**ПУЛЬМОНОЛОГИЯ**

**Тема: Пневмонии**

 **Задача №1**

1. Внебольничная бактериальная сегментарная пневмония с локализацией в нижней доле слева, легкое течение.
2. Лейкоцитоз крови, повышение СОЭ и фибриногена и серомукоида

3. Рентгенография грудной клетки, общий анализ крови и мочи, анализ мокроты на цитологию, микобактерии туберкулеза, бакпосев мокроты с антибиотикограммой.

4. В лечении могут быть использованы макролиды, пенициллины (бензилпенициллин, ампициллин (амоксициллин), цефалоспорины I-II поколения. Преимуществом по спектру своего действия обладают макролиды, особенно сумамед (азитромицин).

5. Избегать переохлаждения, дыхательная гимнастика, массаж грудной клетки, витамины, отхаркивающие сборы.

**Задача №2**

1. Госпитальная бактериальная пневмония с локализацией в S нижней доли правого легкого, средней степени тяжести.

2. Рентгенография грудной клетки, общий анализ крови и мочи, анализ мокроты на цитологию, микобактерии туберкулеза, бакпосев мокроты с антибиотикограммой.

3. Продолжить лечение язвенной болезни, назначение антибактериальной терапии, отхаркивающие, противовоспалительные, консультация физиотерапевта, контроль ФГДС

4. Фторхинолоны, цефалоспорины III-IV поколения, аминогликозиды.

5. Диета, дыхательная гимнастика, массаж грудной клетки, витамины,

**Задача №3**

1. Исключить инфильтративную форму туберкулеза легких

2. Консультация фтизиатра, томография легких, рентгенологический контроль через 10-14 дней после лечения, анализ мокроты на цитологию, микобактерии туберкулеза, бакпосев мокроты. Дальнейшее обследование будет зависеть от результатов рентгенологического контроля.

3. Необходимо дифференцировать внебольничную пневмонию и инфильтративный туберкулез легких.

4. Лечение пневмонии по общим принципам. Нельзя применять антибиотики, обладающие туберкулостатическим эффектом.

5. С учетом окончательного диагноза, при подтверждении туберкулеза постановка на диспансерный учет.

**Задача №4**

1.Аспирационная бактериальная долевая пневмония верхней доли правого легкого, течение тяжелое.

2. Рентгенография грудной клетки, общий анализ крови и мочи, анализ мокроты на цитологию, микобактерии туберкулеза, бакпосев мокроты с антибиотикограммой.

3.Осложнения: абсцедирование, дыхательная недостаточность III ст.

4.Госпитализация в специализированное пульмонологическое отделение.

5. Проведение массивной антибиотикотерапии в сочетании с метрогилом, дезинтоксикационная инфузионная терапия, иммуномодуляторы, отхаркивающие, при необходимости санационная бронхоскопия .

 **Задача № 5**

1. Внебольничная пневмония, тяжелое течение.

2. Госпитализация больного в стационар

3. Воспалительная инфильтрация в правом легком, лейкоцитоз в анализе крови со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

4. Антибиотики широкого спектра действия с обязательным в/в введение одного из них (цефалоспорины 3, 4 поколения макропенемы, фторхинолоны) отхаркивающие, противовоспалительные, иммуномодуляторы,

5. В последующем – физиотерапия, ЛФК.

**Задача №6**

 1. Хронический обструктивный бронхит легких, средней тяжести, обострение, ДН II.

 2. Одышка кашель с трудноотделяемой мокротой, сухие рассеянные хрипы по всем легочным полям, признаки эмфиземы.

 3. Да, имеется. Одышка при нагрузке.

 4. Общеклинические исследования, анализ мокроты с цитологией, антибиотикограммой, Р-графия органов грудной клетки, ЭКГ, исследование функции внешнего дыхания (ОФВ1)

 5. Бронхолитики, отхаркивающие, муколитики, противовоспалительные, увлажненный

кислород, «Беродуал» через небулайзер

**Задача № 7**

 1. Внебольничная пневмония, справа, тяжелое течение (плевропневмония). ДН 1ст.

 2. Рентгенография органов грудной клетки (боковая роекция) развернутый анализ крови в динамике, анализ мочи, анализ мокроты на цитологию, микобактерии туберкулеза, бакпосев мокроты с антибиотикограммой.

 3. Воспалительная инфильтрация в правом легком

 4. Госпитализация в терапевтический стационар. Антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины 3, 4 поколения) качестве второго антибиотика могут быть использованы макролиды (сумамед, азитромицин), аминогликозиды – амикацин) противовоспалительные, отхаркивающие (АЦЦ, лазолван, амбробене), муколитики.

 5. в последующем – физиотерапия, ЛФК.

**Задача №8**

1. Бронхиальная астма, эндогенная, средней тяжести, обострение. ДН 2 ст. Приступ удушья

 2. Общеклинические обследования, исследование функции внешнего дыхания (ОФВ1), анализ мокроты (цитология, посев мокроты с антибиотикограммой).

3. Приступ бронхиальной астмы (генерализованния бронхообструкция)

4. Добавить введение в/м или в/в глюкокортикостероиды (преднизолон 30-60 мг, дексаметазон 4-8 мг). Эуфиллин 2,4% - 5-10,0 мл внутривенно, медленно.

5. Противовоспалительная терапия: ингаляционные гормоны (ИГКС – Серетид, Беклометазон, Симбикорт) с подбором дозы после спирометрии и пробы с бронходилятатором -Сальбутамолом), антибиотики только , если есть признаки инфекции, отхаркивающие (лазолван, АЦЦ, амбробене), «Беродуал» через небулайзер.

**Задача № 9**

1. Бронхиальная астма, эндогенная. Обострение средней степени тяжести. ДН 2 ст.

2.У больной II стадия астматического состояния ("немое легкое"). 1 ст- субкомпенсации – объективно: возбуждение, свистящие дистанционные хрипы, 2 ст- тотальный бронхоспазм – «немое легкое», 3 ст- гипоксемическая кома.

3. Большие дозы кортикостероидов внутривенно (гидрокортизон 300 мг, преднизолон 90-120 мг, дексаметазон 12-16 мг), эуфиллин 2,4%-10,0 мл внутривенно, медленно, увлажненный кислород через нос, гидратирующая терапия,

4. Методы дыхательной реанимации (ИВЛ, лаваж).

 5. Противовоспалительная терапия: ингаляционные гормоны (ИГКС – Серетид, Беклометазон, Симбикорт) с подбором дозы после спирометрии и пробы с бронходилятатором (Сальбутамолом), антибиотики только , если есть признаки инфекции, отхаркивающие (лазолван, АЦЦ, амбробене), «Беродуал» через небулайзер.

**Задача №10**

1. Бронхиальная астма, эндогенная, средней степени тяжести, обострение. ДН 2 ст.

2 Инфекция нижних отделов дыхательного тракта, с развитием бронхиальной обструкции (отек слизистой бронхов, бронхоспазм, вязкий бронхиальный секрет). Развитие эмфиземы, пневмосклероза.

3. Бронхолитики, при необходимости глюкокортикостероиды,

4. Рентгенография органов грудной клетки, спирография (ОФВ1), анализ мокроты на ВК, цитология, посев мокроты.

5. Противовоспалительная терапия: ингаляционные гормоны (ИГКС – Серетид, Беклометазон, Симбикорт) с подбором дозы после спирометрии и пробы с бронходилятатором -Сальбутамолом), антибиотики только , если есть признаки инфекции, отхаркивающие (лазолван, АЦЦ, амбробене), «Беродуал» через небулайзер.

 **Тема: Плевриты**

 **Задача №1**

1. Левосторонний экссудативный плеврит: притупление перкуторного звука, ослабленное дыхание и голосовое дрожание.

2. Интенсивное гомогенное затемнение с косой верхней границей, смещение сердца вправо.

3. Пункцию плевральной полости с цитологическим и бактериологическим иследованием исследованием .

4. Антибиотики широкого спектра, НПВС, аскорутин, мочегонные, возможно кортикостероиды.

5. Наблюдение у пульмонолога (терапевта) по месту жительства

**Задача№2**

1. Транссудат.

2. Сердечная недостаточность.

3. Разв. ан.крови, ОАМ, ЭКГ,ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости, консультация фтизиатра, анализ мокроты.

4. Очаговый туберкулез в фазе уплотнения.

5. Лечение хронической сердечной недостаточности

**Задача №3**

1. Левосторонний фибринозный (сухой) плеврит.

2. Туберкулез.

3. Консультация фтизиатра, анализ мокроты, туберкулиновые пробы

4. Специфическое противотуберкулезное.

5. Постановка на учет, динамическое наблюдение фтизиатра, пульмонолога

**Задача №4**

1. Правосторонний экссудативный плеврит.

2. Туберкулез, пневмония.

3. Плевральную пункцию с цитологическим и бактериологическим исследованием

4. Специфическое противотуберкулезное.

5. Постановка на учет, динамическое наблюдение фтизиатра, пульмонолога

**Задача №5**

1. Туберкулез: молодой возраст, отсутствие эффекта от неспецифического лечения, лимфоцитарный экссудат, отсутствие других причин.

2. Больной не обследован рентгенологически при поступлении, после установления диагноза плеврита, не была пересмотрена принципиальная тактика лечения.

3. Общеклинические, анализ мокроты, туберкулиновые пробы

4. Противотуберкулезное: рифампицин, изониазид, этамбутол.

5. Постановка на учет, динамическое наблюдение фтизиатра, пульмонолога

**Задача №6**

1. Острый гнойный плеврит (эмпиема плевры).

2. Рентгенография грудной клетки в прямой и боковой проекции, плевральная пункция.

3. Госпитализация в отделение торакальной терапии

4.Санация плевральной полости (промывание и введение антибиотиков).

5. Курс реабилитационных мероприятий (физиолечение, массаж, иммуномодуляторы)

**Тема: Хронические бронхиты, бронхиальная астма**

 **Задача №1**

1.Хронический гнойный бронхит, бронхоэктазы. Эмфизема легких. ДН- 1 степени.

2. Эмфизема, диффузный пневмосклероз

3. Рентгенография органов грудной клетки, анализ крови, анализ мокроты, анализ мочи, исследование функции внешнего дыхания.

4.Эмфизема легких, возможно, бронхиальная обструкция.

5.Прекращение курения, пероральные антибактериальные средства, отхаркивающие.

 **Задача №2**

1. Хронический обструктивный бронхит. Эмфизема легких. ДН 2 степени.

2. ОФВ1 – односекундный объем форсированного выдоха.

3. Отек и воспаление слизистой; гиперсекреция; бронхоспазм; экспираторный коллапс стенок бронхов.

4. В-2 агонисты, холинолитики, муколитики, отхаркивающие

5. Прекращение курения, физиолечение, массаж грудной клетки

 **Задача №3**

1.Аллергическая или атопическая форма: семейный анамнез, другие проявления аллергии (вазомоторный ринит, эозинофилия крови), бессимптомные ремиссии.

2.Прекращение курения, ингаляции интала или кетотифен (задитен) внутрь

3.Ингаляции бета2-агонистов: беротек, сальбутамол, астмопент. При неэффективности повтоные ингаляции каждые 15 мин в течение часа, перднизолон внутрь, эуфиллин внутривенно (или алупент, адреналин подкожно, эфедрин внутримышечно). Учитывая ночное возникновение приступов удушья, вместо бета2-агонистов можно применять атровент или травентол.

4. Генерализованная бронхиальная обструкция.

5. Трудоспособность сохранена.

 **Задача №4**

1. У больной II стадия астматического состояния ("немое легкое").

2. Вероятным провоцирующим фактором является бронхиальная инфекция.

3. Перевод в отделение интенсивной терапии

4. Большие дозы кортикостероидов внутривенно (гидрокортизон 300 мг, преднизолон 150 мг), Эуфиллин внутривенно, увлажненный кислород через нос, гидратирующая терапия, антибиотики широкого спектра.

5. Методы дыхательной реанимации (ИВЛ, лаваж).

 **Задача №5**

1. Бронхиальная астма, инфекционно-зависимая, средней тяжести.

2. ХОБЛ. Хронический гнойно -обструктивный бронхит. ДН II. Бронхиальная астма, обострение средней степени тяжести.

3. Приступ экспираторного удушья, сухие дискантовые хрипы, эффект сальбутамола.

4. Исследование функции внешнего дыхания, рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ, анализ крови, мокроты.

5. Антибиотики, муколитики, бронхолитики.

**Задача № 6**

1. Бронхиальная астма, эндогенная, обострение. Приступ удушья

 Хронический гнойно – обструктивный бронхит, обострение средней степени тяжести.

2. Общеклинические обследования, исследование функции внешнего дыхания, анализ мокроты (цитология, посев мокроты с антибиотикограммой).

3. Приступ бронхиальной астмы (генерализованния бронхообструкция)

4. Эуфиллин внутривенно, глюкокортикостероиды.

5. Ингаляционные бета 2 – агонисты, противовоспалительная, антибиотики, отхаркивающие, муколитики.

**Задача № 7**

1. Бронхиальная астма, эндогенная. Хронический гнойно – обструктивный бронхит. Обострение средней степени тяжести.

2.У больной II стадия астматического состояния ("немое легкое"). Вероятным провоцирующим фактором является бронхиальная инфекция.

3. Большие дозы кортикостероидов внутривенно (гидрокортизон 300 мг, преднизолон 150 мг), Эуфиллин внутривенно, увлажненный кислород через нос, гидратирующая терапия, антибиотики широкого спектра.

4. Методы дыхательной реанимации (ИВЛ, лаваж).

5. Ингаляционные глюкокортикостероиды, бронхолитики, муколитики, при обострении гнойно – обструктивного бронхита – антибиотики широкого спектра действия, иммуномодуляторы.

**Задача №8**

1. Астматический статус II стадии ( стадия"немого легкого").

2. Отмена поддерживающй дозы глюкокортикостероидов, респираторно-вирусная инфекция, несвоевременное обращение за врачебной помощью.

3.Внутривенно глюкокортикостероиды (гидрокортизон по 250-300 мг, преднизолон по 90-120 мг), преднизолон внутрь 50-60 мг, эуфиллин внутривенно, ингаляция кислородом.

4. Необходима госпитализация в специализированное отделение в палату интенсивной терапии, для подключения к аппарату ИВЛ.

5. Плановая терапия глюкокортикостероидами в среднетерапевтических дозах, с переходом на поддерживающую терапию.

**Тема №6**

№1

1.Острый моноартрит (гонит).

2.Ревматизм. Мазок из горла, АСЛ-О, пункция сустава.

3.Стрептококковая инфекция, сенсибилизация.

4.Например, удлинение интервала РQ

5.Пенициллин, НПВС.

№2

1.Ревматоидный артрит, суставная форма, 3 стадия, активность 2.

2.Следует исключить: 1.кожные заболевания (экзема, дерматит); 2.заболевание зубов и десен (риск стоматита); 3.болезни крови (полный анализ крови), реакции на другие медицинские препараты; 4.заболевания почек (анализ мочи общий и по Нечипоренко, креатинин); 5.заболевания печени (осадочные пробы, трансаминазы,билирубин).

3.Кризалон по 2, 0 мл 5% в/м 1 раз в неделю, 3 месяца, затем по 1, мл так же, 1-1,5 года амбулаторно.

4.Клинические: кожный зуд, стоматит, металлический вкус во рту, понос, кровотечения (предупредить больного!), лабораторные: анализ крови, анализ мочи.

5.Через 2 – 3 месяца.

№3

1.Ревматоидный артрит, суставная форма, 4 стадия, активная фаза.

2.Остеопороз, сужение суставных щелей, анкилоз локтевых суставов, подвывихи суставов костей.

3.Ревматоидный фактор (антитела к igG)/

4.Нестероидные препараты.

№4

1.Ревматоидный артрит, суставно-висцеральная форма (синдром Фелти), активная фаза. Анемия средней степени тяжести.

2.Гиперспленизм.

3.Побочные действия НПВС.

4.Возможно гемолитическая: билирубин, железо в крови, осмотическая стойкость.

**Тема №7**

№1

1.О недостаточности митрального клапана.

2.Ослабление 1го тона на верхушке и иррадиация шума в подмышечную область.

3.Ревматизм.

4.Активность ревматизма (анализ крови, ревматические пробы).

№2

1.Диастолического шума.

2.За счет щелчка открытия митрального отверстия.

3.О гипертрофии правого желудочка.

4.НК IIА.

5.Сердечные гликозиды.

**Тема №8**

№1

1.Аортальный стеноз.

2.На сосуды шеи.

3.Малый, твердый.

4.Малое пульсовое давление.

5.Признаки гипертрофии левого желудочка.

№2

1.Положение на корточках при физической нагрузке.

2.Высокий дефект МЖП, стеноз или атрезия легочной артерии, декстрапозиция аорты, гипертрофия правого желудочка.

3.Сбросом крови справа налево.

4.Хронической гипоксией.

**Тема №9**

№ 1

1.Следует думать об инфекционном эндокардите.

2.Необходимо сделать; посев крови, анализ крови развернутый с подсчетом эритроцитов, тромбоцитов , Эхо-кардиография.

№ 2

1.Следует думать об инфекционном эндокардите.

2.Необходимо сделать; посев крови, анализ крови развернутый с подсчетом эритроцитов, тромбоцитов , Эхо-кардиография.

№ 3

1.Следует думать об инфекционном эндокардите.

2.Усиленная антибиотика терапия

 № 4

1.Следует думать об инфекционном эндокардите.

2.Усиленная антибиотика терапия

 № 5

1.Следует думать об инфекционном эндокардите.

2. Необходимо сделать; посев крови, анализ крови развернутый с подсчетом эритроцитов, тромбоцитов , Эхо-кардиография.

3. Усиленная антибиотика терапия

№ 6

1.Следует думать об инфекционном эндокардите.

2.Кожные покровы бледные с желтушным оттенком. Печень, селезенка увеличены, положительный симптом Кончаловского.

№ 7

1.Следует думать об инфекционном эндокардите.

2. Необходимо сделать; посев крови, анализ крови развернутый с подсчетом эритроцитов, тромбоцитов , Эхо-кардиография.

3. Усиленная антибиотика терапия

 № 8

1.Следует думать об инфекционном эндокардите.

2. Необходимо сделать; посев крови, анализ крови развернутый с подсчетом эритроцитов, тромбоцитов , Эхо-кардиография.

3. Усиленная антибиотика терапия

 № 9

1.Следует думать об инфекционном эндокардите.

2. Необходимо сделать; посев крови, анализ крови развернутый с подсчетом эритроцитов, тромбоцитов , Эхо-кардиография.

3.Усиленная антибиотика терапия

 № 10

1.Следует думать об инфекционном эндокардите.

2.Необходимо сделать; посев крови, анализ крови развернутый с подсчетом эритроцитов, тромбоцитов , Эхо-кардиография.,

 3.Усиленная антибиотика терапия

**Тема №10**

№1

1.У пациентки РА, что подтверждается постепенным симметричным поражением кистей рук и пальцев стоп ног, их припухлость, скованность по утрам. Диагноз подтверждается имеющимися рентгенологическими данными

2. Провести тест на ревматоидный фактор, исследовать мочевую кислоту в крови, определить титры стрептококковых антител, острофазовые реакции (С-реактивный белок, серомукоид, сиаловую кислоту)

3. Назначить НПВС

№2

1. Клиническое сочетание коньюнктивита, уретрита и артрита является класическим проявлением синдрома Рейтера. Кроме того, у больного отмечается кератодермия стоп, простатит, что также подтверждает диагноз.

2. Уточнить анамнез (указание на половую инфекцию, исключить хламидиоз).

№3

1. У пациента анкилозирующий спондилоартрит, что подтверждается такими клиническим проявлениями, как стойкие боли в спине, длительная утренняя скованность, уменьшающаяся после гимнастических упражнений, снижением объема движения в спине, тазобедренных суставах. В анамнезе подобные заболевания наблюдались в семье (болел отец, что может быть сцеплено с геном HLA - B27)

2.Сделать рентгенографию позвоночника.

№4

1. Об остром подагрическом артрите

2. Исследовать мочевую кислоту в крови

3. При рентгенологическом исследовании первого плюсне-фалангового сустава стопы могут быть эрозии со склеротическим краями и нависающими кромками, кистозные изменения, тофусы мягких тканей.

4. С назначения колхицина

№5

1. Ревматизм, активная фаза активность II возвратный ревмокардит, непрерывно рецидивирующее течение, порок сердца: недостаточность митрального клапана, ревматический полиартрит, СН2

2. Госпитализировать больного в стационар. Сделать эхографию сердца, ЭКГ в динамике.

3. Назначить постельный режим, антибиотики, НПВС.

**Темы №11, №12**

№1

1.ИБС, стенокардия напряжения

2.Нестабильная стенокардия или инфаркт миокарда. Против инфаркта миокарда – ЭКГ, отсутствие гиперферментемии.

3.Повторно ЭКГ, ферменты, гемодинамика.

4.Постельный режим, нитраты, β-блокаторы, гепарин или непрямые антикоагулянты, аспирин.

№2

1.Впервые возникшая стенокардия напряжения

2.Госпитализация

3.Нитроглицерин

4.ЭКГ в динамике, нагрузочная проба

№3

1.Стенокардия напряжения, ФК III.

2.Атеросклероз

3.Периферический вазодилататор венозного действия

№4

1.Стенокардия Принцметала

2.Спазм коронарных артерий

3.β-блокаторы

№5

1.Стенокардия Принцметала

2.Нет: быстрая нормализация ЭКГ, отсутствие резорбтивного синдрома

3.Антагонисты кальция

**Тема №13**

№1

1.Инфаркт миокарда. Не исключается также расслаивающая аневризма аорты, учитывая наличие артериальной гипертензии. Перикардит маловероятен, учитывая отсутствие связи болей с дыханием и с положением тела, нет шума трения перикарда.

2.β-блокаторы и малые дозы аспирина

3.О синдроме Дресслера. Показаны НПВС или преднизолон 15-20 мг/сут.

№2

1.Впервые возникшая (нестабильная) стенокардия напряжения.

2.Острый инфаркт миокарда. Основания: ангинозный статус на фоне впервые возникшей стенокардии, признаки диссинергии миокарда (атопическая пульсация) и острой сердечной недостаточности.

3.Кардиогенный шок, возможно, болевой. Основания: выраженная гипотензия, тахикардия, периферические признаки.ъ

№3

1.Инфаркт миокарда. Кардиогенный шок.

2.ЭКГ, ФКГ –МФ-фракция, АсАТ, АЛТ, свертываемость крови, протромбиновый индекс.

3.Зубцы Q, QS, подъем сегмента ST.

4.Повышение сократимости миокарда. Допамин, в/в введение жидкостей, преднизолона, оксигенотерапия, сердечные гликозиды.

№4

1.Трансмуральный передне-перегородочный инфаркт миокарда.

2.Пароксизмальная желудочковая тахикардия, фибрилляция желудочков.

3.Лидокаин, нитраты, антикоагулянты.

№5

1.ИБС, инфаркт миокарда.

2.Предшествующая стенокардия.

3.Может быть: лейкоцитоз, увеличение АЛТ, АсАТ, КФК, СРБ.

**Темы №14, №15**

№1

1.Мерцательная аритмия, пароксизмальная форма, сопровождается развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности.

2.Разные интервалы RR, тахикардия, отсутствие зубцов Р.

№2

1.Наджелудочковая.

2.Нейроциркуляторная дистония.

3.Нагрузочные пробы с обзиданом, с физической нагрузкой, исследование функции щитовидной железы.

4.Рефлекторные пробы; новокаинамид; обзидан; изоптин

№3

1.Пароксизм трепетания предсердий 2:1, повышение коэффициента проведения импульсов до 1:1 после введения новокаинамида, коллапс.

2.Не произведен контроль ЭКГ до начала лечения для уточнения характера нарушения ритма, оценка конфигурации желудочкового комплекса.

3.Экстренная кардиоверсия

№4

1.Пароксизм наджелудочковой тахикардии.

2.С пробы Вальсальвы, массажа каротидного синуса.

3.Финоптин в\в, струйно медленно до 15 мг, под контролем АД, ЧСС.

**Тема №16**

№1

1.Хроническая систоло-диастолическая, III стадия (сердечная недостаточность, атеросклероз, гипертрофия левого желудочка). Шум на аорте. Вероятно проявления ее атеросклероза.

2.Головные боли, шум в голове- вероятные проявления дисциркуляции; одышка- сердечная недостаточность; боли в ногах перемежабющаяся хромота; прочие-побочные проявления гемитона.

3.β-блокаторы (стенозирующий атеросклероз артерий нижних конечностей), резерпин- сухость во рту; апрессин- тахикардия в покое.

4.АД лежа и стоя, диурез, масса тела, электролиты.

№2

1.ИБС, стенокардия напряжения

2.Нестабильная стенокардия или инфаркт миокарда. Против инфаркта миокарда – ЭКГ, отсутствие гиперферментемии.

3.Повторно ЭКГ, ферменты, гемодинамика.

4.Постельный режим, нитраты, β-блокаторы, гепарин или непрямые антикоагулянты, аспирин.

№3

1.III стадия гипертонической болезни.

2.ИБС, стенокардией напряжения.

3.Частота, топика, дефицит пульса.

4.β-адреноблокаторы.

**Тема №17**

№1

1.Хроническая систоло-диастолическая, III стадия (сердечная недостаточность, атеросклероз, гипертрофия левого желудочка). Шум на аорте. Вероятно проявления ее атеросклероза.

2.Головные боли, шум в голове- вероятные проявления дисциркуляции; одышка- сердечная недостаточность; боли в ногах перемежабющаяся хромота; прочие-побочные проявления гемитона.

3.β-блокаторы (стенозирующий атеросклероз артерий нижних конечностей), резерпин- сухость во рту; апрессин- тахикардия в покое.

4.АД лежа и стоя, диурез, масса тела, электролиты.

№2

1.Первая

2.Лабильная

3.НЦД,феохромоцитому.

№3

1.Стационарное, терапевтическое отделение.

2.Холод на затылок, на переносицу

3.Гипотензивная терапия, тампонада носа

№4

1.III стадия гипертонической болезни.

2.ИБС, стенокардией напряжения.

3.Частота, топика, дефицит пульса.

4.β-адреноблокаторы.

**Тема №18**

№1

1.Синдром секреторной недостаточности.

2.Атрофический гастрит.

3.Стол № 2, натуральный желудочный сок, соляная кислота, ферменты. (фестал, пепсин, панзинорм, абомин, ацидин-пепсин).

№2

1.Анализ желудочного сока, ФГДС, рентгеноскопия желудка.

2.Атрофический гастрит.

3.Отсутствие внутреннего фактора Кастла.

4.В12 – дефицитная анемия, гиперхромный характер.

5.Заместительная терапия (натуральный желудочный сок, ферментные препараты), витамин В12  500 – 1000 мкг в/м в сутки.

№3

1.Хронический гастрит.

2.Дифференцировать с язвенной болезнью, хроническим холециститом.

3.Анализ желудочного сока, ФГДС, рентгеноскопия желудка.

4.Повышение секреции желудочного сока.

5.Диета 1Б (механически и химически щадящая), антисекреторные средства, антациды.

№4

1.Можно предположить о наличии у больного хронического гастрита с повышенной секреторной функцией.

2.Анализ желудочного сока, ФГДС, рентгеноскопия желудка.

3.Данные за поверхностный гастрит.

№5

1.Лечебные мероприятия.

2.Диета № 2, заместительная терапия, средства стимулирующие регенерацию СОЖ.

№6

1. Обострение хронического гастрита с повышенной секрецией (гастрит типа В).

2. Диета 1Б, 1, антациды, антисекреторные, холинолитики, спазмолитики.

№7

1. Хронический гастрит с секреторной недостаточностью, гастрогенный колит.

2. Рентгеноскопия желудка, ФГДС с биопсией, копрология.

№8

1. Да, можно.

2. Антральный гастрит.

3. С язвенной болезнью 12-ти перстной кишки.

4. Гастробиопсия СОЖ, антрального отдела.

№8

1. Диагностируются два заболевания: основное – хронический гастрит с секреторной недостаточностью, сопутствующее – хронический холецистит.

2. Дуоденальное зондирование, холецистография, УЗИ органов брюшной полости, билирубин крови, анализ мочи на уробилин и желчные пигменты, кал на стеркобилин.

№10

1. Хронический гастрит с повышенной секрецией (типа В).

2. Фиброгастродуоденоскопия.

**Тема №19**

№1

Язвенная болезнь с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки

Рентгенологическое исследование желудка, ФГДС

№2

Язвенная болезнь с локализацией в луковице двенадцатиперстной кишки

ФГДС, рентгенологическое исследование желудка

Диета №1б, антисекреторные средства, антациды, гастропротекторы

№3

О пенетрации язвы в поджелудочную железу

Госпитализировать в стационар, проконсультировать с хирургом, совместное наблюдение терапевта и хирурга

№4

Стеноз выходного отдела желудка

Рентгенологическое исследование желудка, ФГДС

После подготовки, включающей коррекцию белковых, водно-электролитных нарушений, аспирации содержимого желудка - показано оперативное лечение

№5

Малигнизация язвы

Для верификации диагноза целесообразно выполнить ФГДС с биопсией СОЖ, УЗИ печени (исключить метастазы)

№6

Язвенная болезнь с локализацией в луковице двенадцатиперстной кишки, сопутствующий диагноз – хронический гастрит.

Анализ желудочного сока, рентгеноскопия желудка, ФГДС, реакция Грегерсена

№7

Обострение язвенной болезни с локализацией в субкардиальном отделе желудка, желудочное кровотечение

Совместное наблюдение терапевта и хирурга в хирургическом отделение. Применение кровоостанавливающих средств (дицинон, аминокапроновая кислота, хлорид кальция), при необходимости переливание крови, при неэффективности – оперативное лечение.

№8

Перерождение язвы желудка в рак

Консультация онколога, оперативное лечение

№9

Обострение язвенной болезни, пенетрация в поджелудочную железу,

Больного госпитализировать в стационар, проконсультировать с хирургом, совместное наблюдение терапевта и хирурга

№10

О стенозе выходного отдела желудка

С раком выходного отдела желудка

ФГДС, рентгенологическое исследование желудка, определение белков сыворотки крови, электролитов крови

Изменения на ЭКГ объясняются наличием выраженной:

гипопротеинемии

гиповолемии

гипокалиемии

**Тема №20**

№ 1

1. Хронический активный гепатит, печеночно-клеточная недостаточность.

2. Выраженный синдром цитолиза.

3. Пункция печени.

4. Противовирусные препараты.

№ 2

1. Доброкачественная гипербилирубинемия - болезнь Жильбера.

2. Нарушение захвата билирубина из плазмы гепатоцита, дефект конъюгации билирубина с глюкуроновой кислотой.

3. Гемолитическую (ретикулоцитоз, осмотическую стойкость, сывороточное железо).

**Тема №21**

 №1

Хронический рецидивирующий панкреатит, обострение, вторичный сахарный диабет

В анализе крови – повышено содержание сахара, амилазы крови. В анализе мочи увеличено содержание диастазы

УЗИ поджелудочной железы

Ингибиторы протеаз (контрикал, гордокс), ингибиторы желудочной секреции, антациды, ферменты, спазмолитики. Перевести на диету №9

№2

Острый панкреатит

Срочно сделать анализ крови и мочи, амилазу крови и диастазу мочи, трансаминазу, сахар крови, электролиты, ЭКГ, обзорную рентгеноскопию органов брюшной полости, консультация хирурга

№3

Хронический рецидивирующий панкреатит

Общий анализ крови и мочи, амилаза крови и диастаза мочи, копрология, обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости

№4

Хронический панкреатит

Обследование: копрология, анализ крови и мочи, амилаза крови и диастаза мочи, обзорная рентгенография грудной клетки

Диета, ферменты, спазмолитики

№5

Обострение хронического панкреатита

2. Срочно общий и биохимический анализы крови (амилаза крови, билирубин, трансаминаза, сахар, липаза, электролиты, щелочная фосфатаза), диастаза мочи, обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости, ЭКГ. Холод, голод, в вену капельно ингибиторы протеаз (контрикал, гордокс), борьба с обезвоживанием организма (изотонический раствор натрия хлорида, глюкозы), ингибиторы желудочной секреции, спазмолитики

№6

Соблюдение диеты (стол №5), диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога. При необходимости – трудоустройство, санаторно-курортное лечение

№7

Следует подумать о раке тела и хвоста поджелудочной железы. Сопутствующий диагноз – сахарный диабет

Дальнейшее наблюдение в онкодиспансере

№8

Обострение хронического панкреатита

Преимущественно жировая с синдромом мальабсорбции. Причина: хронический панкреатит алкогольного происхождения

Сахарный диабет I типа (хронический панкреатит), стадия декомпенсации

Прекращение приема алкоголя, диета 3000 кал с ограничением жиров до 50-60 гр. Панкреатин в больших дозах 4-5 гр. 3 раза во время еды или панзинорм 1-2 драже или другие комбинированные ферментные препараты. Дополнительно атропин, но-шпа

Букарбан следует заменить инсулином. Бигуаниды противопоказаны в связи с тем, что они ухудшают всасывание жира и усиливают кишечные расстройства.

№9

Хронический рецидивирующий панкреатит, обострение

Анализ крови на амилазу, сахар крови, диастаза мочи, УЗИ брюшной полости, копрологическое исследование

- в первые двое суток голод

инфузионно ингибиторы протеаз (контрикал, гордокс)

холинолитики

Н2-блокаторы гистаминовых рецепторов

Борьба с обезвоживанием

№10

Хронический панкреатит алкогольной этиологии, так как имеются признаки эндокринной (сахарный диабет) и экзокринной (поносы) недостаточности поджелудочной железы

Синдром плохого питания из-за нарушения кишечного пищеварения и всасывания

Амилаза печени или крови (повышение), УЗИ поджелудочной железы (увеличение)

Стеаторею (капли нейтрального жира, мыла и кристаллы жирных кислот). Может быть креаторея.

Причина – недостаток панкреатических

**Тема №22**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  №1Хронический активный гепатитСиндром холестаза, цитолиза Другие печеночные пробы (осадочные пробы печени, электрофорез белков, фракции билирубина, протромбин, маркеры вирусных гепатитов)Диета: стол №5, стероидные гормоны, препараты аминохинолинового ряда, гепатопротекторы. №2Хронический активный гепатитПовышение уровня ферментов АЛТ, АСТДаДиета: стол №5 (по Певзнеру), при вирусной этиологии гепатита - противовирусные препараты (интерфероны).При аутоиммунной природе - иммунодепрессанты №33. 1) Вирусный гепатит В.Печеночная энцефалопатия.Исследование крови на маркеры вирусных гепатитов и функции печени.Нарушением продукции факторов протромбинового комплекса.Солевые растворы, глюкоза, интерферон,гипербарическая оксигенация, гепатопротекторы. №44. 1) Гепатит С, латентное течение.2) Донором быть не может. №55. 1) Вирусный гепатит А.Наличие катаральных явлений, изменения печени,желтушность, отсутствие жидкого стула,Маркеры вирусных гепатитов, биохимические исследования(билирубин, трансаминазы, тимоловая и сулемовая пробы).4) Режим покоя, молочно-растительная диета, водно-глюкозные растворы внутрь. |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Тема №23**

№1

1.Хронический билиарный цирроз печени

2.С хроническим гепатитом, желчнокаменной болезнью

3.Дуоденальное зондирование, УЗИ, сканирование печени, лапароскопия с биопсией

№2

1.Цирроз печени с явлениями портальной гипертензии, печеночно-клеточная недостаточность I-II

2.Определить функциональные печеночные пробы (билирубин крови, белковые фракции, холестерин, протромбиновое время и индекс, АСТ, АЛТ, тимоловую пробу, Вельтмана), ректороманоскопию.

3.Диета №5, мочегонные (антагонисты альдостерона, фуросемид), гепатопротекторы, ферменты, витамины группы В, С, Е.

№3

 1.Цирроз печени, активная фаза, портальная гипертензия, печеночно-клеточная недостаточность I- II.

2.Лапароскопия с биопсией, HBs-Ag, маркеры вирусного гепатита, функциональные печеночные пробы, ФГДС (для исключения варикозно-расширенных вен пищевода), ректороманоскопия, УЗИ, сканирование печени.

№4

1.Цирроз печени в стадии декомпенсации, неактивная фаза, портальная гипертензия, печеночно-клеточная недостаточность II.

2.Постельный режим, диета - стол №5 (ограничение соли, полноценное питание), мочегонные (антагонисты альдостерона, фуросемид), гепатопротекторы, альбумины

3.Отсутствие эффекта от диуретиков. Нативная плазма, альбумины при диспротеинемии и гипопротеинемии.

№5

1.Этиология заболевания - вирусная, морфологическая форма - крупно-узловая форма , фаза активная.

2.Имеются признаки мезинхимально-клеточной воспалительной реакции.

№6

1.Портальный цирроз печени, в стадии декомпенсации

2.Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода

3.Портальная гипертензия

№7

1.Портальный цирроз печени в стадии субкомпенсации. Постгеморрагическая анемия легкой степени

2.ФГДС, УЗИ органов брюшной полости, данные лапароскопии и гистологического исследования биоптатов печени

3.Консервативная терапия, гепатопротекторы, антагонисты альдостарона, перпараты железа, витамины. Возможно оперативное лечение – создание порто-ковальных и кава-кавальных анастомозов

№8

1.Синдром холестаза

2.Первичный билиарный цирроз печени, активная форма

3.Прием антидепрессантов

4.Внутрипеченочный

5.Ретроградная дуоденохолангиография

**Тема №24**

№1

1.Пищевая токсикоинфекция

2. Первая врачебная помощь:

- беззондовое промывание желудка теплой водой, 1-2% р-ром гидрокарбоната натрия, слаборозовым раствором марганцево-кислого калия (10 литров на одного больного)

- дача солевого слабительного

- обильное питье

больным с артериальной гипотонией под кожу 1 мл кордиамина, 1мл 30% р-ра кофеина бензоата натрия или в/м 1 мл 1% раствора мезатона.

После оказания первой врачебной помощи больные с нормальными показателями А/Д возвращаются в строй, больные с гипотонией эвакуируются в ОМедБ дивизии (ОМО)

Квалифицированная помощь в ОМедБ дивизии (OMО)

- то же, что и на МПП

- при отсутствии динамики зондовое промывание желудка теми же растворами и в том же объеме

- при острой сердечной недостаточности 1 мл 1% р-ра мезатона в/м и норадреналина гидротартрата в/в капельно на растворе глюкозы из расчета на 1 литр р-ра глюкозы 2-4 мл 0,2% р-ра норадреналина, 20-60 капель в минуту.

- при резком обезвоживании в/в капельно введение изотонического р-ра натрия хлорида до 3 литров, гемодеза 300-500 мл, реополиглюкина 500-1000 мл.

После купирования клинических проявлений пищевой токсикоинфекции больные возвращаются в часть.

№2

1. Ишемическая болезнь, сердца: острый инфаркт миокарда, атеросклероз венечных, артерий сердца.

2. Первая врачебная, помощь на МПП

- п/к 1-2 мл 1-2% р-ра промедола (морфина, омнопона),

- п/к 2 мл 50% р-ра анальгина

- в/м 1-2 мл 2,5 % р-ра аминазина

После оказания первой врачебной помощи в МПП больной эвакуируется на санитарном транспорте лежа на носилках в сопровождении врача в ОМедБ дивизии (ОМО) и госпиталь.

Квалифицированная терапевтическая помощь в ОМедБ дивизии (ОМО) - то же, что и на МПП (если перечисленные выше средства первой медицинской помощи оказались недостаточно эффективными или наступил рецидив ангинозного состояния медикаментозные средства могут быть применены повторно в большой дозе).

-в/м или в/в очень медленно 5 мл баралгина при необходимости можно повторить инъекцию препарата в той же дозе через 6-8 часов.

- в/м или в/в медленно 1-2 мл 0,005% р-ра фентанила.

После купирования ангинозного состояния эвакуировать в госпиталь ГБФ санитарным транспортом лежа на носилках,

№3

1. Огнестрельное ранение лицевой части черепа. Аспирационная пневмония нижнем доли правого легкого с абцедированием и прорывом абсцесса в бронх.

2. - комбинированная антибактериальная терапия: пенициллин в/м и в/венно до 10 млн.ед в сутки и гентамицин 0,8 мг в/м через 8 часов

- кристаллоиды до 400 мл в сутки и гемодез 200 -400 мл в/венно капельно

- гемостатики: эпсилон-аминокапроновая кислота 5% 100-200 мл. викасол 1% 2-4 мл в/м в сутки, при возникновении обильного кровохарканья - этамзилат 1-2 мл в/м или в/в

- аскорбиновая кислота 5% 5 мл в/венно

№4

1. Гектическая лихорадка, рецидивирующая после перенесенного гриппа, мочевой синдром, гипертонический, ОПН, сердечной недостаточности,

спленмегалии, гематологический (нейтрофильный лейкоцитоз, умеренная анемия, ускоренное СОЭ.

2. Сепсис, осложнивший течение гнойной раны, септический нефрит, миокардит. Острая почечная недостаточность, период олигурии, застойная сердечная недостаточность.

3. Программный гемодиализ, комбинированная антибактериальная терапия, диуретики, сердечные гликозиды.

Oтветы к задаче №29

I. Гипертоническая болезнь, II стадия по классификации ВОЗ. Осложнение - гипертонический криз

2. Мероприятия первой врачебной помощи на МПП

- в/в струйно или в/м 2-4 мл 1% р-ра дибазола

- в/м 1 мл 2,5% р-ра аминазина

Квалифицированная терапевтическая помощь в ОМедБ дивизии (ОМО)

- то же, что и на МПП, если первая врачебная помощь не проводилась, если первая врачебная помощь в указанном выше обьеме проводилась, но оказалась неэффективной, в/м 0,5-1 мл 0,01% р-ра клофелина

- при отсутствии эффекта от инъекции клофелина в/м рауседил 1 мл 0,1% р-ра или 0,5 мл 0,25% р-ра

- внутрь феназепам, седуксен

После купирования гипертонического криза, больного следует эвакуировать в ВПГЛР.

№5

Первая врачебная помощь на МПП

- микроклизма с 50 мл 4% р-ра хлоралгидрата

- в промежутках между припадками судорог вливать в рот растворенный в воде фенобарбитал

- при отсутствии эффекта ввести в/м литическую смесь: 3 мл 2,5% р-ра сульфата магния и 1 мл 3% р-ра фенозепама или 5 мл 5% р-ра барбамила

-эвакуация в ОМедБ дивизии, ОМО или госпиталь в сопровождении врача и санитара

Квалифицированная помощь в ОМедБ дивизии (ОМО)

-при безуспешном проведении мероприятий первой врачебной помощи проводится эфирный раушнаркоз в сочетании со спиномозговой пункцией с извлечением 20-30 мл ликвора.

**Тема №25**

№1

ОЛБ, тяжелая степень, костно-мозговая форма, период разгара, гастроэнтероколит, геморрагический синдром, астения. Сосудистая недостаточность.

Антибиотики, аминокапроновая кислота, викасол, мезатон, кордиамин,

атропин и но-шпа, обволакивающие (альмагель, викалин), церукал, компоненты крови (лейко-, тромбомасса).

№2

ОЛБ, тяжелая степень, костно-мозговая форма, стадия начальных проявлений.

Этаперазин 1 т. внутрь; аминазин, церукал по 1 мл внутримышечно; сосудистые парентерально; гемодез 200-400 мл внутривенно; эвакуация.

№3

ОЛБ. тяжелая степень, период разгара, костно-мозговая форма, гастроэнтероколит.

Специализированная помощь: мероприятия, направленные на предупреждение и лечение основных проявлений ОЛБ.

№4

ОЛБ, тяжелая степень, период первичной реакции на облучение.

Повторно: атропин. Дополнительно: этаперацин, церукал.

Парентерально: хлорид натрия 10 %, гемодез, мезатоп, норадреналин, строфантин 0,5-1 мл на глюкозе.

№5

ОЛБ. тяжелая степень, костно-мозговая форма, период разгара.

Антибиотики широкого спектра. Нистатин. Кристаллоиды внутривенно.

**Тема №26**

№1

1. Травматический шок III степени тяжести

2. Первая врачебная помощь оказывается в первую очередь

3. Мероприятия:

- гемостаз с исправлением, сменой или наложением повязки

-иммобилизация конечностей и согревание больного

- обезболивание: наркотики, антигистаминные, анальгетики

-сосудистые: кордиамин, мезатон, кофеин, сульфокамфокаин в/м и в/в

- в/венно физиологический раствор до 400 мл

- эвакуация в ОМедБ или ОМО, или в специализированный госпиталь на носилках санитарной машиной, поездом, вертолетом

4. Квалифицированная помощь:

-хирург: ревизия раны с окончательным гемостазом

-терапевт: инфузионная терапия - в/венно полиглюкин, реополиглюкин, кристаллоиды, введение преднизолона 80 - 100 мг, норадреналин при необходимости сердечные гликозиды.

№2

1. Огнестрельное ранение мягких ткани бедра, осложненное обширным нагноением и гнойным расплавлением в окружности раны, гнойно-резорбтивная лихорадка с токсической нефропатией, обратное развитие

2. Данных в пользу сепсиса нет.

№3

1. Острый нефрит

2. Ограничение жидкости и поваренной соли (стол №7 )

3. Лекарственная терапия:

- гепарин по 5000 ед. п/кожно через 8 часов

- курантил (дипиридомол ) 50 мг 3 раза в день

- плаквенил 6 табл./сутки или делагил 5 табл./сутки

- нифедипин по 20 мг 3 раза в день

-фуросемид 40 - 60 мг утром (доза зависит от диуреза)

№4

1. Септикопиемия, осложнившая течение гнойной огнестрельной раны бедра. Двухсторонняя септикопиемическая пневмония. Остеомиелит правой плечевой кости.

2. Лечение начать с в/венного введения и в/м пенициллина в дозе от 8 до 20 млн.ед. в сутки в сочетании с одним из антибиотиков резерва. При отсутствии эффекта в течение 3-5 дней - комбинированная терапия 3-4 антибиотиками широкого спектра действия. Лечение до стойкой клинико-гематологической ремиссии.

№5

1. Гектическая лихорадка, которую нельзя объяснить рецидивом осумкованного гнойного перитонита;

- прогрессирующая недостаточность полулунных клапанов аорты;

- бивентрикулярная застойная сердечная недостаточность;

- острый нефрит с макрогематурией и периферическими отеками;

- острая почечная недостаточность.

2. Первичный инфекционный эндокардит на аортальных клапанах, аортальная недостаточность, острый септический гломерулонефрит. Осложнения: ОПН, период олигурии, застойная сердечная недостаточность.

3. Терапия: - комбинированная антибактериальная терапия;

- фуросемид в/венно, эуфиллин;

программный гемодиализ.

№6

1. Синдромы: - невротический;

- почечная недостаточность;

- хр. гнойно-обструктивный бронхит;

- эмфизема легких.

2. Острый нефрит с нефротическим синдромом;

-хронический нефрит нефротического типа;

-вторичный амилбидоз, отечно-гипотоническая стадия.

3. Вторичный амилоидоз, отечно-гипотоническая стадия.

Соп.: травматический (огнестрельный) остеомиелит в фазе ремиссии;

хр. гнойно-обструктивный бронхит, эмфизема легких;

Осл.: ХПН, декомпенсированная стадия (консервативная) по Тареeву.

4. Нефробиопсия.

5. Диета с ограничением белков до 25 гр. в сутки и сохранением нормальной суточной калорийности за счет жиров и углеводов;

- муколитики, бронхолитики;

- делагил или плаквенил;

-салуретики - фуросемид.

**Тема №27**

№1

Хроническая интоксикация свинцом (свинцовая колика, анемия).

Рекомендуется исследовать мочу на содержание аминолевулиновой кислоты, копропорфирина, свинца.

В лечении применяется комплексонотерапия (тетацин кальция, пентацин, купренил). Для купирвания болей в животе – местно тепло, инъекции атропина.

№2

Хроническая бензольная интоксикация.

Для подтверждения диагноза необходимы сведения о непосредственном контакте с бензолом, перенесенных в прошлом заболеваниях, результаты исследования крови в динамике, и, возможно, проведение стернальной пункции с исследованием миелограммы.

Лечение: Витаминотерапия, стимуляторы кроветворения (нуклеинат натрия, пентоксил, лейкомакс, эритропоэтин).

 №3

1. Хроническая интоксикация ртути.
2. Для подтверждения данного диагноза необходимо проведение анализа мочи на содержание ртути.
3. В лечение применяют антидоты – сукцимер, унитиол, тиосульфат натрия.

 №4

Острая интоксикация фосфорорганическими соединениями.

Необходимо определить активность холинэстеразы.

В лечении используют атропин, блокаторы М- и Н-холинорецепторов (прозерин, тропацин, реактиваторы холинэстеразы (дипироксим, изонитрозин).

 №5

Хроническая интоксикация хлорорганическими соединениями.

Лечение симптоматическое: витаминотерапия, антигистаминные препараты, бронхолитики, отхаркивающие и т.д.

 №6

Острая интоксикация хлорорганическими соединениями.

При экстренной помощи используются активные методы детоксикации, витаминотерапия.

 №7

1. Острая интоксикация мышьяковистым водородом (гемолитическая анемия, токсическая гемоглобинурия, острая почечная недостаточность).

2. Лечение: гемодиализ, унитиол в/в, тиосульфат натрия в/в, при гемоглобинурии глюкозо-новокаиновая смесь в/в (5% 500 мл глюкозы и 2% 50 мл новокаина).

**Тема №28**

 №1

1. По профмаршруту – большой стаж работы в условиях повышенной запыленности в силикозоопасном производстве. Клинически выделяются синдромы: бронхита, дыхательной недостаточности, эмфиземы, пневмосклероза, диссеминации легочной ткани.
2. Силикотуберкулез: Силикоз /1р, 1s, em/. Диссеминированный туберкулез верхних долей обоих легких, активная фаза, плевродиафрагмальные спайки.
3. Рентгенограммы верхушек легких, анализ мокроты на БК, цитологию, посев №3-4, консультация фтизиатра, общеклиические и биохимические анализы крови и мочи, ЭКГ. От ФБС до анализа мокроты на БК в данном случае лучше воздержаться (как от спирографии).

 №2

Пневмокониоз шлифивальщика.

Санационная и бронхитическая терапия: тепловые щелочные ингаляции (2% раствор соды, щелочные и кальциевые минеральные воды, отхаркивающие травы), закапывание в трахею фурациллина 1:5000 по 2 мл 2 раза в день, курс беротека с лазолваном через небулайзер, эуфиллин 0,15 по 1 таб 3 раза в день, 7-10 дней, массаж, вибромассаж.

Шофером работать может, (учитывая, что профзаболевание установлено впервые, в своей прежней профессии шливовальщика нетрудоспособен, больного следует направить на МСЭК для определения % утраты профессиональной трудоспособности, если при обследовании будет выявлена вентиляционная недостаточность).

 №3

Пневмокониоз электрсварщика (2L), ВЖ 0.

Консультация профпатолога, ФБС, консультация отоларинголога, проведение профпатологической комиссии для установления связи заболевания с профессией.

Трудоспособен в своей профессии при динамическом врачебном наблюдении и отсутствии проведения сварочных работ в замкнутых пространствах. Учитывая возраст больного, целесообразно предложить переквалификацию (при согласии больного) на профессию, не связанную с воздействием пыли и раздражающих веществ.

 №4

Пневмокониоз щипальщиц от воздействия слюдяной пыли. Хронический пылевой бронхит II ст. Эмфизема. Пневмосклероз. ВН II ст.

Заболевание профессиональное. Необходимо представить копию трудовой книжки, санитарно-гигиеническую характеристику условий труда, выписку из амбулаторной карты со сведениями о прохождении медицинских осмотров при приеме на работу и периодических медосмотров, о временной нетрудоспособности по годам.

Нетрудоспособна в своей профессии. Направить на МСЭК для определения % утраты трудоспособности.

**Тема №29**

№1

1.Вибрационная болезнь 1 стадии от локальной вибрации. Синдром вегетативно-сенсорной полинейропатии. Периферический ангиодистонический синдром с явлениями ангиоспазма..

2.Больному рекомендовано рациональное трудоустройство (противопоказана работа на холоде, связанная с вибрацией и выраженной нагрузкой на мышцы. Профессиональный больничный лист на 2 месяца.

 №2

1.Вибрационная болезнь 1-2 стадии, (ангиодистонический синдром с приступами ангиоспазма периферических сосудов на фоне вегетативно-сенсорной полинейропатии верхних конечностей).

2.Для подтверждения диагноза необходимо провести паллестезиометрию, альгезиометрию, термоестезиометрию, холодовую пробу, пробу по Боголепову, рентгенографию кистей и шейного отдела позвоночника.

 №3

1.Вибрационная болезнь 2 стадии, обусловленная воздействием локальной вибрации (периферический, ангиодистонический синдром верхних конечностей, с приступами ангиоспазма периферических сосудов на фоне вегетативно-сенсорной полинейропатии верхних конечностей с дистрофическими нарушениями рук и плечевого пояса).

2.С учетом клинической картины назначают спазмолитические ганглиоблокирующие средства. Рационально использовать метод электрофореза. При полиневритических синдромах применяют высокочастотную электротерапию (УВЧ, ультрафиолетовое облучение). При вегетомиофасците – двух- или четырехкамерные ванны с предварительным нанесением эмульсии нафталановой нефти на конечности. Следует использовать сероводородные, радоновые, кислородные ванны, лечебную гимнастику, самомассаж. Соблюдение диетического питания с введением в рацион питания повышенного количества углеводов, белков и витаминов; ограничить количество жиров.

3.На период лечения отстранить от работы связанной с воздействием вибрации, охлаждением рук, большими физическими нагрузками. При необходимости выдать больничный лист. В дальнейшем вопрос о трудоспособности больного решается с учетом результатов проведенного лечения.

 №4

1.Вибрационная болезнь 2 стадии, обусловленная воздействием общей вибрации (церебрально-периферический, ангиодистонический синдром, синдром вегетативно-сенсорной полинейропатии). Сопутствующее заболевание: гиперфункция щитовидной железы.

2.С учетом клинической картины назначают спазмолитические ганглиоблокирующие средства. Рационально использовать метод электрофореза. При полиневритических синдромах применяют высокочастотную электротерапию (УВЧ, ультрафиолетовое облучение). При вегетомиофасците – двух- или четырехкамерные ванны с предварительным нанесением эмульсии нафталановой нефти на конечности. Следует использовать сероводородные, радоновые, кислородные ванны, лечебную гимнастику, самомассаж. Соблюдение диетического питания с введением в рацион питания повышенного количества углеводов, белков и витаминов; ограничить количество жиров.

3.На период лечения отстранить от работы связанной с воздействием вибрации, охлаждением рук, большими физическими нагрузками. При необходимости выдать больничный лист. В дальнейшем вопрос о трудоспособности больного решается с учетом результатов проведенного лечения.

 №5

1.Кохлеарный неврит с умеренной степенью снижения слуха (3 степень), обусловленный воздействием производственного шума; астеновегетативный синдром..

2.Лечение симптоматическое, с учетом состояния сердечно-сосудистой и нервной системы. Общеукрепляющие средства, закаливание, рациональный режим труда и отдыха, соблюдение техники безопасности, лечебная гимнастика, полноценное питание с достаточным содержанием витаминов.

№6

1.Учитывая критерии оценки слуховой функции, у больного имеются отдельные признаки воздействия шума. Данных о наличии кохлеарного неврита нет.

2.Следует поставить перед администрацией вопрос о снижении уровня шума на рабочем месте до предельно допустимого. Специфического лечения данное состояние не требует.

№7

Вибрационная болезнь от воздействия локальной вибрации умеренно выраженная (2 стадии) (периферический ангиоспастический синдром с вегетативной невралгией верхних конечностей).

С учетом клинической картины назначают спазмолитические ганглиоблокирующие средства. Рационально использовать метод электрофореза. При полиневритических синдромах применяют высокочастотную электротерапию (УВЧ, ультрафиолетовое облучение). При вегетомиофасците – двух- или четырехкамерные ванны с предварительным нанесением эмульсии нафталановой нефти на конечности. Следует использовать сероводородные, радоновые, кислородные ванны, лечебную гимнастику, самомассаж. Соблюдение диетического питания с введением в рацион питания повышенного количества углеводов, белков и витаминов; ограничить количество жиров. В дальнейшем вопрос о трудоспособности больного решается с учетом результатов проведенного лечения, рекомендуется трудоустройство в профессии слесаря без воздействия вибрации.

**Тема №30**

№1

1) Системная красная волчанка, подострое течение с поражением суставов, сердца (миокардит), лимфатических узлов (лимфоаденопатия), легких, печени (гепатит), ретикуло-эндотелиальной системы, почек (волчаночный нефрит с нефротическим синдромом).

2) Массивная терапия кортикостероидами и цитостатиками

№2

1) Системная красная волчанка, осложненная волчаночным

нефритом с нефротическим синдромом

2) Функция почек сохранена

№3

1) Ведущие синдромы заболевания: лихорадочный суставной, отечный, гипертензионный, анемический, диспротеинемический, мочевой. Наиболее вероятный диагноз - системная красная волчанка, III ст. активности, острое течение с поражением суставов (полиартрит), почек (нефрит).

**Тема №32.**

№1

1. Указанная симптоматика более характерна для постстрептококкового нефрита.

2.Протеинурия редко более 3 г/сутки. Может быть как микро-, так и макрогематурия. Лейкоцитурия не характерна. Относительная плотность мочи при ОГН обычно не снижается в связи с олигурией.

3.Постельный режим, гипонатриевая диета; мочегонные (гипотиазид), возможно назначение преднизолона.

№2

Острый гломерулонефрит, отечно-гипертоническая форма.

С гематурией

Диуретики петлевые, сернокислая магнезия, в/в.

№3

Острый гломерулонефрит, отечно-гипертоническая форма.

Креатинин, мочевина, анализ мочи по Зимницкому

Стол №7, ограничение соли, кортикостероиды, антиагреганты, мочегонные.

№4

Хронический гломерулонефрит.

Нефротическая

Снижение онкотическое давление крови (гипоальбуминемия).

№5

Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма.

Лечение преднизолоном не привело к ожидаемомуе эффекту, развился синдром Кушинга (ожирение, стрии, гипергликемия)

Продолжить лечение преднизолоном, добавить циклофосфан 2-3мг/кг/сут в течение 7-8 недель.

№6

Острый гломерулонефрит, смешанная (отечно-гипертоническая) форма.

Острая

Гиперкалиемией

Внутривенно глюконат кальция, бикарбонат натрия, при неэффективности гемодиализ.

№7

Развернутая стадия (II), почечно-каменная болезнь, хронический пиелонефрит.

Имеется гипогидратация (сухость и снижение тургора кожи, полиурия). Все электролиты в пределах нормы.

Антибиотики (ампицилины, цефалоспорины). Гипотензивные (клофелин 0.075 или 0.15 мг х 2-3 раза в сутки, при необходимости можно добавить антагонисты кальция.

**Тема № 33.**

№1

1. Хронический гломерулонефрит, гипертонический вариант течения

2. Хроническая почечная недостаточность II стадии (по классификации М.С. Вовси), компенсированная стадия хронической почечной недостаточности (по классификации Е.М. Тареева)

№2

1. Хронический гломерулонефрит, латентный вариант течения

2. I стадия хронической почечной недостаточности по классификации М.С. Вовси или компенсированная стадия хронической почечной недостаточности по классификации Е.М. Тареева

№3

1. Смешанный вариант хронического гломерулонефрита

2. II-я стадия хроническом почечной недостаточности по классификации М.С. Вовси, компенсированная стадия хронической почечной недостаточности по классификации Е.М. Тареева

**Тема № 34.**

№1

1.Анемия средней тяжести, нормохромная, гиперрегенераторная.

2.Гемолитическая врожденная (болезнь Минковского-Шоффара).

3.Камни желчного пузыря.

4.Сниженная.

5.Спленэктомия.

№2

1.Железодефицитная.

2.Снижение цветового показателя, гипохромия и микроцитоз эритроцитов; снижение уровня железа в сыворотке крови.

3.Недостаточное поступление с пищей железа и микроэлементов.

4.Своевременное введение прикорма в виде овощей, фруктов, мяса.

5.Полноценное питание, препараты железа.

№3

1.В 12-дефицитная анемия (Аддисон-Бирмера): постепенное начало, пожилой возраст, отсутствие кровотечений и пролиферативных синдромов, глоссит, панцитопения, признаки повышенного гемолиза эритроцитов (увеличение непрямого билирубина).

2.Макроцитоз, мегалоциты, мегалобласты.

3.Нарушение глубокой чувствительности в дистальных отделах конечностей (фуникуллярный миелоз).

4.Гиперцеллюлярный костный мозг, богатый эритробластическими элементами, в том числе мегалобластами.

5.Монотерапия витамином В12 в больших дозах (1000 мкг/сут в/м) для восстановления депо витамина в печени.

№4

1.Тяжелая, гиперхромная с панцитопенией.

2.Ретикулоцитов, морфологии эритроцитов, ядер нейтрофилов.

3.В12-дефицитная анемия.

4.Мегалобластоз.

5.Определение ретикулоцитов.

№5

1.Анемия средней тяжести, нормохромная, гипорегенераторная.

2.Тромбоцитопения.

3.Хроническая интоксикация соединениями бензола.

**Тема № 35.**

№1

1. Болезнь Верльгофа (аутоиммунная тромбоцитопения)

2. Следуе дифференцировать с анемиями (железодефицитной, острым и хроническим лейкозом, геморрагическим васкулитом.

3. Чаще болеют женщины

4. Преднизолон 30 -60 мг в сутки. Отсутствие эффекта от консервативной терапии, показание к спленэктомии.

№2

1. Болезнь Рендю –Ослера (наследственная телеангиэктазия)

2. Встречается в детском возрасте

3. Важно выяснить семейный анамнез. Это наследственная форма кровоточивости

4. Лечение симптоматическое. При кровотечениях показананы местные и общие гемостатические препараты, иссечение ангиом, лечение ренита. При наличии железодефицитной анемии –бпрепараты железа.

№ 3

 1. Болезнь Шенлейна - Геноха(геморрагический васкулит).

 2. Дифференцировать с тромбоцитопенией, острыми и хроническими лейкозами, с хроническим опистирхозом.

 3. Заболевание имеет аутоиммунную природу с образованием аутоантител к интиме сосудов. Формируются микротромбоваскулиты.

 4. В лёгких случаях – антигистаминные, противовоспалительные препараты, в тяжелых-преднизилон (20-60 мг в сутки) до ликвидации клинических проявлений, исключение профвредностей, терапия гепарином

№4

1. Геморрагический васкулит (смешанная форма: абдоминальная и кожно – суставная)

2. С тромбоцитопенией, острым лейкозом, кровоточащей язвой, неспецифическим язвенным колитом, эрозивным гастритом

3. Форма заболевания: кожная, суставная, абдоминальная с поражением суставов, кишечника и почек, смешанная, молниеносная.

4. Строгий постельный режим, при тяжелом кишечном синдроме голод, парентеральное питание, плазмоферез, антигистаминные, противовоспалительные препараты, витамин «С», рутин, преднизолон 20 – 40 мг. Гепарин 5 – 10 тыс Ед. в кожу живота..

№ 5

1. Петехиально-пятнистый.

2.Тромбоцитопеническая пурпура,
возможна в связи с приемом амидопирина.

3.Удлинение времени кровотечения, снижение ретракции кровяного сгустка.

4.Миелограмму, число мегакариоцитов.

5.Преднизолон, иммунодепрессанты.

**Тема № 36**

№1

1.Хронический лимфолейкоз.

2.Подавление красного кроветворения лейкозными клетками.

3.Клетки лейколиза- «тени» Боткина-Гумпрехта.

4.Диагноз очевиден по имеющимся данным. Миелограмма и трепанобиопсия только уточняют степень лимфоцитарной инфильтрации, а также наличие и количество лимфобластов, состояние других ростков кроветворения. Биопсия лимфоузла редко необходима.

5.Показано: лейкеран, циклофосфан.

№2

1.Хронический миелолейкоз (миелофиброз).

2.Снижение эритроцитов и гемоглобина, высокий лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево до миелоцитов и миелобластов со всеми промежуточными формами, увеличение содержания эозинофилов и базофилов.

3.Миелоидная пролиферация и метаплазия.

4.Хронический миелоидный лейкоз, развернутая стадия.

5.Наиболее показан мелосан, начиная с 0,1-0,2 мг/кг/сут. Под контролем количества лейкоцитов и периферической крови. Спленэктомия показана редко, при повторных инфарктах селезенки и признаках гиперспленизма.

№3

1.Лимфогранулематоз.

2.Клетки Березовского-Штернберга.

3.Цитостатики, кортикостероиды, лучевая терапия.

**Тема № 37**

№1

Хронический лимфолейкоз.

2)Подавление красного кроветворения лейкозными клетками.

3)Клетки лейколиза- «тени» Боткина-Гумпрехта.

4)Диагноз очевиден по имеющимся данным. Миелограмма и трепанобиопсия только уточняют степень лимфоцитарной инфильтрации, а также наличие и количество лимфобластов, состояние других ростков кроветворения. Биопсия лимфоузла редко необходима.

5)Показано: лейкеран, циклофосфан.

№2

Хронический миелолейкоз (миелофиброз).

2)Снижение эритроцитов и гемоглобина, высокий лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево до миелоцитов и миелобластов со всеми промежуточными формами, увеличение содержания эозинофилов и базофилов.

3)Миелоидная пролиферация и метаплазия.

4)Хронический миелоидный лейкоз, развернутая стадия.

5)Наиболее показан мелосан, начиная с 0,1-0,2 мг/кг/сут. под контролем количества лейкоцитов и периферической крови. Спленэктомия показана редко, при повторных инфарктах селезенки и признаках гиперспленизма.

№3

Лимфогранулематоз.

2)Клетки Березовского-Штернберга.

3)Цитостатики, кортикостероиды, лучевая терапия.

**Тема № 38.**

№1

1.Инсулинзависимый сахарный диабет, декомпенсация, кетоацидоз.

2.ОРЗ и неадекватной дозой инсулина.

3.Инсулином короткого действия в дозе 1 ЕД на 1кг реальной массы тела (60 ЕД).

4.Суточную дозу распределить на 4 инъекции равных доз, после исчезновения симптомов декомпенсации дозу снизить до 0,6-0,8 ЕД/кг с последующим подключением пролонгированных инсулинов.

№2

1.Инсулинзависимы сахарный диабет, впервые выявленный, кетоацидоз.

2.Анализы мочи на сахар, ацетон, анализы крови на глюкозы.

3.Джробное введение инсулина короткого действия из расчета 0,1 ЕД на кг/час.

4.РН менее 7,0.

№3

1.Инсулинзависимый сахарный диабет, декомпенсация.

2.192,5 г.

3.2250 ккал.

4.При невозможности достижения компенсации диетой назначить бигуаниды, далее сульфаниламидные препараты.

№4

1.Несахарный диабет.

2.Дефицит антидиуретического гормона (нарушение гипоталамуса, ножки или задней доли гипофиза).

3.С нефрогенным несахарным диабетом, психогенной полидипсией.

4.Назначьте адекватную дозу адиуретина.

**Тема № 39.**

 №1

1.О гипогликемической коме.

2.Следовало вводить не инсулин, а 40% глюкозу в/в 40-60 мл.

3.Исследовалась моча, скопившаяся в мочевом пузыре еще до развития комы.

 №2

1.О кетоацидотической коме.

2.ОРЗ с неадекватной дозой инсулина.

3.Инсулин короткого действия в/м или в/в в начальной дозе 12-16 ЕД в час, первая доза 10 ЕД в/в

4.Изотонический раствор хлорида натрия, препараты калия, гепарин, ощелачивающая терапия.

 №3

1.Гиперосмолярная кома.

Обоснование: выраженная гипергликемия, глюкозурия, обезвоживание, циркуляторный коллапс без признаков кетоацидоза.

2.Употребление мочегонных.

3.0,45% раствором хлористого натрия со скоростью 1 литр в первые 2 часа.

№4

1.Инсулинзависимый сахарный диабет впервые выявленный, кетоацидоз.

2.Запах ацетона изо рта.

3.Анализы мочи на сахар и ацетон, анализ крови на сахар.

4.Дробное введение инсулина короткого действия из расчета 0,1 ЕД на кг/час.

№5

1.О гипогликемическом состоянии.

2.Необходимо срочно дать больному сладкое: сахар, конфету, сладкий чай или компот и т.д.

3.Может развиться гипогликемическая кома.

№6

1.Наиболее вероятны диабетические комы, алкогольная кома, инфаркт миокарда с кардиогеннгым шоком.

2.Сахар и ацетон мочи, сахар крови, ЭКГ

 **Тема № 40.**

№1

1.Диффузный токсический зоб II стадии, тяжелая форма, тиреотоксическая дистрофия миокарда, мерцательная аритмия.

Недостаточность кровообращения Iiб стадии.

2.Повышение Т3 Т4, снижение ТТГ.

3.Лечение: мерказолил, В –блокаторы, дигоксин.

№2

1.Узловой зоб.

2.Эутиреоз.

Нет клинических признаков нарушения функции щитовидной железы.

3.УЗИ диагностика, сканирование щитовидной железы,

Пункционная биопсия. Большая значимость пункционной биопсии.

4.Аденома, участок хронического тиреоидита, рак щитовидной железы.

№3

1.Тиреотоксикоз средней тяжести.

2.Активацией симпатико-адреналовой системы.

3.Исследование уровня ТТГ, Т3, Т4, УЗИ щитовидной железы.

4.Мерказолил, В-блокаторы.

5.Описание состояния щитовидной железы.

№4

1.Подострый тиреоидит.

2.Повышение и снижение поглощения 131J.

3.Глюкокортикоиды

Или нестероидные противовосполительные препараты.

№5

1.Тяжелая.

2.Консервативная терапия в этой стадии неэффективна.

Показано оперативное лечение.

3.Прием мерказолила, антигистаминных средств, анаприлина, снотворных и успокаивающих препаратов.

Перед операцией стероидные гормоны.

4.Приведение состояния больной к эутиреоидному или близкому к нему.

5. Субтотальная субфасциальная резекция щитовидной железы.

№6

1.Паратиреоидной недостаточностью вследствие повреждения или удаления паращитовидных желез во время операции.

2.Исследованием уровня кальция в крови.

3.Внутривенным вливанием препаратов кальция, в дальнейшем назначение гормонов паращитовидной железы, возможно и оперативное лечение – трансплантация костной ткани, стружки и тд.

№7

1.Радиоизотопным сканированием, УЗИ:

Определение гормонов щитовидной железы..

2.Больную следует направить в стационар для оперативного лечения.

3.Показана субтотальная субфасциальная резекция правой доли щитовидной железы.

№8

1.Признаки поражения внутренних органов (“тиреотоксическое сердце”), похудание, нарушение белкового, углеводного, жирового обмена.

2.Прием мерказолила, пропранолола, внутривенное вливание глюкокортикоидов, растворов электролитов, глюкозы.

3.Субтотальную субфасциальную резекцию щитовидной железы.

№9

1.Пункционную биопсию щитовидной железы, тиреоидолимфографию.

2.Преднизолон по схеме 20 мг/сут в течение 10 дней, затем снижение дозы на 5 мг каждые 10 дней, прием тиреоидина по 100-200 мг ежедневно, постоянно.

3.Оперативное лечение данной больной не показано в связи с отсутствием классического синдрома.

№10

1.Кровотечение из сосудов ложа удаленной доли щитовидной железы.

2.Экстренную операцию-ревизию операционной раны, остановку кровотечения.

3. Одним из грозных осложнений может быть сдавление вагуса. И остановка сердечной деятельности и дыхания.

**Тема № 41.**

№1

1. Внебольничная бактериальная сегментарная пневмония с локализацией в нижней доле слева, легкое течение.

2. Рентгенография грудной клетки, общий анализ крови и мочи, анализ мокроты на цитологию, микобактерии туберкулеза, бакпосев мокроты с антибиотикограммой.

3. В лечении могут быть использованы макролиды, пенициллины (бензилпенициллин, ампициллин (амоксициллин), цефалоспорины I-II поколения. Преимуществом по спектру своего действия обладают макролиды, особенно сумамед (азитромицин).

№2

1. Левосторонний экссудативный плеврит: притупление перкуторного звука, ослабленное дыхание и голосовое дрожание.

2. Интенсивное гомогенное затемнение с косой верхней границей, смещение сердца вправо.

3. Пункцию плевральной полости.

4. Антибиотики широкого спектра, НПВС, аскорутин, мочегонные, возможно кортикостероиды.

№3

1.Хронический гнойный бронхит, бронхоэктазы. Эмфизема легких. ДН- 1 степени.

2.Рентгенография органов грудной клетки, анализ крови, анализ мокроты, анализ мочи, исследование функции внешнего дыхания.

3.Эмфизема легких.

4.Прекращение курения, пероральные антибактериальные средства, отхаркивающие.

№4

1.Хронический обструктивный бронхит. Эмфизема легких. ДН 2 степени.

2.ОФВ1 – односекундный объем форсированного выдоха.

3.Отек и воспаление слизистой; гиперсекреция; бронхоспазм; экспираторный коллапс стенок бронхов.

№5

1. Аллергическая или атопическая форма: семейный анамнез, другие проявления аллергии (вазомоторный ринит, эозинофилия крови), бессимптомные ремиссии.

2.Прекращение курения, ингаляции интала или кетотифен (задитен) внутрь

3.Ингаляции бета2-агонистов: беротек, сальбутамол, астмопент. При неэффективности повтоные ингаляции каждые 15 мин в течение часа, перднизолон внутрь, эуфиллин внутривенно (или алупент, адреналин подкожно, эфедрин внутримышечно). Учитывая ночное возникновение приступов удушья, вместо бета2-агонистов можно применять атровент или травентол.

4.Генерализованная бронхиальная обструкция.

5.Трудоспособность сохранена.

**Тема № 42.**

№1

1.О подагре.

2.Определить содержание мочевой кислоты в крове.

3.Назначить Колхицин, НПВС.

№2

1.Образования на дистальных фалангах кистей рук – это узелки Гебердена, характерные для остеоартроза.

№3

1.У пациентки РА, что подтверждается постепенным симметричным поражением кистей рук и пальцев стоп ног, их припухлость, скованность по утрам. Диагноз подтверждается имеющимися рентгенологическими данными

2. Провести тест на ревматоидный фактор, исследовать мочевую кислоту в крови, определить титры стрептококковых антител, острофазовые реакции (С-реактивный белок, серомукоид, сиаловую кислоту)

3. Назначить НПВС

№4

1. Клиническое сочетание коньюнктивита, уретрита и артрита является лассическим проявлением синдрома Рейтера. Кроме того, у больного отмечается кератодермия стоп, простатит, что также подтверждает диагноз.

2. Уточнить анамнез (указание на половую инфекцию, исключить хламидиоз).

№5

1. У пациента анкилозирующий спондилоартрит, что подтверждается такими клиническим проявлениями, как стойкие боли в спине, длительная утренняя скованность, уменьшающаяся после гимнастических упражнений, снижением объема движения в спине, тазобедренных суставах. В анамнезе подобные заболевания наблюдались в семье (болел отец, что может быть сцеплено с геном HLA – B27)

2.Сделать рентгенографию позвоночника.

**Тема № 43.**

 №1

 1. Острый экссудативный перикардит.

Основания: характерные боли, лихорадка, шум трения перикарда, признаки увеличения полости перикарда (увеличение сердца, приглушенность тонов, уменьшения вольтажа зубцов ЭКГ)-

2.а) уменьшение наполнения пульса (парадоксальный пульс)

должно быть на вдохе, а не на выдохе;

 б) при перикардиальном выпоте

должно быть снижение до исчезновения пульсации контуров сердца, особенно слева (неподвижное сердце).

3.Постельный режим.

Реопирин по I таблетке 3-4 раза в сутки или другой препарат из группы нестероидных противовоспалительных средств. Применение стероидных гормонов при умеренном выпоте (вначале) не имеет определенных преимуществ.

Антибиотики не показаны в силу отсутствия сведений об этиологии и предположительно негнойным характером экссудата.

4.Синдром тампонады сердца.

5.Пункцию перикарда, удаление жидкости и ее исследование
(в том числе бактериологическое).

№2

 1. При коронаритах, аортальном стенозе, приобретенном или врожденной

гипертрофической обструктивной кардиомиопатии (ГОКМП).

 2.ГОКМП.

3.Эхокардиография.

Резкая гипертрофия левого желудочка, особенно межжелудочковой перегородки, уменьшение полости левого желудочка.

4. Нитроглицерин снижает периферическое сопротивление, увеличивает градиент давления и ухудшает коронарное и мозговое кровообращение.

5. Методы выбора – постоянное лечение Р-блокаторами с подбором эффективных и переносимых доз. Например, обзидана 80-160-240 мг и более. При недостаточном эффекте испытать действие антагонистов кальция. Избегать физических перегрузок.

Сердечные гликозиды – только при мерцательной аритмии и НК.

№3

 1. Расслаивающей аневризмы дуги аорты.

 2.До нормы.

 3.Показана госпитализация в реанимационное отделение стационара,
имеющего отделение сосудистой хирургии.

№4

 1. Расслаивающая аневризма аорты.

2.Нарушением проходимости артерий, отходящих от аорты.

3.Возможен ишемический инсульт

 (нарушение кровоснабжения по экстракраниальным сосудам).

4.Нарушение проходимости аорты и гиповолемия.

5.Гипертрофия левого желудочка.

6.Усиленная пульсация артерий на ногах и гиперферментемия.

**Тема № 44.**

№1

1.Первая

2.Лабильная

НЦД, феохромоцитому

№2

1.Хроническая систоло-диастолическая, III стадия (сердечная недостаточность, атеросклероз, гипертрофия левого желудочка). Шум на аорте. Вероятно проявления ее атеросклероза.

2.Головные боли, шум в голове- вероятные проявления дисциркуляции; одышка- сердечная недостаточность; боли в ногах перемежабющаяся хромота; прочие-побочные проявления гемитона.

3.β-блокаторы (стенозирующий атеросклероз артерий нижних конечностей), резерпин- сухость во рту; апрессин- тахикардия в покое.

4.АД лежа и стоя, диурез, масса тела, электролиты.

№3

1.III стадия гипертонической болезни.

2.ИБС, стенокардией напряжения.

3.Частота, топика, дефицит пульса.

4.β-адреноблокаторы.

№4

1.Стационарное, терапевтическое отделение.

2.Холод на затылок, на переносицу

3.Гипотензивная терапия, тампонада носа

**Тема № 45.**

№1

1.Пароксизм трепетания предсердий 2:1, повышение коэффициента проведения импульсов до 1:1 после введения новокаинамида, коллапс.

2.Не произведен контроль ЭКГ до начала лечения для уточнения характера нарушения ритма, оценка конфигурации желудочкового комплекса.

3.Экстренная кардиоверсия

№2

1.Наджелудочковая.

2.Нейроциркуляторная дистония.

3.Нагрузочные пробы с обзиданом, с физической нагрузкой, исследование функции щитовидной железы.

1.Рефлекторные пробы; новокаинамид; обзидан; изоптин

№3

1.Пароксизм наджелудочковой тахикардии.

2.С пробы Вальсальвы, массажа каротидного синуса.

3.Финоптин в\в, струйно медленно до 15 мг, под контролем АД, ЧСС.

№4

1.Мерцательная аритмия, пароксизмальная форма, сопровождается развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности.

2.Разные интервалы RR, тахикардия, отсутствие зубцов Р.

**Тема № 46.**

№1

Синдром секреторной недостаточности.

Атрофический гастрит.

Стол № 2, натуральный желудочный сок, соляная кислота, ферменты. (фестал, пепсин, панзинорм, абомин, ацидин-пепсин).

№2

Хронический гастрит.

Дифференцировать с язвенной болезнью, хроническим холециститом.

Анализ желудочного сока, ФГДС, рентгеноскопия желудка.

Повышение секреции желудочного сока.

Диета 1Б (механически и химически щадящая), антисекреторные средства, антациды.

№3

Можно предположить о наличии у больного хронического гастрита с повышенной секреторной функцией.

Анализ желудочного сока, ФГДС, рентгеноскопия желудка.

Данные за поверхностный гастрит.

№4

1. Обострение хронического гастрита с повышенной секрецией (гастрит типа В).

2. Диета 1Б, 1, антациды, антисекреторные, холинолитики, спазмолитики.

№5

1. Хронический гастрит с секреторной недостаточностью, гастрогенный колит.

2. Рентгеноскопия желудка, ФГДС с биопсией, копрология.

№6

Язвенная болезнь с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки

Рентгенологическое исследование желудка, ФГДС

№7

Язвенная болезнь с локализацией в луковице двенадцатиперстной кишки

ФГДС, рентгенологическое исследование желудка

Диета №1б, антисекреторные средства, антациды, гастропротекторы

**Тема № 47.**

№1

1.Кома I степени.

2.Позднее развития и глубина нарушения сознания.

3.Ригидность затылка, оболочечные симптомы.

4.Травма черепа,

возможно перелом основания черепа, субдуральная гематома.

5.Рентгенография черепа, возможно спинномозговая пункция.

№2

1. Кома I степени.

2.Отравление, скорее всего снотворными или транквилизаторами.

3.Промывание желудка с активированным углем через зонд,
солевые слабительные, очистительная клизма.

№3

1. Кома I степени.

2.Можно предположить тяжелую форму инфекционного заболевания -

нейроинфекция? энцефалит?

3.Подлежит срочной госпитализации

в отделение реанимации инфекционной больницы.

№4

1. Кома II степени: отсутствие рефлексов,

но нет существенных нарушений кровообращения и тазовых органов, начальные проявления нарушения дыхания (диспноэ, цианоз, хрипы в легких)

 2. а) интубация трахеи, вспомогательное дыхание.

Показано в связи с начальными проявлениями

угнетения дыхательного центра;

 б)промывание желудка (до чистой воды) -

для уменьшения дальнейшего всасывания яда и в связи с пероральным его поступлением в организм. Промывание желудка показано во всех случаях, независимо от предполагаемых сроков отравления;

в) внутривенная перфузия 5% глюкозы 1000 мл
с добавлением 2-5 г хлорида калия.

Один из методов форсированного диуреза с целью ускорения почечной экскреции яда.

№5

 1. Кома I степени.

2.Угнетение дыхательного центра.

3.Наиболее вероятно отравление транквилизаторами,
менее - диабетическая кома.

4.Возможен аспирационный ателектаз нижней доли.

5.а) интубация трахеи, вспомогательное дыхание.

Показано в связи с начальными проявлениями угнетения дыхательного центра;

б) промывание желудка (до чистой воды) -

для уменьшения дальнейшего всасывания яда и в связи с пероральным его поступлением в организм. Промывание желудка показано во всех случаях, независимо от предполагаемых сроков отравления;

в) внутривенная перфузия 5% глюкозы 1000 мл
с добавлением 2-5 г хлорида калия.

Один из методов форсированного диуреза с целью ускорения почечной экскреции яда.

**Тема № 48.**

№1

1.Хронический лимфолейкоз.

2.Подавление красного кроветворения лейкозными клетками.

3.Клетки лейколиза- «тени» Боткина-Гумпрехта.

4.Диагноз очевиден по имеющимся данным. Миелограмма и трепанобиопсия только уточняют степень лимфоцитарной инфильтрации, а также наличие и количество лимфобластов, состояние других ростков кроветворения. Биопсия лимфоузла редко необходима.

5.Показано: лейкеран, циклофосфан.

№2

1. Хронический миелолейкоз (миелофиброз).

2. Снижение эритроцитов и гемоглобина, высокий лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево до миелоцитов и миелобластов со всеми промежуточными формами, увеличение содержания эозинофилов и базофилов.

3. Миелоидная пролиферация и метаплазия.

4. Хронический миелоидный лейкоз, развернутая стадия.

5. Наиболее показан мелосан, начиная с 0,1-0,2 мг/кг/сут. под контролем количества лейкоцитов и периферической крови. Спленэктомия показана редко, при повторных инфарктах селезенки и признаках гиперспленизма.

№3

1. Анемия средней тяжести, нормохромная, гиперрегенераторная.

2. Гемолитическая врожденная (болезнь Минковского-Шоффара).

3. Камни желчного пузыря.

4. Сниженная.

5. Спленэктомия.

№4

1. Железодефицитная.

2. Снижение цветового показателя, гипохромия и микроцитоз эритроцитов; снижение уровня железа в сыворотке крови.

3. Недостаточное поступление с пищей железа и микроэлементов.

4. Своевременное введение прикорма в виде овощей, фруктов, мяса.

5. Полноценное питание, препараты железа.

№5

1. В 12-дефицитная анемия (Аддисон-Бирмера): постепенное начало, пожилой возраст, отсутствие кровотечений и пролиферативных синдромов, глоссит, панцитопения, признаки повышенного гемолиза эритроцитов (увеличение непрямого билирубина).

2. Макроцитоз, мегалоциты, мегалобласты.

3. Нарушение глубокой чувствительности в дистальных отделах конечностей (фуникуллярный миелоз).

4. Гиперцеллюлярный костный мозг, богатый эритробластическими элементами, в том числе мегалобластами.

5. Монотерапия витамином В12 в больших дозах (1000 мкг/сут в/м) для восстановления депо витамина в печени.

**Тема № 49**

№1

1. Указанная симптоматика более характерна для постстрептококкового нефрита, который наблюдается чаще всего.

2.Протеинурия редко более 3 г/сутки. Может быть как микро-, так и макрогематурия. Лейкоцитурия не характерна. Относительная плотность мочи при ОГН обычно не снижается в связи с олигурией.

3.Постельный режим, гипонатриевая диета; курс пеницилина, мочегонные (гипотиазид), возможно назначение преднизолона.

№2

1. Острый гломерулонефрит, отечно-гипертоническая форма.

2.С гематурией

3.Диуретики петлевые, сернокислая магнезия, в/в.

№3

1. Острый гломерулонефрит, отечно-гипертоническая форма.

2.Креатинин, мочевина, анализ мочи по Зимницкому

3.Стол №7, ограничение соли, кортикостероиды, антиагреганты, мочегонные.

№4

1.Хронический гломерулонефрит.

2.Нефротическая

3.Снижение онкотическое давление крови (гипоальбуминемия).

№5

1.Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма.

2Лечение преднизолоном не привело к ожидаемомуе эффекту, развился синдром Кушинга (ожирение, стрии, гипергликемия)

3.Продолжить лечение преднизолоном, добавить циклофосфан 2-3мг/кг/сут в течение 7-8 недель.

№6

1.Острый гломерулонефрит, смешанная (отечно-гипертоническая) форма.

2.Острая

3.Гиперкалиемией

4.Внутривенно глюконат кальция, бикарбонат натрия, при неэффективности гемодиализ.

№7

1.Развернутая стадия (II), почечно-каменная болезнь, хронический пиелонефрит.

2.Имеется гипогидратация (сухость и снижение тургора кожи, полиурия). Все электролиты в пределах нормы.

3.Антибиотики (ампицилины, цефалоспорины). Гипотензивные (клофелин 0.075 или 0.15 мг х 2-3 раза в сутки, при необходимости можно добавить антагонисты кальция.

**Тема № 50.**

№1

1. Крапивница

2. Отменить прием всех медикаментов, десенсибилизирующая терапия: хлористый кальций, антигистаминные средства, глюкокортикоиды

 №2

1. Лекарственная лихорадка

2. Отмена препарата

№3

1. Синдром Лайелла (токсический эпидермальный некролиз, «синдром обожженной кожи»)

2. Госпитализация в ПИТ, срочное введение: глюкокортикоидов, адреналина, дезинтоксикационная терапия, 2-3 антибиотика (системное введение), местное лечение пораженной поверхности кожи

№4

Гипергликемия, гипокальциемия

№5

1. Анафилактический шок

2. П\к ввести 0,5 - 1 мл 0.1% р-ра адреналина; в\в ввести 10.0 - 10% р-ра кальция хлорида

в\в-струйно, затем капельно 300-500 мл 5% р-ра глюкозы или физ р-ра + 0.5-1 0.1% р-ра адреналина или мезатона 1%-1.0 с глюкокортикоидами (гидрокартизон 100-250 мг, преднизолон 50-100 мг),

при бронхоспазме – эуфиллин 2.4% - 10 , вазоспастическая новокаиновая блокада

при отеке гортани – трахеостомия, увлажненный кислород

антигистаминные средства (супрастин 2%-2.0, тавегил 0.1%-1.0, димедрол 1%-1.0)

800 тыс ЕД (или 1 млн) пенициленазы, которая разрушает пенициллин , через 6-8 часов введение пенициллиназы повторяется

реанимационные мероприятия (искусственная вентиляция легких, закрытый массаж сердца при остановке дыхания и сердечной деятельности).

3. Продолжить лечение: макролидами или респираторными фторхинолонами (ловефлоксацин, моксифлоксацин).

**Тема № 51**

№1

 1) Туберкулез: молодой возраст,

отсутствие эффекта от неспецифического лечения, лимфоцитарный экссудат, отсутствие других причин.

2) Больной не обследован рентгенологически при поступлении,
после установления диагноза плеврита

не была пересмотрена принципиальная тактика лечения.

3) Противотуберкулезное: рифампицин, изониазид, этамбутол,

№2

 1) Крупозная пневмония, фаза опеченения, тяжелое течение.

2) Рентгенография органов грудной клетки –

гомогенное затемнение в доле легкого.

3) Пневмококк; анализ мокроты.

4) Препараты пенициллина, отхаркивающие,
в последующем - физиотерапия, ЛФК.

№3

 1) Правосторонняя нижнедолевая абсцедирующая пневмония.

1. Стафилококк; посев мокроты.
2. Полусинтетические пенициллины 8-10 г в сутки, цефалоспорины.
3. Рентгенологический контроль легких, общий анализ крови.

5)Антистафилококковая плазма, дезинтоксикационная терапия

№4

 I) Пневмония легкой степени тяжести,

2) Мелкопузырчатые влажные звонкие хрипы,

возможно притупление или укорочение перкуторного звука.

1. Возможно лечение на дому.
2. Пероральные антибиотики

(эритромицин, феноксиметилпенициллин или оксациллин и др.).

5) При лечении эритромицином

возможны нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта. Отменить, перейти на другой препарат.

№5

 1) Первичный туберкулезный комплекс.

1. Не требуются,
2. Стандартный курс общей химиотерапии туберкулеза

+ эндобронхиальное введение противотуберкулезных препаратов + иммуностимуляторы.

4) Клиническое излечение.

№6

1) Метапневмонический экссудативный плеврит.

1. Недостаточная доза пенициллина.

3) Пункция плевральной полости.

 4) Цефалоспорины или гентамицин,

 один из нестероидных противовоспалительных препаратов.

№7

 1) Односторонние хрипы в легких

могут быть связаны не с диффузным, а с очаговым процессом.

2) Центральный рак правого легкого

у больного с высоким риском (курение, хронический бронхит). Высокое стояние купола диафрагмы

может быть связано с ателектазом нижней доли правого легкого.

3) Цитология мокроты, бронхоскопия с прицельной биопсией, томография
(проходимость бронха).

Функция внешнего дыхания

(степень и форма дыхательной недостаточности),

ЭКГ (признаки легочного сердца).

4) Антибиотики широкого спектра
(эритромицин, олететрин, цефалоспорины),
дренаж положением, лечебные бронхоскопии.

№8

 1) Левосторонний экссудативный плеврит:

 притупление перкуторного звука,

 ослабленное дыхание и голосовое дрожание,

 интенсивное гомогенное затемнение с косой внутренней границей.

 Смещение сердца в противоположную сторону.

 2) Интенсивное гомогенное затемнение

 с косой верхней границей, смещение сердца вправо.

 3)Пункцию плевральной полости.

 4)Антибиотики широкого спектра действия, витамины, НПВС.

№9

 1) Рестриктивная, III стадия.

2) Хронический бронхит:"за" - кашель 2 года, субфебрильная температура,

"против" - основная жалоба одышка, в легких не сухие хрипы, а крепитация.
Туберкулез легких: "за" - рентгенологические данные, субфебрильная температура, похудание; "против" - поражение нижних легочных полей.

3)Бронхо-альвеолярный лаваж, биопсия; сцинтиграфия легких, спирография.

4)Возможно установление инвалидности II группы.

5)При обнаружении активности процесса -
глюкокортикоиды, иммунодепрессанты.

№10

 1) Ателектаз нижней доли слева. Бронхогенный рак левого легкого.

 2) Томография, бронхоскопия, анализ мокроты на атипические клетки

 3) Антибиотики широкого спектра действия.

 4) Оперативное лечение.

№11

 1) Центральный рак правого легкого.

2)С затянувшейся пневмонией, туберкулезом легких.

3)Анализ мокроты на атипические клетки, томографию,
бронхоскопию с биопсией или катетеризацией бронха
для получения цитологического материала.

№12

 1) Медиастинальная форма рака легкого.

2) С гематосаркомами

(лимфогранулематозом, лимфосаркомой), саркоидозом легких.

3) Анализ мокроты на атипические клетки, томографию средостения,
фибробронхоскопию с чрезтрахеальной или чрезбронхиальной
пункцией увеличенных лимфатических узлов средостения

с дальнейшим цитологическим исследованием.

1. После верификации диагноза возможна химиолучевая терапия.
2. Прогноз неблагоприятный.

№13

 1) О туберкулезе гортани, опухоли гортани.

1. Физиотерапевтическое обследование, томографию гортани,
электронную стробоскопию гортани, биопсию.
2. Голосовой покой.

**Тема № 52**

№1

 1) Высокая вероятность ИБС у мужчины среднего возраста, курильщика

Предполагается безболевая форма ИБС.

Несомненные признаки поражения миокарда

(расширение сердца, мерцательная аритмия) позволяют рассматривать

отечно-асцитический синдром и увеличение печени

как проявления правожелудочковои сердечной недостаточности

2) Отсутствие болей в области сердца,

малое расширение сердца, нормальное состояние шейных вен.

Последнее свидетельствует

об отсутствии увеличения венозного давления,

что определенно противоречит концепции

правожелудочковои декомпенсации.

Кроме того, одышка в покое отсутствует,

признаков застоя в легких нет.

3) Хронический алкоголизм.

Портальный цирроз печени в стадии декомпенсации. Дистрофия миокарда, мерцательная аритмия.

4) ЭКГ, ЭхоКГ, венозное давление.

Первые два исследования, главным образом, для исключения ИБС (зубцы Q, QS, ишемическая депрессия интервала S-T на ЭКГ; зоны диссинаргии на ЭхоКГ)-

5) Малосолевая диета, исключение алкоголя,
мочегонные, сердечные гликозиды, витамины группы В.

№2

1) Гипертоническая болезнь Ш стадии.

Гипертонический криз, ИБС, постинфарктный кардиосклероз. Острый отек легких.

2) Лечение неадекватно: неправильно выбраны гипотензивные,
фуросемид внутрь действует медленно, строфантин эффективен только после разгрузки малого круга, кровопускание мало по объему, кислород из подушки бесполезен.

3) Требуется более энергичные меры

по разгрузке малого круга и снижению АД:

пентамин 5% - 1.0 или арфонад 0.1% 40-60 капель/мин в/в

или нитроглицерин 1 табл. каждые 5-10 минут под контролем АД;

полусидячее или сидячее положение;

фуросемид 80 мг в/в; жгуты на конечности.

Желательная оксигенотерапия через носовой катетер с парами спирта.

4) До 160-170/95-100 мм рт. ст., учитывая пожилой возраст больного.

№3

 1) Диффузный токсический зоб.

Тиреотоксическая дистрофия миокарда. Мерцательная аритмия. Н II.

Глазных симптомов, рефлексов.

Определение поглощения I3IJ

и сканирование щитовидной железы, уровни Т3, Т4.

Неэффективность, нет причинной терапии.

Необходимо назначение тиреостатических средств.
Учитывая возможное оперативное вмешательство,
более целесообразно назначение препаратов йода
(раствор Люголя 15 капель в сутки), чем мерказолила.

№4

 1) Введение дибазола; пентамина; клофелина; коринфара.

2)ЭКГ, анализ крови (лейкоциты), сахар крови.

3)Гипертоническая болезнь, феохромоцитома.

4)Исследование ванилин-миндальной кислоты, катехоламинов,
УЗИ надпочечников.

№5

 1) НК II Б стадии;

Передозировка сердечных гликозидов с развитием гипокалиемии.

Да: мерцательная аритмия, гипертрофия правого желудочка.

Лидокаин 100 мг в/в струйно,

. затем 2-4 mг/мин капельно под контролем ритма сердца; поляризующая смесь на малом (около 200 мл) объеме 5% глюкозы; от мочегонных до коррекции ритма воздержаться.

5) Госпитализация в БИТ для коррекции нарушений ритма
под контрольным наблюдением.

**Тема № 53**

№1

 1) Несоответствие субъективных ощущений и результатов объективного обследования. Более характерно для психоневротического синдрома.

 2)Обзорную рентгенографию и УЗИ брюшной полости, ирригоскопию.

 3)Возможна спаечная кишечная непроходимость,
 что требует наблюдение хирурга.

С целью купирования болевого синдрома больной

можно назначить введение спазмолитиков, транквилизаторов.

№2

1)Диспепсические симптомы, эпигастральные боли без периодичности,
разлитая болезненность, хроническое доброкачественное течение.

2)Тошноты, рвоты, гистаминорезистентная ахлоргидрия..

3)Сглаженные сосочки языка, изменения ногтей, ангулярный стоматит,
гипохромная анемия. Анализ крови на содержание железа.

4)Заместительная: препараты соляной кислоты, желудочный сок.

5)Прием препаратов железа, например, ферроплекса.

№3

 1) Нет.

Симптом Курвуазье.

Давление общего желчного протока опухолью.

УЗИ, ретроградная панкреатография,

дуоденография с искусственной гипотонией, КТ, лапароскопия, биохимические исследования крови (на трансаминазы, щелочную фосфатазу).

№4

 1) Механическая желтуха,

причиной которой могут быть различные заболевания

(холедохолитиаз, резидуальный камень холедоха,

перевязка и пересечение холедоха, острый панкреатит и др.)

Для верификации процесса Вы можете использовать:
УЗИ, ЭРПХГ, диастазы в моче.

Тактика будет зависеть от обнаруженной причины -
консервативное лечение или релапаротомия

с ревизией зоны оперативного пособия.

№5

 1) Холедохолитиаз, холангит, гепатит.

2) Для уточнения диагноза можете выполнить:

УЗИ, эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию; биохимическое исследование крови; исследование крови на маркеры гепатита.

3) Массивная детоксикационная терапия,

введение антибиотиков широкого спектра действия.

В зависимости от результатов проведенных исследований -

решение о тактике ведения больного

(продолжение консервативной терапии или операция -

папиллосфинктеротомия с литотомией или лапаротомия,

холедохолитотомия с дренированием холедоха).

№6

 1) Плотная увеличенная печень с острым краем

свидетельствует о хроническом, а не об остром заболевании печени. Контакт с больным вирусным гепатитом мог иметь значение только для возникновения гепатита А, однако, инкубационный период у него 2-6 недель максимально, что не соответствует срокам у данного больного.

Обострение хронического гепатита неясной этиологии,
до того протекавшего латентно.

Воспаления (осадочные пробы), цитолиза (ферментемия) и холестаза.

Печеночно-клеточная (паренхиматозная).

Сирепар не показан при активном процессе, пенициллин - в связи с отсутствием очевидной инфекции. преднизолон имеет относительные показания.

№7

 1) Портальный цирроз печени (алкогольный) в стадии декомпенсации, активная фаза.

Портальная гипертензия, гипопротеинемия.
Синдромы: клеточной недостаточности,
цитолиза (нерезко выраженный).

Постельный режим, исключение алкоголя, ограничение соли,
полноценное питание, витамины В1, Вб, верошпирон, фуросемид.

Ежедневно: пульс, АД, массу тела (должна уменьшаться на 200 г/сут),
окружность живота, диурез (1 л).

Повторить: натрий, калий, билирубин, белок крови.

5) Пункция брюшной полости - только при отсутствии эффекта
или плохой переносимости диуретиков.

Заменители плазмы, нативная плазма - при рефрактерном асците (в течение 3-4 недель) и выраженной гипопротеинемии.

№8

1) Гемостатические препараты, препараты кальция, аскорбиновую кислоту

аминокапроновую кислоту, дицинон, питуитрин. Переливание крови или ее компонентов - строго по показаниям. Эндоскопические методы (клиппирование сосудов, введение клеевых субстанций, склерозируюших препаратов), применение зонда Блекмора.

2)ЭГДС.

3)При неэффективности проводимой консервативной терапии
больному показана операция - операция Таннера или гастротомия,
прошивание вен кардиального отдела желудка от пищевода.

№9

 1) Днскинезия желчных путей.

Гиперкинетическая.

Диета: стол N5, холеретики, спазмолитики, тепловые процедуры.

№10

 1) Хронический активный гепатит,

Синдром холестаза, цитолиза.

Другие печеночные пробы (осадочные, электрофорез белков,
фракции билирубина, протромбин, маркеры гепатита).

Диета: стол N5. Стероидные гормоны, аминохинолины.

№11

 1) Малигнизацию язвы желудка.

Для верификации диагноза целесообразно выполнить
ЭГДС с биопсией, УЗИ печени (метастазы).

При подтверждении диагноза опухоли желудка - оперативное лечение.

№12

 1) Элекгрокоагуляция, местное использованием клея,

аминокапроновой кислоты, обкалывание язвы раствором адреналина.

Показана экстренная операция.

Резекция 2/3 желудка или иссечение язвы,
пилоропластика и стволовая ваготомия.

**Тема №5 4**

Задача №1

1) Развитие хронической почечной недостаточности со снижением концентрационной функции почек.

2) Проба Зимницкого, при которой следует ожидать гипоизостенурию, определение содержания в крови мочевины, креатинина, уровень которых, очевидно, повышен.

№2

 1) Приступы почечной колики справа,

которые обусловлены миграцией камня в мочеточник.

2) УЗИ, обзорная и экскреторная урография.

№3

 1) Поликистоз почек, хронический пиелонефрит и хроническая почечная недостаточность.

УЗИ, обзорная рентгенография мочевой системы
и сканирование почек.

Антибактериальная, гипотензивная и дезинтоксикационная терапия.

№4

1) Камень правого мочеточника, острый вторичный пиелонефрит.

2) Экскреторная урография

для оценки функции пораженной и контрлатеральной почек.

3) Если с момента повышения температуры

прошло не более 1-2 суток, возможна уретеролитотомия.

При более длительном периоде острого воспалительного процесса

и возможном возникновении гнойного пиелонефрита

показана нефростомия с декапсуляцией почки или нефрэктомия.

№5

 1) Острый гломерулонефрит, смешанная (отечно-гипертоническая) форма,

Острая.

Гиперкалиемией.

Внутривенно глюконат кальция, бикарбонат натрия.

Гемодиализ.

№6

1) Развернутая стадия (II),

почечнокаменная болезнь, хронический пиелонефрит.

Имеется гипогидратация (сухость и снижение тургора кожи, полиурия).
Все электролиты в пределах нормы.

Диета должна содержать не менее 2500 кал, из них 50 г белка,
135 г жиров, 60% полиненасыщенных, 250г углеводов.
Жидкость не менее 3л, соль не ограничивается.
Указанный калораж (35 кал/кг должного веса)
необходимо обеспечить, имея в виду похудание больного.
Белок, в том числе полноценный, не менее 0.7 г/кг

при клубочковой фильтрации не ниже 30 мл/мин. Обильное питье - в связи с полиурией и гипогидратацией. Соль не должна ограничиваться в связи с опасностью гиповолемии и аггревации почечной недостаточности.

4) Вероятно - обострение хронического пиелонефрита,
что может быть причиной нарастания ХПН.
Антибактериальное лечение показано,

так как может способствовать некоторой обратимости ХПН. Учитывая данные посева мочи, препаратами выбора будут ампициллин, цефалоспорины или бисептол в половинных дозах, ' например, ампициллин 0.5-1.0 х 3.

5) Клофелин 0.075 мг х 2-3 раза/сут.

При недостаточности эффекта можно увеличить дозу до 0.15 мг х 3 или добавить антагонисты кальция так как гипертензия усиливает почечную недостаточность, вызывает перегрузку сердца.

№7

 1) Анурия, острая почечная недостаточность.

2) Двусторонняя катетеризация мочеточников с уретеропиелографией (для исключения их обтурации).

№ 8

1) Хронический пиелонефрит.

Активация системы ренин-ангиотензин.

Бактериурия, экскреторная урография, УЗИ почек.

Уросептики, гипотензивные.

№9

 1) Диабетический гломерулосклероз.

Стадия компенсации.

Атеросклерозом артерий нижних конечностей (макроангиопатия).

Вероятно снизился.

**Тема № 55**

№1

 1) Анемия средней степени тяжести. Лихорадка неясного генеза.

Онкологическое заболевание, возможно толстой кишки.

Исследование кала на скрытую кровь, ирригоскопия, колоноскопия.

№2

 1) При хроническом активном гепатите, СКВ, Наиболее вероятно миеломная болезнь.

2) Электрофорез белков крови (М-градиент),

стернальная пункция (плазмоцитоз), рентгенография плоских костей, анализ мочи.

Активация остеокластов.

Показано применение цитостатиков (циклофосфан, сарколизин)
или комбинированная полихимиотерапия в резистентных случаях.
Рекомендуется обильное питье, активный режим.

№3

 1) Отсутствие лейкоцитоза. Эритремия-

это полицитемия, характеризующаяся трехростковой гиперплазией.

Внутривенная урография и/или ультразвуковое исследование почек
для исключения опухоли почки, при котором может быть
повышенная продукция эритропоэтина (паранеопластическии синдром).
Газы крови - для исключения гипоксемии.

Эритроцитоз, спленомегалия,

. лейкоцитоз > 12х109/л, тромбоцитоз > 400х109/л. Дополнительно:

увеличение щелочной фосфатазы лейкоцитов > 100 ЕД
и витамина В12 > 900 пг/мл.

4) Наибольший риск сосудистых осложнений.

Факторы риска: возраст *65* лет, артериальная гипертензия, сахарный диабет, тромбоцитоз, повышенная вязкость крови: Возможен переход в лейкоз (III стадия заболевания),

5) Более показано лечение цитостатиками (миелосан),

 так как кровопускания показаны у больных более молодого возраста с меньшим сосудистым риском.

№4

1) Гиперхромная анемия с лейко- и тромбоцитопенией,

гипорегенераторная, средней степени тяжести.

Макроцитоз, мегалоцитоз и мегалобласты,
гиперсегментация ядер нейтрофилов, ретикулоцитопения.

Рентгеноскопию желудка или гастроскопию
для исключения рака желудка.

Витамин В12 по 500-1000 мкг в/м 1 раз в день в течение 3-4 недель,
затем по 2 раза в неделю.

Динамика жалоб, окраска кожных покровов и слизистых, анализ крови
(включая тромбоциты и ретикулоциты) 1 раз в 1-2 недели.
Гемоглобин, число и размер эритроцитов, ретикулоциты
(ретикулоцитарный криз через 4-6 дней).

№5

1) Петехиально-пятнистый.

2) Тромбоцитопеническая пурпура,

возможна в связи с приемом амидопирина.

3)Удлинение времени кровотечения,
снижение ретракции кровяного сгустка.

4)Миелограмму, число мегакариоцитов.

5)Преднизолон, иммунодепрессанты.

№6

1) Петехиально-пятнистая, тромбоцитопения,

2)Острый лейкоз, менее вероятная апластическая анемия.

3)Гиперцеллюлярный костный мозг с лимфобластической пролиферацией.

4)Рентгеноскопию грудной клетки, посев крови (высокая лихорадка).

5)Асептические условия, гемотрансфузии,
антибиотики, в последующем химиотерапия.

№7

1) Хроническая свинцовая интоксикация (латентная стадия).

2)Копропорфирин мочи, свинец в крови.

3)Энцефалопатия, периферические невриты, кишечная колика, анемия.

4)Переход на другую работу.

№8

 1) Гипохромная, железодефицитная, средней степени тяжести.

Приглушение тонов и систолический шум могут быть проявлением анемической дистрофии миокарда.

2) Учитывая наличие диафрагмальной грыжи

и дефицит железа, можно предполагать хроническое кровотечение из желудочно-кишечного тракта. Анализы кала на скрытую кровь.

3) Отсутствие эффекта лечения железодефицитной анемии
может быть вследствие:

несоблюдения больным назначенного лечения;

недостаточного усвоения железа в кишечнике
(гастрэктомия, тяжелый энтерит);

недостаточной дозировки

(менее 100-200 мг элементарного железа в сутки);

продолжающегося кровотечения;

неправильного диагноза.

По данным ирригоскопии можно предполагать рак слепой кишки, который может протекать совершенно латентно.

**Тема № 56**

№1

 1) Синдром Клайнфельтера.

2) Следует определить кариотип

(уровень гонадотропннов плазмы и мочи) и половой хроматин,

в отдельных случаях -

провести исследование на наличие сперматозоидов в эякуляте.

3) Не следует.

№2

 1) Гипоталамический синдром. Ожирение.

Артериальная гипертензия, нарушение толерантности к глюкозе.

Повышение сахара в крови через 2 часа после приема глюкозы
указывает только нарушение толерантности к глюкозе.

Когда есть подозрение на нарушение углеводного обмена,
но сахар в крови натощак в пределах нормы.

Диета с ограничением углеводов (низкокалорийная),
блокаторы ангиотензин превращающего фермента.

№3

 1) Синдром Тернера.

Нарушение кариотипа: 45 ХО.

Дефицит эстрогенов

из-за отсутствия нормально-функционирующей яичниковой ткани.

Определить кариотип, половой хроматин. УЗИ органов малого таза.

Назначить заместительную терапию препаратами эстрогенов.

№4

1) Синдром Конна.

Альдостерона.

Повышение артериального давления и резкая мышечная слабость
связаны соответственно с гипернатриемией и гипокалиемией.

4} Определить содержание в крови альдостерона, ренина.

5) Подтверждение диагноза альдостеромы - оперативное-лечение.

№5

1) Тиреотоксический криз.

Применение тиреостатических средств
для достижения эутиреоидного состояния,
коррекцию метаболических нарушений

Препараты йода,

мерказолил, пропранолол, преднизолон, плазмозаменители, экстракорпоральное очищение крови (плазмаферез, гемосорбция и др.)

№6

 1) Подострый тиреоидит.

1. Повышение и снижение поглощения I3IJ.
2. Глюкокортикоиды

или нестероидные противовоспалительные препараты.

№7

 1) Пункционную биопсию щитовидной железы, тиреоидолимфографию.

2) Преднизолон по схеме 20 мг/сут в течение 10 дней,
затем снижение дозы на 5 мг каждые 10 дней,

прием тиреоидина по 100-200 мг ежедневно, постоянно.

3) Оперативное лечение данной больной не показано
в связи с отсутствием компресионного синдрома.

№8

 1) Болезнь Иценко - Кушинга

1. С кортизолом.
2. Повышение АД - от задержки натрия, гипергликемия - от повышения глюконеогенеза, остеопороз - от разрушения белковой матрицы кости.
3. С синдромом Иценко - Кушинга. Необходимо сделать компьютерную томографию надпочечников, УЗИ надпочечников, провести функциональные пробы.

5) Возможно оперативное.

№9

 1) Как проявление гипотиреоза.

1. Гипофизарная недостаточность (синдром Шейка).
2. Кровоизлияние, в гипофиз или его аденома.
3. Подобрать адекватную заместительную терапию
препаратами гормонов щитовидной железы, коры надпочечников,

 половых желез.

№10

 1) Узловой зоб.

2) Эутиреоз.

Нет клинических признаков нарушения функции щитовидной железы

1. УЗИ диагностика, сканирование щитовидной железы,
пункционная биопсия. Большая значимость пункционной биопсии.
2. Аденома, участок хронического тиреоидита, рак щитовидной железы

№11

 1) Тиреотоксикоз средней тяжести.

1. Активацией симпатико-адреналовой системы.
2. Исследование уровня ТТГ, Тз, Т4, УЗИ щитовидной железы.
3. Мерказолил, β-блокаторы.
4. Описание состояния щитовидной железы.

№12

 1) Феохромоцнтома.

1. С секрецией катехоламинов.
2. Определение 3-часовой экскреции с мочой адреналина,
норадреналина, ВМК после перенесенного криза,
функциональные пробы с тропафеном, гистамином.
Необходимо сделать УЗИ или КТ надпочечников.
3. α-адренолитики (тропафен, фентоламин).

№13

 1) Болезнь Адднссона.

1. Со снижением секреции глюкокортикостероидов
и минералокортикостероидов.
2. Повышенное отложение меланина в коже -
результат повышения секреции АКТГ гипофизом.
Недостаток глюкокортикостероидов снижает глюконеогенез,
уменьшая запасы гликогена в мышцах и печени,

что понижает глюкозу в крови. Потеря натрия и хлоридов с мочой

приводит к гипотонии и обезвоживанию.

4) Препараты глюкокортикостероидов и минералокортикостероидов.
При необходимости - противотуберкулезное лечение.

**Тема № 57**

№1

 1)Полиартрит, конъюнктивит, уретрит.

2) Болезнь Рейтера.

3) Исследование мочи на хламидии.
4J Против гонореи.

5) Тетрациклин, нестероидные противовоспалительные препараты.

№2

 1) Отложение кристаллов мочевой кислоты в тканях,

их фагоцитоз макрофагами,

их гибель и освобождение лизосомальных ферментов.

1. Возможно НПВС (напроксен), лучше колхицин I мг каждые 2 часа
до прекращения болей или появления поноса.
2. Прекращение приема алкоголя, гипокалорииная,
преимущественно вегетарианская диета: обильное питье, аллопуринол.
3. Аллопуринол 0.2 х 2, затем 0.1 х 2.
4. Образование уратных камней.

№3

 1) Узловая эритема.

1. Туберкулез, саркоидоз, иерсиниоз, ревматизм,
венерические заболевания, регионарный энтерит,
реакция на медикаменты.
2. Рентгенография грудной клетки - поиск туберкулеза, саркоидоза;
кожная туберкулиновая проба;

антистрептолизин-О - поиск свежей стрептококковой инфекции; анализ кала на иерсинии (требуется 3 недели) и серологические исследования.

4) Возможен иерсиниоз, учитывая недавно перенесенную диарею.
Заражение могло произойти

от употребления недостаточно промытых овощей и фруктов.

5) Стрептомицин или тетрациклин.

№4

 1) Заболевание левого тазобедренного сустава

как проявление основного заболевания или как осложнение преднизолонотерапии.

1. Рентгенографию тазобедренных суставов.
Возможен остеопороз, перелом шейки.
2. Длительное лечение преднизолоном у женщины старческого возраста.
3. Постепенная отмена преднизолона, НПВС, анаболитики, соли кальция.

№5

 1) Ревматоидный артрит,

суставно-висцеральная форма (синдром Фелти), активная фаза. Анемия средней степени тяжести.

1. Гиперспленизм.
2. Побочные действия НПВС.
3. Возможно гемолитическая:

билирубин, железо в крови, осмотическая стойкость.

№6

 1) Анкилозируюший спондилоартрнт.

1. "Бамбуковый" позвоночник.
2. Нестероидные противовоспалительные препараты,
делагил, физиотерапия.

№7

 1) Узелки Гебердена.

1. Деформирующий остеоартроз.
2. Остеосклероз, остеофиты.
3. Нестероидные противовоспалительные средства.

№8

 1) Синдром Рейно.

1. НК II Б стадии.
2. Диффузное заболевание миокарда.
3. Системная склеродермия.
4. Нестероидные противовоспалительные препараты, пенициллин, лидаза,
небольшие дозы гликозидов, диуретики, периферические вазодилататоры.

№9

 1) Миокардит или выпот в перикарде

1. Гломерулонефрит, гипертоническая форма.
2. Антинуклеарный фактор, антитела к ДНК, LE-клетки.
3. Кортикостероиды, аминохинолиновые препараты.

№10

 1) Кожный (сыпь), суставной (полиартрит),

лнмфопролиферативный (лимфоузлы, селезенка), плевральный, гепатит, почечный, общевоспалительный.

1. Волчаночные клетки, антинуклеарный фактор.
2. Проявление гломерулонефрита.
3. Имеются.

Преднизолон 1-2 мг/кг с постепенным снижением до поддерживающих доз.

5) При отсутствии эффекта от преднизолона.

**Тема № 58**

№1

 1) Острая дизентерия.

Острое начало, общая интоксикация, частый скудный стул со слизью и кровью; болезненность и спазм сигмовидной кишки.

2) Госпитализация обязательная,

так как больная относится с декретированной группе

3) Экстренное извещение об остром заразном больном.
4} Посев испражнений на дизентерию.

5) Антибиотики группы тетрациклинов или фторхинолонов, механически щадящая диета, введение солевых растворов в/в, спазмолитики внутрь.

№2

 1) Прекоматозное состояние.

1. О тропической мапярии.
2. Тяжесть состояния, длительная и неправильная лихорадка,
диспепсические явления, эпиданамнез.
3. Немедленная микроскопия толстой капли и мазка крови.
4. При наличии лихорадки немедленная госпитализация
в изолированный бокс инфекционной больницы,
срочное исследование крови на малярию.

№3

 1) Вирусный гепатит А.

2) Наличие катаральных явлений, изменения печени,

желтушность, отсутствие жидкого стула.

3) Маркеры вирусных гепатитов, биохимические исследования

(билирубин, трансаминазы, тимоловая и сулемовая пробы).

4) Режим покоя, молочно-растительная диета,

водно-глюкозные растворы внутрь.

№4

 I) Инфекционный мононуклеоз.

1. Несоответствие между значительным увеличением лимфоузлов
и малой выраженностью изменений в ротоглотке.
2. Лимфомоноциты, атипичный мононуклеоз. Гепатоспленомегалия.

№5

 1) Описторхоз.

1. Дуоденальное зондирование с исследованием желчи на яйца описторхов
2. Хлоксил, желчегонные, спазмолитики,
нестероидные противовоспалительные препараты.

№6

 1) Гепатит С, латентное течение.

2) Донором быть не может.

№7

 1) Да. Ветряная оспа.

1. Значительная интоксикация.
2. Госпитализация не обязательна.

Туширование элементов сыпи раствором бриллианта зеленого или генцианвиолета, полоскание полости рта содовым раствором.

№8

 1) Острый отек легких инфекционно-токсический

(острый респираторный синдром взрослых).

1. ОРВИ.
2. Присоединение стафилококковой инфекции.
3. Срочная госпитализация в отделение интенсивной терапии.
4. Комплексное антибактериальное лечение:
полусинтетический пенициллин, антибиотик резерва,
противостафилококковые иммуноглобулины, кислород, преднизолон,
диуретики.

№9

 1) Грипп.

1. Провести лечение в домашних условиях.
2. Изоляция в отдельной комнате.

Освобождение от работы. Хорошее проветривание помещения. Питание обычное. Горячее питье. Анальгин внутрь. Отхаркивающие. Повторный осмотр через день.

№10

 1) Да: крапивница, отек Квинке, эозинофилия.

1. Сильные мышечные боли, высокая эозинофилия, эпиданамнез.
2. О трихинеллезе.
3. Серологическое исследование на трихинеллез и ЭКГ.
4. Летальный исход как следствие тяжелого миокардита.

№11

 1) Дифтерия ротоглотки. Токсическая II степени.

1. Диффузный миокардит, а-в блокада I ст., НК НА ст.
2. Режим строгого покоя.

Введение противодифтерийной антитоксической сыворотки 80-100 тысяч ME.

4) Сделать посев из ротоглотки на дифтерию

и осматривать больного ежедневно в течение 3 дней

№12

 1) Острый гастроэнтерит.

1. Серозный менингит.
2. Энтеровирусная инфекция.
3. Серологические исследования на энтеровирусную инфекцию.
4. Покой. Молочно-растительная диета,

обильное питье, спазмолитики, полиферментные препараты.

№13

1)О брюшном тифе.

2)Обязательно.

3)Посев крови, мочи, испражнений. Серологическое обследование.
4)Кишечное кровотечение, прободение кишечника

**Тема №59**

№1

 1) Инфаркт миокарда.

Не исключается также расслаивающая аневризма аорты, учитывая наличие артериальной гипертензии. Перикардит маловероятен, учитывая отсутствие связи болей с дыханием и с положением тела, нет шума трения перикарда.

2) Строфантин -

так как отсутствуют признаки сердечной недостаточности;

гепарин - нужно вначале определить свертываемость крови;

клофелин - АД в пределах пограничных цифр;

кроме того, одновременно применяется

нитроглицерин и нейролептаналгезия, действующие гипотензивно.

3) Не нужны: газы крови, электролиты, КЩС, ЦВД,
так как отсутствуют признаки сердечной

и дыхательной недостаточности, не проводится инфузионная терапия.

Мочевина и билирубин - нет показаний.

Не назначены - АсАТ (более существенно для диагноза, чем АЛТ),

КФК;

свертываемость крови.

1. β-блокаторы и малые дозы аспирина.
2. О синдроме Дресслера.

Показаны НПВС или преднизалон 15-20 мг/сут.

6) Повторить ЭКГ, анализ крови, велоэргометрию -

для определения уровня физической работоспособности.

№2

 1) Мерцательная аритмия, пароксизмальная форма,

сопровождается развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности.

2) Разные интервалы RR, тахикардия, отсутствие зубцов Р.

1. Показано восстановление синусового ритма.
2. Отмена дигоксина, назначение непрямых антикоагулянтов. После дефибрилляции показано поддерживающее противоаритмическое лечение.

5) В справочнике.

№3

 1) Гипертоническая болезнь III стадии.

Гипертонический криз, ИБС, постинфарктный кардиосклероз. Острый отек легких.

2) Лечение адекватно: неправильно выбраны гипотензивные,
фуросемнд внутрь действует медленно, строфантин эффективен только после разгрузки малого круга, кровопускание мало по объему, кислород из подушки бесполезен.

3) Требуется более энергичные меры

по разгрузке малого круга и снижению АД:

пентамин *5% -* 1.0 или арфонад 0.1% 40-60 капель/мин в/в

или нитроглицерин 1 табл. каждые 5-10 минут под контролем АД;

полусидячее или сидячее положение;

фуросемид 80 мг в/в; жгуты на конечности.

Желательно оксигенотерапия через носовой катетер с парами спирта.

4) До 160-170/95-100 мм рт. ст., учитывая пожилой возраст больного.

№4

 1) О передозировке диуретического лечения

в условиях малосолевой диеты у больной преклонного возраста: гипогидратация, гипонатриемия и гипогликемия, азотемия.

1. Гиповолемия, снижение почечного кровотока.
2. Состояние больной тяжелое и требует неотложной терапии;

а) отменить фуросемид;

б) воздержаться от еды и питья (рвоты);

в) в/в введение 10 мл 20% раствора хлорида натрия,

затем капельное введение 500 мл изотонического раствора хлорида натрия с добавлением 1.5-2 г хлорида калия.

4) Клинические: состояние сознания, пульс.
АД, температура каждые 3 часа;

аускультация легких для выявления признаков возможного застоя,

масса тела, диурез.

Дополнительные: электролиты крови, ЭКГ, рентгенография легких.

5) Сочетание салуретика и малосолевой диеты в пожилом возрасте
нежелательно в связи с опасностью развития гипонатриемии

и ухудшения функции почек.

Дозы медикаментов должны быть снижены.

При отсутствии отеков применение фуросемида

при артериальной гипертензии, тем более постоянное, длительное,

не показано.

При назначении диуретиков необходим контроль:

массы тела, электролитов крови.

№5

 1) Приступ удушья с затрудненным выдохом,

сухие дискантовые хрипы, эффект сальбутамола.

1. Инфекционно-зависимая, средней степени тяжести.
2. Пульмогенная артериальная гипертензия, влияние симпатомиметиков.
3. Исследование функции внешнего дыхания, рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ, нализ крови, анализ мокроты.
4. Антибактериальная терапия, ингаляции сальбутамола, эуфиллин.

№6

 1) III стадия астматического статуса. Гипоксемическая кома.

1. Гиперкапния, гипоксия, ацидоз, сгущение крови.
2. Формирование острого легочного сердца.
3. Меры дыхательной реанимации:

интубация трахеи, лаваж бронхов, газовый наркоз, ИВЛ, большие дозы кортикостероидов, эуфиллин, бикарбонат натрия

5) Контролировать:

сознание, аускультацию легких, пульс, АД, газы крови, КЩС, ЭКГ.

№7

 1) У больного имеется

II стадия астматического состояния ("немое легкое"). Вероятным провоцирующим и поддерживающим фактором является бронхиальная инфекция

(гнойная мокрота, лихорадка, нейтрофильный лейкоцитоз). Имеется гиперкапния, гипоксемия, ацидоз, сгущение крови.

1. Показаны большие дозы кортикостероидов: гидрокортизон 300 мг, затем по 200 мг каждые 3 часа в/в; эуфиллин 0.24 г в/в каждые 6 часов; алупент 0.6 мг в/в капельно.
2. Дополнительное лечение; лажненный кислород через носовой катетер;

4% бикарбонат натрия 200 мл в/в каждые 6 часов до рН 7.3; 5% глюкоза 500 мл в/в

под контролем центрального венозного давления.

4) Учитывая неизвестность возбудителя, целесообразно назначение антибиотика
широкого спектра с пролонгированным действием, например, вибрамицина оксициклина) 200 мг в/м 1 раз в сутки. Пенициллин не показан в связи с риском аллергии. Макролиды потенцируют действие эуфиллина применяются с осторожностью.

5) Применить методы дыхательной реанимации (газовый наркоз, управляемая вентиляция, лаваж).

№8

 1) Хронический нефрит, нефротическая форма.

2) Белки, гипоальбуминемия и диспротеинемия

(снижение а1- и а2-глобулинов, повышение β- и у-глобулинов). Липиды: увеличение холестерина, триглицеридов, β-липопротеинов.

3) Лечение преднизолоном было неэффективным и привело

к развитию синдрома Кушинга (ожирение, стрии, гипергликемия).

1. С повышенным содержанием белка, уменьшением углеводов и соли.
2. Продолжать лечение преднизолоном,

добавить циклофосфан 2-3 мг/кг/сут в течение 7-8 недель. Постепенно снижать дозу преднизолона.

№9

 1) Ревматоидный артрит,

суставно-висцеральная форма (синдром Фелти), активная фаза. Анемия средней степени тяжести.

1. Гиперспленизм.
2. Побочные действия НПВС.
3. Возможно гемолитическая:

билирубин, железо в крови, осмотическая стойкость.

№10

 1) Анафилактический шок на пенициллин.

2) Неотложные мероприятия: горизонтальное положение больного, адреналин 0,1 – 0,5% в 10 мл физ.раствора, медленно, гидрокортизон 100-200 мг внутривенно на 500 мл физ.раствора, кислород через носовой катетер.

3) Возможно применение макролидов или цефалоспоринов.