



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Лечебный факультет

**Сборник методических материалов для проведения
государственной итоговой аттестации выпускников по
специальности**

31.05.01 Лечебное дело

В 6 частях

Часть 6. Ситуационные задачи

Под редакцией А. А. Газенкампа

Красноярск
2018

УДК 616(07)
ББК 53/57
С23

Составители: М. А. Березовская, И. А. Большакова, И. С. Брехова, О. Ф. Веселова, А. А. Газенкамф, М. Ю. Галактионова, И. В. Демко, Д. Э. Здзидовецкий, Р. А. Зуков, Ф. П. Капсаргин, Е. В. Капустина, Ю. В. Карачева, Д. С. Каскаева, Е. В. Козина, А. Ю. Крапошина, И. О. Логинова, Е. Г. Мягкова, С. Ю. Никулина, Н. Б. Осетрова, Е. Ю. Пилипецкая, Е. А. Приходько, С. В. Прокопенко, С. И. Ростовцев, Е. П. Тихонова, В. И. Трубников, О. А. Тюшевская, М. А. Хорольская, И. И. Черкашина, В. И. Чикун, Н. А. Шнайдер, П. Г. Шнякин, О. А. Штегман, А. В. Шульмин

Редактор: канд. мед. наук, доц. А. А. Газенкамф
Рецензенты: Е. Е. Корчагин; Т. В. Максимчук

Сборник методических материалов для проведения государственной итоговой аттестации выпускников по специальности 31.05.01 Лечебное дело. В 6 ч. Ч. 6. Ситуационные задачи / сост. М. А. Березовская, И. А. Большакова, И. С. Брехова [и др.] ; под ред. А. А. Газенкамфа. – Красноярск : тип. КраГМУ, 2018. – 256 с.

Сборник методических материалов для проведения государственной итоговой аттестации выпускников по специальности 31.05.01 Лечебное дело в 6 частях. В 1, 2, 3 частях представлены типовые тестовые задания по профильным и смежным клиническим дисциплинам. В 4 часть включены алгоритмы выполнения практических навыков и действий в неотложных состояниях, наиболее часто встречающихся в клинической практике врача. 5 и 6 части включают ситуационные задачи, отражающие особенность клинических проявлений, методов диагностики различных нозологий, а также способствует усвоению особенностей терапии приведенных заболеваний.

Сборник составлен в соответствии с ФГОС ВО (Приказ № 95 от 9 февраля 2016 г.) типовой программой для студентов высших учебных заведений и учебным планом по специальности 31.05.01 Лечебное дело.

Утверждено ЦКМС КрасГМУ (протокол № 3 от «25» декабря 2017 г.)

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ВНУТРЕННИМ БОЛЕЗНЯМ И ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

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 № 161

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°C, 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 лёгких - без особенностей. Пульс - 96 в минуту, ритмичный, АД - 100/70 мм рт. ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца звучные. Язык обложен корня грязным налётом, суховат. Живот вздут, при пальпации чувствительный в левом нижнем квадранте. Урчание при пальпации в области сигмовидной кишки. Печень, селезёнка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты - $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 85 г/л, лейкоциты - $10,0 \times 10^9/л$, СОЭ - 25 мм/час. Анализ мочи - без патологии.

Рентгенологическое исследование: в левых отделах толстого кишечника (до селезёночного 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.

Эталоны ответа к задаче № 161

- 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.

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 лёгких; УЗИ органов брюшной полости.

4) Инфекционные колиты; болезнь Крона; опухоли кишечника; туберкулёз кишечника; поражение кишечника при системных заболеваниях (васкулиты, склеродермия); ишемический колит.

5) 1. Диета. 2. Месалазин(3,0), при неэффективности - глюкокортикоиды(40мг).

Ректально Гидрокортизон. 4. Лечение диареи (обволакивающие, спазмолитики, вяжущие). 5. Лечение обменных нарушений. 6. Лечение дисбактериоза. 7. Полиферментные препараты. 8. Лечение анемии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 162

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 перенесённого ОРЗ, одышка усилилась, мокроты стало выделяться больше, она приобрела жёлто-зелёный цвет. Несколько лет наблюдается с диагнозом «стенокардия II ФК», 2 года назад перенёс крупноочаговый инфаркт миокарда переднебоковой, в связи с чем постоянно принимает Соталол, Кардиомагнил, Моночинкве (изосорбида-5-мононитрат).

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

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 лёгких. 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.

Эталоны ответа к задаче № 162

- 1) Хроническая обструктивная болезнь лёгких, тяжёлое течение (III ст.), эмфизематозный тип, обострение. Соп. ИБС. Стенокардия II ФК. Постинфарктный кардиосклероз (Q-образующий неутончённой давности). Желудочковая экстрасистолия. ХСН ПА. ФКП.
- 2) Диагноз «хроническая обструктивная болезнь лёгких»(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, подтверждённый при помощи общего анализа мокроты, указывает на наличие обострения. Данные анамнеза и ЭКГ свидетельствуют о наличии икардиальной 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 лёгочного сердца. Контроль спирографии после лечения для оценки обратимости бронхообструкции. Пикфлоуметрия ежедневно для уточнения обратимости и variabilityности бронхообструкции. При необходимости - КТ ОКГ (наличие булл в лёгких).
- 4) Бронхолитики длительного действия – в первую очередь М-холинолитик тиотропия бромид (Спирива) 18 мкг (капс.) 1 раз в сутки. Возможно добавить β2-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 β_2 -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 серьёзной конкурирующей патологии – ИБС диктует необходимость приёма жизненно важных препаратов. К таким препаратам относится неселективный β -блокатор Соталол, имеющий побочный эффект в виде бронхоспазма. В связи с наличием обструктивных изменений на спирограмме рекомендуется заменить его на селективный β -блокатор, например, Бисопролол.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 163

Основная часть

Больной Б. 35 лет доставлен в клинику машиной скорой помощи с жалобами на чувство стеснения в груди, затруднённое 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. Аллергоanamнез – спокойный. Приступам удушья предшествует короткий эпизод мучительного кашля, в конце приступа он усиливается, и начинает выделяться в небольшом количестве тягучая слизистая мокрота.

Объективно: состояние тяжёлое, 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 бёдрах и животе. Разговаривает отдельными словами, возбуждён. 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 лёгкими коробочный звук по всем лёгочным 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?

Эталоны ответа к задаче № 163

- 1) Бронхиальная астма, эндогенная форма, тяжёлое персистирующее течение, обострение. Хронический бронхит. Пневмосклероз. Осл. Астматический статус I ст. ОДН II ст. Экзогенный гиперкортицизм.
- 2) Диагноз «бронхиальная астма, эндогенная форма, тяжёлое 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 алергоанамнеза. У больного развилось тяжёлое осложнение БА – астматический статус I ст. (затянувшийся приступ БА, ортопноэ, тахипноэ, тахикардия, снижение сатурации крови кислородом, ослабленное дыхание в лёгких). SpO₂ - 85% указывает на ОДН II ст. Наличие ожирения, «кушингоидного лица», стрий на теле на фоне длительного приёма 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 O₂) 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 пересчёте 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.
- 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 приёмом Преднизолона.
Больному необходимо назначить ингаляционные ГКС + бронхолитики длительного действия (β_2 -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 учётом принципа ступенчатой терапии и состояния больного.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 164

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 днем). Болен сахарным диабетом с 15 лет. Диабет манифестировал кетоацидозом. Получает Хумулин НПХ - 20 ЕД утром, 18 ЕД вечером и Хумулин регулятор - 18 ЕД/сутки. Ведёт 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 отёков нет. Щитовидная железа не увеличена, в лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, пульс - 82 удара в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка 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. Окулист: глазное дно – единичные микроаневризмы, твердые экссудаты, отёк макулярной области.

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.

Эталоны ответа к задаче № 164

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-окулиста, врача-педиатра участкового у больного сформировались поздние осложнения сахарного диабета – препролиферативная ретинопатия, дистальная полинейропатия сенсорная форма.

3) 1. Гликемический профиль с целью оценки компенсации сахарного диабета и коррекции, проводимой сахароснижающей терапии. 2. Определение гликозилированного гемоглобина (оценка компенсации сахарного диабета, решение вопроса об интенсификации проводимой терапии). 3. Определение мочевины, креатинина, сывороточной кислой фосфатазы (для исключения диабетической нефропатии). 4. Определение альбумина в суточной моче (для исключения диабетической нефропатии). 5. Электрокардиограмма. 6. Определение триглицеридов, холестерина, ЛПНП, ЛПВП. 7. Электромиография для подтверждения полинейропатии.

4) Учитывая возраст больного 30 лет, ожидаемую продолжительность жизни, отсутствие тяжёлых 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 165

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°C. Кожные покровы влажные, тёплые на ощупь, периферических отёков 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.

Эталоны ответа к задаче № 165

- 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 приёма 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 (тёплые, 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 объёма 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 30-40мг, при достижении и 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 № 166

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 договорённости машиной скорой медицинской помощи на носилках, т. к. идти на приём к участковому терапевту не смогла.

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

Объективно: общее состояние больной тяжёлое. Вялость, на вопросы отвечает тихо, медленно, односложно. Выражены бледность кожи и слизистых. Иктеричность склер. Язык малиновый, географический, лакированный. Койлонихии. Ангулярный стоматит. Много разрушенных зубов, 5 зубов удалены. Пристрастие к мелу и подсолнечным семечкам. Отеки на голенях, бёдрах, брюшной стенке. Периферические лимфоузлы не увеличены. Предпочитает возвышенное положение в постели. ЧД - 34 в 1 минуту. В лёгких 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 селезёнка не увеличены.

Проведено срочное обследование: эритроциты - $1,2 \times 10^{12}/л$; гемоглобин - 30 г/л; гематокрит - 12%; цветовой показатель - 1,0; тромбоциты - $156,4 \times 10^9/л$, лейкоциты - $2,4 \times 10^9/л$ (палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 42%, лимфоциты - 50%, моноциты - 5%), СОЭ - 40 мм/час. Общий белок крови - 4,2 г/л; билирубин крови - 48 мкмоль/л, реакция Ванден-Берга - непрямая; в моче уробилин +++.

На ЭКГ – дистрофические изменения миокарда, единичные предсердные и желудочковые экстрасистолы. В миелограмме: гиперплазия красного ростка, красный росток с чертами выраженной мегалобластности.

Вопросы:

- 1) Какова основная причина тяжести состояния больной?
- 2) Есть ли у больной сидеропенический синдром?

- 3) Какова причина дефицита железа?
- 4) Почему цветовой показатель нормальный?
- 5) Сформулируйте развёрнутый диагноз больной.

Эталоны ответа к задаче №166

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, выраженная бледность кожи и слизистых.

2) У больной имеется сидеропенический синдром, который представлен пристрастием к мелу и подсолнечным семечкам, клиническими проявлениями Гунтеровского глоссита (язык малиновый, географический, лакированный), ангулярного стоматита, атрофическим синдромом (койлонихии, разрушение зубов).

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

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

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №167

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-х

детей, было 4 аборта. Участковым терапевтом в связи с выявленной анемией (эритроциты - $3,12 \times 10^{12}/л$) назначен Сорбифер Дурулес по 2 таблетки в день в течение 1,5 месяцев. Эффекта не получено. Общий анализ крови: эритроциты - $1,42 \times 10^{12}/л$; гемоглобин - 50 г/л, цветовой показатель - 1,0; ретикулоциты - 0,4%; тромбоциты - $98 \times 10^9/л$; лейкоциты - $2,6 \times 10^9/л$ (палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 30%, лимфоциты – 60%, моноциты – 7%), анизоцитоз +++++, пойкилоцитоз +++; СОЭ - 72 мм/ час.

Вопросы:

- 1) Можно ли предварительно поставить один из следующих диагнозов: «апластическая анемия»? «острый лейкоз»? «множественная миелома»?
- 2) Как правильно поставить предварительный диагноз?
- 3) Нуждается ли больная в консультации гематолога, в стеральной 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?

Ответы к задаче № 167

- 1) Для всех указанных заболеваний общим является нарушение миелопоэза в костном мозге: нормохромная анемия, ретикулоцитопения, тромбоцитопения, лейкопения с гранулоцитопенией. При апластической анемии и множественной миеломе в периферической крови не бывает никаких патологических форменных элементов. При остром лейкозе также может не быть бластов в периферической крови, когда в костном мозге ещё не сформировался большой клон бластных клеток и ещё не состоялся прорыв бластов в периферическую кровь.
- 2) На данном этапе лучше поставить синдромный диагноз «панцитопения неясной этиологии».
- 3) Больную необходимо направить на консультацию к врачу-гематологу. Больная нуждается в срочном выполнении стеральной пункции.
- 4) Да, диагностический поиск сократится. Выявлены большие изменения в белках крови - выраженное повышение общего белка крови, диспротеинемия. Наличие М - градиента в зоне гамма-глобулинов говорит об их моноклональности, что характерно для множественной миеломы, морфологическая сущность которой – злокачественные плазматические клетки, продуцирующие патологические иммуноглобулины (pIg). Морфологическое подтверждение множественной миеломы в миелограмме: более 10% плазматических клеток с возможными чертами их атипии. Необходимо выполнить рентгенографию костей черепа, рёбер, таза, позвоночника (для уточнения стадии заболевания – I, II, III). В общих анализах мочи возможно обнаружение белка (нефротический мочевого осадок), в биохимических анализах крови необходимо исследовать

креатинин и мочевины. Это необходимо для уточнения степени поражения почек: А – без нарушения функции почек, Б – с нарушением функции почек.
5) Больная должна лечиться в гематологическом отделении.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 168

Основная часть

Мужчина 52 лет госпитализирован с приёма в поликлинике с жалобами на лихорадку до 39,5°C, 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 перенёс 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. Ещё 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 - 14×10^9 /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°C с ознобом.

При осмотре. Состояние тяжёлое. Заторможен. Ортопноэ. Температура тела 39,5°C. Пониженного питания. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, влажные, тургор снижен, на ладонях безболезненные геморрагические пятна 3 мм в диаметре. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. При сравнительной перкуссии лёгких - звук с коробочным оттенком, с притуплением в нижних отделах. Границы лёгких в норме. При аускультации дыхание жёсткое, влажные хрипы в нижних отделах обоих лёгких. 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. Селезёнка пальпируется у края реберной дуги, мягкая, болезненная. Поперечник - 10 см, длинник - 12 см.

Общий анализ крови: гемоглобин - 85 г/л, лейкоциты - 22×10^9 /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 +. 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?

Эталоны ответа к задаче № 168

- 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 IIА стадии, IV функциональный класс по NYHA. Большой диагностический критерий DUKE- ЭхоКГ-признаки внутрисердечного объёмного образования на клапане. Малые диагностические критерии DUKE: лихорадка $>38^{\circ}\text{C}$, заболевание сердца, предрасполагающее к развитию ИЭ, септическая

инфарктная пневмония. Для подтверждения диагноза достаточно наличия одного большого и трёх 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.

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-лактамами антибиотиками и аминогликозидами. Основные показания к хирургическому лечению: некорригируемая прогрессирующая ХСН; не контролируемый антибиотиками инфекционный процесс; повторные эпизоды тромбоэмболии; абсцессы миокарда; эндокардит оперированного сердца.

У пациентов с «кардиогенными факторами риска» (врождённые и приобретённые, в том числе оперированные пороки сердца, перенесённый 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 приёма 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 - Ванкомиин: 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 120мг)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 169

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°C. Вследствие нарастания слабости, прекратил приём Карведилола, использовал обильное питьё, 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 отёки 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?

Эталоны ответа к задаче № 169

- 1) Дилатационная кардиомиопатия. Желудочковая экстрасистолия. Хроническая сердечная недостаточность II Б стадии ФКШ.
- 2) Согласно анамнеза 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 приём жидкости и отмена лекарственных препаратов. Диагноз ХСН и её стадия выставлены на основании жалоб (одышка, удушье), объективных данных (цианоз, отёки нижних конечностей, хрипы в лёгких, 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 лёгких (у больного отмечалось повышение температуры тела, кашель) с целью выявления признаков кардиомегалии, признаков венозного застоя в лёгких, 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. В-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 №170

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°C, справа отмечается сглаживание межрёберных промежутков, там же резко снижено голосовое дрожание и значительно укорочен перкуторный звук от 5 ребра по лопаточной подмышечным линиям. Дыхание в верхних отделах правого лёгкого 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 - $9,9 \times 10^9$ /л; эритроциты - 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 туберкулёза 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 чёткой 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.

Эталон ответа к задаче № 170

- 1) Экссудативный правосторонний плеврит туберкулёзной этиологии. МБТ (-). I A группа ДУ. ДН0-1.
- 2) Постепенное развитие заболевания - 1 месяц, жалобы на слабость, похудание, одышку, боли в грудной клетке, тяжесть в боку, объективно - сглаживание межрёберных 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 чёткой косой верхней границей.
- 3) Пациенту рекомендовано: анализ плевральной жидкости для уточнения её 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 лёгких и рентгенограмма ОГК (МСКТ) после эвакуации плевральной жидкости для уточнения наличия воспалительных изменений в лёгких.

4) Правосторонняя пневмония, осложнённая экссудативным парапневмоническим плевритом; инфильтративный туберкулёз лёгких, осложнённый перифокальным плевритом; очаговый туберкулёз лёгких, осложнённый перифокальным плевритом.

5) При отсутствии изменений в лёгких, лимфоцитарном составе экссудата, а также при наличии изменений в лёгких и отсутствии положительной динамики на АБТ - вызвать фтизиатра на консультацию для решения вопроса о диагнозе и переводе пациента в противотуберкулёзный стационар.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 171

Основная часть

Больной М. 35 лет. На приёме 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 перенёс правосторонний сухой плеврит, лечился у врача-терапевта участкового. Контакт с больными туберкулёзом 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 отстаёт в акте дыхания. ЧДД - 24 в минуту. Перкуторно справа – тимпанический звук, слева – в верхних отделах укорочение лёгочного 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 – $4,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 143 г/л; лейкоциты – $9,6 \times 10^9/л$, 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 лёгкое коллабировано на 1/5 гемиторакса за счёт прослойки воздуха. В лёгочной 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.

Эталон ответа к задаче № 171

- 1) Диссеминированный туберкулёз лёгких в фазе инфильтрации и распада, МБТ (-). I А группа ДУ. Спонтанный пневмоторакс справа. ДН1-2.
- 2) 3 года назад перенёс 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 межрёберных промежутков, там же снижение голосового дрожания, тимпанит перкуторно, дыхание не проводится, слева – в верхних отделах укорочение лёгочного 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 лёгкое коллабировано на 1/5 гемиторакса за счёт прослойки воздуха. В лёгочной 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. Межрёберная невралгия. Инфаркт миокарда.
- 5) Госпитализация в хирургическое отделение (разрешение СП), консультация фтизиатра, перевод в противотуберкулёзный стационар, лечение противотуберкулёзными препаратами, патогенетическая терапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 172

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-х 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 туберкулёзом не болел. Контакт с больным туберкулёзом 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 лёгочного 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 – $3,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 105 г/л, лейкоциты - $11,2 \times 10^9/л$, 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 нечёткими контурами, местами склонные к слиянию. На уровне I-II ребра в обоих лёгких – 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.

Эталоны ответа к задаче № 172

- 1) Диссеминированный туберкулёз лёгких в фазе инфильтрации и распада, МБТ (-). Туберкулёз кишечника. I A группа ДУ. ДН1-2.

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 лёгочного звука. В межлопаточной области выслушиваются единичные влажные хрипы. При пальпации некоторое напряжение мышц и болезненность в околопупочной области. В анализе крови – умеренный лейкоцитоз, палочкоядерный 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 нечёткими контурами, местами склонные к слиянию. На уровне 1-2 ребра в обоих лёгких – полости распада от 1,5 до 3 см в диаметре.

3) Томография ОГК. Посев мокроты на МБТ, МГМ. Исследования мокроты. ФГДС. Анализ 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 противотуберкулёзный стационар, лечение противотуберкулёзными препаратами, патогенетическая терапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 173

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 лёгких.

Рентгенографически – в правом лёгком от верхушки до III ребра определяется неомогенное затемнение с просветлением в центре 2×3 см, контуры нечёткие. В окружающей ткани лёгкого – очаговые тени малой интенсивности.

В общем анализе крови: лейкоциты - $11,0 \times 10^9$ /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 лёгочным 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.

Эталоны ответа к задаче № 173

- 1) Пневмония, туберкулёз лёгкого.
- 2) Инфильтративный туберкулёз верхней доли правого лёгкого в фазе распада и обсеменения МБТ? 1А группа ДУ.
- 3) Диагноз поставлен на основании характерных клинических проявлений - наличие признаков туберкулёзной интоксикации и лёгочных 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 туберкулёза.
- 4) Туберкулёз протекает мало симптомно.
- 5) Лечение в стационаре по 1 режиму химиотерапии, поскольку пациент ранее болел туберкулёзом с коррекцией после получения данных тестов лекарственной чувствительности МБТ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 174

Основная часть

Больной М. 33 лет переведён в стационар противотуберкулёзного диспансера из инфекционной больницы в тяжёлом 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°C, 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 лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет, ЧДД - 36 в минуту. Тоны сердца – ритмичные, ясные, АД - 90/60 мм рт. ст., ЧСС - 122 в минуту.

Рентгенологически – в обоих лёгких от верхушек до диафрагмы визуализируются множественные мелкие (до 2 мм в диаметре) однотипные очаговые тени средней интенсивности, с нечёткими размытыми контурами. Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л – отрицательная. В общем анализе крови: лейкоциты - $15,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 10, сегментоядерные нейтрофилы - 76, лимфоциты – 12%, моноциты – 2%, СОЭ - 46 мм/час. В мокроте методом люминесцентной микроскопии 3-х-кратно МБТ не обнаружены.

Вопросы:

- 1) Поставьте предположительный диагноз.

- 2) Объясните, почему у больного отрицательная проба Манту.
- 3) С какими неспецифическими болезнями лёгких следует дифференцировать данное заболевание?
- 4) Проведите дифференциальную диагностику заболевания с пневмоцистной пневмонией.
- 5) Какова тактика дальнейшего ведения больного? Ответ обоснуйте.

Эталоны ответа к задаче № 174

- 1) Милиарный туберкулёз лёгких 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.
- 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 № 175

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 участковому терапевту, 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 туберкулёзом асоциальной матерью, которая 15 лет назад погибла от автотравмы, впоследствии пациент воспитывался бабушкой.

В стационаре проведён 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 – $8,9 \times 10^9$ /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 учёта подлежит наблюдению больной М. и почему?
- 5) Назначьте режим химиотерапии и схему этиотропного лечения больного.

Эталоны ответа к задаче № 175

- 1) Туберкулёзный 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 учёта, 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 № 176

Основная часть

При массовом флюорографическом обследовании населения у больного были выявлены единичные очаговые тени в области верхушки правого лёгкого. Рентгенолог оценил эти очаги как остаточные изменения после перенесённого туберкулёза 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 лёгкого 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 туберкулёза.

Вопросы:

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

- 2) Правильно ли поступил 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.

Эталоны ответа к задаче № 176

- 1) Несвоевременно, так как обнаружен распад лёгочной ткани и МБТ+
- 2) Нет, поскольку расценил очаги как остаточные изменения после перенесённого туберкулёза без уточнения анамнеза и дообследования пациента.
- 3) Полное обследование на туберкулёз, включающее ОАК, ОАМ, пробу Манту, томографию, исследование мокроты на МБТ методом бактериоскопии трёхкратно, анализ анамнеза и общего состояния пациента.
- 4) Инфильтративный туберкулёз верхней доли правого лёгкого 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 туберкулёзом не болел и не имеет риска лекарственной устойчивости).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 177

Основная часть

Больной Б. 24 лет поступил в терапевтическое отделение с жалобами на повышение температуры до 38,5°C, кашель со скудной мокротой слизистого характера, преимущественно по утрам, одышку в покое, ночные поты. Имеет контакт с больным туберкулёзом отцом.

Болен в течение 10 дней, когда после переохлаждения повысилась температура, появилась слабость, одышка в покое. Обратился к врачу-терапевту участковому; после рентгенологического обследования выявлена патология в лёгких. Направлен в пульмонологическое отделение с диагнозом «внебольничная двусторонняя очаговая пневмония».

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

Общий анализ крови: эритроциты - $3,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - $11,8 \times 10^9/л$, эозинофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 14%, сегментоядерные нейтрофилы - 52%, лимфоциты - 18%, моноциты - 12%, СОЭ - 30 мм/час. Общий анализ мочи: солменно-жёлтая, 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 лёгких определяется тотальная мелкоочаговая диссеминация, очаги размерами 2-3 мм, расположены периваскулярно, средней интенсивности, с чёткими 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 ещё 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.

Эталоны ответа к задаче № 177

- 1) Милиарный туберкулёз лёгких в фазе инфильтрации, МБТ(-)
- 2) Диагноз «милиарный туберкулёз» ставится на основании жалоб больного, эпидемиологического анамнеза (контакт с больным туберкулёзом), 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 лёгких, силикоз, милиарный актиномикоз лёгких, гемосидероз, карциноматоз, гистиоцитоз Х, альвеолиты.
- 4) Микроскопия с окраской по Цилю-Нильсену, культуральный метод (посев на твёрдые и жидкие питательные среды), биологический метод, молекулярно-генетические методы (ПЦР, технология Gene Xpert).
- 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, дезинтоксикационная терапия, антиоксиданты, витамины).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №178

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

туберкулёзом на работе в рефрижераторном депо во время длительной командировки.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. В лёгких 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. А/Д - 120/70 мм рт. ст.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - $9,7 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 59%, лимфоциты - 24%, моноциты - 8%, СОЭ - 22 мм/час. Общий анализ мочи: цвет соломенно-жёлтый, 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 чётких контуров, неоднородной структуры за счёт просветления около 1 см в диаметре в центре,

«дорожкой» к корню. Корни структурны. Синусы свободны. Сердечно-сосудистая тень без особенностей.

Больной был направлен к 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.

Эталоны ответа к задаче № 178

- 1) Инфильтративный туберкулёз верхней доли правого лёгкого в фазе распада, МБТ (-). Кровохарканье.
- 2) Диагноз «инфильтративный туберкулёз лёгких» ставится на основании отсутствия жалоб у больного; эпидемиологического анамнеза (контакт с больным туберкулёзом); рентгенологической картины (затемнение средней интенсивности без чётких контуров до 5 см) и положительного результата Диаскинтеста. Фаза распада ставится на основании того, что рентгенологически затемнение имеет неоднородность за счёт 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 всё поле зрения.

3) Неспецифическая пневмония, эозинофильная пневмония, грибковые пневмонии, периферический рак лёгкого, инфаркт-пневмония.

4) Бронхолобулярный, округлый, облаковидный, периссиссурит и лобит. Учитывая рентгенологическую картину у больного округлый инфильтрат.

5) Химиотерапия в противотуберкулёзном 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 № 179

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°C, слабость.

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

При обследовании правая половина грудной клетки несколько отстаёт 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 лёгочной артерией слева. ЧСС - 86 в минуту.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 141 г/л, лейкоциты - $11,7 \times 10^9/л$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 67%, лимфоциты - 13%, моноциты - 8%, СОЭ - 40 мм/час. Общий анализ мочи: соломенно-жёлтый, 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 лёгочно-хирургическое отделение областного туберкулёзного диспансера, где ему произведена торакоскопия с биопсией плевры. При этом эвакуировано около 2 литров плевральной жидкости соломенно-жёлтого цвета. Визуально париетальная плевра инъецирована, с наложением фибрина и мелкими, белесоватыми бугорками. Гистологически обнаружены гранулемы с казеозным некрозом, окружённые 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.

Эталоны ответа к задаче № 179

- 1) Туберкулёзной экссудативный плеврит справа, МБТ(-).
- 2) Диагноз «экссудативный туберкулезный 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, перенёвших экссудативный плеврит, как правило, решаются ВК противотуберкулёзных диспансеров. Лечение больных направлено на ликвидацию плеврита, профилактику туберкулёза лёгких и фиброторакса. Клинический и реабилитационный прогноз у больных экссудативным плевритом при успешно проведенном лечении, как правило, благоприятный.
- 5) Химиотерапия в противотуберкулёжном 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 № 180

Основная часть

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

Обратилась за медицинской помощью в поликлинику по месту жительства. После проведённого обследования врачом-терапевтом участковым выставлен

диагноз «ОРВИ, средней степени тяжести». Назначена симптоматическая терапия (жаропонижающие, антигистаминные препараты, витаминотерапия) с повторной явкой на приём через три дня. На фоне проводимого лечения состояние больной резко ухудшилось: нарастала интенсивность головной боли, температура повысилась до 39°C, 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 невролога. При исследовании неврологического статуса выявлены положительные менингеальные симптомы, расширение зрачка, расходящееся косоглазие. Для дальнейшего обследования доставлена в инфекционное отделение.

При проведении спинномозговой пункции обнаружено: повышенное давление (жидкость вытекает струёй), 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.

общем анализе крови: эритроциты - $3,5 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 115 г/л, лейкоциты - $9,4 \times 10^9$ /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 еще 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.
- 4) Составьте план лечения данной больной и обоснуйте свой выбор.

Эталоны ответа к задаче № 180

- 1) Туберкулёзный менингит, базиллярная форма.
- 2) Глазодвигательный нерв (3 пара). Могут ещё 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 ещё выпадение нежной фибриновой плёнки при отстаивании ликвора в течение 12-24 часов, повышение окисляемости ликвора в 2-3 раза, положительные реакции Панди и Нонне-Аппельта.
- 4) Менингизм, серозные вирусные менингиты, гнойные менингиты, опухоли головного мозга, субарахноидальные кровоизлияния, абсцессы головного мозга.

5) Длительная химиотерапия (более 1 года) в противотуберкулёзном 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 № 181

Основная часть

В приёмный покой многопрофильного стационара доставлен мужчина 26 лет с жалобами на повышение температуры до 39°C, боли в грудной клетке, кашель с мокротой с примесью крови. Профессия – учитель в школе. Из анамнеза: в течение 4-х месяцев постепенно нарастала слабость, снижение аппетита, похудание. В прошлом году имел туберкулёзный контакт с родственником. Ухудшение 3 дня назад: повышение температуры, кашель.

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

Клинический анализ крови: гемоглобин – 95 г/л, эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $15,0 \times 10^9/л$, 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 лёгкого – массивная неоднородная инфильтрация с множественными полостями распада. Очаги обсеменения в нижних отделах обоих лёгких.



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.

Эталоны ответа к задаче № 181

- 1) Инфильтративный туберкулёз верхней доли правого лёгкого в фазе распада и обсеменения. МБТ (+). Кровохарканье. ДН - IIст.
- 2) Постепенно нарастающие симптомы интоксикации, характерные для туберкулёза, наличие кровохарканья. Туберкулёзный контакт. Процесс имеет пневмониеподобное течение, что встречается при обширных туберкулёзных инфильтратах. Типична для туберкулёза 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 IIст.
- 3) Компьютерная томография лёгких для точного определения размеров деструкции, объёма 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 туберкулёза бронхов. Анализ мочи для исключения туберкулёза 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 туберкулёзом.
- 4) Провести комплексное обследование контактных детей и учителей школы (производственные контакты), членов семьи больного (семейный контакт) в противотуберкулёзном диспансере с последующим наблюдением, химиофилактика контактным. Проведение дезинфекции по месту проживания и работы. Изоляция больного в туберкулёзный стационар. Санитарно-просветительная работа.

5) У больного кровохарканье. Назначают: ганглиоблокаторы для снижения давления в системе бронхиальных артерий и лёгочной артерии (5%растворПентаминаили 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 свёртываемости 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 № 182

Основная часть

Женщина 35 лет выявлена при профилактическом ФЛГ-обследовании.

Из анамнеза: хронические заболевания – тиреоксикоз, у эндокринолога наблюдается нерегулярно. Условия жизни благополучные, профессиональных вредностей нет, работает продавцом-консультантом. В прошлом 1,5 года назад имел место туберкулёзный 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 лёгкого 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.

Эталоны ответа к задаче № 182

- 1) Туберкулёма верхней доли левого лёгкого в фазе инфильтрации. МБТ(–).
- 2) Положительные результаты иммунодиагностики указывают на то, что больная инфицирована МБТ. В пользу туберкулёза - наличие контакта по этому заболеванию при отсутствии профилактических заболеваний. Отсутствие ФЛГ в течение 3 лет способствует хронизации туберкулёзного процесса. Бессимптомное течение заболевания, невыраженные симптомы интоксикации, отсутствие физикальных изменений характерны для туберкулём малого размера. Чёткие контуры округлого образования свидетельствуют о наличии капсулы вокруг специфического образования. Расположение в верхних отделах лёгких, субплеврально – типично для туберкулём. МБТ не выявлены методом микроскопии, что характерно для туберкулёмы (отсутствие или скудное бактериовыделение). Анализы на ВИЧ, гепатиты В и С обязательны для больных туберкулёзом.
- 3) Компьютерная томография лёгких 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 туберкулёза 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 туберкулёзом. 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 туберкулёмой в большинстве случаев благоприятный. При стационарном клиническом течении 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 № 183

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°C, усиление кашля с мокротой, появление одышки. Профилактическая флюорография 2 года назад, обнаружены единичные очаги Гопа.

Из анамнеза: контакт с больным туберкулёзом отцом, умершим от туберкулёза 1 год назад. В противотуберкулёзном диспансере никогда не наблюдался. Противоэпидемические мероприятия в очаге не проводились. Условия жизни неблагоприятные, 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

верхних и средних отделах, непостоянные влажные хрипы над всеми лёгочными полями.

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

Был госпитализирован во фтизиатрический стационар.

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

Исследование мокроты на МБТ микроскопически – отр. Посев методом ВАСТЕС - рост МБТ, устойчивых к рифампицину и изониазиду.



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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 184

Основная часть

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

Анамнез: в течение трёх 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 туберкулёзом 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 отстаёт в акте дыхания, межрёберные промежутки сглажены. Отмечается укорочение перкуторного звука над нижними отделами левого лёгкого, голосовое дрожание ослаблено, дыхание в этих отделах не прослушивается. Со стороны органов брюшной полости - без особенностей.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - $4,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $5,0 \times 10^9$ %, 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 лёгочного поля и реберно-диафрагмального синуса. Затенение имеет косую верхнюю границу, идущую сверху вниз и снаружи внутрь.



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 туберкулезной этиологии плеврита у этого больного.
- 5) Назначьте режим химиотерапии при отсутствии обнаружения МБТ в патологическом материале.

Эталоны ответа к задаче № 184

- 1) Левосторонний экссудативный туберкулёзный 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 туберкулёзной этиологии плеврита молодой возраст, постепенное развитие интоксикационного синдрома, гиперергические результаты пробы Манту и Диаскинтеста, туберкулёзный 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 трансудат. 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 туберкулёза и других заболеваний. Фибробронхоскопия для диагностики возможного туберкулёза бронхов. УЗИ почек и органов брюшной полости для исключения внелёгочных локализаций. При невозможности установить диагноз этими методами используют пункционную биопсию плевры; торакоскопию с биопсией плевры – в биоптате определяют наличие туберкулёзных гранулем и МБТ (подтвердить туберкулёзную 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 туберкулёзе.

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 аминазидеаминазы – 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%.

5) Назначается III режим химиотерапии, состоящий из основных препаратов: Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 185

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.

Эталоны ответа к задаче № 185

- 1) Диффузный токсический зоб. Тиреотоксикоз тяжелое 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, рентгеновскоелечение
- 5) В отношении эндокринной офтальмопатии легкой и средней степени тяжести при своевременной диагностике и лечении – благоприятный, при тяжелой форме – неблагоприятный.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 186

Основная часть

Пациентка Н. 28 лет в течение трёх лет страдает болезнью Аддисона. Получает заместительную терапию: 5 мг Преднизолонa 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 тяжёлое. 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 объём 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.

Эталоны ответа к задаче № 186

- 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 в следствие угнетения глюконеогенеза в печени, а так же умеренное повышение креатинина, говорящее о снижении скорости

клубочковой фильтрации на фоне снижения ОЦК. На ЭКГ возможны проявления гипокалиемии. Так же для подтверждения диагноза целесообразно определение активности ренинаплазмы (ожидается значительное повышение от нормальных значений), АКТГ крови (ожидается значительное повышение от нормальных значений).

4) Лечение ОНН базируется на следующих основных принципах: 1) массивная заместительная терапия кортикостероидами; 2) регидратация и коррекция электролитных расстройств; 3) 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 прием 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 № 187

Основная часть

На приёме 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. Объём 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. Отёков 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 ммоль/л, креатинин – 80 мкмоль/л, АЛТ – 65, АСТ – 53. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) -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 объём 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.

Эталоны ответа к задаче № 187

- 1) Сахарный диабет 2 типа. Индивидуальный целевой уровень гликозилированного гемоглобина менее 6,5%. Ожирение 2 степени, абдоминальная форма. Артериальная гипертензия II стадии, 2 степени, риск ССО4.
- 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 тяжелых 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 приёмов пищи – не выше 8,0 ммоль/л.

3) Объём 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 легких, осмотр стоп с определением тактильной, температурной, вибрационной чувствительности и определением рефлексов, офтальмоскопию (осмотр врача-офтальмолога), осмотр невролога при выявлении клинических проявлений нейропатии.

4) Лечение данного пациента должно включать: 1) немедикаментозные методы лечения – изменение образа жизни (изменение питания, увеличение физической активности); 2) медикаментозную терапию (гипогликемизирующую, гипотензивную, гиполипидемическую при наличии дислипидемии). Немедикаментозная терапия направлена на снижение массы тела: 1) 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. 2) Оптимальной физической нагрузкой для пациента будет являться ходьба 30-60 минут ежедневно, но не менее 3-х раз в неделю. 3) Целесообразно обучение пациента в школе сахарного диабета. Медикаментозная терапия: 1) Гипогликемизирующая: метформин 500 мг 2 раза в сутки с постепенным увеличением дозировки до 850-1000 мг 2 раза в сутки под контролем гликемии. 2) Гипотензивная: в основе терапии должны использоваться ингибиторы АПФ или блокаторы ангиотензиновых рецепторов, целевые параметры АД 120-140/70-85 мм рт.ст. 3) 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 № 188

Основная часть

Пациентка М. 30 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на снижение массы тела на 10 кг в течение 3-х последних месяцев, учащённые 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 теплые, «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 – $3,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 135 г/л, лейкоциты – $6,4 \times 10^9/л$, тромбоциты – $311 \times 10^9/л$, 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: объём 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 объём 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.

Эталоны ответа к задаче № 188

- 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 аутоиммунный генеззаболевания.
- 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 приема 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 № 189

Основная часть

Больная И. 23 лет на приеме 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 перенесенных 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 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.

Эталоны ответа к задаче № 189

- 1) Диффузно – токсический зоб II степени, тиреотоксикоз средней степени тяжести. Эндокринная офтальмопатия I стадия
- 2) Диагноз «диффузно токсического зоба (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.Т3), 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 её васкуляризации. Консультация окулиста, УЗИ диагностика орбит. УЗИ диагностика орбит – определение размеров ретробульбарного пространства, плотности ретробульбарной клетчатки и толщины экстраокулярных мышц. Клинический анализ крови (уровень лейкоцитов крови)
- 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 6-8ч. По сколько 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 40-120мг/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 № 190

Основная часть

Больной М. 44 лет на приёме 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 отёк. Распределение жировой клетчатки равномерное. Пальпируется перешеек и

обе доли щитовидной железы, больше правая; железа плотная, безболезненна. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16. Границы относительной тупости сердца: левая - 1,5 см снаружи от средне-ключичной линии; правая – на 1,5 см снаружи 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 счет 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 - $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $5,8 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 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.

Эталоны ответа к задаче № 190

- 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 развёрнутой 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 её васкуляризации, 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 № 191

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 расчёсов. В лёгких 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 селезёнка 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 проведенного 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 приём к врачу. В результате проведённой 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.

Эталоны ответа к задаче № 191

- 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: метформин, и ДПП-4 или аГПП-1.
- 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 3 месяца. Самоконтроль гликемии глюкометром.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 192

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 лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 16. 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 селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

При осмотре окулистом 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 СКД-ЕРІ) - 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.

Эталоны ответа к задаче № 192

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 гипертензия II стадии, 2 степени, риск ССО 4. Гиперлипидемия.

2) Диагноз «сахарного диабета (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 врача-окулиста. Диагноз «хронической болезни почек» определен по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) на протяжении 3 месяцев (анамнестические данные) и снижение СКФ. Установление степени артериальной гипертензии основано на цифрах АД, измеренных во время приема. 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; ЭХО – КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; мониторинг АД для оценки стабильного повышения АД,

4) Препараты сульфаниламочевины: 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 193

Основная часть

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 приёмом 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 избежания гипогликемических состояний.

Эталоны ответа к задаче № 193

- 1) Сахарный диабет 1 тип. Целевой уровень HbA1c < 6,5%. Гипогликемические состояния.
- 2) Диагноз «сахарного диабета 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 тяжёлых 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. 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 № 194

Основная часть

Больной 39 лет на приёме у врача-терапевта участкового жалуется на слабость, учащённое мочеиспускание, нарушение сна, похудение. Из анамнеза известно, что первые симптомы заболевания появились примерно через 2 месяца после тяжёлого 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 и 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?

Эталоны ответа к задаче № 194

- 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 развиваться коллапс.
- 5) При несахарном диабете назначают синтетический аналог Вазопрессина – Десмопрессин в форме таблеток, подъязычных таблеток или спрея.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 195

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. Отёчность лица. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС - 58 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Температура тела 36,3°C. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под края рёберной 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 данного пациента?
- 5) Показано ли данной пациентке оперативное лечение?

Эталоны ответа к задаче № 195

- 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 (расчетная доза 125мкг).
- 5) Необходимость оперативного лечения возникает в связи со значительным увеличением щитовидной железы и компрессионным синдромом. Клинически симптомов сдавления близлежащих органов нет, объём щитовидной железы следует уточнить при помощи УЗИ. На данном этапе показаний для оперативного лечения у пациента нет.

ЗАДАЧА № 196

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?

Эталоны ответа к задаче № 196

- 1) Синдром гипотиреоза (первичный послеоперационный гипотиреоз).
- 2) С целью уточнения причины и тяжести гипотиреоза, а также объёма 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 № 197

Основная часть

Больная Б. 26 лет, домохозяйка, поступила в эндокринологическое отделение 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 (продленный инсулин) 12 Ед в 8.00 и 14 ед. п/к в 20.00 и Ново-Рапид (инсулин короткого действия) 8ед. – 6 ед. – 4 ед. п/к. HbA1c 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. Отёков 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. Лактозе 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.

Эталоны ответа к задаче № 197

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, мочевины, калий, натрий (оценка состояния почек, печени при СД), липидограмма, МАУ, суточная протеинурия (д. нефропатия), расчет СКФ, ЭКГ (оценка ритма, ЧСС, возможных метаболических изменений, ГЛЖ), УЗИ органов брюшной полости (оценка структурных изменений печени, увеличение ее размеров), осмотр глазного дна офтальмологом (микроангиопатии при СД, ретинопатия), ЭМГ нижних конечностей (д.полинейропатия).

4) Диета №9, 35-40 ккал/кг/сут; \approx 24УЕ. Протафан–снизить вечернюю дозу на 3 ЕД и вводить в 23.00, далее коррекция по уровню гликемии в 3 часа ночи и натощак утром. Ново-рапид 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 приёма пищи, натощак, целевые значения гликемии для пациентки в настоящее время – натощак менее 6,5 ммоль/л, через 2 часа после приема 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, мочевины, 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 № 198

Основная часть

Больная И. 54 лет, секретарь-референт, обратилась на приём к врачу 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, тёплые. Периферических отёков 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 рёберной дуги. Щитовидная железа видна на глаз, при пальпации увеличена, эластична, подвижна при глотании, безболезненна. Симптомы Мебиуса, Грефе, Кохера, Краузе положительны; отёчный 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. Тактика дальнейшего наблюдения.

Эталоны ответа к задаче № 198

- 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, похудения 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 - отёчный экзофтальм с 2 сторон.

3) УЗИ щитовидной железы, ОАК (оценка лейкоцитарной формулы, использование тиреостатиков для лечения заболевания вызывает лейкопению), Р-графия ОГК (исключение инфильтративных изменений во избежании инфекционных осложнений на фоне лечения тиреостатиками); офтальмометрия, глазное дно, УЗИ орбит – оценка стадии офтальмопатии; ЭХО КГ- оценка функции сердца, ФВ, недостаточности клапанов, гипертрофии миокарда отделов сердца, дилатация полостей - на предмет развития тиреотоксического сердца; ОГТТ: возможно развитие нарушений углеводного обмена, т.к. тиреоидные гормоны относятся к контринсулярным ; липидограмма; биохимия крови – общий белок, АЛТ, АСТ, креатинин, мочевины - 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.

4) В-адреноблокатор для минимизации симптомов гиперadreнергии в результате потенцирующего 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, Т4св, АТ- к рецептору ТТГ.

Лечение эндокринной офтальмопатии при отсутствии фиброза в ретроорбитальной клетчатке – ГКС (противовоспалительный эффект, уменьшение отека 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 ulcerогенного 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, Т4св во время терапии, после отмены терапии. УЗИ щитовидной железы.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 199

Основная часть

Пациентка П. 31 года, учитель географии, поступила в эндокринологическое отделение с жалобами на сердцебиение, бессонницу, чувство жара, периодические подъёмы температуры до 37,1°C, 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°C, постоянное чувство жара, приступы сердцебиения при физической нагрузке. Около месяца назад появилась светобоязнь, чувство «песка» в глазах.

Объективно: состояние удовлетворительное, суевливая, рост 162 см, вес 55 кг. Кожные покровы телесного цвета, диффузно влажные, тёплые. Подкожная жировая клетчатка истончена. Отмечается мелкокоразмашистый тремор вытянутых рук, языка. Отёчность 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 рёберной дуги. Щитовидная железа визуализируется на расстоянии, диффузно увеличена обеими долями, плотная, с неровной поверхностью, безболезненная, шум не определяется. Симптом Мебиуса (+) с обеих сторон, Грефе (+), Кохера (-).

При лабораторных исследованиях:

общий анализ крови: СОЭ - 15 мм/час, гемоглобин – 125 г/л, лейкоциты – $5,6 \times 10^9$ /л; глюкоза плазмы – 6,61 ммоль/л, мочевины - 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. Тактика дальнейшего наблюдения.

Эталонные ответы к задаче № 199

1) Диффузный токсический зоб II ст (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. 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, мочевины - на фоне некомпенсированного тиреотоксикоза возможно развитие дистрофических изменений в печени, почках; УЗИ щитовидной железы -

оценка размеров зоба, структурных изменений ЩЖ, поиск узловых и объемных 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. ЭХО КГ - оценка состояния сердца, ФВ, недостаточности клапанов, гипертрофии миокарда отделов сердца, дилатация полостей - (диагностика развития тиреотоксического сердца); гликемический профиль, HbA1c; на фоне лечения тиреостатиками в динамике исследование ТТГ, Т4 св, АТ к рецептору ТТГ, ОАК, ЭКГ, офтальмометрии.

4) Анаприлин по 20 мг 3 раза/сут (в-адреноблокатор для минимизации симптомов гиперadreнергии в результате потенцирующего 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 5мг/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, Т4св во время терапии, после отмены терапии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 200

Основная часть

Мужчина А. 48 лет, слесарь, обратился на приём к терапевту поликлиники 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. Отеков, 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 лёгких ясный лёгочный перкуторный звук. При аускультации дыхание везикулярное над всеми лёгочными 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 налётом, влажный. Живот увеличен за счет жирового слоя. Печень выступает из-под рёберной дуги на 3 см, край закруглён. 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 1/3 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- контуры ровные, структура диффузно неоднородна, повышенной эхогенности. Сосудистый рисунок печени несколько обеднён. Внутривенные 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, чёткие, структура диффузно неоднородная, повышенной эхогенности. Селезёнка 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. Тактика дальнейшего наблюдения.

Эталоны ответа к задаче № 200

- 1) СД 2 типа, индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина менее 7,0%.
- 2) 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.
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).
Диагноз «д. полинейропатии» 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 «ожирения (абдоминальный тип)» выставлен на основании ИМТ-36,14кг/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 - д. нефропатии и уточнения ее стадии, липидограмма (повышение атерогенных фракций липидов), АЛТ, АСТ, общий белок, билирубин и его фракции - оценка функционального состояния печени, исключение синдрома цитолиза на фоне стеатогепатита; мочевиная 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).

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 приёма пищи, натощак (целевые значения гликемии для пациентки в настоящее время –

натошак 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, мочевины, 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 № 201

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, отёчность 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°C. Кожа бледная, сухая, на голених выражено шелушение. Пастозность лица, плотные отеки 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 лёгочной звук. В лёгких 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 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, узловых образований не определяются.

Симптомы Мебиуса, Кохера, Грефе – отрицательные.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,2 \times 10^{12}/л$ ($3,5-4,7 \times 10^{12}/л$), гемоглобина - 101 г/л; СОЭ - 15 мм/ч. Общий анализ мочи: жёлтая, 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. Тактика дальнейшего наблюдения.

Эталоны ответа к задаче № 201

- 1) Хронический аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма. Манифестный гипотиреоз. Вторичная аменорея. Хроническая железодефицитная анемия легкой степени тяжести.
- 2) Диагноз «гипотиреоза» 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 подтверждена наличием гипотиреоза, АТ-ТПО, данными УЗИ – уменьшение объема железы и диффузные изменения ее 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). 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 приёме 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 № 202

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. Отёков 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 лежа, сидя - 80/50 мм рт. ст. Границы сердца в пределах нормы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка 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 - $3,7 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - $4,0 \times 10^9/л$, эозинофилы - 4%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 41%, лимфоциты - 48%, моноциты - 3%, СОЭ - 13 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет - жёлтый, 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, мочевины – 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. Тактика дальнейшего наблюдения.

Эталоны ответа к задаче № 202

- 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 ренинаплазмы повышена), установление её первичного характера (АКТГ повышен), проба Манту, ПЦР, рентгенография органов грудной клетки- исключение туберкулеза как частой причины развития первичной надпочечниковой недостаточности, ВИЧ, сифилис. КТ забрюшинного пространства - оценка структуры и размеров надпочечников, гипоплазия, деструкция метастазами, каверны туберкулезные
- 4) Заместительная гормональная терапия вследствие недостаточной выработки гормонов корой надпочечников ГКС и МК: Гидрокортизон (Кортизон, Корттеф) 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 прием- 1/2 дозы рано утром, 2 прием- 1/4 дозы в 14.00, 3 прием -1/4 дозы - в 20.00 часов.
- 5) При стрессовых ситуациях, инфекционных заболеваниях вследствие увеличения потребности в ГК доза гормонов должна быть увеличена в 1,5-2 раза. Благоприятный прогноз при ранней диагностике и регулярном приёме гормонов, при отказе от него – резкая декомпенсация. Больные не должны заниматься тяжелым 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. Критериями адекватности терапии являются данные клиники и самочувствия пациента. Динамический контроль: ОАК, ОАМ, АЛТ, АСТ, общий белок, калий, натрий, хлор, креатинин, мочеви́на, ЭКГ, АД

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 203

Основная часть

Больная П. 35 лет обратилась на консультативный приём 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. Отёков, стрий, гирсутизма нет. При перкуссии лёгких над всеми лёгочными полями определяется ясный лёгочной 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 селезёнка 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 - $3,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 105 г/л, лейкоциты - $6,4 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 64%, лимфоциты - 24%, моноциты - 7%, СОЭ - 10 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет - жёлтый, 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, K - 4,2 ммоль/л, Fe - 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. Тактика дальнейшего наблюдения.

Эталоны ответа к задаче № 203

1) Послеоперационный гипотиреоз (субтотальная резекция щитовидной железы 2010 г.), манифестный, ст. декомпенсация.

Хроническая железодефицитная анемия, лёгкой степени тяжести.

2) Диагноз «гипотиреоза» 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 50мкг (молодой возраст и нет тяжелого 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 приёме 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, Т4св – на фоне терапии и через 3 месяца, при нормализации ТТГ – сначала 1 раз в 6 месяцев, затем 1 раз в год.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 204

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 объёме живот, стала сухой кожа, поредели волосы на голове, появились усы. Наблюдалась невропатологом в течение 3 лет в связи с болями в пояснице, которые трактовались как остеохондроз. В течение 2 лет наблюдалась терапевтом 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, её 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 бедрах - 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 счёт подкожной жировой клетчатки. Печень по краю реберной дуги, безболезненная. Лабораторное исследование. Общий анализ крови: эритроциты - $5,3 \times 10^9$ /л, гемоглобин - 135 г/л, лейкоциты - $10,2 \times 10^9$ /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, Na - 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. Тактика дальнейшего наблюдения.

Эталон ответа к задаче № 204

- 1) Болезнь Иценко-Кушинга, средней степени тяжести, прогрессирующее течение. Стероидный сахарный диабет.

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 объеме 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. диагностики БИК и СИК): положительная.

МРТ и КТ головного мозга: позволяет выявить микро- или макроаденому гипофиза.

4) Основными методами лечения БИК являются хирургический (трансфеноидальная аденомэктомия) и лучевой (протонотерапия).

Хирургическое лечение.

Трансфеноидальная аденомэктомия используется практически при любой степени 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 серьезных 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 ее распространение. Эффективность протонотерапии как самостоятельного метода лечения у пациентов молодого возраста при легком течении заболевания может достигать 96% (через 1-2года).

Медикаментозная терапия гиперкортицизма. При всех формах патологического эндогенного гиперкортицизма медикаментозную 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 ч и 16-18 ч), 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 среднетяжелых, 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 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 205

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 объеме живот, беспокоит сухость кожи, выпадение волос на голове. Обращался к 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: её 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 лёгких 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 счёт подкожной жировой клетчатки. Печень и селезёнка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, эластичная, безболезненная, узловых образований не пальпируются.

Результаты исследований. Общий анализ крови: эритроциты - $5,3 \times 10^9$ /л, гемоглобин - 135 г/л, лейкоциты - $10,2 \times 10^9$ /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, Na - 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 объеме.

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.

Эталоны ответа к задаче № 205

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 объеме живот, беспокоит сухость кожи, выпадение волос на голове), выделенных синдромов гиперкортицизма, хронической гипергликемии, артериальной гипертензии, ожирения, дермопатии, астении, остеопороза.

Ожирение - следствие гиперкортизолизма липогенезом в центральных частях тела или полизом 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. диагностики 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.

Аминоглутетимид (Мамомит) блокирует начальные этапы стероидогенеза, нарушая превращение холестерина в прегненолон. 250 мг 2-3 р/сут (в 8-9 ч и 16-18 ч), 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

Митоган 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 8-12г/сут.

Выбор ЛС и коррекция дозы зависят от переносимости, а так же 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, легкой форме и возрасте до 30 лет прогноз благоприятный. После успешного лечения наблюдается выздоровление. В случаях среднетяжелых, 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, Гидрокортизон агемисукцинат) каждые 4 часа, на 2- по 25–50 мг через каждые 6 часов, на 3 – 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 206

Основная часть

Больная К. 60 лет. Обратилась на консультативный приём 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 лёгких над всеми лёгочными полями определяется ясный лёгочной 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 селезёнка 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 - $3,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 122 г/л, лейкоциты - $5,9 \times 10^9/л$, эозинофилы - 2%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, лимфоциты - 26%, моноциты - 5%, СОЭ - 11 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет - жёлтый, 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, K - 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.

Т4 своб - 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. Тактика дальнейшего наблюдения.

Эталоны ответа к задаче № 206

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 объема 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 тяжелым нарушениям ЦНС, эндокринной, сердечно-сосудистой, пищеварительной и других систем. При экстрацеллюлярном отложении мукополисахаридов развивается муцинозный отек различных тканей и органов – микседема.

3) Пациентке рекомендовано: липидограмма (повышены ЛПНП, триглицериды); ЭХО-КГ 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).

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).

4) Этиологического лечения АИТ не существует.

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.

5) 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 свТ4 производят 1 раз в 6 месяцев. Цель – уровень ТТГ 0,5- 1,5 мкМЕ/мл.

При неадекватном лечении гипотиреоза - тяжелое поражение внутренних органов с развитием их функциональной недостаточности

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 207

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. Отёков нет. Тонус мышц повышен. Тонус глазных яблок повышен. Сухожильные рефлексы повышены. В лёгких ясный лёгочный 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, пузырьные симптомы отрицательные, селезёнка 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 - $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 146 г/л, лейкоциты - $6,9 \times 10^9/л$, эозинофилы - 2%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 55 %, лимфоциты - 31%, моноциты - 6%, СОЭ - 8 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет - жёлтый, 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. Тактика дальнейшего наблюдения.

Эталоны ответа к задаче № 207

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% - т. к. отсутствуют тяжелые макрососудистые осложнения и риск тяжелых 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: нейрогликопенического и гиперadreнергического, уровня гликемии - 2,2 ммоль/л

Механизм развития синдромов.

Непосредственной причиной гипогликемических состояний при сахарном диабете обычно являются нарушения режима приема 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 симпато-адреналовую 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.

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).

4) Внутривенное введение 40% р-ра Глюкозы 20-100 мл до полного восстановления сознания; при отсутствии восстановления сознания -

переходят на в/в капельное введение 5% р-ра 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 отека 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 приемом пищи, дозировкой сахароснижающих препаратов и физической активностью. При неадекватном лечении комы - летальный исход. При неадекватном лечении СД - возникновение тяжелых осложнений, инвалидизирующих больного и укорачивающих его жизнь

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 208

Основная часть

Больная П. 24 лет дома потеряла сознание, родственники вызвали скорую помощь. 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 тяжёлое. Положение пассивное (лёжа 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 лёгких при перкуссии - ясный лёгочной звук. Дыхание глубокое, шумное, резкий запах ацетона в выдыхаемом воздухе, ЧД – 32 в минуту. В лёгких 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, напряжён при пальпации во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, печень +2 см из-под рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется, почки не пальпируются, синдром поколачивания - отрицательный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, эластичная, узловых образований не определяются. Лактореи нет. Данные обследования. Общий анализ крови: эритроциты - $3,7 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 124 г/л, лейкоциты - $10,2 \times 10^9/л$, эозинофилы - 4%, базофилы -

1%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 17%, моноциты - 8%. СОЭ - 24 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет - жёлтый, 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, мочевины - 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.
- 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.

Эталон ответа к задаче № 208

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 учащённое мочеиспускание. В результате организм теряет жидкость, происходит обезвоживание, что вызывает неутолимую жажду, приводит к сухости, снижению тургора кожных покровов, снижению веса. В моче 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 ведёт к ещё большим цифрам гликемии. Однако клетки продолжают испытывать энергетический голод, что ведёт 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-оксимасляная 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.

Диабета на основании молодого возраста, дебюта с развития кетоацидотической комы.

Целевой HbA1C < 6,5% - так как молодой возраст и отсутствие тяжелых макрососудистых осложнений и риска тяжёлых 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, мочевины-12,7 ммоль/л), электролитных нарушений - гипонатриемии, 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 длительности 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 ЕДИКД 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 отёка 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 K⁺ не известен, в/в кап введение препаратов калия начинают не позднее чем через 2 часа после начала инсулинотерапии под контролем ЭКГ и диуреза.

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 эндокринолога по месту жительства. Мониторинг пациентов включает в себя: самоконтроль гликемии - не менее 4 раз ежедневно. Гликированный гемоглобин HbA_{1c} 1 раз в 3 месяцев. Непрерывное мониторирование уровня глюкозы крови (СGM) – 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, мочевины, креатинин, калий, натрий, расчет СКФ) 1 раз в год (при отсутствии изменений). Контроль АД - при каждом посещении врача. При наличии артериальной гипертензии – самоконтроль 2 -3 раза в день. ЭКГ 1 раз в год. Осмотр ноги 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 офтальмолога (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 № 209

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 туберкулёзном диспансере с диагнозом «фиброзно-кавернозный туберкулез, МБТ (+), множественная лекарственная устойчивость». Абацилирован на 2 ряду препаратов. Находится на 2 группе диспансерного учёта. 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. Отёков нет. Дыхание по всем легочным полям везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушённые, шумы не выслушиваются. АД - 85/60 мм рт. ст. в положении лёжа, 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 налётом. При пальпации живота по всей поверхности отмечается умеренная болезненность. Печень и селезёнка не пальпируются. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, эластичная, безболезненная, узловых образований не пальпируются.

Результаты обследования:

Общий анализ крови:

Нв, г/л — 110, эритроциты — $3,2 \times 10^{12}$, лейкоциты — $3,8 \times 10^9$, эозинофилы — 5, базофилы — нет, юные нейтрофилы — нет, палочкоядерные — 2, сегментоядерные — 44, лейкоциты — 47, моноциты — 2, СОЭ мм/ч — 15

Общий анализ мочи:

Цвет: жёлтый; удельный вес — 1018, белок — 0.018, сахар — отр., ацетон — отр., лейкоциты — 1-2 в поле зрения, эритроциты — нет, эпителий — 1-2 в поле зрения, цилиндры — нет

Биохимические показатели:

АСТ	21	Ед/л	Калий	5.9	Ммоль/л
АЛТ	16	Ед/л	Натрий	129	Ммоль/л
Глюкоза	3.4	Ммоль/л	Хлор	90	Ммоль/л
Мочевина	6.3	Ммоль/л	Креатинин	95	Мкмоль/л

R-г ОГК: Признаки перенесенного фиброзно-кавернозного туберкулеза лёгких.

КТ надпочечников: размеры обоих надпочечников увеличены, определяются участки кальцификации.

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.

Эталоны ответа к задаче № 209

1) Туберкулёз надпочечников. Хроническая надпочечниковая недостаточность, тяжёлой степени тяжести. Анемия лёгкой степени тяжести (вследствие надпочечниковой недостаточности). Фиброзно-кавернозный туберкулёз лёгких, МБТ (-), множественная лекарственная устойчивость.

2) Диагноз «туберкулёз надпочечников» поставлен на основании: данных анамнеза – перенесённый фиброзно-кавернозный туберкулёз лёгких, на КТ надпочечников: размеры обоих надпочечников увеличены, определяются участки кальцификации, характерная для туберкулёза 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), тяжёлая степень тяжести - пациент требует заместительной терапии и глюко- и минералокортикоидами. На декомпенсацию ХНН указывает наличие большого количества синдромов.

Анемия легкой степени выставлена на основе данных ОАК (гемоглобин - 110 г/л).

Диагноз «фиброзно-кавернозный туберкулёз лёгких» выставлен на основе анамнеза, данных R-граммы лёгких.

Механизм развития синдромов. Гиперпигментация кожи и слизистых оболочек - следствие избыточной секреции АКТГ и β -меланоцитостимулирующего гормона. Общая и мышечная слабость – следствие гипогликемии, гипонатриемии 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 её первичного характера (АКТГ повышен).

Проба Манту, ПЦР для подтверждения туберкулёза.

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, Кортэф) 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 Преднизолон 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.

5) Прогноз: удовлетворительный при регулярном приёме 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 тяжёлым 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, мочевины, ЭКГ, АД.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 210

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 приёма 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 лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 66 ударов в минуту, АД – 170/100рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. У рёберного края пальпируется умеренно увеличенная селезенка (+3 см), при пальпации безболезненна. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Общий анализ крови: эритроциты – $7,5 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 187 г/л; лейкоциты - $12,8 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 4%, базофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 12%, сегментоядерные нейтрофилы - 74%, лимфоциты - 5%, моноциты - 1%, тромбоциты - 434×10^9 /л, СОЭ – 1 мм/ч. Увеличение селезёнки. Гематокрит - 56%, ОЦК – 8,5 л. Общий анализ мочи без патологических отклонений.

Вопросы:

- 1) Ваш предположительный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?
- 4) Составьте план дополнительного обследования для уточнения основного диагноза.
- 5) Лечебная тактика, выбор препаратов.

Эталоны ответа к задаче № 210

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

2) Диагностическими критериями эритремии (развёрнутая стадия), которые имеются у данного пациента, являются: увеличение числа эритроцитов крови (более 6×10^{12} /л у мужчин); увеличение содержания гемоглобина (более 177 г/л у мужчин); лейкоцитоз более 12×10^9 /л (при отсутствии явных причин для появления лейкоцитоза); тромбоцитоз более 400×10^9 /л; увеличение селезёнки.

У больного имеются жалобы, связанные с наличием синдрома опухолевой интоксикации (потливость). Кожный зуд объясняется гиперпродукцией базофилами гистамина.

Повышается объём циркулирующей крови, развивается симптоматическая артериальная гипертензия.

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

4) Молекулярно-генетическое исследование, направленное на обнаружение мутации V617F в гене JAK2 (янус - киназа). Недавние исследования обнаружили связь мутации V617F в гене JAK2 с истинной полицитемией (болезнь Вакеза).

Исследование насыщения артериальной крови кислородом для исключения симптоматических эритроцитозов, обусловленных гипоксией.

Исследование содержания эритропоэтина крови.

Цитохимическое исследование – для эритремии характерна повышенная активность щелочной фосфатазы нейтрофилов.

Радионуклидное сканирование костей – для эритремии характерно расширение «плацдарма» кроветворения.

В развёрнутой 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%.

5) Для профилактики тромбозов показана терапия дезагрегантами (Аспирин, или Дипиридамол, или Тиклид, или Плавикс, или Аспирин в сочетании с Тренталом). При наличии клиники тромбозов к терапии добавляются непрямые антикоагулянты.

Если кровопускания недостаточно эффективны, при сохранении панцитоза, нарастающей спленомегалии, выраженной конституциональной симптоматике, тромбозах или, напротив, патологической кровоточивости, назначается цитостатическая терапия. Из цитостатических препаратов на первом этапе назначается гидроксимочевина (гидреа) под контролем показателей периферической крови 1 раз в две недели.

Если пациент молод (менее 45 лет) – оптимальным лечением является интерферонотерапия в дозе 3 млн ЕД п/к 3 раза в неделю.

Показана терапия гипотензивными препаратами с нефропротективными препаратами (аллопуринол для профилактики мочекишечного диатеза), а также препаратами, улучшающими региональную микроциркуляцию: ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 211

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 приёма пищи, по поводу чего 3 года назад находилась в больнице, где у неё 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 тяжёлое, больная без сознания, температура 36°C, резкая бледность кожи и слизистых оболочек, кожа чистая, отёков 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 селезёнка.

Анализ крови: эритроциты - $1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 50 г/л, цветовой показатель - 1,5, макроцитоз, тельца Жолли и кольца Кебота; имеются мегалобласты; тромбоциты - $18 \times 10^9/л$, лейкоциты - $4 \times 10^9/л$, базофилы - 0%, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 50%, лимфоциты - 42%, моноциты - 5%, полисегментированные гигантские нейтрофилы, ретикулоциты - 0,1%, СОЭ - 30 мм/ч. Сахар в крови и креатинин в пределах нормы. Анализ мочи без патологии. На ЭКГ: ритм синусовый, отрицательные зубцы Т в левых грудных отведениях.

Вопросы:

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Критерии основного диагноза.
- 3) Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?
- 4) Дополнительные методы обследования.
- 5) Лечебная тактика, выбор препаратов.

Эталоны ответа к задаче № 211

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

2) Критериями В12-дефицитной анемии являются: снижение содержания эритроцитов

(менее $3,0 \times 10^{12}/л$);

повышение цветового показателя (более 1,1);

макроцитоз;

появление мегалоцитов;

полисегментоядерность нейтрофилов, тельца Жолли и кольца Кебота;

проявления фуникулярного миелоза: боли в поясничной области при резких наклонах, парестезии;

для окончательного подтверждения диагноза необходимо выявить этиологическую причину В12 дефицитного состояния.

- 3) Анемическая кома, фуникулярный миелоз, циркуляторно-гипоксический синдром.
- 4) Определение содержания витамина В12 и фолиевой кислоты в сыворотке крови, содержание железа и ферритина в сыворотке крови, стерильная пункция с оценкой миелограммы (исключить гемопоэтическую дисплазию), оценка ретикулоцитарного криза на фоне терапии, фиброгастродуоденоскопия, фиброколоноскопия (исключить дивертикулёз толстого кишечника), исследование титра антител к гастромукопротеину, кал на яйца глист (исключить глистную инвазию), копрологическое исследование (исключить мальабсорбцию).
- 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 № 212

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, отёки голеней, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота. В анамнезе: 20 лет назад перенёс пневмонию. С тех пор беспокоит кашель с мокротой, преимущественно по утрам, кашель усиливался в осеннее и зимнее время. Периодически при повышении температуры до 37-39°C 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°C) впервые появились отёки, 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. Туберкулёзом ранее не болел, контакт с больными туберкулёзом отрицает. Аллергологический анамнез – без особенностей.

Состояние тяжёлое, выражен диффузный цианоз, цианоз губ. Снижение мышечной массы верхнего плечевого пояса. Конечности на ощупь тёплые, отёки голеней, бёдер. Положение в постели горизонтальное. Грудная клетка бочкообразной формы. Надключичные пространства выбухают. Экскурсия грудной клетки ограничена. При перкуссии над лёгкими - коробочный звук и опущение нижних границ лёгких. 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 лёгочной артерии. Пульс - 112 ударов в минуту, ритмичен. АД - 100/70 мм рт. ст. Шейные вены набухшие, особенно на выдохе. Живот увеличен в объёме из-за асцита. Печень выступает из-под рёберной дуги на 4-5 см, эластичная, болезненная при пальпации.

Рентгенограмма – диффузное усиление лёгочного рисунка, горизонтальный ход рёбер, признаки эмфиземы лёгких, 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 - $5,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 174 г/л, цветовой показатель - 1, полихроматофилия, анизоцитоз, пойкилоцитоз, ретикулоциты - 3%, лейкоциты - $12,5 \times 10^9/л$, базофилы - 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 61%, лимфоциты - 34%, тромбоциты – $33 \times 10^9/л$, моноциты - 9%, СОЭ - 2 мм/ч.

Вопросы:

- 1) Ваш предположительный диагноз.
- 2) Критерии основного диагноза.
- 3) Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?
- 4) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- 5) Лечебная тактика, выбор препаратов.

Эталоны ответа к задаче № 212

1) ХОБЛ, тяжёлое течение, в фазе обострения. Эмфизема лёгких.

Дыхательная недостаточность 3 степени. Хроническое лёгочное 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 лёгочного 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 лёгочного рисунка, проявления эмфиземы лёгких. На ЭКГ - признаки перегрузки правого желудочка. В клиническом анализе крови - вторичный эритроцитоз, что свидетельствует о существовании длительной выраженной гипоксемии.

3) Дыхательная недостаточность

3 степени. Эмфизема лёгких.

Вторичные бронхоэктазы (?)

Хроническое лёгочное сердце в фазе декомпенсации.

Недостаточность кровообращения 2б по правожелудочковому типу, 3 функциональный класс. Асцит.

Вторичный эритроцитоз.

Согласно шкале mMRC у больного очень тяжёлая одышка, которая делает невозможным выход из дома и возникает при минимальной физической нагрузке, что соответствует 3 степени дыхательной недостаточности.

О хроническом лёгочном сердце в фазе декомпенсации свидетельствует застойная сердечная недостаточность, гепатомегалия, асцит, признаки перегрузки правых отделов сердца на ЭКГ. Вторичный эритроцитоз свидетельствует о выраженной гипоксемии.

Ведущее значение в диагностике ХОБЛ имеет исследование функции внешнего дыхания. Обязательным является определение следующих показателей: жизненная ёмкость лёгких (ЖЕЛ), фиксированная жизненная ёмкость лёгких (ФЖЕЛ), объём форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) и значение ОФВ1/ФЖЕЛ. Критерием диагноза ХОБЛ является величина отношения ОФВ1/ФЖЕЛ <70%.

4) Компьютерная томография грудной клетки помогает уточнить не только характер эмфиземы, но и обнаружить бронхоэктазы.

Эхокардиография позволит уточнить состояние правых отделов сердца и определить лёгочную гипертензию и степень её выраженности.

Цитологическое исследование мокроты даёт информацию о характере воспаления и его активности.

Необходимо проведение бактериоскопического и бактериологического исследования мокроты с использованием современных методик (ПЦР, ДНК диагностика).

5) При ХОБЛ тяжёлой 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 больного ХОБЛ тяжёлого 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 преднизолона), сроком не более 2 недель с постепенной полной отменой. Показана антибактериальная терапия респираторными фторхинолонами (левофлоксацин, моксифлоксацин).
Коррекция гипоксии с помощью оксигенотерапии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 213

Основная часть

В приёмный 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°C, стал беспокоить сухой, а затем влажный кашель с трудно отделяемой мокротой розового цвета. Прогрессивно нарастала слабость, одышка, усилился кашель, в течение последних суток не мочился.

При осмотре состояние тяжёлое, сознание спутанное. Кожные покровы бледные, прохладные, цианоз губ, акроцианоз. Субиктеричность склер. Температура тела - 35,8°C. Дыхание поверхностное. ЧД - 44 в минуту. Пульс - 118 в минуту, нитевидный. Тоны сердца глухие. АД - 80/50 мм рт. ст. Над лёгкими укорочение перкуторного тона в заднебоковых отделах правого лёгкого. В этих же отделах дыхание ослабленное, выслушиваются влажные хрипы и шум трения плевры. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, край мягкий, умеренно болезненный. Периферических отёков нет.

Анализ крови: лейкоциты - 21×10^9 /л, базофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы

– 18%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 16%, моноциты – 2%, СОЭ - 58

мм/час., АСТ - 0,7; АЛТ - 1,28; КЩС: РН - 7,5; Р CO₂ - 20; Р O₂ - 50; ВЕ - 10.

Вопросы:

- 1) Ваш предположительный диагноз.
- 2) Критерии основного диагноза.
- 3) Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?
- 4) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- 5) Лечебная тактика, выбор препаратов.

Эталон ответа к задаче № 213

1) Внебольничная пневмония нижней доли правого лёгкого тяжёлого течения. Дыхательная недостаточность 3 степени. Инфекционно-токсический шок. Острое повреждение почек.

2) Клинические проявления, острое начало заболевания, синдром очаговых изменений лёгочной ткани с объективными признаками внутриальвеолярной экссудации.

Тяжёлое течение пневмонии обусловлено выраженной интоксикацией, тяжёлым общим состоянием, повышением температуры тела до 40°C, 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 лёгких 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 учётом результатов бактериологического исследования мокроты. При тяжёлой пневмонии показано введение двух антибиотиков: Левофлоксацин + Цефтриаксон; Цефотаксим + Макролид; Эртапенем + Макролид.

Отхаркивающие средства (Ацетилицеин, Лазольван).

Восстановление ОЦК, плазмозаменители сочетанием коллоидных и кристаллоидных растворов.

Дезинтоксикационная терапия (реополиглюкин).

Оксигенотерапия. ИВЛ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 214

Основная часть

Больная А. 18 лет, студентка. Поступила на 12 день болезни в тяжёлом состоянии. Заболела остро. Повысилась температура до 39°C, появились боли в горле при глотании. Тогда же заметила увеличение шейных лимфоузлов. Лечилась амбулаторно, однако состояние не улучшалось, нарастала слабость. Кожные покровы и слизистые бледные, говорит с трудом. Температура тела до 40°C. Шейные, заднешейные и подчелюстные лимфоузлы увеличены в размерах (3×6, 4×8 мм), болезненные. На коже геморрагические пятна. Десна разрыхлены. Зев гиперемирован, миндалины увеличены, отечны, покрыты гнойным налетом, имеются некротические язвы. Легкие - перкуторно лёгочный звук, дыхание везикулярное. Границы сердца не изменены. Систолический шум на верхушке, тоны громкие. Пульс - 120 в минуту, ритмичный. Язык красный. Живот мягкий, безболезненный. Селезёнка и печень не пальпируются.

Анализ крови: эритроциты - $2,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 83 г/л, ретикулоциты - 0,1%, цветовой показатель - 1,0; тромбоциты - $5,0 \times 10^9/л$; лейкоциты - $0,8 \times 10^9/л$; эозинофилы - 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 7%, ю. - 90%, моноциты - 2%, СОЭ - 72 мм/час. Стерильный пунктат: общее количество миелокариоцитов - $6,8 \times 10^9/л$. Гранулоцитов нет. Группы бластных клеток составляют 70%.

Вопросы:

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

Эталоны ответа к задаче № 214

- 1) Острый лимфобластный лейкоз. Панцитопения. Агранулоцитоз. Некротическая
- 2) Панцитопения, агранулоцитоз и некротическая ангина могут быть в дебюте остролейкоза. Основным критерий диагноза «острый лейкоз» - больше 20% бластов в крови или костном мозге. У больной - почти тотальная бласттрансформация костного мозга. В связи с наличием синдрома лимфопролиферации наиболее вероятен лимфобластный лейкоз. Для уточнения диагноза показана стерильная пункция, анализ миелограммы с иммуногистохимическими методами, иммунофенотипированием, цитогенетическое исследование.
- 3) Панцитопения, агранулоцитоз, некротическая ангина, геморрагический диатез, возможно развитие нейролейкемии.
- 4) Миелограмма с морфологическим и цитохимическим исследованием. Иммунофенотипирование бластных клеток. Пункционное исследование увеличенных лимфатических узлов. Цитогенетическое исследование с оценкой цитогенетической группы риска. МРТ головного мозга, оценка появлений нейролейкемии. Анализ спинномозговой жидкости. Томография и рентгенография грудной клетки для оценки поражения лимфатических узлов средостения.
- 5) Полихимиотерапия, направленная на индукцию и консолидацию ремиссии (протокол T-prolong, СНОР), аллогенная миелотрансплантация, профилактика нейролейкемии, лечение некротической ангины антибактериальными препаратами широкого спектра действия парентерально.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 215

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 небо». 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 рёберной дуги, селезёнка – на 6 см. В крови анемия гиперрегенераторного типа (ретикулоцитоз). Билирубин - 48 мкмоль/л, непрямой - 40 мкмоль/л. Микросфероцитоз эритроцитов.

Вопросы:

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

Эталоны ответа к задаче № 215

- 1) Болезнь Минковского-Шаффара, фаза обострения, гепатолиенальный синдром, трофические язвы голеней.
- 2) Врождённая 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 гипербилирубинемия, уробилинурия, наличие в костном мозге компенсаторной реакции эритроидного ростка на гемолиз, а также обнаружение спленомегалии без признаков портальной гипертензии.
- 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 № 216

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 лёгочной артерии. Частота дыханий - 28 в минуту. Выслушиваются влажные хрипы в нижних отделах лёгких. Печень у края рёберной дуги, периферических отёков 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) Ваш предположительный диагноз.
- 2) Критерии основного диагноза.
- 3) Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?
- 4) Дополнительные методы обследования.
- 5) Лечебная тактика, выбор препаратов.

Эталоны ответа к задаче № 216

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 подъёма 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 лёгких.

4) Экстренная коронароангиография. Непрерывный мониторинг ЭКГ, АД, СИ. Экстренная эхокардиография с доплерографией

Рентген грудной клетки.

Маркеры повреждения миокарда в динамики. КОС крови в динамике.

Креатинин крови, глюкоза, липидный спектр.

5) Основные лечебные задачи: купирование болевого синдрома;

торможение процесса тромбообразования в коронарной артерии;

восстановление кровотока по коронарной артерии и профилактика её ретромбоза; гемодинамическая и нейрогуморальная разгрузка сердца.

Для купирования болевого синдрома у больного с развивающимся отёком лёгких 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 лёгких.

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 150-300мг (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 подъёмом 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.

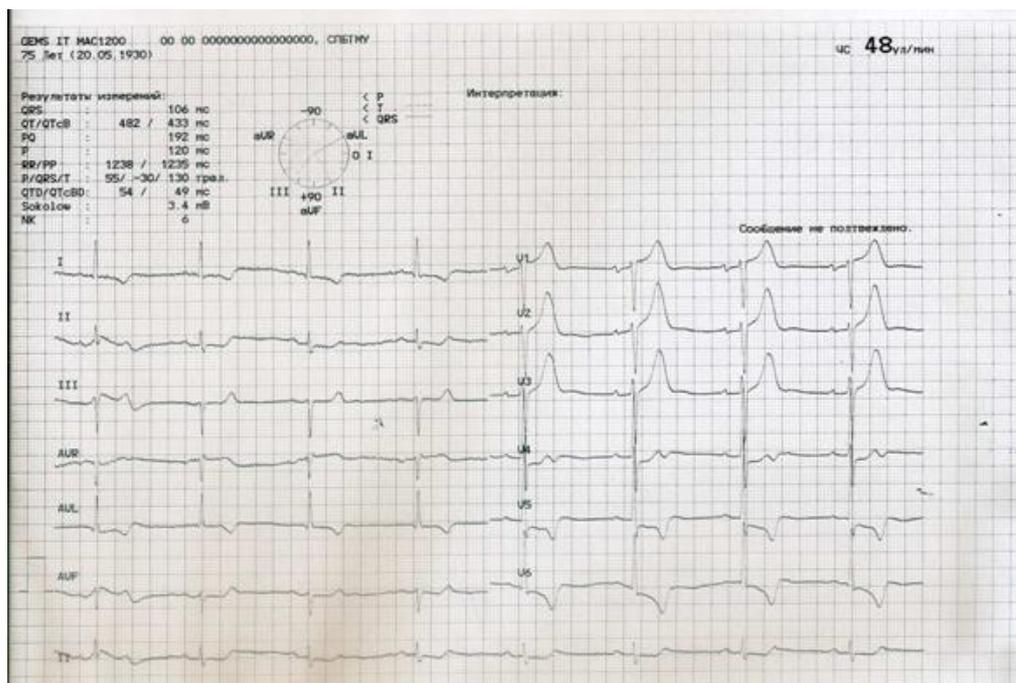
Если коронарное вмешательство не может быть выполнено в течение 120 минут от первого контакта с медицинским работником - показано проведение тромболиза с последующим выполнением коронарографии: незамедлительно при неэффективном тромболизе и в сроки 3-24 часа при эффективном тромболизе с проведением ангиопластики и стентирования инфаркт - ассоциированной артерии, если сохраняется функционально значимый стеноз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 217

Основная часть

Больного В. 52 лет, инженера-строителя, в течение года беспокоят приступы давящих загрудинных болей при быстрой ходьбе и подъеме на 3-й этаж, длящихся 5 минут и проходящих в покое или после приёма 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 съёмке ЭКГ патологических изменений выявлено не было. Врач-терапевт участковый рекомендовал приём 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 мониторинга при повторном обращении к врачу-терапевту участковому на ЭКГ у больного в покое отмечены следующие изменения.



Вопросы:

- 1) Ваш предположительный диагноз.
- 2) Критерии основного диагноза.
- 3) Составьте план дополнительного обследования.
- 4) Укажите факторы, определяющие группу риска у данного пациента.
- 5) Лечебная тактика.

Эталоны ответа к задаче № 217

- 1) Острый коронарный синдром без подъёма ST. Не Q инфаркт миокарда переднебоковой стенки левого желудочка (?). Желудочковая экстрасистолия.
- 2) У больного имеются клинические проявления острого коронарного синдрома: нестабильной стенокардии (прогрессирующая стенокардия напряжения, стенокардия покоя) или дебюта не Qинфаркта 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 доплерографией.
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:

Аспиринa 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 Эптифибатид).

Так как больной относится к группе высокого риска, ему показана экстренная коронароангиография с ангиопластикой и стентированием.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 218

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 подъёмы 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 голени участки пигментации, трещины на стопах, микоз стоп. Пульс - 78 в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты.

В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Пульсация а. dorsalis pedis и tibialis posterior отчетливая. АД - 165/95 мм рт. ст.

В анализе крови: глюкоза натощак - 8,6 ммоль/л, HbA1C - 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 СКД-ЕРІ) - 71,6 мл/мин; альбуминурия - 120 мг/сутки.

Вопросы:

- 1) Ваш предположительный диагноз.
- 2) Критерии основного диагноза.
- 3) Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?
- 4) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
- 5) Лечебная тактика, выбор препаратов.

Эталоны ответа к задаче № 218

1) Сахарный диабет тип 2. Артериальная гипертония II стадии, II степени, риск ССО 4. Ожирение 2 ст. Гиперлипидемия. Диабетическая полинейропатия, дермопатия. Диабетическая нефропатия. Хроническая болезнь почек С2 стадии, альбуминурия А2 стадия.

2) Сахарный диабет диагностируется на основании анамнестических данных (слабость, сухость во рту, жажда у женщины пожилого возраста с абдоминальным ожирением и отягощённой наследственностью) 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 приёма. 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» определён по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) на протяжении 3 и более месяцев (анамнестические данные) и снижении СКФ.

Диабетическая полинейропатия - особенности жалоб, для уточнения диагноза требуется осмотр невролога.

3) 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 окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗ-исследование 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 с 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).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 219

Основная часть

Больная М. 21 года заболела после переохлаждения. Заболевание началось с повышения температуры до 39°C, боли и припухлости в коленных, голеностопных и локтевых суставах, увеличения и болезненности подчелюстных лимфоузлов. На щеках яркий румянец. Беспокоят острые боли в нижних отделах лёгких при глубоком вдохе, кашле.

При осмотре: состояние тяжёлое, 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 лёгких - жёсткое дыхание, шум трения плевры. Периферические отёки нижних конечностей. В анализах крови – анемия, тромбоцитопения, лейкопения. В анализах мочи выраженная протеинурия, изменённые эритроциты, зернистые и восковидные цилиндры, суточная потеря белка 4 г.

Вопросы:

- 1) Ваш предположительный диагноз.
- 2) Укажите диагностические критерии основного заболевания.
- 3) Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?
- 4) Дополнительные методы обследования.
- 5) Лечебная тактика, выбор препаратов.

Эталоны ответа к задаче № 219

1) Системная красная волчанка, острое течение, III степень активности. Гломерулонефрит, нефротическая форма. Нефротический синдром. Полиартрит. Миокардит. Плеврит. Панцитопения. Дисковидная эритема.

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.

2) Для верификации достоверного диагноза СКВ необходимо наличие четырёх 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 АТ 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.

Рентгенологическое 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 220

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. Отёков нет. Клинический анализ крови: гемоглобин - 168 г/л, эритроциты - $5,4 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $10,5 \times 10^9/л$, 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, Ca⁺⁺ 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 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) Ваш предположительный диагноз.
- 2) Укажите диагностические критерии основного заболевания.
- 3) Укажите лечебную тактику.
- 4) Какова профилактика острой надпочечниковой недостаточности?
- 5) Тактика ведения больной после хирургического лечения.

Эталон ответа к задаче № 220

- 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 аденэктомия.
- 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 приём Кортизона ацетата внутрь - 50 мг в день, затем в течение 3 месяцев 20 мг в день и ещё в течение 6 месяцев 10 мг в день.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 221

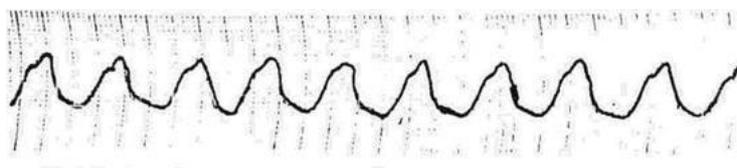
Основная часть

Больной 71 года вызван врач скорой помощи. Жалобы на одышку, слабость, головокружение и учащённое 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 полугодия не учащались. Отмечает отёки 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 лёгочной артерии. Частота дыхания - 26 в 1 минуту. В лёгких жёсткое дыхание, мелкие влажные хрипы в нижних отделах. Печень + 5 см ниже рёберной дуги. Отёки голеней.

На ЭКГ, снятой сразу после осмотра больной с целью оценки характера нарушений ритма:



Вопросы:

- 1) Дайте описание изменений на электрокардиограмме.
- 2) Ваш предположительный диагноз.
- 3) Проведите обоснование Вашего предположительного диагноза.
- 4) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
- 5) Лечебная тактика, выбор препаратов.

Эталоны ответа к задаче № 221

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 тяжёлыми поражениями левого желудочка. Учитывая длительность пароксизма, у больной – устойчивая форма.

2) Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения III функциональный класс. Постинфарктный кардиосклероз (Q инфаркт миокарда заднеинferiorной стенки левого желудочка в 2012 году). Гипертоническая болезнь III стадии, риск ССО4. Пароксизм желудочковой тахикардии, устойчивая форма. Аритмический шок I стадии. Сердечная недостаточность II Б стадии, IV функциональный класс.

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 ЭХО-КГ для оценки размеров полостей сердца и наличия тромбов, оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек.

Коронароангиография.

Лабораторные исследования: оценка маркеров повреждения 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 должна 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 β -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 № 222

Основная часть

Больной Д. 55 лет, начальник автоколонны №1236. Обратился с жалобами на изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища и в положении лёжа; кислую отрыжку и избыточную саливацию во время сна.

Анамнез заболевания: указанные симптомы испытывает в течение трёх 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

больше 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 налётом. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. Пальпация внутренних органов затруднена из-за абдоминального ожирения. Печень по краю рёберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные. Зоны Шоффара, Губергрица - Скульского безболезненные.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 143 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $8,6 \times 10^9$ /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 отёчна, умеренно гиперемирована, кардия зияет, при натуживании в грудную полость пролабирует слизистая желудка; в желудке умеренное количество жидкости, слизь; слизистая желудка ДПК без особенностей.

Rg – графия пищевода и желудка: пищевод свободно проходим, прослеживаются продольные складки на всём 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 своевременна, луковица ДПК без особенностей.

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 рефлюкса и болевого синдрома не было. При ФЭГДС исчезли гиперемия и отёк слизистой. Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте ваш выбор.

Эталоны ответа к задаче № 222

- 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, отёк 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 приём 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).

4) Для патогенетической терапии следует выбрать ИПП, причём 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 приёма пищи и на ночь. Этот препарат способен образовывать в желудке плотную пену «плот», который перегораживает желудок на 2 полости, причём над плотом рН значительно выше чем под ним, и если идёт заброс в пищевод содержимого верхних отделов, то оно не обладает столь выраженными агрессивными свойствами. Двойное действие – это увеличение 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 хирурга 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 – приём 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

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°C 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°C. Доставлен в приёмное отделение, где осмотрен хирургом, диагностирован острый аппендицит. При исследовании крови выявлен лейкоцитоз, пациент взят на операцию. При ревизии обнаружены утолщенная подвздошная кишка с отёчной рыхлой стенкой, увеличенные брыжеечные лимфоузлы. Червеобразный отросток не изменён. Произведена аппендектомия. В послеоперационном периоде появилась гипертермия до 38,5°C, 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-х 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. Лёгкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Живот участвует в дыхании, обычной конфигурации. При пальпации отмечает болезненность в правом нижнем квадранте, здесь же пальпируется уплотненная болезненная слепая кишка и несколько выше раздутые урчащие петли тонкой кишки. На остальном протяжении патологических изменений не выявлено. Печень по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 117 г/л, СОЭ - 34 мм/час, эритроциты - $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $12,6 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 51%, лимфоциты - 37%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 52 г/л, альбумины - 55%, глобулины: альфа 1 - 3,7%, альфа 2 - 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 всем протяжении без патологических изменений.

Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15-20 см. Имеются 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?

Эталоны ответа к задаче № 223

- 1) Болезнь Крона, илеоколит с поражением терминального отдела подвздошной кишки, хроническое рецидивирующее течение, средне-тяжёлая форма, осложнённая перианальным поражением (свищ).
- 2) Диагноз заподозрен на основании анамнеза: на операции выявлена утолщённая подвздошная кишка с рыхлой отёчной стенкой, увеличение брыжеечных лимфоузлов, неизменённым 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 средне-тяжёлой 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 ASCA 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 гранулём, а также массивной лимфоидной инфильтрации всех слоёв стенки кишки – вид булыжной мостовой при фиброколоноскопии; кал на микобактерии туберкулёза для дифференциальной диагностики с туберкулёзным 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

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 входила 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, повышаться температура до 37,1°C, появились отчётливые боли в правом подреберье и собственно эпигастрии, аппетит снизился, появилось лёгкое подташнивание, моча потемнела, окружающие заметили желтушность склер. Температура в течение дня имела небольшой размах 37,4-37,8°C.

В Сибири находился впервые.

Объективно: состояние средней степени тяжести, температура 37,4°C. Кожные покровы и склеры жёлтые. На коже немногочисленные участки петехиальной сыпи, расчёсы отсутствуют. Лёгкие и сердце без

патологических изменений. Живот болезнен в правом подреберье за счёт увеличенной печени, правая доля определяется ниже рёберной дуги на 4 см, левая доля занимает собственно эпигастрий, край печени закруглён, поверхность гладкая, плотно-эластической консистенции, болезненная при пальпации. Положительные пузырьные симптомы: Керра, Мерфи и Френикус. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $11,9 \times 10^9$ /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: α_2 – 12,2, α_1 - 6,3, β - 23,5%, глюкоза - 5,0 ммоль/л, общий билирубин - 68 (прямой - 50, не прямой - 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 внутрипечёночных жёлчных протоков.

Rg лёгких: 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.

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.

Эталон ответа к задаче № 224

1) Острый описторхоз, гепатохолангитический вариант, средней степени тяжести.

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 её 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 альфа 2 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.

Всё 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 паразиты (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 перекрёстная 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 расчёта 60 мг/кг массы тела. Празиквантел – антигельминтное средство, действующее на двуустку. Вызывает спазм мышц и последующий паралич у паразита, что ведёт 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 приёма, дезинтоксикационная терапия продолжается в день приёма и ещё 2-3 дня после. Затем назначаются спазмолитики (Мебеверин, Но- шпа внутрь на длительное время для расслабления внутрипечёночных 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.

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 путём лечения инвазированных лиц. Выключение начальных факторов передачи описторхисов осуществляется поддержанием высокого уровня санитарного состояния водоёмов. 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

Основная часть

Больной П. 54 лет, слесарь, жалуется на боли в эпигастральной области постоянного характера, усиливающиеся после приёма 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 перенёс 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 объём 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 четырёхдневного приёма алкоголя (водка 200 грамм ежедневно). Диету не соблюдал. Боль значительно усилилась, появилась отчётливая 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. Лёгкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 90 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Живот участвует в дыхании, немного подвздут, перитонеальные симптомы отр. При пальпации отмечает значительную болезненность в зоне Шоффара, точке Дежардена; зоне Губергрица - Скульского, точках Губергрица, передней и задней точках Мейо – Робсона.

При пальпации отделов кишечника болезненности, объёмных образований не выявлено. Печень по краю рёберной дуги, пузырьные симптомы (Кера, Мерфи. Ортнера) отрицательны. Селезёнка не пальпируется.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 157 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты - $5,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $11,2 \times 10^9$ /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. мочевины - 4,7 ммоль/л.

Копрограмма: объём 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 отёчна.

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. Селезёнка 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.

Эталон ответа к задаче № 225

- 1) Хронический кальцифицирующий панкреатит токсической этиологии, тяжёлое течение в фазе обострения. Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы тяжёлой 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 приёма 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 тяжёлой 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;

повторное исследование глюкозы, при необходимости тест толерантности к глюкозе.

Указанные исследования назначаются с целью уточнения степени поражения поджелудочной железы, внешнесекреторной и внутрисекреторной её недостаточности.

4) 1. Снять спазм сфинктера Одди, расслабить протоки поджелудочной железы на всём 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 устранил 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 объём секрета, уменьшение объёма 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; дражжированные 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

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 иррадируют, уменьшаются после молочной пищи.

Анамнез заболевания: в течение 2 лет периодически возникали боли и изжога, которые снимал приёмом молока, иногда Маалокса и Алмагеля. Полгода тому назад обследовался, выявлен гастродуоденит, принимал Омез 20 мг 2 раза и Маалокс. В течение трёх месяцев клинические проявления отсутствовали, в последнее время вновь появились

усилились боли, особенно ночные, изжога и отрыжка возникали ежедневно. Накануне госпитализации была двукратная рвота содержимым желудка, а затем жёлчью. 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 сохранён. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Лёгкие 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 налётом. 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 рёберной дуги, пузырьные симптомы (Кера, Мерфи. Ортнера) отрицательные. Селезёнка не пальпируется.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 157 г/л, СОЭ 4 мм/час, эритроциты $5,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $7,6 \times 10^9$ /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 отёка и яркой гиперемии, а также единичные подслизистые кровоизлияния. Луковица ДПК деформирована, на задней стенке луковицы – послеязвенный рубец звёздчатого 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.
- 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 отёка и гиперемии в желудке взят материал для цитологического исследования, выявлен Н. р. в большом количестве. Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте ваш выбор.

Эталоны ответа к задаче № 226

- 1) Язвенная болезнь ДПК, впервые выявленная тяжёлой степени, с локализацией язвы на передней стенке луковицы ДПК. Послеязвенный рубец задней стенки луковицы. Хронический антральный активный гастрит (Н.р.), дуоденит.
- 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 тяжёлой 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 отёка 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 микрокровоотечения из язвы.

4) Для язвозаживляющей терапии следует назначить ИПП (Эзомепразол, Рабепразол, Омепразол). Учитывая тяжёлую 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 H₂ - 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, лишённого сосудов).

Пациенту следует провести эрадикационную терапию: ИПП + Кларитромицин + Амоксициллин, курс – 10 дней. ИПП для эрадикационной терапии назначается по 20мг 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-Соллютаб, поскольку растворимая форма препарата обладает наибольшей биодоступностью – 93% против 70% у других амоксициллинов.

После проведения эрадикации, через 4-6 недель следует определить эффективность лечения

5) Исследование кала на антиген Н.р. методом ИФА. При отрицательном результате на Н.р.- больной должен находиться на диспансерном учёте, и при каждой ФЭГДС проводить забор материала на Н.р. При неэффективной эрадикации – рекомендуется квадротерапия: ИПП + Де-нол + Тетрациклин + Фуразолидон.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 227

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,

значительно уменьшаются или исчезают через 1,5-2 часа. Отмечает изжогу, иногда горечь во рту, аппетит сохранён, 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, копчёной, солёной 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 приёма пищи, независимо от её качества. Появилась изжога, которая часто сопровождалась горечью во рту. Снизил объём 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. Лёгкие без патологических изменений. Границы сердца в норме. ЧСС - 70 ударов в минуту, АД - 130/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Живот участвует в дыхании. При пальпации отмечает незначительную болезненность в эпигастрии.

При пальпации отделов кишечника болезненности, объёмных образований не выявлено. Печень по краю рёберной дуги, пузырьные симптомы (Кера, Мерфи. Ортнера) отрицательные. Селезёнка не пальпируется.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 148 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты - $5,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $7,6 \times 10^9$ /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, отёчные. 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 отёк.

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) Какие рекомендации необходимо дать пациенту для профилактики обострения заболевания?

Эталоны ответа к задаче № 227

- 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 виде изжоги и горечи во рту, свидетельствующих о забросе содержимого желудка и жёлчи в пищевод (вследствие увеличения давления в желудке), а также наличие дефекта слизистой и подслизистого слоя с воспалительным валом вокруг, что подтверждается биопсией, даёт 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 H₂ – 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 20мг 1 раз в день на 4 – 8 недель – сроки формирования белого рубца, несодержащего сосудов, поэтому более стойкого. При формировании белого рубца, что следует оценить при ФЭГДС, назначается терапия по требованию – при появлении признаков поражения желудка в течение 1-2 дней принимать ИПП.
- 5) Профилактика обострений заболевания включает рекомендации по диете (регулярный дробный приём пищи, запрет на алкоголь, курение, запрет на употребление ряда лекарственных средств).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 228

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 жёлтой 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 тяжёлое. Кожа влажная, цианоз губ и кончика носа. Температура - 36,8°C. Подкожно-жировой слой развит слабо. Отёки 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 лёгочным полям масса сухих хрипов. Границы сердца расширены вправо. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 120 в минуту, на лёгочном стволе - акцент 2 тона. АД - 130/70

рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Симптом

поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Общий анализ крови: эритроциты - $5,4 \times 10^{12}/л$; гемоглобин - 177 г/л; лейкоциты - $10,6 \times 10^9/л$; 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. Лёгочный рисунок деформирован. Корни расширены, бесструктурны. Диафрагма расположена обычно, синусы свободны. Выбухает ствол лёгочной артерии.

Спирограмма: индекс Тиффно – 65; ОФВ1 после БДТ - 29%. КЦС - рО₂, 46 мм рт. ст., SaO₂ - 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.

5) Через 6 месяцев регулярной терапии пациент бросил курить, отметил уменьшение одышки, купированы отёки. При осмотре гепатомегалия не определяется. ЧД – 24 в минуту. В легких 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., SaO₂ – 90. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Эталоны ответа к задаче № 228

1) ХОБЛ, крайне тяжёлой степени тяжести, обострение. ДН2. ИПЛ - 120пачко-лет. ХЛС, декомпенсация. НК 2Б. ФКЗ. Лёгочная 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 (объёма форсированного выдоха за первую секунду) - менее 80% от должной величины. Обострение – на основании усиления одышки, лейкоцитоза в общем анализе крови и ускорения СОЭ.

Крайне тяжёлая степень установлена на основании ДН в покое, признаков НК в покое и показателя ОФВ1 - 29%.

ДН 2 на основании - тахипное, показателей КЩС - рО₂, 46 мм рт. ст., SaO₂ - 78%.

ХЛС - установлен на основании увеличения размеров сердца вправо при осмотре. ХСН - на основании отёков на нижних конечностях, гепатомегалии, сердцебиения, слабости, недомогания, одышки смешанного характера. Лёгочная гипертензия установлена на основании акцента 2 тона при осмотре на лёгочной артерии, рентгенологически выбухания ствола лёгочной 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.

ЭХО-КГ для уточнения гипертрофии правых отделов сердца и уровня давления в лёгочной артерии. ЭКГ - для уточнения нарушений ритма на фоне ХЛС.

Для неотложной помощи – оксигенотерапия, так как имеется выраженная гипоксия. Для купирования бронхообструктивного синдрома - небулайзеротерапия с Беродуалом (25 капель) и Будесонидом 05% (2 мл) 3-4 раза в сутки.

4) С целью купирования обострения ХОБЛ, вызванного как правило микробной микрофлорой, рекомендовано назначение антибиотиков. С учётом наиболее частых возбудителей и неотягощённого 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 – Диурев 10мг.

В качестве базисной терапии рекомендовано отказ от курения и назначение М - холинолитика пролонгированного действия Тиотропия бромид (спирива) 18 мкг утром или Спирива-респимат 5 мкг утром. Поскольку ХОБЛ крайне тяжёлого течения рекомендовано назначение комбинированного препарата серетид – Мультидиск (бета-агонист пролонгированного действия Сальметерол 50 мкг в сочетании с иГКС флутиказонапропионат 500 мкг) 2 раза в сутки. Домашняя кислородотерапия.

5) Продолжить амбулаторно кислородотерапию малопоточную по 16 часов в сутки, продолжить приём базисной терапии М-холинолитик пролонгированного действия Тиотропия бромид (Спирива) 18 мкг утром или Спирива-респимат 5 мкг утром. Поскольку ХОБЛ крайне тяжёлого течения рекомендовано назначение комбинированного препарата серетид – Мультидиск (бета-агонист пролонгированного действия Сальметерол 50 мкг в сочетании с иГКС флутиказонапропионат 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

Основная часть

Пациентка А. 34 лет (не работает) поступила в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 38,4°C, сопровождающееся интенсивной ночной потливостью; ознобами; отёками голеней, увеличением объёма 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-х лет страдает инъекционной наркоманией. Наследственность не отягощена. Из перенесённых заболеваний отмечает скарлатину в детстве. Аллергологический анамнез не отягощён. Считает себя больной в течение полутора месяцев, когда стала отмечать нарастающую слабость, ночную потливость, повышение температуры тела до 38,4°C, сопровождающееся ознобами. За помощью не обращалась. Самостоятельно принимала жаропонижающие. В течение последних двух недель отметила нарастание отёков на ногах, увеличение объёма живота, появление боли в правом подреберье.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 37,8°C, кожные покровы бледные с желтушным оттенком, на коже нижних конечностей элементы геморрагической сыпи, отеки стоп и голеней. Лимфатические узлы не пальпируются. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. Перкуторный звук ясный лёгочный, 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 рёберной дуги. Край закруглён, мягкоэластической консистенции. Пальпируется край селезёнки. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные.

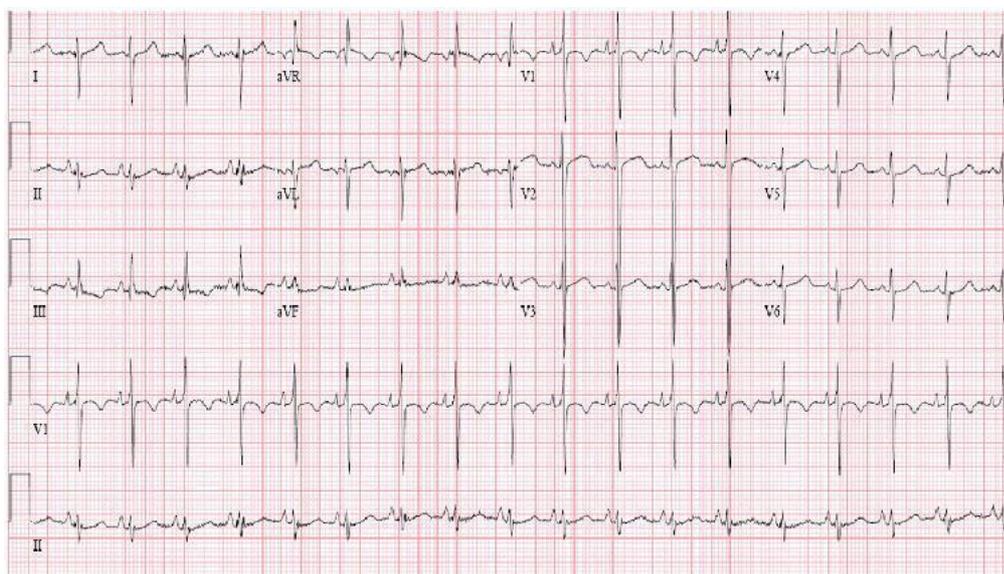
Общий анализ крови: гемоглобин - 104 г/л, эритроциты - $3,8 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $17 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 80%, лимфоциты - 9%, моноциты - 3%, эозинофилы - 1%, СОЭ - 48 мм/ч.

Общий анализ мочи: жёлтая, прозрачная, рН нормальная, удельный вес - 1016, белок - 0,02%, сахара нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эритроцитов нет.

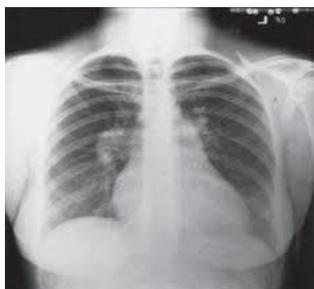
Биохимическое исследование крови: билирубин - 38,2 ммоль/л, АСТ - 74, АЛТ - 98, креатинин - 0,108 ммоль/л, глюкоза – 5,7 ммоль/л, холестерин – 5,0 ммоль/л, калий - 4,2 ммоль/л.

Гемокультура: в одной из 3-х проб рост золотистого стафилококка.

ЭКГ



Рентгенологическое исследование органов грудной клетки



Вопросы:

- 1) Выделите синдромы и обоснуйте их (объясните патофизиологический механизм их возникновения).
- 2) Сформулируйте диагноз.
- 3) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 4) Составьте план обследования для уточнения диагноза.
- 5) Определите план лечения.

Эталоны ответа к задаче № 229

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 – отёки нижних конечностей, асцит, гепатомегалия; синдром цитолиза – увеличение печёночных маркеров (АСТ и АЛТ).

2) Первичный стафилококковый инфекционный эндокардит, острое течение, с локализацией на трикуспидальном клапане, недостаточность трикуспидального клапана. ХСН IIa (правожелудочковая), ФКП.

3) Первичный инфекционный эндокардит: так как предположительно развился на неизменённом 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 (отёки 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. Консультация кардиохирурга.

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 учётом 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 учётом чувствительности к ним бактерий.

Определение *in vitro* чувствительности патогенных бактерий к АБ, выявление их минимальной подавляющей концентрации (МПК).

Проведение эмпирической АБТ цефалоспоридами 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. 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

Основная часть

Больная М. 56 лет, продавец ювелирного салона, госпитализирована 11.12.2014 г. 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 перенес 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 с 2001 г. страдает сахарным диабетом 2 типа, принимает Метформин 1000 мг/сут. Пользуется глюкометром, сахар крови в пределах 9,5 ммоль/л. С мая 2014 г. 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 2014 г. 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 приём 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 дёсен. 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 тяжёлое за счёт 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 приёмное отделение.

Объективно: состояние тяжёлое за счёт болевого синдрома в грудной клетке, одышки, гипотонии. При осмотре кожные покровы мраморной окраски, холодные, выражено влажные. Сохраняется одышка в покое, частота дыхания до 28 в минуту, пациентка принимает вынужденную позу полусидя. Аускультативно над всеми лёгочными полями влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс на лучевых артериях выражено 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. Отёков на нижних конечностях нет. По ЭКГ в приёмном отделении без динамики, по сравнению с пленкой СМП.

Дополнительные методы обследования. Общий анализ крови: гемоглобин - 139 г/л, лейкоциты – 11×10^9 /л, эритроциты – $4,8 \times 10^{12}$ /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.).

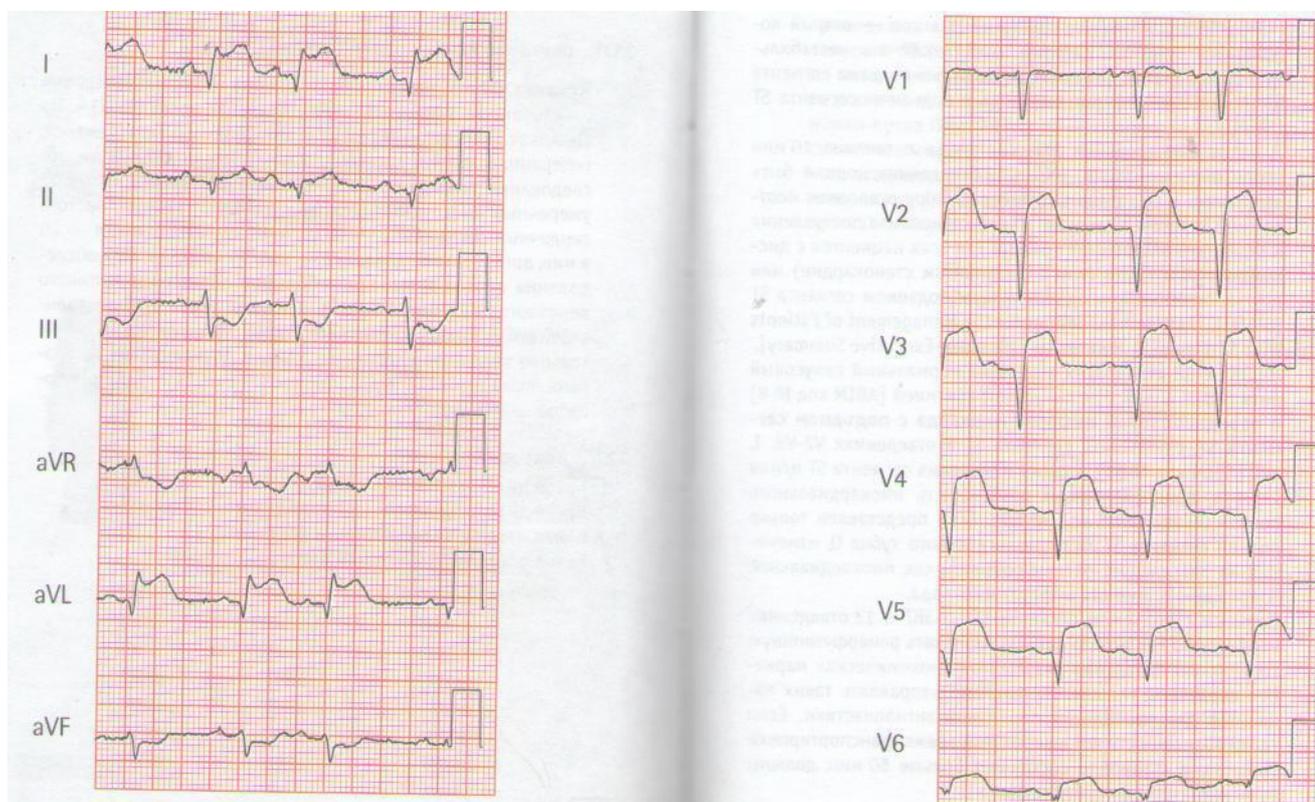
Давление заклинивания лёгочных капилляров – 23 мм рт. ст. (N - 10-18 мм рт. ст.).

Сердечный индекс – 1,9 л/мин/м² (N - 2,5-4,5 л/мин/м²).

Сатурация – 69% (N - 80-100).

Рентгенологически в лёгких венозный застой III степени, тень сердца расширена влево.

ЭКГ на этапе СМП



Вопросы:

- 1) Выделите синдромы, определите ведущий.
- 2) Сформулируйте диагноз.
- 3) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 4) Составьте план дополнительных обследований.
- 5) Назначьте лечение.

Эталоны ответа к задаче № 230

- 1) Синдромы:

болевым ангинозным или острым коронарным синдромом (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 распространённый (с элевацией сегмента ST), осложнённый острой митрально-папиллярной дисфункцией, отёком лёгких, 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 субэпикардального 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 отёк лёгких (тахипноэ, влажные хрипы в подлопаточных областях).

4) Развёрнутый общий анализ крови с определением гематокрита и тромбоцитов. Кровь на сахар, липидограмму, кардиомаркеры (КК-МВ, КК, тропонины).

Кислотно-основное состояние (pH, pCO₂, dE).

Анализ мочи на кетоновые тела (степень компенсации сахарного диабета).

Кровь на калий, натрий, креатинин, мочевины 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

Основная часть

Больная Т. 35 лет, офис-менеджер, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приёмное 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 отёк 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, ведёт малоподвижный образ жизни, курит, применяет комбинированные оральные контрацептивы.

Объективно: состояние тяжёлое. Кожа и видимые слизистые бледные, чистые, видимая пульсация шейных вен. Отмечается отёк правой нижней конечности, мягкий и тёплый наощупь, распространяющийся от уровня стопы до верхней трети бедра со слабо выраженным цианозом, умеренной болезненностью при пальпации и сохранённой пульсацией на артериях стопы, подколенной и общей бедренной артериях. Суставы без патологии. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно над лёгкими ясный лёгочный 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 лёгочной артерии. Шумов нет. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации. Печень выступает из-под рёберной 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 - $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $5,7 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 50%, лимфоциты - 35%, моноциты - 4%; СОЭ - 24 мм/ч.

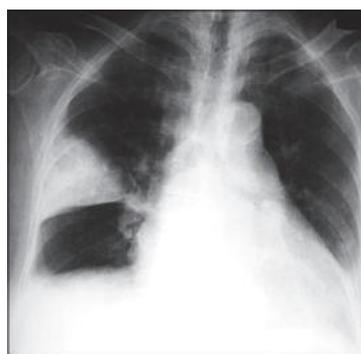
Общий анализ мочи: соломенно-жёлтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес - 1010, эпителий - 2-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры, соли не определяются.

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



Рентгенография ОГК



Вопросы:

- 1) Выделите синдромы, определите ведущий.
- 2) Интерпретируйте представленную электрокардиограмму.
- 3) Сформулируйте диагноз.
- 4) Составьте план дополнительных обследований.
- 5) Назначьте лечение.

Эталонные ответы к задаче № 231

- 1) Синдром дыхательной недостаточности, синдром острого лёгочного сердца, болевой синдром в грудной клетке, синдром венозной недостаточности, интоксикационный синдром.
Ведущий – синдром острого лёгочного 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 лёгочной артерии. Острое лёгочное 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.

5) Проведение системного лекарственного тромболитика (Стрептокиназа 250 000 МЕ в качестве нагрузочной дозы за 30 минут, далее 100000 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 Аписабан 10 мг 2 раза в день – 7 дней, затем 5мг 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 съёмного кава-фильтра.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 232

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-х дней, когда впервые в жизни появились вышеописанные жалобы. Учитывая их прогрессирующий характер, вызвала скорую помощь.

Объективно: сознание ясное, активна. Отёков нет. Рост - 178 см, вес - 107 кг. Отложение подкожно-жирового слоя на бёдрах и животе. Кожные покровы повышенной влажности. Грудная клетка гиперстеническая. В лёгких 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

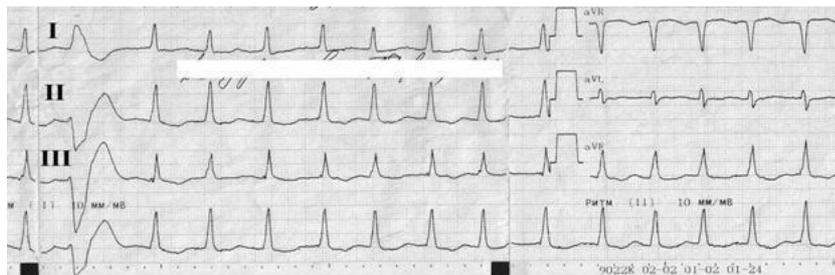
симметричный, неритмичный, неравномерный с частотой 100 ударов в минуту.

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 ммоль/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



Вопросы:

- 1) Сформулируйте предварительный диагноз.
- 2) Интерпретируйте представленную электрокардиограмму.
- 3) Составьте план дополнительных обследований.
- 4) Какие заболевания необходимо дифференцировать?
- 5) Назначьте лечение.

Эталоны ответа к задаче № 232

- 1) Артериальная гипертензия 3 степени, неуточнённой 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, мочевины, мочевого кислоты, глюкоза крови; коагулограмма; глазное дно, рентгенография 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, осложнённые нарушением ритма сердца – персистирующая тахисистолическая форма фибрилляция предсердий, неритмированная форма трепетания предсердия, синусовая тахикардия с частой экстрасистолией.

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 приём 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 приём 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

Основная часть

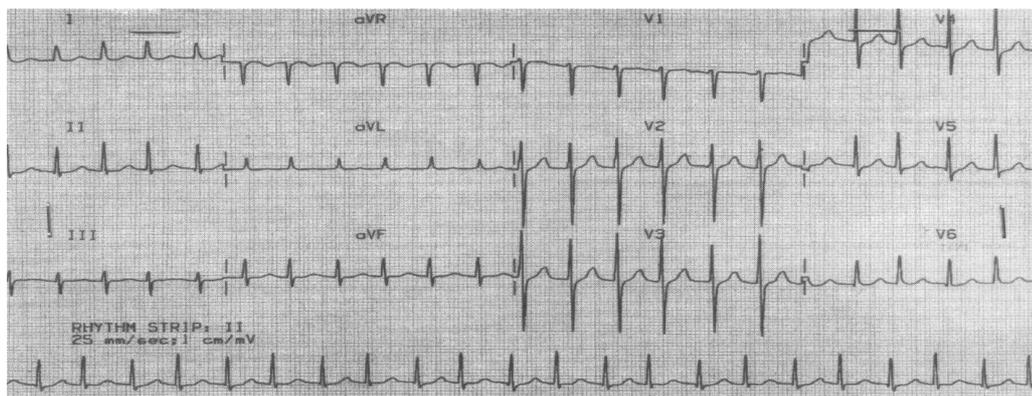
Больная Н. 46 лет, стюардесса внутренних авиалиний, обратилась с жалобами на приступы сильного учащенного сердцебиения, не связанные с физической нагрузкой, сопровождающиеся ноющими болями в прекардиальной области, периодические перебои в работе сердца.

Из анамнеза: приступы учащённого сердцебиения появились в течение последнего года, участились в течение трёх месяцев, двукратно отмечала обмороки. В детстве диагностировали «изменения на ЭКГ», которые в дальнейшем не подтверждались.

Объективно: больная нормального питания. Кожные покровы чистые, умеренной влажности. Отёков нет. Лучезапястные суставы гиперподвижны. Плоскостопие. В лёгких 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 рёберной 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.

Эталоны ответа к задаче № 233

- 1) Синдромы: нарушение ритмасердца; 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. Проплапс митрального клапана I степени без регургитации. Пароксизмальная AV тахикардия. ХСН 0.
- 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

Основная часть

Больной 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.

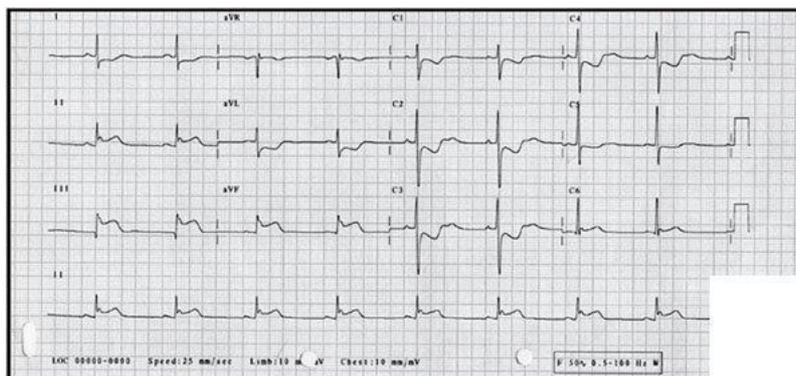
Антигипертензивные препараты принимает нерегулярно.

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 Лёгких. 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 лёгочными 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.

Эталоны ответа к задаче № 234

- 1) Синдромы: острой левожелудочковой недостаточности, артериальной гипертензии; электрокардиографический синдром острого субэпикардального повреждения. Ведущий синдром острой левожелудочковой недостаточности, основой которой является снижение систолической функции вследствие острого повреждения миокарда левого желудочка.
- 2) ИБС: инфаркт миокарда задненижний, атипичный (астматический) вариант начала, осложнённый отёком лёгких. Killip III. Гипертоническая болезнь III ст. Риск 4.
- 3) На основании остро возникшей левожелудочковой сердечной недостаточности (эквивалент ангинозного болевого синдрома в грудной клетке), признаков субэпикардального 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, статины в высокой дозировке (Аторвастатин 80мг/сут.).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 235

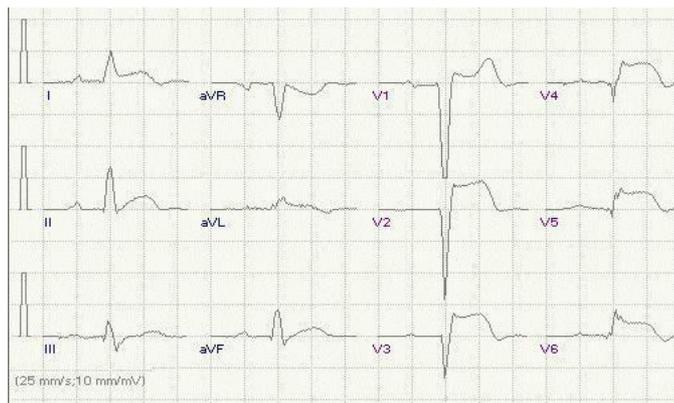
Основная часть

В приёмный покой скорой помощью доставлен больной 52 лет, шофер, с жалобами на резкие давящие боли за грудиной с иррадиацией в обе руки и левую лопатку, длящиеся более 4 часов, боль не купируется приемом 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 лёгочными полями определяется ясный лёгочный звук, при аускультации - дыхание жёсткое, 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. Отёков нет. В анализах: КФК-МВ - 98 Е/л

Записана ЭКГ



Вопросы:

- 1) Выделите синдромы, определите ведущий.
- 2) Сформулируйте диагноз.
- 3) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 4) Составьте план дополнительных обследований.
- 5) Назначьте лечение.

Эталон ответа к задаче № 235

1) Синдромы: острый коронарный (ангинозный), острой левожелудочковой недостаточности: шок (кардиогенный), отёк (интерстициальный) лёгких. Артериальной гипертензии (в анамнезе). Ведущий – острый коронарный синдром.

2) ИБС: инфаркт миокарда передний распространенный, осложнённый кардиогенным шоком, интерстициальным отёком лёгких (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 субэпикардального повреждения миокарда передней стенки левого желудочка, повышения концентрации маркера некроза миокарда

4) КФК-МВ-диагностирован инфаркт миокарда. Признаки кардиогенного шока – стойкая гипотония, периферическая гипоперфузия (бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения), начинающийся отёк лёгких (тахипноэ, влажные хрипы в подлопаточных областях).

Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (тропонин T или I, Глюкоза, креатинин с расчётом СКФ, K, Na), КЩС, ЭКГ в динамике, коронароангиография, ЭхоКГ, рентгенография органов грудной клетки, мониторинг центральной гемодинамики (установка катетера Сван-Ганса).

5) Наркотические анальгетики (Морфин) в/в, оксигенотерапия, инотропная поддержка (Дофамин, Норэдреналин), включая механическую (ЭКМО, внутриаортальную баллонную контрпульсацию), антикоагулянты, антиагреганты, статины, диуретики. Экстренно выполнить ЧКВ всех пораженных артерий. При невозможности ЧКВ – провести тромболитическую терапию.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 236

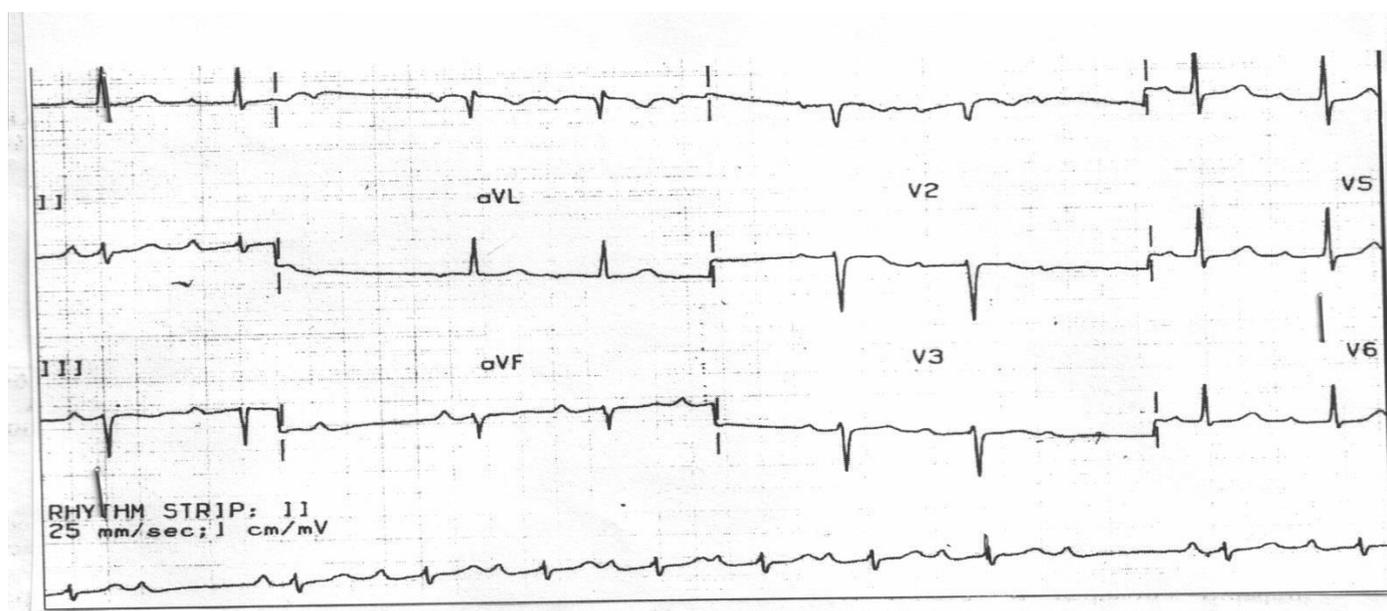
Основная часть

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 подъеме на 1 лестничный пролёт, давящие боли за грудиной при обычной физической нагрузке, купирующиеся приемом Нитроглицерина через 1-2 мин; кратковременные эпизоды потери сознания.

Из анамнеза: четыре года назад перенёс 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, отёков нет. В нижних отделах лёгких небольшое количество незвучных мелкопузырчатых хрипов. Тоны сердца глухие, аритмичные, ЧСС - 42 ударов в минуту, Ps - 42 в мин. АД - 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см ниже рёберной дуги, край ее ровный, закруглённый, 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.

Эталоны ответа к задаче № 236

- 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, ФКIII.

4) Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (тропонин Т или I, глюкоза, креатинин с расчётом 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 учётом 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

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, подъёме 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.

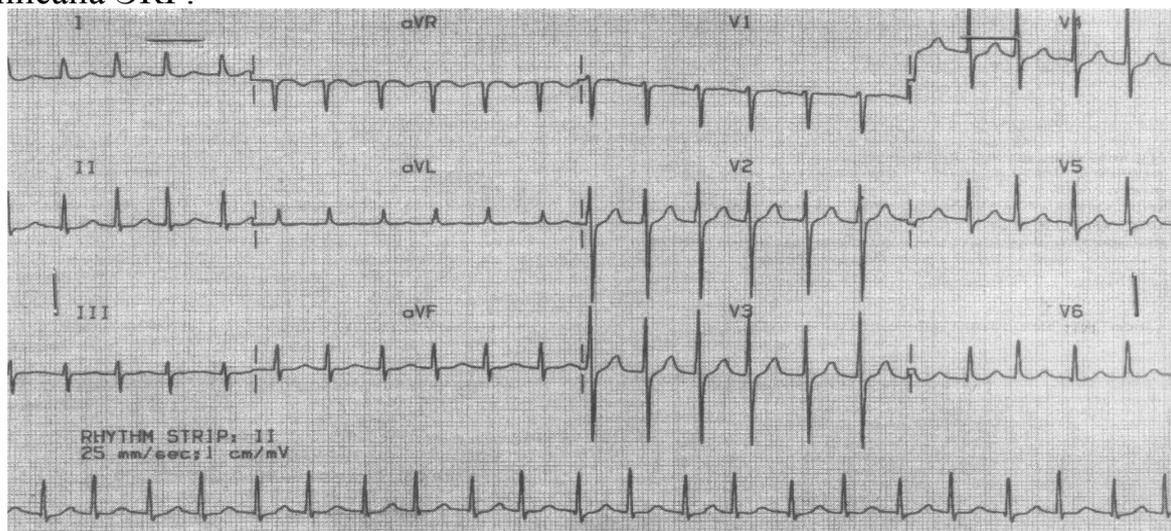
Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы

видимые слизистые бледные, чистые, нормальной влажности. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании. Перкуторно над лёгкими ясный лёгочный 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 рёберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются. В анализах: гемоглобин - 136 г/л, эритроциты - $4,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $5,7 \times 10^9$ /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%); Ao - 35 мм. Переднесистолическое движение передней створки митрального клапана и соприкосновение ее в диастолу с МЖП, среднесистолическое прикрытие створок клапана аорты, трансортальный градиент - 8,0 (норма - 5,0). Трикуспидальный клапан, клапан лёгочной артерии - без изменений.

Записана 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.

Эталоны ответа к задаче № 237

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

Основная часть

Больной Н. 50 лет, инженер, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на приступы сжимающих болей за грудиной, иррадиирующих в левую руку, возникающих при обычной ходьбе через 200-300 м и подъёме на 2-й этаж, купируются они после приема 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 приёмом 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. Объём талии 110 см. Кожные покровы и видимые слизистые обычного цвета, чистые, нормальной влажности. Отёков нет. Грудная клетка правильной формы, соответствует гиперстеническому типу конституции. Перкуторно над лёгкими ясный лёгочный 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.

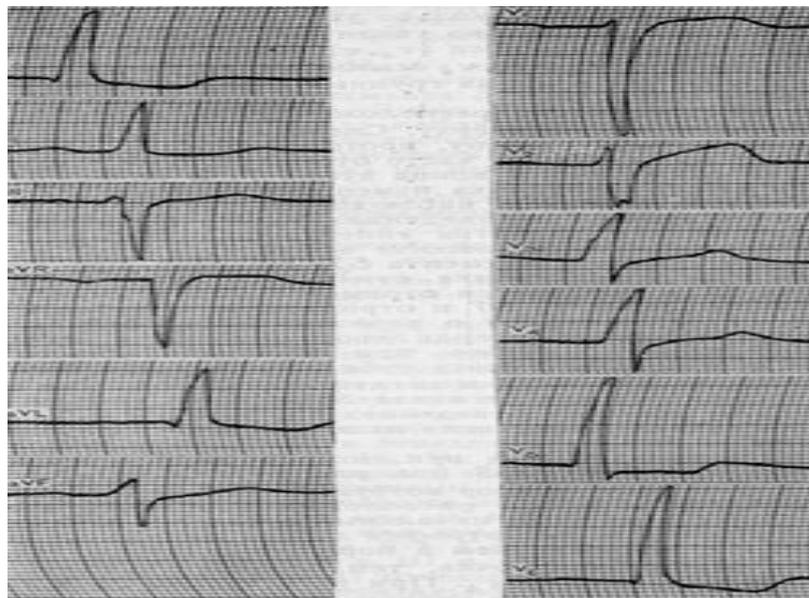
Общий анализ крови: гемоглобин - 140 г/л, эритроциты – $4,8 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – $5,7 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 4%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 52%, лимфоциты – 35%, моноциты – 6%; СОЭ – 6 мм/ч.

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



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.

Эталонные ответы к задаче № 238

- 1) Синдром стенокардии (типичный болевой синдром); 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 приёмом 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

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. Отёков нет. Над всей поверхностью легких перкуторно - лёгочный звук, при аускультации - дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена.

Границы сердца: правая - 1 см снаружи от правого края грудины, верхняя - II ребро, левая - 1,5 см снаружи от левой СКЛ в V межреберье. Верхушечный толчок в V межреберье, снаружи 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 рёберной 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 - $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $7,9 \times 10^9$ /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), мочевины - 9,0 ммоль/л (2,4-8,3), креатинин - 0,13 ммоль/л (0,014-0,44), калий - 5,4 ммоль/л (3,4-5,3), натрий - 135 ммоль/л (130-156).

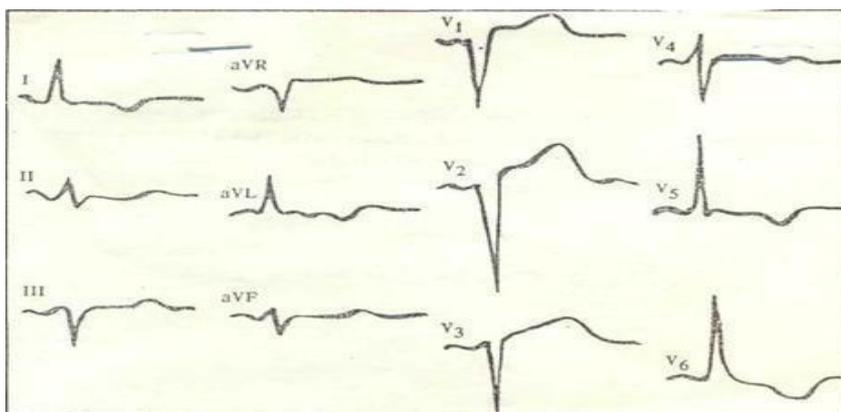
Изотопная ренография: умеренное снижение секреторной и экскреторной функции правой почки.

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



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.

Эталоны ответа к задаче № 239

1) Синдром:

артериальной гипертонии;

синдром кардиомегалии, преимущественно левых отделов;

синдром перемежающейся 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 становится «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.

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 вазодилатирующим действием);

аспирин, профилактика тромбоза в сосудах.

Активное выявление признаков коронарного атеросклероза (коронарография) и атеросклероза БЦА (ЦДС). Консультация 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

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 подъёме на 2-3-й 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. Отеки до средней трети голеней. Одышка в покое (ЧД - 24 в минуту). Дыхание везикулярное, мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах лёгких. 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 лёгочной артерии; выслушивается систолический шум на верхушке без проведения, над мечевидным отростком. Печень на 3 см ниже края рёберной дуги, поверхность её ровная, плотная, слегка болезненная при пальпации, край закруглён.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 108 г/л, эритроциты – $3,04 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $4,6 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 32%, моноциты – 1%; СОЭ – 19 мм/ч.

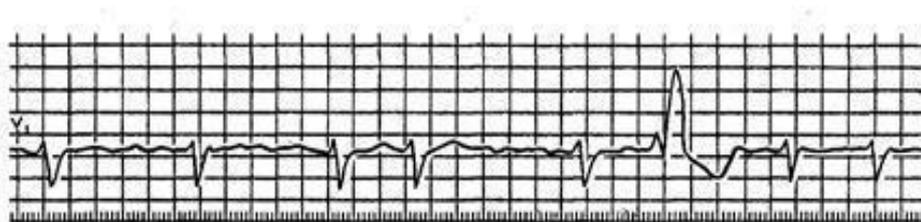
Общий анализ мочи: жёлтая, прозрачная, рН щелочная, удельный вес - 1012, белок – 0,033 г/л, сахар – нет, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эпителий, эритроциты, цилиндры, соли - нет.

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).

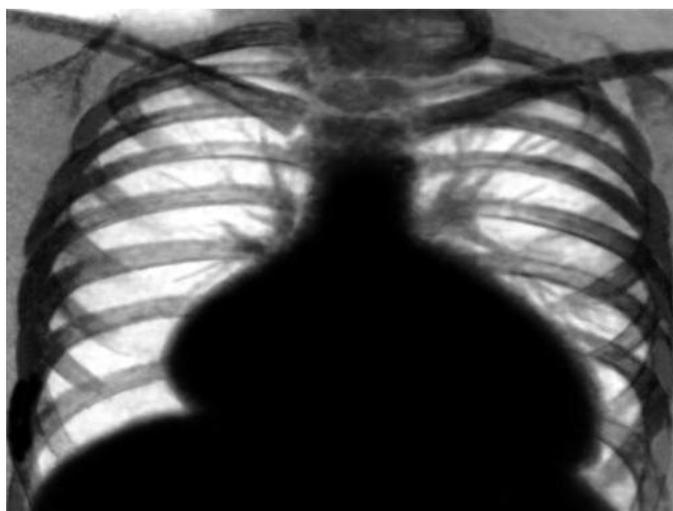
Протромбиновый индекс – 106%, фибриноген – 4,0 г/л (2-4).

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



Р-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.

Эталонные ответы к задаче № 240

- 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.
ХСН с признаками застоя по обеим кругам кровообращения, быстрое прогрессирование болезни, резистивность к лечению, нарушение ритма, кардиомегалия.
- 3) 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 мониторинг, белковые фракции, коагулограмма.
- 5) Антикоагулянтная терапия (Гепарин не более 30 тыс. ЕД в течение 7–10 дней; затем Варфарин (под контролем МНО) постоянно).
Лечение ХСН: ограничение соли, жидкости, ингибиторы АПФ (начать с малых доз), β -блокаторы, диуретики.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 241

Основная часть

Больная К. 32 лет, библиотекарь. Вызов врача 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°C до 39,5°C). Похудела за это время на 5 кг.

История жизни: с детства наблюдается участковым врачом по поводу перенесённой

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 отёчность на голенях. Температура тела - 39,1°C. В лёгких 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 рёберной дуги на 4 см, край закруглён, уплотнён, чувствителен при пальпации. Пальпируется край селезёнки. Почки не пальпируются.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 105 г/л; эритроциты - $3,14 \times 10^{12}$ /л; цветовой показатель - 0,96; СОЭ - 60 мм/ч; лейкоциты - $15,1 \times 10^9$ /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; α_1 - 7%; α_2 - 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. T 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.

Эталоны ответа к задаче № 241

- 1) Интоксикационный, мочевого, 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 доплерографией, рентгенография грудной клетки, 2 - часовая термометрия.

5) Показана экстренная госпитализация. Антибактериальная терапия (2 антибиотика, в/в путь введения). Дезинтоксикационная терапия. Консультация кардиохирурга: удаление септического очага, протезирование аортального клапана.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 242

Основная часть

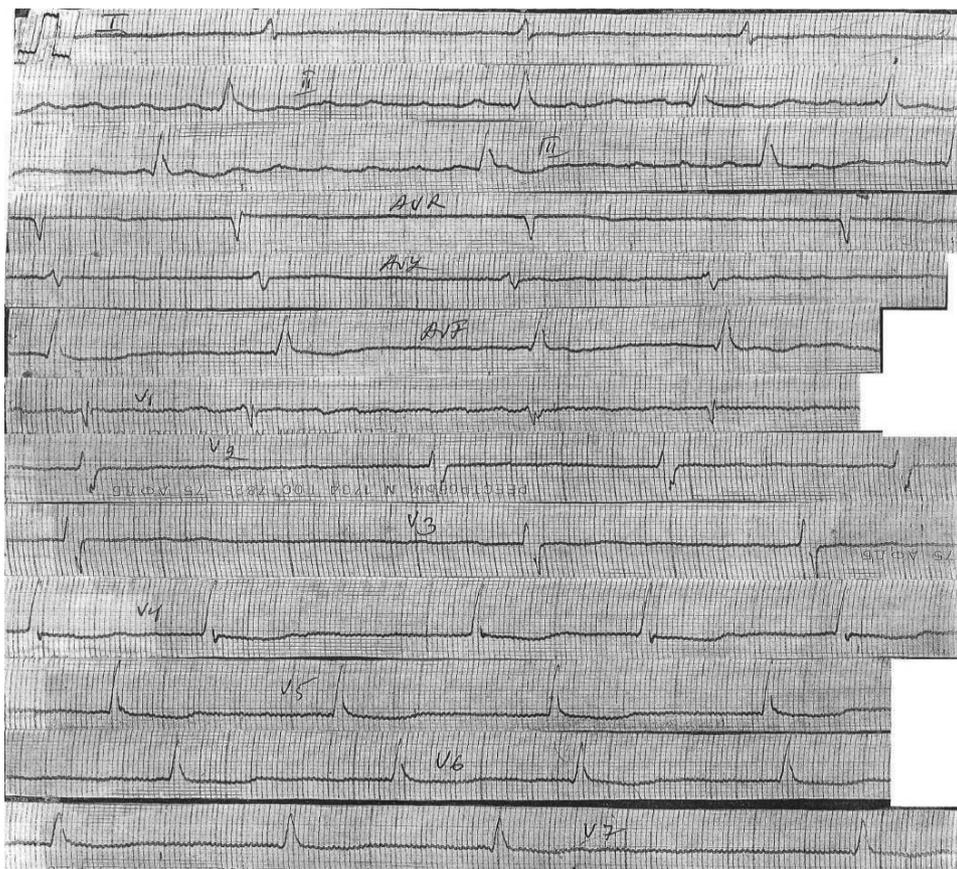
Больной В. 35 лет, инженер, жалуется на отёки на ногах, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота. В анамнезе употребление наркотиков. Два года назад стали беспокоить перебои в работе сердца, неоднократно лечился в стационаре. Год назад появилась тяжесть в правом подреберье, эпизодически появлялись отеки на ногах, 3 месяца назад стал увеличиваться живот.

Объективно: диффузный цианоз с желтушным оттенком, иктеричность склер. В течение года субфебрилитет. Температура – 36,9°C. 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 рёберной дуги на 4 см, край её ровный, закруглённый, поверхность гладкая, пальпация умеренно болезненна. Селезёнка пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин – 102 г/л, лейкоциты – 12×10^9 /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).



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.

Эталоны ответа к задаче № 242

- 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 легочная гипертензия. Миокардит. Перикардит.
Инфекционный эндокардит, первичный, хроническое течение, активность минимальная.
- 3) 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 кардиохирурга: удаление септического очага, протезирование трикуспидального клапана.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 243

Основная часть

Мужчина 35 лет, инженер-электрик, жалуется на выраженную слабость, одышку, сердцебиение при подъеме до 2-го этажа, потливость по ночам, появление синяков по всему телу, частые носовые кровотечения без видимой причины, десневые кровотечения при гигиене полости рта, ощущение тяжести в правом подреберье. Считает себя больным около месяца. Существенное ухудшение самочувствия в течение последней недели. Ежегодно проходит профосмотры, последний – 4 месяца назад, патологии не выявлено. Хронические заболевания отрицает.

При осмотре: температура тела - 38,1°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные, множественные экхимозы различной локализации разной стадии «цветения». Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Над лёгкими ясный лёгочный 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 селезёнки на 3 см ниже края рёберной дуги, плотный, ровный, умеренно болезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

Лабораторно.

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

Общий анализ мочи: жёлтая, 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.

Эталоны ответа к задаче № 243

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

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

3) Пациенту рекомендовано:

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; расчет СКФ. УЗИ органов брюшной полости. ЭКГ.

Маркеры вирусного гепатита.

4) Госпитализация в отделение гематологии.

Специфическая химиотерапия в зависимости от установленного варианта острого лейкоза (острый миелолейкоз или острый лимфолейкоз).

Коррекция анемии – эритроцитарная масса или отмытые эритроциты, СЗП.

Тромбоконцентрат – показаний нет: геморрагический синдром в первую очередь обусловлен инфильтрацией печени и снижением выработки факторов свертывания (о чем говорит удлинение АЧТВ при нормальном ПТИ). Гепатопротекторы. Сорбенты.

5) Прогноз относительно неблагоприятный. При адекватной терапии – возможно достижение ремиссии и выздоровление.

На период лечения - полная потеря трудоспособности, направить на МСЭ для определения группы инвалидности, так как терапия в среднем занимает около 1,5 лет

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 244

Основная часть

Мужчина 45 лет, грузчик, жалуется на выраженную общую слабость, потливость, преимущественно вечером и ночью; постоянные ноющие боли во всех суставах, не зависящие от уровня нагрузки; повышение температуры тела до 37,8°C в течение суток, похудание на 5 кг за последние 2 месяца,

снижение аппетита (характер питания стабильный); ощущение тяжести и периодически ноющие боли в правом подреберье, не связанные с приёмом пищи; постоянное ощущение тяжести в левом подреберье, частые колющие боли в левом подреберье, которые прогрессивно нарастают в течение последнего месяца.

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

Лабораторно.

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

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

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

Вопросы:

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

Эталон ответа к задаче № 244

- 1) Хронический миелолейкоз, стабильная фаза. Анемия сложного генеза (метапластическая и ЖДА на фоне ХПН) средней степени тяжести. Метастатическая нефропатия. ХПН I B (по Рябову). ХБП?
- 2) Диагноз поставлен на основании выделенных синдромов: миелопролиферативный – лейкоцитарная формула без лейкомиического провала, выраженный лейкоцитоз, гепатоспленомегалия;

интоксикации – за счет распада опухолевой массы и присоединения инфекции;

болевым (абдоминальным) – за счет гепатомегалии и спленомегалии, преимущественно за счет спленомегалии. Ни при одном заболевании нет такого увеличения селезенки, как при ХМЛ, она может занимать всю левую половину живота, иногда всю брюшную полость;

суставной (артралгии) – так как в области эпифизов крупных суставов у взрослых располагается красный костный мозг. При развитии лейкоза происходит увеличение массы костного мозга за счет разрастания опухоли, что приводит к повышению внутрикостного давления, в последующем – растяжение надкостницы;

анемический – за счет метапластической анемии (вытеснение красного костного мозга опухолевой массой);

гепато- и спленомегалии – преимущественно за счет инфильтрации органов опухолевыми клетками;

мочевой - за счет инфильтрации органов опухолевыми клетками;

ХПН (ХПН и мочевого синдром, так же обусловлены инфильтрацией почечной ткани опухолевыми клетками).

3) Пациенту рекомендовано:

для верификации миелолейкоза и уточнения количества бластных клеток в костном мозге: стерильная пункция (миелограмма), выявление филадельфийской хромосомы;

расчет СКФ (стадия ХБП).

4) Госпитализация в профильное отделение.

Специфическая терапия – ингибитор тирозинкиназы иматиниб (Гливек) 400 мг/сут. Иматиниб является новым наиболее эффективным препаратом, который стал стандартом в лечении ХМЛ. Иматиниб селективно угнетает пролиферацию и приводит к апоптозу клеточных объединений, экспрессирующих тирозинкиназу Bcr-Abl, включая незрелые лейкозные клетки (гибель только клеток, содержащих Ph-хромосому). Данный препарат имеет высокую эффективность на всех стадиях ХМЛ.

Хирургическое лечение: спленэктомия:

срочные показания - разрыв и угрожающий разрыв селезенки;

относительные показания - тяжелый абдоминальный дискомфорт, повторные перисплениты, глубокая тромбоцитопения, гемолитические кризы.

Симптоматическая терапия.

Трансплантация костного мозга.

5) Прогноз благоприятный при использовании ингибиторов тирозинкиназы: возможно достижение стойкой клинико-лабораторной ремиссии.

Больной трудоспособен, в случае отсутствия производственных провоцирующих факторов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 245

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. Отёков 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 лёгких 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 налёта. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется на 3 см ниже края рёберной дуги, плотно-эластичный, ровный, слегка болезненный. Селезёнка не пальпируется.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные.

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

Общий анализ мочи: удельный вес - 1039, жёлтая, 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, объёмных 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.

Эталоны ответа к задаче № 245

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

2) Диагноз выставлен на основании выделенных синдромов:

лимфопролиферативный: лимфоаденопатия и гепатоспленомегалии инфильтрация всей лимфоидной ткани опухолевыми клетками;

анемический – вследствие вымещения нормального костного мозга, опухолевой массой; иммунодефицита – с одной стороны аналогично анемическому синдрому, а с другой стороны патологические лимфоциты вырабатывают неполноценные иммуноглобулины – в первую очередь страдает гуморальный иммунитет; цитолиза - разрушение клеток печени;

мочевой – лейкоцитурия, гематурия, протеинурия;

интоксикации – за счет снижения иммунитета и присоединения различных воспалительных процессов, а также за счет лизиса опухолевых клеток.

Хронический лимфолейкоз, В-стадия (лимфоцитоз в крови и костном мозге $Hb \geq 100$ г/л; количество тромбоцитов крови $\geq 100 \times 10^9$ /л; определяемое пальпаторно увеличение лимфоидной ткани в 3 областях и более).

Метапластическая анемия легкой степени тяжести (Hb - более 90 г/л). Метапластическая нефропатия (мочевой синдром).

3) Пациенту рекомендовано:

стерильная пункция (миелограмма). Возможно, будет выявлена выраженная лимфоидная инфильтрация (лимфоциты составляют более 30% (иногда 50-60% и даже больше) от общего количества миелокариоцитов); значительное уменьшение количества клеток гранулоцитарного ряда.

Проведение иммунофенотипирования для определения специфической, для каждого вида лейкоза, комбинации CD – рецепторов.

4) В настоящее время специфическое лечение не показано (только при лимфоцитозе более 80% или выраженной лимфаденопатии).

Рекомендовано только динамическое наблюдение за показателем и лимфоцитов. Избегать инсоляции, препаратов, влияющих на иммунную систему

5) Прогноз благоприятный.

Больной трудоспособен в случае отсутствия производственных провоцирующих факторов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 246

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, отеки верхних и нижних конечностей. Из анамнеза известно, что 5 лет назад через 2 недели после проведения вакцинации у пациента в течение

нескольких дней отмечалась макрогематурия. Из-за занятости за медицинской помощью не обращался. Сохранялось удовлетворительное самочувствие. Последние полгода отмечена артериальная гипертензия, до 190/100 мм рт. ст. Неделю назад отметил боль в ротоглотке при глотании, однократное повышение температуры тела до 38,0°С градусов, не лечился. Одновременно заметил отёки ног, лица, снижение суточного диуреза. При исследовании общего анализа мочи выявлена протеинурия, лейкоцитурия. Перенесённые 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 отёчны, глаза сужены. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. Выраженные отёки на голенях. Щитовидная железа не пальпируется. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка нормостенической формы, симметричная. При сравнительной перкуссии ясный лёгочный звук. Частота дыхания - 16 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс одинаков на обеих лучевых артериях, 90 в минуту, удовлетворительного наполнения, напряжён. 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 нёба бледно-розовая, чистая. Нёбные 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 отёчна. Пальпация правого подреберья безболезненна, край печени не пальпируется, размеры по Курлову: 10×9×8 см. Селезёнка не увеличена. Поясничная область отёчна, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

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

Общий анализ мочи: светло-жёлтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес - 1,016, белок - 6,5 г/л, эпителий - ед. в поле зрения, эритроциты - 15-20 в поле зрения, лейкоциты

2-4 в поле зрения, цилиндры: гиалиновые - 1-2 в поле зрения, зернистые - 0-2 в поле зрения.

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

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

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

УЗИ почек, мочевого пузыря: правая почка - 120×56 мм, паренхима - 20 мм, левая почка - 118×54 мм, паренхима – 19 мм. Паренхима обеих почек диффузно-неоднородная.

Лоханки, чашечки не изменены. Конкременты, объёмные 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.

Эталоны ответа к задаче № 246

1) Синдромы:

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

б) нефротический (отеки, массивная протеинурия 10,2 г/сут, селективная, гипопроteinемия 50 г/л, гипоальбуминемия – 25 г/л, гиперхолестеринемия - 14,2 ммоль/л.); в) мочевой (протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия).

А. При поражении почечного фильтра (подоцитов или базальной мембраны) возникает протеинурия. Из-за меньшей величины альбумины в первую очередь проходят почечный фильтр. Это сопровождается снижением альбуминов в крови и приводит к снижению онкотического давления плазмы и появлению отеков у больных.

В. Основными причинами возникновения артериальной гипертензии являются:

увеличение объема циркулирующей крови за счет задержки воды активация ренин- ангиотензин-альдостероновой и симпатoadреналовой системы 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.

4) Пункционная биопсия почки, УЗДМ – сосудов почек, ЭХО-КГ, глазное дно, ФГДС, железистый комплекс, группа крови, Rh + фактор; рентгенография органов грудной клетки, УЗИ брюшной полости.

Определить СКФ по формуле Кокрофта –

Гоулта ($140 - \text{возраст} \times \text{вес (кг)}$)

$0,81 \times \text{уровень креатинина в мкмоль/л} \times 0,85$ (для ж.).

5) Лечение.

Ограничение потребления хлорида натрия и воды с учётом 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, б-блокаторы, диуретики, инг. АПФ, БРА). При дефиците железа: Венофер в/в либо Сорбифер внутрь.

Симптоматическая терапия по показаниям (защита желудка).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 247

Основная часть

Пациентка В. 52 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на боли в поясничной области справа с иррадиацией в паховую область, которые возникли после физической нагрузки (накануне работала в саду), учащенное мочеиспускание, потемнение мочи, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Болея в течение 2-х дней, по поводу болей в поясничной области вызывала бригаду скорой медицинской помощи. После оказанной помощи интенсивность болевого синдрома уменьшилась, рекомендовано обратиться в поликлинику. Болевой синдром в поясничной области неоднократно рецидивировал, по поводу чего лечилась антибактериальными препаратами с хорошим эффектом.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела - $37,4^{\circ}\text{C}$, кожные покровы влажные, обычного цвета. Грудная клетка нормостенической формы. ЧД

20 в минуту. Перкуторный тон лёгочный. 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 налётом. Живот мягкий, отмечается болезненность в правом фланке живота, в месте проекции правой почки. Печень не пальпируется. Симптом поколачивания поясничной области положительный справа. Отёков нет. Мочеиспускание учащено, безболезненное.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

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

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

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

Вопросы:

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

Эталон ответа к задаче № 247

1) Болевой поясничный фланковый - обусловлен повышением внутрилоханочного давления и растяжением капсулы почки, дизурический синдром вследствие воспаления слизистой мочевыводящих путей.

Мочевой интоксикационно-воспалительный

Ведущим является болевой поясничный фланковый синдром.

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

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

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

5) Лечение: лечение в стационаре.

спазмолитики (миотропные и М-холинолитики) в течение 2-3 недель, можно сочетать с анальгетиками.

антимикробная терапия, сначала эмпирическая, а затем по результатам посева мочи на флору – в течение 7-10 дней.

если нарушен пассаж мочи, то восстановление пассажа (стентирование), в последующем возможно дистанционная литотрипсия.

После выписки из стационара необходимо соблюдение водного режима, диетотерапия, фитотерапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 248

Основная часть

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

Объективно: состояние удовлетворительное. Незначительная пастозность и бледность лица, температура тела - 37,3°C. При перкуссии над всеми лёгочными полями ясный лёгочный 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, селезёнка не пальпируются. Отмечается незначительная болезненность при поколачивании поясничной области, больше справа.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

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

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1010, белок - 0,04%, лейкоциты -

12-16 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения, бактериурия.

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

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

Рентгенография органов грудной клетки: лёгочные 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.

Эталоны ответа к задаче № 248

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

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

3) Предварительный диагноз: хронический пиелонефрит, двухсторонний, рецидивирующее течение, в стадии обострения. Хронический цистит, обострение

Диагноз установлен учитывая анамнестические сведения о хроническом течении заболевания, симптомах воспалительной интоксикации, выделенные синдромы (дизурический, артериальной гипертензии, болевой и мочевого).

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 учётом данных бактериологического исследования мочи, антигипертензивные (ингибиторы АПФ), миотропные спазмолитики.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 249

Основная часть

Мужчина 37 лет, шахтёр, 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 отёки 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 расчёсов. Пастозность голеней. ЧД - 18 в минуту. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 160/100 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1,5 см от правого края грудины, верхняя - нижний край 3 ребра, левая – 1,5 см снаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 106

в минуту, акцент II тона над аортой; в области верхушки сердца и во II межреберье справа - мягкий систолический шум. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах. Край печени не пальпируется. Селезёнка не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

В анализах.

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

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

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

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

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

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

Вопросы:

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

Эталоны ответа к задаче № 249

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

2) Хронический гломерулонефрит - протеинурия, эритроцитурия в анамнезе, гипостенурия, нефросклероз почек.

Гипертоническая форма - в клинической картине ведущий синдром артериальной гипертонии (повышение АД, акцент II тона над аортой).

ХПН: гиперкалиемия, диспепсический синдром, кожный зуд, уровень креатинина - 0,59 ммоль/л. ХБП - 5 стадия, по СКФ = 13,79 мл/мин.

Анемия средней степени тяжести гемоглобин - 85 г/л.

3) Пациенту рекомендовано:

УЗДГ сосудов почек для исключения вазоренальной гипертонии;

ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация окулиста и осмотр глазного дна для исключения офтальмопатии;

ФГДС для исключения эрозивного поражения слизистой и кровотечения на фоне ХПН; железистый комплекс для уточнения генеза анемии; группа крови и Rh + фактор для гемотрансфузии эритроцитарной массы при наличии показаний; биопсия почек для подтверждения диагноза.

4) Ограничение соли, белков животного происхождения (0,6г/кг/сут.).

Кетостерил 12 таб/сутки: (1 таб. На 5 кг веса в сутки) с целью коррекции игипоальбуминемии. Нефропротекция – ингибиторы АПФ (лизиноприл) либо БРА (при непереносимости и АПФ; 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.

Возможна подготовка к ЗПТ (заместительная почечная терапия):

аллотрансплантация почки при ХБП- 5стадия; программный гемодиализ.

5) Прогноз неблагоприятный.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 250

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 отёки 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

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 тяжёлое. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчёсов, 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 лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 220/120 мм рт. ст. Верхушечный толчок смещен на 1 см влево от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный (5-7 экстрасистол в минуту), I тон ослаблен над верхушкой, основанием мечевидного отростка, акцент II тона над аортой; слева от грудины в V межреберье выслушивается шум трения перикарда. Язык сухой, живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Катетером получено 150 мл мочи.

В анализах.

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

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

Биохимическое исследование крови: АСТ - 0,43 ммоль/л, АЛТ - 0,45 ммоль/л, сахар 3,8 ммоль/л, холестерин - 7,5 ммоль/л; креатинин - 1,4 ммоль/л, мочевины - 38,2 ммоль/л. ЭКГ: ритм синусовый, 96 в минуту, электрическая ось сердца отклонена влево, единичные желудочковые экстрасистолы, гипертрофия и систолическая перегрузка миокарда левого желудочка.

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

Конкременты, объёмные 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.

Эталоны ответа к задаче № 250

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 легких;

биопсия почек для уточнения формы гломерулонефрита и десны для исключения амилоидоза.

4) Диета с ограничением поваренной соли, белка, щелочное питье.

Бикарбонат Na в/в капельно под контролем КЩС с целью коррекции КЩС, гиперкалиемии.

Сорбенты: Активированный уголь, Полифепан или Энтеродез с целью выведения азотистых шлаков, коррекции азотемии.

Клизмы с 4% раствором пищевой соды с целью коррекции КЩС, гиперкалиемии.

Гипотензивные препараты (диуретики, альфа-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов).

Аспирин (0,125 г/сут.), Дипиридамол (400 мг/сут.) с целью улучшения микроциркуляции, профилактики тромбообразования.

Статины с целью коррекции гиперхолестеринемии. Препараты эритропоэтина с целью коррекции анемии.

5) Диета с ограничением соли и белка, щелочное питье, очистительные клизмы, гипотензивная терапия, Аспирин, перитонеальный диализ, гемодиализ, трансплантация почки.

Направление на МСЭ по показаниям.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 251

Основная часть

Больная А. 18 лет, студентка, обратилась к врачу приёмного отделения 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°C, появились боли в горле при глотании. Обратилась в поликлинику по месту жительства, где была диагностирована лакунарная ангина и назначена антибактериальная терапия. На седьмой день симптомы ангины были купированы, но сохранялась общая слабость. 5 дней назад на фоне повышенной утомляемости появились ноющие боли в поясничной области, головная боль, повышение температуры тела до 37,5°C. 2 дня назад уменьшилось количество мочи, которая приобрела красноватый цвет.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, температура тела 37°C. Рост - 158 см, вес - 72 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, обычной влажности. Лицо одутловатое, на верхних и нижних конечностях плотные отёки, кожа над ними тёплая, бледная. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка нормостеничная, симметричная, равномерно участвует в дыхании. ЧД - 22 в минуту. Перкуторно над лёгкими ясный лёгочный 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 - $3,2 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,9; тромбоциты - 270×10^9 /л, лейкоциты - $10,7 \times 10^9$ /л, эритроциты - 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%, α_1 - 3,5%, α_2 - 10,5%, β - 13,6% γ - 27,4%, фибриноген - 4,2 г/л.

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

Рентгенография органов грудной клетки: без патологии.

Вопросы:

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

Эталоны ответа к задаче № 251

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

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

ОПН: признаки олигоурии, азотемии: креатинин - 0,96 ммоль/л.

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

4) Режим строгий постельный на 2-4 недели до ликвидации отеков и снижения АД. Ограничение жидкости и поваренной соли, ограничение белка.

Этиотропное лечение: антибактериальная терапия - при доказанной связи ОГН со стрептококковой инфекцией и (или) наличия явных очагов хронической инфекции: (цефалоспорины, при аллергии - фторхинолоны).

Устранение отеков: мочегонные – Фуросемид, Диувер.

Гипотензивные препараты (при неэффективности постельного режима, ограничения воды и соли): Гипотиазид 25 мг в сутки, Лозартан 25 мг 2 раза в сутки, Дилтиазем 40мг 2 раза в сутки.

Противовоспалительная и иммуносупрессивная терапия: глюкокортикоиды (Преднизолон) 40 мг в сутки; при неэффективности иммунодепрессанты (Циклофосфамид 150 мг в сутки).

Улучшение микроциркуляции и профилактика тромбообразования: Гепарин, Курантил.

5) После купирования симптомов нефрита больной в течение 1 года должен находиться под «Д» наблюдением, проводится симптоматическое лечение.

Прогноз при своевременно начатом лечении благоприятный. Возможно выздоровление (до 70% случаев), трансформация в хронический

гломерулонефрит, летальный исход (до 5% при быстро прогрессирующем гломерулонефрите с полулуниями).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 252

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 расчёсов. ЧД - 18 в мин. В лёгких - дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 170/100 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая на 2 см от правого края грудины, верхняя по III межреберью, левая – на 1,5 см снаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 100 в минуту, в области верхушки сердца и во II межреберье справа мягкий систолический шум. Симптом раздражения брюшины нет, пальпация живота слабо болезненна в эпигастрии. Печень, селезёнка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный.

В анализах.

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

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

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

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.

Эталоны ответа к задаче № 252

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

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

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

4) Гипотензивные препараты (не менее 2 препаратов пролонгированного действия, предпочтительно ингибитор АПФ + антагонист кальция группы верапамила).

Дезинтоксикационная терапия, выведение азотистых шлаков (сорбенты): Активированный уголь, Полифепан или Энтеродез.

Коррекция анемии: препараты железа 2-валентного и Эритропоэтин.

При наличии активности основного заболевания (ХГН) – иммуносупрессивная терапия (ГК, цитостатики).

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 253

Основная часть

Женщина 48 лет, продавец, жалуется на выраженную слабость, недомогание, боли пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, ограничение объема 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°C. 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. Объем активных движений в указанных суставах снижен. Ульнарная девиация кистей. По внутренним органам – без патологии.

Лабораторно.

Общий анализ крови: гемоглобин - 70 г/л, эритроциты – $2,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $8,8 \times 10^9/л$, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 38%, лимфоциты - 45%, моноциты - 9%, СОЭ - 58 мм/час, тромбоциты – $418,1 \times 10^9/л$.

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: α_1 – 6%, α_2 – 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.



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.

Эталоны ответа к задаче № 253

1) Ревматоидный артрит, серопозитивный, поздняя стадия, активность 3, эрозивный (Rст – 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).

Инструментальное исследование: рентгенография ОГК (тубнастороженность). ФГДС (длительный прием 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.

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 № 254

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. Отёков 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 - $6,7 \times 10^9$ /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.

Эталоны ответа к задаче № 254

- 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 счет костных разрастаний,
Рентгенологическая стадия: сужение суставной щели, остеофиты, остеосклероз. Функциональный класс: затруднение профессиональной деятельности. Ожирение I степени (ИМТ - $31,3 \text{ кг/м}^2$)
- 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 подъемы и спуски по лестнице.

5) Жизненный прогноз благоприятен. Возможно инвалидизирующее поражение коленных и тазобедренных суставов.

На момент обострения - временная нетрудоспособность.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 255

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°C, 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. Отёков 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, трёхчленный 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 - $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $12,1 \times 10^9$ /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: α_1 - 6%, α_2 - 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.

Эталон ответа к задаче № 255

- 1) Ревматическая болезнь сердца с формированием порока (стеноза митрального клапана), активная фаза. ХСН II-A. ФК II
- 2) Диагноз «ХРБС с формированием порока сердца» поставлен на основании прямых, косвенных, дополнительных признаков митрального стеноза; наличии ревматической атаки в анамнезе.
Активная фаза (лихорадка, острофазовые показатели).
ХСН II-A (признаки застоя в малом круге кровообращения). ФК II (одышка при подъеме на этаж)
- 3) Пациенту рекомендовано:
Эхо-КГ (визуализация полостей и клапанов сердца); ЭКГ (состояние миокарда, выявление нарушений ритма).
Для подтверждения связи с БГСА-инфекцией и ее 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. защищенные, 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, адrenoблокаторы).
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 вероятно стойкая утрата трудоспособности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 256

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, поочередно 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°C, 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 участковому терапевту.

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 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 лёгкими ясный лёгочный 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. Отёчность 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 - $2,9 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,9; лейкоциты - $2,7 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 4%, палочкоядерные

нейтрофилы - 3%, сегментоядерные - 52%, лимфоциты - 35%, моноциты - 6%; СОЭ - 30 мм/ч, тромбоциты - 98×10^9 .

Общий анализ мочи: светло-жёлтая, 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.

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, АСТ - 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%, α_1 - 3,5%, α_2 - 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.

Эталоны ответа к задаче № 256

1) СКВ, подострое течение, активность III ст. Артрит пястнофаланговых и межфаланговых суставов кистей. Анемия легкой степени тяжести, нормохромная.

2) Диагноз поставлен на основании выделенных синдромов: кожный, суставной, лихорадочный, лимфоаденопатии, анемический, мочевого.

3) Пациенту рекомендовано: ЭхоКГ (выявление поражения сердца); определение СКФ расчетным 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 № 257

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 берётся в складку, морщины над межфаланговыми суставами отсутствуют. Ногтевые фаланги всех пальцев укорочены. Мышцы плечевого и тазового пояса атрофичны, предплечий – уплотнены, ригидны. Объём 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

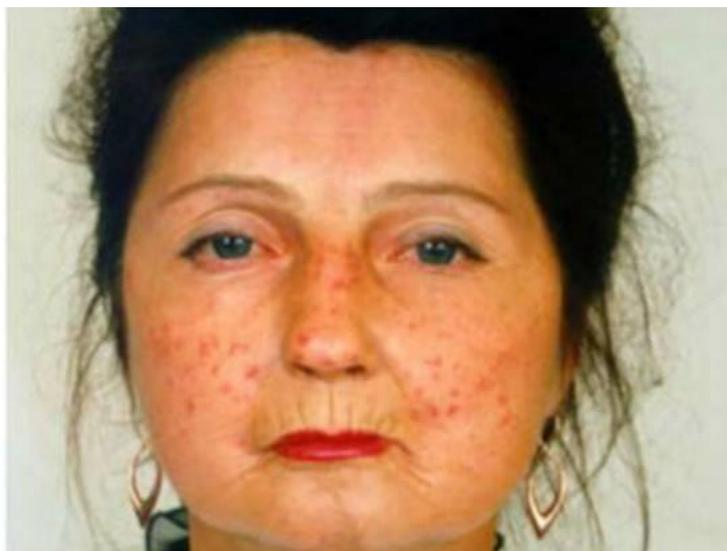
неритмичные, 88 в минуту, единичные экстрасистолы; I тон над верхушкой и основанием мечевидного отростка ослаблен. Живот мягкий, безболезненный как при поверхностной, так и при глубокой пальпации.

Лабораторно.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 95 г/л, цветовой показатель - 0,85; лейкоциты - $15,3 \times 10^9/л$; 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.

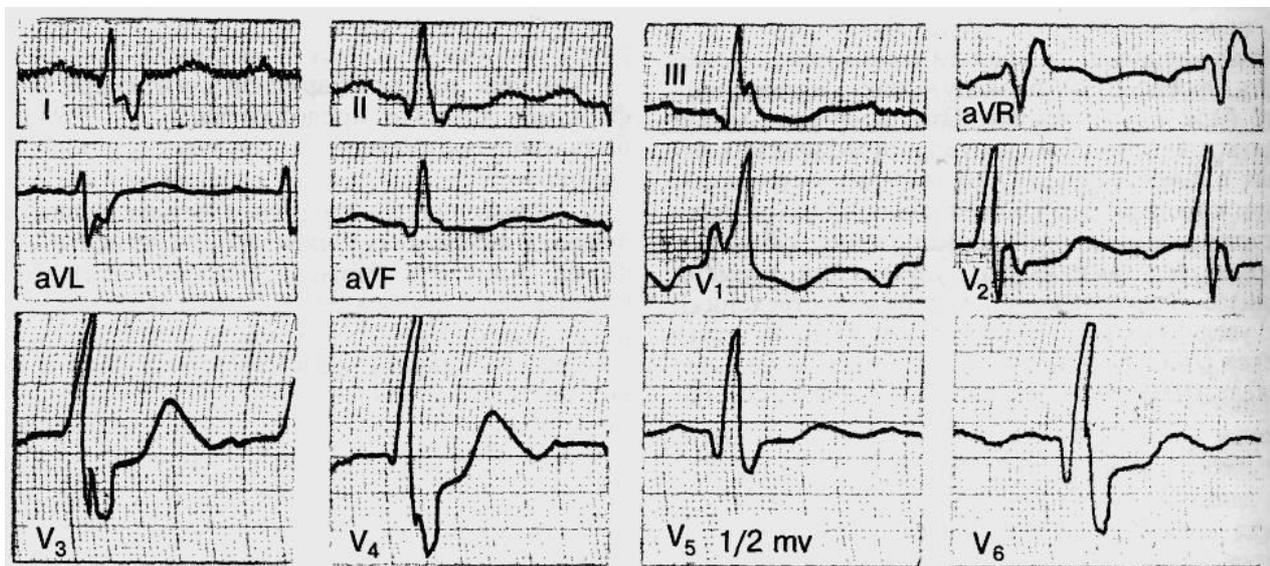


Приложение: лицо больной.

Рентгенография органов грудной клетки: «сотовое» лёгкое, явления пневмосклероза, преимущественно в нижних отделах.

Рентгенография кистей: остеолит дистальных фаланг, эпифизарный остеопороз.

ЭКГ:



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.

Эталоны ответа к задаче № 257

- 1) Системная склеродермия, хроническое течение, активность II, лимитированная кожная форма с синдромом Рейно, склеродактилией, дисфагией, легочным фиброзом, ДН I, легочным 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, Р-графия пищевода с контрастированием, биопсия кожи, ЭхоКГ, СМ ЭКГ, ФВД, ФГДС, глазное дно, антитела к ДНК, АНФ, атицентрмерные антитела, анти Scl 70.
- 4) Лечение сосудистых осложнений: антагонисты кальция (Амлодипин), Пентоксифиллин, Лозартан 25-100мг/сут; для заживления дигитальных язв - препараты Простагландина E, Силденафил (Виагра); подавление прогрессирования фиброза: D-пеницилламин 250-500 мг/сут; если подтверждается интерстициальное поражение легких, то комбинированная терапия Преднизолон + Циклофосфамид; учитывая поражение пищевода, необходимо дробное питание, последний прием 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 № 258

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 приёме анальгина. Последние 2 дня боли не беспокоят, но появилось ощущение тяжести в правом подреберье, пастозность стоп и голеней. Сегодня утром по совету тещи 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 лёгких 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?

Эталон ответа к задаче № 258

- 1) Острый экссудативный перикардит. Тампонада сердца. НК ПБ 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 № 259

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 расчёсов. Отёков нет. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, акцент II тона над аортой. Частота сердечных сокращений - 90 в минуту. Артериальное давление - 220/120 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются. Анализ крови: гемоглобин - 72 г/л, лейкоциты - $6,2 \times 10^9$ /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 истончён.

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?

Эталоны ответа к задаче № 259

- 1) Гипертоническая болезнь III ст. Первично-сморщенная почка. Хроническая болезнь почек, терминальная стадия.
- 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, мочевины, глюкоза. Рентгенологическое исследование лёгких. 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 № 260

Основная часть

Больной К. 17 лет жалуется на слабость, повышенную утомляемость, похудание, субфебрильную температуру. Анамнез: обследован по поводу контакта с больным туберкулёзом родственником. Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л – 15 мм. Проба с аллергеном туберкулёзным рекомбинантным (Диаскинтест) – 10 мм. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции – тень корня левого лёгкого расширена, деформирована, наружный контур размытый, неровный, в верхней доле левого лёгкого определяется фокусная тень 1,5×2,5 см в диаметре, средней интенсивности, однородная, с размытыми контурами.

Вопросы:

- 1) Наиболее вероятный диагноз.
- 2) Какие методы исследования необходимы в данном случае?
- 3) С какими неспецифическими заболеваниями лёгких следует провести дифференциальный диагноз?
- 4) Какие осложнения возможны у данного больного?
- 5) Укажите принципы лечения пациента в данной ситуации.

Эталоны ответа к задаче № 260

- 1) Первичный туберкулёз верхней доле левого лёгкого в фазе инфильтрации.
- 2) Клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови. Общий анализ мокроты; бактериоскопические методы исследования (люминесцентная микроскопия, микроскопия по Цилю - Нильсену), ПЦР МБТ и посев мокроты на МБТ с определением лекарственной чувствительности, ВАСТЕС; КТ органов грудной клетки, фибробронхоскопия.
- 3) Внебольничная пневмония
- 4) Лимфо-бронхиальный свищ; формирование железистой каверны; кровохарканье; ателектаз.
- 5) Госпитализация в противотуберкулёзный стационар. Назначение щадящего режима относительного покоя. Высоко-белковая диета. В интенсивной фазе лечения рекомендуется назначать режим химиотерапии из комбинации шести противотуберкулёзных препаратов - Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол, Канамицин (Амикацин) и препарат из группы фторхинолонов (Офлоксацин или Левофлоксацин) в течение 3 месяцев. Фаза продолжения из комбинации трёх противотуберкулёзных препаратов, к которым сохранена чувствительность, осуществляется в противотуберкулёзном диспансере в течении 6 месяцев. Дезинтоксикационная терапия. Патогенетическая терапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 261

Основная часть

Больной 42 лет в течение последних 1,5 лет отмечает непостоянную температуру (до 37,2°C) 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 лёгких. Направлен в противотуберкулезный диспансер, где при обследовании на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки справа и слева по всей поверхности лёгких определяются многочисленные очаговые тени разной интенсивности и величины, местами сливающиеся в крупные фокусные тени с участки просветления, корни лёгких неструктурные; в нижних отделах лёгких лёгочный рисунок усилен; купола диафрагмы не изменены. Проба Манту с 2ТЕ - отрицательная. Реакция с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (Даскинтест) - папула 8 мм.

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.

Эталоны ответа к задаче № 261

- 1) Диссеминированный туберкулёз лёгких в разе инфильтрации и распада.
- 2) Клинический анализ крови, мочи, биохимический анализ крови; общий анализ мокроты; люминисцентная микроскопия, ПЦР МБТ, посев мокроты на МБТ с определением лекарственной чувствительности, ВАСТЕС; КТ органов грудной клетки, фибробронхоскопия.
- 3) Внебольничная пневмония; обострение ХОБЛ; рак лёгких.
- 4) Лёгочное кровотечение, дыхательная недостаточность, спонтанный пневмоторакс.
- 5) Госпитализация в противотуберкулёзный стационар. Назначение режима абсолютного покоя в полусидячем положении для лучшего откашливания мокроты. Высоко- белковая диета. В интенсивной фазе лечения рекомендуется назначать режим химиотерапии из комбинации шести противотуберкулёзных 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 трёх противотуберкулёзных препаратов, к

которым сохранена чувствительность. Дезинтоксикационная терапия. Патогенетическая терапия. Оксигенотерапия. Гемостатическая терапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 262

Основная часть

Больная Т. 45 лет, изменения в лёгких выявлены после проведения профилактического флюорографического исследования органов грудной клетки. В детстве состояла на учёте в противотуберкулёзном диспансере по поводу контакта с больной туберкулёзом матерью. Стаж курения 25 лет. Жалоб не предъявляет. Состояние относительно удовлетворительное, пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. При аускультации отмечается жёсткое дыхание, хрипов нет. По остальным органам и системам без изменений. На обзорной флюорограмме органов дыхания в 1-2 сегментах правого лёгкого на фоне усиленного лёгочного рисунка определяются очаговые тени низкой интенсивности с нечёткими контурами.

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.

Эталонные ответы к задаче № 262

- 1) Очаговый туберкулёз верхней доли правого лёгкого 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, ВАСТЕС; рентгенография и КТ органов грудной клетки. Фибробронхоскопия.
- 3) Внебольничная пневмония, ХОБЛ, рак лёгкого.
- 4) При очаговом туберкулёзе осложнения редки. В случае неадекватного лечения возможно прогрессирование заболевания переход в фазу распада, появление кровохарканья, диссеминация процесса.
- 5) Госпитализация в противотуберкулёзный стационар. Назначение щадящего режима относительного покоя. Высоко-белковая диета. В интенсивной фазе лечения рекомендуется назначать режим химиотерапии из комбинации шести противотуберкулёзных препаратов - Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол, Канамицин (Амикацин) и препарат из группы фторхинолонов (Офлоксацин или Левофлоксацин в течение 3

месяцев. Фаза продолжения из комбинации трёх противотуберкулезных препаратов, к которым сохранена чувствительность в течение 6 месяцев.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 263

Основная часть

Больной М. 31 года заболел остро: внезапно повысилась температура до 39°C, 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 туберкулёз имел в местах лишения свободы 3 года назад. По скорой помощи поступил в терапевтическое отделение, где на флюорограмме органов грудной клетки отмечается тотальное затемнение правого лёгкого полостями распада и очагами отсева в левое лёгкое. Анализ мокроты по Цилю-Нильсену КУМ ++. Переведён противотуберкулёзый стационар. При поступлении: состоянии средней степени тяжести. Температура до 37,5°C. 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 лёгочного 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 рёберной дуги на 2 см, безболезненная. Снижение диуреза. В клиническом анализе крови: гемоглобин – 102 г/л, эритроциты - $4,1 \times 10^{12}/л$; цветовой показатель - 0,75; лейкоциты - $11,8 \times 10^9/л$, 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 лёгких отмечается тотальное затемнение правого лёгкого средней интенсивности, неомогенной 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) 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.

Эталонные ответы к задаче № 263

- 1) Казеозная пневмония правого лёгкого.
- 2) Осложнения: инфекционно-токсический шок.

3) 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, ВАСТЕС, КТ органов грудной клетки, фибробронхоскопия. ЭКГ.

Абсцедирующая пневмония, бронхоэктатическая болезнь, раклёгких.

4) Инфекционно-токсический шок, кровохарканье, лёгочное кровотечение, спонтанных пневмоторакс.

5) Госпитализация в противотуберкулёзный стационар. Режим абсолютного покоя. Высоко-белковая диета. Противотуберкулёзное лечение: в интенсивной фазе лечения рекомендуется назначать режим химиотерапии из комбинации шести противотуберкулёзных препаратов - Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол, Канамицин (Амикацин) и препарат из группы фторхинолонов (Офлоксацин или Левофлоксацин). Восстановление центральной гемодинамики. Восстановление микроциркуляции крови. Оксигенотерапия. Дезинтоксикационная терапия. Коррекция водно-электролитных нарушений и борьба с ацидозом. Лечение тромбгеморрагического синдрома. Гормонотерапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 264

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 лёгких, хрипов нет. По остальным органам и системам без патологии. Общий анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, лейкоциты - $9,8 \times 10^9$ /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 противотуберкулёзный диспансер, при обследовании: 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.

Эталоны ответа к задаче № 264

- 1) Туберкулёз периферических лимфатических узлов.
- 2) Биохимический анализ крови, посев мокроты на МБТ с определением лекарственной чувствительности, ВАСТЕС, КТ органов грудной клетки.
- 3) Инфекционный мононуклеоз, сифилис, лимфогрануломатоз. ВИЧ – инфекция.

Формирование свищей, диссеминация процесса.

- 4) Госпитализация в противотуберкулёзный стационар. Назначение щадящего режима относительного покоя. Высоко-белковая 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 противотуберкулёзном диспансере в течение 6 месяцев из комбинации трёх противотуберкулёзных препаратов, к которым сохранена чувствительность. Дезинтоксикационная терапия. Патогенетическое лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 265

Основная часть

Больная Ю. 30 лет поступила в противотуберкулёзный стационар с жалобами на кашель, слабость. С января отмечает небольшое недомогание, слабость, потливость, повышением температуры до 37,3-37,5°C. При поступлении: состояние средней степени тяжести, температура тела - 37,2°C. Астенического телосложения, пониженного питания, кожные покровы бледные. Периферические лимфоузлы не изменены. Грудная клетка цилиндрическая. Перкуторный звук над всеми отделами лёгочный. При аускультации ослабленное везикулярное дыхание в верхней доле левого лёгкого, 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 лёгком на уровне II-III рёбер округлая, с нечёткими 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?

Эталоны ответа к задаче № 265

- 1) Основной: инфильтративный туберкулёз верхней доли левого лёгкого в фазе распада,
- 2) Диагноз выставлен на основании:
 - наличия симптомов интоксикации (слабость, потливость, лихорадка до 37,3-37,5°C);
 - наличия изменений на рентгенограмме (в левом лёгком на уровне II – III рёбер округлая, с нечёткими контурами, средней интенсивности фокусная тень размером 3,0×3,5 см с участком просветлением в центре и дорожкой к корню);
 - реакции Манту с 2 ТЕ папула 10 мм. Диаскинтест 10мм;- 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 противотуберкулёзный стационар. Щадящий режим относительного покоя. Высоко-белковая диета. Интенсивная фаза химиотерапии в течение 3 месяцев, включая не менее шести препаратов (Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол, Канамицин (Амикацин), Фторхинолоны), фаза продолжения в противотуберкулёжном диспансере 6 месяцев, включая 3 препарата к которым сохранена чувствительность. Дезинтоксикационная терапия. Патогенетическое лечение.
- 5) Внебольничными пневмониями (бактериальными, вирусными, грибковыми). Рак лёгкого. Эозинофильный лёгочный инфильтрат. Инфаркт лёгкого.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 266

Основная часть

Больной П. 36 лет доставлен в областную туберкулёзную больницу бригадой скорой медицинской помощи с приёма в районном противотуберкулёжном диспансере, куда пациент обратился в связи с ухудшением самочувствия: появление упорного, надсадного кашля, выделение обильной гнойной мокроты с прожилками тёмной 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°C.

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 лёгкого. Отправлен на дообследование в районный диспансер, где по результатам дообследования был установлен диагноз «Инфильтративный туберкулез верхней доли правого лёгкого 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 лёгкого, закрытия полости распада. Переведён на фазу продолжения по РХТ 1 Рифампицином и Изониазидом в условиях противотуберкулёзного 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. Отёков нет. Температура тела - 37,0°C. Грудная клетка конической формы, правая её половина отстаёт при дыхании. Над правым верхним лёгочным 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 лёгочной 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 - $4,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты - 11×10^9 /л, лимфоциты - 7% эозинофилы - 2% СОЭ - 50 мм/час. Мокрота слизисто-гнойная, эритроциты, методом ЛЮМ-микроскопии выявлены КУМ 3+. Моча соломенно-жёлтого цвета, удельный вес - 1015, белка нет, глюкозы нет, в осадке - 1-2 лейкоцита в поле зрения.

На ЭКГ: синусовая тахикардия - 102 в минуту, вертикальное положение ЭОС, R-pulmonale во II, III, aVF.

Рентгеновское исследование. Лёгочный рисунок обогащён и деформирован. В правом верхнем лёгочном 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 лёгкого 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 учётом осложнений заболевания.

Эталоны ответа к задаче № 266

1) Диагноз-основной: фиброзно-кавернозный туберкулёз верхней доли правого лёгкого в фазе инфильтрации и обсеменения МБТ(+).

Осложнения: ДН 1 степени. Кровохарканье. Хроническое лёгочное сердце. Гипотрофия.

2) Диагноз выставлен на основании:

- наличия в анамнезе перенесённого ранее туберкулёза, незаконченная фаза продолжения лечения, отрыв пациента от диспансера и лечения;

-наличия жалоб на кашель, выделение обильной гнойной мокротой с прожилками тёмной 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°C;

- данных физикального осмотра: температура тела 37,0°C. Грудная клетка конической формы, правая её половина отстаёт при дыхании. Над правым верхним лёгочным 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 лёгочной артерией. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, 107 уд/минуту. АД - 110/70 мм рт.ст.

- наличия изменений на рентгенограмме (лёгочный рисунок обогащён и деформирован. В правом верхнем лёгочном 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 лёгкого прослеживается отводящая дорожка. Правый корень подтянут кверху. Отмечаются плевроапикальные наложения справа);

-фазы обсеменения – наличие очагов в контрлатеральном лёгком 6-МБТ (+) на основании данных ЛЮМ-микроскопии.

Кровохарканье - наличие прожилок крови в мокроте и наличие эритроцитов в мокроте при общем анализе.

3) Дыхательная недостаточность – появление одышки при расширении обычной физической нагрузки.

Хроническое лёгочное сердце - на основании косвенных симптомов: акцента II на лёгочной артерии, изменений на ЭКГ P-pulmonale во II,III,aVF.

Гипотрофия на основании индекса массы тела 18,3.

4) Дополнительно необходимо выполнить:

- КТ ОГК с целью уточнения распространенности и фазы процесса;
- пробу Манту с 2 ТЕ и Диаскин тест (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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 267

Основная часть

Больной Ю. 28 лет. Заболел остро с подъёма температуры тела до 38°C. Жалуется на боль в правой половине грудной клетки при глубоком вдохе, кашель со скудно отделяемой 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 лёгкого выслушиваются влажные хрипы.

Перкуторно: притупление лёгочного звука в области нижней доли правого лёгкого. Рентгенологически определяется затемнение в нижней доле правого лёгкого с нечёткими контурами, неомогенное, средней интенсивности, в котором отмечаются участки просветления. В окружающей лёгочной 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

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) 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?

Эталоны ответа к задаче № 267

- 1) Инфильтративный туберкулёз нижней доли правого лёгкого в фазе распада и обсеменения, МБТ+.
- 2) Диагноз поставлен на основании характерных клинических данных: в течение двух месяцев нарастают 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 лёгкого обнаружены синдромы затемнения с просветлением и множественных очаговых теней. В промывных водах бронхов найдены МБТ.
- 3) Внебольничная пневмония в нижней доле правого лёгкого. Абсцедирование. Рак лёгкого.
- 4) Больной является бактериовыделителем, т. к. в посевах промывных вод бронхов выявлен рост колоний МБТ. Именно культуральный метод является наиболее достоверным, т. к. позволяет выявить МБТ при наличии в исследуемом материале нескольких десятков микробных тел. Для сравнения: микроскопия даёт 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 четырёх препаратов первого ряда: Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол. Затем схема корректируется согласно устойчивости МБТ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 268

Основная часть

Больной Ш. 33 лет при поступлении в стационар жаловался на повышение температуры тела до 38,5°C, резкую слабость, потливость в ночное время, отсутствие аппетита, снижение веса на 10 кг, кашель с мокротой гнойного характера, одышку при небольшой физической нагрузке. Ранее туберкулёзом не болел. Контакты с туберкулёзными больными имел в местах лишения свободы. После освобождения в течение года отмечал нарастание слабости, стал терять в весе. При осмотре состояние тяжёлое, больной пониженного питания, кожные покровы бледные.

Перкуторно: притупление лёгочного звука над правыми отделами грудной клетки.

Аускультативно: справа выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, разнокалиберные влажные хрипы.

Рентгено-томографически: в правом лёгком определяется субтотальная инфильтрация лёгочной ткани средней и высокой интенсивности, крупные каверны в S₆ и S₂, множество средних и мелких каверн с инфильтрированной стенкой по всему правому лёгкому, очаги и фокусы отсева в S₁₊₂ левого

лёгкого. В мокроте методом микроскопии обнаружены КУМ в большом количестве.

Вопросы:

- 1) 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?

Эталоны ответа к задаче № 268

- 1) Казеозная пневмония правого лёгкого в фазе распада и обсеменения, МБТ+
- 2) Диагноз поставлен на основании следующих данных: имел контакты с туберкулёзными 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 тяжелое, больной пониженного питания, кожные покровы бледные. Рентгено-томографически: в правом лёгком определяется субтотальная инфильтрация лёгочной ткани средней и высокой интенсивности, многочисленные полости распада в правом лёгком, очаги и фокусы отсева в S1+2 левого лёгкого. В мокроте методом микроскопии обнаружены КУМ в большом количестве.
- 3) Внебольничная пневмония правого лёгкого. Абсцедирование.
- 4) Характерны следующие рентгенологические изменения: большая площадь поражения лёгочной ткани – от доли и больше, высокая интенсивность тени за счёт преобладания казеозного некроза в структуре воспаления, смещение органов средостения в сторону поражения, подъём купола диафрагмы на стороне поражения из-за гиповентиляции и ателектазирования измененной лёгочной ткани, быстрое появление очагов и фокусов бронхогенного обсеменения.
- 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: четырёх 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 № 269

Основная часть

Больной К. 34 лет. Заболел остро с подъёма температуры тела до 37,5°C. Жалуется на потливость, кашель с мокротой серозного характера, слабость, недомогание, похудел на 4 кг. Контакт с больными туберкулёзом имел в местах лишения свободы. Освободился 3 месяца назад. Перкуторно: незначительное притупление лёгочного звука в верхних отделах. Аускультативно: в верхних отделах – дыхание жёсткое, в нижних отделах – ослабленное везикулярное. Микроскопически в мокроте - КУМ+++.

Рентгенологически: во всех лёгочных 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) 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.

Эталоны ответа к задаче № 269

- 1) Диссеминированный туберкулёз лёгких 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°C, снижение аппетита, похудел на 4 кг, кашель, при аускультации – верхних отделах – дыхание жесткое, в нижних отделах ослабленное везикулярное, перкуторно: незначительное притупление лёгочного звука в верхних отделах. Контакт с больными туберкулёзом имел в местах лишения свободы. Освободился 3 месяца назад. Рентгенологически – синдром очаговой диссеминации в верхних и средних отделах обоих лёгких. 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: четырёх 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 лёгких, 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 противотуберкулёзных препаратов гепатотоксичны, у данного больного может развиваться лекарственный гепатит. Из-за МЛУ и гепатита С не удастся, скорее всего, подобрать эффективную схему терапии. При увеличении трансаминаз более, чем в 5 раз, придётся отменять препараты. На этом фоне сроки лечения будут удлиняться, процесс может трансформироваться в хронический диссеминированный либо фиброзно – кавернозный туберкулёз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 270

Основная часть

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

В анализе крови: лейкоциты $13,5 \times 10^9$ /л, эритроциты $3,9 \times 10^{12}$ /л, Hb-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 °С. Голос имеет гнусавый оттенок, открывание рта затруднено. В глотке определяется гиперемия слизистой оболочки, инфильтрация паратонзиллярной области справа, асимметрия зева за счёт смещения правой миндалины медиально. Язычок резко отёчен и смещён 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 J03.0 Стрептококковый тонзиллит. J03.8 Острый тонзиллит, вызванный другими уточненными возбудителями.
J03.9 Острый тонзиллит неуточненный. J36 Перитонзиллярный абсцесс.

Эталон ответа к задаче № 270

- 1) Основной диагноз: «лакунарная ангина».
- 2) Диагноз «лакунарная ангина» поставлен на основании жалоб на боли в горле, клинической картины: гиперемия небных миндалин и наличие налётов 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 нёба за счет отёка и инфильтрации паратонзиллярной области и смещения миндалины медиально.
- 4) Бактериологическое исследование слизи и плёнок с миндалин на палочку дифтерии (*Corynebacterium 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 неуточнённый. После уточнения возбудителя при наличии БГСА- J03.0 Стрептококковый тонзиллит. При наличии других микроорганизмов J03.8 Острый тонзиллит, вызванный другими уточнёнными возбудителями. Осложнение: J36 Перитонзиллярный абсцесс.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 271

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 приёма 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 приёма препаратов железа?

Эталон ответа к задаче № 271

- 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 приёмом в течение 1 месяца.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 272

Основная часть

Больной 35 лет, находившейся на лечении в урологическом отделении по поводу мочекаменной болезни, повысилась температура до 39 °С, озноб, симптом поколачивания резко положительный. В общем анализе мочи признаки инфекции мочевых путей.

Поставлен диагноз «острый пиелонефрит» на фоне мочекаменной болезни, в баклабораторию отправлен материал для посева.

Вопросы:

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

Эталон ответа к задаче № 272

- 1) Наиболее частой причиной инфекции мочевых путей является кишечная палочка. Поэтому по международным и российским рекомендациям для стартовой терапии необходимы Цефалоспорины III поколения, к которым высокочувствительны энтеробактерии, в том числе кишечная палочка. Пациентке необходимо назначить Цефтриаксон по 2,0 г в/в 1 раз в сутки.
- 2) Рекомендации доказательной медицины требуют назначения Карбапенемов.
- 3) Меропенем несколько лучше, чем Имипенем действует на Гр (-) палочки, поэтому рекомендуется Меропенем по 500 мг 3 раза в сутки.
- 4) Необходим препарат активный в отношении кишечной палочки, не относящийся к β -лактамам антибиотикам – Эритромицин по 100 мг в/в 1 раз в сутки.
- 5) 2-3 недели.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 273

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 приёма Метопролола у больного участились приступы астмы, наблюдается снижение пиковой объёмной 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 отменён. Предложите антиангинальную терапию.
- 5) Бисопролол также обладает отрицательным инотропным действием, будет ли латентная сердечная недостаточность противопоказанием к применению Бисопролола?

Эталон ответа к задаче № 273

- 1) Причиной ухудшения дыхательной функции является бронхоспастическое действие Метопролола, β -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) β -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 № 274

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 уд/мин.

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, и какие меры профилактики должны быть предприняты?
- 4) Какой антикоагулянт необходим и каковы меры контроля эффективности и безопасности?
- 5) Каковы меры по борьбе с гиперлипидемией у больного?

Эталон ответа к задаче № 274

1) Нифедипин назначен необоснованно, так как дигидропиридины короткого действия исключены из постоянного лечения артериальной гипертензии (вызывает рефлекторную активацию симпатической нервной системы). За счёт 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 β - 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 10мг.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 275

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 тяжёлой физической нагрузки (поднял шкаф на 2 этаж) появилось подобное состояние.

Объективно: кожные покровы лица и верхней половины туловища гиперемированы. Тоны сердца аритмичные, ЧСС – 120 уд/мин, частые экстрасистолы. АД – 180/100 мм рт ст. В лёгких дыхание проводится во все отделы, хрипов не слышно, ЧД – 20 в мин.

Периферических отёков нет. На ЭКГ: синусовый ритм, прерываемый частыми предсердными экстрасистолами, признаки гипертрофии левого желудочка, ЧСС – 120 уд/мин.

Вопросы:

- 1) Выделите ведущие клинические синдромы.
- 2) Поставьте диагноз.
- 3) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 4) Препараты выбора для купирования гипертонического криза у данного больного.
Обоснуйте свой выбор.
- 5) Плановое лечение гипертонической болезни у данного больного.

Эталон ответа к задаче № 275

- 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. II 1 стадии, 2 ф.кл.

3) Диагноз «артериальная гипертензия» (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 приёма. 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 учётом наджелудочковых нарушений ритма: Пропранолол 20 мг сублингвально, при неэффективности - Клонидин (Клофелин) 0,15 мг сублингвально 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 ещё 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 - учётный препарата списка Б (сильнодействующие средства), подлежит особому списанию.

5) Как один из вариантов лечения: Эналаприл 20мг 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 № 276

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 лёгкий 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 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 непоражённой кожей краями, в центре эритема бледная. Местного повышения температуры, болезненности в области эритемы нет. Над левым тазобедренным суставом отёка, гиперемии нет.

В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 70 уд/мин, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка 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.

Эталон ответа к задаче № 276

- 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 непоражённой 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.

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 – серологическая реакция (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 проведенного 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. Извлеченный клещ должен быть доставлен в санитарно-эпидемиологическую лабораторию для проведения экспресс - теста на боррелии методом темнопольной микроскопии, ПЦР. При выявлении боррелий в присосавшемся клеще показана экстренная химиопрофилактика (не позже 5 дня с момента присасывания). Возможно использование следующих препаратов: Доксициклин – 0,1 г 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 приёма на протяжении 6 дней, Сумамед по схеме: 1,0 г в один приём 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 проведённого курса для исключения инфицирования боррелиозом.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 277

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 суставах, общую слабость, отсутствие аппетита, частый сухой кашель, заложенность носа и незначительные выделения из носа, чувство першения и царапанье за грудиной.

Анамнез заболевания: заболел 15.01. в первой половине дня, когда почувствовал озноб, повысилась температура до 39,0°C, 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°C, 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 её зернистость, отмечаются единичные кровоизлияния на слизистой мягкого нёба. В лёгких – жёсткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 102 уд/мин, ритмичный, АД – 115/80 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка 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.

Эталон ответа к задаче № 277

- 1) Грипп, типичное течение, средней степени тяжести, период разгара.
- 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°C, 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 её зернистость, отмечаются единичные кровоизлияния на слизистой мягкого нёба; в лёгких - жёсткое 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°C, 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;

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 ребёнка);

школьники;

медицинские работники;

работники сферы обслуживания, транспорта, учебных заведений;

воинские контингенты.

К современным вакцинам относят сплит-вакцины (расщеплённые), содержащие частицы разрушенного вируса - поверхностные и внутренние белки, и субъединичные вакцины, содержащие поверхностные гликопротеины (гемагглютинин 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 № 278

Основная часть

Больной М. 16 лет направлен с приёма в поликлинике в инфекционную больницу 20.08. с жалобами на плохой аппетит, ноющие боли в правом подреберье, потемнение мочи, желтушную окраску кожи и склер.

Анамнез болезни: заболел 14.08., когда повысилась температура до 38°C, 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. 19.08. заметил потемнение мочи и посветление кала. 20.08. появилась желтушность кожи и склер.

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

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Температура 37,5 °С. Кожные покровы и склеры умеренно желтушны, сыпи нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс – 64 уд/мин, АД – 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налётом. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется

селезёнка. 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, щёлочная 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.

Эталон ответа к задаче № 278

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 тёмного 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%.

3) Пациенту рекомендовано: определение маркеров ВГА, ВГВ, ВГС в крови (анти-НАV IgM, HBsAg, анти – Hbcor IgM, анти-НСV); ПЦР-диагностика (определение РНК вируса ВГА); ультразвуковое исследование печени, желчевыводящих путей и селезёнки; проведение исследования крови на холестерин, гаммаглутамилтранспептидазу (ГГТП), фибриноген, общий белок и белковые фракции.

4) Вариант диеты с механическим и химическим щажением, постельный режим, обильное питьё.

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 10мл 2% раствора Рибоксинана 400мл 5% раствора Глюкозы.

Поливитаминовые 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 ВГА проводится по эпидемическим показаниям.

Прививкам подлежат:

дети с трёх 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 ВГА 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 селезёнки, 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 279

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 °С. 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 тяжёлое, сознание затемнено. Дезориентирован, но отзывается на своё имя, жалуется на сильную головную боль. Температура тела 39,2 °С. Лицо очень бледное. На коже живота, ягодиц и нижних конечностей мелкая звёздчатая сыпь сине-фиолетового цвета, имеются также петехиальные элементы на руках. Резко выражены ригидность затылочных мышц и симптом Кернига. Пульс – 116 уд/мин, 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, налётов нет. АД – 100/60 мм рт.ст., пульс – 76 уд/мин. Контрольный бактериальный посев мазка из ротоглотки и из носа отрицательный. В общем анализе мочи повышение СОЭ – 26 мм/час. Какова дальнейшая тактика ведения пациента?

Эталон ответа к задаче № 279

- 1) Менингококковая инфекция, менингококкемия, гнойный менингит, тяжёлое течение, разгар заболевания.
- 2) Диагноз подтверждается наличием следующих синдромов: 1) интоксикационный синдром (высокая лихорадка, головная боль, рвота, дезориентация в пространстве и во времени); 2) менингеальный синдром – признаки гнойного менингита (головная боль «пульсирующего» характера, тошнота, рвота, фотофобия, гипераккузия); 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); 3) 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 Левомецетина 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 № 280

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 её зернистость. В лёгких – жёсткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 102 уд/мин, ритмичный, АД – 115/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка 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.

Эталон ответа к задаче № 280

- 1) Грипп, средней тяжести, период разгара.
- 2) Диагноз подтверждается наличием следующих синдромов: острым началом заболевания, признаками фарингита и трахеита, лихорадкой, синдроминтоксикации.
- 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).
- 4) Режим постельный в течение лихорадочного периода. Стол 15. Обильное питьё. 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 № 281

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°C, 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°C, вялый. Общее состояние средней тяжести. Носовое дыхание затруднено, обильные серозно-слизистые выделения из носовых ходов. Веки отёчны. 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 лёгких при аускультации жёсткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Пульс – 102 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца отчётливые. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются. Менингеальных симптомов нет.

Лабораторная диагностика.

Кровь: эритроциты – $3,5 \times 10^{12}$ /л, Нв – 116 г/л, лейкоциты – $7,8 \times 10^9$ /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?

Эталон ответа к задаче № 281

- 1) Аденовирусная инфекция, фарингоконъюнктивальная лихорадка, среднетяжёлое течение.

2) Диагноз установлен на основании жалоб на лихорадку 40°C, умеренную головную боль, боли в глазных яблоках, светобоязнь, слезотечение, жжение в глазах, сильный насморк, боли в горле при глотании; данных объективного осмотра: лихорадку 40°C, 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.

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. Необходимости госпитализации данного пациента нет (госпитализируют лиц, живущих в общежитиях, домах престарелых, детских домах, а также лиц с тяжёлым течением болезни и тяжёлыми осложнениями).

5) Посылка экстренного извещения в ГЦСЭН.

В очаге проводят текущую дезинфекцию, больных - изолируют. Детей разобщают в коллективах не менее 10 дней.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 282

Основная часть

Больной А. 18 лет, учащийся, заболел 4 дня назад, когда температура тела повысилась до 38 °С, появилась 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 тёмная 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 налётом. Живот обычной формы, мягкий, чувствительный в области правого подреберья. Печень увеличена на 3 см, плотно-эластичной консистенции, чувствительная. Селезёнка не прощупывается. Моча цвета «пива», кал ахоличен.

Одновременно заболело ещё 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?

Эталон ответа к задаче № 282

1) Острый гепатит А, желтушный вариант, среднетяжёлая форма.
2) Диагноз установлен на основании жалоб на лихорадку, слабость, ломоту в теле, головную боль, на 5 день болезни температура снизилась, но появилась тёмная моча, на 6 день - желтушность кожи и склер; данных эпидемиологического анамнеза: одновременно заболелоещёнесколькоучащихся;данныхосмотра:улучшениесамочувствияспоявлением желтухи, иктеричность кожных покровов и видимых слизистых, язык покрыт густым, белым налётом; живот мягкий, чувствительный в области правого подреберья, печень увеличена на 3 см, плотно-эластичной консистенции, чувствительная, селезёнка не прощупывается; моча цвета пива, калахоличен.

В желтушный период необходима дифференциальная диагностика с желтушными формами инфекционного мононуклеоза, лептоспироза, псевдотуберкулёза, желтухами гемолитического, токсического генеза.

3) Общий анализ крови, общий анализ мочи, б/х крови (общий билирубин, свободный и связанный билирубин, тимоловая проба, АЛТ, ПТИ, альбумин, α-фетопроtein, 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 (поПевзнеру).

Объём 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 № 283

Основная часть

Больная Б. 54 лет вызвала врача на дом на 3 день болезни по поводу е жалобами на повышение температуры тела до 39 °С, озноб, слабость,

головную боль, тошноту, мышечные боли, припухлость и чувство жжения в области правой щеки.

области правой щеки имеется разлитая гиперемия кожи с неправильными контурами, возникшая впервые. На месте гиперемии имеется отёк ткани. При пальпации поражённого участка умеренно-выраженная болезненность. Тоны сердца приглушены. Пульс – 94 уд/мин, 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?

Эталон ответа к задаче № 283

- 1) Эритематозная рожа лица, средней степени тяжести, первичная.
- 2) 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 отёк ткани, умеренно - выраженная болезненность при пальпации очага.

Эритемы, дерматиты, в том числе аллергические, экзему, абсцессы, флегмоны, тромбозы поверхностных вен, эризипеллоид.

При выраженных изменениях на коже диагноз рожи устанавливается на основании острого начала заболевания с явлениями интоксикации, яркой отграниченной гиперемии, отёка и других характерных изменений в области поражённого участка кожи.

- 3) Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимия крови.

В условиях стационара пенициллин 1млн ЕД в/м 6 раз в сутки в течение 10 дней.

- 4) Патогенетическая терапия.

- 5) Направление в инфекционную больницу, экстренное извещение в ГЦСЭН.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 284

Основная часть

Больная С. 44 лет предъявляет жалобы на головную боль, боль в глазных яблоках, ломоту в теле, повышение температуры тела до 39 °С, сухой кашель, заложенность носа. Заболела накануне вечером.

Объективно: состояние средней тяжести, лицо гиперемировано, склеры инъекцированы, лимфатические узлы не увеличены. При осмотре ротоглотки:

миндалины, язычок, дужки набухшие, гиперемированы, с небольшим цианотичным оттенком. В лёгких при аускультации дыхание везикулярное. Пульс – 95 уд/мин, АД – 100/70 мм рт.ст.

Вопросы:

- 1) Какой предварительный диагноз можно поставить пациентке?
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
- 4) Препараты какой фармакологической группы Вы бы рекомендовали пациентке в качестве этиотропной терапии?
- 5) Какие клинические проявления у пациентки свидетельствуют об эффективности этиотропной терапии?

Эталон ответа к задаче № 284

- 1) Грипп, среднетяжёлая форма.
- 2) Диагноз «грипп, среднетяжёлая форма» установлен на основании жалоб больной на интенсивную головную боль с характерной локализацией в глазных яблоках, миалгии, лихорадку; на основании объективных данных: застойная (с цианотичным оттенком) гиперемия зева, тахикардия, тенденция к гипотонии. Преобладания интоксикационных проявлений над катаральными является характерным для гриппа. Среднетяжёлая форма установлена на основании наличия высокой (39°C) лихорадки и гипотонии.
- 3) Для верификации диагноза «грипп» необходимо назначить лабораторное обследование: ПЦР для определения РНК вирусов гриппа в носоглоточном отделяемом. Назначаются общеклинические анализы крови и мочи. Рентгенологическое исследование лёгких, определение сатурации кислорода.
- 4) Противовирусные препараты прямого противогриппозного действия: ингибиторы нейраминидазы и ингибиторы гемагглютинина вирусов гриппа.
- 5) Быстрое купирование лихорадки и предупреждение осложнений гриппа.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 285

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 лёгких без патологии. Тоны сердца приглушены, АД – 90/60 мм рт.ст., Пульс – 78 уд/мин. Язык обложен густым серым налётом у корня, на боковых поверхностях отпечатки зубов.

Живот вздут, при пальпации мягкий безболезненный. Пальпируются печень и селезёнка.

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.

Эталон ответа к задаче № 285

- 1) Брюшной тиф, средней степени тяжести.
- 2) Фебрильная лихорадка, синдром интоксикации (головная боль, адинамия, слабость, бессонница), симптомы поражения ЖКТ (снижение аппетита, метеоризм, запор, характерный налёт на языке), со стороны сердечно-сосудистой системы – относительная брадикардия, глухость тонов, гипотония; гепатолиенальный синдром (увеличение печени селезёнки) позволяют заподозрить брюшной тиф.
- 3) Пациенту рекомендовано: 1. клинический анализ крови: у больных брюшным тифом изменения гемограммы характеризуются лейкопенией, анэозинофилией, относительным лимфоцитозом и умеренным повышением СОЭ. 2. бактериологическая диагностика: гемокультура, копрокультура, уринокультура – с целью выделения культуры возбудителя. 3. экспресс-диагностика: реакция ко-агглютинации, реакция латекс-агглютинации, ИФА, РИФ – выявление брюшнотифозного О-Аг в испражнениях или сыворотке крови. 4. 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 учётом чувствительности возбудителя в современных условиях.
- 5) Перфорация тонкой кишки; кишечное кровотечение, инфекционно-токсический шок.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 286

Основная часть

Больной А. 18 лет вызвал врача 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 тёмная 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 уд/мин, АД – 95/60 мм рт.ст. Живот чувствительный при пальпации в области правого подреберья. Печень выступает на 2 см ниже края рёберной дуги, край эластичный, чувствительный при пальпации. Селезёнка не пальпируется. Моча цвета «пива», кал обесцвечен. Известно, что «желтухой» заболели ещё несколько человек по месту учёбы.

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.

Эталон ответа к задаче № 286

- 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».
- 3) 1. Синдром желтухи: желтушность кожи и слизистых, билирубинурия, ахолия кала как проявления экскреторно-билиарного синдрома. 2. Холестатический синдром: кожный зуд как проявления холацидемического синдрома. 3. Гепатолиенальный синдром: гепатомегалия как проявление мезенхимально – воспалительного синдрома.
- 4) 1. Синдром желтухи как проявления экскреторно-билиарного синдрома. 2. Холестатический синдром как проявление холацидемического синдрома. 3. Гепатолиенальный синдром как проявление мезенхимально-воспалительного синдрома.
- 5) 1. Клинический анализ крови (лейкопения, относительный лимфоцитоз и замедление СОЭ). 2. 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. 3. Анализ крови на маркеры вирусных гепатитов: ГА-anti-HAV- IgM и ГВ - HbsAg ГС - anti-HCV.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 287

Основная часть

Больной Е. 42 года 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 чётко отграниченный от нормальной кожи участок гиперемии с несколько приподнятыми краями, ярко-розового цвета. Пальпация в проекции этого образования безболезненная. Пульс – 78 уд/мин, удовлетворительных качеств. Тоны сердца ритмичные, приглушённые. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены.

Вопросы:

- 1) Установите предварительный диагноз на основании полученных данных, с учётом 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.

Эталон ответа к задаче № 287

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, лёгкое 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 передаётся.

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, укусы насекомых) и др.

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 заражённого боррелиями клеща. Используют Доксициклин по 0,1 г один раз в сутки в течение 5 дней. Можно использовать Амоксиклав в течение 5 дней, Азитромицин 3 дня, Экстенциллин, Бензатинбензилпенициллин – однократно в/м.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 288

Основная часть

Больной И. 44 лет отмечает пожелтение склер, кожи, тёмную мочу, слабость, отвращение к пище, лёгкую тошноту. Считает себя больным 15 дней. В течение этого времени температура тела держалась в пределах 37,2–37,5 °С, болели крупные суставы, исчез аппетит, в последние 2 дня – тёмная моча, желтушность склер и кожи. Принимал Анальгин, Антигриппин, витамины. Три месяца назад лечился в неврологическом отделении по поводу функционального расстройства нервной системы, получал лекарства в виде таблеток подкожных и внутривенных инъекций.

Общее состояние средней тяжести. Температура 36,8 °С.

Склеры и кожа умеренно желтушны. Периферические лимфоузлы не изменены. Пульс – 52 уд/мин, АД – 110/60 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, слегка болезненный в эпигастрии. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 3 см, пальпируется нижний полюс селезёнки. Моча тёмно-коричневого цвета, кал серый.

Вопросы:

- 1) Установите предварительный диагноз на основании полученных данных, с учётом синдромального подхода, и обоснуйте его.
- 2) Дайте этиологическую характеристику возбудителю, предположительно вызвавшему заболевание, назовите источники инфекции и пути заражения.

- 3) Укажите основные методы лабораторной диагностики.
- 4) Назовите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
- 5) Какова тактика врача на этапе стационарного лечения?

Эталон ответа к задаче № 288

1) У больного имеется синдром инфекционной интоксикации, атралгический синдром (боли в суставах), диспепсический синдром (снижение аппетита, лёгкая тошнота); холестатический синдром (желтушность кожи и склер, тёмная моча, ахоличный стул); гепатоспленомегалия. Учитывая данные эпиданамнеза (наличие инъекции в период, по срокам укладывающийся в инкубационный), можно предположить у больного острый вирусный гепатит, с парентеральным механизмом передачи (В или С), желтушная форма, период разгара, среднетяжёлое течение.

2) Вирус гепатита В (HBV) относится к ДНК-вирусам. Вирус гепатита В высокоустойчив во внешней среде. При температуре -20°C может сохраняться годами. Инактивируется только при высоких температурах при автоклавировании в течение 30 минут и при сухожаровой стерилизации (160°C) в течение часа. При обработке 3-5% раствором хлорамина погибает через 60 минут, а 3-5% раствор фенола инактивирует вирус в течение суток. Вирус гепатита С (HCV) является РНК вирусом, покрытым оболочкой, размерами 50-60 нм в диаметре. Генетическая вариабельность HCV затрудняет выработку эффективного иммунного ответа, осложняет серологическую диагностику, создаёт проблемы в создании вакцины. Вирус С инактивируется при температуре $+60^{\circ}\text{C}$ в течение 30 минут, при 100°C - за 2 минуты. Источником инфекции является человек. Механизм заражения - парантеральный, реализуется половым путем, при медицинских и немедицинских манипуляциях, вертикальным путём.

3) Общеклинические показатели: нормопения, лимфоцитоз, иногда тромбоцитопения, уробилинурия, наличие желчных пигментов в моче, отсутствие стеркобилина в кале (при желтушных формах). Цитолитический синдром (АЛТ, АСТ); холестатический синдром (билирубин, ЩФ, ГГТП); мезенхимально-воспалительный (диспротеинемия). Специфическая диагностика (этиологическая верификация), выявление серологических маркеров вирусов: методом ИФА определяются - HBsAg, HBeAg, HCVAB и ДНК HBV и РНК HCV методом ПЦР.

4) Вирусные гепатиты с фекально-оральным механизмом передачи (А, Е), лептоспироз, псевдотуберкулёз, иерсиниоз, инфекционный мононуклеоз, желчнокаменная болезнь, гемолитические и другие надпеченочные желтухи.

5) Больному острым вирусным гепатитом в период стационарного лечения назначается стол № 5. Рекомендуются обильное питье (до 2,5-3 литров в сутки) в виде сладкого чая, фруктовых соков, компотов, морса, щелочной минеральной воды. При улучшении состояния диета постепенно расширяется. После выписки некоторые ограничения в диете сохраняются до

3-6 месяцев. Дезинтоксикационная терапия (глюкозосодержащие растворы); энтеросорбенты (МКЦ, Уголь активированный, Энтеросгель, Полифепан); холеретики и холекинетики (Одестон, Хофитол); спазмолитики (Но-шпа, Папаверин); средства, влияющие на обмен веществ в печени (Милдронат, Гептрал); антиоксиданты и гепатопротекторы (Аскорбиновая кислота, Витамин Е); витаминотерапия; антибиотики, противомикробные средства (Трихопол, Метронидазол, Циплокс). При наличии признаков хронизации гепатита В и при гепатите С показана противовирусная терапия в комбинации с препаратами Интерферона.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 289

Основная часть

Больной Д. 18 лет обратился в поликлинику на 2 день болезни с жалобами на заложенность носа, першение в горле, слабость, головокружение.

Накануне утром почувствовал недомогание, появились неприятные ощущения в горле. Измерил температуру тела – 37,6 °С. На следующий день продолжали беспокоить слабость, разбитость, боль в горле, заложенность носа, появилась головная боль, температура выше 37,8 °С не повышалась.

Из анамнеза известно, что больной 6 дней назад навещал друга, который на следующий день был госпитализирован в тяжёлом состоянии в инфекционный стационар с подозрением на менингит.

При осмотре температура тела 37,5 °С, общее состояние ближе к удовлетворительному. Кожа нормальной окраски, без сыпи. Выявлена небольшая гиперемия и сухость мягкого нёба, задней стенки глотки, миндалины увеличены, несколько отёчны, отмечается гиперплазия лимфоидных фолликулов. Симптомы ригидности затылочных мышц, Брудзинского, Кернига отрицательные.

Вопросы:

- 1) Установите предварительный диагноз на основании полученных данных с учётом синдромального подхода и обоснуйте его.
- 2) Дайте этиологическую характеристику возбудителю, предположительно вызвавшему заболевание, назовите источники инфекции и пути заражения.
- 3) Укажите основные методы лабораторной диагностики.
- 4) Назовите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
- 5) Какова будет терапевтическая тактика на этапе оказания амбулаторно-поликлинической помощи?

Эталон ответа к задаче № 289

- 1) У больного катаральный синдром, синдром инфекционной интоксикации, ринофарингит. Можем предположить ОРВИ (аденовирусная инфекция,

ринофарингит), период разгара, лёгкое течение.

2) ДНК-вирусы семейства Adenoviridae. Аденовирусы вызывают у детей и взрослых поражение кишечника и верхних дыхательных путей. Возможны генерализованные формы. Вирус не стоек в окружающей среде. Путь передачи возбудителя воздушно-капельный. Источником является человек. Заболевание характеризуется сезонностью.

3) Гемограмма при аденовирусных инфекциях не характерна. Обнаружение вируса производят при помощи ПЦР отделяемого верхних дыхательных путей, мазков из носа. РТГА и РН применяют для ретроспективной диагностики.

4) Грипп (ведущий синдром - трахеит); риновирусная инфекция (ринит); парагрипп (ларингит), респираторно-сентициальная инфекция (бронхиолит), менингококковый назофарингит.

5) Препараты Интерферона. Индукторы Интерферона (Циклоферон, Анаферон). Иммуномодуляторы для местного применения в виде аэрозолей (ИРС-19). НПВС. Антигистаминные препараты. Местная обработка - полоскание горла Фурацилином, ромашкой, обработка спреями с а/б. Антибактериальная терапия назначается при присоединении вторичной инфекции.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 290

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. Объём талии 120 см, объём бёдер 128 см. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Отёков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 90 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у рёберного 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 приёма 75 г глюкозы – 9,0 ммоль/л.

Общий анализ мочи: цвет – «соломенно-жёлтый», 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 уд/мин, 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.

Эталон ответа к задаче № 290

- 1) Артериальная гипертония II стадии, II степени, риск ССО 3. Ожирение I ст. Гиперлипидемия (метаболический синдром). Хроническая болезнь почек II стадии, альбуминурия 2А стадия.
- 2) Диагноз «артериальной гипертонии (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 приема. 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 «хронической болезни почек (ХБП)» определен по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) и снижении СКФ. Диагноз «метаболического синдрома» 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; консультация врача - окулиста 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 № 291

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 перенёс инсульт.

Объективно: состояние удовлетворительное. Масса тела повышена по абдоминальному типу, рост 172 см, вес 86 кг. Объём талии 105 см, объём бёдер 92 см. Отёков нет. Аускультативно: дыхание над лёгкими 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 уд/мин. Живот мягкий безболезненный, печень по краю рёберной дуги. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный, дизурических явлений нет. Стул в норме.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 145 г/л; эритроциты – $4,9 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты $7,0 \times 10^9$ /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 – 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., мочевиная кислота – 300 мкмоль/л, креатинин – 78 мкмоль/л; альбуминурия – 0 мг/сутки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Эталон ответа к задаче № 291

- 1) Артериальная гипертония II стадии, II степени, риск ССОЗ. Избыточная масса тела (ИМТ 29). Гиперлипидемия, гиперурекимия (метаболический синдром). Хроническая болезнь почек I стадии, альбуминурия 1А стадия.
- 2) Диагноз «артериальной гипертонии (АГ)» установлен на основании жалоб больного на повышение АД, данных анамнеза (пациент отмечает головные боли в затылочной области в течение месяца); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приема. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (почек-МАУ, сердца - ГЛЖ). Степень риска ССО поставлена на основании наличия метаболического синдрома, ХБП. Диагноз «хронической болезни почек (ХБП)» определен по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) и снижении СКФ. Диагноз «метаболического синдрома» установлен на основании наличия избыточной массы тела, АГ, дислипидемии (повышения уровня ТГ и снижения уровня ЛПВП), гипергликемии натощак, гиперурекозурия.
- 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-окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗИ-исследование почек для оценки поражения органа – мишени почек.
- 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 № 292

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 °С, 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. Нёбные миндалины покрыты беловатым налётом, гиперемированы. В лёгких дыхание ослабленное справа, множественные влажные мелкопузырчатые хрипы выслушиваются у угла правой лопатки. ЧД в покое до 26 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, единичные экстрасистолы. ЧСС – 100 уд/мин, 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 $4,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты 11×10^9 /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 лёгкого, деформация корня правого лёгкого.

СЗ_Лечебное дело (ч.4) – 2017

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 (Амоксициллином 500 мг 3 раза или Азитромицином 500 мг 1 раз в сутки) – температура тела нормализовалась – 36,8 °С, уменьшилась интоксикация (снижение слабости, потливости, улучшение аппетита), уменьшилась одышка. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Эталон ответа к задаче № 292

- 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 приёма; на основании анализа крови (лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, СОЭ повышено), на основании рентгенологических данных (очаговая инфильтрация в базальных отделах правого легкого).
- 3) Пациенту рекомендовано: проведение ФВД для выявления дыхательной недостаточности.
- 4) Пациент с нетяжёлой 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 pneumoniae*.
- 5) Продолжать антибактериальную терапию без изменений еще 3-4 дня, продолжить динамическое наблюдение. Контроль анализа крови через 7 дней, рентген- контроль.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 293

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). Контакт с больными туберкулёзом 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 налётом. В лёгких дыхание ослабленное везикулярное, множественные влажные мелкопузырчатые хрипы выслушиваются в нижнем отделе левого лёгкого. ЧД в покое до 24 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, единичные экстрасистолы. ЧСС – 90 уд/мин, АД – 110/70 мм рт. ст. Печень на 1 см выступает из-под края рёберной дуги. Дизурических явлений нет. Голени пастозны. По другим органам и системам без видимых патологических отклонений.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 126 г/л; эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $10,9 \times 10^9$ /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; мочевины – 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 лёгочного рисунка в базальных отделах левого лёгкого.

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 (Амоксициллин/Клавуланат 625 мг 3 раза в сутки) – температура нормализовалась – 36,6 °С, самочувствие улучшилось (одышки нет). Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Эталон ответа к задаче № 293

- 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 лёгкого), установление ДН основано на ЧД в покое; на основании анализа крови (палочкоядерный сдвиг, СОЭ повышено).
- 3) Пациенту рекомендовано: проведение ФВД для выявления дыхательной недостаточности, КТ-лёгких - для точного выявления пневмонии.
- 4) У пациента нетяжёлая 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 № 294

Основная часть

Больная М. 50 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на тошноту, острые ночные и голодные боли в эпигастрии, уменьшающиеся после приёма пищи, тошноту, рвоту «кофейной гущей», однократно чёрный «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 налётом, влажный. В лёгких дыхание везикулярное, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 88 уд в мин, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот напряжённый, резко болезненный локально в зоне Шофара. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул чёрный «дегтеобразный». Мочеиспускание не нарушено.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 100 г/л; эритроциты – $3,0 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты $8,4 \times 10^9$ /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 Эзомепразолом выявлены признаки рубцевания язвы. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Эталон ответа к задаче № 294

- 1) Язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением на фоне приема НПВС.
- 2) Диагноз «язвенная болезнь желудка», осложненная кровотечением на фоне приёма НПВС установлен на основании жалоб больного на тошноту острые ночные и голодные боли в эпигастрии, уменьшающиеся после приема пищи, тошноту, рвоту «кофейной гущей», однократно черный «дегтеобразный» стул, данных анамнеза длительно (более 3 месяцев) принимала Индометацин; данных осмотра (живот напряженный, резко болезненный локально в зоне Шофара,

стул чёрный «дёгтеобразный»); на основании анализа крови (гемоглобин 100г/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 *H. pilory*; при положительном ответе – назначить антихеликобактерную схему лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 295

Основная часть

Вызов врача-терапевта участкового на дом. Больной М 66 лет. 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, отёки нижних конечностей. При осмотре АД 120/70 мм рт.ст., PS – 60 уд/мин, при аускультации лёгких отмечаются влажные хрипы с обеих сторон, отёки стоп и голеней.

ЭКГ: фибрилляция предсердий, ЧСС – 65 уд/мин, 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 приёма статинов?

Эталон ответа к задаче № 295

- 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 отёков, 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 контроль КФК для выявления развития миопатии и рабдомиолиза. Увеличение трансаминаз более 3 норм и КФК более 5 норм требует отмены препарата.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 296

Основная часть

Больной Л. 37 лет находится в стационаре, диагноз «Внебольничная пневмония с локализацией в нижней доле правого легкого, средне-тяжёлое течение, ДН I».

Заболел остро 4.03: 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 лёгких (7.03.): признаки пневмонии нижней доли правого лёгкого.

Общий анализ крови (7.03): Нв – 145 г/л, лейкоциты – 18×10^9 /л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 240×10^9 /л, палочкоядерные – 12%, лимфоциты – 20%, нейтрофилы – 74%, эозинофилы – 1%, моноциты – 3%, СОЭ – 25 мм/ч.

Лист назначения						
	март					
	7	8	9	10	11	12
Цефазолин 2 г х 3 р/сут. в/в на 20 мл 0,9% NaCl	+	+	+			
Амикацин 1 г х 1 р/сут в/в на 20 мл 0,9% NaCl				+	+	+
Кеторолак 1 мл в/м при повышении T тела свыше 38.5°C				+	+	+
Амброксол, табл. 30 мг 3 р/сут	+	+	+	+	+	+
t° тела	38.5	38.4	38.0	38.7	38.6	38.0
ЧСС	98	92		80	86	

Вопросы:

- 1) Оцените рациональность стартовой эмпирической антимикробной терапии с учётом спектра действия препарата.
- 2) Оцените рациональность проведённой смены антибактериального препарата с учётом 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.

Эталон ответа к задаче № 296

- 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 (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, 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 нефротоксического 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» фторхинолоны III-IV поколения (Левифлоксацин, Моксифлоксацин, Спарфлоксацин, Гемифлоксацин).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 297

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 её инфильтрация. Другие ЛОР-органы без патологических изменений.

Клинический анализ крови: лейкоциты – $10,8 \times 10^9/\text{л.}$, СОЭ – 16 мм/час; нейтрофилы – 65,2%, лимфоциты – 21,3%, эозинофилы – 3,1%, моноциты – 10%, базофилы – 0,4%. Больная требует оформление больничного листа.

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?

Эталон ответа к задаче № 297

- 1) Диагноз «острый катаральный фарингит».
- 2) Диагноз «острый фарингит» поставлен на основании данных анамнеза (накануне больная съела большое количества мороженого, что является предрасполагающим фактором заболевания, жалоб на першение и жжение в глотке); объективных данных (яркая гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки и умеренная её инфильтрация, другие ЛОР-органы без патологических изменений), изменений анализа крови: ускорение СОЭ, лейкоцитоз, сдвиг увеличения 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, копченое, соленое, кислое.

Возбудители: вирусные (аденовирусы, энтеровирусы, вирусы гриппа); бактериальная инфекция (*Haemophilus influenzae*, золотистый стафилококк, стрептококки группы А, С, G и др.)

4) 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 298

Основная часть

Мужчина 25 лет жалуется на боль в горле, усиливающуюся при глотании, повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, общее недомогание. Связывает данное состояние с недавним переохлаждением.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы влажные, чистые. 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.

Клинический анализ крови: лейкоциты – $10,8 \times 10^9/\text{л}$, 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) Меры санитарно-гигиенических и профилактических мероприятий при данном заболевании.
- 5) Указать основного возбудителя заболевания.

Эталон ответа к задаче № 298

- 1) Диагноз «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 $37,5^{\circ}\text{C}$,

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, Гримицидин и т. д.), ингаляции антисептиков (Гексорал, Каметон).

Общее лечение: антибиотики группы пенициллинов (Амоксициллин, Амоксициллин/Клавулановая кислота, при непереносимости – макролиды: Азитромицин, Кларитромицин, препараты выбора - Цефалоспорины, респираторные фторхинолоны), антигистаминные препараты (Супрастин, Тавегил, Кларитин и т. д.). Назначают НПВС (Парацетамол, Панадолдр.), обладающие жаропонижающими анальгезирующим действием.

4) Амбулаторное лечение с изоляцией больного, в тяжелых 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 теплое питье. Дети к больному не допускаются.

5) В большинстве случаев основным возбудителем ангин является бета-гемолитический стрептококк группы А.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 299

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 налётом, небные миндалины увеличены в объёме, гиперемированы, на слизистой миндалин видны желтовато-белые точки.

Клинический анализ крови: лейкоциты – $14,6 \times 10^9/\text{л}$., 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) Возможные осложнения со стороны внутренних органов (местные и общие) при повторении подобных состояний.
- 5) Указать рекомендованный срок постельного режима и временной нетрудоспособности при данном заболевании.

Эталон ответа к задаче № 299

- 1) Диагноз «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°C, объективных данных - регионарные шейные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации, небные миндалины увеличены в объеме, гиперемированы, на слизистой миндалин видны желтовато-белые точки. Изменения анализа крови: ускорение СОЭ, лейкоцитоз, увеличение палочкоядерных и сегментоядерных лейкоцитов.
- 3) Бактериологическое исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии (*Corynebacterium diphtheriae*).
Экспресс-тест для определения бета-гемолитического стрептококка со слизистой оболочки миндалин.
Анализ мочи.
ЭКГ.
Клинический анализ крови в динамике.
СРБ, РФ, АСЛО.
- 4) 1. Местные осложнения: паратонзиллярный абсцесс, парафарингеальный абсцесс.
2. Общие: ревматизм, ревматоидный артрит, нефрит.
- 5) Рекомендован постельный режим 7-8 дней.
срок нетрудоспособности при ангине в среднем равен 10-12 дням.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 300

Основная часть

Мужчина 29 лет обратился в поликлинику с жалобами на периодические боли в эпигастральной области ноющего характера, возникающие через 1,5-2 часа после приёма пищи, «ночные боли», иногда – изжогу, тошноту, запоры. Данные боли беспокоят в течение 2 лет, но в последнее время участились. Боль снимается приёмом антацидных препаратов (Маалокс) и небольшого количества пищи. Не обследовался.

Работает водителем автобуса, режим питания не соблюдает.

При осмотре: состояние удовлетворительное. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 19 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 60 уд/мин. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомы

Ортнера, Василенко отрицательные. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Селезёнка не пальпируется. Отёков нет.

Вопросы:

- 1) Каков 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?

Эталон ответа к задаче № 300

- 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 (CLO- 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 0,5г 2р/сути Кларитромицином 0,5г 2р/сут в течение 14 дней. Послеокончания 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 № 301

Основная часть

Больная 19 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на учащённое 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 лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 18 в мин., ЧСС – 80 уд/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/70 мм рт. ст. Симптом поколачивания справа слабо положительный.

Анализ крови: Нв – 110 г/л, лейкоциты – $10,2 \times 10^9$ /л, СОЭ – 28 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1,012 г/л, белок – 0,066 г/л, эритроциты – 0–1 в поле зрения, лейкоциты – 12–15 в поле зрения. Креатинин

сыворотки крови – 92 мкмоль/л. При бактериологическом исследовании мочи выделена *E. coli* в концентрации 100000 микроорганизмов в 1 мл.

Вопросы:

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

Эталон ответа к задаче № 301

- 1) Острый пиелонефрит.
- 2) Общий анализ мочи, крови. Анализ мочи по Нечипоренко. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, холестерин, мочевины, 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 декупсуляцию почки; при карбункуле почки – его иссечение или рассечение; при абсцессе – вскрытие и дренирование гнойной полости. В случае тяжелой интоксикации и септического состояния при удовлетворительном состоянии второй почки показана нефрэктомия. В случае тяжелого приступа острого пиелонефрита антибактериальную терапию начинают, не дожидаясь данных бактериологического исследования мочи. В зависимости от рН мочи используют при щелочной реакции - макролиды и аминогликозиды; в слабокислой – Ампициллин, Ристомидин сульфат, Нитрофураны, Нитроксолин; Левомецитин, 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 (сальмонеллез, грипп, крупозная пневмония, бруцеллез, подострый септический эндокардит), острые хирургические (аппендицит,

холецистит, панкреатит) и онкологические (гемобластоз, аденокарцинома почки, лимфогранулематоз) заболевания.

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 302

Основная часть

Больной М. 60 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на лихорадку до 38°C, ночное потоотделение, потерю в весе, кожный зуд в области шеи, паха. Болен в течение трёх 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 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 82 уд/мин. Печень у рёберной дуги. Селезёнка не увеличена.

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

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.

Эталон ответа к задаче № 302

- 1) Лимфогранулематоз IV стадия.
- 2) Общий анализ мочи. УЗИ брюшной полости. Рентгенография грудной клетки. Радиоизотопная лимфография. КТ брюшной полости и грудной клетки. Иммуногистохимическое исследование биоптата.

3) IV.

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

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 303

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 лёгких дыхание везикулярное.

Сердце: тоны правильные, 80 в мин., акцент II тона над аортой.

Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены.

Анализ крови: Нв – 110 г/л, лейкоциты – $5,4 \times 10^9$ /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?

Эталон ответа к задаче № 303

- 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, мочевины. 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 сут в комбинации с Урапидилом 30 мг 2р/сут.

4) Ревматоидный артрит, деформирующий остеоартроз, вторичная подагра при заболеваниях крови, злокачественных опухолях, длительном применении диуретиков.

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 № 304

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 тяжёлое. Питание пониженное. Кожные покровы сухие, отмечаются участки эритематозной сыпи на коже спины. Пальпируются увеличенные лимфатические узлы до 1 см в диаметре. Отмечается скованность, отёчность 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 рёберной дуги на 1,5 см. Селезёнка не пальпируется. Отёчность голеней.

Анализ крови: гемоглобин – 64 г/л, эритроциты – $1,8 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 180×10^9 /л, лейкоциты – $4,2 \times 10^9$ /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.

Эталон ответа к задаче № 304

- 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, мочевины, билирубин. Иммунологические показатели: LE-клетки, циркулирующие иммунные комплексы, активность комплемента, ревматоидный фактор, антинуклеарный фактор (АНФ), антинуклеарные антитела к двуспиральной ДНК, к Sm- антигену. Антитела к C1q компоненту комплемента. Лабораторные маркеры антифосфолипидного синдрома: антитела к фосфолипидам (аФЛ)- волчаночный антикоагулянт, антитела к кардиолипину. Консультация врачей окулиста, психиатра, 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 Азатиопринил и Мофетиламико фенолат. Гипотензивные средства – ингибиторы АПФ, антагонисты кальция. Плазмаферез. ГИБП - Абатоцепт (Оренсия) 125 мг п/к 1 раз в неделю.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 305

Основная часть

Больной Н. 49 лет поступил с приёма 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 отстаёт при дыхании, под лопаткой слева укорочение перкуторного звука, там же выслушивается крепитация, частота дыхательных движений (ЧДД) – 25 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс – 100 уд/мин., артериальное давление (АД) – 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Отёков нет.

На рентгенограмме в области нижней доли левого лёгкого выявлена инфильтрация.

гемограмме: гемоглобин – 126 г/л; лейкоциты – 12 тысяч, палочкоядерные – 11%, сегментоядерные – 46%, СОЭ – 38мм/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, выросли признаки интоксикации. На компьютерной томографии лёгких 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?

Эталон ответа к задаче № 305

- 1) Внебольничная пневмония в нижней доле левого легкого. 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 легких 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 легкого. Туберкулез легкого.

5) До прорыва гноя в бронх характерны высокая лихорадка, ознобы, проливные поты, сухой кашель с болями в груди на стороне поражения, затрудненное дыхание или одышка, при перкуссии – интенсивное укорочение над очагом поражения, аускультативно – ослабленное дыхание с жестким 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 500мл).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 306

Основная часть оставим

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?

Эталон ответа к задаче № 306

- 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. Посевмокроты.
- 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 № 307

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. Днём 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 тяжёлое. Акроцианоз. Крылья носа раздуваются при дыхании. Гиперемия щёк, больше слева, небольшой цианоз слизистых, на губах герпес. Левая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, в верхних отделах её 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 лёгких 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?

Эталон ответа к задаче № 307

- 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 - цефалоспорины 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 № 308

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 тяжёлое. 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 удлинён, на выходе высокотональные свистящие хрипы. ЧДД – 26 в мин. Тоны сердца приглушены. Пульс – 120 уд/мин., 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?

Эталон ответа к задаче № 308

- 1) Бронхиальная астма, смешанного генеза, тяжелое течение. Обострение. Астматический статус I ст.

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 (IgE), 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), пикфлоуметрия; ЭКГ; во вне приступном периоде постановка проб с аллергенами, по показаниям – провокационных проб.

3) Направить в отделение интенсивной терапии. Ингаляционные β 2-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 № 309

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 лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений (ЧДД) – 36 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2 тона на лёгочной артерии.

ЭКГ: правограмма, глубокий зубец S в I отведении, зубец Q в III отведении, глубиной 1/3 зубца R и продолжительностью 0,02 секунды. Депрессия сегмента ST и отрицательный зубец T в V1–V3 отведениях, высокие зубцы R 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?

Эталон ответа к задаче № 309

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 310

Основная часть

Больной 53 лет самотеком обратился в поликлинику 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 лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца расширены влево до срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, ритм правильный. Пульс – 96 уд/мин., ритмичный. АД – 150/90 мм рт. ст.

ЭКГ: ритм синусовый, смещение сегмента ST в I и II отведениях ниже изолинии, сливается с зубцом T, в III отведении сегмент ST 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?

Эталон ответа к задаче № 310

- 1) Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST.
- 2) Экстренная госпитализация. До приезда бригады скорой помощи уложить больного, обезболивание (Нитроглицерин сублингвально или ненаркотические анальгетики), 125мг Аспирина разжевать, 75 мг Клопидогрела.
- 3) Общий анализ крови; общий анализ мочи; биохимический анализ крови: тропонины Т 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 № 311

Основная часть

Больная 29 лет жалуется на резкую одышку, заставляющую её 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 скорой помощью доставлена в стационар.

Объективно: состояние тяжёлое. Румянец на щеках. Выраженный цианоз губ и языка. Отёков нет. В лёгких дыхание везикулярное, мелкопузырчатые влажные хрипы с обеих сторон в нижних отделах. Частота дыхательных движений (ЧДД) – 26 в мин. При аускультации сердца ритм правильный, 88 в минуту, хлопающий 1 тон и щелчок открытия митрального клапана на верхушке, акцент 2 тона на лёгочной 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?

Эталон ответа к задаче № 311

- 1) Хроническая ревматическая болезнь сердца. Неактивная фаза. Стеноз митрального отверстия. ХСН ФК III, ПА стадия.
- 2) Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, серомукоид, фибриноген, СРБ, АСТ, АСЛ-О, анти-ДНКазы, антигиалуронидаза, тропонин I. Рентгенологическое исследование легких. ЭКГ. ЭХОКГ с доплерографией (цветное доплеровское картирование).
- 3) Диуретики - Лазикс в/в 20 мг. до 2 х раз в сутки, Спиринолуктон 100 мг/сут внутрь, Эноксипарин 40мг/сут п/к. Необходимо хирургическое лечение.
- 4) Миокардиты неревматической этиологии, кардиомиопатии, системная красная волчанка, ревматоидный артрит, геморрагический васкулит, тромбоз 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 № 312

Основная часть

32-летний больной на приеме 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. Отёков нет.

При суточном мониторингировании 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?

Эталон ответа к задаче № 312

1) Гипертрофическая кардиомиопатия, идиопатический гипертрофический субаортальный стеноз. Прогрессирующее течение. Частая желудочковая экстрасистолия.

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 доплерографией (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).

ИБС, инфаркт миокарда. Гипертоническая болезнь. Амилоидоз сердца. Болезнь Фабри. Рестриктивная кардиомиопатия. Аортальный стеноз.

4) Общеизвестна 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 № 313

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 дерматолога по поводу нейродермита и у гинеколога по поводу климактерической дисфункции яичников.

При обследовании – выявлены субиктеричность склер, пигментные пятна и множественные следы расчёсов на коже туловища. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 78 ударов в минуту. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 7 см, край плотный, безболезненный. Селезёнка 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?

Эталон ответа к задаче № 313

1) Первичный билиарный цирроз.

2) Биохимический анализ крови: билирубин общий и прямой, холестерин, мочевины крови, общий белок, белковые фракции, АСТ, АЛТ, щелочной фосфатазы, гамма- глутамилтрансферазы, 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 болят 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 фосфатазы, гамма-глутамилтрансферазы, 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 № 314

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 трёх 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?

Эталон ответа к задаче № 314

- 1) Синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи.
- 2) Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий билирубин, АСТ, АЛТ, щелочной фосфотазы, гамма-глутаматтрансферазы. 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 капсула 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 (2капсулы 2 раза в день) с последующим приемом симбиотика Бактистатин.
- 4) Неспецифический язвенный колит, Болезнь Крона, опухоли кишечника.
- 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.

Типография КрасГМУ

Подписано в печать 24.05.18. Заказ № 11998

Тираж 1 экз.

660022, г.Красноярск, ул.П.Железняка, 1

