянты, антиагреганты, статины, диуретики. Экстренно выполнить ЧКВ всех пораженных артерий. При невозможности ЧКВ – провести тромболитическую терапию. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

202

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 236 [K002913]**

1. Синдромы: нарушения ритма и проводимости, коронарной недостаточности, хронической левожелудочковой недостаточности. Ведущий – синдром нарушения ритма и проводимости.

2. Ритм синусовый, атриовентрикулярная блокада II степени, Мобитц I (с периодикой Самойлова-Венкебаха).

3. ИБС: стенокардия ФК II. Постинфарктный кардиосклероз.

Атриовентрикулярная блокада II степени, тип Мобитц I. ХСН II А, ФК III.

4. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (тропонин Т или I, глюкоза, креатинин с расчѐтом СКФ, К, Na), ЭКГ в динамике, коронароангиография, ЭхоКГ, рентгенография органов грудной клетки.

5. Неотложные мероприятия при приступе: пациента уложить, обеспечить доступ свежего воздуха, оценить витальные функции, обеспечить удаление слюны. Реанимационные мероприятия (непрямой массаж сердца и ИВЛ) – по показаниям. Показана имплантация временного, а в последующем – постоянного электрокардиостимулятора. С учѐтом результатов коронарографии определить показания к реваскуляризации миокарда (ЧКВ и/или коронарное шунтирование).

Медикаментозная терапия должна включать назначение дезагрегантов, статинов, ингибиторов АПФ, после имплантации электрокардиостимулятора – β-блокаторов.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 237 [K002915]**

1. Синдромы: малого сердечного выброса, подклапанного аортального стеноза, нарушения ритма, ангинозный болевой (относительной коронарной недостаточности).

Механизм болевого синдрома: относительная коронарная недостаточность. Синкопальное состояние: обструкция выносящего тракта левого желудочка и возможно пароксизмальные нарушения ритма.

2. ГКМП, ИБС: стенокардия, ПИКС, пароксизмальные нарушения ритма; аортальный стеноз ревматической этиологии.

3. ГКМП, асимметричная, субаортальный стеноз. Пароксизмальная тахикардия, Синкопальные состояния.

4. Коронарография, суточное мониторирование ЭКГ.

5. Ограничить физические нагрузки, β–блокатор, амиодарон. Возможно хирургическое лечение.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 238 [K002916]**

1. Синдром стенокардии (типичный болевой синдром); Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

203

артериальной гипертензии (АД 150/95 мм рт. ст., признаки ГЛЖ – смещение верхушечного толчка влево и данные ЭХО-КГ);

острый коронарный синдром (изменение характеристик болевого синдрома: настоящее ухудшение отмечает в течение последних 2 недель, вышеописанные боли в грудной клетке стали появляться ежедневно до 2–3 раз в день и более длительные, купируются приѐмом Нитроглицерина через 3– 5 мин.).

2. ЭКГ: синусовый ритм, признаки ГЛЖ, систолической перегрузки.

ЭХО-КГ: признаки ГЛЖ.

3. В план дифференциального диагноза следует включить стабильную стенокардию и острый инфаркт миокарда. Дифференциально-диагностическим признаком считать повышение кардиоспецифических маркеров (КФК МВ, тропонины).

4. ИБС: прогрессирующая стенокардия. Гипертоническая болезнь III. Риск 4 (ГЛЖ, гиперхолестеринемия, наследственность).

5. Мужской пол, наследственность, абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 239 [K002918]**

1. Синдром:

- артериальной гипертонии;

- синдром кардиомегалии, преимущественно левых отделов;

- синдром перемежающей хромоты.

2. В план дифференциальной диагностики необходимо включить изолированную систолическую гипертонию (для лиц пожилого возраста), гипертоническую болезнь, вазоренальную гипертонию. Общим являются признаки артериальной гипертонии (повышение АД, шум в ушах, головокружение), повышенные цифры АД.

Однако, для изолированной систолической гипертонии цифры диастолического давления должны быть в пределах нормы. Повышение систолического АД в пожилом возрасте связано с повышением ОПСС (стенка сосудов становиться «жесткой», снижена эластичность сосудистой стенки).

Для гипертонической болезни характерно более раннее начало (45-50 лет), длительный анамнез артериальной гипертонии. Для вазоренальной гипертонии - пожилой возраст, стойкое повышение АД, сосудистые шумы, повышен уровень холестерина плазмы крови.

3. Атеросклероз аорты, почечных сосудов. Вазоренальная гипертония. Перемежающаяся хромота, ишемия 2А степени. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

204

Основные диагностические признаки: возраст больного (72 года), монотонно высокая гипертензия, наличие сосудистых шумов (признаки атеросклероза аорты: акцент II тона над аортой, систолический шум брюшной аорты, повышен уровень холестерина плазмы), боли, усталость в ногах при ходьбе до 200 метров, заставляющие больного останавливаться, снижение пульсации на артериях тыла стоп.

4. Дообследование:

По возможности определение ренина плазмы (из почечных вен);

Проба Реберга (определить функцию почек);

УЗИ почек;

Экскреторная урография (выявить запаздывание нефрографического эффекта);

Липидограмма;

Контрастная аортография с ангиографией почечных артерий (выявить наличие стеноза почечных артерий).

5. План лечения:

- диета с ограничением животных жиров, соли (стол № 10);

- статины (стабилизация атеросклеротических бляшек, гипохолестеримическое действие);

- Норваск 10 мг 1 раз в день утром (вазодилатация, нефропротективные свойства);

- малые дозы диуретиков: Индапамид 1,25 мг (тиазидоподобный диуретик с вазодилятирующим действием);

- аспирин, профилактика тромбоза в сосудах.

Активное выявление признаков коронарного атеросклероза (коронарография) и атеросклероза БЦА (ЦДС). Консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга для диагностики и определения показаний к хирургическому лечению (нефрэктомия, либо реконструктивная операция на почечных сосудах – удаление атеросклеротических бляшек из почечных артерий, либо ангиопластика).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 240 [K002919]**

1. Синдромы: ХСН II-Б, ФК IV, кардиомегалии, нарушения ритма (фибрилляция предсердий, желудочковая э/с), анемии.

2. ДКМП, хроническая ревматическая болезнь сердца с формированием митрального порока, миокардит.

3. ХСН с признаками застоя по обеим кругам кровообращения, быстрое прогрессирование болезни, резистивность к лечению, нарушение ритма, кардиомегалия. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

205

Диагноз «дилатационная кардиомиопатия, фибрилляция предсердий постоянная форма (перманентная), ХСН II-Б, ФК IV. Состояние после эмболии мелких ветвей правой стопы».

4. СРБ, КФК, АСЛ, АСГ, тропонины, суточное ЭКГ мониторирование, белковые фракции, коагулограмма.

5. Антикоагулянтная терапия (Гепарин не более 30 тыс. ЕД в течение 7–10 дней; затем Варфарин (под контролем MHO) постоянно).

Лечение ХСН: ограничение соли, жидкости, ингибиторы АПФ (начать с малых доз), β-блокаторы, диуретики.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 241 [K002924]**

1. Интоксикационный, мочевой, геморрагический, поражения аортального клапана, сердечной недостаточности, гепатомегалии.

2. ОАК – признаки анемии, лейкоцитоз, повышение СОЭ – признаки воспалительной реакции;

ОАМ – микрогематурия;

Б/х крови – повышение СРБ – признаки системного воспаления;

ЭКГ – признаки гипертрофии миокарда ЛЖ, обменно-трофические изменения миокарда ЛЖ.

3. Инфекционный эндокардит, вторичный, острое течение, активность высокая. Недостаточность аортального клапана. ХСН II Б ФКIV.

Вторичная анемия. Гломерулонефрит. ХПН – 0.

4. Билирубин крови, АСТ и АЛТ, протромбированный индекс, посев крови на гемокультуру (3 раза) с определением чувствительности выявленной микрофлоры к антибиотикам. ЭхоКГ с допплерографией, рентгенография грудной клетки, 2-часовая термометрия.

5. Показана экстренная госпитализация. Антибактериальная терапия (2 антибиотика, в/в путь введения). Дезинтоксикационная терапия. Консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга: удаление септического очага, протезирование аортального клапана.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 242 [K002925]**

1. Синдромы: поражения трикуспидального клапана (недостаточность), нарушения ритма (фибрилляция предсердий), сердечной недостаточности. Ведущий – синдром сердечной недостаточности.

2. Инфекционный эндокардит. Хроническая ревматическая болезнь сердца с формированием порока. Первичная лѐгочная гипертензия. Миокардит. Перикардит. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

206

3. Инфекционный эндокардит, первичный, хроническое течение, активность минимальная. Недостаточность трикуспидального клапана. Персистирующая нормосистолическая форма фибрилляции предсердий. ХСН II-А. ФК III.

4. Посев гемокультуры (3 раза), Эхо-КГ, рентгенография органов грудной клетки, острофазовые показатели (С-РБ), коагулограмма.

5. Показана экстренная госпитализация. Антибактериальная терапия (2 антибиотика). Посиндромная терапия. Консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга: удаление септического очага, протезирование трикуспидального клапана.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 243 [K002928]**

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

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

3. Пациенту рекомендовано: стернальная 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; расчѐт 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 свѐртывания (о чѐм говорит удлинение АЧТВ при нормальном ПТИ). Гепатопротекторы. Сорбенты.

5. Прогноз относительно неблагоприятный. При адекватной терапии – возможно достижение ремиссии и выздоровление. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

207

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 244 [K002930]**

1. Хронический лимфолейкоз, В-стадия. Метапластическая анемия лѐгкой 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;

мочевой – лейкоцитурия, гематурия, протеинурия;

интоксикации – за счѐт снижения иммунитета и присоединения различных воспалительных процессов, а также за счѐт лизиса опухолевых клеток.

Хронический лимфолейкоз, В-стадия (лимфоцитоз в крови и костном мозге Hb≥100 г/л; количество тромбоцитов крови ≥100×109/л; определяемое пальпаторно увеличение лимфоидной ткани в 3 областях и более).

Метапластическая анемия лѐгкой степени тяжести (Hb - более 90 г/л).

Метапластическая нефропатия (мочевой синдром).

3. Пациенту рекомендовано: стернальная 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 СD – рецепторов.

4. В настоящее время специфическое лечение не показано (только при лимфоцитозе более 80% или выраженной лимфаденопатии).

Рекомендовано только динамическое наблюдение за показателями лейкоцитов и лимфоцитов.

Избегать инсоляции, препаратов, влияющих на иммунную систему.

5. Прогноз благоприятный. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

208

Больной трудоспособен в случае отсутствия производственных провоцирующих факторов.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 245 [K002931]**

1. Синдромы:

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

б) нефротический (отѐки, массивная протеинурия 10,2 г/сут., селективная, гипопротеинемия – 50 г/л, гипоальбуминемия – 25 г/л, гиперхолестеринемия – 14,2 ммоль/л);

в) мочевой (протеинурия, эритроцутурия, цилиндрурия).

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 отѐков у больных.

Основными причинами возникновения артериальной гипертензии являются:

увеличение объѐма циркулирующей крови за счѐт задержки воды активация ренин-ангиотензин-альдостероновой и симпатоадреналовой системы занижением 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 вазаренальную 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. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

209

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 – возраст × вес (кг)

0,81 × уровень креатинина в мкмоль/л × 0,85 (для ж).

5. Лечение.

Ограничение потребления хлорида натрия и воды с учѐтом диурезу.

Показана четырехкомпонентная схема (глюкортикостероиды, 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, b-блокаторы, диуретики, инг. АПФ, БРА). При дефиците железа: Венофер в/в либо Сорбифер внутрь.

Симптоматическая терапия по показаниям (защита желудка).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 246 [K002933]**

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, ущемлѐнной паховой грыжей, кишечной коликой.

3. Хронический обструктивный (вторичный) пиелонефрит, рецидивирующие 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. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

210

5. Лечение в стационаре.

Лечение:

- 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 247 [K002935]**

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, рецидивирующие течение, в стадии обострения, хронический цистит, обострение».

Диагноз установлен учитывая анамнестические сведения о хроническом течение 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 учѐтом данных бактериологического исследования мочи, антигипертензивные (ингибиторы АПФ), миотропные спазмолитики.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 248 [K002936]**

1. Основной: хронический гломерулонефрит, гипертоническая форма, активная фаза. Артериальная гипертония 2 степени, очень высокий риск.

Осложнения: ХБП – C5 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). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

211

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;

- ЭХОКГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции;

- консультация врача-офтальмолога 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.

Эритропоэтин 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. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

212

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 249 [K002937]**

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 – Нв – 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 лѐгких;

- биопсия почек для уточнения формы гломерулонефрита и десны для исключения амилоидоза.

4. Диета с ограничением поваренной соли, белка, щелочное питьѐ.

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. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

213

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 250 [K002939]**

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 (отѐки, 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; LE-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 отѐков 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 отѐков: 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. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

214

Противовоспалительная и иммуносупрессивная терапия: глюкокортикоиды (Преднизолон) 40 мг в сутки; при не эффективности 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 быстропрогрессирующем гломерулонефрите с полулуниями).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 251 [K002940]**

1. Хронический гломерулонефрит, гипертоническая форма. ХБП С4 стадии. Симптоматическая артериальная гипертензия, степень АГ 2, риск 4 (очень высокий). Гипохромная анемия лѐгкой 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 врача-офтальмолога 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. Гипотензиваные 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) – иммуносупрессиваная 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). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

215

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 252 [K002941]**

1. Ревматоидный артрит, серопозитивный, поздняя стадия, активность 3, эрозивный (R ст – IV), АЦЦП – положительный, ФК – 3.

Анемия средней степени тяжести, вторичная.

2. Ревматоидный артрит (симметричное поражение мелких суставов кистей, утренняя скованность более 1 часа, длительность синовита более 6 недель),

серопозитивный (РФ+),

поздняя стадия (R ст – IV),

активность 3 (острофазовые показатели),

эрозивный (R ст – IV),

ФК – 3 (затруднение самообслуживания).

Анемия средней степени тяжести (Hb 70 г/л).

3. Лабораторное исследование – маркеры ВИЧ, вирусов гепатитов В и С (дифдиагностика суставного синдрома и определение возможности использования генно-инженерных биологических препаратов и/или цитостатиков).

Иммунологическое исследование – АНФ, иммунограмма (дифдиагностика).

Инструментальные исследования:

рентгенография ОГК (тубнастороженность);

ФГДС (длительный приѐм НПВП, анемия);

ЭХО-КГ (выявление поражения сердца);

двуэнергетическая рентгеновская денситометрия (выявление остеопенического синдрома).

4. Базисные противовоспалительные препараты (Метотрексат 15 мг/нед. подкожно). При неэффективности базисных противовоспалительных препаратов добавить генно-инженерные биологические препараты Этарнецепт 50 мг 1 раз в 2 недели подкожно.

Нестероидные противовоспалительные препараты (предпочтительно селективные) - Нимесулид 100 мг 2 раза в сутки.

Глюкокортикоиды (в том числе внутрисуставно или пульс-терапия).

Местная терапия (Димексид, НПВП).

Бисфосфонаты пожизненно – при выявлении остеопенического синдрома. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

216

5. Прогноз относительно благоприятный. Ожидаемая продолжительность жизни у больных РА ниже на 3 года у женщин и на 7 лет у мужчин.

Возможно получение стойкой ремиссии. Бисфосфонаты и базисная терапия пожизненно. Излечение в настоящее время не достигается. Рекомендовано определение группы инвалидности.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 253 [K002942]**

1. Основной: остеоартроз, генерализованная форма: гонартроз, поражение дистальных межфаланговых суставов кистей, R-стадия II, ФК I.

Сопутствующий: ожирение I степени.

2. Остеоартроз: боли механического типа, скованность в пределах 20 минут, деформация суставов за счѐт костных разрастаний.

Рентгенологическая стадия: сужение суставной щели, остеофиты, остеосклероз.

Функциональный класс:

затруднение профессиональной деятельности.

Ожирение I степени (ИМТ - 31,3 кг/м2).

3. Пациенту рекомендовано:

для уточнения степени активности – определение острофазовых показателей (фибриноген, СРБ, протеинограмма).

Рентгенография поясничного отдела позвоночника. УЗИ коленных суставов (дообследование опорно-двигательного аппарата).

4. Базисная терапия (хондропротекторы) – Хондроитин сульфат, Глюкозамин сульфат (Дона, Структум, Артра, Алфлутоп).

НПВП (Мовалис, Напроксен, Нимесулид).

ГК внутрисуставно при наличии синовита. Препараты гиалуроновой кислоты внутрисуставно.

Антиагреганты и антагонисты Са для улучшения микроциркуляции в субхондральных отделах костей и в синовии.

ЛФК, массаж, физиотерапия (магнитотерапия, УВЧ, ультразвук). Местная терапия (НПВП, Димексид).

Лечение сопутствующих заболеваний (коррекция массы тела).

Санаторно-курортное лечение.

Запрещается длительная ходьба, длительное стояние на ногах, ношение тяжестей; не рекомендуются частые подъѐмы и спуски по лестнице. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

217

5. Жизненный прогноз благоприятен. Возможно инвалидизирующее поражение коленных и тазобедренных суставов.

На момент обострения – временная нетрудоспособность.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 254 [K002943]**

1. Ревматическая болезнь сердца с формированием порока (стеноза митрального клапана), активная фаза. ХСН II-А. ФК II.

2. Диагноз «ХРБС с формирование порока сердца» поставлен на основании прямых, косвенных, дополнительных признаков митрального стеноза; наличии ревматической атаки в анамнезе.

Активная фаза (лихорадка, острофазовые показатели).

ХСН II-А (признаки застоя в малом круге кровообращения). ФК II (одышка при подъѐме на 2 этаж).

3. Пациенту рекомендовано:

Эхо-КГ (визуализация полостей и клапанов сердца),

ЭКГ (состояние миокарда, выявление нарушений ритма).

Для подтверждения связи с БГСА-инфекцией и еѐ активности – АСЛ-О, АСГ, мазок из зева на БГСА-культуру; посев крови для исключения септического процесса и анализ крови на прокальцитонин.

4. Этиотропная терапия (пенициллины, в т.ч. защищѐнные, или макролиды, или линкозамиды) – при положительной БГСА-культуре из зева.

НПВП (Мовалис, Напроксен, Нимесулид).

ГК (при наличии выраженного кардита и/или полисерозита).

Лечение ХСН (диуретики, ингибиторы АПФ или БРА, адреноблокаторы).

Хирургическое лечение (характер вмешательства определяется морфологией клапанных изменений и состоянием больного).

5. Прогноз относительно неблагоприятный. Абсолютно показана хирургическая коррекция порока.

На период лечения – полная потеря трудоспособности.

В последующем вероятна стойкая утрата трудоспособности.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 255 [K002944]**

1. СКВ, подострое течение, активность III ст. Артрит пястнофаланговых и межфаланговых суставов кистей. Анемия лѐгкой степени тяжести, нормохромная. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

218

2. Диагноз поставлен на основании выделенных синдромов:

кожный, суставной, лихорадочный, лимфоаденопатии, анемический, мочевой.

3. Пациенту рекомендовано:

ЭхоКГ (выявление поражения сердца),

определение СКФ расчѐтным методом (определение ХПН и ХБП),

биопсия почки (золотой стандарт диагностики).

Иммуноблодинг на системные иммунные маркеры, Sm антиген, антифосфолипидные антитела.

4. Госпитализация в профильное отделение.

Диета с высоким содержанием полиненасыщенных жирных кислот, кальция, вит. Д.

Цитотоксические препараты (Циклофосфамид 1 г/м2 болюсом ежемесячно не менее 6 мес. или Метотрексат 15 мг/нед. подкожно), ГК (высокие дозы, пульс-терапия), НПВП, плазмаферез, генно-инженерные биологические препараты (Ритуксимаб или Оренсия).

5. Прогноз относительно благоприятный: возможно достижение стойкой клинико-лабораторной ремиссии при пожизненной поддерживающей терапии.

Необходимо определение группы инвалидности (II).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 256 [K002945]**

1. Системная склеродермия, хроническое течение, активность II, лимитированная кожная форма с синдромом Рейно, склеродактилией, дисфагией, лѐгочным фиброзом, ДН I, лѐгочным сердцем с экстрасистолией.

2. Диагноз выставлен на основании выделенных синдромов: синдромы Рейно, склеродермии, суставной, дисфагии, дыхательной недостаточности, анемический, иммунных нарушений.

3. Пациенту рекомендовано (для подтверждения и уточнения диагноза): широкопольная капилляроскопия ногтевого ложа, иммунограмма, R-графия пищевода с контрастированием, биопсия кожи, ЭхоКГ, СМ ЭКГ, ФВД, ФГДС, глазное дно, антитела к ДНК, АНФ, атицентромерные антитела, анти Scl 70.

4. Лечение сосудистых осложнений: антагонисты кальция (Амлодипин), Пентоксифиллин, Лозартан 25–100 мг/сут;

для заживления дигитальных язв – препараты Простагландина Е, Силденафил (Виагра);

подавление прогрессирования фиброза: D-пеницилламин 250–500 мг/сут.; Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

219

если подтверждается интерстициальное поражение лѐгких, то комбинированная терапия Преднизолон + Циклофосфамид;

учитывая поражение пищевода, необходимо дробное питание, последний приѐм пищи не позже 18 часов, при выраженной дисфагии – Метоклопрамид 10 мг 3–4 р/сут., при наличии рефлюкс-эзофагита – Омепразол 20 мг/сут.

Санаторно-курортное лечение противопоказано.

Вне активности заболевания массаж, ЛФК.

5. Прогноз неблагоприятный, связан с висцеральными поражениями.

Больной нетрудоспособен, требуется определение группы инвалидности (II).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 257 [K002960]**

1. Определение уровней общего холестерина в крови, глюкозы в крови, определение абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска, ЭКГ, флюорография лѐгких, клинический анализ крови, общий анализ мочи, исследование кала на скрытую кровь, измерение внутриглазного давления.

2. Измерение АД (скрининг артериальной гипертензии) и исследование липидов (холестерина) крови (скрининг дислипидемии).

3. В рамках первого этапа диспансеризации проводятся флюорография лѐгких и исследования кала на скрытую кровь, в рамках второго этапа – эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия или ректороманоскопия, анализ крови на уровень содержания простатспецифического антигена (ПСА).

4. Суммарный сердечно-сосудистый риск умеренный (≥1% и <5%). Абсолютный сердечно-сосудистый риск по SCORE рассчитывается с учѐтом возраста пациента (54 года), пола (мужской), курения (нет), уровня систолического АД (127 мм рт. ст.) и уровня холестерина крови (4,1 ммоль/л), а также уровня холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) (необязательный параметр). Для данного пациента абсолютный риск составляет выше 1%, но менее 2%, поскольку все модифицируемые факторы риска находятся ниже целевых значений, но базовый риск в данном возрасте для мужчин в Российской Федерации превышает 1%. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

220

5. Пациенту следует рекомендовать занятия физическими упражнениями и соблюдение здоровой диеты. Физические упражнения значительно снижают риск сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, ожирения и смертности в целом. Следует рекомендовать не менее 30 минут умеренной физической активности в день. Здоровая диета должна препятствовать возникновению и прогрессированию таких алиментарно-зависимых факторов риска, как избыточная масса тела (что имеется у данного пациента), дислипидемия, артериальная гипертензия. Данному пациенту необходимо рекомендовать снижение массы тела для достижения целевого ИМТ ≤25 кг/м2. Калорийность рациона должна не превышать 2100 ккал в сутки, при этом белками обеспечивается 10–15%, жирами – 20–30%, а углеводами – 55–70% (не более 10% простыми углеводами) калорийности. Потребление поваренной соли должно составлять <6 грамм в сутки. Потребление фруктов и овощей должно быть не менее 500 г в сутки (≥5 порций), без учѐта картофеля.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 258 [K002961]**

1. У пациента имеется острый моноартрит с вовлечением левого коленного сустава без системных проявлений. У пациента имеется артрит, так как присутствуют признаки воспалительного поражения сустава – боль, экссудация, гиперемия, повышение локальной температуры, нарушение функции сустава, в сочетании с лейкоцитозом и ускорением СОЭ. Число поражѐнных суставов – один, следовательно, имеет место моноартрит. Продолжительность суставного синдрома менее 6 недель, следовательно, процесс классифицируется как острый. У пациента отсутствуют системные проявления, так как нет поражения кожи, нервной системы, внутренних органов, ретикулоэндотелиальной системы, гематологических проявлений.

2. Наиболее вероятный основной клинический диагноз «подагра, острый подагрический (микрокристаллический) артрит левого коленного сустава». Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, медикаментозно достигнутая нормотензия, риск I; ожирение I ст.

3. Артроцентез левого коленного сустава, аспирация синовиальной жидкости и еѐ исследование на наличие кристаллов моноурата натрия методом поляризационной микроскопии, микроскопия по Граму и посев синовиальной жидкости на культуральные среды для исключения инфекционного характера артрита.

4. На предполагаемый диагноз «подагры» указывают следующие признаки: моноартикулярное поражение, анамнез вовлечения первого плюснефалангового сустава, характеристики поражения сустава – эритема над поражѐнным суставом, резкая болезненность при пальпации, значительные затруднения при ходьбе и ограничение движений в суставе;

типичное течение приступов – достижение максимума болевого синдрома в первые сутки, разрешение симптомов в течение нескольких дней, отсутствие симптомов в межприступном периоде. Дополнительными факторами риска развития подагрического артрита являются приѐм тиазидного диуретика, употребление алкоголя, мясных (и других богатых пуринами) продуктов. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

221

5. Для лечения острого подагрического артрита могут использоваться нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), глюкокортикоиды или Колхицин (в низких дозах). Проведѐнные клинические испытания не показали значимых преимуществ какого-либо из перечисленных медикаментозных средств перед другими, поэтому выбор конкретного вмешательства зависит от доступности, цены и предпочтений пациента и врача. Чаще всего для лечения острого подагрического артрита используются НПВП. Сравнительные исследования различных НПВП показали сопоставимую эффективность и безопасность, поэтому можно использовать любой доступный НПВП в эффективной дозе.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 259 [K002962]**

1. Основной рекомендацией является отказ от курения. Табакокурение является основным модифицируемым фактором риска предотвращения смертности. Курение негативным образом влияет на большинство органов человеческого организма. По данным Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время в мире от заболеваний, связанных с курением табака каждые 6 секунд умирает один человек, а ежегодно по этой причине умирают 5 миллионов человек. С курением связана преждевременная смертность по причине злокачественных новообразований, заболеваний сердца, сосудов, хронических болезней лѐгких. У курильщиков риск инфаркта миокарда в 4–5 раз выше, чем у некурящих. Рак лѐгкого примерно в 90% случаев обусловлен длительным курением. У людей, выкуривающих по две или более пачек сигарет в день в течение 20 лет риск рака лѐгкого повышен на 60–70% по сравнению с некурящими.

2. Установлено, что врачебное вмешательство значительно повышает вероятность отказа пациента от курения. Врачу необходимо воспользоваться системным подходом для стимулирования отказа от курения:

- при каждом обращении пациента спрашивать о курении;

- посоветовать отказаться от курения с персональными рекомендациями по снижению риска, в данном случае связать курение с хроническим кашлем и одышкой;

- оценить желание пациента прекратить курение;

- помочь с отказом от курения посредством консультирования и фармакологической поддержки;

- обеспечить контроль и поддержку отказа от курения.

3. Существуют два основных подхода к фармакологической поддержке отказа от курения:

- никотин-заместительная терапия, которая может осуществляться в различных формах, таких как жевательная резинка с никотином, никотиновый пластырь, никотиновый ингалятор и др.,

- медикаменты, снижающие никотиновую зависимость, к ним относятся Бупропион и Варениклин. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

222

4. У данного пациента наиболее вероятной причиной хронического кашля является курение. Обязательными исследованиями должны быть спирометрия (которая уже выполнена) и рентгенография лѐгких.

Менее вероятными причинами хронического кашля у данного пациента, которые, тем не менее, нельзя полностью исключить, могут быть гастроэзофагеальный рефлюкс и хронический кашель, связанный с инфекцией верхних дыхательных путей, в связи с чем следует рассмотреть проведение фибродуоденогастроскопии, рентгенографии (или компьютерной томографии) придаточных пазух носа.

5. Курение является важным фактором риска развития ХОБЛ. Однако, для постановки диагноза «ХОБЛ» требуется подтверждение наличия бронхиальной обструкции при спирометрии, что отражается отношением ОФВ1/ФЖЕЛ<0,7. У данного пациента отношение ОФВ1/ФЖЕЛ превышает 0,7 поэтому диагноз «ХОБЛ» является неправомерным.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 260 [K002963]**

1. В связи с проведѐнной гистерэктомией по поводу доброкачественной патологии и низким риском пациентке не показано проведение скрининга рака шейки матки.

2. Необходимо выполнить антропометрию, определение абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска, ЭКГ, флюорографию лѐгких, маммографию, мазок с наружного маточного зева и цервикального канала на цитологическое исследование, развѐрнутый общий анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический (в объѐме не менее: определения уровня креатинина, общего билирубина, АСТ, АЛТ, глюкозы, холестерина), общий анализ мочи, исследование кала на скрытую кровь, УЗИ брюшной полости, поджелудочной железы, почек, органов малого таза, измерение внутриглазного давления.

3. У данной пациентки наследственный анамнез отягощѐн по раку молочной железы, однако он был диагностирован у бабушки в пожилом возрасте, что не даѐт основания предполагать наличия врождѐнных мутаций, ассоциированных с высоким риском развития рака молочной железы BRCA-1 или BRCA-2.

Поэтому скрининг рака молочной железы у данной пациентки должен осуществляться исходя из популяционного риска, и в возрасте старше 50 лет, маммография рекомендуется 1 раз в год.

4. Остеопороз имеет повышенный риск развития у женщин в постменопаузе и увеличивается с возрастом, при курении, низкой массе тела, отягощѐнном анамнезе, низком потреблении кальция с пищей и малоподвижном образе жизни. У данной пациентки имеется недостаточность потребления кальция с пищей, поскольку она избегает молочных продуктов. В таком случае следует рекомендовать дополнительный приѐм препаратов кальция и витамина Д3, суточная доза кальция в возрасте старше 50 лет должна составлять 1200 мг, витамина Д3 – 400–800 МЕ. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

223

5. В «Медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (учѐтная форма № 025/у) вносятся результаты всех исследований и осмотров (консультаций) врача, заполняется «Карта учѐта диспансеризации» (учѐтная форма № 131/у), заполняется анкета (опросник) на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития и потребления наркотических средств и психотропных средств без назначения врача. Анкета (опросник) и «Карта учѐта диспансеризации» подшивается в «Медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях». Учѐт прошедших каждый этап диспансеризации проводится по ежемесячному внесению результатов в отчѐтную форму «Сведения о диспансеризации определѐнных групп взрослого населения» (форма № 131/о).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 261 [K002964]**

1. Тиреотоксикоз с диффузным зобом (диффузный токсический зоб, болезнь Грейвса-Базедова).

Болезнь Грейвса (болезнь Базедова, диффузный токсический зоб) – системное аутоиммунное заболевание, развивающееся вследствие выработки антител к рецептору тиреотропного гормона (ТТГ), клинически проявляющееся поражением щитовидной железы с развитием синдрома тиреотоксикоза в сочетании с экстратиреоидной патологией (эндокринная офтальмопатия, претибиальная микседема, акропатия).

2. Для синдрома тиреотоксикоза характерны: похудение (часто на фоне повышенного аппетита), потливость, тахикардия и ощущение сердцебиения, внутреннее беспокойство, нервозность, дрожь рук (а порой, всего тела), общая и мышечная слабость, быстрая утомляемость. Как правило, симптомы развиваются и прогрессируют достаточно быстро. При пальпаторном исследовании примерно у 80% пациентов удаѐтся выявить увеличение щитовидной железы, которая обычно безболезненная. Эндокринная офтальмопатия (выраженный экзофтальм, нередко имеющий несимметричный характер, диплопия при взгляде в одну из сторон или вверх, слезотечение, ощущение «песка в глазах», отѐчность век) сочетается только с болезнью Грейвса.

Таким образом, наличие у данной пациентки синдром тиреотоксикоза в сочетании с эндокринной офтальмопатией, претибиальной микседемой, аменореей позволяет заподозрить болезнь Грейвса.

3. Показано определение уровня тиреотропного гормона (ТТГ) высокочувствительным методом (функциональная чувствительность не менее 0,01 мЕд/л). При обнаружении пониженного уровня ТТГ пациенту проводится определение уровня свободных Т4 и Т3, если хотя бы один из них повышен – речь идѐт о манифестном тиреотоксикозе, если они оба в норме – о субклиническом. Специфическим маркером являются антитела к рецептору ТТГ (АТ–рТТГ).

Часто могут определяться высокие уровни антител к тиреоидной пероксидазе (АТ–ТПО) и антител к тиреоглобулину (АТ–ТГ), но их обнаружение не позволяет провести дифференциальную диагностику. Рутинное определение уровня АТ-ТПО и АТ-ТГ для диагностики болезни Грейвса не рекомендуется. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

224

4. УЗИ, цветное допплеровское картирование, сцинтиграфия щитовидной железы (ЩЖ), рентгенологическое исследование с контрастированным пищеводом, компьютерная томография и магнитно-резонансная томография.

С помощью УЗИ определяется объѐм и эхоструктура ЩЖ. В норме объѐм ЩЖ у женщин не должен превышать 18 мл, у мужчин 25 мл. Эхогенность железы при аутоиммунном тиреотоксикозе равномерно снижена, эхоструктура обычно однородная, кровоснабжение усилено. УЗИ проводится всем пациентам с тиреотоксикозом.

Сцинтиграфия ЩЖ – наиболее часто используются изотопы технеция и йода - 99mTc, 123I, реже 131I. При болезни Грейвса отмечается равномерное распределение изотопа. По накоплению и распределению изотопа можно судить о функциональной активности ЩЖ, о характере еѐ поражения (диффузном или узловом), о наличии эктопированной ткани. Сцинтиграфия ЩЖ показана при узловом или многоузловом зобе, если уровень ТТГ ниже нормы и с целью топической диагностики эктопированной ткани ЩЖ или загрудинного зоба.

Проведение КТ и МРТ, рентгенологического исследования с контрастированием барием пищевода помогают диагностировать загрудинный зоб, уточнить расположение зоба по отношению к окружающей ткани, определить смещение или сдавление трахеи и пищевода.

5. Цель лечения: устранение клинических симптомов тиреотоксикоза, стойкая нормализация тиреоидных гормонов и ТТГ, иммунологическая ремиссия заболевания при аутоиммунном тиреотоксикозе. До достижения эутиреоза следует ограничить физическую нагрузку и поступление йодсодержащих препаратов, отказаться от курения.

Методы лечения тиреотоксикоза:

- консервативное (приѐм антитиреоидных препаратов);

- лечение радиоактивным йодом;

- оперативное (тиреоидэктомия).

Консервативное лечение назначается для достижения эутиреоза перед оперативным лечением или радиойодтерапией, а также, в отдельных группах пациентов, в качестве базового длительного курса лечения, который, в некоторых случаях, приводит к стойкой ремиссии. Тиамазол (Тирозол, Мерказолил) является препаратом выбора для всех пациентов, которым планируется проведение консервативного лечения.

Терапия радиоактивным йодом проводится в случае рецидива тиреотоксикоза после правильно проведѐнного консервативного лечения (непрерывная терапия тиреостатическими препаратами с подтверждѐнным эутиреозом в течение 12–18 месяцев), невозможности приѐма тиреостатических препаратов (лейкопения, аллергические реакции), отсутствия условий для консервативного лечения и наблюдения за больным. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

225

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 262 [K002966]**

1. Гипертоническая болезнь 1 стадии, артериальная гипертензия 1 степени, риск 2 (умеренный).

2. Под гипертонической болезнью принято понимать хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является артериальная гипертензия (АГ), не связанная с наличием патологических процессов, при которых повышение АД обусловлено известными, в современных условиях часто устраняемыми причинами (симптоматические АГ). У пациента дважды с интервалом две недели зарегистрировано АД, превышающее 140 мм рт.ст. для систолического и 90 мм рт.ст. для диастолического, кроме того имеются анамнестические указания на повышенное АД, что позволяет утверждать стойкий характер повышения АД. Очевидных признаков симптоматической (вторичной) артериальной гипертензии не имеется, что позволяет считать диагноз гипертонической болезни (эссенциальной гипертензии) правомерным.

АГ классифицируется на степени в зависимости от уровня систолического (САД) и диастолического (ДАД) давления (мм рт.ст.):

У пациента и САД и ДАД соответствуют 1 степени АГ.

У пациента имеются 2 установленных фактора риска – мужской пол и абдоминальное ожирение (окружность талии ≥102 см). Сочетание 2 факторов риска и 1 степени АГ соответствуют умеренному кардиоваскулярному риску. При обнаружении при обследовании дополнительных факторов риска и/или бессимптомного поражения органов-мишеней риск должен быть стратифицирован повторно и может быть оценѐн как «высокий».

3. После выявления АГ следует обследовать пациента на предмет исключения симптоматических АГ, определить степень и стадию АГ, а также кардиоваскулярный риск. При обследовании больного АГ необходимо идти от простых методов исследования к более сложным. На первом этапе выполняют рутинные исследования, обязательные у каждого больного для диагностики АГ. Если на этом этапе у врача отсутствуют основания подозревать вторичный характер АГ и полученных данных достаточно для чѐткого определения группы риска пациента и, соответственно, тактики лечения, то на этом обследование может быть закончено. На втором этапе рекомендуются дополнительные исследования для уточнения формы вторичной АГ, оценки факторов риска, поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

226

Обязательные исследования: общий анализ крови и мочи; определение микроальбуминурии (при отсутствии протеинурии); содержание в плазме крови глюкозы (натощак); содержание в сыворотке крови общего холестерина, холестерина ЛПВП и ЛПНП, триглицеридов (липидный профиль), креатинина, расчѐт скорости клубочковой фильтрации СКФ; содержание в сыворотке крови мочевой кислоты, калия и натрия; ЭКГ в 12 отведениях.

Исследования, рекомендуемые дополнительно, в зависимости от анамнестических данных, находок при физикальном обследовании и результатов обязательных исследований:

- гликированный гемоглобин (HbA1c) при уровне глюкозы в плазме крови >5,6 ммоль/л или сахарном диабете в анамнезе; количественная оценка протеинурии (если тест-полоски дают положительный результат) в пересчѐте на креатинин мочи, концентрация калия и натрия в моче и их отношение;

- домашнее и суточное амбулаторное мониторирование АД;

- ЭхоКГ;

- нагрузочные пробы (стресс-тесты) в случае выявления признаков стабильной ишемической болезни сердца;

- холтеровское мониторирование в случае обнаружения нарушений ритма сердца;

- исследование глазного дна; УЗИ почек и надпочечников; УЗИ брахиоцефальных и почечных артерий; определение лодыжечно-плечевого индекса;

- определение скорости пульсовой волны (показатель ригидности магистральных артерий).

4. Немедикаментозные методы, которые следует рекомендовать пациенту: нормализация массы тела для достижения ИМТ <25 кг/м2, следует рекомендовать снижение массы тела на 6 кг и уменьшение объѐма талии до менее 102 см; ограничение потребления алкогольных напитков менее 20–30 г/сут. в пересчѐте на чистый алкоголь; увеличение физической нагрузки – регулярная аэробная (динамическая) физическая нагрузка по 30–40 мин. 5–7 раз в неделю; снижение потребления поваренной соли до 5–6 г/сут.;

изменение режима питания с увеличением потребления растительной пищи, молочных продуктов низкой жирности, увеличением в рационе калия, кальция (содержатся в овощах, фруктах, зерновых) и магния (содержится в молочных продуктах), а также уменьшением потребления животных жиров. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

227

5. В настоящее время для лечения АГ рекомендованы 5 основных классов препаратов: ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, блокаторы рецепторов ангиотензина, блокаторы медленных кальциевых каналов (антагонисты кальция), β-адреноблокаторы, диуретики (тиазидные, Хлорталидон и Индапамид). На выбор препарата могут повлиять многие факторы, наиболее важными из которых являются: наличие у больного определенных факторов риска, поражение органов-мишеней, сахарный диабет, хроническая болезнь почек, сопутствующие заболевания, при которых необходимо назначение или ограничение применения различных классов препаратов, предыдущие индивидуальные реакции больного на препараты различных классов, вероятность взаимодействия с лекарствами, которые пациенту назначены по другим поводам, социально-экономические факторы, включая стоимость лечения. Результатами многоцентровых рандомизированных исследований доказано, что ни один из основных классов препаратов не имеет существенного преимущества, как в плане снижения АД, так и эффективности снижения кардиоваскулярного риска и смерти. Уменьшение риска больше зависит от величины, на которую снижается АД, чем от используемого класса препарата, и невозможно точно предсказать, какой препарат будет максимально эффективен у конкретного пациента.

Поскольку у данного пациента не выявлены перечисленные важные факторы выбора определѐнного класса препаратов, то ему возможно назначение любого из 5 основных классов препаратов и выбор любого следует признать правильным.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 263 [K002967]**

1. Гипертоническая болезнь 1 стадии, медикаментозно достигнутая нормотензия, риск 2 (умеренный);

ожирение 1 степени, абдоминальное ожирение; гиперхолестеринемия, дислипидемия.

У данного пациента отсутствуют признаки поражения органов-мишеней и ассоциированные клинические состояния, поэтому стадия гипертонической болезни оценивается как 1. У пациента на фоне медикаментозной терапии АД находится ниже целевого уровня 140/90 мм рт.ст., что позволяет указать отсутствие артериальной гипертензии (нормотензию). У пациента имеется не менее 5 установленных дополнительных факторов кардиоваскулярного риска: мужской пол, возраст старше 55 лет, дислипидемия, ожирение и абдоминальное ожирение. При наличии 3 и более факторов риска на фоне нормотензии риск оценивается от низкого до умеренного, абсолютный риск (SCORE) для данного пациента составляет 4%, что в сочетании с большим числом дополнительных факторов риска позволяет оценить риск как умеренный. Ожирение устанавливается по ИМТ=30,7 кг/м2 (значения ИМТ выше 30 – ожирение, от 30 до 34,9 – ожирение 1 степени). Абдоминальное ожирение установлено по окружности талии = 106 см, что превышает порог в 102 см для мужчин европеоидной расы (в ряде рекомендаций указывается пороговое значение 94 см). Гиперхолестеринемия установлена по превышению порогового значения общего холестерина в 4,9 ммоль/л, дислипидемия – на основании гиперхолестеринемии в сочетании с превышением порогового уровня холестерина ЛПНП в 3,0 ммоль/л. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

228

2. Определение микроальбуминурии,

содержание в плазме крови глюкозы (натощак),

уровень креатинина крови и расчѐт скорости клубочковой фильтрации (СКФ),

содержание в сыворотке крови мочевой кислоты,

содержание в сыворотке крови калия и натрия,

содержание в сыворотке крови билирубина, АЛТ, АСТ, щѐлочной фосфатазы, γ-глутамил-транспептидазы («печѐночные пробы»),

уровень тиреотропного гормона (ТТГ).

3. Нормализация массы тела для достижения ИМТ <25 кг/м2, и уменьшение объѐма талии до менее 102 см (по некоторым рекомендациям менее 94 см). Ограничить потребление алкогольных напитков менее 20–30 г/сут. в пересчѐте на чистый алкоголь. Регулярная аэробная (динамическая) физическая нагрузка по 30–40 мин. 5–7 раз в неделю (ходьба, бег, езда на велосипеде или плавание) на фоне ЧСС = 65–70% от максимальной для данного возраста.

Максимальная ЧСС рассчитывается по формуле: 220 – возраст (лет). Снижение потребления поваренной соли до 5–6 г/сут. Изменение режима питания с увеличением потребления растительной пищи, молочных продуктов низкой жирности, увеличением в рационе калия, кальция (содержатся в овощах, фруктах, зерновых) и магния (содержится в молочных продуктах), а также уменьшением потребления животных жиров. Рекомендуемое потребление общих жиров составляет 25–35% от общей калорийности. Количество насыщенных жиров не более 7% от общей калорийности. Продукты, богатые транс-жирами и насыщенными жирами (маргарины, пальмовые масла, жирное мясо, конфеты, сливки, сливочное масло, жирные сыры) следует заменить мононенасыщенными жирами (нерафинированное оливковое масло) и полиненасыщенными жирами (растительное масло) с целью ограничения транс-жиров не более 1% от общей калорийности рациона. Потребление углеводов может варьировать от 45 до 55% от общей калорийности рациона. Простые углеводы рекомендуется заменить сложными, то есть продуктами, богатыми клетчаткой и имеющие низкий гликемический индекс (овощи, бобовые, фрукты, орехи, зерновые злаки). Общее количество фруктов и овощей в ежедневном рационе должно быть не менее 300–400 г. Не менее 2 раз в неделю в рацион рекомендуется включать рыбу (скумбрия, палтус, сардины, тунец, лосось, сельдь), богатую омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

229

4. Приѐм Аспирина в низкой дозе данному пациенту не показан. Для первичной профилактики абсолютное снижение риска сердечно-сосудистых событий при приѐме Аспирина невелико и сопоставимо с повышением риска кровотечений вследствие его приѐма. Поэтому Аспирин показан пациентам с контролируемой артериальной гипертензией, которые перенесли сердечно-сосудистое осложнение (инфаркт миокарда, инсульт, транзиторную ишемическую атаку) и, возможно, показан пациентам с нарушением функции почек при высоком риске. Аспирин не рекомендуется пациентам с низким и умеренным риском для первичной профилактики, так польза и вред от его приѐма примерно равны.

5. Целевым уровнем следует считать достижение холестерина ЛПНП <3 ммоль/л. Пациент относится к группе умеренного кардиоваскулярного риска и имеет холестерин ЛПНП в диапазоне от 4,0 до 4,9 ммоль/л, таким пациентам показано немедикаментозное лечение для достижения целевого уровня ЛПНП и рассмотрение необходимости медикаментозной терапии только в случае если немедикаментозное лечение и изменение образа жизни в течение не менее 6 месяцев не приводит к достижению терапевтической цели. Клинические испытания статинов у пациентов с артериальной гипертензией и умеренным кардиоваскулярным риском дали противоречивые результаты, поэтому гипертоническая болезнь у данного пациента не является основанием для немедленного назначения медикаментозного гиполипидемического лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 264 [K002968]**

1. Сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный. Ожирение 2 степени.

2. Анамнестические и физикальные признаки, указывающие на возможный сахарный диабет: ожирение, полиурия, акантоз (гиперпигментация и утолщение кожи по задней поверхности шеи и в подмышечных областях), кандидозная инфекция половых путей и, возможно, кожи (под молочными железами), большая масса тела плода (>4500 г) при рождении.

Диагноз «сахарный диабет» устанавливается, если гликемия в цельной капиллярной крови (глюкометром) натощак ≥6,1 ммоль/л или при случайном определении ≥11,1 ммоль/л. У данной пациентки – 12,5 ммоль/л при случайном определении. Следует отметить, что диагноз сахарного диабета всегда следует подтверждать повторным определением гликемии в последующие дни (за исключением случаев несомненной гипергликемии с острой метаболической декомпенсацией или с очевидными симптомами), таким образом, однократное выявление гипергликемии недостаточно для установления диагноза. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

230

Сахарный диабет 2 типа – нарушение углеводного обмена, вызванное преимущественной инсулинорезистентностью и относительной инсулиновой недостаточностью или преимущественным нарушением секреции инсулина с инсулинорезистентностью или без неѐ, в то время как сахарный диабет 1 типа – деструкция β-клеток поджелудочной железы, обычно приводящая к абсолютной инсулиновой недостаточности. У данной пациентки имеются указания на постепенное неуклонное нарастание массы тела, что обычно связано с инсулинорезистентностью и свидетельствует о 2 типе сахарного диабета.

Ожирение устанавливается по ИМТ = 35,8 кг/м2 (значения ИМТ выше 30 – ожирение, от 35,0 до 39,9 – ожирение 2 степени).

3. Гликированный гемоглобин (НbА1с),

общий анализ крови,

общий анализ мочи,

микроальбуминурия,

белок крови,

общий холестерин, холестерин ЛПВП, холестерин ЛПНП, триглицериды (липидный профиль),

билирубин, АСТ, АЛТ («печѐночные пробы»),

мочевая кислота,

мочевина,

креатинин крови c расчѐтом СКФ,

электролиты крови: калий и натрий.

4. Выбор индивидуальных целей лечения зависит от возраста пациента, ожидаемой продолжительности жизни, наличия тяжѐлых осложнений и риска тяжѐлой гипогликемии. У пациента молодого возраста без тяжѐлых макрососудистых осложнений и/или риска тяжѐлой гипогликемии целевое значение гликированного гемоглобина (HbA1c) < 6,5%.

Целевые уровни показателей липидного обмена: общий холестерин < 4,5 ммоль/л, холестерин ЛПНП < 2,5ммоль/л, холестерин ЛПВП > 1,3 ммоль/л, триглицериды < 1,7 ммоль/л. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

231

5. Ограничение калорийности рациона с целью снижения массы тела на 10–15%, рекомендуемый суточный калораж 1350 ккал (рекомендуется дефицит 500–750 ккал/сут., исходя из основного обмена в 1300 ккал/сут. для женщин и коэффициента физической активности 1,6 (работники, занятые лѐгким трудом) бездефицитная калорийность рациона 2080 ккал/сут.). Это обеспечивает положительный эффект в отношении гликемического контроля, липидов и артериального давления, особенно в ранний период заболевания. Достижение снижения массы тела наиболее эффективно при одновременном применении физических нагрузок и обучающих программ. Резкие, нефизиологические ограничения в питании и голодание противопоказаны. Идеального процентного соотношения калорий из белков, жиров и углеводов не существует. Как правило, полезным для снижения массы тела может быть максимальное ограничение жиров (прежде всего животного происхождения) и сахаров; умеренное ограничение (в размере половины привычной порции) продуктов, состоящих преимущественно из сложных углеводов (крахмалов) и белков; и неограниченное потребление продуктов с минимальной калорийностью (в основном богатых водой и клетчаткой овощей).

Следует рекомендовать потребление углеводов в составе овощей, цельнозерновых, молочных продуктов, в противовес другим источникам углеводов, содержащих дополнительно насыщенные или транс-жиры, сахара или натрий. Важно также включать в рацион продукты, богатые моно- и полиненасыщенными жирными кислотами (рыба, растительные масла). Допустимо умеренное потребление некалорийных сахарозаменителей. Употребление алкогольных напитков возможно в количестве, содержащем не более 10 г чистого этанола в сутки (но не ежедневно).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 265 [K002969]**

1. Острый стрептококковый тонзиллофарингит (стрептококковая лакунарная ангина).

2. Диагноз «тонзиллофарингит» поставлен на основании анамнеза острого заболевания, боли в горле, затруднения глотания и лихорадки, эпиданамнеза контакта с ребѐнком, страдавшим сходным по клинике заболеванием, данных физикального обследования – гиперемии задней стенки глотки, увеличения миндалин, наличия в лакунах налѐта.

Стрептококковая этиология тонзиллофарингита предположена на основании критериев Centor: отсутствие кашля (+1), увеличенные и болезненные передние шейные лимфоузлы (+1), температура тела > 38°C (+1), отѐчность или налѐты на глоточных миндалинах (+1), и критерий возраста – 3–14 лет (+1), 5–44 лет (0) и 45 лет и старше (-1).

Данный пациент набирает 4 балла по шкале Centor, что соответствует вероятности стрептококковой этиологии тонзиллофарингита 52–53%.

3. Эпиглоттит, перитонзиллярный абсцесс, заглоточный абсцесс, флегмона дна полости рта (ангина Людвига). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

232

4. Бактериологический метод – посев материала мазка из зева (носоглотки) на культуральные среды с идентификацией возбудителя и определением чувствительности к антимикробным препаратам;

Молекулярно-генетический метод – полимеразная цепная реакция (ПЦР) материала мазка из зева (носоглотки);

Экспресс-диагностика антигена гемолитического стрептококка (реакция коагглютинации) в ротоглотке у пациентов с тонзиллитом;

Серологические методы – определение титра антистрептолизина–О (АСЛ-О), либо антител против ДНК-азы и других ферментов, в том числе антитоксинов стрептококка в динамике, нарастание титра подтверждает острую стрептококковую инфекцию.

5. Принципы лечения больных стрептококковым тонзиллитом предусматривают устранение интоксикационного и местного синдромов и предупреждение развития осложнений со стороны других органов и систем (первичную профилактику острой ревматической лихорадки). К средствам этиотропной терапии относят антибиотики: пенициллины, чувствительные к бета-лактамазам (Амоксициллин, Феноксиметил-пенициллин, Бензилпенициллин), препаратом выбора является пероральный Амоксициллин, при непереносимости Пенициллинов могут быть использованы макролиды (Азитромицин, Кларитромицин) или Клиндамицин, либо цефалоспорины 1-го поколения (Цефазолин, Цефалексин, Цефадроксил), но следует учитывать возможные перекрѐстные реакции между антибиотиками бета-лактамовой группы. Возможно использование комбинации пенициллинов с ингибиторами бета-лактамаз (Амоксициллин + Клавулановая кислота) или цефалоспоринов 3 поколения (Цефотаксим, Цефтриаксон), хотя доказательная база этих антибиотиков в лечении стрептококкового тонзиллофарингита очень ограничена.

Срок лечения всеми перечисленными антибиотиками 10 дней, за исключением Азитромицина, курс лечения которым составляет 5 дней, более короткие курсы не обеспечивают эффективной профилактики острой ревматической лихорадки. Для симптоматической терапии используются жаропонижающие (Парацетамол) или нестероидные противовоспалительные средства (Ибупрофен и другие), местные антисептики и анестетики для орошения полости рта.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 266 [K002970]**

1. Острый неосложненный амбулаторный (внебольничный) пиелонефрит.

2. Анализ мочи с обязательной микроскопией, количественной оценкой лейкоцитурии, общий анализ крови, посев мочи с определением чувствительности микробов к антибиотикам – только по показаниям, при неосложнѐнном пиелонефрите и удовлетворительном состоянии пациента не требуется, обязателен при отсутствии эффекта от эмпирической терапии и у беременных пациенток, креатинин крови и расчѐт СКФ, мочевина и электролиты крови для оценки функции почек. Возможны (но не обязательны) анализ мочи по Нечипоренко и анализ мочи по Зимницкому. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

233

3. Цистит, уретрит, вагинит, эктопическая (внематочная) беременность, мочекаменная болезнь, воспалительные заболевания женской репродуктивной системы (сальпингоофорит, аднексит), аппендицит, острый панкреатит, острый холецистит (ЖКБ), инфаркт почки, колит, пневмония, гломерулонефрит, туберкулѐз почки.

4. Цель терапии – выздоровление с элиминацией возбудителя, нормализация клинико-лабораторных показателей. Как правило, причиной пиелонефрита служит один штамм бактерий, чаще всего (75–95%) – Escherichia coli.

Лечение включает пероральный приѐм антибактериальных препаратов – фторхинолонов – препараты выбора (Ципрофлоксацин 500 мг 2 раза в день или Левофлоксацин 750 мг 1 раз в день), при непереносимости фторхинолонов возможно назначение цефалоспоринов 2–3 поколения, Амоксициллина + Клавулоновой кислоты (875 + 125 мг 2 раза в день). Минимальная продолжительность лечения 5 дней, типичная продолжительность терапии 10–14 дней.

Симптоматическая терапия включает гидратацию при признаках гиповолемии и дегидратации, спазмолитики, анальгетики, противорвотные средства, антигипертензивные препараты.

5. Большинство пациентов полностью выздоравливают, прогноз ухудшается при развитии осложнений, таких как эмфизематозный пиелонефрит, паранефральный абсцесс, сепсис и острое почечное повреждение. Факторами риска развития осложнений являются задержка с назначением антибиотикотерапии, неправильный выбор антибиотиков, структурные нарушения мочевыделительной системы, предрасполагающие к осложнениям и хронизации процесса.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 267 [K002974]**

1. Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония, нетяжѐлая.

2. Критериями диагноза «пневмония» являются рентгенологически подтверждѐнная очаговая инфильтрация лѐгочной ткани плюс по меньшей мере, два клинических признака из числа следующих: острая лихорадка в начале заболевания (температура тела > 38,0°С); кашель с мокротой; физикальные признаки уплотнения лѐгочной ткани (фокус крепитации и/или мелкопузырчатые хрипы, бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного звука); лейкоцитоз > 10×109/л и/или палочкоядерный сдвиг (>10 %).

Таким образом, для подтверждения диагноза «пневмония» у данного пациента требуется выполнение рентгенографии лѐгких в передне-задней и правой боковой проекциях. Также возможно выполнение общего анализа крови для идентификации лейкоцитоза и/или палочкоядерного сдвига.

3. Прогноз летального исхода внебольничной пневмонии следует определять с использованием прогностических шкал PORT PSI, CURB-65 или CRB-65. В Российской Федерации в амбулаторных условиях рекомендована шкала CRB-65: Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

234

спутанность сознания (+1), частота дыхательных движений ≥ 30 в минуту (+1), САД < 90 мм рт.ст. или ДАД ≤ 60 мм рт.ст. (+1), возраст ≥ 65 лет (+1). Таким образом, по CRB-65 пациент набирает 0 баллов, что соответствует риску летального исхода менее 1,2%. Пациенту показано амбулаторное лечение.

4. Пациенту показано амбулаторное антибактериальное лечение. Пациент относится к первой клинико-эпидемиологической группе: внебольничная пневмония нетяжѐлого течения у лиц без сопутствующих заболеваний, не принимавших в последние 3 месяца антимикробных препаратов. Для лечения этой группы препаратами выбора являются Амоксициллин внутрь или макролиды с улучшенными фармакокинетическими свойствами (Азитромицин, Кларитромицин) или благоприятным профилем безопасности и минимальной частотой лекарственных взаимодействий (Джозамицин, Спирамицин). Первоначальная оценка эффективности терапии должна проводиться через 48–72 часа после начала лечения. Основными критериями эффективности в эти сроки являются снижение температуры, уменьшение симптомов интоксикации, уменьшение одышки и других проявлений дыхательной недостаточности.

Если у пациента сохраняется высокая лихорадка и интоксикация или симптоматика прогрессирует, то лечение следует признать неэффективным. В этом случае необходимо пересмотреть тактику антибактериальной терапии и повторно оценить целесообразность госпитализации пациента. Антибактериальная терапия может быть завершена при стойкой нормализации температуры тела на протяжении 3–4 дней, при таком подходе длительность лечения составляет 7–10 дней.

5. Для профилактики пневмонии используются пневмококковая вакцина, которая вводится однократно, и гриппозная вакцина, которая вводится ежегодно, оптимальное время для проведения вакцинации – октябрь – первая половина ноября. В РФ используется 23-валентная неконъюгированная вакцина, содержащая очищенные капсулярные полисахаридные антигены 23 серотипов S. pneumonia и 13-валентная пневмококковая конъюгированная вакцина. Вакцинация пневмококковой вакциной рекомендуется группам лиц с высоким риском развития инвазивных пневмококковых инфекций.

Введение гриппозной вакцины с целью профилактики внебольничной пневмонии, рекомендуется при наличии высокого риска осложнѐнного течения гриппа. При наличии показаний обе вакцины (пневмококковая и гриппозная) могут вводиться одновременно.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 268 [K002976]**

1. Артериальная гипертония II стадии, I степени, риск 3. Ожирение 1 степени. Гиперлипидемия.

2. Диагноз «артериальная гипертония (АГ)» установлен на основании повышения АД, данных ЭКГ (гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ)). Стадия АГ и риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО) установлены на основании наличия бессимптомного поражения органов-мишеней (сердца) и отсутствия клинически выраженных заболеваний сердечно-сосудистой системы и ХПБ. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

235

Диагноз «ожирение I степени» определѐн по величине ИМТ.

3. Группа здоровья IIIa, так как у пациента имеется артериальная гипертония, требующая диспансерного наблюдения.

4. Пациента необходимо направить на второй этап диспансеризации для уточнения диагноза. В рамках 2 этапа диспансеризации пациенту показано определение липидного спектра крови, так как у него повышенный уровень общего холестерина и дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, так как выявлены три фактора риска развития хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ): АГ, гиперхолестеринемия, ожирение.

5. Факторы риска ХНИЗ у пациента: курение, нерациональное питание, низкая физическая активность, ожирение, повышенное АД, гиперхолестеринемия.

Пациенту необходимо соблюдать следующие рекомендации:

- отказаться от курения;

- изменить рацион питания: уменьшить потребление жиров, углеводов, поваренной соли, увеличить потребление овощей, фруктов, морепродуктов;

- увеличить физическую активность: ходить в умеренном или быстром темпе не менее 30 минут в день;

- контролировать уровень АД, принимать назначенные врачом антигипертензивные препараты.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 269 [K002977]**

1. Группа здоровья I, так как у пациента низкий суммарный сердечно-сосудистый риск и нет заболеваний, требующих диспансерного наблюдения участкового терапевта.

2. Пациента необходимо направить на второй этап диспансеризации для уточнения диагноза, поскольку у пациента имеются клинические симптомы (кашель с мокротой) и факторы риска развития ХОБЛ (курение). В рамках 2 этапа диспансеризации пациенту показано проведение спирометрии.

3. Спирометрические признаки бронхиальной обструкции: снижение ОФВ1 и ОФВ1/ФЖЕЛ ≤0,7.

Больному показано обследование за рамками диспансеризации для уточнения диагноза ХОБЛ: клинический анализ крови, общий анализ мокроты с исследованием на микобактерии туберкулѐза спирометрия с исследованием обратимости бронхиальной обструкции, тест с 6-минутной ходьбой, рентгенография органов грудной клетки, пульсоксиметрия.

При подтверждении диагноза ХОБЛ для оценки выраженности симптомов необходимо провести тестирование по одному из опросников (mMRC, CAT, CCQ) и определить риск обострений. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

236

4. Пациенту необходимо рекомендовать отказ от курения, так как курение – основной фактор риска развития ХОБЛ. Кроме того, необходимо проведение вакцинации против гриппа и профилактика ОРВИ, так как вирусные инфекции провоцируют обострение ХОБЛ.

Методы профилактики ОРВИ – закаливание, рациональное питание, достаточный сон, соблюдение гигиены; возможно рассмотреть (убедительные доказательства эффективности отсутствуют) использование витаминотерапии, приѐм иммуномодуляторов (интерфероны, Циклоферон), использование противовирусных средств для постконтактной профилактики (в случае контакта с больными гриппом).

5. Никотинзамещающие препараты: никотиновая жевательная резинка, ингалятор, назальный спрей, накожный аппликатор, подъязычные таблетки или пастилки.

Препараты, снижающие никотиновую зависимость: Варениклин, Бупропион.

Психотерапевтические методы: рациональная психотерапия, аутотренинг, гипноз.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 270 [K002978]**

1. Бронхиальная астма, среднетяжѐлое течение, контролируемая.

2. Диагноз «бронхиальная астма» у больной установлен по анамнезу (она состоит на диспансерном учѐте по этому заболеванию, принимает контролирующую терапию). Степень тяжести установлена на основании того, что у пациентки астма контролируется на фоне терапии в объѐме 3 ступени (низкие дозы ингаляционных глюкокортикоидов в комбинации с длительно действующими β2-агонистами). Можно отметить, что в последних международных рекомендациях определение степени тяжести на фоне терапии не рассматривается. Уровень контроля определѐн на основании следующих критериев: симптомы астмы возникают менее 2 раз в неделю, ночных симптомов нет, использование препаратов для неотложной помощи (Сальбутамол) менее 2 раз в неделю, активность не нарушена.

3. Больной рекомендовано уменьшить объѐм контролирующей терапии, перейти на 2 ступень в связи с тем, что контроль над астмой сохраняется в течение более 3 месяцев. Предпочтительным является уменьшение кратности приѐма Флутиказона и Сальметерола до 1 раза в сутки, полная отмена длительно действующих β2-агонистов сопряжена с более высоким риском декомпенсации бронхиальной астмы. Контрольный осмотр после изменения терапии через 1 месяц.

4. Пациенту с бронхиальной астмой средней степени тяжести показан осмотр врачом-терапевтом участковым 1 раз в 3 месяца, врачом- пульмонологом и врачом-аллергологом 1 раз в 6 месяцев, другими специалистами (врачом-оториноларингологом, врачом-стоматологом, врачом-психотерапевтом) по показаниям.

Рекомендовано проведение следующих диагностических исследований: антропометрия, клинический анализ крови, крупнокадровая флюорография, глюкоза крови, иммуноглобулин Е общий сыворотки крови, общий анализ мокроты с исследованием на микобактерии туберкулеза, спирометрия. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

237

Возможными (не обязательными) являются исследование оксида азота в выдыхаемом воздухе и бактериологическое исследование мокроты с определением чувствительности к антибиотикам (при наличии).

5. Направление в бюро медико-социальной экспертизы пациентке не показано, так как у неѐ отсутствуют признаки стойкой утраты трудоспособности: нет нарушений основных функций организма, в частности нет признаков дыхательной недостаточности, сохранена способность к основным категориям жизнедеятельности человека (активность больной не ограничена из-за астмы).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 271 [K002979]**

1. Врач-терапевт участковый правильно установил нозологию: о наличии пневмонии свидетельствуют характерные симптомы (кашель, лихорадка), признаки синдрома уплотнения лѐгочной ткани (локальное притупление лѐгочного звука, ослабленное дыхание, крепитация; рентгенологические данные), но формулировка диагноза неполная: не указаны локализация пневмонии, степень тяжести и условия развития, а также сопутствующие заболевания.

Тяжесть пневмонии оценивается по витальным показателям, которые у данного пациента в пределах нормы (ЧДД 18 в минуту, АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС 95 в минуту), следовательно, пневмония имеет нетяжѐлое течение. Следует указать сахарный диабет 2 типа, для пациента в возрасте 40–65 лет без тяжѐлых макрососудистых осложнений и с низким риском гипогликемии, целевой уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) < 7%.

Правильная формулировка диагноза «внебольничная пневмония в нижней доле правого лѐгкого (S9), нетяжѐлого течения. Сахарный диабет 2 типа, целевой уровень HbA1c< 7%».

2. Выбор врача-терапевта участкового правильный, пациенту показано лечение в амбулаторных условиях, так как по шкале CRB-65 он набирает 0 баллов: пациент в сознании, ЧД и АД в норме, возраст - 51 год.

3. Препарат выбран неверно, так как пациент имеет сопутствующее заболевание (сахарный диабет), поэтому относится ко 2 группе пациентов, которые могут лечиться в амбулаторных условиях. Наиболее вероятными возбудителями пневмонии у этих пациентов являются пневмококк, гемофильная палочка, хламидия, золотистый стафилококк, энтеробактерии. Пациентам 2 группы рекомендовано назначение ингибиторо-защищѐнных аминопенициллинов (Амоксициллин + Клавулонат или Амоксициллин + Сульбактам) ± макролид (в том числе Азитромицин), либо респираторных фторхинолонов (Левофлоксацин, Моксифлоксацин).

4. Пациент временно нетрудоспособен. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности (ВН) при нетяжѐлой пневмонии 20–21 день. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

238

5. После перенесѐнной пневмонии пациент находится под диспансерным наблюдением в течение 6 месяцев, осмотр терапевта проводится 1 раз в 3 месяца. Диспансерное наблюдение необходимо, поскольку острые болезни органов дыхания (БОД) даже у ранее здоровых пациентов являются фактором риска развития хронических БОД. Острые БОД часто развиваются у больных с хроническими БОД, которые могут быть выявлены при дополнительном обследовании пациента в восстановительном периоде после острого процесса.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 272 [K002980]**

1. ХОБЛ, бронхитический тип, крайне тяжѐлая бронхиальная обструкция (GOLD 4), с выраженными симптомами (САТ – 28), высокий риск обострений, (группа D). Хроническое лѐгочное сердце. ДН 3 ст. ХСН IIБ, ФК III (NYHA).

2. Диагноз «ХОБЛ» установлен на основании жалоб на кашель с выделением мокроты и одышку, наличии в анамнезе фактора риска (курение), наличии признаков бронхиальной обструкции (сухие свистящие хрипы, снижение ОФВ1/ФЖЕЛ <0,7 и снижение ОФВ1), рентгенологических данных. Степень тяжести бронхиальной обструкции установлена на основании данных спирометрии (ОФВ1=30% от должных значений), риск обострений установлен на основании данных спирометрии (ОФВ1=30% от должных значений) и анамнеза предшествующих обострений (1 госпитализация по поводу обострения в прошлом году). Совокупность этих признаков соответствует клинической группе D (выраженные симптомы, высокий риск). Бронхитический тип установлен на основании жалоб и данных рентгенографии органов грудной клетки, характерных для хронического бронхита. Диагноз «лѐгочное сердце» поставлен на основании данных ЭКГ и клинических признаков правожелудочковой недостаточности (увеличение печени, отѐки нижних конечностей, набухание шейных вен), стадия сердечной недостаточности – на основании симптомов (отѐки на ногах, увеличение печени, набухание шейных вен), ЭКГ. Степень дыхательной недостаточности определена на основании выраженности одышки (при незначительной физической нагрузке) и данных пульсоксиметрии.

3. Поскольку пациент относится к группе D, ему предпочтительно показан один из вариантов лечения:

- комбинированная терапия ингаляционными глюкокортикоидами и длительно-действующими бета-агонистами (например, Флютиказон 500 мкг + Сальметерол 50 мкг или Будесонид 320 мкг + Формотерол 9 мкг – по 2 ингаляции в сутки),

- длительно-действующие антихолинергические препараты (например, Тиотропия бромид 18 мкг 1 ингаляция в сутки), либо

- их комбинация. Альтернативной терапией является комбинация ингаляционного глюкокортикоида + длительно-действующего бета-агониста с ингибитором фософодиэстеразы-4 (Рофлумиласт таблетки 0,5 мг 1 раз в день),

либо комбинация длительно-действующего антихолинергического препарата с ингибитором фософодиэстеразы-4, Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

239

либо комбинация длительно-действующего антихолинергического препарата с длительно-действующим бета-агонистом.

Возможно назначение короткодействующих бронхолитиков бета-агонистов (например, Формотерол) или антихолинергических средств (например, Ипратропия бромид) по требованию.

Для лечения ХСН следует назначить ингибитор АПФ (например, Лизиноприл 5 мг/сут.) или блокатор рецепторов ангиотензина (например, Кандесартан 8 мг/сут.), бета-блокатор (один из 4 возможных препаратов – Метопролола сукцинат, Бисопролол, Карведилол или Небиволол в очень низких дозах, например, Бисопролол 1,25 мг/сут.) и диуретики (Торасемид 2,5–5 мг/сут.).

4. Пациенту с ХОБЛ крайне тяжѐлого течения показан осмотр врачом-терапевтом участковым 1 раз в 3 месяца, врачом-пульмонологом 1 раз в 6 месяцев, другими специалистами (врачом-оториноларингологом, врачом-стоматологом, врачом-психотерапевтом) по показаниям.

Рекомендовано проведение следующих диагностических исследований: антропометрии, крупнокадровой флюорографии, ЭКГ, клинического анализа крови, общего анализа мокроты с исследованием на микобактерии туберкулѐза, посева мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам, спирометрии с исследованием обратимости бронхиальной обструкции, пульсоксиметрии, теста с 6-минутной ходьбой. Дополнительно (необязательные исследования) показано исследование углекислого газа в выдыхаемом воздухе, исследование оксида азота в выдыхаемом воздухе.

5. Пациенту показано направление в бюро медико-социальной экспертизы, так как у него имеются признаки стойкой утраты трудоспособности: выраженные нарушения функции дыхания (ДН 3 ст.) и функции кровообращения (ХСН IIБ ст.), а также нарушение способностей к передвижению и самообслуживанию 1 степени.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 273 [K002983]**

1. Рожистое воспаление левой нижней конечности. Эритематозная форма. Средняя степень тяжести.

2. При дифференциальном диагнозе следует думать о флегмоне, эритеме, дерматите, лимфангиите сетчатом, тромбофлебите и эризепилоиде (свиной краснухе).

3. Определенное диагностическое значение имеют повышенные титры антистрептолизина-О и других противострептококковых антител, выявление бактериальных и L-форм стрептококка в крови больных, что особенно важно при прогнозировании рецидивов у реконвалесцентов. В последнее время для диагностики стрептококковых инфекций начинают использовать полимеразную цепную реакцию.

Кроме обследования, которое позволяет достаточно правильно поставить диагноз рожистого воспаления, следует сделать лабораторные анализы крови и мочи (снижение суточного диуреза; появление белка, эритроцитов и лейкоцитов в моче). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

240

Для верификации диагноза следует обратить внимание на следующие изменения в крови: лейкоцитоз, нейтрофилез с токсической зернистостью, снижение числа эозинофилов, повышение СОЭ.

4. Лечение начинают с введения антибиотиков (препараты выбора - пенициллины или тетрациклины) в течении 4-10 дней.

Показаны сульфаниламиды, противовоспалительные и жаропонижающие средства, УФО крови. Левую нижнюю конечность иммобилизируют. Локально назначают УФО (эритемные дозы). Больной должен быть изолирован в отдельную палату. По существующим правилам и приказам эритематозная форма рожистого воспаления должна лечиться в инфекционных стационарах или отделениях. Только буллезно-некротическая и абсцедирующая формы рожистого воспаления лечатся в хирургических стационарах.

5. Профилактика рожистого воспаления сводится к предупреждению травм, потертостей, ссадин, микротравм, являющихся входными воротами для стрептококков. Терапия эпидермофитий, трофических язв и других хронических заболеваний кожи и подкожной клетчатки входит в мероприятия по профилактике рожи.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 274 [K003095]**

1. Хроническая обструктивная болезнь лѐгких, преимущественно эмфизематозный фенотип, низкий риск обострений (для установления степени тяжести ограничения скорости воздушного потока и выраженности симптомов ХОБЛ необходимо дополнительное обследование).

2. Диагноз поставлен на основании:

- жалоб пациента на хронический кашель со скудной слизистой мокротой и прогрессирующую одышку экспираторного характера;

- наличия факторов риска развития ХОБЛ: длительного стажа табакокурения (индекс пачка/лет=48) и профессиональных факторов;

- признаков эмфиземы при осмотре: бочкообразная форма грудной клетки, коробочный звук при перкуссии лѐгких, диффузное ослабление везикулярного дыхания;

- прогрессирующего снижения массы тела как системного проявления ХОБЛ.

3. План дополнительного обследования включает:

- спирометрию для выявления ограничения скорости воздушного потока и степени еѐ тяжести;

- заполнение опросников mMRC и CAT для оценки выраженности симптомов ХОБЛ;

- рентгенографию органов грудной клетки для исключения альтернативного диагноза и серьѐзных сопутствующих заболеваний, выявления гиперинфляции; Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

241

- ЭКГ для исключения альтернативного диагноза, выявления признаков гипертрофии правого желудочка.

4. Отказ от курения для снижения темпов прогрессирования ХОБЛ.

После проведения интегральной оценки симптомов, показателей спирометрии и риска обострений и установления группы, к которой относится пациент, назначить лекарственную терапию для предупреждения и контролирования симптомов, уменьшения частоты и тяжести обострений, улучшения состояния здоровья и переносимости физической нагрузки. Предпочтительным является назначение бронходилататоров длительного действия (учитывая степень выраженности одышки) – М-холинолитиков или бета2-агонистов.

Ежегодная вакцинация от гриппа и пневмококковой инфекции для снижения риска обострений ХОБЛ.

Включение в программу лѐгочной реабилитации (физические тренировки, нутритивная поддержка) для уменьшения симптомов, улучшения качества жизни и повышения физического и эмоционального участия в повседневной жизни.

5. Пациенты с ХОБЛ наблюдаются врачом первичного звена здравоохранения по группе III диспансерного наблюдения при 1–2 степени тяжести бронхиальной обструкции 2 раза в год; 3–4 степени тяжести — 4 раза в год.

Осмотр врачом-пульмонологом проводится 2 раза в год.

При необходимости проводится осмотр врачами других специальностей – врачом-оториноларингологом, врачом-стоматологом, врачом-психотерапевтом, врачом-фтизиатром.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 275 [K003179]**

1. Внебольничная пневмония в нижней доле левого лѐгкого. Абсцедирование с прорывом гноя в бронх.

2. Общий анализ мокроты; бактериоскопия и посев мокроты на элективные среды для получения культуры возбудителя; биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, сиаловые кислоты, серомукоид, фибрин, гаптоглобин, аминотрансферазы; спирография; фибробронхоскопия; компьютерная томография лѐгких в динамике.

3. Антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины III поколения, фторхинолоны или карбапенемы или макролиды), муколитики, Ацетилцистеин. Лаваж бронхов. При необходимости хирургическое лечение.

4. Бронхоэктатическая болезнь. Центральный рак лѐгкого. Туберкулѐз лѐгкого. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

242

5. До прорыва гноя в бронх характерны высокая лихорадка, ознобы, проливные поты, сухой кашель с болями в груди на стороне поражения, затруднѐнное дыхание или одышка, при перкуссии – интенсивное укорочение над очагом поражения, аускультативно – ослабленное дыхание с жѐстким оттенком, иногда бронхиальное. При осмотре бледность кожи, цианотичный румянец на лице. Вынужденное положение на больной стороне. После прорыва в бронх: приступ кашля с выделением большого количества гнойной зловонной мокроты (до 500 мл).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 276 [K003180]**

1. Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония. Диафрагмальный плеврит.

2. Общий анализ крови; Общий анализ мочи; Биохимический анализ крови: общий белок, билирубин, аминотрансферазы, холестерин, ЛДГ, серомукоид, гаптоглобин; Рентгенологическое исследование легких, компьютерная томография. Посев мокроты.

3. Антибиотики широкого спектра действия (пенициллины полусинтетические, цефалоспорины III поколения или макролиды), муколитики. Ацетилцистеин.

4. Острый гастрит, острый холецистит, язвенная болезнь 12-перстной кишки, спонтанный пневмоторакс.

5. Характерны жалобы на боли в грудной клетке особенно при глубоком дыхании, повышение температуры тела, общая слабость. Объективно: учащенное поверхностное дыхание, вынужденное положение тела, при аускультации – шум трения плевры.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 277 [K003181]**

1. Внебольничная левосторонняя верхнедолевая пневмония, осложненная плевритом.

2. Общий анализ крови, общий анализ мочи; анализ мокроты, посев мокроты на микрофлору и определение чувствительности ее к антибиотикам; биохимический анализ: общий белок, билирубин, аминотрансферазы, холестерин, ЛДГ, серомукоид, гаптоглобин; Рентгенологическое исследование легких в динамике, компьютерная томография.

3. Антибиотики широкого спектра действия (комбинированная терапия цефалоспоринами III поколения в/в и легочные фторхинолоны), муколитики, НПВС.

4. ТЭЛА, абсцедирующая пневмония, острый бронхит, межреберный нейромиозит

5. Характерны жалобы на боли в грудной клетке особенно при глубоком дыхании, при перкуссии там же притупление, повышение температуры тела, общая слабость. Объективно: учащенное поверхностное дыхание, вынужденное положение тела.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 278 [K003182]**

1. Бронхиальная астма, смешанного генеза, тяжелое течение. Обострение. Астматический статус 1 ст. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

243

2. Общий анализ крови; мочи; кала на яйца гельминтов; биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, серомукоид, гаптоглобин, фибрин, С-реактивный протеин; иммунологический анализ крови: содержание В- и Т-лимфоцитов, иммуноглобулинов (Ig E), циркулирующих иммунных комплексов, комплемента, определение функциональной активности Т-лимфоцитов; анализ мокроты: клеточный состав, кристаллы Шарко-Лейдена, спирали Куршмана, атипичные клетки, бациллы Коха; рентгеноскопия легких, по показаниям - рентгенография придаточных пазух носа; цифровая спирография, определение показателей кривой «объем-поток» (пневмотахометрия), пикфлуометрия; ЭКГ; во вне приступном периоде постановка проб с аллергенами, по показаниям – провокационных проб.

3. Направить в отделение интенсивной терапии. Ингаляционные β2-агонисты короткого действия, обычно через небулайзер, по одной дозе каждые 20 минут в течение часа. Холинолитики ингаляционно. Внутривенные кортикостероиды. Оксигенотерапия. Ацетилцистеин. Блокаторы лейкотриеновых рецепторов. Аминофиллин внутривенно медленно. Возможна искусственная вентиляция легких.

4. Хронический обструктивный бронхит, карциноид, сердечная астма, ТЭЛА.

5. Характерны типичные приступы удушья, состоящие из трех периодов: предвестников, разгара и обратного развития, сухие свистящие хрипы. Для астматического статуса характерен кашель с трудноотделяемой мокротой, вплоть до полного ее отсутствия.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 279 [K003183]**

1. Постоперационная ТЭЛА.

2. Общий анализ крови; мочи; биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, билирубин, аминотрансферазы, ЛДГ общая и по фракциям, серомукоид, фибрин; ЭКГ в динамике; рентгенологическое исследование легких; вентиляционно-перфузионное сканирование легких, исследование коагулограммы и D-димера в плазме крови; ЭХОКГ; селективная ангиопульмонография, инструментальная диагностика флеботромбозов нижних конечностей.

3. Тромболитическая терапия: рекомбинантный тканевой активатор плазминогена, гепаринотерапия до 30 000 ЕД в сутки, постоянная оксигенотерапия через носовой катетер (в ряде случаев искусственная вентиляция легких), за 3-5 дней до отмены Гепарина назначают Варфарин, Синкумар, при шоке – Добутамин, при инфаркт- пневмонии – антибиотики (нежелателен Пенициллин), облегчение боли. Катетерные и хирургические эмболэктомии. Установка кава-фильтров. Антиагреганты.

4. Инфаркт миокарда, расслаивающая аневризма аорты, долевая пневмония, пневмоторакс, острый перикардит.

5. Внезапное начало, боль за грудиной разнообразного характера, одышка, кашель, кровохарканье, синдром острого легочного сердца, клиника инфарктной пневмонии. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

244

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 280 [K003184]**

1. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST.

2. Экстренная госпитализация. До приезда бригады скорой помощи уложить больного, обезболивание (Нитроглицерин сублингвально или ненаркотические аналгетики), 125 мг Аспирина разжевать, 75 мг Клопидогрела.

3. Общий анализ крови; общий анализ мочи; биохимический анализ крови: тропонины T и I, миоглобин, КФК-МВ фракция, холестерин, триглицериды, глюкоза, белковые фракции, С-реактивный белок, АСТ, АЛТ, ЛДГ, амилаза; ЭХОКГ; коронарография.

4. Перикардит, пороки сердца, миокардит, кардиомиопатия, артериальная гипертензия

5. Характерна дестабилизация стенокардии (приступы ангинозных болей становятся более интенсивными, продолжительными, вызываются меньшей нагрузкой).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 281 [K003185]**

1. Хроническая ревматическая болезнь сердца. Неактивная фаза. Стеноз митрального отверстия. ХСН ФК III, IIА стадия.

2. Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, серомукоид, фибриноген, СРБ, АСТ, АСЛ-О, анти-ДНКаза, антигиалуронидаза, тропонин I. Рентгенологическое исследование легких. ЭКГ. ЭХОКГ с допплерографией (цветное допплеровское картирование).

3. Диуретики - Лазикс в/в 20 мг до 2 х раз в сутки, Спироналоктон 100 мг/сут внутрь, Эноксипарин 40 мг/сут п/к. Необходимо хирургическое лечении.

4. Миокардиты неревматической этиологии, кардиомиопатии, системная красная волчанка, ревматоидный артрит, геморрагический васкулит, тромбоэмболия легочной артерии.

5. Для неактивной фазы ревматизма характерен сформированный порок сердца, гемодинамические нарушения различной степени выраженности. Для митрального стеноза характерны: легочная гипертензия, «невозможность ускорить шаг при ходьбе», сухой кашель, одышка, кровохарканье. Часто - мерцательная аритмия. Признаки недостаточности кровообращения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 282 [K003186]**

1. Гипертрофическая кардиомиопатия, идиопатический гипертрофический субаоартальный стеноз. Прогрессирующее течение. Частая желудочковая экстрасистолия. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

245

2. Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, креатинин, фибриноген, С-реактивный протеин, тропонин I, мозговой натриуретический пептид. Рентгенологическое исследование легких. ЭКГ. ЭХОКГ с допплерографией (с уточнением наличия обструкции выносящего тракта левого желудочка). Генетический тест для выявления ассоциированной с наследственной гипертрофической кардиомиопатией мутацией.

3. Кордарон внутривенно, бета-блокаторы. Имплантация дефибриллятора-кардиовертера по показаниям. Хирургическое лечение (чрез-аортальная септальная миэктомия).

4. ИБС, инфаркт миокарда. Гипертоническая болезнь. Амилоидоз сердца. Болезнь Фабри. Рестриктивная кардиомиопатия. Аортальный стеноз.

5. Общепризнана наследственная концепция (заболевание или внезапная смерть близких родственников). Ангинозные боли. Систолический шум в III-IV межреберьях слева от грудины. Систолический шум пролапса митрального клапана. Нарушения ритма (мерцательная аритмия, желудочковые экстрасистолии, желудочковая пароксизмальная тахикардия). Обмороки. Нарушения диастолической функции на ЭХОКГ.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 283 [K003187]**

1. Острый экссудативный перикардит. Тампонада сердца. НК IIБ стадии.

2. Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, серомукоид, фибриноген, СРБ, АСТ, АЛТ, АСЛ-О. Рентгенологическое исследование грудной клетки. ЭКГ. ЭХОКГ. Диагностическая пункция перикарда.

3. Антибактериальная терапия (цефалоспорины), иммуносупрессивная терапия (Преднизолон 20-30 мг/сут). Лечение недостаточности кровообращения: диуретики, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента. Пункция перикарда с удалением жидкости.

4. ИБС, инфаркт миокарда; миокардит, цирроз печени.

5. Боли в сердце. Одышка, которая уменьшается при наклонах тела вперед. Появляется сухой кашель, иногда рвота вследствие давления экссудата на трахею, бронхи и диафрагмальный нерв. Симптомы тампонады сердца: значительное расширение тени сердца, резкое повышение венозного давления (набухание шейных вен, особенно заметное в горизонтальном положении), снижение артериального давления, появление парадоксального пульса.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 284 [K003188]**

1. Гипертоническая болезнь III ст. Первично-сморщенная почка. Хроническая болезнь почек, терминальная стадия. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

246

2. Общий анализ крови, мочи. Анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, холестерин, триглицериды, липопротеины, калий, натрий, серомукоид, фибриноген, СРБ, мочевина, глюкоза. Рентгенологическое исследование легких. ЭКГ. ЭХОКГ. Исследование глазного дна. Проба Реберга-Тареева.

3. Хронический гемодиализ. Трансплантация почки.

4. Хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, Реноваскулярная гипертензия. Синдром Кона.

5. Выраженная слабость, тошнота, кожный зуд, расчесы. Бледность кожных покровов с субиктеричным оттенком. Возможно развитие сухого плеврита, перикардита. В этом случае выслушивается шум трения плевры, перикарда. В крови анемия. Олигурия. Снижение относительной плотности мочи. В биохимическом анализе крови увеличение креатинина, мочевины, электролитов.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 285 [K003189]**

1. Язвенная болезнь 12-перстной кишки. Обострение.

2. Общий анализ крови, мочи. Группа крови, резус –фактор. Анализ кала на скрытую кровь. Железо сыворотки крови. Ретикулоциты. Сахар крови. Бактериологический, морфологический, дыхательный и уреазный (СLO- тест) тесты диагностики инфекции Helicobacter pylori. УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы. Эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией и щеточным цитологическим исследованием.

3. Диета. При лечении гастродуоденальных язв, ассоциированных с Helicobacter pylori (НР), используется одна из схем для эрадикации НР.

Например, блокатор Н+К+ - АТФазы (Омепразол по 20 мг 2 раза в день) вместе с Метронидазолом 0,5 г 2 р/сут и Кларитромицином 0,5 г 2 р/сут в течении 14 дней. После окончания комбинированной эрадикационной терапии продолжают лечение Ранитидином 300 мг/сут или Фамотидином 40 мг/сут. Висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 р/сут - 8 недель.

4. Язвенная болезнь желудка, рак желудка, гастроэзофагеальная болезнь.

5. Боли, возникающие через 1,5-2 часа после еды, голодные, ночные, проходят после приема щелочей и пищи. Сезонность болей. Рвота. Изжога. Запоры. Выраженность астеновегетативного синдрома.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 286 [K003191]**

1. Первичный билиарный цирроз. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

247

2. Биохимический анализ крови: билирубин общий и прямой, холестерин, мочевина крови, общий белок, белковые фракции, АСТ, АЛТ, щелочной фосфотазы, гамма-глютоматтрансферазы, фибриноген. Общий анализ крови + ретикулоциты, тромбоциты. Общий анализ мочи. УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки и сосудов портальной системы. Эзофагогастродуоденоскопия. Коагулограмма. Ig M. Антимитохондриальные антитела.

3. В основном болеют женщины в период менопаузы. Ведущие жалобы: упорный кожный зуд и желтуха. На поздних стадиях - общая слабость, похудание, боль в костях. У 1/3 больных заболевание сочетается с калькулезным холециститом. Кожные покровы желтушные с зеленоватым оттенком. Расчесы. Позже кожа становится смуглой. В развитой стадии болезни - ксантелазмы кожи век. Развивается сухой синдром, тиреоидиты. Печень заметно увеличена, плотная, фестончатость нижнего края (позднее). Спленомегалия. Гибербилирубинемия за счет связанного билирубина, увеличение щелочной фосфотазы, гамма-глютоматтрансферазы, холестерина. Возможно повышение индикаторов цитолиза. Позднее проявляется мезенхимально-воспалительный синдром и синдром портальной гипертензии.

4. Подпеченочная желтуха, вторичный билиарный цирроз печени, рак печени, редкие формы цирроза печени: веноокклюзивные циррозы, циррозы при синдроме Бадда-Киари, болезнь Вильсона-Коновалова.

5. Пеницилламин, Азатиоприн, Колхицин. Кортикостероиды осторожно из-за вероятности развития остеопороза. Холестирамин для уменьшения зуда. Гемосорбенты (активированный уголь). Плазмаферез. Медикаментозная коррекция витаминной недостаточности, дефицита кальция. При неэффективности – пересадка печени.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 287 [K003192]**

1. Синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи.

2. Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий билирубин, АСТ, АЛТ, щелочной фосфотазы, гамма-глютоматтрансферазы. Копрограмма. Кал на дисбактериоз. Анализ кала на скрытую кровь. Ректороманоскопия. Ирригоскопия. УЗИ органов брюшной полости и малого таза. ЭКГ. Эзофагогастродуоденоскопия. Колоноскопия с биопсией.

3. Психотерапия и диета с исключением непереносимых продуктов и напитков. Спазмолитики – Дицетел 100 мг 3 раза в сутки, Метеоспазмил 1 кап. 2 раза в сутки перед едой. В случае неэффективности спазмолитиков - Смекта 3-4 пакетика в день, буферный алюминий содержащие антациды (Маалокс, Протаб, Гастал). При отсутствии или нестабильном эффекте назначается терапия, направленная на нормализацию кишечной микрофлоры: Интетрикс (2 капсулы 2 раза в день) с последующим приемом симбиотика Бактиостатин.

4. Неспецифический язвенный колит, Болезнь Крона, опухоли кишечника. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

248

5. Симптомы, подтверждающие диагноз синдрома раздраженного кишечника: частота стула более чем 3 раза в день, разжиженный или водянистый кал, императивные позывы на акт дефекации (невозможность задержать опорожнение кишки), ощущение неполного опорожнения кишки, выделение слизи во время акта дефекации, чувство переполнения, вздутия или переливания в животе.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 288 [K003194]**

1. Острый пиелонефрит.

2. Общий анализ мочи, крови. Анализ мочи по Нечипоренко. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, холестерин, мочевина, креатинин, СКФр, С-реактивный 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 декапсуляцию 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 рН мочи используют при щелочной реакции - макролиды и аминогликозиды; в слабокислой – Ампициллин, Ристомицина сульфат, нитрофураны, Нитроксолин; Левомицетин, тетрациклины, цефалоспорины, Палин, фторхинолоны применяют при любом рН мочи. Питье клюквенного морса. Дезинтоксикационная терапия. Диуретики. Противовоспалительные препараты. Аскорбиновая кислота в/м, Трентал. При болях в почке показаны тепловые процедуры.

4. Инфекционные (сальмонелез, грипп, крупозная пневмония, бруцеллез, подострый септический эндокардит), острые хирургические (аппендицит, холецистит, панкреатит) и онкологические (гемобластоз, аденокарцинома почки, лимфогранулематоз) заболевания. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

249

5. Симптоматика зависит от степени нарушения пассажа мочи. При первичном остром пиелонефрите местные признаки выражены слабо или отсутствуют. Состояние больного тяжелое, температура – 39-40 °С, 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.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 289 [K003197]**

1. Лимфогранулематоз IB cтадия.

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

3. IB.

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

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

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 290 [K003201]**

1. Хроническая подагра. Среднетяжелое течение. Подагрический артрит. Подагрическая почка. Артериальная гипертензия. Вторичная анемия средней степени тяжести.

2. Общий анализ мочи. Анализ мочи по Зимницкому. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, холестерин, триглицериды, С-реактивный белок, билирубин, АСТ, АЛТ, мочевая кислота, креатинин, СКФр, мочевина. Уровень мочевой кислоты в моче. Клиренс креатинина. Радиоизотопные методы исследования функции почек. УЗИ почек. Рентгенография суставов кистей, стоп, локтевых, плечевых.

3. Антиподагрическая диета. Запрещение алкоголя. Урикодепрессивные препараты (Аллопуринол 100 мг с увеличением дозы до 300 мг или Фебуксостат, добавить Пробеницид). При остром подагрическом артрите - Ибупрофен 800 мг 4 р/сут., при не эффективности Колхицин 1 мг 3 раза в день, со снижением дозировки до 1 мг 2 раза на следующий день, затем по 1 мг/сут. Для контроля АД - Лозартан 50 мг в сутки в комбинации с Урапидилом 30 мг 2 р/сут.

4. Ревматоидный артрит, деформирующий остеоартроз, вторичная подагра при заболеваниях крови, злокачественных опухолях, длительном применении диуретиков. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

250

5. Приступы острого артрита, провоцируемые травмами и микротравмами, физической и психической перегрузкой, инфекцией, приемом диуретиков и других медикаментов, повышающих содержание мочевой кислоты в крови. Характерная картина подагрического приступа: внезапное появление резчайших болей (обычно ночью), чаще всего в I плюснефаланговом суставе, с его припухлостью, яркой гиперемией и последующем шелушением. Сопровождаются лихорадкой, ознобом, лейкоцитозом, ускорением СОЭ. При длительном течении подагры число пораженных суставов и локализация изменяются. Образование тофусов. Деформация суставов. Подагрическая нефропатия. Гломерулосклероз и нефросклероз с развитием гипертензии и недостаточности функции почек. Синдром «пробойника» при рентгенографии суставов.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 291 [K003202]**

1. Системная красная волчанка с поражением почек, кожи, лимфоузлов, сердца, суставным синдромом и анемией. Подострое течение.

2. Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, холестерин, креатинин, мочевина, билирубин. Иммунологические показатели: LE-клетки, циркулирующие иммунные комплексы, активность комплемента, ревматоидный фактор, антинуклеарный фактор (АНФ), антинуклеарные антитела- антитела к двуспиральной ДНК, к Sm- антигену. Антитела к C1q компоненту комплимента. Лабораторные маркеры антифосфолипидного синдрома: антитела к фосфолипидам (аФЛ) - волчаночный антикоагулянт, антитела к кардиолипину. Консультация врача-офтальмолога, врача-психиатра, врача-невролога.

3. Системная красная волчанка характеризуется гиперпродукцией широкого спектра органонеспецифических аутоантител к различным компонентам ядра и иммунных комплексов, вызывающих иммуновоспалительное повреждение внутренних органов. Поражение почек с развитием нефротического синдрома. Аутоиммунная гемолитическая анемия.

4. Лекарственная волчанка, гранулематозный васкулит с полиангиитом, ВИЧ-инфекция, хронический гломерулонефрит, ревматоидный полиартрит.

5. Исключить психоэмоциональную нагрузку, уменьшить пребывание на солнце, не применять пероральные контрацептивы с высоким содержанием эстрогенов. Медикаментозное лечение: нестероидные противовоспалительные средства, Гидроксихлорохин, глюкокортикоиды при неэффективности нестероидных противовоспалительных средств и гидроксихлорохина. При высокой активности показана пульс-терапия Метилпреднизолоном (500-1000 мг в/в капельно в течение не менее 30 минут 3 дня подряд). Циклофосфамид - препарат выбора при лечении волчаночного нефрита. Для поддержания индуцированной Циклофосфамидом ремиссии назначают Азатиоприн или Мофетила микофенолат. Гипотензивные средства - ингибиторы АПФ, антагонисты кальция. Плазмаферез. ГИБП - Абатоцепт (Оренсия) 125 мг п/к 1 раз в неделю. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

251

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 292 [K003223]**

1. Гипохромная микроцитарная анемия (вероятно, железодефицитная) средней степени тяжести. Беременность 26 недель.

Диагноз «анемиия» установлен, исходя из снижения концентрации гемоглобина менее 110 г/л. Гипохромия – определяется снижением показателя MCH менее 24 пг, микроцитоз – снижением показателя MCV менее 82 фл. Наиболее часто гипохромия и микроцитоз связаны с дефицитом железа.

Степень тяжести анемии определяется уровнем гемоглобина (80-100 г/л).

2. На первом этапе диагностического поиска необходимо подтвердить дефицит железа у пациентки: для этого показано определение железа сыворотки (снижено), общей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС – повышено), вычисление степени насыщения трансферрина железом (отношение железа сыворотки к ОЖСС, снижено). Показателем, отражающим степень запасов железа в организме, является концентрация ферритина, однако этот показатель во время беременности может оставаться нормальным даже при глубоком дефиците и, поэтому, его определение не рационально.

На втором этапе диагностического поиска необходимо определить причину дефицита железа. В данном случае, можно ограничиться консультацией врача-гинеколога, так как пациентка не предъявляет жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта и не имеет отягощѐнного семейного анамнеза.

3. Так как причиной анемии в данном случае, предположительно, является повышенный расход железа в связи с беременностью, то этиологическая терапия не показана. Пациентке необходимо рекомендовать пероральные препараты железа в дозе 120 мг/сутки в комплексе с фолиевой кислотой 0,4 мг/сутки в течение всей беременности и трѐх месяцев после родов для профилактики врождѐнного дефицита железа у ребѐнка. Из препаратов железа возможно назначение двухвалентного железа (сульфат, глюконат, фумарат) или трѐхвалентного железа в форме полимальтозного комплекса гидроокиси железа.

Кроме того, пациентке следует рекомендовать потребление продуктов с максимальным содержанием и всасыванием железа – мясо, рыба, яйца.

4. У пациентки повторно выявляется гипохромная микроцитарная анемия. Необходимо дообследование для подтверждения дефицита железа – железо сыворотки, ОЖСС, концентрация ферритина и выявление причины дефицита с учѐтом имеющихся жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта – фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) с проведением исследования на Helicobacterpylori, общий анализ мочи для исключения гематурии, консультация врача-гинеколога.

Для коррекции анемии показано назначение препаратов железа в дозе 100-300 мг/сутки до нормализации уровня гемоглобина (120 г/л) и далее еще три месяца для восполнения запасов железа. Контроль эффективности проводимой терапии следует проводить на 5-7 дней – необходим общий анализ крови с вычислением числа ретикулоцитов. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

252

5. Пациентка является временно нетрудоспособной: имеется медицинский критерий (анемия средней степени тяжести) и социальный критерий (пациентка не может выполнять профессиональные обязанности).

Средний срок нетрудоспособности в данном случае составляет 14-18 дней: до 15 дней листок нетрудоспособности может быть продлѐн лечащим врачом единолично, более 15 дней – через врачебную комиссию. При выявлении сопутствующей патологии при проведении ФГДС (эрозивно-язвенное поражение, НР-ассоциированный гастрит) срок нетрудоспособности может быть увеличен в соответствии со средними сроками нетрудоспособности при данных патологиях.

Показаний для направления в бюро медико-социальной экспертизы нет.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 293 [K003224]**

1. В12-фолиево-дефицитная анемия, тяжелой степени. У пациентки выявлен анемический синдром (слабость, снижение гемоглобина менее 120 г/л), а также гиперхромия, микроцитоз, типичные для В12-фолиево-дефицитных анемий. При данном патогенетическом варианте анемий может наблюдаться цитопенический синдром, а также гепатомегалия за счет ускоренного распада эритроцитов.

В то же время нельзя исключить наличие гипо-апластической анемии тяжелой степени тяжести, поскольку у пациентки выявлено угнетение всех трех ростков кроветворения.

2. Пациентка должна быть госпитализирована в неотложном порядке. С учетом подавления трех ростков кроветворения в качестве диагностики пациентке должна быть выполнена стернальная пункция. Кроме того, наличие уровня гемоглобина ниже 60 г/л является показанием для трансфузии эритроцитарной массы, что должно проводиться в условиях терапевтического стационара.

3. У пациентки получен хороший терапевтический ответ (увеличение гемоглобина на 44 г/л за 4 недели), что свидетельствует о правильной тактике ведения. В дальнейшем планируется восполнение депо витамина В12 и постепенное снижение кратности введения до поддерживающих доз. Обычно 500 мкг в сутки назначают в течение 4-6 первых недель терапии, в дальнейшем в течение 2-3 месяцев 500 мкг в неделю. Поддерживающая доза 500 мкг один раз в месяц назначается пожизненно. Витамин В12 (Цианокобаламин) используется только парентерально, т.к. при атрофическом гастрите происходит недостаточная выработка внутреннего фактора Касла в париетальных клетках желудка.

4. Наличие анемии и невозможность самообслуживания являются противопоказаниями для санаторно-курортного лечения. После восстановления уровня гемоглобина и повторной оценки когнитивного статуса, нарушения которого могут быть связаны с анемией, не ранее чем через 3 месяца следует вернуться к решению вопроса о возможности санаторно-курортного лечения. Не существует санаториев, специализирующихся по лечению анемий, в связи с чем в качестве возможных курортных факторов в дальнейшем могут быть использованы климатотерапия в связи с наличием АГ или бальнеотерапия в связи с наличием атрофического гастрита. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

253

5. При атрофическом гастрите возникает дефицит внутреннего фактора Касла – гликопротеина, необходимого для образования связи с экзогенным витамином В12 для последующего его усвоения. Поэтому даже при достаточном поступлении витамина В12 с пищей у человека не произойдет восстановления уровня гемоглобина. В целом диета должна быть полноценной, но она не повлияет на течение заболевания. Для терапии должны использоваться парентеральная форма Цианокобаламина.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 294 [K003226]**

1. Хронический гепатит алкогольной этиологии, умеренной степени активности, стадия F2 (умеренный фиброз).

2. Диагноз «хронический алкогольный гепатит» установлен на основании жалоб больного на общую слабость, повышенную утомляемость, тупую ноющую боль в правом подреберье, тошноту, снижение аппетита, периодический кожный зуд; данных анамнеза (пациент злоупотребляет алкоголем в течение 13 лет); данных объективного осмотра (желтушность кожных покровов, иктеричность склер, наличие у больного телеангиэктазий, «пальмарной» эритемы, гепатомегалии).

Подтверждают диагноз «хронический алкогольный гепатит» данные лабораторных исследований: (повышение АЛТ, АСТ, ГГТП, общего билирубина, щелочной фосфатазы, а также повышение уровня триглицеридов).

Исключена другая (вирусная) этиология хронического гепатита: исследование крови на маркеры гепатита В, С: НВsAg (-); анти-НВs (-); анти-НВсIgG (-); HBeAg (-); анти-НВе (-); анти-НВсIgМ (-); анти-HCV–отрицательный.

Степень активности хронического алкогольного гепатита определена на основании повышения уровня АЛТ и АСТ (в 5 раз по сравнению с нормой). Стадия хронического алкогольного гепатита F2 установлена на основании данных эластометрии печени (по шкале МETAVIR), умеренный фиброз.

3. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (для исключения очаговых образований печени, признаков портальной гипертензии, сопутствующей патологии);

ЭГДС – для выявления и/или определения состояния вен пищевода и /или желудка;

дуплексное сканирование сосудов печеночно-селезеночного бассейна для выявления признаков портальной гипертензии.

4. Рекомендуется соблюдение диеты. Исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао.

Целесообразно назначение диеты, богатой белками (не менее 1 г на 1 кг массы тела), с высокой энергетической ценностью (не менее 2000 ккал/сут), с достаточным содержанием витаминов (особенно группы В, фолиевой и липоевой кислот) и микроэлементов – цинка и селена, дефицит которых наиболее часто наблюдается при злоупотреблении алкоголем. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

254

Пациенту показано назначение Адеметионина (Гептрал) в дозе 1600 мг в сутки в течение 4-8 недель.

Применение экзогенного адеметионина позволяет снизить накопление и отрицательное воздействие токсических метаболитов на гепатоциты, стабилизировать вязкость клеточных мембран, активизировать работу связанных с ними ферментов.

5. В результате проведенного лечения отмечена положительная динамика: наблюдается отсутствие болевого, диспепсического, астенического синдромов. Исчезли желтушность кожных покровов, иктеричность склер, телеангиэктазии, «пальмарная» эритема.

Отмечена также положительная динамика биохимических показателей: снижение общего билирубина, АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ, ТГ.

Так как при УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные дистрофические изменения в паренхиме печени, рекомендуется продолжить прием Адеметионина (Гептрал) в дозе 1600 мг в сутки внутрь в течение 1 месяца.

Диспансерное наблюдение у врача-гастроэнтеролога.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 295 [K003227]**

1. ГЭРБ: эрозивный эзофагит 2 стадия по Savari–Miller. Недостаточность кардии. СГПОД 1 ст. Хронический антральный гастрит с эрозиями в стадии обострения (Hp статус неизвестен).

Эпизод спонтанно остановившегося кровотечения из верхних отделов ЖКТ от (дата). ДГР 2 степени. Недостаточность пилоруса.

2. Диагноз «ГЭРБ» установлен на основании жалоб пациента на наличие частой и выраженной изжоги, отрыжки пищей, усиливавшихся в положении лежа и при наклонах туловища; анамнестических данных с указанием на связь появления выраженной клинической симптоматики со значительными физическими нагрузками и психоэмоциональным стрессом; на основании данных ФГДС, описывающих практически классическую эндоскопическую картину эрозивной формы ГЭРБ. Стадия заболевания определена на основании результатов эндоскопического исследования пищевода. Диагноз «хронический гастрит» также подтвержден эндоскопически. Имевший место эпизод мелены, спонтанно купировавшийся, не привел к снижению уровня гемоглобина, но является признаком высокого риска рецидива указанного осложнения при условии отсутствия адекватного лечения. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

255

3. Дополнительно к проведенному обследованию пациенту рекомендовано проведение диагностики инфекции H.pylori неинвазивным методом (обнаружение антител к антигену H.pylori в сыворотке крови, выявление антигена H.pylori в кале методом ИФА либо обнаружение ДНК H.pylori в кале методом ПЦР). Использование серологического метода возможно, т.к., известно, что эрадикационная терапия инфекции H.pylori пациенту не проводилась. Показаны рентгеноскопия пищевода и желудка с целью уточнения размеров ГПОД, суточное мониторирование интрапищеводного и интрагастрального рH, с целью уточнения характера рефлюктата в связи с наличием у пациента дуоденогастрального рефлюкса.

4. Лечение возможно проводить в амбулаторных условиях с обязательным соблюдением пациентом особых рекомендаций по образу жизни (соблюдение режима питания и диеты, показана диета в рамках стола 1 в период обострения на 4-6 недель с последующим индивидуальным расширением в рамках стола 5п, отказ от курения, следует избегать состояний, сопровождающихся повышением внутрибрюшного давления и т.д.). Эталоном лечения ГЭРБ является назначение антисекреторной терапии с целью коррекции факторов агрессии, воздействующих на слизистую оболочку пищевода и желудка: препаратами выбора являются ингибиторы протонной помпы (ИПП). Снижение кислотной продукции считается основным фактором, способствующим заживлению эрозивно-язвенных поражений. Для лечения эрозивного эзофагита при наличии 2 и большей стадии эзофагита назначаются ИПП в стандартных дозах в течение не менее 8 недель. Поддерживающую терапию после заживления эрозий следует проводить в течение 16-24 недель. В случае выявления инфекции H. pylori пациенту показана эрадикация инфекции. C целью коррекции нарушений двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта пациенту показаны прокинетики. Ситуационно и в виде курсового лечения целесообразно использовать антациды и альгинаты. В терапии эрозивного процесса в желудке пациенту показаны цитопротекторы (Висмута трикалия дицитрат, Ребамипид, Сукральфат) курсами не менее 4 недель.

5. С учетом необходимости достижения максимально быстрого эффекта: стойкого купирования клинических симптомов заболевания оптимальным ИПП является Рабепразол в дозе 20 мг 2 раза в сутки за 30-40 мин до еды в течение 8 недель. Итоприда гидрохлорид 50 мг 3 раза в день за 25-30 мин до еды 4 недели. Гевискон 1 саше 3раза в день через час после еды и перед сном 4 недели. В качестве схемы эрадикации инфекции H. pylori возможно использование 10-дневной тройной терапии с добавлением Висмута трикалия дицитрата с последующей пролонгацией курса цитопротектора до 4 недель. Поддерживающая терапия с использованием половинной дозы ИПП должна продолжаться в данном случае до 24 недель (продолжительность терапии может корректироваться с учетом результатов контрольного эндоскопического исследования). Контрольная ФГС должна быть проведена 8 недель лечения.

С учетом тяжести клинических проявлений ГЭРБ, профессии пациента его следует признать временно нетрудоспособным и оформить листок нетрудоспособности общей продолжительностью не менее 3 недель. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

256

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 296 [K003228]**

1. НПВП – ассоциированная гастропатия: эрозивно-язвенное поражение желудка, осложнившееся состоявшимся желудочно-кишечным кровотечением. Постгеморрагическая анемия легкой степени. ИБС: стабильная стенокардия II ФК, ПИКС по передней стенке и верхушке ЛЖ. Стентирование ЛКА, ПМЖА, ХСН III ФК (NYHA)

2. Пациент, страдающий ИБС и получающий двойную антитромбоцитарную терапию (ДАТТ): Аспирин и Клопидогрел, имеет несколько факторов риска развития у него НПВП-ассоциированной гастропатии (пожилой возраст, ИБС, наличие в анамнезе ЯБ ДПК, проведение в течение 1,5 лет ДАТТ, отсутствие указаний на применение антисекреторных средств на фоне ДАТТ). НПВП – ассоциированная гастропатия представлена множественными гастродуоденальными эрозиями и/или язвами, характеризуется мало- или бессимптомным течением и высокой частотой манифестации с развития осложнений – кровотечений. У пациента имеются убедительные диагностические критерии указанного диагноза: синдром желудочной диспепсии, эпизод желудочно-кишечного кровотечения, наличие клинических признаков анемии (тахикардия, снижение уровня гемоглобина, эритроцитов, снижение показателей MCH и MCHC в общем анализе крови).

3. Дополнительно к проведенному обследованию пациенту рекомендовано: проведение ФГДС с биопсией слизистой оболочки желудка из зоны поражения (язвенного дефекта) и стандартных зон биопсии с целью оценки стадии гастрита, уточнения характера поражения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны; диагностика наличия инфекции H. pylori морфологическим методом либо выявление антигена H. pylori в кале методом ИФА, либо обнаружение ДНК H. pylori в кале методом ПЦР. Использование серологического метода нецелесообразно, т.к. неизвестно проводилась ли эрадикационная терапия ЯБ ДПК в прошлом. В соответствии со Стандартом оказания медицинской помощи при ЯБЖ и ЯБ ДПК рекомендуется анализ крови биохимический (билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза, а также железо сыворотки, общая железосвязывающая способность сыворотки, ферритин), ультразвуковое исследование внутренних органов, анализ кала на скрытую кровь.

4. Выбор тактики лечения, в том числе решение вопроса о необходимости стационарного лечения, должен быть осуществлен с учетом результатов эндоскопического обследования пациента. Эталоном лечения НПВП - ассоциированных гастропатий является назначение антисекреторной терапии с целью коррекции факторов агрессии, воздействующих на слизистую оболочку желудка. Препаратами выбора являются ингибиторы протонной помпы (ИПП), используемые в стандартных дозах в острой стадии патологического процесса в гастродуоденальной зоне и в поддерживающих дозах в качестве профилактического средства. Пациенту показана терапия ИПП в постоянном режиме в сочетании с постоянным приемом ДАТТ.

В период острых проявлений НПВП-гастропатии в комбинации с ИПП показана терапия гастропротекторами (Висмута трикалия дицитрат, Ребамипид, Сукральфат) курсами не менее 4 недель. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

257

В случае выявления инфекции H. pylori пациенту показана эрадикация инфекции с целью снижения степени риска ульцерогенных воздействий на слизистую оболочку гастродуоденальной зоны при продолжающейся терапии Аспирином и Клопидогрелем.

Пациенту показана в постоянном режиме терапия ИБС: помимо ДАТТ рекомендуется прием гиполипидемического средства (Аторвастатина, Розувастатина), селективного b-блокатора (Бисопрлола), мочегонного средства (Верошпирона, Торасемида), ингибитора АПФ в связи с наличием симптомов сердечной недостаточности и с учетом уровня артериального давления.

В случае выявления сидеропении показана терапия препаратами железа до достижения уровня нормальных значений гемоглобина.

Медикаментозная терапия должна проводиться на фоне использования диетотерапии. Показана диета в рамках стола 1 в период обострения на 4-6 недель с последующим индивидуальным расширением в рамках стола 5п.

5. При выборе ИПП следует руководствоваться сведениями о лекарственном взаимодействии препаратов. С учетом необходимости использования комбинированной терапии, включающей Клопидогрел, следует выбирать ИПП с наименьшими лекарственными взаимодействиями: оптимальный выбор – Пантопразол 40 мг 2 раза в день или Рабепразол 20 мг 2 раза в день не менее 4 недель, далее препарат ИПП может применяться в половинной дозе.

В качестве схемы эрадикации инфекции H. pylori возможно использование 10-дневной тройной терапии с добавлением Висмута трикалия дицитрата с последующей пролонгацией курса цитопротектора до 4 недель.

Четырехнедельные курсы цитопротекторов (Ребамипид) целесообразно повторять 3-4 раза в год.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 297 [K003232]**

1. Хронический бескаменный холецистит бактериальной этиологии, фаза обострения.

2. Диагноз «хронический бескаменный холецистит бактериальной этиологии, фаза обострения» установлен на основании жалоб больного на общую слабость, тупую, ноющую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приема жирной, жареной пищи, иррадиирующую в правое плечо, правую лопатку; горечь во рту, отрыжку воздухом, тошноту, неустойчивый стул; (типичны для хронического холецистита).

Подтверждают диагноз «хронический холецистит» данные анамнеза, объективного осмотра (умеренная болезненность при пальпации в области правого подреберья, болезненность в точке Макензи, положительные симптомы Ортнера, Кера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского справа).

В общем анализе крови выявлены воспалительные изменения: лейкоцитоз (до 11,2×109/л); повышение СОЭ - до 19 мм/ч. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

258

При УЗИ органов брюшной полости визуализируется увеличенный до 3,5 см, деформированный желчный пузырь с перегибом в шейке, что свидетельствует о хроническом процессе. Выявлено утолщение (до 5 мм) и уплотнение стенок желчного пузыря, наличие «застойной» желчи, что характерно для хронического холецистита.

Подтверждают диагноз «хронический холецистит» данные дуоденального зондирования (при микроскопии желчи определяются скопления слизи, лейкоцитов и клеточного эпителия).

Исключена паразитарная этиология хронического холецистита: иммуноферментный анализ на выявление гельминтов (описторхоз, лямблиоз, аскаридоз, токсакароз) – отрицательный, а также отрицательный результат анализа кала на яйца глист (трижды).

3. В план обследования необходимо включить ультразвуковую холецистографию для уточнения функциональной способности желчного пузыря, бактериологическое исследование желчи для определения возбудителя хронического холецистита.

4. Рекомендовано соблюдение диеты (стол №5 по Певзнеру). Исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао, орехи. Показан частый дробный прием пищи (до 5-6 раз в день). Важным является снижение в пищевом рационе доли животных жиров и увеличение растительных. Для предупреждения застоя желчи и улучшения пассажа химуса по кишечнику блюда обогащаются пищевыми волокнами в виде пшеничных отрубей.

Пациентке показано назначение антибактериальных препаратов - фторхинолоны (Ципрофлоксацин по 500 мг два раза в сутки после еды в течение 7 дней).

Коррекция антибактериальной терапии проводится после получения посева желчи на микрофлору и определения ее чувствительности к антибиотику.

Для купирования болевого синдрома показано назначение селективного миотропного спазмалитика Мебеверина гидрохлорида (Дюспаталин) в дозе 200 мг 2 раза в сутки в течение 2-4 недель.

С целью устранения диспепсических явлений рекомендовано назначение Домперидона (Мотилиум) в дозе 10 мг за 30 мин до еды 3 раза в сутки в течение 14 дней.

Показано назначение холекинетиков, которые усиливают мышечное сокращение желчного пузыря и поступление желчи в 12-перстную кишку (Сорбит, Ксилит, Сульфат магния, Карловарская соль, Холецистокинин, Холосас); Холосас по 1 чайной ложке (5 мл) за 15 мин до еды 3 раза в сутки в течение 1 месяца.

5. У пациентки в результате лечения отмечена положительная динамика. Исчезли проявления астенического, болевого, диспепсического синдромов. При объективном обследовании – «пузырные» симптомы отрицательные.

Воспалительные изменения в крови нивелировались. По данным УЗИ органов брюшной полости также отмечена положительная динамика. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

259

Пациентке рекомендовано соблюдение диеты. Исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао, орехи, изделия из теста (особенно сдобного), кремы, мясные бульоны. Исключить продукты, содержащие большое количество холестерина (печень, мозги, яичные желтки, бараний и говяжий жиры и др.). Показан частый дробный прием пищи (до 5-6 раз в день). Для предупреждения застоя желчи и улучшения пассажа химуса по кишечнику блюда обогащаются пищевыми волокнами в виде пшеничных отрубей. Энергетическая ценность рациона должна составлять 2500-2900 ккал с оптимальным содержанием белков, жиров, углеводов и витаминов. Избегать физического и эмоционального перенапряжения.

В фазе ремиссии показана лечебная гимнастика, а также санаторно-курортное лечение, которое проводят в Ессентуках, Железноводске, Пятигорске, Трускавце, Белокурихе, Моршине, Джермуке и др.

Диспансерное наблюдение у врача-терапевта участкового, врача-гастроэнтеролога.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 298 [K003233]**

1. Цирроз печени, ассоциированный с HBV-инфекцией, класс А по Child-Pugh (компенсированный).

2. Диагноз «цирроз печени, ассоциированный с HBV-инфекцией, класс А по Child-Pugh» установлен на основании жалоб больного на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, тупую боль в правом подреберье; данных анамнеза, объективного осмотра (желтушность кожных покровов, иктеричность склер, наличие у больного телеангиэктазий, гепатомегалии). Подтверждают вирусную этиологию цирроза печени данные исследований: (выявление НВsAg; анти-НВсIgG; анти-НВе; ПЦР ДНКВГВ - положительный, уровень ДНК ВГВ (61000 МЕ/мл); исключена другая этиология цирроза печени: (исследование крови на маркеры гепатита С, D: анти-HCV – отрицательный; анти-HDV - отрицательный), а также исключено злоупотребление алкоголем, приѐм гепатотоксичных лекарственных средств. Класс А ЦП установлен на основании классификации Child-Pugh. Согласно классификационным критериям (печѐночная энцефалопатия, асцит не определены, общий билирубин – 35 мкмоль/л, альбумин – 39 г/л, ПТИ – 55%) определено 5 баллов, что соответствует классу А по Child-Pugh.Диагноз цирроза печени подтверждается данными эластометрии печени: F4 (по шкале МETAVIR), что соответствует циррозу печени. Зарегистрировано изменение биохимических показателей крови: повышение АЛТ, АСТ, общего билирубина, ГГТП, гамма-глобулинов, снижение ПТИ. При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени.

3. ЭГДС – для выявления и/или определения состояния вен пищевода и /или желудка;

спиральная компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) для получения более точной информации о форме, структуре и размерах печени. При использовании контрастного усиления возможно дифференцировать наиболее часто встречающуюся очаговую патологию печени (кисты, гемангиомы, метастазы); Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

260

дуплексное сканирование сосудов печеночно-селезеночного бассейна для выявления портальной гипертензии.

4. Рекомендовано соблюдение диеты: исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, солѐное, кофе, газированные напитки, какао.

Рекомендована противовирусная терапия (ПВТ), так как у больных циррозом печени В назначать ПВТ требуется при любом определяемом уровне виремии независимо от активности АлАТ. Среди аналогов нуклеозидов/нуклеотидов предпочтение следует отдавать Энтекавиру и Тенофовиру, поскольку они обладают высокой противовирусной активностью и к ним редко развивается резистентность. Энтекавир (нуклеозидный аналог Гуанозина) внутрь в дозе 0,5 мг/сут в течение 48 недель. Активность АЛТ необходимо оценивать каждые 3 месяца в процессе лечения и после его окончания. При лечении аналогами нуклеозидов/нуклеотидов мониторирование уровня ДНК HBVдолжно проводиться 1 раз в 3 месяца как минимум в течение первого года лечения.

5. У пациента получен вирусологический ответ, так как концентрация ДНК ВГВ составила 10 МЕ/мл. Отмечена положительная динамика биохимических показателей (снижение АЛТ, АСТ, ГГТП, общего билирубина) и серологический ответ по НВsAg (клиренс НВsAg с формированием анти-НВsAg). Продолжить противовирусную терапию Энтекавиром внутрь в дозе 0,5 мг/сут до 48 недель. После окончания лечения провести биохимический анализ крови, количественный анализ ДНК HBV, затем 1 раз в 6 месяцев. Несмотря на вирусологическую ремиссию на фоне приема аналогов нуклеозидов/нуклеотидов, пациенты с ЦП должны мониторироваться на предмет развития гепатоцеллюлярной карциномы. Соблюдение диеты, диспансерное наблюдение у врача-гастроэнтеролога.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 299 [K003234]**

1. Цирроз печени, ассоциированный с HСV-инфекцией, класс А по Child-Pugh (компенсированный).

2. Диагноз «цирроз печени, ассоциированный с HСV-инфекцией, класс А по Child-Pugh» установлен на основании жалоб больного на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, тупую боль в правом подреберье; данных анамнеза, объективного осмотра (желтушность кожных покровов, иктеричность склер, наличие у больного телеангиэктазий, гепатомегалии).

Подтверждают диагноз «цирроз печени С» данные исследований (выявление анти-HCV; ПЦР: РНКHCV - положительный, уровень РНК ВГС (31000 МЕ/мл)).

Исключена другая этиология цирроза печени: исследование крови на маркеры гепатита В (НВsAg (-); анти-НВs (-); анти-НВсIgG (-); HBeAg (-); анти-НВе (-); анти-НВсIgМ (-)), а также исключено злоупотребление алкоголем, приѐм гепатотоксичных лекарственных средств. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

261

Класс А ЦП установлен на основании классификации Child-Pugh. Согласно классификационным критериям (печѐночная энцефалопатия, асцит не выявлены, общий билирубин – 36 мкмоль/л, альбумин – 38 г/л, ПТИ – 57%) определено 5 баллов, что соответствует классу А по Child-Pugh.

Диагноз «цирроз печени» подтверждается данными эластометрии печени: F4 (по шкале МETAVIR), что соответствует циррозу печени.

Зарегистрировано изменение биохимических показателей крови: повышение АЛТ, АСТ, общего билирубина, ГГТП, гамма-глобулинов, снижение ПТИ.

При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени.

3. ЭГДС для выявления и/или определения состояния вен пищевода и /или желудка, дуплексное сканирование сосудов печеночно-селезеночного бассейна для выявления портальной гипертензии.

4. Рекомендовано соблюдение диеты: исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао.

Пациенту с циррозом печени С класс А по Child-Pugh, генотип 1 рекомендовано назначение тройной схемы противовирусной терапии (ПВТ) с включением ингибитора протеазы второй волны Симепревира.

Симепревир назначают в дозе 150 мг 1 раз в сутки внутрь в комбинации с пегилированным интерфероном (ПЕГ/ИФН) альфа2а в дозе 180 мкг 1 раз в неделю подкожно и рибавирином в дозе 1000 мг в сутки ежедневно внутрь (при массе тела пациента 73 кг) в течение 12 недель; затем терапия ПЕГ/ИФН альфа2а и рибавирином должна быть продолжена в течение 12 недель (общая продолжительность терапии – 24 недели)

Для оценки эффективности ПВТ используется определение уровня РНК ВГС после 4, 12, 24 недели терапии, а также через 24 недели после ее окончания.

5. У пациента отмечено снижение уровня РНК ВГС.

Отмечена положительная динамика биохимических показателей (снижение АЛТ, АСТ, ГГТП). Продолжить противовирусную терапию по указанной схеме до 24 недель.

Рекомендовано определение уровня РНК ВГС после 12, 24 недели терапии, а также через 24 недели после ее окончания. С целью определения биохимического ответа – определение активности АЛТ после 12, 24 недели терапии, а также через 24 недели после ее окончания.

Один раз в 4 недели необходимо проводить исследование клинического анализа крови с подсчетом абсолютного числа нейтрофилов, определением уровня гемоглобина, количества эритроцитов и тромбоцитов. В период ПВТ пациенту необходимо исследовать уровень ТТГ и свободного тироксина каждые 3 месяца. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

262

Рекомендован осмотр врачом-офтальмологом (в том числе - исследование глазного дна) с учетом возможных побочных действий противовирусных препаратов.

График посещения врача пациентом – 1 раз в 4 недели до окончания лечения и через 24 недели после завершения лечения. При каждом плановом посещении врача пациент должен заполнять шкалу Бека с целью контроля над возможностью развития депрессии.

Диспансерное наблюдение у врача-гастроэнтеролога.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 300 [K003235]**

1. Язвенный колит впервые выявленный, дистальная форма, активность средней степени. Хроническая постгеморрагическая анемия лѐгкой степени.

2. Пациент имеет диарейный синдром, патологические примеси в кале (слизь, кровь), ложные позывы на дефекацию, умеренные боли в проекции сигмовидной кишки, маркеры синдрома системного воспаления, высокие показатели фекального кальпротектина и достаточно специфические эндоскопические изменения слизистой оболочки прямой кишки. Заболевание манифестировалось после поездки на юг (воздействие инсоляции, диета с большим содержание растительной клетчатки).

3. Дополнительно к проведенному обследованию пациенту рекомендовано проведение ФКС (оценка протяжѐнности поражения толстой кишки) с биопсией слизистой оболочки толстой кишки из зоны максимального поражения с целью оценки степени тяжести воспалительного процесса. Бактериологическое исследование кала с целью исключения микробного генеза воспаления слизистой толстой кишки. Исследование кала на предмет исключения глистно-паразитарной инвазии. Cерологическая диагностика CMV-инфекции, ВИЧ – инфекции. Биохимический анализ крови (билирубин, АЛТ, АСТ, протеинограмма, железо сыворотки, ферритин, общая железосвязывающая способность крови, глюкоза), ультразвуковое исследование брюшной полости.

4. У больного имеет место впервые выявленное серьѐзное непрерывно прогрессирующее в течение минимум 5 месяцев заболевание кишечника в фазе обострения. Пациент нуждается в динамическом врачебном наблюдении с целью своевременной и адекватной коррекции лечения при необходимости. Показано стационарное лечение в условиях специализированного гастроэнтерологического отделения. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

263

Диетотерапия – стол 4. Активная комплексная медикаментозная терапия, включающая применение стероидных гормонов (системных и местнодействующих: Преднизолон, Будесонид, Гидрокортизон), воздействующих на слизистую оболочку толстой кишки. Препаратами выбора в острой стадии патологического процесса (дистального или левостороннего) являются топические стероиды стандартных дозах (0,5-1,0 мг/кг/с) в течение не менее 8 недель. Препараты 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК): Месалазин, Сульфасалазин - в виде перорального средства и местнодействующих лекарственных форм (суспезия, суппозитории, пена) назначаются длительно, на стадии достижения клинической и эндоскопической ремиссии - в поддерживающих дозах постоянно. В случае достижения клинической и эндоскопической ремиссии с использованием стероидных гормонов поддержание ремиссии осуществляется с использованием иммунодепрессантов (Азатиоприн, Метатрексат).

Используется симптоматическая терапия по показаниям (панкреатические полиферментные средства, препараты железа и т. д.).

5. Пациент временно нетрудоспособен в течение 4 недель. Продолжительность пребывания на больничном листе будет определяться степенью тяжести процесса, эффективностью применяемой схемы лечения. После завершения стационарного этапа лечения пациент будет продолжать лечение под наблюдением врача-гастроэнтеролога с переводом на поддерживающие дозы базисных препаратов не менее 5 лет. В случае достижения стойкой ремиссии вопрос о прекращении динамического наблюдения решается индивидуально.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 301 [K003238]**

1. Первичный остеоартрит с поражением коленных суставов, рентгенологическая стадия 2, с поражением суставов стоп, рентгенологическая стадия 3, реактивный синовит правого коленного сустава, ФНС 1-2. Ожирение 2 степени. Язвенная болезнь ДПК, вне обострения.

2. Диагноз «первичный остеоартрит и синовит» установлен на основании жалоб пациентки на боли в суставах механического и стартового характера, данных анамнеза (постепенное развитие заболевания и эффективность приѐма обезболивающих), внешнего осмотра пациентки (наличие варусной деформации коленных суставов и вальгусной деформации суставов стоп, наличие экссудации в области правого коленного сустава). Стадия остеоартрита установлена на основании рентгенологического обследования. Степень функциональных нарушений поставлена на основании жалоб пациентки.

3. Пациенту рекомендовано: проведение ОАК для исключения анемии на фоне приѐма обезболивающих препаратов (НПВП-гастропатия), проведение ОАМ (для исключения гематурии и протеинурии на фоне приѐма НПВП и для определения возможности их использования в дальнейшем), определение уровня креатинина. В случае торпидного течения синовита (более 10-14 дней) – консультация врача-ревматолога. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

264

4. Из немедикаментозных методов в настоящее время следует использовать коленные ортезы при ходьбе для уменьшения осевой нагрузки на суставы, ортопедические стельки и межпальцевые вкладыши для коррекции вальгусной деформации стоп.

Из методов физиолечения допустимо использование электронейростимуляции или акупунктуры для уменьшения болевого синдрома, однако следует отметить отсутствие убедительных доказательств эффективности их использования.

Из медикаментозных методов следует использовать пероральные НПВП в течение 10-14 дней (неселективные или селективные), топические НПВП, симптоматические лекарственные средства медленного действия - препараты хондроитина и/или глюкозамина, и/или диацереина и/или неомыляемые соединения авокадо и сои в течение нескольких месяцев (допустимо упоминание одной из трѐх групп препаратов).

При сохранении явлений синовита коленного сустава более 14 дней без положительной динамики – консультация врача-ревматолога.

В дальнейшем для профилактики прогрессирования остеоартрита следует провести следующее:

- проведение с пациентом бесед, включающих разъяснения о факторах риска развития остеоартрита и их профилактике, правилах подъѐма и переноса тяжестей, изменении образа жизни, необходимости выполнения определенного вида упражнений: комплекс упражнений ЛФП выполняемых в домашних условиях, выполнение упражнений на укрепление 4-главой мышцы бедра и аэробных упражнений общей длительностью не менее 30 минут – 5 раз в неделю;

- снижение веса до нормального (ИМТ менее 25кг/м2) с целью уменьшения нагрузки на коленные и тазобедренные суставы;

- мануальная терапия – массаж области коленных суставов с целью укрепления мышечно-связочного аппарата, сохранения объѐма движений в суставах;

- санаторно-курортное лечение – на климатических или бальнеологических курортах (доказанным является использование бальнеотерапии при остеоартрите коленных суставов).

5. Пациентке показана консультация врача-травматолога-ортопеда для определения показаний к эндопротезированию коленных суставов, так как по результатам рентгенологического исследования стадия остеоартрита – 3. Кроме того, следует рекомендовать пациентке ходьбу с опорой на трость (в противоположной максимальному поражению стороне), использование бандажа на коленный сустав. Учитывая прогрессирование болевого синдрома – Трамадол от 50 до 300 мг/сутки.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 302 [K003239]**

1. Остеопороз сочетанного генеза (постменопаузальный + сенильный), тяжѐлое течение (компрессионные переломы тел позвонков в поясничном отделе). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

265

2. Диагноз «остеопороз» установлен на основании типичных жалоб пациентки (боль постоянного характера, усиливающаяся при нагрузке в поясничном отделе позвоночника), анамнеза заболевания (возникновение боли в пожилом возрасте после интенсивной физической нагрузки), наличия факторов риска (ранняя хирургическая менопауза), данных осмотра (усиленный грудной кифоз, сглаженный поясничный лордоз) и рентгенологического обследования (клиновидная деформация тел позвонков).

Диагноз «артериальная гипертония» установлен исходя из данных анамнеза.

3. Пациентке рекомендовано:

проведение двухэнергетической рентгеновской костной абсорбциометрии (DXA) для оценки минеральной плотности костной ткани (данная методика необходима не только для подтверждения диагноза, но и для динамической оценки и контроля эффективности проводимой терапии);

определение абсолютного риска переломов в течение последующих 10 лет жизни с помощью калькулятора FRAX (показанием к началу лечения считается риск общих переломов более 20%, риск перелома бедра более 3%);

исследование общего кальция и фосфора в сыворотке крови для выявления противопоказаний к лечению либо коррекции нарушений (гиперпаратиреоз, заболевания костей).

По показаниям возможно определение уровня ПТГ (подозрение на гиперпаратиреоз), 25(ОН)D3 (при подозрении на гиповитаминоз Д), Са и креатинина в утренней и суточной моче, клиренса креатинина и ТТГ у женщин (выявление причин вторичного остеопороза).

Кроме того, пациентке показаны консультации смежных специалистов (врача-офтальмолога и врача-невролога) для выявления нарушений, способных увеличить риск падений, и их коррекции.

4. В план ведения данной пациентки целесообразно включить не только методы лечения с целью увеличения плотности костной ткани, но и методы профилактики для уменьшения риска переломов.

Из методов профилактики наибольшее значение имеет:

лечебная физкультура для укрепления мышц и улучшения мышечного чувства (снижение риска падений);

обучение пациентки, а именно - разъяснение поведения в быту и на улице с целью уменьшения риска падений;

выявление сопутствующих заболеваний, которые могут сопровождаться нарушением равновесия. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

266

К методам немедикаментозного лечения следует отнести использование корсета: в первые 8 недель необходимо использовать жѐсткий рамочный корсет (с ограничением движений в позвоночнике), в дальнейшем – динамический корсет.

Из медикаментозных методов следует использовать:

препараты кальция и витамина Д в следующих дозах: кальций – 1200 мг/сутки, витамин Д – 1000-2000 МЕ/сутки;

в качестве антиостеопоротических препаратов можно использовать несколько групп: бисфосфонаты (Алендронат в дозе 70 мг/неделю, Ибандронат в дозе 150 мг/месяц, Ризендронат в дозе 35 мг/неделю, Золедроновая кислота в дозе 5 мг/год), Деносумаб в дозе 60 мг -1 раз в полгода. С учѐтом наличия компрессионного перелома можно предложить кальцитонин лосося в дозе 200 МЕ интраназально или 100 МЕ в/м в течение 2 недель.

5. Следует уточнить у пациентки, насколько точно она выполняла все назначения врача (доза и кратность приѐма препаратов). В случае, если все назначения выполнялись в полном объѐме, следует провести дообследование для исключения метаболических заболеваний скелета – определение уровня кальция, фосфора и витамина Д в сыворотке крови, паратгормона, ТТГ щелочной фосфатазы и направить на консультацию к врачу-ревматологу. При отсутствии иных метаболических заболеваний скелета возможно назначение Деносумаба, или Терипаратида, или

Стронция ранелата в комплексе с препаратами кальция и витамина Д и проведением контрольной денситометрии через 1 год.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 303 [K003241]**

1. Ревматоидный артрит, очень ранняя стадия, серопозитивный вариант, активность III, рентгенологическая стадия I, ФНС II.

Гипохромная микроцитарная анемия лѐгкой степени тяжести.

2. Диагноз «ревматоидный артрит (РА)» установлен на основании жалоб пациентки (типичный суставной синдром с развитием симметричных воспалительных болей в суставах кистей, лучезапястных и коленных суставах; утренняя скованность до половины дня), анамнеза заболевания (постепенное ухудшение в течение более, чем 6 недель, эффект от приѐма НПВП), данных осмотра (наличие экссудации и болезненности в суставах кистей, коленных и лучезапястных суставах), результатов лабораторного исследования (повышение острофазовых показателей – СОЭ и СРП, положительный РФ). Результаты рентгенографии могут не учитываться, т.к. не входят в диагностические критерии РА. При подсчѐте баллов по критериям EULAR/ACR пациентка набрала 10 баллов из 10 (поражение более чем 10 суставов – 5 баллов, повышение острофазовых показателей – 1 балл, увеличение РФ более трѐх норм – 3 балла, длительность артрита более 6 недель – 1 балл). Отрицательный антинуклеврный фактор позволяет исключить диффузные заболевания соединительной ткани и окончательно верифицировать диагноз «ревматоидный артрит». Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

267

Активность РА установлена на основании индекса активности DAS28, определяемого на основании ЧБС и ЧПС, уровня СОЭ/СРП и общей самооценки здоровья пациентом. В данном случае DAS28=6,1 (подсчѐт индекса может производиться только с помощью специального калькулятора on-line, в связи с чем при отсутствии такового не является обязательным), что соответствует высокой активности заболевания.

Рентгенологическая стадии РА определена, исходя из данных рентгенографии кистей – признаки околосуставного остеопороза.

Степень функциональной недостаточности определена на основании жалоб пациентки (ограничение занятий профессиональной деятельностью).

Диагноз «анемия» определѐн на основании снижения концентрации гемоглобина ниже 120 г/л; характеристики анемия – гипохромная и микроцитарная - установлены, исходя из сниженных показателей MCH (27-32 пг) и MCV (80-100 фл); степень анемии определена на основании уровня гемоглобина крови (90-120 г/л). Следует отметить, что жалобы пациентки на слабость и сердцебиение также могут быть объяснены наличием анемии.

3. Пациентке показано определение анти-HCV, HBsAg, антител к ВИЧ для проведения дифференциальной диагностики РА и выявления противопоказаний к терапии, проведение флюорографии лѐгких для исключения патологии и назначения терапии.

Анемия, имеющаяся у пациентки, может быть, как проявлением дефицита железа вследствие постоянного приѐма неселективных НПВП (не исключено эрозивно-язвенное поражение), так и проявлением анемии хронического заболевания (АХЗ) на фоне активного РА. Рекомендован следующий объѐм исследования: определение концентрации железа сыворотки (при ЖДА снижена, при АХЗ – снижена), ОЖСС (при ЖДА повышена, при АХЗ снижена или в норме), ферритина (при ЖДА показатель снижен, при АХЗ - повышен или в норме), трансферрина (при ЖДА повышена, при АХЗ снижена). Также пациентке показан осмотр врачом-гинекологом для исключения возможного источника кровопотери и проведение ФГДС для исключения НПВП-гастроэнтеропатии на фоне лечения неселективными НПВП.

Для назначения базисной терапии РА пациентке показана консультация врача-ревматолога.

4. Анальгетическая и противовоспалительная терапия. Препараты выбора – селективные НПВП: ингибиторы ЦОГ-2 (Мелоксикам 15 мг/сутки, Нимесулид 100 мг 2 раза в сутки) или коксибы (Эторикоксиб 90 мг/сутки, Целекоксиб 200 мг 2 раза в сутки).

С учѐтом возможного развития НПВП гастропатии – ингибиторы протонной помпы – Омепразол 20 мг 2 раза в сутки или Пантопразол 20 мг 2 раза в сутки (допустимо упоминание студентом Рабепразола, Лансопразола, Эзомепразола). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

268

5. Так как проведѐнные исследования свидетельствуют в пользу анемии хронического заболевания, то основное значение будет иметь раннее и агрессивное лечение основной патологии - РА под наблюдением врача-ревматолога. Из методов базисной терапии «золотым стандартом» является назначение Метотрексата: начальная доза 7,5-10 мг в неделю с быстрой экскалацией дозы в течение первого месяца до 25 мг в неделю. При назначении Метотрексата для предупреждения побочного действия со стороны органов желудочно-кишечного тракта и гематологических осложнений показано использование препаратов фолиевой кислоты 5-10 мг на следующий день после Метотрексата.

Рекомендован контроль показателей общего анализа крови: в первые 3 месяца с частотой один раз в месяц, затем – один раз в три месяца.

Анемия легкой степени тяжести не требует специального лечения - необходима терапия основного заболевания.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 304 [K003262]**

1. Первичный туберкулѐз верхней доли левого лѐгкого в фазе инфильтрации.

2. Клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, общий анализ мокроты мокроты, бактериоскопические методы исследования (люминесцентная микроскопия, микроскопия по Цилю-Нильсену), ПЦР МБТ и посев мокроты на МБТ с определением лекарственной чувствительности, BACTEC, КТ органов грудной клетки, фибробронхоскопия.

3. Внебольничная пневмония.

4. Лимфобронхиальный свищ, формирование железистой каверны, кровохарканье, ателектаз.

5. Госпитализация в противотуберкулѐзный стационар. Назначение щадящего режима относительного покоя. Высокобелковая диета. В интенсивной фазе лечения рекомендуется назначать режим химиотерапии из комбинации шести противотуберкулѐзных препаратов - Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол, Канамицин (Амикацин) и препарат из группы фторхинолонов (Офлоксацин или Левофлоксацин) в течение 3 месяцев. Фаза продолжения из комбинации трѐх противотуберкулѐзных препаратов, к которым сохранена чувствительность, осуществляется в противотуберкулѐзном диспансере в течении 6 месяцев. Дезинтоксикационная терапия. Патогенетическая терапия.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 305 [K003263]**

1. Диссеминированный туберкулѐз лѐгких в разе инфильтрации и распада.

2. Клинический анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, общий анализ мокроты, люминесцентная микроскопия, ПЦР МБТ, посев мокроты на МБТ с определением лекарственной чувствительности, BACTEC, КТ органов грудной клетки, фибробронхоскопия. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

269

3. Внебольничная пневмония, обострение ХОБЛ, рак лѐгких.

4. Лѐгочное кровотечение, дыхательная недостаточность, спонтанный пневмоторакс.

5. Госпитализация в противотуберкулѐзный стационар. Назначение режима абсолютного покоя в полусидячем положении для лучшего откашливания мокроты. Высокобелковая диета. В интенсивной фазе лечения рекомендуется назначать режим химиотерапии из комбинации шести противотуберкулѐзных препаратов — Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол, Канамицин (Амикацин) и препарат из группы фторхинолонов (Офлоксацин или Левофлоксацин) в течение 3 месяцев. Фаза продолжения в течение 6 месяцев комбинацией из трѐх противотуберкулѐзных препаратов, к которым сохранена чувствительность. Дезинтоксикационная терапия. Патогенетическая терапия. Оксигенотерапия. Гемостатическая терапия.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 306 [K003264]**

1. Очаговый туберкулѐз верхней доли правого лѐгкого в фазе инфильтрации.

2. Клинический анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, Проба Манту с 2 ТЕ, проба «Диаскинтест», общий анализ мокроты, бактериоскопия по Цилю – Нильсену, люминесцентная микроскопия, ПЦР МБТ, посев мокроты на МБТ с определением лекарственной чувствительности, BACTEC, рентгенография и КТ органов грудной клетки, фибробронхоскопия.

3. Внебольничная пневмония, ХОБЛ, рак лѐгкого.

4. При очаговом туберкулѐзе осложнения редки. В случае неадекватного лечения возможно прогрессирование заболевания переход в фазу распада, появление кровохарканья, диссеминация процесса.

5. Госпитализация в противотуберкулѐзный стационар. Назначение щадящего режима относительного покоя. Высоко - белковая диета. В интенсивной фазе лечения рекомендуется назначать режим химиотерапии из комбинации шести противотуберкулѐзных препаратов — Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол, Канамицин (Амикацин) и препарат из группы фторхинолонов (Офлоксацин или Левофлоксацин) в течение 3 месяцев. Фаза продолжения из комбинации трѐх противотуберкулѐзных препаратов, к которым сохранена чувствительность в течение 6 месяцев. Патогенетическая терапия.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 307 [K003265]**

1. Казеозная пневмония правого лѐгкого. Осложнения: инфекционно-токсический шок.

2. Клинический анализ мочи, биохимический анализ крови, определение функциональной активности Т-лимфоцитов, коагулограмма, проба Манту с 2 ТЕ, проба «Диаскинтест», посев мокроты на МБТ с определением лекарственной чувствительности, BACTEC, КТ органов грудной клетки, фибробронхоскопия, ЭКГ. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

270

3. Абсцедирующая пневмония, бронхоэктатическая болезнь, рак лѐгких.

4. Инфекционно-токсический шок, кровохарканье, лѐгочное кровотечение, спонтанных пневмоторакс.

5. Госпитализация в противотуберкулѐзный стационар. Режим абсолютного покоя. Высокобелковая диета. Противотуберкулѐзное лечение: в интенсивной фазе лечения рекомендуется назначать режим химиотерапии из комбинации шести противотуберкулѐзных препаратов - Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол, Канамицин (Амикацин) и препарат из группы фторхинолонов (Офлоксацин или Левофлоксацин). Восстановление центральной гемодинамики. Восстановление микроциркуляции крови. Оксигенотерапия. Дезинтаксикационная терапия. Коррекция водно-электролитных нарушений и борьба с ацидозом. Лечение тромбогеморрагического синдрома. Гормонотерапия.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 308 [K003266]**

1. Туберкулѐз периферических лимфатических узлов.

2. Биохимический анализ крови, посев мокроты на МБТ с определением лекарственной чувствительности, BACTEC, КТ органов грудной клетки.

3. Инфекционный мононуклеоз, сифилис, лимфогрануломатоз, ВИЧ-инфекция.

4. Формирование свищей, диссеминация процесса.

5. Госпитализация в противотуберкулѐзный стационар. Назначение щадящего режима относительного покоя. Высокобелковая диета. В интенсивной фазе лечения рекомендуется назначать режим химиотерапии из комбинации шести противотуберкулезных препаратов - Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол, Канамицин (Амикацин) и препарат из группы фторхинолонов (Офлоксацин или Левофлоксацин) в течение 3 месяцев. Фаза продолжения в противотуберкулѐзном диспансере в течение 6 месяцев из комбинации трѐх противотуберкулѐзных препаратов, к которым сохранена чувствительность. Дезинтоксикационная терапия. Патогенетическое лечение.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 309 [K003268]**

1. Основной: инфильтративный туберкулѐз верхней доли левого лѐгкого в фазе распада, МБТ +.

2. Диагноз выставлен на основании:

- наличия симптомов интоксикации (слабость, потливость, лихорадка до 37,3 - 37,5°С),

- наличия изменений на рентгенограмме (в левом лѐгком на уровне II—III рѐбер округлая, с нечѐткими контурами, средней интенсивности фокусная тень размером 3,0×3,5 см с участком просветлением в центре и дорожкой к корню), Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

271

- реакции Манту с 2 ТЕ (папула 10 мм), Диаскинтеста (10 мм),

- фазы распада на основании рентгенологических изменений,

- МБТ(+) на основании наличия в мокроте методом бактериоскопии и посевом МБТ.

3. Клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, КТ органов грудной клетки, фибробронхоскопия.

4. Госпитализация в противотуберкулѐзный стационар. Щадящий режим относительного покоя. Высокобелковая диета. Интенсивная фаза химиотерапии в течение 3 месяцев, включая не менее шести препаратов (Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол, Канамицин (Амикацин), фторхинолоны), фаза продолжения в противотуберкулѐзном диспансере 6 месяцев, включая 3 препарата к которым сохранена чувствительность. Дезинтоксикационная терапия. Патогенетическое лечение.

5. Внебольничными пневмониями (бактериальными, вирусными, грибковыми), раком лѐгкого, эозинофильным лѐгочным инфильтратом, инфарктом лѐгкого.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 310 [K003270]**

1. Диагноз - основной: фиброзно-кавернозный туберкулѐз верхней доли правого лѐгкого в фазе инфильтрации и обсеменения МБТ (+).

Осложнения: ДН 1 степени. Кровохарканье. Хроническое лѐгочное сердце. Гипотрофия.

2. Диагноз выставлен на основании:

- наличия в анамнезе перенесѐнного ранее туберкулѐза, незаконченная фаза продолжения лечения, отрыв пациента от диспансера и лечения;

- наличия жалоб на кашель, выделение обильной гнойной мокротой с прожилками тѐмной крови, общую слабость, потерю 15 кг массы тела за 4 месяца, появление выраженной одышки при расширении физической нагрузки, сердцебиение, периодическое повышение температуры тела до 37,4-37,6°С;

- данных физикального осмотра: температура тела 37,0°С. Грудная клетка конической формы, правая еѐ половина отстаѐт при дыхании. Над правым верхним лѐгочным полем определяется укорочение перкуторного звука. При аускультации в области укорочения выслушиваются бронхиальное дыхание мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧДД - 20 в минуту в покое. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над лѐгочной артерией. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, 107 уд/минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

272

- наличия изменений на рентгенограмме (лѐгочный рисунок обогащѐн и деформирован. В правом верхнем лѐгочном поле определяется кольцевидное просветление неправильной формы со стенками толщиной 4-6 мм, размерами 3,5×3,0 см, мягкие очаговые тени вокруг просветления, местами сливающиеся в фокусы. От просветления к корню лѐгкого прослеживается отводящая дорожка. Правый корень подтянут кверху. Отмечаются плевроапикальные наложения справа);

- фазы обсеменения - наличие очагов в контрлатеральном лѐгком 6 - МБТ(+) на основании данных ЛЮМ-микроскопии.

3. Кровохарканье - наличие прожилок крови в мокроте и наличия эритроцитов в мокроте при общем анализе.

Дыхательная недостаточность - появление одышки при расширении обычной физической нагрузки.

Хроническое лѐгочное сердце - на основании косвенных симптомов: акцента II на лѐгочной артерии, изменений на ЭКГ Р-pulmonale во II, III, aVF.

Гипотрофия на основание индекса массы тела 18,3.

4. Дополнительно необходимо выполнить:

КТ ОГК с целью уточнения распространенности и фазы процесса;

пробу Манту с 2ТЕ и Диаскинтест (входит в общий диагностический минимум);

фибробронхоскопию с целью исключения патологии бронхов и установления источника кровотечения;

посевы мокроты на жидкие или плотные питательные среды;

использование МГМ диагностики с установлением ЛУ;

определение ФВД для выявления обструктивно/рестриктивных нарушений;

ЭХО-КГ для уточнения наличия признаков ХЛС.

5. Комплексное лечение, включающее в себя лечебно-охранительный режим, противотуберкулѐзную химиотерапию, патогенетическую и симптоматическая терапию. Схема противотуберкулѐзных препаратов должны включать не менее 6 препаратов, включая препараты основного ряда (Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол) и препараты резервного ряда (Канамицин, Офлоксацин) в адекватной дозировке согласно весу больного. Данная схема обусловлена наличием высокого риска наличия лекарственной устойчивости возбудителя. Гемостатическая терапия, оксигенотерапия, высокобелковое питание.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 311 [K003272]**

1. Инфильтративный туберкулѐз нижней доли правого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ+. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

273

2. Диагноз поставлен на основании характерных клинических данных: в течение двух месяцев нарастали явления интоксикации, кашель. Обратился в связи с повышением температуры, болью в грудной клетке, при аускультации определялись влажные мелкопузырчатые хрипы, перкуторно: притупление. Рентгенологически в нижней доле правого лѐгкого обнаружены синдромы затемнения с просветлением и множественных очаговых теней. В промывных водах бронхов найдены МБТ.

3. Внебольничная пневмония в нижней доле правого лѐгкого. Абсцедирование. Рак лѐгкого.

4. Больной является бактериовыделителем, так как в посевах промывных вод бронхов выявлен рост колоний МБТ. Именно культуральный метод является наиболее достоверным, так как позволяет выявить МБТ при наличии в исследуемом материале нескольких десятков микробных тел. Для сравнения: микроскопия даѐт положительный результат при наличии 104-105/мл микробных тел.

5. Больному назначается свободный двигательный режим, 11 стол. До получения результатов устойчивости МБТ к препаратам назначается комбинация из четырѐх препаратов первого ряда: Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол. Затем схема корректируется согласно устойчивости МБТ.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 312 [K003273]**

1. Казеозная пневмония правого лѐгкого в фазе распада и обсеменения, МБТ+.

2. Диагноз поставлен на основании следующих данных: имел контакты с туберкулѐзными больными в местах лишения свободы. В течение года нарастали явления интоксикации, похудел на 10 кг. Обратился с жалобами на повышение температуры тела до фебрильных цифр, потливость в ночное время, отсутствие аппетита, кашель с мокротой гнойного характера, одышку при небольшой физической нагрузке. При осмотре состояние тяжѐлое, больной пониженного питания, кожные покровы бледные.

Рентгено-томографически: в правом лѐгком определяется субтотальная инфильтрация лѐгочной ткани средней и высокой интенсивности, многочисленные полости распада в правом лѐгком, очаги и фокусы отсева в S1+2 левого лѐгкого. В мокроте методом микроскопии обнаружены КУМ в большом количестве.

3. Внебольничная пневмония правого лѐгкого. Абсцедирование.

4. Характерны следующие рентгенологические изменения: большая площадь поражения лѐгочной ткани – от доли и больше, высокая интенсивность тени за счѐт преобладания казеозного некроза в структуре воспаления, смещение органов средостения в сторону поражения, подъѐм купола диафрагмы на стороне поражения из-за гиповентиляции и ателектазирования измененной лѐгочной ткани, быстрое появление очагов и фокусов бронхогенного обсеменения. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

274

5. Больному назначается свободный двигательный режим, 11 стол. В связи с пребыванием больного в местах лишения свободы, можно предполагать у него множественную лекарственную устойчивость МБТ. До получения результатов устойчивости МБТ назначается комбинация из шести препаратов: четырѐх препаратов первого ряда (Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол), а также по одному препарату из группы аминогликозидов и фторхинолонов. Затем схема корректируется согласно устойчивости МБТ.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 313 [K003274]**

1. Диссеминированный туберкулѐз лѐгких в фазе инфильтрации и распада, МБТ+.

2. Диагноз поставлен на основании характерных клинических данных: предъявляет жалобы на слабость, потливость, повышение температуры тела до 37,5°С, снижение аппетита, похудел на 4 кг, кашель, при аускультации - в верхних отделах – дыхание жѐсткое, в нижних отделах – ослабленное везикулярное, перкуторно: незначительное притупление лѐгочного звука в верхних отделах. Контакт с больными туберкулѐзом имел в местах лишения свободы. Освободился 3 месяца назад. Рентгенологически – синдром очаговой диссеминации в верхних и средних отделах обоих лѐгких. Очаги сливаются между собой, имеются признаки распада. Микроскопически найдены КУМ.

3. Больному назначается свободный двигательный режим, 11 стол. В связи с пребыванием больного в местах лишения свободы, можно предполагать у него множественную лекарственную устойчивость МБТ. До получения результатов устойчивости МБТ назначается комбинация из шести препаратов: четырѐх препаратов первого ряда (Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол), а также по одному препарату из группы аминогликозидов и фторхинолонов. Затем схема корректируется согласно устойчивости МБТ.

4. Саркоидозом, грибковыми поражениями лѐгких, пневмокониозами, экзогенным аллергическим альвеолитом, идиопатическим фиброзирующим альвеолитом.

5. Неблагоприятный. У больного можно предполагать множественную лекарственную устойчивость МБТ в связи с пребыванием в местах лишения свободы. В крови обнаружены маркеры гепатита С. Так как большинство противотуберкулѐзных препаратов гепатотоксичны, у данного больного может развиться лекарственный гепатит. Из-за МЛУ и гепатита С не удастся, скорее всего, подобрать эффективную схему терапии. При увеличении трансаминаз более, чем в 5 раз, придѐтся отменять препараты. На этом фоне сроки лечения будут удлиняться, процесс может трансформироваться в хронический диссеминированный либо фиброзно-кавернозный туберкулѐз.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 314 [K003295]**

1. Артериальная гипертензия II стадии, 2 степени. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Дислипидемия IIb тип по Фредриксону. Хроническая болезнь почек С1, риск ССО 3. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

275

2. Диагноз «артериальная гипертензия (АГ)» установлен на основании жалоб больного на повышение АД, данных анамнеза (пациентка отмечает повышение АД в течение 4 лет); установление 2 степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приема – 170/100 мм рт.ст. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (сердца). Степень риска ССО поставлена на основании 2 степени АГ исубклинического поражения органов-мишеней – ГМЛЖ (на ЭКГ индекс Соколова-Лайона 39 мм), факторы риска – семейный анамнез, дислипидемия.

Диагноз «дислипидемия IIБ типа» установлен на основании повышения общего холестерина за счѐт ХС-ЛПНП и ТГ.

Диагноз «ХБП С1» установлен на основании СКФ 95 мл/мин, функция почек оценивается как высокая и оптимальная (критерий: СКФ >90 мл/мин).

3. Пациентке рекомендовано проведение суточного мониторирования АД для оценки вариабельности АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ для оценки структурно-функционального состояния камер сердца и клапанного аппарата; ультразвуковое исследование сонных артерий с целью оценки соотношения интима/медиа и выявления/исключения стенозов и атеросклеротических бляшек; консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии.

4. Пациентка нуждается в коррекции лечения, поскольку целевые значения АД (ниже 140/90 мм рт. ст.) не были достигнуты на текущей терапии.

Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их кардиопротективных свойствах. Доказана их способность замедлять темп развития и прогрессирования ПОМ (ГЛЖ, включая еѐ фиброзный компонент, уменьшение МАУ и протеинурии, замедление темпа снижения функции почек). Предпочтение отдается длительно действующим препаратам с однократным приѐмом в сутки (Периндоприл, Фозиноприл, Рамиприл). При непереносимости препаратов группы ИАПФ рассмотреть антагонисты рецепторов к ангиотензину II.

С учѐтом 2 степени АГ и высокого риска ССО показана комбинированная антигипертензивная терапия. Рациональной будет комбинация ИАПФ и дигидропиридинового антагониста кальция (длительно действующего, 3 поколения - Амлодипин), которые продемонстрировали высокую эффективность в отношении замедления прогрессирования атеросклероза сонных артерий и уменьшения ГЛЖ. Возможно применение препаратов ИАПФ и АК в виде фиксированной комбинации.

5. Рекомендации по немедикаментозной терапии (воздействие на факторы риска, формирование навыков ЗОЖ):

обучение в школе здоровья для пациентов с АГ; Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

276

рациональное питание с целью коррекции дислипидемии. Приѐм пищи частый, диета, сбалансированная по белку и пищевым волокнам с исключением жирных и жареных продуктов. Сокращение животных жиров в рационе. Снижение потребления поваренной соли до 5 г/сутки;

увеличение физической активности (аэробные нагрузки - ходьба, езда на велосипеде, плавание, не менее 30 минут 5-7 дней в неделю), с постепенным увеличением продолжительности нагрузок до 1 часа в день. Изометрическая силовая нагрузка не рекомендуется в связи с опасностью повышения АД.

Самоконтроль АД, ведение дневника АД.

Соблюдать режим труда и отдыха, минимизировать стрессовые ситуации (при необходимости прибегнуть к помощи врача-психотерапевта).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 315 [K003296]**

1. Ожирение I ст. Дислипидемия IV типа. Нарушение толерантности к глюкозе (метаболический синдром)

2. Диагноз метаболического синдрома установлен на основании наличия ожирения, степень ожирения определена по критериям ВОЗ, ИМТ - 32,8 кг/м2, окружность талии - 108 см.

Дислипидемия определена по классификации Фредрексона (повышение уровня ТГ, снижения уровня ЛПВП).

Нарушенная толерантность к глюкозе определена на основании гипергликемии натощак и после нагрузки глюкозой, а также уровня HbA1c.

3. Пациенту рекомендовано ЭКГ; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; ультразвуковое исследование брахоцефальных артерий для оценки ремоделирования сосудистой стенки, выявления атеросклероза, стенозов. Проведение суточного мониторирования АД.

4. Целевые значения липидного спектра достигнуты не были. В связи с недостаточной эффективностью немедикаментозного лечения необходимо рассмотреть вопрос о дополнительном назначении статинов: Розувастатин 10 мг или Аторвастатин 10 мг. Перед этим необходимо оценить содержание АЛТ, АСТ, КФК. Назначение фибратов в качестве препаратов выбора у данного пациента не показано.

5. Через 4-6 недель лечения следует оценить переносимость и безопасность лечения (повторный анализ крови на липиды, АСТ, АЛТ, КФК). При отсутствии побочных эффектов через 3, 6 месяцев следует провести повторный анализ крови на липиды, АСТ, АЛТ, КФК. Впоследствии контроль не реже 1 раза в год: оценка АД, риска SCORE, АСТ, АЛТ, КФК, глюкозы крови натощак, HbA1c, креатинина, ЭКГ. 1 раз в 3 года ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

277

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 316 [K003297]**

1. ИБС: вазоспастическая стенокардия. Дислипидемия IIБ тип по Фредриксону.

2. Диагноз «ИБС» установлен на основании жалоб больного на приступ болей, характерный для стенокардии по локализации.

Диагноз «вазоспастическая стенокардия» установлен на основании характеристики болевого приступа: загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, возникающие в ночные и ранние утренние часы, купирующиеся самостоятельно в течение нескольких минут, наличие высокой толерантности к физической нагрузке.

Диагноз «дислипидемия IIБ типа» установлен на основании повышения общего холестерина за счет ХС-ЛПНП и ТГ.

Анализ данных анамнеза позволяет выявить наличие у пациента следующих факторов риска атеросклероза как основного этиологического фактора ИБС: мужской пол, возраст, курение, семейный анамнез.

3. Пациенту рекомендовано:

суточное мониторирование ЭКГ для выявления эпизодов болевой и безболевой ишемии миокарда, их характера (особо обратить внимание на возможность появления эпизодов элевации сегмента ST наиболее характерных для этого вида стенокардии), общего количества и длительности; возможных нарушений ритма и проводимости, которые, наряду с обширной зоной ишемии при приступе, могут свидетельствовать о неблагоприятном прогнозе заболевания;

проведение ЭХО-КГ для выявления зон гипо- и акинезии миокарда, оценки диастолической и систолической функции миокарда и состояния клапанного аппарата сердца.

Также пациентке показано выполнение стресс ЭКГ с физической нагрузкой (при ФВ ЛЖ > 50%) для оценки толерантности к физической нагрузке. У части пациентов свазоспастическая стенокардия развивается на фоне атеросклероза коронарных артерий. Следующий этап диагностики – выполнение коронароангиографии (КАГ). Главным диагностическим критерием вазоспастической стенокардии является верифицированный при КАГ спазм коронарной артерии - спонтанный или во время фармакологической пробы. Провокационные пробы проводят, как правило, лицам с интактными или малоизмененными КА по результатам предыдущего ангиографического исследования. Основными пробами для выявления вазоспастической стенокардии являются - холодовая проба, интракоронарное введение Ацетилхолина, Метахолина, Гистамина, Дофамина. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

278

4. Нитраты короткого действия. Короткодействующие нитраты рекомендуют для купирования ангинозных приступов. Уменьшают потребность миокарда в кислороде за счѐт системного расширения вен и артерий, которое снижает пред- и постнагрузку левого желудочка и таким образом уменьшает работу миокарда. Нитраты также действуют непосредственно на коронарное кровообращение. Для сублингвального приема используются таблетки нитроглицерина (0,5-1 мг), аэрозольные формы нитратов (Нитроглицерин и Изосорбидадинитрат).

Антагонисты кальция. В качестве антиангинальных препаратов для профилактики приступов вазоспастической стенокардии. Действие обусловлено замедлением тока Са через α1 и α 2 адренергические пути и кальциевые каналы периферических сосудов, уменьшением чувствительности артериальных сосудов к эндогенным влияниям прессорных аминов, что приводит к снижению общего периферического сосудистого сопротивления и АД. Дигидропиридиновые антагонисты кальция оказывают выраженное селективное действие на мускулатуру сосудов, приводя к расширению периферических артерий, не влияют на проводящую систему сердца и не вызывают значимого снижения сократительной функции миокарда. Для недигидропиридиновых антагонистов кальция (Верапамил и Дилтиазем) характерно отрицательное ино- и дромотропное действие. С учѐтом наклонности к брадикардии, пациенту предпочтительнее применение дигидропиридиновых антагонистов кальция – Амлодипин 10 мг в сутки. При недостаточной эффективности антагонистов кальция рассмотреть добавление блокатора калиевых каналов – Никорандила.

Прогностическое действие АСК, статинов, ингибиторов АПФ при вазоспастической стенокардии на фоне ангиографически интактных коронарных артерий не изучено. Несмотря на это, учитывая атерогенный тип дислипидемии целесообразно применение статинов. Целями лечения является уровень ХС-ЛНП < 1,8 или уменьшение уровня ХС-ЛНП > 50%, если целевой уровень не может быть достигнут.

5. Продолжить терапию в полном объѐме. Сделать акцент на немедикаментозной терапии: соблюдение диеты и режима физической активности, прекращение курения, минимизировать стрессовые ситуации (при необходимости прибегнуть к помощи врача-психотерапевта).

Диспансерное наблюдение: контроль липидного спектра через 6 месяцев первые 1,5 года, затем ежегодно. Контроль АСТ, АЛТ, глюкозы 1 раз в год. При невозможности достижения целевых значений ТГ < 1,7ммоль/л - рассмотреть возможность добавления фибратов к схеме терапии. Контроль ЭКГ не реже 1 раза в год. Суточное мониторирование ЭКГ в динамике по показаниям, при возобновлении приступов загрудинных болей. Ультразвуковое исследование сонных артерий для выявления экстракардиального атеросклероза при взятии на диспансерное наблюдение. Ежегодная вакцинация против гриппа. Объяснение пациенту и/или обеспечение его памяткой по алгоритму неотложных действий при жизнеугрожающем состоянии, вероятность развития которого у пациента наиболее высокая (развитие ОИМ, жизнеугрожающих аритмий). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

279

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 317 [K003298]**

1. ИБС: стабильная стенокардия напряжения 2 ФК. Дислипидемия IIА тип по Фредриксону. Ожирение 1ст.

2. Диагноз «ИБС» установлен на основании жалоб больного на приступы болей, характерных для типичной стенокардии по локализации, провоцирующим и купирующим боль факторам (клиническая классификация болей в груди, рекомендации АСС/АНА, 2003 г.). Претестовая вероятность ИБС составляет 77%.

Диагноз «стабильная стенокардия» установлен на основании данных анамнеза – продолжительность болей около года, за это время частота, длительность и интенсивность болей не изменилась.

Согласно классификации Канадского кардиологического общества, установлен 2ФК стабильной стенокардии, которому соответствуют приступы стенокардии при обычной нагрузке: быстрой ходьбе на расстояние более 500 метров, подъѐму по лестнице (более 1-2 пролетов).

Диагноз «дислипидемия IIА типа» установлен на основании повышения общего холестерина за счѐт ХС-ЛПНП при нормальном уровне ТГ. Диагноз «Ожирение 1 ст.» установлен на основании ИМТ 30,44кг/м2.

3. Пациенту рекомендовано: проведение ЭКГ покоя; проведение ЭХО-КГ для выявления зон гипо- и акинезии миокарда, оценки диастолической и систолической функций миокарда, состояния клапанного аппарата; с учѐтом претестовой вероятности ИБС 77% показано выполнение стресс тестов – предпочтительно выполнение визуализирующих исследований - стресс ЭХО-КГ (особенно при ФВ ЛЖ < 50%), при невозможности выполнения исследования с визуализацией – может проводиться стресс ЭКГ с физической нагрузкой (при ФВ ЛЖ > 50%). Ультразвуковое исследование сонных артерий с целью оценки соотношения интима/медиа и выявления/исключения стенозов и атеросклеротических бляшек.

По результатам неинвазивного обследования проводится стратификация риска и принимается решение о целесообразности выполнения коронароангиографии.

4. β-адреноблокаторы. Уменьшают адренергическое влияние на сердце: снижается ЧСС, САД, снижается потребность миокарда в кислороде, оказывается антиангинальное действие. В лечении предпочтительнее селективные β-блокаторы без симпатомиметической активности с длительным периодом полувыведения. Лечение необходимо проводить под контролем гемодинамических показателей. Адекватность дозы определяется урежением ЧСС в покое до 55-60 в минуту. Рекомендуется использование Метопролола сукцината или Бисопролола, которые снижают риск смерти (уровень доказательности IА). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

280

Нитраты короткого действия. Короткодействующие нитраты рекомендуются для купирования ангинозных приступов. Уменьшают потребность миокарда в кислороде за счѐт системного расширения вен и артерий, которое снижает пред- и постнагрузку левого желудочка и таким образом уменьшают работу миокарда. Нитраты также действуют непосредственно на коронарное кровообращение. Для сублингвального приѐма используются таблетки Нитроглицерина (0,5–1 мг), аэрозольные формы нитратов (Нитроглицерин и Изосорбида динитрат).

5. Оставить антитромбоцитарную и гиполипидемическую терапию без изменений, т.к. основанием для отмены статина является повышение трансаминаз в 3 раза и более. Увеличить дозу β-адреноблокатора до достижения эффективного контроля ЧСС 55-60 ударов в минуту для уменьшения количества приступов стенокардии, продолжить динамическое наблюдение. Необходимо уточнить и отрегулировать рацион питания пациента и его физическую активность для снижения массы тела. Контроль липидного спектра через 6 месяцев. Контроль АСТ, АЛТ 1 раз в год. При невозможности достижения целевых значений ХС-ЛПНП < 1,8 ммоль/л - рассмотреть возможность добавления Эзетимиба к схеме терапии. Контроль ЭКГ не реже 1 раза в год.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 318 [K003299]**

1. Гипертоническая болезнь (ГБ) II стадии, изолированная систолическая артериальная гипертензия (ИСАГ), риск ССО 3. Цереброваскулярная болезнь: дисциркуляторная энцефалопатия I степени.

2. Диагноз «артериальная гипертензия» (АГ) установлен на основании указаний на повышение АД; установление ИСАГ основано на цифрах АД. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней, а именно значении пульсового АД (ПАД). ПАД равное или превышающее 60 мм рт. ст. у пациентов пожилого и старческого возраста рассматривается как проявление повышенной ригидности и жесткости сосудистой стенки. Уровень ПАД равен: 162 - 62 = 100 мм рт. ст. Степень риска ССО поставлена на основании поражения органов мишеней. Диагноз «цереброваскулярная болезнь (ЦВБ), дисциркуляторная энцефалопатия I степени» обоснован указаниями на снижение памяти у пациентки с длительным стажем ГБ.

3. Пациентке показано медикаментозное лечение. Наиболее предпочтительными для лечения пожилых пациентов с ИСАГ, с точки зрения действующих национальных рекомендаций по АГ, являются сочетания блокаторов кальциевых каналов+тиазидный диуретик. При плохой переносимости блокаторов кальциевых каналов, как периферических вазодилататоров, рекомендовано использовать в лечении ИАПФ или АРА. Пациентке также показана гиполипидемическая терапия. С учѐтом того, что пациентка пожилого возраста с дефицитом массы тела, назначение статинов сопряжено с риском развития миопатии, рабдомиолиза. С точки зрения безопасности лицам пожилого возраста начинать лечение статинами необходимо с минимальной дозы, предпочтение следует отдавать гидрофильным статинам (Розувастатин). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

281

4. Гипотензивный эффект от проводимого лечения может быть расценен как положительный. Целевое систолическое АД у пожилых пациентов - 140-150 мм рт.ст.- достигнуто. Гиполипидемическую терапию следует продолжать, однако, в связи с недостаточным эффектом, может быть рекомендовано повышение дозы статина, под контролем АЛТ, АСТ, КФК через 4-6 недель после повышения дозы или комбинация с ингибитором обратного всасывания холестерина – Эзетимибом в дозе 10 мг.

5. Посещения не реже 2 раз в год с оценкой эффективности лечения, общий осмотр.

Не реже 1 раза в год оценка биохимического анализа крови (глюкоза, креатинин, липидный спектр, АЛТ, АСТ, КФК, ОАМ), ЭКГ, ЭхоКГ

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 319 [K003301]**

1. ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ОИМ по задней стенке ЛЖ от 2011 г). Дислипидемия IIА тип по Фредриксону. ХСН IIb стадия по Стражеско-Василенко, IIФК по NYHA.

2. Диагноз «ИБС: постинфарктный кардиосклероз» установлен на основании анамнеза (ОИМ по задней стенке ЛЖ 5 лет назад), изменения на ЭКГ (патологический зубец Q и отрицательный зубец T в III, aVF отведениях).Диагноз «дислипидемия IIА типа» установлен на основании повышения общего холестерина за счѐт ХС-ЛПНП при нормальном уровне ТГ.

Диагноз «ХСН» установлен на основании жалоб пациента (одышка, отѐки в области стоп, общая слабость, повышенная утомляемость), анамнеза (перенесѐнный ОИМ, давность симптоматики, постепенное еѐ развитие), результатов осмотра (пастозность нижних конечностей до нижней трети голени, ЧД - 20 в 1 минуту, приглушѐнные тоны сердца, систолический шум на верхушке, ЧСС - 92 в минуту, увеличение размеров печени).

Согласно классификации СН Нью-Йоркской кардиологической ассоциации (NYHA) установлен 2ФК ХСН, т. е. заболевание сердца приводит к лѐгкому ограничению физической активности. В покое симптомов нет. Обычная физическая нагрузка вызывает усталость, сердцебиение или одышку. Исходя из классификации хронической сердечной недостаточности ОССН (2003 г.) установлена IIb стадия ХСН по Стражеско-Василенко, что подтверждается выявлением выраженных изменений гемодинамики в большом (отѐки, увеличение печени) и малом (одышка, тахипноэ) кругах кровообращения. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

282

3. Пациенту рекомендовано: проведение ЭХО-КГ для выявления зон гипо- и акинезии миокарда, диастолической и систолической функции миокарда, оценки состояния клапанного аппарата; рентгенография органов грудной клетки для выявления / исключения некоторые виды заболеваний лѐгких; измерение содержания натрийуретических гормонов (BNP или NT-proBNP) показано для исключения альтернативной причины одышки и для определения прогноза; выполнение стресс тестов – предпочтительнее выполнение визуализирующих исследований - стресс ЭХО-КГ (особенно при ФВ ЛЖ < 50%), при невозможности выполнения исследования с визуализацией – может проводиться стресс ЭКГ с физической нагрузкой (при ФВ ЛЖ > 50%); ультразвуковое исследование сонных артерий с целью оценки соотношения интима/медиа и выявления/исключения стенозов, атеросклеротических бляшек.

По результатам неинвазивного обследования проводится стратификация риска и принимается решение о целесообразности выполнения коронароангиографии.

4. Пациент нуждается в приѐме диуретиков.

Диуретики применяются у всех больных ХСН II–IV ФК с признаками застоя для улучшения клинической симптоматики и снижения риска повторных госпитализаций. Рекомендованы препараты из группы антагонистов минералокортикоидов (АМКР): Спиронолактон в дозе 25-50 мг в сутки конкурентно по отношению к альдостерону связывается с его рецепторами, блокируя биологические эффекты альдостерона, оказывая антифибротическое действие, а также повышает экскрецию натрия и хлора и снижает экскрецию калия, водорода, кальция и магния. Применение препарата возможно, т.к. тяжелой ХБП у пациента нет, СКФ - 92 мл/мин. Эплеренон также продемонстрировал положительный эффект при сердечной недостаточности и может использоваться как альтернатива Спиронолактону. При сохранении застойных явлений, рассмотреть добавление малых доз петлевых диуретиков с пролонгированным действием– Торасемида, который обладает антиальдостероновым эффектом и в меньшей степени активирует РААС, чем Фуросемид.

5. Необходимо уточнить и отрегулировать рацион питания пациента: избегать солѐной пищи и отказаться от еѐ досаливания, суточное потребление хлорида натрия 1,2 -1,8 г/сут (II - III ФК ХСН), соблюдением гиполипидемической диеты.

Рекомендовать пациенту обучение в школе здоровья; объяснение пациенту поведения при развитии жизнеугрожающего состояния, вероятность развития которого у пациента высока и обеспечить его памяткой содержащей алгоритму неотложных действий.

Уточнить уровень его физической активности, порекомендовать методы кардиологической реабилитации: ходьба, или тредмил, или велотренинг 5 раз в неделю по 20 - 30 минут при достижении 80% от максимальной частоты сердечных сокращений (ЧСС) или при достижении 50-70% от максимального потребления кислорода.

Объяснить необходимость проведения ежегодной вакцинации против гриппа, поскольку данное заболевание может иметь фатальные последствия для пациента с ИБС и ХСН. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

283

Объяснить необходимость отказа/минимизации приѐма обезболивающих противовоспалительных препаратов из группы НПВС и ингибиторов ЦОГ-2, которые провоцируют задержку натрия и жидкости, что повышает риск развития декомпенсации у больных ХСН.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 320 [K003302]**

1. Первичный гиперальдостеронизм. Симптоматическая артериальная гипертензия II степени. Хроническая болезнь почек С2.

2. Диагноз «первичный гиперальдостеронизм (ПГА)» установлен на основании жалоб пациентки на повышение АД, рефрактерного к комбинированной терапии ИАПФ и антагонистам кальция (данные анамнеза), возраста и пола, сочетания артериальной гипертензии и миастенического синдрома, полиурии, парестезий и ночных судорог. Кроме того, изменения, выявленные на ЭКГ и в лабораторных тестах в виде гипернатриемии, гипокалиемия, а также гипостенурия и щелочная реакция мочи подтверждают предварительный диагноз. Первичный характер заболевания установлен на основании анамнеза – отсутствие указаний на состояния, приводящие к вторичному гиперальдостеронизму (ХСН, нефротический синдром, длительный прием диуретиков и т. д.), а также семейный анамнез - цереброваскулярных заболеваний в молодом возрасте.

Установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приѐма.

Диагноз «хроническая болезнь почек (ХБП) С2» определѐн по снижению СКФ до 88 мл/мин.

3. Пациентке рекомендовано определение альдостерон-ренинового соотношения (АРС) после предварительной отмены Эналаприла за 2-3 недели до исследования. Для контроля АД возможно применение агонистов имидазолиновых рецепторов. Диагноз будет подтвержден при выявлении низкой активности ренина плазмы (АРП) и повышенной секреции альдостерона. При выявлении высокого АРС проводят дополнительные нагрузочные тесты для дифференциальной диагностики альдостеромы и гиперплазии коры надпочечников (проба с 4-часовой ходьбой, Фуросемидом, Каптоприлом, Дексаметазоном). УЗИ почек, надпочечников для визуализации образования в проекции надпочечников, КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием для уточнения локализации и размеров образования либо выявления гиперплазии коры надпочечников. Консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; проведение ЭХОКГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции, состояния клапанного аппарата.

4. Антагонисты минералокортикоидных рецепторов. Препараты этой группы не только устраняют эффект альдостерона на почечном и других секретирующих калий уровнях, но и тормозят биосинтез альдостерона в надпочечниках. Спиронолактон в минимально эффективной дозе, начиная с 25 мг в сутки, постепенно повышая еѐ до 100 мг в сутки или более. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

284

Альтернатива: Эплеренон с начальной дозы 25 мг два раза в сутки – селективный антагонист минералокортикоидных рецепторов, не обладающий антиандрогенными и прогестагенными свойствами, что снижает частоту побочных эффектов. При недостаточном гипотензивном эффекте возможно присоединение антагонистов кальция.

Из направлений немедикаментозной терапии (воздействие на факторы риска, формирование навыков ЗОЖ): обучение в школе здоровья по АГ, провести беседу о важности рационального питания (прежде всего, включать в рацион продукты, богатые калием, снижение потребления поваренной соли до 5 г/сутки, увеличение потребления растительной пищи, а также уменьшение потребления животных жиров) и постепенное увеличение физической активности (умеренные аэробные нагрузки - ходьба, плавание, фитнесс не менее 30 минут 5-7 дней в неделю), самоконтроль АД.

5. Пациентке показано первичное обследование и начало медикаментозной терапии на амбулаторном этапе совместно с врачом-кардиологом и врачом-эндокринологом. При невозможности провести обследование в амбулаторных условиях (КТ, нагрузочные пробы) - решение вопроса о госпитализации в эндокринологическое отделение. При выявлении образования в проекции надпочечников (альдостеромы) - осмотр врачом-хирургом и госпитализация в отделение эндокринной хирургии для оперативного лечения (одно- или двусторонняя адреналэктомия с последующей заместительной терапией).

В дальнейшем, пациентка находится под диспансерным наблюдением врача-эндокринолога и врача-кардиолога.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 321 [K003303]**

1. Феохромоцитома. АГ 3 степени. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Гипергликемия натощак. Риск ССО 4 (очень высокий)

2. Диагноз феохромоцитомы установлен на основании кризового течения АГ с подъемами АД до 200/110 мм рт.ст. сопровождающимися характерной клиникой (головной болью, головокружением, сердцебиением, чувством беспокойства, страха, дрожью во всем теле, потливостью), продолжительностью от нескольких минут до 1 часа и самостоятельным прекращение криза).

Диагноз подтверждается данными осмотра – кожа бледная, влажная, нормальные значения АД вне криза. При обследовании выявлена гипергликемия натощак с повышение глюкозы сыворотки до 6,4 ммоль/л, что также характерно для данного заболевания.

Диагноз артериальной гипертензии (АГ) установлен на основании жалоб пациентки на нестабильность АД, данных анамнеза (пациентка отмечает повышение АД в течение года); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приема – 200/110 мм рт.ст. Степень риска ССО поставлена на основании наличия 3 степени АГ и субклинического поражения органов-мишеней – ГМЛЖ (на ЭКГ индекс Соколова-Лайона 38 мм), факторы риска – семейный анамнез. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

285

3. Пациентке рекомендовано: проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции, состояния клапанного аппарата; УЗИ надпочечников и парааортальной области для визуализации образования в проекции надпочечников, КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием для уточнения локализации и размеров образования. Консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии.

Лабораторно: натрий и калий сыворотки крови, тест толерантности к глюкозе, HbA1c, исследование метаболитов катехоламинов (ванилинминдальной кислоты, метанефрина и норметанефрина) в суточной моче, повышение которых свидетельствует о наличии гормонально активного образования мозгового вещества надпочечников.

4. Медикаментозное лечение: селективные α-адреноблокаторы. Препараты этой группы препятствуют прохождению сосудосуживающих импульсов через адренергические синапсы и вызывают за счет этого расширение артериол и прекапилляров. Кроме того, они улучшают углеводный и липидный обмены, повышают чувствительность тканей к инсулину, улучшают почечную гемодинамику. Препарат выбора – Доксазозин в дозе 1-2 мг в сутки. В дальнейшем, могут быть присоединены β- блокаторы. Монотерапия β- блокаторами без достаточной блокады α-адренорецепторов может привести к резкому повышению АД.

Рекомендации по немедикаментозной терапии: ограничение тяжѐлых физических нагрузок (возможны умеренные аэробные нагрузки - ходьба, плавание), минимизировать стрессовые ситуации (при необходимости прибегнуть к помощи врача-психотерапевта).

5. Пациентке показано обследование и начало медикаментозной терапии на амбулаторном этапе совместно с врачом-кардиологом, затем осмотр врачом-хирургом и госпитализация в отделение эндокринной хирургии для оперативного лечения.

С учѐтом нестабильного течения АГ, участившихся эпизодов повышения АД, пациентка нетрудоспособна, ориентировочный срок пребывания на листке нетрудоспособности 5-9 дней. Показания для направления в бюро медико-социальной экспертизы отсутствуют.

В дальнейшем пациентке противопоказана работа, связанная с физическим и умственным напряжением средней и тяжѐлой степени; напряжением брюшного пресса, вибрацией и воздействием профессиональных вредностей, работа в неблагоприятных микроклиматических условиях.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 322 [K003626]**

1. Беременность 33 недели. Гестационный пиелонефрит. Анемия лѐгкой степени.

2. Жалобы на боль в поясничной области, явления дизурии.

Температура тела 38,5°С, пульс – 106 ударов в минуту.

При осмотре: положительный симптом поколачивания. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

286

Общий анализ мочи: моча мутная, реакция щелочная, лейкоцитурия, бактериурия.

Общий анализ крови: снижены количество эритроцитов, уровень гемоглобина, повышено количество лейкоцитов, сдвиг лейкоформулы влево, повышено СОЭ.

3. Анализ мочи по Нечипоренко.

Консультация врача-терапевта участкового, врача-уролога.

Бак.посев мочи.

УЗИ почек.

4. Антибактериальная терапия.

Инфузионная терапия.

Спазмолитическая терапия.

Фитотерапия: для усиления пассажа мочи, снижения pH мочи клюквенный морс.

Позиционная терапия: коленно-локтевое положение в течение 10-15 минут несколько раз в день, сон на здоровом боку.

5. Пиелонефрит, сочетающийся с артериальной гипертензией и/или азотемией, хроническая почечная недостаточность; пиелонефрит единственной почки, хроническая почечная недостаточность.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 323 [K004227]**

1. Поскольку причиной развития заболевания является изменение наследственного материала (наличие дополнительной хромосомы в кариотипе больного), заболевание является наследственным и относится к категории хромосомных болезней.

2. С учѐтом проведенного анализа кариотипа, рождение данного ребѐнка обусловлено не наличием структурных перестроек хромосом у родителей, а случайной вновь возникшей генеративной геномной мутацией, то есть аномальным набором хромосом в гамете у одного из родителей (24 хромосомы вместо 23 в норме). Такие мутации являются следствием нарушения расхождения хромосом в гаметогенезе, в данном случае – хромосом по 21 паре, в результате чего в гамету попадают обе хромосомы 21. Такие мутации наиболее часто происходят в женском гаметогенезе. Фактором риска возникновения таких мутаций является возраст женщины. Чем старше женщина, тем выше риск возникновения подобных мутаций.

3. Учитывая тот факт, что рождение данного ребѐнка явилось следствием случайной мутации в гаметогенезе и возраст женщины составляет 23 года, генетический риск на последующую беременность – в пределах низкого (общепопуляционный). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

287

4. При планировании последующей беременности, необходимо рекомендовать паре проведение преконцепционной профилактики (ПП), которая представляет собой комплекс мероприятий, направленный на создание оптимальных условий для формирования здоровых гамет.

ПП включает:

нормализацию режима труда и отдыха;

лечение соматической патологии;

санацию очагов инфекции;

консультацию врача-акушера-гинеколога;

консультацию врача-андролога (анализ спермограммы);

вакцинацию;

прием витаминно-минерального комплекса (фолиевая кислота 800 мг/сут.).

5. Применяется УЗИ скрининг.

I исследование – при сроке беременности 10-14 недель: УЗИ маркеры хромосомных аномалий плода: ТВП (до 2,5 мм); длина костной спинки носа (3-5 мм).

II исследование – при сроке беременности 20-22 недели: проводится детальная оценка анатомии плода и диагностика видимых врожденных пороков развития.

III исследование – при сроке беременности 30-32 недели.

Применяется также биохимический скрининг беременных женщин:

I исследование – при сроке беременности 10-14 недель в крови беременной определяют: PAPP-A – белок, ассоциированный с беременностью, βХГЧ – субъединица хорионического гонадотропина человека (при анеуплоидии у плода – синдром Дауна: PAPP-A↓ βХГЧ ↑);

II исследование – при сроке беременности 16-20 недель определяют: α-фетопротеин (АФП), ХГЧ (при анеуплоидии у плода – синдром Дауна: АФП↓ и ХГЧ ↑).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 324 [K004228]**

1. Неонатальный скрининг – обследование всех новорожденных с целью раннего (доклинического) выявления моногенного заболевания. Забор крови у новорожденного осуществляется на 5-7 сутки жизни на специальные бланки, которые отправляются в биохимическую генетическую лабораторию соответствующей медико-генетической консультации. Предположительный диагноз ФКУ основан на определении гиперфенилаланинемии – повышенного содержания фенилаланина в крови новорожденного. Предположительный диагноз требует подтверждающей диагностики – молекулярно-генетического обследования (ДНК-диагностика) с целью определения мутации в гене фенилаланингидроксилазы. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

288

2. ФКУ является наследственным моногенным заболеванием, так как развитие его обусловлено изменением наследственного материала – мутацией в гене фенилаланингидроксилазы (фермента, катализирующего биохимическое преобразование фенилаланина в тирозин).

3. Болезнь манифестирует в возрасте 2-6 месяцев. Характерно: вялость ребѐнка, отсутствие интереса к окружающему; иногда повышенная раздражительность, беспокойство, срыгивание; нарушение мышечного тонуса (чаще мышечная гипотония); судороги, признаки аллергического дерматита; «мышиный» запах.

Постепенно формируется: задержка психомоторного развития; микроцефалия; эпилептические приступы; умственная отсталость глубокой степени.

4. Тип наследования – аутосомно-рецессивный, то есть развитие заболевания обусловлено рецессивным геном, локализованным в аутосоме. Больной человек всегда является гомозиготой по патологическому рецессивному аллелю (аа). Родители ребѐнка являются гетерозиготными носителями патологического рецессивного аллеля (Аа х Аа). По закону Менделя генетический риск на любую последующую беременность составляет 25% - это высокий генетический риск.

5. Учитывая высокий генетический риск рождения ребѐнка с моногенным заболеванием, необходимо рекомендовать паре при последующей беременности инвазивные методы пренатальной диагностики: внутриматочное вмешательство и забор тканей плода, плаценты или околоплодных вод: биопсию хориона (9-10 неделя), амниоцентез (15-20 неделя), плацентоцентез (18-20 неделя). Забранный материал направляется на молекулярно-генетическую диагностику с целью определения генотипа плода. Генотипы АА или Аа позволяют исключить наличие заболевания и дать благоприятный прогноз; генотип плода аа свидетельствует о наличии моногенного заболевания у плода.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 325 [K004624]**

1. Бронхиальная астма эндогенная форма, среднетяжѐлого персистирующего течения, впервые выявленная, неконтролируемая. Дыхательная недостаточность 1 степени.

2. План обследования:

- клинический анализ крови;

- ЭКГ;

- спирометрия + проба с бронхолитиком;

- рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях;

- общий анализ мокроты;

- консультация врача-пульмонолога; Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

289

- консультация врача-оториноларинголога.

3. План лечения:

- Отказ от курения.

- С целью купирования приступа заболевания ингаляционно применять β2-адреномиметики короткого действия (Сальбутамол или Фенотерол).

- Для постоянного приѐма - комбинация низких доз ингаляционных ГКС (Флутиказон 100-250 мкг/сут, Будесонид 200-400 мкг/сут или Беклометазон дипропионат 200-500 мкг/сут) с длительно действующими β2-агонистами (Салметерол 100 мкг/сут или Формотерол 9-18 мкг/сут).

- Обучение навыкам самоведения бронхиальной астмы.

4. Временно нетрудоспособен. Выдать ЛН на 3-4 дня. Нетрудоспособность при среднетяжѐлом течении бронхиальной астмы продолжается до стабилизации процесса. Противопоказан тяжѐлый физический труд, контакт с токсическими веществами, работа в неблагоприятных метереологических условиях, длительные командировки, работа в горячих цехах, длительная ходьба, профессиональная речевая нагрузка. Рациональное трудоустройство через ВК.

5. Неудовлетворительный ответ на лечение (ОФВ1<50% от должного после применения бронходилятаторов);

симптомы обострения астмы нарастают или отсутствует положительная динамика в течение 3 часов с момента начала неотложных лечебных мероприятий;

не наблюдается улучшения в течение 4-6 часов после начала лечения системными глюкокортикоидами.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 326 [K004632]**

1. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз (2005г.). Пароксизм фибрилляции предсердий, тахисистолический вариант (впервые выявленный)? Гипертоническая болезнь стадия 3, степень АГ 3, риск 4. ХСН IIа, ФК 3.

2. Диагноз «ИБС, постинфарктный кардиосклероз» поставлен на основании данных анамнеза – ИМ в 2005 году. Наиболее частой причиной приступов сердцебиения и перебоев в работе сердца в данной клинической ситуации является пароксизм фибрилляции предсердий. Диагноз «артериальная гипертония (АГ)» установлен на основании жалоб больного на нестабильность АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 20 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД (160-180/100-110 мм.рт. ст). Стадия ГБ установлена на основании наличия ассоциированных клинических заболеваний (ИБС, ПИКС, ХСН). Степень риска ССО поставлена на основании наличия ассоциированных клинических заболеваний (ИБС ПИКС, ХСН). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

290

Диагноз «хроническая сердечная недостаточность» определѐн по наличию симптомов (одышка, слабость), физикальных признаков (пастозность в области стоп и голеней).

3. Необходимо немедленно вызвать кардиологическую бригаду СП для проведения ЭКГ и госпитализации пациента в кардиологическое отделение.

4. Наиболее характерные электрокардиографические признаки мерцания (фибрилляции) предсердий:

отсутствие во всех отведениях зубца Р;

наличие на протяжении всего сердечного цикла беспорядочных волн f, имеющих различную форму и амплитуду. Волны f лучше регистрируются в отведениях V1, V2, II, III и aVF;

нерегулярность желудочковых комплексов QRS- неправильный желудочковый ритм (различные про продолжительности интервалы R-R);

наличие комплексов QRS, имеющих в большинстве случаев нормальный неизмененный вид без деформации и уширения.

5. Пациенту необходимо восстановление синусового ритма, так как он чѐтко указывает на то, что выше указанные жалобы беспокоят его около 1 суток, то есть давность пароксизма не более 48 часов.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 327 [K005306]**

1. Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Стенокардия напряжения стабильная, функциональный класс (ФК) II. Постинфарктный кардиосклероз (дата). Артериальная гипертония III стадии, II степени, ОВР (очень высокий риск). Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) IIА стадии, ФК II. Ожирение 2 степени. Гиперлипидемия.

2. Диагноз «ИБС и стабильной стенокардии напряжения» установлен на основании жалоб больного на боль в области грудины давящего характера (возможно наличие иррадиации в левую руку, спину или нижнюю челюсть, длительность 2-5 мин, эквивалентами боли бывают одышка, ощущение «тяжести», «жжения», боль возникает во время физической нагрузки; вышеописанная боль быстро исчезает после прекращения физической нагрузки либо после приѐма Нитроглицерина); данных анамнеза (пациент 2 года назад перенес мелкоочаговый инфаркт миокарда). Установление II ФК стенокардии напряжения основано на жалобах (имеется небольшое ограничение повседневной жизни, приступ стенокардии возникает при ходьбе по ровной местности на расстояние более двух кварталов (более 200 м) или подъѐме на 1 этаж стандартной лестницы в обычном темпе. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

291

Диагноз «артериальная гипертония (АГ)» установлен на основании жалоб больного на повышение АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 10 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приѐма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (сердца). 4 степень риска (ОВР) поставлена на основании наличия метаболических нарушений (ожирение, дислипидемия), ИБС, ХСН.

Стадия ХСН установлена на основании наличия нарушения гемодинамики преимущественно в одном (малом) круге кровообращения, установление ФК обусловлено наличием умеренного ограничения физической активности (обычная физическая нагрузка вызывает слабость, утомляемость, сердцебиение, одышку и др. симптомы).

3. Пациенту рекомендовано проведение общего анализа крови, биохимического анализа крови, который должен включать определение креатинина, глюкозы, липидного спектра (общий холестерин, ХС-ЛВП, ХС-ЛНП, триглицериды), печеночных тестов (АЛТ, АСТ), показателей свертывающей системы крови (МНО, АЧТВ, ПВ, фибриноген). Проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ в покое; суточного мониторирования ЭКГ (формы нарушения сердечного ритма), ЭХОКГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; рентгенографии грудной клетки.

Консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек.

В связи с тем, что почечная функция оказывает влияние на прогноз необходимо определение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле CKD-EPI.

4. Медикаментозное лечение должно проводиться с учѐтом сочетания АГ и ИБС. Рекомендуется диета (гипохолестериновая, потребление пищевой соли не должно превышать 5 г в сутки, овощей и фруктов не менее 400 г в сутки, включение в рацион рыбы). Контроль массы тела. Рекомендуются целевые уровни САД/ДАД в диапазоне 130-139/80-85 мм рт. ст. Наряду с использованием короткодействующих нитратов (Нитроглицерин 5 мг) или Изосорбида динитрат 10 мг сублингвально или в виде аэрозоля, ингибиторов АПФ, β-адреноблокаторов, гиполипидемических средств (статины), антиагрегантов (Аспирин ежедневно в низкой дозе, при непереносимости Клопидогрел) для лечения АГ, в составе комбинированной терапии наиболее обоснованно назначение антигипертензивных препаратов из групп ингибиторов АПФ или антагонистов рецепторов к ангиотензину II (БРА), а также блокаторов кальциевых каналов.

5. Прогноз для жизни при соблюдении рекомендаций врача относительно благоприятный, для трудовой деятельности - неблагоприятный. Больной является инвалидом III группы (необходимо рациональное трудоустройство). Санаторно-курортное лечение с выездом в другие регионы нежелательно, возможно лечение только в местных санаториях кардиологического профиля или больнице восстановительного лечения. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

292

Диспансерное наблюдение в течение первого года после мелкоочагового инфаркта миокарда проводит врач-терапевт участковый и врач-кардиолог поликлиники 2-4 раза в год, с контролем общего анализа крови, общего анализа мочи, ЭКГ, липидного профиля, показателей свертывающей системы крови (МНО, АЧТВ, ПВ, фибриноген), суточного мониторирования ЭКГ, эхокардиографии. В дальнейшем больной должен наблюдаться у врача-терапевта участкового с периодическими консультациями врача-кардиолога.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 328 [K005307]**

1. Анемия железодефицитная (ЖДА), микроцитарная, гипохромная, средней степени тяжести.

У данной больной имеются признаки железодефицитной анемии, генез которой предположительно связан с меноррагиями.

2. Диагноз «анемия» установлен на основании жалоб на слабость, одышку, данных анамнеза (пациентка отмечает обильные и длительные меноррарагии), объективного исследования (гипотония, систолический шум в области верхушки сердца); установление степени тяжести основано на цифрах гемоглобина. Из анализа крови следует, что анемия является микроцитарной и гипохромной, что является характерными признаками железодефицитной анемии.

3. Пациентке рекомендовано определение содержания сывороточного железа, консультация врача-гинеколога для выявления гинекологических заболеваний, сопровождающихся обильными менструальными выделениями (дисфункция яичников). Необходимо также исключить и другие причины дефицита железа путѐм расспроса, анализа кала на выявление яиц гельминтов, скрытую кровь, ФГДС, ФКС, ЭКГ.

4. Диета больных должна включать больше мясных продуктов. Не оправдано назначение большого количества яблок, гранатов, гречневой крупы и других продуктов растительного происхождения, так как усвоение Fe из них ограничено (из мяса всасывается 22% железа; из фруктов – 3% железа). Одной диетой вылечить ЖДА нельзя (так как всасывается 2-2,5 мг в сутки), а нужно 100-300 мг 2-валентного железа.

Следует предпочесть препараты для внутреннего приѐма при анемии средней степени тяжести, так как при использовании инъекционных форм чаще возможны осложнения (аллергические реакции, инфильтраты в месте инъекции, заражение вирусным гепатитом), а при неоправданно длительном курсе – сидероз (отложение избытка железа в органах). Препараты для приѐма внутрь содержат соли как двухвалентного (Fe2+), так и трѐхвалентного (Fe3+) железа и по химическому строению подразделяются на простые, легко ионизирующиеся соли (ферроцены (металлоорганика)), хелатные соединения Fe2+ и Fe3+ и сложные полинуклеарные гидроксидные комплексы Fe3+. Следует предпочесть те средства, которые при достаточной эффективности оказывают меньше всего побочных эффектов.

К неионным соединениям на основе гидроксидполимальтозного комплекса относятся препараты: Мальтофер, Мальтоферфол, Феррум-лек.

Их отличает: Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

293

а) улучшенное всасывание в ЖКТ (оно происходит активно, а не по градиенту концентрации); на всасывание не влияет приѐм чая, кофе, тетрациклинов, Алмагеля и т.д.; всасывание «лишнего» Fe исключено, следовательно, не будет передозировки;

б) они не повреждают слизистую (в отличие от ионных соединений Fe, которые вызывают образование свободных радикалов, повреждающих слизистую желудка до некроза).

Мальтофер 10 мл (50 мг в 5 мл) 2 раза в день.

5. Клиническое улучшение от приѐма препаратов железа наступает раньше, чем нормализуется уровень гемоглобина. Повышение концентрации последнего наступает лишь на 4-5 неделе приѐма. После нормализации уровня гемоглобина лечение препаратами железа продолжают в течение 3 месяцев (для пополнения запасов в депо) в поддерживающих дозировках, которые приблизительно в 2 раза меньше лечебных. Профилактическое лечение можно проводить в последующем после обильных месячных, при продолжающихся кровопотерях в течение недели каждого месяца.

При выявлении причины развития ЖДА основное лечение должно быть направлено на еѐ устранение (оперативное лечение опухоли желудка, кишечника, лечение энтерита, коррекция алиментарной недостаточности и др.). Однако в целом ряде случаев радикальное устранение причины ЖДА не представляется возможным (например, при продолжающихся меноррагиях, наследственных геморрагических диатезах, проявляющихся носовыми кровотечениями, у беременных, а также при некоторых других ситуациях). В таких случаях основное значение приобретает патогенетическая терапия железосодержащими лекарственными препаратами.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 329 [K005308]**

1. ИБС. Стенокардия напряжения стабильная 3 ФК. Постинфарктный (дата) кардиосклероз. ХСН 1 стадия, 1 ФК.

2. Диагноз «ИБС. Стенокардия напряжения стабильная 3 ФК» установлен на основании жалоб больного (сжимающие боли за грудиной, возникающие при ходьбе через 300 метров при подъѐме на второй этаж, исчезающие в покое или после приѐма Нитроглицерина).

Диагноз «постинфарктный кардиосклероз» поставлен на основе данных анамнеза (лечился в стационаре по поводу инфаркта миокарда), данных ЭКГ (патологический зубец Q в отведениях II, III, AVF, сегмент ST на изолинии, зубец Т слабо отрицательный свидетельствуют о старом инфаркте с зубцом Q нижней стенки левого желудочка), данных Эхо-КГ (гипокинез нижней стенки).

ХСН I стадия установлена на основании диастолической дисфункции миокарда левого желудочка по гипертрофическому типу (трансмитральный диастоличекий поток с преобладанием предсердной систолы: Е/А=0,8) и дилатации левого предсердия. ХСН I ФК установлен по шкале оценки клинического состояния (ШОКС по Марееву) (1 балл, то есть менее 3,5 баллов). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

294

3. Необходимо назначить статины (Аторвастатин 20-40 мг или Розувастатин 10-20 мг в сутки) (целевой уровень ХС ЛПНП – менее 1,8 ммоль/л), ингибиторы АПФ или сартаны (с целью замедления прогрессирования ХСН), два антиагреганта (Аспирин 75-100 мг/сут + Клопидогрель 75 мг/сут) на 1 год (через год продолжить приѐм Аспирина 75-100 мг/сут), бета-адреноблокаторы под контролем ЧСС (целевой уровень ЧСС – 60 ударов в минуту в покое и 110 ударов в минуту при физической нагрузке), так как эти группы препаратов снижают риск развития повторного инфаркта, замедляют прогрессирование ХСН, снижают риск внезапной смерти и улучшают долгосрочный прогноз.

Для уменьшения частоты приступов стенокардии и улучшения переносимости физических нагрузок необходимо назначить к бета-блокатору 1-2 препарата из группы антиангинальных лекарственных средств таких, как антагонисты кальция, пролонгированные нитраты, Триметазидин, Ранолазин.

Для купирования приступов стенокардии необходимо назначить Нитроглицерин в таблетках или спрее.

4. Учитывая наличие стенокардии 3 ФК, при отсутствии эффекта от антиангинальных препаратов, при согласии пациента на хирургическое вмешательство показаны консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга и коронароангиография.

5. Больной временно нетрудоспособен. Ориентировочный срок временной нетрудоспособности – до 4 месяцев (необходимо продление листка нетрудоспособности врачебной комиссией с периодичностью 15 дней). После окончания срока временной нетрудоспособности необходимо направить пациента на МСЭ. Работа водителя автобуса связана со значительным эмоциональным напряжением и большим риском для жизни других людей при внезапном еѐ прекращении и поэтому противопоказана для данного пациента с постинфарктным кардиосклерозом. Пациент может выполнить работу с умеренным эмоциональным или незначительным физическим напряжением. Пациент ограниченно трудоспособен (ограничение трудоспособности 1 степени, ограничение способности к передвижению 1 степени), необходимо направить на МСЭ (2 группа инвалидности).

Санаторно-курортное лечение противопоказано, так как постинфарктный кардиосклероз в сочетании со стенокардией 3 ФК является противопоказанием к санаторно-курортному лечению.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 330 [K005309]**

1. ИБС. Стенокардия напряжения стабильная 2 ФК. ХСН 1 стадия, 1 ФК. Гиперлипидемия IIа тип (тяжѐлая).

2. Диагноз «ИБС. Стенокардия напряжения стабильная 2 ФК» установлен на основании жалоб больного (сжимающие боли за грудиной, возникающие при ходьбе более 500 метров, на вторые этажи, исчезающие после приѐма Нитроглицерина), данных анамнеза (болен около года), данных ХМ-ЭКГ (появление ишемических изменений на ЭКГ при умеренной физической нагрузке). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

295

Гиперлипидемия IIa тип (тяжѐлая) определена на основании липидного спектра (повышен ХС ЛПНП более 3,9 ммоль/л при нормальном уровне ТГ).

ХСН I стадия установлена на основании диастолической дисфункции миокарда левого желудочка по гипертрофическому типу (трансмитральный диастоличекий поток с преобладанием предсердной систолы: Е/А=0,7) и дилатации левого предсердия.

ХСН I ФК установлен по шкале оценки клинического состояния (ШОКС по Марееву) (1 балл, то есть менее 3,5 баллов).

3. Необходимо назначить антиагреганы (Аспирин 75 – 100 мг/сутки), статины (Аторвастатин 20-40 мг или Розувастатин 10-20 мг в сутки), иАПФ (Периндоприл 8 мг/сутки), так как они снижают риск развития инфаркта и улучшают долгосрочный прогноз. Данный пациент относится к группе очень высокого ССР, поэтому целевой уровень ХС ЛПНП на фоне приѐма статинов должен быть менее 1,8 ммоль/л или снизить на 50 % от исходного. Если целевой уровень не достигнут, дозу статинов можно увеличить (Аторвастатин – до 80 мг/сутки, Розувастатин – до 40 мг/сутки). При плохой переносимости больших доз статинов или недостаточном эффекте статины можно комбинировать с ингибитором всасывания холестерина в кишечнике – Эзетимибом.

Для уменьшения частоты приступов стенокардии и улучшения переносимости физических нагрузок необходимо назначить 1-2 препарата из группы антиангинальных лекарственных средств таких, как бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция, пролонгированные нитраты, Триметазидин, Предуктал, Ранолазин.

Для купирования приступов стенокардии необходимо назначить Нитроглицерин в таблетках или спрее.

4. Опасно применять бета-адреноблокаторы в комбинации с Верапамилом или Дилтиаземом, так как суммируется их кардиодепрессорное действие. Обе группы препаратов угнетают функцию синусового узла и атриовентрикулярное проведение, сократительную функцию миокарда желудочков, поэтому при их комбинации увеличивается риск остановки сердца, развития тяжѐлых атриовентрикулярных блокад.

5. Триметазидин и Ранолазин не оказывают существенного влияния на показатели гемодинамики (ЧСС и уровень АД), поэтому их можно комбинировать с бета-адреноблокаторами, антагонистами кальция и нитратами.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 331 [K005310]**

1. Гипертоническая болезнь II стадии. Степень артериальной гипертензии 3. Риск ССО 4 (очень высокий). Гипертрофия миокарда левого желудочка. Гиперлипидемия II б тип (тяжѐлая). Избыточное питание. Хроническая болезнь почек 3А cтадия (С 3А, А 2).

2. Диагноз «гипертоническая болезнь (ГБ)» установлен на основании жалоб больного (головная боль, повышение АД), данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 6-8 лет). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

296

Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (сердца и почек), установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приѐма.

Гипертрофия миокарда левого желудочка установлена по ЭКГ (индекс Соколова Лайона = 45 мм).

Гиперлипидемия II б тип (тяжелая) установлен по данным липидного спектра (по формуле Фридвальда ХС ЛПНП = до 4,3 ммоль/л).

Избыточное питание установлено по индекс массы тела 28,6 кг/м2 (более 29,9 и менее 30 кг/м2).

Хроническая болезнь почек (ХБП) определен по наличию признаков поражения почек (СКФ 56 мл/мин и альбуминурия) на протяжении трѐх и более месяцев (анамнестические данные) и снижение СКФ.

Риск ССО 4 (очень высокий) установлен на основании наличия поражения органов мишеней, гиперхолестеринемии и 3 степени АГ. По таблице SCORE – 13 % (очень высокий риск).

3. Пациенту рекомендовано:

проведение суточного мониторирования АД, для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД;

проведение ЭХОКГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции;

консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической ретинопатии;

УЗИ почек для исключения почечной патологии;

учитывая сочетание избыточного питания, АГ и гиперлипидемии необходимо УЗИ брахиоцефальных артерий для исключения атеросклероза.

4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II в сочетании с антагонистами кальция. Выбор препарата из этих групп основан на их кардио- и нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов уменьшают выраженность гипертрофии левого желудочка и являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ХБПI-III стадии. Выбор двух препаратов обусловлен очень высоким риском ССО и 3 степенью АГ.

При недостаточном эффекте добавить третий препарат – тиазидный или тиазидоподобный диуретик (Индапамид или Гипотиазид, или Хлорталидон) в небольшой дозе. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

297

5. Показаны статины (Аторвастатин 40 мг или Розувастатин 20 мг), так как у пациента гиперлипидемия и очень высокий ССР необходимо снизить ХС ЛПНП (целевой уровень менее 1,8 ммоль/л или на 50 % от исходного). При достижении целевых уровней АД (менее 140/90 мм рт ст), ССР снизится до высокого или целевого уровня, ХС ЛПНП будет менее 2,5 ммоль/л.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 332 [K005312]**

1. Артериальная гипертония II стадии, II степени, риск ССО 4. Ожирение 1 степени. Гиперлипидемия (метаболический синдром). Хроническая болезнь почек II стадии, альбуминурия 2А стадия.

2. Диагноз «артериальная гипертония (АГ)» установлен на основании жалоб больного на повышение АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 6 лет).

Установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приѐма.

Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (почек).

Степень риска ССО поставлена на основании наличия метаболического синдрома, ХБП.

Диагноз «хроническая болезнь почек (ХБП)» определѐн по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) на протяжении 3 и более месяцев (анамнестические данные) и снижении СКФ.

Диагноз «метаболический синдром» установлен на основании наличия ожирения, АГ, дислипидемии (повышения уровня ТГ и снижения уровня ЛПВП), гипергликемии натощак.

3. Пациенту рекомендованы: проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД, проведение ЭКГ, проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции, консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии, УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек.

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 ХБП I-III стадии. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает Рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II – Лозартан. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

298

5. Оставить антигипертензивную терапию без изменений, продолжить динамическое наблюдение. Необходимо уточнить рацион питания пациента и его физическую активность перед проведением анализа на креатинин. В настоящее время нельзя говорить о том, что снижение СКФ является негативным результатом, оно может быть связано в частности с тем, что клубочки почек стали работать без гиперфункции и данное значение СКФ является истинным для данного пациента. Контроль функции почек через 6 месяцев. Терапия остается без изменений при сохранении СКФ на тех же значениях, сохранении целевых цифр АД через 6 месяцев.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 333 [K005313]**

1. Гипертонический криз неосложнѐнный (гиперкинетический). Артериальная гипертония II стадии, III степени, риск ССО 4. Избыточная масса тела. Гипертрофия миокарда левого желудочка.

2. Диагноз «гипертонический криз (ГК)» поставлен на основании анамнеза АГ, внезапного повышения АД до индивидуально высоких цифр, сопровождавшегося характерными жалобами.

Диагноз «АГ» установлен на основании жалоб больного на повышение АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 2 лет).

Установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время осмотра.

Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (сердца).

Степень риска ССО поставлена на основании наличия трех факторов риска (ФР), поражения органов-мишеней.

Гиперторофия миокарда левого желудочка установлена по изменению границ относительной тупости сердца, индексу Соколова-Лайона и индексу массы миокарда левого желудочка.

3. Пациенту рекомендованы: ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови (глюкоза натощак, креатинин, ОХС, ХС ЛВП, ТГ), определение клиренса креатинина по формуле Кокрофта-Голта, определение МАУ, проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД, консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии, УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек.

4. С учѐтом неосложнѐнного ГК пациенту необходима пероральная гипотензивная терапия с постепенным снижением АД на 20-25% в течение 2-6 часов и последующим подбором плановой гипотензивной терапии. Учитывая гиперкинетический тип ГК и пожилой возраст пациента, рекомендован Нифедипин в дозе 10-20 мг под язык. Если через 5-30 минут не наблюдается постепенного снижения САД и ДАД (на 20-25%) и улучшение самочувствия, то приѐм препарата надо повторить через 30 минут. Возможно назначение Пропранолола в дозе 10-20 мг сублингвально. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

299

5. Пациенту рекомендовано изменение образа жизни и медикаментозная терапия. Целевой уровень АД – ниже 140/90 мм рт.ст. Учитывая 2 стадию ГБ и 3 степень, наличие ГМЛЖ, группами выбора будут БРАII, ИАПФ, длительно действующие АК и Индапамид. Лечение нужно начать с комбинации из двух препаратов: ингибиторы АПФ и тиазидный диуретик (предпочтительно Индапамид), например, Периндоприл по 5 мг 1 раз в сутки и Индапамид по 2,5 мг 1 раз в сутки.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 334 [K005314]**

1. Первичный остеоартроз коленных суставов, рентгенологическая стадия II-III, осложнѐнный синовитом правого коленного сустава, функциональная недостаточность 2-3. Гипертоническая болезнь 2 степени, достигнутая степень 1, риск 3 (высокий). Ожирение 1 степени. Гиперлипидемия.

2. Диагноз ОА поставлен на основании анамнеза, характерных ФР (женский пол, ожирение, работа, связанная с частой ходьбой по лестницам), характерных жалоб, данных объективного осмотра, данных лабораторного и рентгенологического исследования.

Диагноз АГ установлен на основании данных анамнеза; установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время осмотра. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (сердца). Степень риска ССО поставлена на основании наличия трех факторов риска (ФР), поражения органов-мишеней.

Гиперторофия миокарда левого желудочка установлена по изменению границ относительной тупости сердца.

3. Липидный профиль, эхокардиография, консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии, УЗИ почек для оценки поражения органа-мишени почек, осмотр врачом-ревматологом.

4. Немедикаментозное лечение: ограничить хождение по лестницам, коррекция массы тела. Медикаментозное: неселективный НПВП, ингибитор ЦОГ-1 и ЦОГ-2, так как у больной ГБ, например, Напроксен по 250 мг 2 раза в день, для защиты слизистой ЖКТ – блокатор протонной помпы – Рабепразол по 1 капсуле (20 мг) 1 раз в день за 20 минут до еды, медленно действующие болезнь-модифицирующие препараты, например Хондроитинсульфат по 1к (500 мг) 1 раз в день, 6 месяцев, компрессы с Димексидом (1 столовая ложка Димексида + 1 столовая ложка воды комнатной температуры) на 40 минут перед сном №14, консультация врача-физиотерапевта.

Для лечения ГБ увеличить дозу Эналаприла до 10 мг 2 раза в день, дозу Амлодипина оставить прежней, в связи с тем, что целевой уровень АД не достигнут. Аторвастатин 10 мг 1 раз в день, вечером.

5. Пациентке необходимо рекомендовать продолжить немедикаментозные методы коррекции: режим двигательной активности, коррекция веса, добавить ЛФК в положении лежа и сидя. Рекомендовать продолжить приѐм Хондроитина сульфата в течение 6 месяцев. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

300

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 335 [K005315]**

1. ИБС: Стабильная стенокардия напряжения. ФК II. Гиперлипидемия.

2. Диагноз поставлен на характерных жалобах, данных объективного осмотра, данных лабораторного исследования и холтеровского мониторирования ЭКГ.

3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, липидный профиль, ЭХОКГ, велэргометрия, консультация врача-кардиолога.

4. Лечение в амбулаторных условиях. Госпитализация не показана.

Длительность временной нетрудоспособности 10-15 дней.

Необходимо назначить следующие группы препаратов:

БАБ, например, Бисопролол 5 мг 1 раз в день;

ИАПФ, например, Периндоприл 2,5 мг 1 раз в день;

дезагрегант, например, ацетилсалициловую кислоту 75 мг 1 раз в день;

вечером статины, например, Аторвастатин 10 мг 1 раз вечером.

5. Сухой кашель является побочным эффектом ИАПФ. Надо рекомендовать заменить препарат из группы ИАПФ на препарат из группы БРА, например, Валсартан в дозе 40 мг 1 раз в день.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 336 [K005316]**

1. Повторный Q-инфаркт переднее-перегородочной и верхушечной области левого желудочка, острейшая стадия. Постинфарктный кардиосклероз. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. Н I.

2. Диагноз «инфаркт миокарда (ИМ)» поставлен на основании характерных жалоб, данных объективного осмотра, данных ЭКГ.

3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, липидный профиль, МВ-КФК, тропонины, АСАТ, АЛАТ, глюкоза, креатинин, микроальбуминурия, определение СКФ, ЭХО-КГ, коронарография.

4. Срочная госпитализация.

До приезда скорой помощи успокоить, уложить больного, мониторировать ЧСС и АД. Назначить Аспирин 325 мг разжевать, Пропранолол 20 мг внутрь, Нитроглицерин в/в капельно 5-20 мкг/мин, при необходимости увеличивая скорость введения до 200 мкг/мин под контролем АД и ЧСС (АД должно быть не менее 100 мм рт.ст., а ЧСС – не более 100 в минуту), кислород со скоростью потока 2-4 л/мин.

5. Политропная желудочковая экстрасистолия относится ко второй группе осложнений и является противопоказанием для санаторного этапа реабилитации больных ИМ. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

301

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 337 [K005317]**

1. Вероятный диагноз «внебольничная пневмония в нижней доле правого лѐгкого».

2. Диагноз «внебольничная пневмония» является вероятным, так как он не подтверждѐн рентгенологически пневмонической инфильтрацией лѐгочной ткани, но у пациентки есть 3 клинических признака: острое начало с повышением температуры выше 38 ˚С, кашель с мокротой, физикальные признаки пневмонии (притупление перкуторного звука, при аускультации на фоне ослабленного визикулярного дыхания - крепитация).

3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, общий анализ мокроты, рентгенограмма органов грудной клетки, у пациентов с дыхательной недостаточностью - пульсоксиметрия, исследование мокроты на микобактерии туберкулѐза.

4. Лечение в амбулаторных условиях врачом-терапевтом участковым. Повторные визиты назначаются на 3-4 сутки, 7-10 сутки, 14-16 сутки.

Эмпирическая антибактериальная терапия нетяжѐлой внебольничной пневмонии у пациентки в возрасте до 60 лет без сопутствующих заболеваний предполагает назначение Амоксициллина или макролидов внутрь, альтернативными препаратами являются респираторные фторхинолоны. Данных за «атипичную» этиологию пневмонии в данном случае нет, поэтому препаратом выбора является Амоксициллин внутрь по 500 мг 3 раза в сутки, 10 дней. Также надо назначить муколитик - Амброксол по 1 таблетке (30 мг 3 раза в день) 10 дней, Парацетамол по 1 таблетке (500 мг) при повышении температуры выше 38˚С.

5. Продолжить антибактериальную терапию. Следующий визит к больной через 7 суток. Длительность нетрудоспособности 16-21 день.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 338 [K005318]**

1. Вероятный диагноз «внебольничная пневмония в нижней доле левого лѐгкого. Гипертоническая болезнь 3 стадии, достигнутая артериальная гипертензия 1 степени, риск 4 (очень высокий). Гипертрофия миокарда левого желудочка. Сахарный диабет 2 типа. Ожирение 1 степени».

2. Диагноз «внебольничная пневмония» является вероятным, так как он не подтверждѐн рентгенологически пневмонической инфильтрацией лѐгочной ткани, но у пациентки есть 3 клинических признака: острое начало с повышением температуры до 37,3 ˚С, кашель с мокротой, физикальные признаки пневмонии (при аускультации на фоне ослабленного везикулярного дыхания - влажные звучные хрипы). 3 стадия ГБ поставлена на основании наличия сахарного диабета 2 типа, 1 степень - на основании АД 150/90 мм рт. ст. при осмотре, риск 4 (очень высокий) поставлен с учѐтом наличия СД, ФР (ожирение, гиподинамия) и поражения органов-мишеней (по данным ЭКГ - гипертрофия миокарда левого желудочка).

3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, общий анализ мокроты, рентгенограмма органов грудной клетки, у пациентов с дыхательной недостаточностью - пульсоксиметрия, исследование мокроты на микобактерии туберкулѐза. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

302

4. Лечение в амбулаторных условиях участковым врачом-терапевтом. Повторные визиты назначаются на 3-4 сутки, 7-10 сутки, 14-16 сутки.

Эмпирическая антибактериальная терапия нетяжѐлой внебольничной пневмонии у пациентки в возрасте старше 60 лет с сопутствующей патологией предполагает назначение Амоксициллина/Клавуланата (Амоксиклав, Аугментин) или цефалоспоринов 3 поколения в таблетированном виде. Альтернативными препаратами являются респираторные фторхинолоны. Пациентке назначен Амоксиклав по 625 мг 3 раза в день, муколитик - Амброксол по 1 таблетке (30 мг 3 раза в день) 10 дней. Пациентка продолжает приѐм Эналаприла, но препарат надо назначить по 5 мг 2 раза в день, Амлодипин 5 мг 1 раз в день, Манинил по 3,5 мг 1 раз в сутки.

5. Продолжить антибактериальную терапию до 7-10 суток. Следующий визит к больной через 7 суток.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 339 [K005319]**

1. Рак правой молочной железы Т4 N2 М1. Правосторонний гидроторакс. Хронический болевой синдром.

2. Т4, так как опухоль имеет прямое распространение на кожу молочной железы.

N2, так как есть метастазы в подмышечные лимфоузлы на стороне поражения.

М1, так как имеются отдалѐнные метастазы (у данной пациентки в правое лѐгкое).

Правосторонний гидроторакс, так как правая сторона грудной клетки отстаѐт при дыхании. Определяется притупление перкуторного звука справа, ниже угла лопатки. Дыхание справа, ниже угла лопатки значительно ослаблено.

3. Рекомендованы: общий анализ крови, общий анализ мочи, общий анализ мокроты, рентгенограмма органов грудной клетки, исследование мокроты на микобактерии туберкулѐза, ЭКГ, осмотр врачом-онкологом.

4. Вероятно, пациентке надо оставить терапию второй ступени, увеличив дозу Трамадола до высшей терапевтической - 400 мг в сутки. При отсутствии эффекта перейти к препарату третьей ступени - Морфин в суточной дозе 40-60 мг в виде таблеток-ретард в 2 приѐма. Хроническая боль средней и высокой интенсивности, не устраняемая неопиоидными анальгетиками.

5. Адьювантная терапия: Фуросемид 40 мг 1 раз в 2-3 дня. При ухудшении состояния показан торакоцентез. Возможно применение Эуфилина в таблетках, транквилизаторов - Диазепам 10 мг на ночь.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 340 [K005320]**

1. Хронический панкреатит, стадия обострения. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

303

2. Диагноз поставлен с учѐтом характерных жалоб больного, анамнеза, данных объективного осмотра. Для постановки диагноза «хронический панкреатит (ХП)» требуется проведение морфологического исследования поджелудочной железы и эндоскопической ретроградной холангиопакратографии, что не всегда доступно. У данного больного можно предположить диагноз «хронический кальцифицирующий панкреатит». Для данной формы характерно рецидивирующее течение с эпизодами обострения, на ранних этапах напоминающими острый панкреатит.

3. Обязательные методы исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, копрограмма, определение активности амилазы в сыворотке крови и моче, липазы в сыворотке крови, определение глюкозы. УЗИ поджелудочной железы.

Для уточнения варианта - проведения морфологического исследования поджелудочной железы и эндоскопической ретроградной холангиопакратографии.

4. Голод 3-5 дней, затем стол № 5, холод на эпигастральную область, анальгетики (Метамизол натрия 50% 2 мл), спазмолитики (Дюспаталин), антисекреторные препараты (ИПП - Омепразол, Рабепразол или Н2-блокаторы - Фамотидин, Ранитидин), препараты, устраняющие нарушение моторики ЖКТ (Домперидон по 10 мг 3 раза в день).

5. Больной временно нетрудоспособен до 20-26 дней (при наличии внешнесекреторной недостаточности), до 28-35 дней (при наличии и внешнесекреторной, и внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 341 [K005321]**

1. ИБС: стабильная стенокардия напряжения II ФК. Кардиосклероз постинфарктный (Q-инфаркт миокарда в 2012 году). Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. Дислипидемия. НК IIБ. ФК III.

2. Диагноз «ИБС» установлен на основании жалоб больного на боли в сердце сжимающего характера, данных анамнеза (Q-инфаркт миокарда 4 года назад). Пароксизмальная форма ФП установлена с учѐтом длительности пароксизма менее 7 суток. Стадия НК - с учѐтом характерных жалоб и недостаточности по двум кругам кровообращения, дислипидемия (повышения уровня ТГ и снижения уровня ЛПВП).

3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, МНО, коагулограмма, АСАТ, АЛАТ, общий белок, проведение ЭКГ, проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции.

4. Риск развития системный тромбоэмболий у пациента высокий, риск развития кровотечения низкий, следовательно, можно назначить Варфарин под контролем МНО (2,5 мг 1 раз вечером) или новый непрямой антикоагулянт (Дабигатран по 150 мг 2 раза в день или Ривароксабан 20 мг 1 раз в день).

5. Варфарин по 2,5 мг 1 раз в день вечером (целевой уровень МНО от 2 до 3), Соталол по 80 мг 2 раза в день, низкие дозы ИАПФ, например, Периндоприл по 2,5 мг 1 раз в день, Нитроглицерин при болях в сердце, статины, например, Аторвастатин по 20 мг 1 раз вечером, Триметазидин по 35 мг 2 раза в день 3 месяца. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

304

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 342 [K005323]**

1. Железодефицитная анемия, вероятно обусловленная хронической кровопотерей (меноррагия). Степень тяжести требует уточнения.

2. Диагноз «железодефицитная анемия» поставлен на основании основных клинических синдромов заболевания: анемического (слабость, головокружение, мелькание мушек перед глазами, снижение работоспособности, тахикардия, нежный систолический шум на верхушке) и сидеропенического (заеды в углах рта, выраженная атрофия сосочков языка, трещины).

3. Общий анализ крови, биохимия крови (определение концентрации сывороточного железа, ферритина, железосвязывающей способности сыворотки крови, процента насыщения трансферрина железом), дополнительно: ФГДС, колоноскопия, возможно - рентгенография желудка, осмотр врача-гинеколога.

4. Железодефицитная анемия, вероятно обусловленная хронической кровопотерей (меноррагия), лѐгкой степени тяжести.

5. Щадящий режим. Следует воздержаться от интенсивных физических нагрузок, психоэмоционального перенапряжения, гиперинсоляции. Рекомендованы регулярные прогулки на свежем воздухе.

Диета взрослого больного железодефицитной анемией должна включать ежедневный прием мясных блюд. Рекомендуется мясо кролика, курицы, индюшки, говядина, телятина, говяжий язык. В ежедневный рацион включают продукты, богатые железом: гречневая и овсяная крупа, бобовые культуры, яйца, зелень, яблоки, персики, абрикосы, чернослив, изюм, фруктовые соки, морсы, какао и шоколад, мед, гематоген.

Медикаментозное лечение: осуществляется препаратами железа перорально в 3 этапа. Для купирования анемии применяют препараты железа, например, Мальтофер по 1 жевательной таблетке (100 мг) 2 раза в день в течение 1 месяца. На 2 этапе (терапия насыщения) используют 1 т. / сутки – 2 месяца. Поддерживающая терапия проводится по 1 таблетке в сутки на протяжении 7-10 дней во время каждой последующей менструации.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 343 [K005324]**

1. Желчнокаменная болезнь с приступами желчных колик, осложнѐнная острым холециститом.

2. Диагноз «ЖКБ» установлен на основании характерных жалоб, данных объективного осмотра и данных УЗИ. Диагноз «осложнение ЖКБ (острый холецистит)» установлен с учѐтом повышения температуры тела, тахикардии при осмотре, сухости языка при осмотре, положительных симптомов Керра и Мѐрфи.

3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимия крови (АСАТ, АЛАТ, ЩФ, ГГТП, билирубин), УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, ЭКГ.

УЗИ-признаки острого холецистита: утолщение стенки желчного пузыря более 4 мм, выявление «двойного контура» стенки желчного пузыря. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

305

4. Пациентке показана госпитализация в хирургический стационар, так как в анамнезе - рецидивирующие желчные колики, а при настоящем обострении у пациентки развилось осложнение в виде острого холецистита.

5. Диетотерапия: 4-6-разовое питание с исключением продуктов, которые усиливают отделение желчи, секрецию желудка и поджелудочной железы. Исключаются копчѐности, тугоплавкие жиры и раздражающие приправы. Диета должна включать большое количество клетчатки с добавлением отрубей, что не только нормализует перистальтику кишечника, но и уменьшает литогенность желчи.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 344 [K005328]**

1. Первичный альдостеронизм (синдром Конна). Вторичная артериальная гипертензия 3 степени. Гипертрофия миокарда левого желудочка.

2. Диагноз «первичный альдостеронизм» поставлен с учѐтом характерных жалоб, анамнеза (повышение АД, мышечная слабость, судороги), данных объективного осмотра, результатов лабораторного исследования (низкий уровень калия в крови).

Диагноз «АГ 3 степени» поставлен с учѐтом повышения АД выше 180/110 мм рт. ст.

3. Пациенту рекомендовано: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, ЭхоКГ. Дополнительное обследование должно включать проведение рентгенографии органов грудной клетки, УЗИ почек и надпочечников, УЗИ щитовидной железы, КТ головного мозга, МРТ или КТ надпочечников, исследование крови на содержание катехоламинов, 17-ОКС и 17-КС, оценку содержания альдостерона в крови, оценку активности ренина плазмы в вертикальном положении, пробу с Альдактоном (Верошпироном), основанную на способности Альдактона блокировать действие альдостерона на канальцы почек (после приѐма внутрь Альдактона по 100 мг 4 раза в день в течение 3 дней, повышение уровня калия в крови утром 4 дня более чем на 1 ммоль/л указывает на гиперальдостеронизм).

4. При двусторонней гиперплазии надпочечников назначают калийсберегающие диуретики (Триамтерен 100-300 мг в сутки) с Нифедипином 10-20 мг 3 раза в день или без него (в зависимости от уровня АД после назначения диуретиков); при аденоме надпочечников показан предоперационный курс Спиронолактона 100-400 мг в сутки с последующей хирургической резекцией.

5. Срок временной нетрудоспособности при первичном гиперальдостеронизме составляет 40-45 дней с последующим направлением пациентки на МСЭ не позднее 4 месяцев с момента начала нетрудоспособности при неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 345 [K005329]**

1. Артериальная гипертония II стадии, II степени, риск ССО 4. Ожирение 1 степени. Гиперлипидемия (метаболический синдром). Хроническая болезнь почек I стадии, альбуминурия 2 стадия. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

306

2. Диагноз «артериальная гипертония (АГ)» установлен на основании жалоб больного на повышение АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 5 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приѐма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (почек). Степень риска ССО поставлена на основании наличия метаболического синдрома, ХБП.

Диагноз «хроническая болезнь почек (ХБП)» определѐн по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) на протяжении 3 и более месяцев (анамнестические данные) и снижении СКФ.

Диагноз «метаболический синдром» установлен на основании наличия ожирения, АГ, дислипидемии (повышения уровня ТГ и снижения уровня ЛПВП), гипергликемии натощак.

3. Пациенту рекомендовано: проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗИ почек для оценки поражения органа-мишени почек.

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

5. Оставить антигипертензивную терапию без изменений, продолжить динамическое наблюдение. Необходимо уточнить рацион питания пациента и его физическую активность перед проведением анализа на креатинин. В настоящее время нельзя говорить о том, что снижение СКФ является негативным результатом, оно может быть связано в частности с тем, что клубочки почек стали работать без гиперфункции, и данное значение СКФ является истинным для данного пациента. Контроль функции почек через 6 месяцев. Терапия остается без изменений при сохранении СКФ на тех же значениях, сохранении целевых цифр АД через 6 месяцев.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 346 [K005331]**

1. ИБС: стабильная стенокардия напряжения III ф. кл. Постоянная форма фибрилляции предсердий. Н IIБ. ФК III.

2. Диагноз «ИБС» установлен на основании жалоб больного на боли в сердце сжимающего характера при активности менее обычной. Постоянная форма ФП установлена с учѐтом длительности более 3 лет. Стадия НК с учѐтом характерных жалоб и недостаточности по двум кругам кровообращения. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

307

3. Пациенту рекомендовано: общий анализ крови, общий анализ мочи, МНО, коагулограмма, АСАТ, АЛАТ, Креатинин, Глюкоза, общий белок, проведение ЭКГ; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции.

4. Риск развития системный тромбоэмболий у пациентки высокий, риск развития кровотечения низкий, следовательно, можно назначить Варварин под контролем МНО (начать с 2,5 мг 1 раз вечером) или новый непрямой антикоагулянт (Дабигатран по 150 мг 2 раза в день или Ривароксабан 20 мг 1 раз в день). Пациентка ведет неактивный образ жизни, поэтому для контроля за ЧСС ей надо порекомендовать Дигоксин.

5. Варфарин по 2,5 мг 1 раз в день, вечером (целевой уровень МНО от 2 до 3), Дигоксин по 1 таблетке в день, низкие дозы ИАПФ, например, Периндоприл по 2,5 мг 1 раз в день, Нитроглицерин при болях в сердце, статины, например, Аторвастатин по 20 мг 1 раз вечером, Верошпирон по 25 мг 2 раза в день, Фуросемид 1 таблетке (40 мг) утром натощак 2 раза в неделю (одну неделю), возможно, Метопролол по 12,5 мг 2 раза в день.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 347 [K005332]**

1. Кортизол крови, слюны, суточной мочи.

2. Туберкулѐз надпочечников, кровоизлияние в надпочечники, аутоиммунное поражение надпочечников, метастатическое поражение надпочечников.

3. При первичной надпочечниковой недостаточности по механизму отрицательной обратной связи происходит повышенная продукция АКТГ и его предшественника проопиомеланокортина. В результате протеолиза последнего помимо АКТГ образуется ещѐ и меланоцитстимулирующий гормон, который обуславливает гиперпигментацию кожи и слизистых.

4. Гидрокортизон + Флудрокортизон, титрация дозы по уровню АД и самочувствию пациентки.

5. Увеличение дозы гидрокортизона при воспалительных заболеваниях, при оперативных вмешательствах, эмоциональных и физических стрессах.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 348 [K005333]**

1. Тиреотоксикоз.

2. Тиреоидные гормоны увеличивают чувствительность миокарда к гормонам мозгового слоя надпочечников.

3. ТТГ, свободный Т4, Т3.

4. УЗИ щитовидной железы, при наличии узлового образования - сцинтиграфия щитовидной железы, при наличии узлового образования более 1 см в диаметре - пункция щитовидной железы. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

308

5. Тиреостатики в качестве предоперационной подготовки, бета-1-адреноблокаторы с пульсурежающей целью до достижения эутиреоза, антикоагулянты на весь период до восстановления синусового ритма, антигипертензивная терапия при недостаточном эффекте бета-1-адреноблокаторов, по достижении эутиреоза - оперативное лечение (предельно субтотальная резекция щитовидной железы).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 349 [K005338]**

1. Диагноз «грипп, средней степени тяжести».

2. Учитывая то, что специфических изменений в лабораторных показателях при гриппе, как правило, не наблюдается, общеклиническое обследование не назначается. Вирусологическое обследование по распоряжению Роспотребнадзора.

3. Программа лечения:

режим домашний с ограничением физической нагрузки. Обильное тѐплое питьѐ. Влажные обтирания с гигиенической целью. После нормализации температуры гигиенический душ. Питание легкоусвояемыми продуктами. Исключить алкоголь, курение, горячее, холодное, острое, газированные напитки;

медикаментозная терапия. По рекомендации экспертов ВОЗ как можно раньше, без лабораторного подтверждения этиологии заболевания, показана противовирусная терапия, что позволит сократить сроки заболевания, предотвратить развитие осложнений;

препараты выбора - ингибиторы нейраминидазы озельтамивир - Тамифлю (75 мг 1 раз в сутки) или занамивир (Реленза по 2 ингаляции 1 блистер по 5 мг на ингаляцию в общей дозе 10 мг дважды в день), имидазолилэтанамид пентадионовой кислоты (Ингавирин 90 мг в сутки). Препараты адамантанового ряда (Ремантадин) не показаны из-за нечувствительности к ним основных штаммов вируса гриппа.

При температуре тела более 38,5°С – Парацетамол 0,5 г (до 2 г в сутки). При появлении симптомов ринита – топические деконгестанты не более 5 дней (Ксилометезолин, Оксиметазолин, Нафазолин).

4. Больной нетрудоспособен, так как является источником вирусной инфекции и по состоянию здоровья не может выполнять профессиональные обязанности. Выдаѐтся листок нетрудоспособности на 5 дней с последующими осмотрами и решением вопроса о восстановлении трудоспособности.

5. Пациенты, перенѐсшие грипп, при отсутствии осложнений диспансерному наблюдению не подлежат.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 350 [K005403]**

1. Хроническая обструктивная болезнь лѐгких (смешанный фенотип) средней тяжести в фазе ремиссии. ДН 1 степени. Умеренные нарушения вентиляционной функции лѐгких, преимущественно по обструктивному типу.

Недостаточная (дефицит) масса тела. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

309

2. Диагноз «хроническая обструктивная болезнь лѐгких (ХОБЛ)» установлен на основании жалоб больного (кашель со слизистой мокротой, одышка), данных анамнеза (курит в течение 23 лет), данных осмотра (бочкообразная грудная клетка, коробочный перкуторный звук, наличие сухих хрипов).

Смешанный фенотип установлен на основании одинаковой выраженности признаков эмфиземы лѐгких и бронхита.

Средняя степень установлена на основании снижения ОФВ1 по данным спирографии <80%, но >50% (57%).

Фаза ремиссии установлена на основании слизистого характера мокроты, отсутствия ухудшения в течение нескольких месяцев.

Дыхательная недостаточность 1 степени установлена на основании жалоб на одышку при умеренной физической нагрузке и уровне сатурации кислорода – 92%.

Недостаточная масса тела установлена на основании индекса массы тела менее 18,5 кг/м2 (18 кг/м2).

3. Антибактериальные препараты не показаны, так как у пациента состояние ремиссии заболевания.

Рекомендуются ингаляционные бронхолитические препараты длительного действия для уменьшения бронхообструкции и профилактики рецидивов (Тиотропия бромид, Гликопиррония бромид, Формотерол, Салметерол, Индакатерол, Олодатерол) или Теофиллин.

Для быстрого снятия симптомов используются бронходилататоры ингаляционные короткого действия: Сальбутамол, Фенотерол или комбинированный препарат Беродуал (Фенотерол + Ипратропия бромид).

4. Больной подлежит диспансерному наблюдению у врача-терапевта участкового (по III группе диспансерного наблюдения) с кратностью осмотров врачом-терапевтом участковым и врачом-пульмонологом 2 раза в год. Осмотр врачом-оториноларингологом, врачом-стоматологом – 1 раз в год с целью санации очагов инфекции. Клинический анализ крови, анализ мокроты с исследованием на микобактерии туберкулѐза и бактерии, спирография, флюорография, тест с 6-минутной ходьбой, ЭКГ – 1 раз в год.

Индивидуальная программа реабилитации включает:

противорецидивное лечение (бронхолитические препараты длительного действия, а для быстрого снятия симптомов - короткого действия);

отказ от курения;

вакцинацию с целю профилактики пневмонии и гриппа; Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

310

физическую реабилитацию: дыхательная гимнастика с инспираторной нагрузкой по 20 минут 2-3 раза в день (выдох с сопротивлением, выдох через сомкнутые губы), физические тренировки с мощностью более 60% от максимальной продолжительности 20-30 минут в день (тренировка мышц рук – упражнения с гантелями, тренировка мышц ног – ходьба, приседание).

Учитывая дефицит массы тела необходима нутритивная поддержка: включать в рацион питания продукты с высоким содержанием белка (содержание животного белка 60% – молочные продукты, яйца, рыба, мясо), жиров (молочные продукты, жирная рыба, растительное масло), минералов и витаминов (свежие фрукты и овощи), пищевые добавки (Нутридринк по 200 мл 2 раза в день между приѐмом пищи).

Обучение пациента с целью приверженности к лечению.

Психологическая поддержка.

Санаторно-курортное лечение в санаторно-курортных организациях в климатической зоне проживания пациента: курорты климатические, бальнеологические с углекислыми и хлоридно-натриевыми водами, грязевые.

5. Учитывая среднюю тяжесть ХОБЛ в фазе ремиссии и профессию пациента (инженер), больной трудоспособен, так как профессия не противопоказана.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 351 [K005404]**

1. Ожирение абдоминальное 1 степени. Гиперхолестеринемия тяжѐлая.

2. Ожирение абдоминальное 1 степени поставлено на основании осмотра и данных антропометрии (увеличение живота, индекс массы тела более нормы (до 24,9 кг/м2), более чем избыточное питание (25-29,9 кг/м2), окружность талии – более 102 см). Гиперхолестеринемия тяжѐлая выставлена на основании данных лабораторных исследований (ОХС более 5,9 ммоль/л – выраженное повышение).

3. Пациент нуждается в направлении на 2 этап диспансеризации. Учитывая наличие тяжѐлой гипрхолестеринемии, необходимо назначить исследование крови на липидный спектр: определить холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицериды (ТГ) и холестерин липопротеинов низкой плотности ХС ЛПНП). Провести краткое профилактическое консультирование.

4. Краткое профилактическое консультирование включает рекомендации по изменению образа жизни (отказаться от курения, снизить потребление легкоусвояемых углеводов и жиров, увеличить потребление фруктов и овощей до 400 г в сутки, увеличить физическую активность – ходьба на работу в обычном или ускоренном темпе не менее 30 минут в день). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

311

5. ОХС повышен (норма – до 5 ммоль/л), ХС ЛПВП нормальный (для мужчин нижняя граница нормы – 1 ммоль/л), ТГ умеренно повышен (норма – менее 1,7 ммоль/л, умеренное повышение – 2,2-4,5 ммоль/л), ХС ЛПНП умеренно повышен (норма – менее 3 ммоль/л, умеренное повышение – 3-3,9 ммоль/л). Ожирение 1 степени абдоминальное. Гиперлипидемия IIб тип, умеренная.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 352 [K005406]**

1. Ожирение абдоминальное 1 степени. Гиперлипидемия IIа типа умеренная.

2. Ожирение абдоминальное 1 степени поставлено на основании осмотра и данных антропометрии (увеличение живота, индекса массы тела более нормы (до 24,9 кг/м2) и более чем избыточное питание (25-29,9 кг/м2)), окружности талии – более 102 см.

Гиперлипидемия IIа типа умеренная выставлена на основании данных лабораторных исследований: ОХС повышен (норма – до 5 ммоль/л); ХС ЛПВП нормальный (для мужчин нижняя граница нормы – 1 ммоль/л), ТГ умеренно повышены (норма – менее 1,7 ммоль/л, умеренное повышение – 2,2-4,5 ммоль/л), ХС ЛПНП умеренно повышен (норма – менее 3 ммоль/л, умеренное повышение – 3-3,9 ммоль/л).

3. Абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск высокий. Высокий риск по шкале SCORE считается при уровне 5-9%.

4. Пациент отнесѐн ко 2 группе состояния здоровья, так как не выявлены хронические неинфекционные или иные заболевания, при которых необходимо диспансерное наблюдение у врача-терапевта или врача-специалиста, но выявлены факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний (курение, ожирение, малоподвижный образ жизни, нерациональное питание) при высоком абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске.

5. Необходимо провести краткое профилактическое консультирование по изменению образа жизни, которое включает рекомендации по изменению образа жизни (отказаться от курения, снизить потребление легко усвояемых углеводов и жиров, увеличить потребление фруктов и овощей до 400 г в сутки, увеличить физическую активность - ходьба на работу в обычном или ускоренном темпе не менее 30 минут в день).

Направить пациента в кабинет медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углублѐнного индивидуального или группового консультирования.

Пациент подлежит диспансерному наблюдению в кабинете медицинской профилактики или центре здоровья по I группе диспансерного наблюдения с целью контроля устранения имеющихся факторов риска. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

312

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 353 [K005409]**

1. Диспансеризацию прошли 391 пациент (2 пациентов, которые не заполнили анкету и 2 других, которые не явились на осмотр врачом-терапевтом участковым, не включают в число, прошедших диспансеризацию, так как заполнение анкеты и осмотр врачом-терапевтом участковым являются обязательными для каждого пациента).

2. Показатель «Охват диспансеризацией» на терапевтическом участке рассчитывается как отношение количества пациентов, прошедших в данном календарном году диспансеризацию, к количеству взрослого населения, проживающего на этом участке. Диспансеризацию прошли 391 пациент. Охват диспансеризацией на данном участке составил 23%, что свидетельствует о достаточном охвате (плановое значение – не менее 23%).

3. Диспансеризацию следует считать завершѐнной, так как объѐм выполненных исследований в рамках 1 этапа составил 86% (плановое значение – не менее 85%), в рамках 2 – 100% (плановое значение 100%).

4. Пациенты с высоким или очень высоким сердечно-сосудистом риском должны быть направлены в кабинет медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углублѐнного индивидуального или группового профилактического консультирования. По итогам диспансеризации охват пациентов углублѐнным профилактическим консультированием составил 62%, то есть охват достаточный (плановое значение – не менее 60%).

5. Все пациенты с впервые выявленными заболеваниями, включѐнными в список заболеваний, при которых устанавливается диспансерное наблюдение, должны быть взяты под диспансерное наблюдение. Показатель «Охват пациентов с впервые выявленными заболеваниями диспансерным наблюдением» рассчитывается как отношение числа пациентов, взятых под диспансерное наблюдение, к числу пациентов, нуждающихся в диспансерном наблюдении (в процентах). В данном случае все пациенты с впервые выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями взяты под диспансерное наблюдение, то есть показатель «Охват пациентов с впервые выявленными заболеваниями диспансерным наблюдением» составил 100%. Это хороший показатель, так как целевой уровень этого показателя должен быть близок к 100%.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 354 [K005412]**

1. Гипертоническая болезнь I стадия, АГ умеренная. Сердечно-сосудистый риск 1 (низкий). Беременность 16 недель.

2. Диагноз «гипертоническая болезнь (ГБ)» установлен на основании жалоб больного (головная боль, повышение АД), данных анамнеза (пациента отмечает периодическое повышение АД до беременности в течение последних 2 лет).

Стадия АГ установлена на основании отсутствия поражения органов-мишеней, умеренная АГ основана на цифрах АД, измеренных во время приѐма (для беременных 140-159/90-109 – умеренная АГ, более или равно 160/110 мм рт.ст. – тяжѐлая). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

313

ССР 1 (низкий) установлен на основании отсутствия факторов риска, поражения органов-мишеней и 1 степени АГ.

3. Риск для матери низкий, так как I стадия ГБ (без поражения органов-мишеней), риск для плода высокий (при ГБ увеличивается риск гипотрофий, невынашивания плода за счѐт ухудшения плацентарного кровотока, обусловленного спазмом сосудов плаценты). Пролонгирование беременности и роды через естественные половые пути не противопоказаны.

4. Антигипертензивные препараты показаны, так как уровень САД более 150 мм рт.ст. (показанием к антигипертензивным препаратам при ГБ 1 стадии у беременных является уровень АД более 150/95 мм рт.ст.).

Препаратами выбора являются Метилдопа, Нифедипин ретард, Метопролол сукцинат или Бисопролол. Учитывая срок беременности 16 недель, следует назначить Нифедипин ретард с низких доз под контролем АД и СМАД. В период 16-20 недель Метилдопа противопоказан (негативное влияние на дофаминовые рецепторы плода).

5. В период беременности противопоказаны следующие антигипертензивные препараты: ингибиторы АПФ, блокаторы ангиотензиновых рецепторов (сартаны), Атенолол, так как вызывают тератогенный эффект. Нельзя назначать новые препараты (потому что мало изучено влияние на плод): Физиотенз, Алискирен.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 355 [K005413]**

1. ИБС. Стенокардия напряжения стабильная 4 ФК. Гипертоническая болезнь 3 стадия, степень артериальной гипертензии 2, риск ССО 4. Гипертрофия миокарда левого желудочка. ХСН 1 стадия, 1 ФК.

2. Диагноз «ИБС. Стенокардия напряжения стабильная 4 ФК» установлен на основании жалоб больного (сжимающие боли за грудиной, возникающие при ходьбе через 100-200 м, часто в покое, исчезающие после приѐма Нитроглицерина), данных анамнеза (последние несколько месяцев без ухудшения), положительной ВЭМ-пробы с низкой толерантностью к физической нагрузке.

ГБ 3 стадия, АГ 2 степени – на основании наличия ассоциированного заболевания (ИБС) и уровня офисного АД 175/100 мм рт.ст.

Гипертрофия миокарда левого желудочка – на основании ЭКГ (индекс Соколова-Лайона – более 35 мм), Эхо-КГ (утолщение стенок левого желудочка более 1,1 см).

Риск ССО 4 – на основании наличия множественных факторов риска и ИБС.

ХСН I стадия установлена на основании диастолической дисфункции миокарда левого желудочка по гипертрофическому типу (трансмитральный диастолический поток с преобладанием предсердной систолы: Е/А=0,8) и дилатации левого предсердия. ХСН I ФК установлен по шкале оценки клинического состояния (ШОКС по Марееву). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

314

3. Необходимо назначить статины (Аторвастатин 20-40 мг или Розувастатин 10-20 мг в сутки) (целевой уровень ХС ЛПНП – менее 1,8 ммоль/л), ингибиторы АПФ или сартаны (целевой уровень уровня АД – менее 140/90 мм рт.ст.) и антиагреганты (Аспирин 75-100 мг/сут) после достижения целевого уровня АД, так как эти группы препаратов снижают риск развития инфаркта, ХСН и улучшают долгосрочный прогноз.

Для уменьшения частоты приступов стенокардии и улучшения переносимости физических нагрузок необходимо назначить 2 препарата из группы антиангинальных лекарственных средств, таких как бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция, пролонгированные нитраты, Триметазидин, Ранолазин.

Для купирования приступов стенокардии необходимо назначить Нитроглицерин (в таблетках или спрей).

4. Учитывая наличие тяжѐлой стенокардии, при отсутствии эффекта от антиангинальных препаратов, при согласии пациента на хирургическое вмешательство показаны консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга и коронароангиография.

5. Больной нетрудоспособен в обычных производственных условиях (ограничение трудоспособности 2 степени, ограничение способности к передвижению 2 степени), необходимо направить на МСЭ (2 группа инвалидности). Если пациенту будет проводиться хирургическая реваскуляризация миокарда – больной временно нетрудоспособен (ориентировочно 2-4 месяца). После окончания срока временной нетрудоспособности экспертиза стойкой трудоспособности будет зависеть от эффективности и исхода операции.

Санаторно-курортное лечение в данное время противопоказано, так как имеется 4 ФК стенокардии.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 356 [K005414]**

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, лѐгкое течение, фаза ремиссии.

2. Показана профилактика рецидивов «по требованию». Рекомендовано: при появлении первых симптомов обострения заболевания необходим приѐм препаратов протонной помпы в лечебной дозе (Омепразол по 0,02 × 2 раза в день, или Лансопразол по 0,03 × 2 раза в день, или Пантопразол по 0,04 × 2 раза в день, или Рабепразол по 0,02 × 2 раза в день, или Эзомепразол по 0,02 × 2 раза в день) в течение 2-3 дней, а затем в половинной дозе в течение 2 недель. Если в течение первых 2-3 дней лечения симптомы не исчезнут, необходимо явиться к врачу и сделать эзофагогастродуаденоскопию.

Рекомендована медикаментозная профилактика рецидивов «по требованию», так как течение заболевания лѐгкое и эрадикационная терапия была успешной (тест на Нр после лечения (–)). Данный вид медикаментозной профилактики рекомендуется при лѐгкой и средней тяжести течения язвенной болезни и успешной эрадикационной терапии.

3. Показания для «непрерывной» (в течение месяцев и даже лет) поддерживающей терапии антисекреторным препаратом в половинной дозе (ежедневно вечером по 150 мг Ранитидина или по 20 мг Фамотидина): Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

315

неэффективность проведѐнной эрадикационной терапии;

осложнения (язвенное кровотечение или перфорация);

наличие сопутствующих заболеваний, требующих применения нестероидных противовоспалительных препаратов;

сопутствующий эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит;

больные старше 60 лет с ежегодно рецидивирующим течением болезни, несмотря на адекватную курсовую терапию;

выраженная рубцовая деформация поражѐнного органа;

язвенная болезнь у злостных курильщиков.

4. Пациент подлежит диспансерному наблюдению у врача-терапевта участкового в течение 5 лет после обострения.

Кратность осмотра – 1 раз в год. Консультация врача-гастроэнтеролога – 1 раз в год.

Эзофагогастродуаденоскопия и анализ кала на скрытую кровь – при обострении.

Если в течение 5 лет не было рецидива заболевания с диспансерного учета можно снять.

5. В период ремиссии пациент трудоспособен, так как работа инженера связана с умеренным эмоциональным напряжением и не противопоказана пациенту. В период обострения больной временно нетрудоспособен. Ориентировочный срок временной нетрудоспособности – 14-16 дней.

Санаторно-курортное лечение – в период ремиссии в санаторно-курортных организациях в климатической зоне проживания пациента. Курорты: бальнеологические с питьевыми минеральными водами, грязевые и климатические. В период обострения заболевания санаторно-курортное лечение противопоказано.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 357 [K005415]**

1. Цирроз печени алкогольный, быстропрогрессирующее течение, активность 2 степени, субкомпенсированный (класс В по Чайлд-Пью): печѐночно-клеточная недостаточность 2 степени, портальная гипертензия 2 стадии (умеренное расширение варикозных вен пищевода, асцит, спленомегалия).

2. Диагноз «цирроз печени алкогольный» поставлен на основании жалоб (общая слабость, быстрая утомляемость, снижение аппетита, периодически тошнота, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота), анамнеза (злоупотребляет алкоголем) и отсутствия маркеров вирусного поражения печени.

Быстропрогрессирующее течение – на основании похудания и быстрого нарастания симптомов. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

316

Активность 2 степень – на основании лабораторных синдромов цитолиза (повышены АСТ и АЛТ до 1 степени активности, билирубин – до 2) и иммунного воспаления (повышены тимоловая проба и гамма-глобулины – до 2 степени активности).

Индекс тяжести по Чайлду-Пью класс В – по сумме баллов (характеризующих уровень билирубина, протромбинового индекса, альбумина, наличия энцефалопатии и асцита). Сумма баллов составила 8. (Класс А – 5-6 баллов; класс В – 7-9 баллов; класс С – 10 и более).

Печѐночно-клеточная недостаточность 2 степени – на основании снижения уровня альбуминов, холестерина и протромбинового индекса.

Портальная гипертензия 2 стадии – на основании наличия асцита и спленомегалии (по данным осмотра и УЗИ), варикозных вен пищевода (по данным ЭФГДС).

3. Показана госпитализация больного в стационар, так как активность 2 степени, появился асцит.

Показаниями к госпитализации являются: класс тяжести по Чайлд-Пью В и С; подозрение на кровотечение из варикозных вен пищевода; гепаторенальный синдром; асцит, осложнѐнный нарушением дыхания; энцефалопатия III и IV стадии, а также II стадии при невозможности адекватно осуществлять лечение и наблюдение в амбулаторных условиях.

4. В первую очередь необходим отказ от алкоголя, так как этиологическое лечение является приоритетным.

Необходимо назначение гепатопротекторов, предпочтительно Гептрала, так как эффект этого препарата при алкогольном циррозе доказан.

Лечение асцита должно включать ограничение поваренной соли до 2 г в сутки, диуретики (Верошпирон или Эплеренон по 100 мг/сутки, Торасемид 5-20 мг/сутки) под контролем ежедневной оценки массы тела (критерием эффективности и безопасности диуретической терапии является снижение массы тела на 500-600 г в сутки). По мере уменьшения асцита дозу диуретиков необходимо снижать до поддерживающей.

Учитывая наклонность к запорам, необходимо назначить Лактулозу (в среднем 30-60 мл/сутки) с индивидуальным подбором дозы (до частоты стула 2-3 раза в сутки).

Для уменьшения диспепсических проявлений – ферментные препараты (Панкреатин, Креон, Мезим) во время приѐма пищи.

При появлении симптомов энцефалопатии – ограничение белка в рационе питания до 1 г/кг массы тела. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

317

5. Учитывая медицинские критерии (активность цирроза, наличие печѐночно-клеточной недостаточности 2 степени, портальной гипертензии 2 стадии) и социальные критерии (работа водителя автобуса противопоказана, так как связана с вибрацией и значительным эмоциональным напряжением) больной временно нетрудоспособен (ориентировочный срок временной нетрудоспособности 30-45 дней). После окончания временной нетрудоспособности (но не позднее чем через 4 месяца) необходимо направить больного на медико-социальную экспертизу (больной ограничено трудоспособен, снижение способности к трудовой деятельности 1 степени) для определения 3 группы инвалидности.

Санаторно-курортное лечение противопоказано, так как есть активность процесса, печѐночно-клеточная недостаточность и портальная гипертензия.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 358 [K005418]**

1. Экзогенная бронхиальная астма (сенсибилизация к клещу домашней и библиотечной пыли, к пыльце берѐзы), обострение средней степени тяжести. ДН 1.

Аллергический ринит, обострение.

Аллергический конъюнктивит.

2. Результаты спирометрии: обструктивные нарушения на уровне всех бронхов, ЖЕЛ не снижена. Проба с бронходилататором положительная (прирост по ОФВ₁ > 12%,).

3. На момент обращения у пациентки признаки обострения бронхиальной астмы (обструктивные нарушения по результатам спирометрии, ночные симптомы, ежедневные приступы удушья, причиняющие беспокойство пациентке).

В период обострения больные бронхиальной астмой временно нетрудоспособны, при наличии условий выдается листок нетрудоспособности.

Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при обострении лѐгкой степени тяжести 12-18 дней.

Критерии стойкой утраты трудоспособности при бронхиальной астме:

- среднетяжѐлое частично-контролируемое течение с частыми обострениями (4-5 раз в год) или тяжелыми обострениями и ДН I степени;

- тяжѐлое, неконтролируемое течение с частыми тяжелыми обострениями более 4 раз в год и ДН II - III степени.

Признаков стойкой утраты трудоспособности у пациентки нет.

4. В процессе лечения обострения бронхиальной астмы врач-терапевт участковый обязательно назначает консультацию врача-пульмонолога для коррекции терапии.

Лечение обострения бронхиальной астмы средней степени тяжести: системные ГКС (Преднизолон в дозе 0,5-1 мг/кг) перорально в течение 7 дней без постепенного снижения дозы. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

318

В базисной терапии переход со второй ступени выше, для начала на третью ступень. Учитывая в анамнезе аллергический ринит, к минимальной дозе ингаляционного ГКС (Будесонид 400 мкг/сутки) предпочтительно добавить антилейкотриеновый препарат (Монтелукаст 10 мг/сутки).

Ингаляционные бета-2-агонисты короткого действия (Сальбутамол 200-400 мкг через ДАИ или 2,5-5 мг через небулайзер) каждые 3-4 часа в течение 24-48 часов, в дальнейшем ситуационно для купирования приступов удушья.

5. Обучение больных по программе коллективного (астма-школы) и индивидуального образования.

Исключение контакта с причинным аллергеном (консультация врача-аллерголога для решения вопроса о возможности АСИТ).

ЛФК. После купирования обострения бронхиальной астмы рекомендуется массаж грудной клетки.

Подбор по ступенчатой схеме базисной терапии для достижения контроля заболевания.

Санаторно-курортное лечение. Санаторно-курортные организации в климатической зоне проживания пациента. Курорты: климатические, бальнеологические с углекислыми водами, хлоридно-натриевыми водами.

Вакцинация от гриппа.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 359 [K005420]**

1. Анемия средней степени тяжести, В12-дефицитная.

Язвенная болезнь желудка. Гастрэктомия (1995 г.).

Артериальная гипертония 2 степени, 3 стадии, риск 4. ХСН I, ФК II.

2. Биохимический анализ крови: дополнительно ЛДГ, Fe сыворотки крови, трансферин, транскоболамин, гомоцистеин. Эти показатели наиболее точно верифицируют дефицит витамина В12 и оценивают возможный сопутствующий дефицит железа на фоне гастрэктомии.

Если нет возможности провести исследование транскоболамина, то обязательно проводится стернальная пункция. Она назначается также при отсутствии эффекта от терапии с целью дифференциальной диагностики заболеваний крови (например, миелодиспластический синдром).

Исследование кала на гельминты не менее 3 раз. Одна из наиболее частых причин дефицита витамина В12 глистная инвазия (например, дифиллоботриоз).

ЭФГДС с биопсией. Выявление также наиболее частых причин В12 дефицитной анемии атрофического аутоиммунного гастрита, рака данной локализации. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

319

Для выявления рака другой локализации необходимо провести исследования по типу онко-скрининга: кал на скрытую кровь, ректороманоскопия, ирригоскопия, колоноскопия, УЗИ почек и мочевого пузыря, предстательной железы, ПСА.

Антитела к антигенам желудка крови. Проводят в случае выявления атрофического гастрита с целью верификации аутоиммунного генеза.

Консультация врача-невролога для диагностики синдрома периферической полинейропатии, фуникулярного миелоза.

3. Лечение должно проводиться в амбулаторных условиях, так как на данный момент нет показаний для госпитализации: Hb - 79 г/л, нет гемодинамических нарушений.

Лечение В12 дефицитной анемии:

- терапия насыщения: парентеральное введение Цианкобаламина по 400-500 мкг/сутки - 4-6 недель;

- поддерживающая терапия: парентеральное введение Цианкобаламина 1 раз в неделю по 400-500 мкг - 2 месяца;

- профилактика: парентеральное введение Цианкобаламина 2 раза в месяц по 400-500 мкг - пожизненно.

Лечение фуникулярного миелоза:

- Цианкобаламин по 1000 мкг ежедневно - 7-10 дней, далее - по 500 мкг/сутки (по схеме);

- Аденозилкобаламин 500 мкг/день, в/м (это коферментная форма витамина В12, более активно участвующая в обмене жирных кислот и не участвующая в кроветворении) - 7-10 дней.

Контрольные исследования:

- клинический анализ крови через 5-7 дней - для оценки ретикулоцитоза, дальнейшее исследование клинического анализа крови 1 раз в 7-10 дней до нормализации показателей;

- биохимический анализ крови: концентрация ЛДГ (ее нормализация свидетельствует об эффективности терапии).

4. На санаторно-курортное лечение пациента можно отправить только при компенсации анемии, фуникулярного миелоза и подтверждающих это контрольных исследованиях через 3-4 месяца после окончания 2 этапа лечения.

Сопутствующие заболевания не являются противопоказаниями для направления на санаторно-курортное лечение, если находятся в фазе компенсации. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

320

С учѐтом всех заболеваний показанием для направления на СКЛ являются язвенная болезнь желудка, резекция желудка (1995 г.) и В12-дефицитная анемия. Артериальная гипертензия с ХСН - сопутствующие заболевания.

Санаторно-курортные организации рекомендуются в климатической зоне проживания пациента. Курорты: бальнеологические, с питьевыми минеральными водами; климатические (кроме горных).

Для направления на СКЛ необходимо заполнить справку для получения путѐвки № 070/у с соответствующей записью в медицинской карте амбулаторного больного. При наличии путѐвки выдается санаторно-курортная карта № 072/у, о чѐм также делается запись в медицинской карте амбулаторного больного.

5. Наблюдение у врача-терапевта участкового с явкой 1 раз в 6 месяцев.

Консультация врача-гастроэнтеролога 1 раз в 12 месяцев, врач-гематолог по показаниям.

Перечень лабораторных исследований: клинический анализ крови два раза в год.

Учитывая причину В12-дефицитной анемии и высокую вероятность малигнизации при язве желудка - ЭФГДС 1-2 раза в год, кал на скрытую кровь 1 раз в год.

Профилактическое лечение: парентеральное введение Цианкобаламина 2 раза в месяц по 400-500 мкг - пожизненно.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 360 [K005423]**

1. Основной диагноз «артериальная гипертония 3 степени, 3 стадии, риск 4. ИБС. Стенокардия напряжения III ФК. Постинфарктный кардиосклероз (2006 г.)».

Осложнения основного диагноза «ХСН IIа. ФК III (по NYHA)».

Сопутствующий диагноз «Хроническая обструктивная болезнь лѐгких» (курение), группа B, средней степени тяжести (по GOLD). ДН 1. Аденома предстательной железы. Сахарный диабет 2 типа? Анемия легкой степени».

2. Снижение АД медленно на 25% от исходного в первые 2 часа, с последующим достижением целевого уровня.

Диуретики - Фуросемид 40 мг внутрь.

3. Общий анализ крови.

Биохимический анализ крови (глюкоза, общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды, АСТ, АЛТ, креатинин, мочевина, натрий, калий, хлор, гликолизированный гемоглобин, ПСА).

Тест для определения толерантности к глюкозе.

Исследования анализа мочи на МАУ. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

321

Ультразвуковое исследование предстательной железы.

Спирография, спирометрия.

Электрокардиография.

Суточное мониторирование АД, ЭКГ.

Эхокардиография.

Офтальмоскопия.

Ультразвуковое исследование почек.

Консультация врача-кардиолога.

Консультация врача-пульмонолога.

Консультация врача-эндокринолога.

Консультация врача-уролога.

4. Быстропрогрессирующий (злокачественный) вариант артериальной гипертензии; острые осложнения артериальной гипертензии (инсульт, инфаркт миокарда); стенокардия напряжения III и IV ФК; выраженные нарушения функций сердечно-сосудистой системы после перенесѐнного инфаркта миокарда; стойкая декомпенсация функционирования органов-мишеней (СН, ХПН); стойкие нарушения ХСН II-III, ДН 2-3 степени.

5. Профилактика и реабилитация: борьба с факторами риска артериальной гипертензии, ИБС, ХОБЛ (здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек); адекватное лечение и диспансерное наблюдение; профилактика риска сердечно-сосудистых осложнений; составление ИПР и контроль за ее выполнением, вакцинация.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 361 [K005425]**

1. Первичный деформирующий остеоартроз коленных суставов, дистальных межфаланговых суставов кистей, 2 стадия рентгенологических изменений, нарушение функции суставов 1 степени. Ожирение 1 степени.

2. Анализ крови общий.

Анализ мочи общий.

Биохимический анализ крови (белок, общий холестерин, билирубин, ACT, АЛТ, мочевина, креатинин, кальций, мочевая кислота, СРБ, ревматоидный фактор).

ЭКГ.

Рентгенография органов грудной клетки.

Рентгенография поражѐнных суставов.

3. Обучение пациента. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

322

Снижение массы тела (гипокалорийная диета, физические нагрузки).

Защита суставов (например, ортезы), ЛФК, физиолечение.

Нестероидные противовоспалительные препараты (Диклофенак, Ибупрофен, Нимесулид, Мовалис) в минимально эффективной дозе не более 1 месяца. Препараты глюкозамина сульфата/гидрохлорида или хондроитина сульфата (Терафлекс, Артра) по схеме длительно.

4. Повторное посещение врача через 1-6 недель в зависимости от тяжести заболевания. При эффективности терапии частота наблюдения 1 раз в 4-6 месяцев. С целью мониторинга состояния пациента, эффективности терапии и профилактики обострений рекомендуется использовать клинические (боль, функция суставов, наличие выпота) и лабораторные (СОЭ, СРБ) параметры. При постоянном приѐме НПВС - контроль общего анализа крови, общего анализа мочи, уровня трансаминазы, креатинина, контроль артериального давления. Рентгенологическое исследование не должно использоваться для наблюдения за прогрессированием заболевания. При плановых визитах проводится контроль соблюдения рекомендаций, контроль функции суставов и ежедневной активности, вносятся коррективы в проводимую терапию, реабилитационные мероприятия.

5. В настоящее время показания для консультации врача-ревматолога отсутствуют, поскольку в настоящее время нет системных проявлений заболевания, признаков осложнений, нет показаний к хирургическому лечению, нет тяжелых нарушений функции суставов.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 362 [K005426]**

1. Сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный. Индивидуальный целевой уровень гликемического контроля НвА1с<7,0%. Ожирение 1 степени алиментарно-конституциональное. Гиперлипидемия.

2. Анализ крови общий.

Анализ мочи общий.

Гликированный гемоглобин.

Биохимический анализ крови (белок, общий холестерин, липидограмма, билирубин, ACT, АЛТ, мочевина, креатинин, калий, натрий, кальций, мочевая кислота).

Анализ мочи на микроальбуминурию.

Скорость клубочковой фильтрации.

ЭКГ.

Рентгенография органов грудной клетки.

УЗИ внутренних органов. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

323

Консультация врача-эндокринолога.

Консультация врача-офтальмолога.

3. Диета № 9.

Снижение массы тела (гипокалорийная диета, физические нагрузки).

Обучение.

Стартовая монотерапия сахароснижающими препаратами: приоритет должен быть отдан средствам с минимальным риском гипогликемий (Метформин, иДДП-4, аГПП-1). При ожирении предпочтительнее Бигуаниды (Метформин) и аГПП-1 (Эксенатид, Лираглутид) в связи с эффективным снижением массы тела и уровня систолического артериального давления. При непереносимости или противопоказаниях к препаратам первого ряда рекомендуется начало терапии с других классов сахароснижающих препаратов. Эффективным считается темп снижения НbA1c > 0,5 % за 6 месяцев наблюдения.

Гиполипидемическая терапия.

4. Периодичность осмотров врачом-терапевтом участковым 1 раз в 3 месяца. Длительность диспансерного наблюдения - пожизненно. Приѐм (осмотр, консультация) врача-эндокринолога по показаниям. При плановых визитах вносятся коррективы в проводимую терапию на основания мониторинга состояния пациента, эффективности терапии (основной показатель для оценки эффективности - гликированный гемоглобин), реабилитационные мероприятия.

5. В настоящее время у пациентки присутствуют критерии временной утраты трудоспособности: признаки декомпенсации нарушений углеводного обмена. Поскольку пациентка работает, необходимо оформить листок нетрудоспособности.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 363 [K005428]**

1. Гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия. ХСН-0.

2. Диагноз «гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия» установлен на основании наличия у пациента нетипичных ангинозных болей, головокружения, синкопальных состояний, отягощѐнного наследственного анамнеза, типичных изменений гемодинамики, признаков гипертрофии левого желудочка по данным объективного обследования и ЭКГ.

3. Анализ крови общий.

Анализ мочи общий.

Биохимический анализ крови (глюкоза, липидограмма, ACT, АЛТ, общий белок, белковые фракции, калий, натрий, креатинин).

Электрокардиография. Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

324

Эхокардиография.

Рентгенография органов грудной клетки.

Консультация врача-кардиолога.

4. При подтверждении диагноза:

- ограничение значительных физических нагрузок;

- В-адреноблокаторы (Метопролол, Бисопролол) с подбором эффективных и переносимых доз, при недостаточном эффекте - недигидропиридиновые антагонисты кальция (Верапамил);

- для определения показаний к хирургическому лечению необходима консультация врача-кардиолога (врача-сердечно-сосудистого хирурга).

5. Нитроглицерин является периферическим вазодилататором, уменьшает наполнение левого желудочка в диастолу, ухудшает коронарное и мозговое кровообращение.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 364 [K005433]**

1. В данном случае необходимо направить пациента на прохождение первого этапа диспансеризации. Объѐм обследования включает:

- опрос (анкетирование);

- антропометрию;

- измерение артериального давления;

- определение абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска;

- электрокардиографию в покое;

- флюорографию лѐгких;

- клинический анализ крови;

- анализ крови биохимический общетерапевтический (в объѐме не менее определения уровня креатинина, общего билирубина, аспартат-аминотрансаминазы, аланин-аминотрансаминазы, глюкозы, холестерина);

- общий анализ мочи;

- исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом;

- ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) органов брюшной полости и предстательной железы;

- измерение внутриглазного давления (для граждан в возрасте 39 лет и старше); Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

325

- приѐм (осмотр) врача-терапевта.

Учитывая анамнез, у пациента есть показания для направления на второй этап диспансеризации:

- фиброгастродуоденоскопия;

- консультация врача-уролога;

- спирометрия;

- исследование уровня простатспецифического антигена.

2. IIIа группа состояния здоровья - граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании.

3. Пациент подлежит включению в регистр с факторами риска: повышенный уровень артериального давления, курение табака, отягощѐнная наследственность по злокачественным новообразованиям. При уточнении диагноза должен быть взят под диспансерное наблюдение по поводу артериальной гипертонии.

Артериальная гипертония 1 степени, без поражения органов-мишеней и ассоциированных состояний - диспансерный осмотр не реже 1 раза в году, возможно наблюдение в отделении профилактики. Д-наблюдение включает в себя:

- анализ данных самоконтроля АД;

- общий осмотр;

- исследование крови на сахар, холестерин;

- оценка суммарного сердечно-сосудистого риска, липидограмма,

уровень калия и натрия, креатинина в крови (при постановке на учѐт, затем не реже 1 раза в два года);

- анализ мочи на микроальбуминурию (при постановке на учѐт, затем не реже 1 раза в два года);

- ЭКГ, ЭхоКГ;

- дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий.

4. Согласно приказу Минздрава России от 5 мая 2016 г. №281н в общий перечень противопоказаний включены: новообразования неуточнѐнного характера, злокачественные новообразования, требующие противоопухолевого лечения, в том числе проведения химиотерапии. Поэтому необходимо исключение онкопатологии (со стороны ЖКТ, предстательной железы). Методический центр аккредитации специалистов\_Лечебное дело\_2018

326

5. Обязательными обследованиями в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 14 декабря 2009 г. № 984н являются: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, флюорография.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 365 [K005435]**

1. Стеноз аортального клапана.

2. Необходимо провести дообследование: ЭхоКГ, обзорную рентгенографию грудной клетки, клинический минимум.

Направить к врачу-сердечно-сосудистому хирургу для решения вопроса о возможности хирургической коррекции данного порока.

3. При наличии протезированного сердечного клапана показанием для направления на МСЭ будет являться умеренная степень нарушения функции сердечно-сосудистой системы, обусловленная вышеуказанными заболеваниями, приводящими к ХСН IIА стадия, ФК II, III (40-50%, что соответствует третьей группе инвалидности).

4. Пациент нетрудоспособен на весь период уточнения диагноза, оперативного лечения и послеоперационного периода. При благоприятном прогнозе - изолированном пороке, небольшом объѐме операции, выполненной до развития тяжѐлых органических изменении в сердце и лѐгких, положительной динамике гемодинамических нарушений, отсутствии тяжѐлых осложнений - целесообразно лечение по временной нетрудоспособности в пределах 10 месяцев до полного или частичного восстановления трудоспособности.

У больных с сомнительным и отягощѐнным прогнозом после эффективной операции и при неудовлетворительных результатах лечения длительность временной нетрудоспособности не должна превышать 4 месяца с последующим направлением на МСЭ.

5. Аортальный порок при ХСН IIА стадии (ФК II) без прогностически неблагоприятных нарушениях сердечного ритма, без признаков активности ревматического процесса, без приступов стенокардии - показание для лечения в местных кардиологических санаториях.