

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

ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО

сборник задач для государственной итоговой аттестации выпускников по
специальности 31.05.01 Лечебное дело

Красноярск
2020

УДК 616-08(07)
ББК 53.5
Л53

Составители: А. Б. Аверьянов, Н. В. Аксютин, Т. Ю. Большакова, Р. Н. Борисов, Т. Д. Верещагина, С. Е. Головенкин, Н.В. Гордеева, Е. П. Данилина, И. В. Демко, А. А. Дударев, М. А. Дудина, Д. Э. Здзитовецкий, Д. С. Каскаева, В. Р. Кембель, А. А. Коваленко, В. Н. Коновалов, А. Ю. Крапошина, Е. Ю. Кузнецова, М. Г. Мамаева, В. А. Мосина, Т. В. Николаева, С. Ю. Никулина, И. Г. Носков, Н. Б. Осетрова, Т. М. Парфенова, Л. И. Пелиновская, О. В. Первова, М. М. Петрова, И. В. Путинцева, А. В. Федореева, В. Г. Филистович, В. Б. Цхай, Д. В. Черданцев, И. И. Черкашина, А. А. Чернова, В. А. Чупахина

Рецензенты:

Лечебное дело: сборник задач для государственной итоговой аттестации выпускников по специальности 31.05.01 Лечебное дело/ сост.А.Б.Аверьянов,Н.В. Аксютин, Т.Ю. Большакова [идр.]; под ред. А.А.Газенкампа.–Красноярск: тип. КраГМУ, 2020.– 298 с.

Сборник задач для государственной итоговой аттестации выпускников по специальности 31.05.01 Лечебное дело. Сборник включает задачи, отражающие особенность клинических проявлений, методов диагностики различных нозологий, а также способствует усвоению особенностей терапии приведенных заболеваний.

Сборник составлен в соответствии с ФГОС ВО (Приказ №95 от 09 февраля 2016 г.) типовой программой для студентов высших учебных заведений и учебным планом по специальности 31.05.01 Лечебное дело.

Утверждено к печати ЦКМС КрасГМУ (протокол № __ от __.__. __ г.)

ББК 53.5

УДК 616-08(07)

© ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф.
В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава
России, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

п/п	Раздел	стр.
1.	Ситуационные задачи по терапии	4
2.	Ситуационные задачи по хирургии	159
3.	Ситуационные задачи по акушерству и гинекологии	226

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕРАПИИ

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

Пациент, 48 лет, жалуется на отеки на лице, появление темной мочи, повышении артериального давления до 140/100 мм. рт.ст. Неделю назад перенесла ангину. При осмотре: кожа землянистого оттенка, сухая, слизистые оболочки бледные, лицо отечное, АД 130/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, печень и селезенка не пальпируются. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный. Общий анализ крови: гемоглобин 93 г/л, Эр- $2,5 \times 10^{12}$ /л; Л- $7,7 \times 10^9$ /л; Тромбоциты - 391×10^9 /л, СОЭ-25 мм/ч.; С4 компонент комплемента – 0,01 г/л (0,15-0,57), уровень сывороточного комплемента (СН50) - 21 Ед/мл (42-129). Б/х анализ крови: К - 6,4 ммоль/л, Na - 142 ммоль/л, мочевины - 9,6 ммоль/л; креатинин - 626,3 мкмоль/л, общ. белок 69,8 г/л. В анализе мочи - цвет темный, рН 7,0, уд. вес - 1002, белок - 60,2 г/л, эритроциты измененные 80-100 в поле зрения. СКФ (СКД-ЕРІ): 23 мл/мин/1,73 кв.м.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать, что спровоцировало его манифестацию?
2. Ведущие клинические синдромы?
3. Вероятная картина при иммуноморфологии (иммуногистохимии) срезов прижизненной биопсии почки?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. Лечение и вторичная профилактика?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №1

1. Иммуноглобулин-позитивный мембранопролиферативный гломерулонефрит (МБПГН) I типа. ХБП С4 А3. Вторичная нефрогенная анемия легкой степени тяжести. Вероятно, наличие мутации CFHR5 (CFHR 5

– complement factor H related proteins) являлось основой для провоцирующего действия стрептококковой инфекции.

2. Быстро прогрессирующий нефротический синдром (БПНС), мочевого синдром, ХПН.

3. Для диагностики иммуноглобулин-позитивного МБПН в соответствии с мировыми стандартами необходимо сочетание нескольких методов морфологического исследования прижизненных биоптатов почечной ткани: световой микроскопии, иммуноморфологии, ультраструктурного анализа (трансмиссионной электронной микроскопии). При проведении иммуноморфологического исследования диагностически значимым считается интенсивность отложения продукта реакции на иммуноглобулины А, М, G и на C3 в структурах гломерул $\geq 2+$ как при флуоресцентной, так и при светооптической (в проходящем свете) микроскопиях. При отсутствии возможности проведения ультраструктурного анализа (электронной микроскопии), морфологический диагноз должен быть сформулирован на основании данных световой микроскопии и иммуноморфологии. При I типе МБПН при электронной микроскопии выявляются субэндотелиальные и мезангиальные депозиты, полулуния более чем в 20% клубочков, тубуло-интерстициальный склероз. Наличие иммуноглобулинов и C1q-, C2-, C4-, C3- фракций комплемента указывает на иммуноглобулинпозитивный вариант МБПН.

4. С острым постстрептококковым гломерулонефритом, болезнью плотных депозитов, IgA-нефропатией, анти-ГБМ-нефритом, АНЦА-ассоциированными васкулитами и тромботическими микроангиопатиями. Вторичные причины: вирусные гепатиты В, С, ВИЧ, инфекционный эндокардит, СКВ, системная склеродермия, смешанная криоглобулинемия, лимфолейкоз, лимфома, множественная миелома. При исключении вышеуказанных причин диагностируется идиопатический МБПН I типа.

5. В случаях нефротического синдрома и прогрессирующего ухудшения функции почек, применяют комбинацию циклофосфида (2-2,5 мг/кг в

сутки) или микофенолата мофетила (1,5-2 г/сут.) в сочетании с низкими дозами преднизолона (40 мг/сут.) лучше по альтернирующей схеме в течение 6 месяцев (рекомендации KDIGO). При БПНС с наличием полулуний более чем в 50% клубочков рекомендуется плазмаферез, пульс-терапия метилпреднизолоном с последующим пероральным приемом циклофосфида в сочетании с преднизолоном (схему см. выше). При наличии тубуло-интерстициального склероза могут быть назначены аспирин (975 мг/день) и дипиридамол (325 мг/день). Ренопротективная терапия (иАПФ, блокаторы АТ1-рецепторов, статины, диета), нормализация АД (не выше 130/80 мм рт. ст.), препараты железа.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

Больная, 33 года, обратилась с жалобами на повышение температуры тела до 37,6°C, кожные высыпания, боли в мелких суставах кистей. Из анамнеза известно, что месяц назад были первые роды. При осмотре кожные высыпания по типу ливедо. При аускультации: дыхание везикулярное, хрипов нет; сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧДД 11 в мин., АД 140/90 мм.рт.ст., ЧСС - 90 уд/мин. При пальпации живот мягкий, безболезненный по всем отделам. Печень по краю реберной дуги. Общий анализ крови: гемоглобин 101 г/л, Эр-3,37×10¹²/л; Лейкоциты -3,1×10⁹/л; Лимфоциты - 1,0×10⁹/л, Тромбоциты - 112×10⁹/л, СОЭ - 45 мм/ч. ОАМ: цвет – соломенно-желтый, уд.вес - 1010, белок - 0,256 г/л, эритроциты измененные - 20-50 в п/зр., лейкоциты – 12-18 в п/зр., эритроцитарные цилиндры +++. Б/х анализ крови: мочевины 6,9 ммоль/л, креатинин 413,2 мкмоль/л, К 4,9 ммоль/л. Коагулограмма: АЧТВ - 12,1 сек. (25,4-36,9), фибриноген 6,9 г/л (2-4), антитромбин III, % активности – 63 % (83-128). АТ к кардиолипину суммарные Ig G+A+M – 45 отн.ед./мл (<12). СКФ (СКД-ЕРІ): 51 мл/мин/1,73 кв.м.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и ведущие клинические синдромы?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
3. Вероятная картина при иммуноморфологии (иммуногистохимии) срезов прижизненной биопсии почки?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. Тактика лечения и диспансерное наблюдение?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №2

1. Активный волчаночный нефрит (ВН) с выраженным мочевым синдромом. ХБП С3а А2. Мочевой синдром, синдром иммунологической напряженности, синдром экстраренальных проявлений СКВ.
2. Биопсия почки для гистологической верификации класса ВН. Иммунологические исследования (антиядерные АТ, АТ к двухспиральной ДНК (анти-ДНК), АТ к экстрагируемым ядерным антигенам (Ro, La, Sm, рибонуклеопротеиду), АТ к компоненту комплемента С1q (анти-С1q-АТ), определение общей гемолитической активности комплемента СН 50 и его фракций; АТ к фосфолипидам: АТ к β 2-GP1, волчаночный антикоагулянт — лабораторные маркёры АФС), б/х крови (общий белок, Fe, Са, мочева кислота, липидограмма), электрофорез белков сыворотки.
3. Морфологическая картина при ВН с выраженным мочевым синдромом представлена пролиферативными и мезангиальными формами ВН (классы II, III, реже IV). Наиболее выражены гломерулярные изменения (мезангиальная гиперклеточность, расширение мезангия, пролиферация эндотелиальных клеток, изменения базальных мембран капилляров), в некоторых случаях выявляются участки некроза капиллярных петель и полулуния. При иммуногистохимическом исследовании в клубочках выявляют отложения IgG, часто в сочетании с IgM и IgA, ранних компонентов комплемента – С3, С4, особенно С1q, фибрина. Характерным признаком ВН считают тубулоретикулярные включения в клетках эндотелия капилляров клубочка, напоминающие парамиксовирусы.

Помимо гломерулярных изменений, в половине биоптатов отмечают тубулоинтерстициальные — дистрофию и атрофию эпителия канальцев, инфильтрацию интерстиция мононуклеарными клетками, очаговый или диффузный фиброз. Выраженность тубулоинтерстициальных изменений соответствует тяжести гломерулярного поражения и является важным прогностическим фактором.

4. Узелковый полиартериит, пурпура Шенлейн-Геноха, аутоиммунный гепатит, ревматоидный артрит, множественная миелома, инфекции (сепсис, инфекционный эндокардит, туберкулёз). При стёртых системных проявлениях или их отсутствии необходимо дифференцировать с хроническим гломерулонефритом.

5. Тактика лечения ВН зависит от гистологического класса ВН. Всем пациентам с ВН любого класса следует проводить лечение гидроксихлорохином (в максимальной суточной дозе 6-6.5мг/кг идеального веса тела), если нет специфических противопоказаний к этому препарату. Пациентам с классом II ВН и протеинурией <1г/сутки иммуносупрессивную терапию следует проводить в зависимости от внепочечных проявлений СКВ. С нефропротективной целью показано назначение ингибиторов АПФ или блокаторов АТ1-рецепторов. Класс III ВН: 1) индукционная (инициальная) терапия: циклофосфамид (ЦФ) внутривенно в дозе 500 мг каждые 2 недели в течение 3 мес. (суммарная доза 3г) или препараты микофеноловой кислоты (МФК) (микофенолата мофетил [ММФ] в целевой дозе 3г/сутки в течение 6 месяцев, или микофенолат натрия в эквивалентной дозе) в сочетании с ГКС в виде в/в «пульсов» метилпреднизолона в дозе 500-750 мг в течение 3 последовательных дней, и затем преднизолон внутрь 1.0-0.5мг/кг/сутки в течение 4 недель с постепенным снижением до ≤ 10 мг/сутки к 4-6 месяцам; 2) поддерживающая (последующая) терапия: азатиоприн (1,5-2,5 мг/кг/сутки) или ММФ (1-2г/сутки в два приема), и низкие дозы кортикостероидов внутрь (эквивалентным ≤ 10 мг/сутки преднизолона). Препараты кальция и

витамина D. Учитывая наличие антифосфолипидных АТ показано назначение ацетилсалициловой кислоты.

Пациенты СКВ с поражением почек нуждаются в постоянном наблюдении нефролога. После достижения ремиссии пациента следует наблюдать ежеквартально в течение первых 3 лет, в последствии 1 раз в 6 мес. При каждом визите следует контролировать массу тела, АД, сывороточные уровни креатинина и альбумина, СКФ, протеинурию, осадок мочи, уровни С3/С4 и антител к ДНК, общий анализ крови, периодически – антифосфолипидные антитела и липидный профиль. Предикторы отдаленных исходов – изменение уровня креатинина (СКФ), протеинурии, содержания гемоглобина и АД. В течение первых 2-4 месяцев пациентов с активным ВН следует обследовать каждые 2-4 недели, а затем – с учетом ответа. Следует информировать пациентку, что в случае планирования беременности необходимо достижения полной ремиссии ВН и сохранении ее по крайней мере в течение 1 года.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

Больная М, 27 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на выраженную общую слабость, сердцебиение, одышку при физической нагрузке и в покое, тяжесть в эпигастрии, онемение нижних конечностей, неустойчивость походки. Полгода назад появились слабость, сердцебиение, одышка при нагрузке. Последние два месяца отмечает появление отрыжки и чувства тяжести в эпигастральной области. Последние 2 недели отмечает онемение нижних конечностей. Употребляет в пищу слабосоленую и свежемороженую рыбу. К врачам ранее не обращалась.

Общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы выраженной бледности, лёгкая желтушность кожи и склер лимонного оттенка. Лицо одутловато. Рост – 166 см, масса тела 68 кг. В лёгких везикулярное дыхание. ЧДД 20 в минуту. Границы сердца смещены влево на

1 см, тоны немного приглушены, ЧСС - 98 в минуту, АД - 124/84 мм рт. ст. Язык малинового цвета, сосочки сглажены. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется, селезенка не увеличена. Общий анализ крови: гемоглобин 56 г/л, Эритроциты $-1,27 \times 10^{12}/л$; Л-3,7 $\times 10^9/л$; Тромбоциты - $191 \times 10^9/л$, СОЭ-25 мм/ч.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Назовите наиболее вероятную причину развития заболевания?
3. Ведущие клинические синдромы?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. Лечение и прогноз?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №3

1. В12-дефицитная анемия тяжелой степени
2. Дифиллоботриоз
3. Анемический, синдром поражения ЖКТ при В-12дефицитной анемии, синдром поражения ЦНС при В-12дефицитной анемии:
4. Гемолитической анемией, апластической анемией, анемией при дефиците фолиевой кислоты, онкопатологией.
5. Пациентам с установленным диагнозом В12 дефицитной анемии проводится терапия парентеральными лекарственными препаратами витамина В12 –цианокобаламином (витамин В12) в дозе 200- 400 мкг в сутки в/в или в/м, 2-4 недели. Длительность терапии цианкобаламином определяется тяжестью В12-дефицитной анемии. После регресса анемии, лейкопении, тромбоцитопении и всех морфологических аномалий эритроцитов курс лечения цианкобаламином продолжается еще 10-14 дней с целью создания «запасов» витамина В12 в печени.

Ранняя диагностика В12 дефицитной анемии, своевременное начало лечения и адекватное диспансерное наблюдение после ликвидации анемии,

обеспечивают благоприятный прогноз заболевания вне зависимости от возраста пациента.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4

Больная С, 64 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на наличие безболезненных опухолевидных эластичных образований по боковой поверхности шеи и в подмышечных областях, а также на тяжесть в левом подреберье при быстрой ходьбе, похудела на 7 кг за последние три месяца, повышенную потливость днем и ночные поты на протяжении последних двух месяцев, выраженную общую слабость. Вышеуказанные жалобы появились около года назад, постепенно нарастали. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пальпируются конгломераты увеличенных подчелюстных, шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов, при пальпации – эластичные, безболезненные, малоподвижные, кожа над ними не изменена, симметрично увеличены – шейные и подчелюстные до 2-3 см, подмышечные до 4-5 см, паховые до 4 см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, хрипов не слышно, ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, край эластичный, безболезненный.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$, Нв – 118 г/л, тромбоциты – 198×10^9 /л, лейкоциты – 44×10^9 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 6%, лимфоциты – 86%, моноциты – 4%, СОЭ – 46 мм/ч, тени Боткина-Гумпрехта – 1-2 в поле зрения.

Вопросы:

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

5. Каков прогноз при данном заболевании, и какие возможны осложнения?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №4

1. Хронический лимфолейкоз, II стадия по R2i, II стадия по Binet
 2. Диагноз «хронический лейкоз» поставлен на основании клинических данных (пожилой возраст, жалобы на повышенную утомляемость, потливость, увеличение лимфоузлов); объективных данных (симметричное увеличение лимфоузлов, при пальпации они безболезненные, тестоватой или эластичной консистенции, подвижные, кожа над ними не изменена, характерно наличие спленомегалии, в общем анализе крови - лейкоцитоз с абсолютным лимфоцитозом, тени Боткина-Гумпрехта). II стадия хронического лимфолейкоза стадия по R2i диагностируется при увеличении селезёнки. II стадия хронического лимфолейкоза по Binet диагностируется при Гемоглобин >100 г/л, тромбоциты $>100 \times 10^9$ /л, и поражено <3 лимфатических областей (подчелюстных, шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов)
 3. Биохимические анализы крови, коагулограмма. Стернальная пункция (в пунктате костного мозга увеличение количества лимфоцитов более 30%, иммунофенотипическое исследование), УЗИ органов брюшной полости (наличие спленомегалии, определить, есть или нет увеличение внутрибрюшных и забрюшинных лимфоузлов). Рентген грудной клетки или МСКТ органов грудной клетки (определить, есть ли увеличение внутригрудных лимфоузлов). Трепанобиопсия (гистологическое и иммуногистохимическое исследование), биопсия лимфоузла, иммунофенотипирование костного мозга (дифференциальный диагноз с неходжкинской лимфомой).
- Всем пациентам с ХЛЛ перед началом 1-й и всех последующих линий терапии рекомендуется проведение цитогенетического исследования методом FISH на делецию 17p и определение мутаций гена TP53, а также

(при наличии возможности) на +12; del(11q), del(13q), del(17p) для определения прогностической группы и выработки тактики лечения.

4. Для верификации диагноза и лечения показана госпитализация в гематологическое отделение.

Терапия ХЛЛ должна начинаться при наличии как минимум 1 из следующих показаний по критериям IWCLL 2018 :

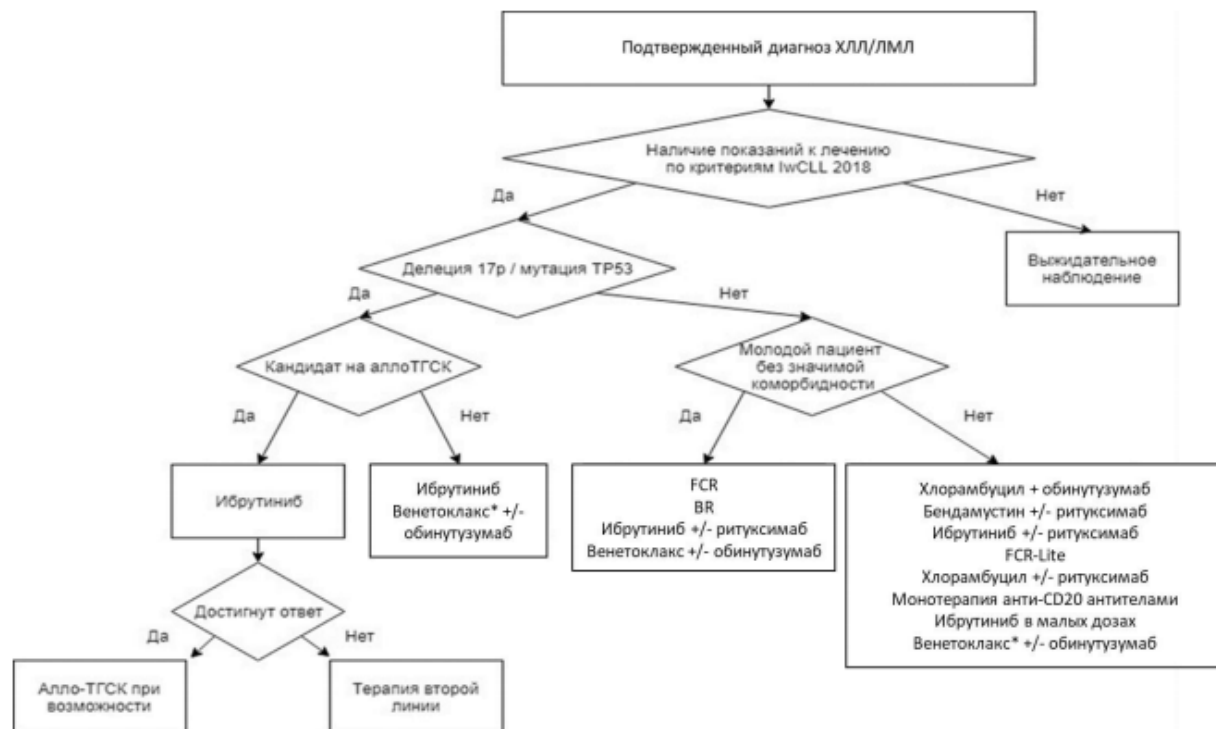
- 1) Стадия С по J.L. Binet.
- 2) Один или более симптомов интоксикации: потеря >10 % массы тела за 6 мес. (если пациент не принимал меры для похудения); слабость (общее состояние по ECOG ≥ 2 , нетрудоспособность); субфебрильная лихорадка в течение ≥ 2 нед. без признаков инфекции; ночные поты, сохраняющиеся более 1 мес., без признаков инфекции.
- 3) Нарастающая анемия и/или тромбоцитопения, обусловленная инфильтрацией костного мозга.
- 4) Аутоиммунная анемия и/или тромбоцитопения, резистентная к преднизолону.
- 5) Большие размеры селезенки (>6 см ниже реберной дуги), явное увеличение органа.
- 6) Массивная (≥ 10 см в максимальном диаметре) и/или нарастающая лимфаденопатия.
- 7) Время удвоения числа лимфоцитов менее 6 мес.
- 8) Экстранодальное поражение, симптомное или влияющее на функцию пораженного органа.

Выбор терапии определяется:

- 1) наличие del(17p) и/или мутаций TP53,
- 2) мутационный статус генов варибельного региона иммуноглобулинов (IGHV),
- 3) уровень $\beta 2$ -микроглобулина
- 4) стадией
- 5) возрастом пациента

В терапии 1-й линии, принципиальное значение имеет определение делеции 17p и мутации TP53. При выявлении утраты TP53 наиболее оправданным является назначение ибрутиниба.

Алгоритм выбора первой линии терапии пациента с ХЛЛ/ЛМЛ



* Монотерапия венетоклаксом показана пациентам, которым не может быть назначен ибрутиниб.

В данном случае пациентке показано начать лечение по схеме FCR: пациентам с верифицированным ХЛЛ моложе 65 лет без значимой коморбидности (физически активным, без тяжелых сопутствующих заболеваний, с нормальной функцией почек) без делеции 17p или мутации TP53 в качестве 1-й линии лечения рекомендуется проведение иммунохимиотерапии по схеме FCR

Полихимиотерапия FCR внутривенный • Ритуксимаб** – 1 цикл: 375 мг/м² в/в кап., день 1, последующие циклы: 500 мг/м² в/в кап. или 1600 мг п/к, день 1. • Флударабин** – 25 мг/м² в/в кап., дни 1–3. • Циклофосфамид** – 250 мг/м² в/в кап., дни 1–3. Лечение возобновляется на 29-й день. FCR пероральный • Ритуксимаб** – 1 цикл: 375 мг/м² в/в кап., день 1, последующие циклы: 500 мг/м² в/в кап. или 1600 мг п/к, день 1. •

Флударабин** – 40 мг/м² внутрь, дни 1–3. • Циклофосфамид** – 250 мг/м² внутрь, дни 1–3. Лечение возобновляется на 29-й день

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5

Мужчина 40 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на сильную боль в плюсне-фаланговом суставе I пальца левой стопы, припухлость I пальца правой стопы, гиперемию кожи над суставом, повышение температуры тела до 38.0°C, боль в суставе больше в ночное время. Из анамнеза известно, накануне был в гостях у друга, где употреблял мясо и красное вино в большом количестве. Боль возникла впервые, внезапно, около 6 часов утра и локализовалась преимущественно в области I плюснефалангового сустава правой стопы. Работает стоматологом. Семейный анамнез: мать – ревматоидный артрит, АГ, отец - страдает подагрой, подагрическим полиартритом. Вредные привычки – курит.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост – 172 см, масса тела – 105 кг. ИМТ – 35,59 кг/м². Окружность талии – 115 см, окружность бедер – 123 см. Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, ЧСС – 82 уд. в мин., АД – 130/84 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

При осмотре I плюсне-фалангового сустава правой стопы: кожные покровы над суставом резко гиперемированы, горячие на ощупь, отёк сустава распространяется на соседние мягкие ткани, пальпация сустава резко болезненна, движение и ходьба практически невозможны. Интенсивность боли по визуально-аналоговой шкале 7 баллов.

В анализах: общий анализ крови: эритроциты – $5,1 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты – $12,7 \cdot 10^9/л$, тромбоциты – $280 \cdot 10^9/л$, СОЭ – 45 мм/час. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,0 ммоль/л, ТГ – 2,0 ммоль/л, ХС - ЛПВП – 0,86 ммоль/л; глюкоза – 5,7 ммоль/л; мочевиная кислота – 611 мкмоль/л, СРБ – 25 мг/л, ревматоидный фактор – отрицательный, серомукоид – 0,15 ед, креатинин – 87 мкмоль/л. СКФ (СКД-ЕП) – 92 мл/мин $1,73 м^2$. Альбуминурия – 10 мг/сутки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Выделите критерии, на основании которых был поставлен диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Сформулируйте алгоритм ведения пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Через 7 дней на фоне назначенной терапии отмечается положительная динамика: боль, отёчность I плюсне-фалангового сустава левой стопы не беспокоят, температура тела нормализовалась. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №5

1. Подагра. Острый артрит I плюсне-фалангового сустава правой стопы, первая атака. Экзогенно-конституциональное ожирение 2 степени. Гиперлипидемия (гиперхолестеринемия, гипертриацилглицеридемия).
2. Диагноз «подагра» установлен на основании жалоб больного на сильную боль в плюсне-фаланговом суставе I пальца правой стопы, припухлость I пальца правой стопы, гиперемию кожи над суставом, повышение

температуры тела до 37,5°C; данных анамнеза (накануне был в гостях у друга, где употреблял мясо и красное вино в большом количестве, боль возникла впервые, внезапно, около 6 часов утра и локализовалась преимущественно в области I плюсне-фалангового сустава правой стопы); данных объективного обследования (при осмотре I плюсне-фалангового сустава правой стопы: кожные покровы над I плюсне- фаланговым суставом резко гиперемированы, горячие на ощупь, отёк сустава распространяется на соседние мягкие ткани, пальпация сустава резко болезненна, движения и ходьба практически невозможны. Интенсивность боли по шкале ВАШ - 7 баллов); стадия подагры на основании анамнеза заболевания (боль возникла впервые, внезапно) и на основании данных лабораторного исследования (повышение уровня мочевой кислоты). Диагноз «экзогенно-конституциональное ожирение (ЭКО)» установлен на основании показателя ИМТ ($>35,59$ кг/м²). Диагноз «гиперлипидемия» установлен на основании повышения общего холестерина, повышения уровня ТГ и снижения уровня ЛПВП.

Критерии диагностики подагры:

- более чем одна острая атака артрита в анамнезе;
- максимум воспаления сустава уже в первые сутки;
- моноартикулярный характер артрита;
- покраснение кожи над пораженным суставом;
- припухание или боль, локализованные в I плюсне-фаланговом суставе;
- одностороннее поражение суставов свода стопы;
- узелковые образования, напоминающие тофусы;
- гиперурикемия (повышение уровня мочевой кислоты);
- одностороннее поражение I плюснефалангового сустава;
- асимметричное припухание пораженного сустава;
- обнаружение на рентгенограммах субкортикальных кист без эрозий;
- отсутствие флоры в суставной жидкости.

3. Пациенту рекомендовано: рентгенография I плюсне-фаланговых суставов обеих стоп - для определения стадии подагры; общий анализ мочи + альбуминурия - для выявления кристаллов уратов, поражения почек; пункция I плюсне-фалангового сустава для исследования суставной жидкости - выявление кристаллов моноуратов натрия; ревматологические пробы: ревматоидный фактор, АЦЦП - для исключения ревматоидного артрита; биохимические показатели: аминотрансферазы, креатинин крови - с целью персонификации фармакотерапии и уточнения коморбидного статуса пациента.

4. Оптимальное лечение подагры требует комбинации нефармакологических и фармакологических подходов и должно учитывать: а) специфические факторы риска (уровень мочевой кислоты, количество предшествующих атак, рентгенография); б) стадию болезни (асимптоматическая гиперурикемия, острый/интермиттирующий артрит, межприступный период, хроническая тофусная подагра); в) общие факторы риска (возраст, пол, ожирение, гиперурикемические препараты).

Обучение больного правильному образу жизни (уменьшение веса тела при ожирении, диета, уменьшение приёма алкоголя, особенно пива) - ключевой аспект лечения. Ограничение в пищевом рационе богатых пуринами продуктов животного происхождения и снижение массы тела способствует снижению сывороточного уровня мочевой кислоты, а алкоголь, особенно пиво, является независимым фактором риска для подагры. Лечение острого приступа подагрического артрита. НПВП и Колхицин могут быть эффективны в терапии острого приступа артрита и являются первой линией терапии. Высокие дозы Колхицина приводят к побочным эффектам, а низкие дозы (например, 0,5 мг 3 раза в день) могут быть достаточны у ряда пациентов. Удаление синовиальной жидкости и введение внутрисуставно длительно действующих глюкокортикоидов может быть эффективным и безопасным лечением острого приступа артрита. Антигиперурикемическая терапия показана больным с острыми атаками.

Проведение антигиперурикемической терапии показано при неэффективности нефармакологических методов лечения. Решение о подобной терапии должно быть принято индивидуально, учитывая баланс между пользой и потенциальными рисками, и согласовано с больным. Целью антигиперурикемической терапии является предупреждение образования и растворение имеющихся кристаллов моноурата натрия, это достигается поддержанием уровня МК ниже точки супернасыщения сыворотки уратами (<360 мкмоль/л), так как предотвращение образования и растворение уже имеющихся кристаллов моноурата натрия возможно при достижении указанного сывороточного уровня мочевой кислоты. Профилактика суставных атак в течение первых месяцев антигиперурикемической терапии может достигаться Колхицином (0,5-1,0 грамм в день) и/или НПВП (с гастропротекцией при показании). И Колхицин и НПВП имеют потенциально серьёзные побочные эффекты, и их назначение предопределяет необходимость соотнести потенциальные пользу и вред. При наличии противопоказаний и/или неэффективности НПВП и Колхицина для профилактики приступов артрита в первые месяцы антигиперурикемической терапии возможно назначение ингибиторов Интерлейкина-1. Данному пациенту назначена следующая терапия - немедикаментозная: питание при подагре предусматривает снижение общего калоража. Необходимо уменьшить поступление в организм экзогенных пуринов и животных жиров. Жиры снижают экскрецию мочевой кислоты почками.

Крайне осторожно следует подходить к употреблению любых алкогольных напитков, включая пиво и красное вино.

Исключают из пищевого рациона: печёнку, почки, жирные сорта мяса, мясные бульоны, копчёности, горох, бобы, чечевицу, шпинат, цветную капусту, шпроты, сельдь. Следует ограничить потребление мяса до 2-3 раз в неделю, при этом лучше употреблять его в отварном виде. Медикаментозная терапия: Колхицин 0,0005 г по 2 таблетки каждые 2 часа, затем на 2 и 3 дни

2 таблетки; 4 день - 1 таблетка вечером; следующие дни - 1 таблетка вечером с ужином до купирования атаки. НПВП (ингибиторы ЦОГ-2 (Нимесулид 100 мг по 1 таблетке 2 раза в день после еды), после купирования острой подагрической атаки - Аллопуринол 300 мг 1 таблетка 1 раз в сутки принимать до нормализации уровня мочевой кислоты сыворотки крови.

5. Пациенту необходимо продолжить немедикаментозную терапию: соблюдение рационального питания, Рекомендуется коррекция гиперлипидемии, артериальной гипертензии, ожирения и отказ от курения. Медикаментозная терапия: Колхицин, НПВП - отменить, так как острая подагрическая атака была купирована. Вопрос о назначении антигиперурикемических препаратов решить после контроля уровня мочевой кислоты сыворотки крови.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6

Больная В. 45 лет, фельдшер, была направлена в стационар с жалобами на боли воспалительного ритма в суставах кистей, голеностопных суставах, наличие утренней скованности в суставах, особенно больше в суставах кистей. Также отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр по вечерам, появление сыпи на лице в области скул, общую слабость, выпадение волос.

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

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы: эритематозная сыпь в виде «бабочки» на коже лица, области декольте. Симметричные отёки до нижней трети голеней. Слизистые чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 100 ударов в 1 минуту, АД - 150/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под края рёберной дуги по срединно-ключичной линии. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный. Припухлость в области II, III пястнофаланговых и III проксимальных межфаланговых суставов, в области голеностопных суставов; ограничение движений за счет болей, хват кистей - 80%; деформаций нет.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 80 г/л, тромбоциты – $105 \times 10^9/л$, лейкоциты - $1,6 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 59%, лимфоциты – 25%, моноциты - 4%, СОЭ – 45мм/ч.

Общий анализ мочи – мутная, цвет - желтый, плотность – 1,022, реакция - кислая, белок – 0,856 г/л, глюкоза – отрицательная, лейкоциты - 20-25 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: креатинин – 108 мкмоль/л, мочевины - 8,8 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, альбумины - 45%, α_1 – 4%, α_2 – 15%, β – 9%, γ - 27%, фибриноген – 6,3 г/л. Антитела к ДНК и антинуклеарный фактор – более 200 Ед/мл.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Назовите критерии диагностики установленного Вами заболевания.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Через 6 месяцев регулярной терапии и соблюдения рекомендаций:
эритроциты - $4,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 119 г/л, тромбоциты – $210 \times 10^9/л$,
лейкоциты - $5,1 \times 10^9/л$, глюкоза натощак – 4,9 ммоль/л, общий холестерин –
4,9 ммоль/л, креатинин – 108 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКD-EPI) = 60,3
мл/мин; суточная потеря белка – 0,240 г/сут. Какова Ваша дальнейшая
лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. Возможна ли реабилитационная
терапия?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №6

1. Системная красная волчанка, подострое течение, высокой степени активности с поражением кожи (эритема, фотосенсибилизация), суставов (артралгии, артрит), почек (люпус-нефрит), крови (тромбоцитопения, анемия, лейкопения).
2. Диагноз «системная красная волчанка (СКВ)» установлен на основании жалоб больной на наличие эритематозной сыпи в области скул, лихорадки, суставного синдрома, данных анамнеза (пациентка отмечает аллергическую реакцию на инсоляцию в течение 2 лет); установление течения СКВ основано на анамнезе заболевания (в дебюте конституциональные симптомы, неспецифическое поражение кожи и суставов, периодические обострения, развитие полиорганной симптоматики в течение 2 лет с момента появления первых симптомов). Степень активности СКВ установлена на основании наличия проявлений артрита, протеинурии (0,856 г/сут.), высыпаний на коже (эритематозная сыпь на скулах), алопеции (диффузное выпадение волос), повышенного содержания антител к двуспиральной ДНК (более 200 ЕД/мл), тромбоцитопении ($100 \times 10^9/л$), лейкопении ($1,6 \times 10^9/л$), поражения почек (протеинурия, снижение СКФ).
3. Пациентке рекомендовано:

- УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени, решение вопроса о проведении нефробиопсии с целью определения люпус-нефрита.
 - Рентгенография грудной клетки (поражение лёгких).
 - ЭхоКГ (для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции, исключить перикардит).
 - Анализ крови: иммунологический анализ крови с определением компонентов комплимента, гемостазиограмма.
4. Глюкокортикостероиды короткого действия (Преднизолон или Метилпреднизолон). Данная группа препаратов наиболее эффективная для лечения СКВ. При высокой степени активности СКВ с целью достижения быстрого эффекта показана пульс-терапия (500-1000 мг Метилпреднизолона внутривенно капельно в течение трёх дней). Цитостатические иммунодепрессанты (Циклофосфан или Мофетиламикофенолат) назначаются больным СКВ при прогрессирующем течении, высокой активности, сопровождающимся поражением жизненно важных органов и систем. Цитостатики являются важнейшим компонентом лечения СКВ, особенно при угрожающем течении с поражением почек, ЦНС, генерализованном васкулите, альвеолите. После проведения дообследования к терапии подключить прием моноклональных антител к B_{Ly}S (Белимумаб) по 10 мг\кг в стационаре (0-14-28 день) и далее в амбулаторных условиях ежемесячно в течение не менее 6 месяцев.
5. Оставить терапию глюкокортикостероидами без изменений, продолжить динамическое наблюдение. При достижении улучшения, снижения активности болезни - доза ГК может быть медленно уменьшена (Преднизолон по 1/4 таблетки 7-10 дней) до поддерживающей, которая варьирует в зависимости от течения болезни, поражения того или иного

органа или системы, риска развития обострения, коморбидных заболеваний и осложнений. При длительном приеме ГК у больных необходимо контролировать и проводить профилактику остеопороза, сахарного диабета, атеросклероза, гиперлипидемии, артериальной гипертензии, поражения желудочно-кишечного тракта, катаракты, глаукомы. Белimumаб отменить. Реабилитационные мероприятия:

Лечебная физическая культура

Лечебная физическая культура (ЛФК) является необходимым дополнением к медикаментозному лечению.

При высокой активности СКВ, обусловленной поражением жизненно-важных органов: нефрит, поражение ЦНС, тромбоцитопения, пери-мио-эндокардит ЛФК практически не проводится в ряде случаев ограничивается дыхательной гимнастикой.

У больных с низкой активностью или ремиссией динамические, силовые и аэробные тренировки, адаптированные к потребностям и возможностям пациента, улучшают силу мышц, аэробные возможности, психологическое состояние и общий физический статус. При назначении ЛФК у пациентов СКВ с поражением кожи следует избегать плавания в бассейне.

Физиотерапия

В отношении эффективности физиотерапии при СКВ данные противоречивы, на основании их невозможно ни рекомендовать, ни отвергнуть данные методики.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7

Больной И., 56 лет, инженер. У больного во время работы на дачном участке внезапно возникло ощущение частого беспорядочного сердцебиения, сопровождающееся слабостью, неприятными ощущениями в области сердца. Доставлен в приемное отделение больницы. Из анамнеза выяснилось, что подобные ощущения сердцебиения, которые возникали чаще во время физической нагрузки отмечает на протяжении последнего года. Данные

эпизоды сердцебиения были кратковременными и проходили самостоятельно в состоянии покоя без каких-либо усилий со стороны больного. В поликлинику обращался в связи с ОРВИ. По данным амбулаторной карты стало известно, что на протяжении последних двух лет артериальное давление при осмотрах всегда было нормальным, неоднократно было выявлено повышенное содержание в крови общего холестерина до уровня 7,6 ммоль/л, при этом в анализах преобладало содержание липопротеидов низкой плотности.

Объективно: гиперстенический тип сложения, кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных экскурсий в покое-18. Левая граница относительной тупости сердца- по срединно-ключичной линии. АД- 140/ 90 мм рт. ст. Аускультативно- тоны сердца чистые, неритмичные, имеют непостоянную звучность, частота сокращений 112 ударов в минуту. Пульс на лучевых артериях-98 в минуту, аритмичный. Живот при пальпации мягкий, пальпация безболезненная. Печень не увеличена. Отеков на нижних конечностях-нет.

При обследовании-ЭХОКГ небольшое расширение полости левого предсердия (3,8 см). Холестерин крови- 7,6 ммоль/л, АСТ- 5 ед/л, АЛТ- 4 ед/л, ПТИ- 102 %. Свертываемость- 8 мин. Анализ крови на сахар- 4,5 ммоль/л. СРБ-3 мг/л. Глазное дно- атеросклероз сосудов сетчатки. НВ- 140 г/л, эритроциты- $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, Л- $6,0 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 6 мм /час. Анализ мочи- уд. вес- 1020, белка нет, сахара- нет, Л-1-2 в п/зр.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз больного.
2. Наметьте план дообследования больного.
3. Назовите заболевания для дифференциальной диагностики.
4. Определите тактику лечения больного.
5. Профилактика прогрессирования ИБС.

1. Диагноз больного: ИБС, Фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма. Основанием для диагностики фибрилляции предсердий являются-данные аускультации – тоны сердца неритмичные, имеют не постоянную звучность, выявлен маркер диагностики фибрилляции предсердий- дефицит пульса: ЧСС-112 в минуту, пульс на лучевых артериях 98, неритмичный (дефицит пульса-14 сокращений в минуту).
2. План дообследования больного: ЭКГ при поступлении и в динамике, Холтеровское мониторирование ЭКГ, ЭХОКГ, электрофизиологическое исследование сердца, ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ: ГОРМОНЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПОВТОРИТЬ ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР, СВЕРТЫВАЕМОСТЬ КРОВИ, ПТИ, сахар крови, креатинин.
3. Исключить фибрилляцию предсердий, как синдром при ревматических пороках, тиреотоксикозе, кардиомиопатиях.
4. Лечение: 1) Снять пароксизм ФП при структурных заболеваниях миокарда - в/в амиодарон, без структурных поражений возможно в/в-новокаиномид, пропafenон.
2) Для противорецидивного лечения пароксизмов ФП -у больных со структурными изменениями миокарда- амиодарон, бета-адреноблокаторы, без- поражения миокарда- пропafenон, соталол.
3) Профилактика тромбоэмболического синдрома: при сумме баллов по шкале CHA2DS2-VASc 2 и более - рекомендовать данному больному прием антикоагулянтов постоянно, предпочтительно из группы пероральных прямых антикоагулянтов, например, апиксабан по 0,005 мг 2 раза в сутки.
5. Рекомендовать больному пожизненно соблюдение диеты с низким содержанием холестерина в сочетании с постоянным приемом статина с достижением целевого уровня ХСЛПНП не > 1,4 ммоль/л.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №8

Больной В., 52-лет, инженер. Обратился к участковому врачу с жалобами на эпизоды сжимающего характера боли с локализацией за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть, возникающие при быстрой ходьбе через 200 метров, купируемые приёмом 1-2 таблетки нитроглицерина при остановке через 2-3 минуты. Боли в сердце впервые появились около 3-х лет назад. Принимает нитроглицерин для купирования болей, эпизодически при учащении болевого синдрома кардикет по 0,02 два раза в день на протяжении 2-3 дней, считая, что этим самым профилактирует появление боли в сердце. Все эти годы принимает параллельно аспирин по 0,075 в обед днем. За последние десять дней снизилась переносимость физической нагрузки: приступы болей при быстрой ходьбе появляются уже на расстоянии около 100 метров, вынужден ходить медленнее, останавливаться чаще для отдыха. Больной курит около 20 лет, по 1 пачке в день. Наследственность: отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда, мать страдает гипертонической болезнью. Общее состояние больного удовлетворительное, нормостенической конституции. Периферических отёков нет. ЧДД - 18 в минуту, лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии не изменены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 80 удара в мин. АД - 136/80 мм рт. ст. Печень не пальпируется. Липиды крови: общий холестерин - 6,8 ммоль/л; триглицериды - 1,7 ммоль/л. ЭКГ в покое: ритм - синусовый, ЧСС - 82 удара в минуту, ЭОС не отклонена. Единичная желудочковая экстрасистола. ВЭМ-проба, проведенная полгода назад выявила: при выполнении первой ступени нагрузки появилась сжимающего характера боль за грудиной, сопровождающаяся появлением депрессии сегмента ST до 3 мм в I, II и грудных отведениях V2-V6, депрессия исчезла в восстановительном периоде. Врач направил больного на КАГ по двухдневному МЭСу в ККБ. Коронароангиография: стеноз в/3 левой коронарной артерии - 70%, стеноз

с/3 огибающей артерии - 85%. От проведения оперативного лечения больной тогда отказался.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Что произошло с больным за эти десять дней.
3. Какова тактика дальнейшего ведения больного.
4. Назначьте медикаментозную терапию.
5. Полно ли определен объем исследования липидного спектра

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №8

1. Диагноз: ИБС, нестабильная стенокардия.
2. У больного с клиникой стабильной стенокардией напряжения, подтвержденной положительной пробой ВЭМ, произошло прогрессирование стабильной стенокардии напряжения в нестабильную, т.е. развился один из вариантов ОКС без подъема интервала ST. Обоснование: на протяжении десяти дней снизилась переносимость физической нагрузки: приступы болей при быстрой ходьбе стали появляться уже на расстоянии не 200, а 100 метров, больной вынужден ходить медленнее и чаще останавливаться, т.е. произошла динамика боли за период в течение до 4-х последних недель, но при этом изменений на ЭКГ не произошло.
3. Больной нуждается в госпитализации в стационар.
4. Ограничить физическую активность. Антитромботическая терапия: двойная антитромбоцитарная терапия: к аспирину подключить клопидогрель, (первая доза- 300 мг, затем 0,075), первые два дня – антикоагулянт-эноксапарин п/к (1мг/кг каждые 12 часов). Двойную антитромбоцитарную терапию продолжить до года. В антиангинальную терапию включить бета-адреноблокатор, оттитровать дозу, на которой ЧСС снизится с 82 сокращений до 55-60 в минуту. Назначить терапию статином, дозу оттитровать до эффективной по достижению уровня ХСЛНП, равного или менее 1,4 ммоль/л. Показано хирургическое лечение: трансклюминальная

баллонная ангиопластика со стентированием после проведения повторной коронарографии.

5. При определении липидного спектра всегда назначать полный спектр исследования (ХС, ХСЛНП, ХСЛВП, Триглицериды).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9

Мужчина, 58 лет, обратился к терапевту с жалобами на дискомфорт, появление давящих болей за грудиной, возникающие при быстрой ходьбе, подъеме по лестнице выше 2 -3 -го этажа, или при ходьбе более 500 м. Боли периодически отдают в левую руку, проходят после прекращения нагрузки в течение 5 минут или купируются нитроглицерином в течение 2-3 минут. Снижение толерантности к нагрузкам.

Считал себя относительно здоровым. Периодически фиксировались повышенные цифры АД до 16/90 мм рт.ст, принимал капотен ситуационно. АД регулярно не контролировал. ОНМК и ОИМ ранее отрицает. Впервые дискомфорт в груди заметил около года назад при быстрой ходьбе в гору, боль прошла после прекращения нагрузки. Стал ограничивать нагрузку, ходил медленнее. В последующем стал отмечать появление неприятных ощущений в груди при подъеме по лестнице выше 3 этажа, быстрой ходьбе. Предположил, что это связано с курением и бронхами, уменьшил число выкуриваемых сигарет. К врачу не обращался. При медленной ходьбе и в покое болей не было, но при увеличении темпа возникал дискомфорт. За последние полгода частота, длительность и интенсивность болей не изменилась. Наследственность: у матери была АГ. Вредные привычки: курит 25 лет, по 5-7 сигарет в день, алкоголь употребляет редко в малых дозах. Ведет малоподвижный образ жизни

Общее состояние удовлетворительное. Рост 171 см, вес 89 кг, ИМТ 30,44 кг/м². Окружность талии – 104 см. В легких – дыхание везикулярное. ЧД = 16 в 1 минуту. Тоны сердца умеренно приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты.. ЧСС – 86 уд. в 1 минуту. АД – 130/85 мм рт. ст.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Печень и селезенка не увеличены.

При обследовании: ОАК: гемоглобин 144 г/л, Лей- $7,03 \times 10^9$, Эр- $4,95 \times 10^{12}$, Тр- 280×10^9 , СОЭ- 8 мм/ч.

Б/х: АЛТ- 34 ед, АСТ-28 ед, билирубин общ -18 ммоль/л,

Липидограмма: ХС общ – 5,1 ммоль/л, ЛПНП – 3,41, ЛПВП- 1,04, ЛПОНП -0,68, ТГ- 1,49 ммоль/л.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте диагноз, обоснуйте его.
3. Составьте план обследования.
4. Назначьте терапию.
5. Диспансерное наблюдение и реабилитация.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №9

1. Синдром стенокардии, артериальной гипертензии, метаболический синдром (АГ, дислипидемия, абдоминальное ожирение).
2. ИБС. Стабильная стенокардия напряжения 2 ф.кл. Гипертоническая болезнь III ст. Ожирение I ст.

Диагноз «ИБС» установлен на основании жалоб больного на приступы болей, характерных для типичной стенокардии по локализации, провоцирующим и купирующим боль факторам. Диагноз «стабильная стенокардия» установлен на основании данных анамнеза – продолжительность болей около года, за это время частота, длительность и интенсивность болей не изменилась. Согласно классификации Канадского кардиологического общества, установлен II ФК стабильной стенокардии, которому соответствуют приступы стенокардии при обычной нагрузке: быстрой ходьбе на расстояние

более 500 метров, подъёму по лестнице (более 1-2 пролетов).
Гипертоническая болезнь 3 стадии – т.к. имеется ассоциированное клиническое состояние, риск соответственно очень высокий.
Ожирение 1 ст – по ИМТ-30,4

3. Лабораторные: развернутый анализ крови с определением уровня гемоглобина, эритроцитов и лейкоцитарной формулы для исключения анемии, эритремии, тромбоцитоза, тромбоцитопении, которые ухудшают прогноз ИБС и требуют учета при подборе лекарственной терапии. б/х – липидный спектр, мочевины, креатинин, расчетная СКФ, билирубин, АЛТ, АСТ – для определения функции печени перед назначением статинов. ОАМ

Инструментальные: ЭКГ покоя, Эхокардиография. Р-графия грудной клеткт.

Нагрузочные пробы – Тредмилл-тест или стресс-ЭхоКГ.

КАГ рекомендуется у лиц с тяжелой стабильной стенокардией (ФК III-IV) или с клиническими признаками высокого риска ССО, особенно когда симптомы плохо поддаются лечению.

4. Для профилактики атеротромботических осложнений - ацетилсалициловую кислоту (аспирин) в низких дозах 75-100 мг/сут длительно.

БАБ (мтопролол 100 мг или бисопролол 5 мг утром). При невозможности достичь целевую ЧСС 55-60 в сочетании с ивабрадином 5 мг 2 раза в день. Статины – аторвастатин 20 мг или розувастатин 10 мг. Для купирования приступов стенокардии короткодействующие нитраты. ИАПФ – периндоприл 10 мг. При недостаточном контроле симптомов стенокардии и АД – рекомендуется добавить длительнодействующие дигидропиридиновые АК – амлодипин 10 мг. Рекомендуется отказ от курения.

5. Контрольные амбулаторные осмотры больному со стабильной ИБС

на первом году лечения рекомендуется проводить каждые 4-6 месяцев.
Разработка индивидуальных тренировок с учетом переносимости физических нагрузок

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10

Мужчина, 56 лет. Поступил в кардиологическое отделение 17.05.2018

ЖАЛОБЫ: На частые приступы неритмированного сердцебиения, сопровождающееся дискомфортом в груди, слабостью. Одышку при ходьбе более 500 метров. Повышение АД до 160-170/100 мм рт.ст. Боли в ногах к вечеру.

В анамнезе: Артериальная гипертензия: около 10 лет; Максимальное АД: 190\110 мм рт. ст. Адаптирован (а) к АД: 140\90 мм рт. ст.; ОНМК и ОИМ ранее отрицает.

Два года назад при обследовании перед операцией в глазном центре выявлен сахарный диабет 2 тип. Тогда же назначен Моноприл 10 мг, Аспирин-кардио 100 мг, Зокор 20 мг, Метформин 500 мг в сутки. Однако целевых уровней АД достигнуто не было. Привычное АД 150/90-160/100 мм рт.ст. Уровень холестерина не контролировал.

Два месяца назад на фоне относительного благополучия ночью появилась сердцебиение, одышка, слабость. Вызвал скорую помощь. На ЭКГ



Пароксизм был купирован в/в введением новокаинамида 10 мл..

Анамнез жизни: Работа связана с эмоциональным напряжением (руководитель). Женат, имеет сына. Семейный анамнез: У сестры

артериальная гипертензия. Не курит, алкоголь употребляет редко. Физкультурой не занимается. Диет не придерживается. Сахарный диабет 2 типа, принимает метформин. Уровень гликемии в норме. Аллергии нет. Варикозная болезнь вен нижних конечностей.

При осмотре: Рост 176 см, вес 105 кг, окружность талии 104 см. Сердечные тоны ритмичные ЧСС – 82 в минуту. Шумов нет. АД 150/100 мм рт.ст. В легких хрипов нет. Живот увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, б/б. Периферических отеков нет.

Общий анализ крови HGB: 142 г/л, СОЭ 5 мм/ч.

б/х: общий белок: 76.00 г/л, Мочевина.: 4.40 ммоль/л, Моч.к-та: 575 мкмоль/л. Креатинин: 90 мкмоль/л. АСТ: 47.4 Ед/л (0.0 - 35.0) АЛТ: 51.3 Ед/л (0.0 - 45.0) К⁺: 3.93 ммоль/л Na⁺: 138 ммоль/л. КФК: 94.0 Ед/л (0.0 - 190.0) КФК-МВ: 8.50 Ед/л (0.00 - 25.00)

Липидограмма Хол.: 6.18 ммоль/л Триггл: 2.88 ммоль/л; ЛПВП: 0.77 ммоль/л ; ЛПОНП: 1.32 ммоль/л ; ЛПНП: 4.10 ммоль/л

Глюкоза (кап): 5.10 – 7.3 – 5.8 ммоль/л

Анализ мочи: без особенностей

ЭхоКГ: Склероз аорты с кальцинозом кольца и створок АоК 1 ст. Аорта расширена в области корня. Расширена полость ЛП. Гипертрофия МЖП и ЗСЛЖ по концентрическому типу. Умеренно нарушена диастолическая функция ЛЖ (Е=А). Сократительная способность миокарда ЛЖ удовлетворительная. Участков гипокинезии не определяется

Вопросы:

1. Выделить синдромы. Предполагаемый диагноз?
2. План обследования?
3. На основании каких параметров оценивается риск развития инсульта и системных тромбоэмболий (ТЭО) у данного больного? Является ли необходимым назначение антикоагулянтов у данного больного?
4. Какие антикоагулянты можно назначить пациенту. Как контролировать?

5. Назначьте терапию

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №10

1. Гипертонический, нарушения ритма сердца, метаболический. Диагноз: Гипертоническая болезнь III ст. Риск 4. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. Сахарный диабет 2 тип. Ожирение II ст.
2. Холтеровское мониторирование ЭКГ, ЭхоКГ, ДС брахиоцефальных артерий.
3. Расчет риска ТЭО по шкале CHA₂DS₂VASc - АГ, сахарный диабет – 2 балла – показана антикоагулянтная терапия.
4. Варфарин по контролем МНО (целевой уровень МНО от 2,0 до 3,0) или ПОАК – Дабигатран 150 мг 2 раза в день, или ривароксабан 20 мг 1 раз в день, или апиксабан 5 мг 2 раза в день. Контроль кровотечений. Доза зависит от СКФ.
5. Для купирования приступа возможно использование пропafenона 150 мг по 3-4 табл однократно перорально.

Для профилактики ТЭО варфарин или ПОАК.

Для контроля ритма рекомендуется назначение В-блокаторов (метопролол, бисопролол). При неэффективности ААП (пропafenон, аллапинин). Направить на РЧА.

Контроль АГ: ИАПФ или сартаны+В-блокаторы. ИЛИ ИАПФ (сартаны)+ амлодипин.

Контроль гликемии: метформин+ агонисты рецепторов ГПП1 для снижения риска ССО или ИНГЛТ2.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11

Мужчина 44г. на приеме у пульмонолога в поликлинике с жалобами на слабость, частый приступообразный непродуктивный кашель, одышку при подъеме на 3 этаж.

Ежегодно проходит ФЛГ на профосмотре. В марте этого года при прохождении профосмотра выявлены двусторонние диссеминированные изменения в легких, увеличение корней легких. Был направлен на консультацию к фтизиатру. С диагнозом диссеминированный туберкулез был госпитализирован в ККПТД. В течение 1,5 месяцев получал туберкулостатическую терапию. При повторном проведении р-графии легких, р-картина без динамики. Для уточнения диагноза по решению ЦВКК принято решение о проведении ВТС с биопсией легкого. Проведено гистологическое исследование биоптата. Получен результат (см. ниже). Направлен к пульмонологу ККБ.

Не курит. Вредных привычек не имеет. Работает специалистом в налоговой инспекции. Анамнез по БА, онкологическим заболеваниям не отягощен. Хронические заболевания легких, других органов отрицает. Гепатитами не болел. На ВИЧ обследовался во время беременности жены 2 года назад, результат отрицательный. Аллергологический анамнез не отягощен. При проведении МСКТ: легкие расправлены. Бронхи 1-3 порядка проходимы. Лимфатические узлы всех групп (паратрахеальные, бифуркационные) увеличены до 30-35 мм, местами сливаются в конгломераты. По всем легочным полям, преимущественно в верхних и средних отделах определяются мелкие очаги, расположенные периваскулярно, перибронхиально в виде «муфт», вдоль междольковых щелей, костальной плевры, в междольковых перегородках, вызывая неравномерное («четкообразное») утолщение интерстициальных структур лёгких. В нижних отделах ограниченные участки «матового стекла», расположенные субплеврально. При исследовании ФВД на СПГ ЖЕЛ 70-75%, ФЖЕЛ 63-68%, ОФВ1 58-63%, индекс Тиффно 76,5, проба с бронхолитиком отрицательная. Заключение: Легкие нарушения ФВД по смешанному типу. Диффузионная способность легких (DLco) незначительно снижена 73%.

По ЭХОКГ Уплотнение кольца аорты и створок ОАК 1 ст. Полость ЛП не расширена. Диастолическая функция ЛЖ не нарушена. Сократительная

способность ЛЖ удовлетворительная (ФВ 63%). Участков гипокинеза не определяется. Недостаточность ТК 1 ст. ТПСЖ 0,4 см. Легочная артерия не расширена, диаметр кольца 2, 3 см, градиент давления 5 мм рт ст. Минимальная легочная гипертензия (СДЛА 32 мм рт ст). В анализах крови: Лейкоциты $6,8 \cdot 10^9/\text{л}$, Эритроциты $4,49 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Гемоглобин 142 г/л, Тромбоциты $254 \cdot 10^9/\text{л}$, Нейтрофилы 59,7%, Лимфоциты 28,2%, Эозинофилы 1,6%, Базофилы 0,30%, Незрелые гранулоциты 0,2%, СОЭ 25 мм/ч. В б/х анализе крови Билирубин общий 6,0 мкмоль/л, Билирубин прямой 5,7 мкмоль/л, Билирубин не прямой 0,3 мкмоль/л, С-реактивный белок 8,0 г/л, Мочевина 6, 7 ммоль/л, Общий белок 74,8 г/л, Креатинин 97 мкмоль/л, Глюкоза 3,7 ммоль/л, АСТ 35,0 ЕД/л, АЛТ 43,0 ЕД/л, Калий 3,98 ммоль/л, Натрий 139 ммоль/л, Хлор 105 мкмоль/л, Кальций 2,7 ммоль/л.

Патогистологическое заключение: представлены срезы перибронхиальной легочной ткани. На фоне умеренно выраженного склероза определяется большое количество гранулем. Гранулемы округлой формы, одинаковых размеров, построены из эпителиоидных клеток, фибробластов, с наличием в большей части гранулем гигантских многоядерных клеток типа Пирогова-Лангханса без казеозного некроза, окруженные коллагеновыми волокнами с примесью лимфоцитов. Окраска по Циль-Нильсену негативная.

Вопросы:

1. Какой диагноз можно выставить пациенту, после проведения обследования?
2. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
3. Какой метод является основным в постановке этого диагноза?
4. Какую терапию необходимо назначить пациенту?
5. Какой специалист и с какой периодичностью наблюдает пациента с таким диагнозом? Какие обследования проводятся в период динамического наблюдения?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №11

1. Саркоидоз, легочно-медиастинальная форма, первично-хроническое течение, активность II.

2. С диссеминированным туберкулезом легких, с лимфогранулематозом, с милиарным карциноматозом.

3. Патогистологическое исследование материала, полученного при биопсии ткани легкого, периферического лимфоузла, кожи. Основным является обнаружение в препарате гранулем округлой формы, одинаковых размеров, построенных из эпителиоидных клеток, фибробластов, с наличием в большей части гранулем гигантских многоядерных клеток типа Пирогова-Лангханса без казеозного некроза.

4. 1) С учетом объема поражения легочной ткани, снижение показателей ФВД, показано назначение сГКС в дозе 30-40 мг на 3 месяца, с проведением МСКТ ОГК и снижением дозы до поддерживающей 10 мг, прием в течение 6 месяцев, затем при исчезновении изменений в легких - отмена препарата. 2) Пентоксифиллин 400 мг 1 таб 3 раза в день (при хорошей переносимости) длительно. 3) Токоферола ацетат 400 МЕ по 1 капс 1 раз в день длительно. 4) омепразол 20 мг 1 капс 2 раза в день в период приема сГКС. 5) Препараты калия и кальция по показаниям.

5. Наблюдение у врача-пульмонолога в первый год каждые 3 месяца (1 раз в квартал), затем при регрессе изменений 1 раз в 6 месяцев. При стойкой ремиссии в течение 2-х лет 1 раз в год. В период динамического наблюдения показано проведение МСКТ ОГК, СПГ с бронхолитиком, развернутый анализ крови, б/х анализ крови (стандартные показатели + Ca^{2+}), при комбинированном саркоидозе (дополнительные обследования по показаниям: УЗИ органов брюшной полости, ЭХОКГ, осмотр окулиста, невролога, кардиолога).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12

На приеме у пульмонолога в поликлинике мужчина 77 лет с жалобами на сухой приступообразный кашель, одышку при небольшой физической нагрузке (подъем на 1 этаж), ощущение стеснения в груди.

Курение отрицает. Контакт с больными туберкулезом отрицает. "Простудные" заболевания редкие. Трижды перенес пневмонию. Работал на шелковом комбинате 40 лет, слесарь по ремонту станков. Профилактические ФЛГ (во время работы) ежегодно - патологии не выявлялось. В течение последних 15 лет ФЛГ не проводилась. В течение 5 лет прогрессирующая одышка при ходьбе.

Особое ухудшение с начала января 2020г., когда повысилась t тела до 39гр, резко усилилась одышка. С 13.01.2020 по 28.01.2020 лечился в отделении терапии ФМБА по поводу 2хсторонней пневмонии в нижних долях. На Р-граммах ОГК - картина двухсторонней крупнофокусной сливной пневмонии с наличием большого количества свободной жидкости в плевральной полости с обеих сторон. Выписан с улучшением - нормализовалась температура, менее выражена одышка, но при Р-контроле в динамике определяется выраженное усиление и деформация легочного рисунка за счет уплотнения интерстициальной ткани, больше в нижних долях. Выпота в плевральных полостях и инфильтрации не определялось. В феврале проведена МСКТ легких. МСКТ-картина, подозрительная в плане интерстициального заболевания. Направлен к пульмонологу ККБ для уточнения диагноза. При осмотре - телосложение нормостеническое, кожные покровы и видимые слизистые обычного цвета Деформация дистальных фаланг по типу «пальцев Гиппократа». Грудная клетка правильной формы, В дыхании участвуют обе половины грудной клетки равномерно, Перкуторный звук укорочен над нижними отделами в двух сторон, Голосовое дрожание проводится равномерно, Дыхание жесткое, Хрипы напоминающие "треск целлофана" над нижними отделами в двух сторон, Число дыханий в минуту 19, Сатурация O₂ 99 %. На МСКТ ОГК определяется диффузное утолщение междольковых и межальвеолярных перегородок, преимущественно в

субплевральных отделах, формирующих в базальных отделах картину "сотового легкого", за счет фиброзных изменений с тракционными бронхоэктазами; с объемным уменьшением нижних долей. Зоны уплотнения по типу матового стекла в центральных отделах. Трахея и крупные бронхи проходимы. Средостение не смещено. Отмечаются единичные, увеличенные до 1,2 см лимфоузлы в средостении. КТ картина диффузных интерстициальных изменений в легких. На ЭКГ ритм синусовый с ЧСС 65 в 1 мин. ЭОС не отклонена. Признаки расширения левых отделов сердца.

По СПГ ФЖЕЛ 83-83%, ОФВ1 79-85%, инд. Тиффно 76.8. Бронходилатационная проба отрицательная +6%. ДСЛ(DLco) – 61%.

Вопросы:

1. Выставить предположительный диагноз.
2. Какие морфологические изменения будут при патогистологическом исследовании препарата?
3. Назвать основные рентгенологические проявления обычной интерстициальной пневмонии на МСКТ ОГК.
4. Какое осложнение со стороны сердечно-сосудистой системы у больных с этим диагнозом? Какие методы исследования позволяют это диагностировать?
5. Основные группы препаратов для лечения этого заболевания?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №12

1. Идиопатический легочный фиброз по типу обычной интерстициальной пневмонии. ДН 0.
2. При патогистологическом исследовании препарата будет картина обычной интерстициальной пневмонии: определяются гетерогенные изменения в виде мозаичного фиброза и "сотовых" изменений с формированием рубцов. В очагах фиброза и стенках "сот" определяется пролиферация гладких мышц. "Сотовые" изменения в виде расширенных воздушных пространств, выстланные кубическим эпителием среди очагов

фиброза. Межалвеолярные перегородки утолщены за счет фибробластов и миофибробластов с минимальной воспалительной инфильтрацией, выраженной гиперплазии альвеоцитов II типа, наличие фибриновых тромбов в мелких сосудах.

3. Основные рентгенологическими признаками ОИП при ВРКТ являются диффузные двухсторонние ретикулярные изменения; в сочетании с мелкими субплевральными воздушными кистами (сотовое легкое) и/или тракционными бронхоэктазами; преобладание изменений в кортикальных и базальных отделах легких.

4. Развитие хронического легочного сердца. Уточнение при помощи ЭКГ. ЭХОКГ.

5. Основные препараты для лечения ИЛФ:

1) Ингибитор тирозинкиназ нинтеданиб Нинтеданиб, ранее известный как молекула BIBF 1120, является внутриклеточным ингибитором тирозинкиназ, воздействующих на рецепторы нескольких факторов роста, в том числе фактора роста сосудистого эндотелия (VEGFR-1, VEGFR-2 и VEGFR-3), фактора роста фибробластов (FGFR-1, FGFR-2 и FGFR-3) и фактора роста тромбоцитов (PDGFR- α и PDGFR- β), которые играют важную роль в патогенезе ИЛФ. Назначается в дозе 150 мг 2 раза в день.

2) Пирфенидон является пероральным антифибротическим препаратом с множественными эффектами (регуляция профибротических и провоспалительных каскадов цитокинов, уменьшение пролиферации фибробластов и синтеза коллагена). Принимается по схеме: Дни 1–7: одна капсула 3 раза в день (801 мг/сутки); Дни 8–14: две капсулы 3 раза в день (1 602 мг/сутки); День 15 и далее: три капсулы 3 раза в день (2 403 мг/сутки).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13

Больная П. 24 лет дома потеряла сознание, родственники вызвали скорую помощь. Анамнез заболевания: известно, что месяц назад появились сухость во рту, жажда (выпивала до 8,0 л/сут), полиурия,

слабость, похудела на 10 кг. К врачам не обращалась. Последние 3 дня стали беспокоить постепенно нарастающие тянущие боли в животе, разлитого характера, отсутствие аппетита, тошнота, накануне была 2-кратная рвота. Сегодня утром стала безучастной к происходящему вокруг, с затруднением отвечала на вопросы. Постепенно начала терять сознание, дыхание стало учащенным, глубоким, шумным.

Объективно: состояние тяжёлое. Положение пассивное (лёжа на кровати), сознание отсутствует. Питание пониженное, гипотрофия подкожно-жирового, мышечного слоя. Рост - 154 кг, вес - 33 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, холодные, сухие, тургор снижен, цианоз губ. Черты лица заострившиеся. Стрий, гирсутизма нет. В лёгких при перкуссии - ясный лёгочной звук. Дыхание глубокое, шумное, резкий запах ацетона в выдыхаемом воздухе, ЧД – 32 в минуту. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая - правый край грудины, верхняя- верхний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии, ЧСС - 110 ударов в минуту. Тоны ритмичные, приглушены, шумов нет, 110 в минуту. Пульс ритмичный, малого наполнения, 110 в минуту, АД - 90/50 мм рт. ст. Язык сухой, красный. Живот подвздут, в акте дыхания не участвует, напряжён при пальпации во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, печень +2 см из-под рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется, почки не пальпируются, синдром поколачивания - отрицательный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, эластичная, узловые образования не определяются. Лактореи нет.

Данные обследования. Общий анализ крови: эритроциты - $3,7 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 124 г/л, лейкоциты - $10,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 4%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 17%, моноциты - 8%. СОЭ - 24 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет - жёлтый, удельный вес - 1032, белок - 0,376 г/л, сахар - 10%, ацетон - 4++++, эпителий - 0-1 в поле зрения, лейкоциты - 3-5 в поле зрения, эритроциты - 3-5 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок - 67 г/л, креатинин - 135 мкмоль/л, мочевины - 12,7 ммоль/л, сахар - 35,6 ммоль/л, АСТ - 24 Ед/л, АЛТ - 28 Ед/л, Na⁺ - 131,3 ммоль/л, K⁺ - 3,2 ммоль/л, Fe²⁺ - 17,3 мкмоль/л. КЩС: pH - 7,23, BE - 8,3.

ЭКГ: ритм - синусовый, ЧСС - 110 в минуту, предсердные экстрасистолы (3). ЭОС - вправо. Метаболические изменения миокарда.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №13

1. Сахарный диабет 1 тип, впервые выявленный, кетоацидотическая кома.
2. Диагноз сахарного диабета подтверждается гипергликемией до 35,6 ммоль/л, глюкозурией. 1-ый тип сахарного диабета диагностируется на основании: молодой возраст, острое начало, выраженные проявления диабетического синдрома, кетоацидоз, явления дегидратации.
3. На догоспитальном этапе или в приемном отделении: 1. Анализ глюкозы крови. 2. Анализ мочи на ацетон.

В реанимационном отделении или отделении интенсивной терапии: 1. Экспресс-анализ глюкозы крови - 1 раз в час до снижения гликемии до 13—14 ммоль/л, затем 1 раз в 3 ч. 2. Анализ мочи на ацетон (при возможности - кетоновые тела в сыворотке) - 2 раза в сутки в первые 2 сут, затем 1 раз в сутки. 3. Общий анализ крови и мочи - исходно, затем 1 раз в 2—3 сут. 4. Натрий, калий в плазме - 1 раз в

- час. 5. Креатинин сыворотки — исходно, затем 1 раз в 3 сут. 6. Газоанализ и рН капиллярной крови — 1 — 2 раза в сутки до нормализации кислотно-щелеочного равновесия КЩР. 7. Почасовой контроль диуреза (постоянный мочевого катетер) до устранения дегидратации или до восстановления сознания и произвольного мочеиспускания.
4. Борьба с инсулиновой недостаточностью - инсулин короткого действия в виде постоянной внутривенной инфузии или ежечасного введения в/в или в/м 0,1ед/кг в час с контролем сахара крови каждые 1-2 часа; Регидратация: переливание физиологического раствора: 1-й час 1000 мл, 2-й и 3-й не менее 500мл, далее до 300мл/час под непрерывным контролем ЦВД; Восстановление содержания калия; Коррекция КЩС при рН менее 7,0; Восстановление запасов глюкозы при снижении гликемии менее 13 ммоль/л; Оксигенотерапия; Антибактериальная терапия.
 5. При кетоацидотической коме прогноз определяется своевременностью диагностики и лечения. Он наиболее благоприятен, если кома не превышает 6 ч. Без лечения при кетоацидотической коме наступает летальный исход. При сочетании диабетической комы с инфарктом миокарда, нарушением мозгового кровообращения прогноз плохой. К основным мероприятиям по профилактике диабетической комы относятся ранняя диагностика сахарного диабета, адекватная инсулинотерапия, постоянный врачебный контроль с исследованием сахара в крови и моче 1 раз в 10—14 дней, тщательная компенсация нарушенных обменных процессов (в первую очередь углеводного обмена), строгое соблюдение больными предписанной диеты. При интеркуррентной инфекции, травмах дозу инсулина увеличивают в зависимости от показателей гликемического профиля. Во избежание кетоацидоза из диеты исключают жиры. Необходима тщательная санация даже незначительного воспалительного очага.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14

Больная В. 45 лет поступила в стационар по направлению врача-терапевта участкового. Беспокоят головные боли, мелькание мушек перед глазами, постоянная жажда, учащенное мочеиспускание, боли в пояснице, резкая слабость, изменение внешности. Из анамнеза: за последние 5 лет после прекращения менструаций изменилась внешность: покраснело и округлилось лицо, похудели конечности, увеличился объём живота, стала сухой кожа, поредели волосы на голове, появились усы. Наблюдалась невропатологом в течение 3 лет в связи с болями в пояснице, которые трактовались как остеохондроз. В течение 2 лет наблюдалась терапевтом по поводу АГ (максимальное АД - 170/100 мм рт. ст.)

Объективно: рост 175, вес 110 кг, ИМТ 35,9 кг/м². Больная выглядит значительно старше своих лет, отмечается перераспределение подкожной жировой клетчатки, её избыточное отложение в области VII шейного позвонка, в надключичных областях, на груди и животе. Кожа сухая, «мраморная», истончена, множество геморрагий; на локтях, животе, в подмышечных впадинах - гиперпигментация. На бедрах - багрово-красные широкие стрии. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 17 в минуту. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС - 92 в минуту. АД 190/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счёт подкожной жировой клетчатки. Печень по краю реберной дуги, безболезненная. Лабораторное исследование. Общий анализ крови: эритроциты – $5,3 \times 10^9$ /л, гемоглобин - 135 г/л, лейкоциты – $10,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 76%, лимфоциты - 12%, моноциты - 2%, эозинофилы – 0%, СОЭ - 3 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза - 7,7 ммоль/л, К⁺ - 2,5 ммоль/л, Na – 170 ммоль/л, холестерин - 5,7 ммоль/л, Са - 3,6 ммоль/л, АЛТ - 34 МЕ, АСТ - 42 МЕ, общий белок - 57 г/л.

Общий анализ мочи: реакция - щелочная, удельный вес - 1025, сахар ++, белок - 0,25, лейкоциты ++.

ЭКГ: ритм - синусовый, ЧСС \square 84 в минуту. Электрическая ось горизонтальная. Гипертрофия ЛЖ. Дистрофические изменения миокарда ЛЖ.

При рентгенологическом обследовании черепа и позвоночника выявлены выраженный остеопороз спинки турецкого седла, остеопороз костей позвоночника.

При МРТ отмечается диффузное увеличение обоих надпочечников.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №14

1. Болезнь Иценко-Кушинга. Ожирение II степени. Стероидный сахарный диабет. Стероидный остеопороз. Артериальная гипертензия II степени.
2. Наличие гиперкортицизма можно обосновать присутствием синдромов: диспластического ожирения, артериальной гипертензии, стероидного сахарного диабета, остеопороза, присутствием характерных изменений на коже - кожа сухая, «мраморная», истончена, множество геморрагий; багрово-красные широкие стрии на коже бедер. Диагноз болезни Иценко-Кушинга подтверждается двухсторонней гиперплазией надпочечников, наличием гиперпигментации на локтях, животе, в подмышечных впадинах.
3. Лабораторное подтверждение синдрома гиперкортицизма: определение уровня кортизола крови и его ритма секреции (утро, вечер), исследование уровня АКТГ, суточной экскреции кортизола с мочой,

также необходимо проведение большой пробы с дексаметазоном.

Топическая диагностика - МРТ гипофиза.

4. Нормализации продукции АКТГ и кортизола добиваются, применяя облучение гипофиза (гамма-терапия, гамма-нож, протонотерапия), хирургическую аденомэктомию (трансназальным или трансфеноидальным способом) или блокаторы гипоталамо-гипофизарной системы. Некоторым больным удаляют один или оба надпочечника, назначают ингибиторы биосинтеза гормонов в коре надпочечных желез. Выбор метода зависит от степени выраженности и тяжести клинических проявлений заболевания. Показана симптоматическая терапия, лечение сахарного диабета – диета, ПССП, лечение остеопороза - препараты кальция в сочетании с витамином Д, бисфосфонаты, кальцитонин; лечение АГ – гипотензивная терапия.
5. Прогноз зависит от длительности, тяжести заболевания и возраста больного. При небольшой длительности заболевания, легкой форме и возрасте до 30 лет прогноз благоприятный. После успешного лечения наблюдается выздоровление.

В случаях среднетяжелых, с длительным течением после нормализации функции коры надпочечников часто остаются необратимые нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы, гипертензия, нарушение функции почек, сахарный диабет, остеопороз. Проведение двусторонней адреналэктомии (которая используется в последние годы реже, однако абсолютным показанием для ее выполнения является тяжелое течение заболевания и невозможность компенсировать состояние другими имеющимися способами) ведет к возникновению у пациента хронической недостаточности надпочечников, которая требует пожизненной заместительной терапии глюко- и минералокортикоидами. Больные нуждаются в динамическом наблюдении эндокринолога, им рекомендуется избегать тяжелой физической нагрузки, работы в ночную смену.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15

Пациент 38 лет, слесарь, обратился к участковому терапевту с жалобами на постоянную тяжесть в области правого подреберья, нарушение сна, утомляемость, увеличение живота в объеме. Из анамнеза - хронические заболевания отрицает, наследственность не отягощена, аллергии нет. Вредные привычки - курение в течение 15 лет, злоупотребление алкоголем более 17 лет. Анамнез заболевания - отмечает ухудшение состояния в течение полутора месяцев, когда отметил появление тяжести в области правого подреберья, около 10 дней отмечает нарушение сна, слабость, увеличение живота. Утром отметил появление мочи коричневого цвета. Два года назад проходил обследование по поводу желтухи, был выставлен диагноз: алкогольная болезнь печени, гепатит. Лечение после выписки не принимал. Около 4 месяцев назад отмечался длительный эпизод употребления алкоголя (в течение 3 недель), со слов - 2 литра пива 1 раз в неделю. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы сухие. Рост 180 см, масса тела 86 кг. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. На коже груди - сосудистые звездочки, единичные геморрагии. Грудная клетка нормостеническая, ясный легочный звук при перкуссии, жесткое дыхание при аускультации, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС - 82 в минуту, артериальное давление 130/86 мм.рт.ст. Язык влажный, серый налет. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье, увеличен за счет асцита. Печень выступает на 4 см из-под края реберной дуги. Размеры печени по Курлову 12-11-10 см. Стул оформленный без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча с коричневым оттенком. Симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон.

Лабораторно: В развернутом анализе крови без особенностей. Биохимический анализ крови - АЛТ 70 МЕ/л, АСТ 130 МЕ/л, ГГТ 180 МЕ/л,

щелочная фосфатаза 142 МЕ/л, билирубин общий 40 ммоль/л, билирубин прямой 28 ммоль/л, билирубин непрямой 12 ммоль/л, общий белок 60 г/л, альбумины 32 г/л, глобулины 26 г/л, липидный профиль без особенностей, ПВ 62%. HBsAG, anti-HCV - отриц.

По УЗИ органов брюшной полости - печень увеличена в размерах, поверхность неровная, край острый, эхо-структура неоднородная, сосудистый рисунок нечеткий. Воротная вена 16 мм, селезеночная вена 10 мм. По эластометрии печени - F4 по METAVIR.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте класс по Чайлд -Пью
3. Какие синдромы можно выделить на основании полученных данных?
4. Составьте план дальнейшего обследования пациента.
5. Целесообразно назначение биопсии печени?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №15

1. Цирроз печени, этаноловой этиологии, класс С по Чайлд-Пью.
2. Билирубин – 2 балла, альбумины - 2 балла, асцит – 2 балла, энцефалопатия – 2 балла (инверсия сна), ПВ 1 балл.
3. Портальной гипертензии (расширение воротной и селезеночной вен, асцит), цитолиз (повышение АЛТ, АСТ, ГГТ), холестаз (ЩФ, ГГТ, билирубин), печеночно-клеточной недостаточности (гипоальбуминемия, энцефалопатия)
4. Коагулограмма, железо сыворотки, трансферрин, церулоплазмин, ФГС (вены пищевода).
5. Диагноз не вызывает сомнений – стадия фиброза 4 на эластографии, наличие портальной гипертензии, печеночно-клеточной недостаточности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16

Пациент 45 лет, по профессии программист, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распирания в эпигастральной области после приёма пищи, изжогу, отрыжку кислым, тошноту. Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трёх лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию). При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ - 32,0 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. ЭФГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют чёткие границы, гиперемированы, отёчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие *H. pylori* – положительный.

Вопросы:

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

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

5. Необходимо ли взять пациента на диспансерный учёт? Что нужно назначить пациенту в качестве профилактической терапии «по требованию» при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №16

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с *Helicobacter pylori*, одиночная малая (0,5 см) язва задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки впервые выявленная, рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), I стадия. Хронический фарингит стадия ремиссии. Ожирение 1 ст.

2. У пациента имеются голодные боли, ночные боли, изжога, которые характерны для язвенной болезни 12-перстной кишки. Диагноз подтверждают данные ЭФГДС: луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют четкие границы, гиперемизированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Ассоциация язвенной болезни с *Helicobacter pylori* определена по положительному уреазному тесту. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), I стадия выставлена на основании жалоб на изжогу, отрыжку кислым; наличия факторов риска: хронического фарингита у пациента (данные анамнеза), при обследовании выявлено ожирение I степени; данных ЭФГДС – пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода (изменения соответствуют I стадии ГЭРБ). Ожирение 1 ст. выставлено на основании показателя индекса массы тела - 32,0 кг/м², который соответствует 1 ст. ожирения.

3. Пациенту с целью исключения осложнений рекомендовано следующее обследование: полный гематологический анализ крови, трансаминазы (АЛТ, АСТ), сахар крови, креатинин крови. Проведение ЭКГ для дифференциального диагноза с ИБС; УЗИ брюшной полости для исключения сопутствующей патологии; для уточнения степени воспаления и выявления метаплазии – цитологическое и гистологическое исследование биоптата краёв язвы и слизистой в месте поражения пищевода, суточная внутрипищеводная рН-метрия для уточнения характера рефлюктата. Консультация врача-хирурга - по показаниям (при наличии осложнения язвенной болезни), врача-онколога – при подозрении на злокачественный характер изъязвления. Консультация врача-оториноларинголога для уточнения стадии хронического фарингита.

4. Трёхкомпонентная схема эрадикации *Helicobacter pylori*: ИПП в стандартной дозе (Омепразол – 20 мг, Лансопразол – 30 мг, Рабепразол – 20 мг или Эзомепразол – 20 мг); Кларитромицин - 500 мг; Амоксициллин - 1000 мг или Метронидазол (МТР) - 500 мг. Все препараты назначить 2 раза в день, длительностью не менее 10-14 дней. При неэффективности данной терапии назначается квадротерапия. Учитывая наличие ГЭРБ необходимо назначить прокинетики, которые стимулируют опорожнение желудка: Итоприда гидрохлорид. Итоприда гидрохлорид усиливает пропульсивную моторику ЖКТ за счёт антагонизма с допаминовыми D2- рецепторами и дозозависимого ингибирования активности ацетилхолинэстеразы. Активирует высвобождение ацетилхолина и подавляет его разрушение. Оказывает специфическое действие на верхний отдел ЖКТ, ускоряет транзит по желудку и улучшает его опорожнение. Назначается по 50 мг 3 раза до еды. Через 14 дней продолжить прием ИПП в стандартной дозе ещё 2-5 недель для эффективного заживления язвы под контролем ФГДС.

5. Все пациенты с язвенной болезнью и ГЭРБ должны состоять на диспансерном учёте. Рекомендуются немедикаментозная терапия с учётом сочетания язвенной болезни с ГЭРБ: 1) избегать обильного приёма пищи; 2)

после приёма пищи избегать наклонов вперёд и горизонтального положения; последний приём пищи не позднее, чем за 3 часа до сна; 3) ограничить приём продуктов, снижающих давление нижнего пищеводного сфинктера и оказывающих раздражающее действие на слизистую оболочку пищевода: богатых жирами (цельного молока, сливок, тортов, пирожных), жирной рыбы и мяса, алкоголя, кофе, крепкого чая, шоколада, цитрусовых, томатов, лука, чеснока, жаренных блюд; отказаться от газированных напитков; 4) спать с приподнятым головным концом кровати; 5) исключить нагрузки, повышающие внутрибрюшное давление – не носить тесную одежду и тугие пояса, корсеты, не поднимать тяжести более 8-10 кг на обе руки, избегать физических нагрузок, связанных с перенапряжением брюшного пресса; 6) отказаться от курения; нормализовать и поддерживать массу тела в норме. Профилактическую терапию «по требованию» назначают при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни. Показано назначение Омепразола в полной суточной дозе (40 мг) в течение 2-3 дней, а затем в половинной дозе (20 мг) в течение двух недель.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №17

Больной Н. 30 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, сухость во рту, полиурию, ухудшение зрения, онемения, парестезии в нижних конечностях, частые гипогликемические состояния (ночью и днём). Болен сахарным диабетом с 15 лет. Диабет манифестировал кетоацидозом. Получает Хумулин НПХ - 20 ЕД утром, 18 ЕД вечером и Хумулин регулятор - 18 ЕД/сутки. Ведёт активный образ жизни, обучен методике самоконтроля. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Телосложение, оволосение по мужскому типу. ИМТ – 19 кг/м². Кожные покровы сухие, чистые. В углах рта заеды. Периферических отёков нет. Щитовидная железа не увеличена, в лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, пульс - 82 удара в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Кожа

голеней и стоп сухая, на стопах участки гиперкератоза, пульсация на артериях тыла стопы удовлетворительная. Результаты обследования: глюкоза крови натощак - 10,4 ммоль/л, через 2 часа после еды - 14,5 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес – 1014, белок - следы; лейкоциты - 1-2 в поле зрения. Врач-офтальмолог: глазное дно – единичные микроаневризмы, твердые экссудаты, отёкмакулярной области. Врач-подиатр: снижение вибрационной, тактильной чувствительности.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите и обоснуйте целевой уровень гликозилированного гемоглобина у данного больного.
5. Проведите и обоснуйте коррекцию сахароснижающей терапии.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №17

1. Сахарный диабет 1 типа, декомпенсированный. Целевой уровень гликозилированного гемоглобина меньше 6,5%. Осложнения: диабетическая препролиферативная ретинопатия ОИ. Диабетическая полинейропатия сенсорная форма. 2. У больного сахарный диабет 1 типа (диабет манифестировал кетоацидозом в 15 лет, получает инсулинотерапию). Учитывая длительность заболевания (более 15 лет), жалобы на ухудшение зрения, боли, онемения и парестезии в нижних конечностях, данные осмотра врача-офтальмолога, врача-педиатра участкового у больного сформировались поздние осложнения сахарного диабета – препролиферативная ретинопатия, дистальная полинейропатия сенсорная форма. 3. Гликемический профиль с целью оценки компенсации сахарного диабета и коррекции, проводимой сахароснижающей терапии. Определение гликозилированного гемоглобина (оценка компенсации сахарного диабета,

решение вопроса об интенсификации проводимой терапии). Определение мочевины, креатинина, сывороточной кислой фосфатазы (для исключения диабетической нефропатии). Определение альбумина в суточной моче (для исключения диабетической нефропатии). Электрокардиограмма. Определение триглицеридов, холестерина, ЛПНП, ЛПВП. Электромиография для подтверждения полинейропатии. 4. Учитывая возраст больного 30 лет, ожидаемую продолжительность жизни, отсутствие тяжёлых сосудистых осложнений сахарного диабета, целевой уровень гликозилированного гемоглобина в данном случае - менее 6,5%. Контроль уровня гликозилированного гемоглобина 1 раз в 3 месяца. 5. Учитывая молодой возраст больного 30 лет, активный образ жизни больного, наличие гипогликемических состояний на инсулинотерапии «Хумулином», целесообразно перевести больного на аналоги инсулина человека длительного действия - инсулин Гларгин «Лантус» - 1 раз в сутки + инсулин ультракороткого действия Лизпро «Кумалог» перед едой.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18

Больная Р. 35 лет обратилась в поликлинику с жалобами на ноющие боли внизу живота, больше в левых отделах, жидкий стул до 5-7 раз в сутки. В стуле часто примесь слизи и крови. Беспокоит выраженная слабость, снижение трудоспособности, снижение аппетита, повышение температуры тела до 37,5°C, боли в суставах рук, снижение массы тела за последние недели на 5 кг. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Узловатая эритема на медиальной поверхности левого предплечья - 1,5×2 см. Суставы не изменены, функция сохранена. Со стороны лёгких - без особенностей. Пульс - 96 в минуту, ритмичный, АД - 100/70 мм рт. ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца звучные. Язык обложен у корня грязным налётом, суховат. Живот вздут, при пальпации чувствительный в левом нижнем квадранте. Урчание при пальпации в

области сигмовидной кишки. Печень, селезёнка не увеличены. Анализ крови: эритроциты - $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 85 г/л, лейкоциты - $10,0 \times 10^9 /л$, СОЭ - 25 мм/час. Анализ мочи - без патологии. Рентгенологическое исследование: в левых отделах толстого кишечника (до селезёночного изгиба) отмечается потеря гаустрации, уменьшение просвета и ригидность кишки, неравномерность рисунка слизистой оболочки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Определите тактику лечения больной.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №18

1. Язвенный колит, левосторонний тип. Средней степени тяжести. Узловатая эритема. Анемия смешанного генеза. 2. В пользу неспецифического язвенного колита (ЯК) свидетельствует частый жидкий стул с патологическими примесями, боли при дефекации, сопровождающиеся анемическим синдромом (снижение эритроцитов, гемоглобина в крови, слабость) и интоксикационно-воспалительным синдромом (лейкоцитоз, повышение СОЭ, повышение температуры тела). При ЯК также встречается узловатая эритема. Рентгенологическая картина характерна для ЯК. Методический центр аккредитации специалистов_Лечебное дело_2018 38 3. Копрограмма; анализ крови на электролиты, СРБ, ДФА, общий белок, белковые фракции, холестерин, глюкозу, билирубин, трансаминазы; ФГДС колоноскопия с биопсией из патологического участка; флюорография или рентгенография лёгких; УЗИ органов брюшной полости. 4. Инфекционные колиты; болезнь Крона; опухоли кишечника; туберкулёз кишечника; поражение кишечника при

системных заболеваниях (васкулиты, склеродермия); ишемический колит. 5. Диета. Месалазин (3,0), при неэффективности - глюкокортикоиды (40 мг). Ректально Гидрокортизон. Лечение диареи (обволакивающие, спазмолитики, вяжущие). Лечение обменных нарушений. Лечение дисбактериоза. Полиферментные препараты. Лечение анемии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №19

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

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите объём дообследования, необходимый для уточнения диагноза.
4. С какими заболеваниями требуется провести дифференциальную диагностику данного состояния?
5. При прогрессировании заболевания уменьшились кашель и боль в грудной клетке, появилась выраженная одышка, при клиническом осмотре появились притупление перкуторного тона, ослабление везикулярного дыхания и голосового дрожания в нижних отделах правого лёгкого. Какое инструментальное исследование следует выполнить повторно и с какой целью?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №19

1. Правосторонний сухой плеврит.
2. Симптоматика сухого плеврита характеризуется болями в грудной клетке, усиливающимися при дыхании, сухим кашлем, субфебрилитетом, недомоганием. Диагностическими критериями сухого плеврита служат клинические и аускультативные данные (шум трения плевры), рентгенологические признаки, данные УЗИ плевральной полости.
3. Рентгенография органов грудной клетки, компьютерная томография грудной клетки. Диаскин-тест. Общий анализ крови. ЭКГ. Консультации врача-фтизиатра, врача-ревматолога, врача-кардиолога, врача-гастроэнтеролога.
4. Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда. Рефлюкс-эзофагит. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Острый перикардит. Межрёберная невралгия. Острый холецистит.
5. Рентгенография или КТ органов грудной клетки. Для подтверждения появления правостороннего экссудативного плеврита.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №20

Женщина 45 лет, продавец, обратилась в поликлинику с жалобами на приступы удушья и одышку после физической нагрузки и спонтанные ночью, на дискомфорт в груди. Впервые заболела после тяжёлой пневмонии 11 лет назад. Затем приступы повторялись после физической нагрузки и во время простудных заболеваний. Приступы удушья снимала ингаляцией Сальбутамола (3-4 раза в сутки). В анамнезе: внебольничная 2-сторонняя бронхопневмония, острый аппендицит. Наличие аллергических заболеваний у себя и родственников отрицает. Гемотрансфузий не было. Вредных привычек нет. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа и слизистые чистые, физиологической окраски. Язык влажный. Лимфоузлы не увеличены. В лёгких: перкуторно – коробочный звук, аускультативно – дыхание жёсткое, сухие хрипы по всем лёгочным полям,

свистящие при форсированном выдохе. Частота дыхательных движений – 18 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД - 140/90 мм рт. ст. Пульс – 69 ударов в минуту, хорошего наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Физиологические отправления не нарушены. Анализ крови: гемоглобин – 12,6 г/л, эритроциты – $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $9,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, эозинофилы – 5%, моноциты – 6%, лимфоциты – 13%; СОЭ - 19 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий билирубин - 5,3 мкм/л; общий белок - 82 г/л, мочевины - 4,7 ммоль/л. Анализ мочи: удельный вес - 1028, белок - отриц., эпителий - 1-3 в поле зрения. Анализ мокроты: слизистая, без запаха. При микроскопии: лейкоциты - 5-6 в поле зрения, эозинофилы - 10-12 в поле зрения, клетки эпителия бронхов, ед. альвеолярные макрофаги. ВК - отриц. (3-кратно). Рентгенография грудной клетки: повышена прозрачность лёгочных полей, уплощение и низкое стояние диафрагмы. Лёгочный рисунок усилен. Корни лёгких увеличены, тень усилена. Тень сердца увеличена в поперечнике.

Вопросы:

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения (назовите необходимые группы лекарственных препаратов).

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №20

1. Бронхиальная астма, среднетяжёлое недостаточно контролируемое течение. ДН0.
2. Диагноз поставлен на основании жалоб больной на приступы удушья и одышку после физической нагрузки и спонтанные ночью, на дискомфорт в

груди; анамнеза жизни (приступы повторяются после физической нагрузки и во время простудных заболеваний; приступы удушья снимала ингаляцией Сальбутамола (3-4 раза в сутки)); данных объективного исследования (в лёгких перкуторно-коробочный звук, аускультативно – дыхание жёсткое, сухие хрипы по всем лёгочным полям, свистящие при форсированном выдохе); данных лабораторных методов (в мокроте: эозинофилы - 10-12 в поле зрения, лейкоциты - 5-6 в поле зрения); данных инструментальных методов исследования (повышена прозрачность лёгочных полей, усиленный лёгочный рисунок, увеличены корни лёгких).

3. Исследование функции внешнего дыхания: спирометрия (определение объёма форсированного выдоха за 1 секунду - ОФВ1 и форсированной жизненной ёмкости лёгких - ФЖЕЛ). Тест с бронхолитиком (тест на обратимость бронхообструкции). Аллергологическое обследование (кожные пробы, определение специфических IgE в сыворотке крови, ингаляционные провокационные тесты с аллергенами). Рентгенография грудной клетки (для исключения альтернативного диагноза).

4. Для хронической обструктивной болезни лёгких характерно длительное предшествующее курение или наличие других факторов риска, медленное нарастание респираторных симптомов, постоянное или интермиттирующее покашливание днём, прогрессирующая одышка, наличие необратимой бронхиальной обструкции, редко присутствует эозинофилия мокроты. Начинается в среднем возрасте.

5. Диета: стол №15. Ингаляционные глюкокортикостероиды в низких дозах в сочетании с длительно действующими бета2-агонистами. Альтернатива: ингаляционные глюкокортикостероиды в средних или высоких дозах или ингаляционные глюкокортикостероиды в низких дозах в сочетании с антилейкотриеновыми рецепторами. Ингаляционные β -2 –агонисты быстрого действия при потребности или комбинация ингаляционных глюкокортикостероидов в низких дозах в сочетании с Формотеролом.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №21

Женщина 24 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, повышение температуры тела до 39,2 °С, тянущие боли в поясничной области, частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах. Из анамнеза известно, что считает себя больной с 14 лет, когда впервые отметила появление вышеуказанных жалоб, был диагностирован острый пиелонефрит, проведено лечение. В последующие 2 года неоднократные госпитализации с аналогичными жалобами, выставлен диагноз хронического пиелонефрита. В 16 лет больной было предложено санаторно-курортное лечение, которое дало положительные результаты. Ухудшение состояния около 2 недель назад, когда после переохлаждения появились озноб, повышение температуры тела до 39 °С, сильные приступообразные боли в поясничной области, которые иррадиировали вниз живота, сопровождающиеся частым болезненным мочеиспусканием. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост - 175 см. Вес - 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отеков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа. Частое болезненное мочеиспускание. В анализах: лейкоциты - $8,9 \times 10^9$ /л, СОЭ - 36 мм/час, мочевины - 4,3 ммоль/л, креатинин - 72,6 мкмоль/л, общий белок - 46 г/л. СКФ - 92 мл/мин/1,73м². Общий анализ мочи: удельный вес – 1009, белок – 0,5, лейкоциты – вне поле зрения, слизь, клетки плоского эпителия. Обзорная и экскреторная урография – почки расположены обычно, теней конкрементов не выявлено. Имеется грибовидная деформация чашечек, шейки вытянуты, лоханка атонична. Контуры почек неровные, снижено накопление контраста справа. Уродинамика не нарушена.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

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

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №21

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

2. Диагноз «пиелонефрит» установлен на основании жалоб (на слабость, повышение температуры тела до 39,2°C, тянущие боли в поясничной области, частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах); данные анамнеза (острый пиелонефрит, который перешёл в хроническую форму, его неоднократное обострение); данные осмотра (положительный симптом поколачивания справа); данных анализов крови и мочи (увеличение СОЭ в общем анализе крови и лейкоцитурия); данных экскреторной урографии (деформация чашечно-лоханочной структуры и снижение накопления контраста справа). Первичный пиелонефрит установлен на основании отсутствия данных за какие-либо патологические состояния мочевыводящих путей и почек, которые приводят к развитию вторичного пиелонефрита (МКБ, стриктура мочеточника, беременность). Хронический пиелонефрит и рецидивирующее течение установлены на основании данных анамнеза (неоднократные рецидивы острого пиелонефрита с исходом в хронический пиелонефрит). На фазу обострения хронического пиелонефрита указывает повышение температуры тела, лейкоцитоз в крови, повышение СРБ, большое количество лейкоцитов в моче. ХПБ 1 стадии установлена на основании уровня СКФ 92 мл/мин/1,73 м², что соответствует 1 стадии ХБП.

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

4. С хроническим гломерулонефритом (характерно повышение АД, наличие в моче белка в небольшом количестве, гиалиновых цилиндров, азотемии, снижение функции почек, не характерна лейкоцитурия, бактерии в моче, лихорадка, лейкоцитоз). С острым пиелонефритом (клиническая картина и данные анализов идентичны, однако нет длительного анамнеза, заболевание протекает впервые, так же при хроническом пиелонефрите в отличие от острого возможно снижение концентрационной способности почек, повышение креатинина и азотистых шлаков). С мочевиной инфекцией (характерно дизурические расстройства, лейкоцитурия, бактериурия, без признаков поражения почек (симптом покалывания, изменения размеров и функции почек по данным УЗИ и экскреторной урографии).

5. Антибактериальная терапия - продолжительность терапии составляет от 5 дней до 2 недель. Начинать лечение предпочтительнее с парентерального введения антибактериальных средств, переходя потом на приём внутрь. Из современных препаратов применяются фторхинолоны (Таваник (Левифлоксацин) 250-500 мг 1 раз в сутки) или β-лактамы. Используют также III и IV поколение цефалоспоринов, полусинтетические или уреидопенициллины, монобактамы, пены и ингибиторы β-лактамазы: Цефтриаксон (2 г 1 раз в сутки внутримышечно), Цефазолин (1 г 3 раза в сутки), Амоксициллин (0,5-1 г 3 раза в сутки внутримышечно, 0,25 или 0,5 г 3 раза в сутки внутрь), Ипипенем/Циластин (0,5 г/0,5 г 3 раза в сутки внутримышечно), Амоксициллин/Клавулановая кислота (Амоксиклав, Аугментин; 1 г 3 раза в сутки внутривенно, 0,25-0,5 г 3 раза в сутки внутрь), Ампициллин/Сульбактам (Сультасин). Амикацин следует назначать при лечении больных с резистентными штаммами. В начале лечения аминогликозидами рекомендуют высокие дозы (2,5-3 мг/кг в сутки), которые

потом могут быть снижены до поддерживающих (1-1,5 мг/кг в сутки). Кратность введения может колебаться от 3 до 1 раза в сутки (в последнем случае рекомендуют введение препаратов в дозе 5 мг/кг, которая считается более эффективной и менее токсичной). Дезинтоксикационная терапия (NaCl 0,9% в/в капельно, раствор глюкозы 5% в/в капельно). Средства, улучшающие почечный кровоток (Трентал). Спазмолитики (Но-шпа, Баралгин). Антикоагулянты (Гепарин). Диета - ограничить острые, пряные, жареные, копчёные продукты, приправы. Ограничение поваренной соли, ч

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №22

Мужчина 43 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на периодически появляющуюся головную боль в затылочной области. Боли беспокоят около месяца на фоне напряженного рабочего графика (ночные дежурства), курит примерно 20 лет до 15 сигарет в день. Головные боли участились в течение последней недели, при измерении АД 150–160/90 мм рт. ст. Родители страдают гипертонической болезнью, отец в 45 лет перенёс инсульт. Объективно: состояние удовлетворительное. Масса тела повышена по абдоминальному типу, рост - 172 см, вес - 86 кг. Объём талии - 105 см, объёмбёдер - 92 см. Отеков нет. Аускультативно: дыхание над лёгкими везикулярное, хрипов нет. ЧД – 18 в мин. Тоны сердца ясные ритмичные, перкуторно границы относительной тупости сердца в пределах нормы. АД – 150/90 мм рт. ст., ЧСС – 92 удара в минуту. Живот мягкий безболезненный, печень по краю рёберной дуги. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный, дизурических явлений нет. Стул в норме. Клинический анализ крови: гемоглобин – 145 г/л; эритроциты – $4,9 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты - $7,0 \times 10^9$ /л; СОЭ – 15 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1018, белок – нет, в мочевом осадке лейкоциты – 2-4 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 5,3 ммоль/л, мочева кислота – 500 мкмоль/л, креатинин – 78 мкмоль/л, глюкоза натощак – 5,8

ммоль/л. Микроальбуминурия: 25 мг/сут. ЭКГ: ритм синусовый, признаки гипертрофии миокарда ЛЖ, очаговых изменений нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие группы антигипертензивных препаратов Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 6 месяцев регулярной антигипертензивной терапии (комбинация Амлодипина в дозе 5 мг/сутки и ингибитора АПФ Эналаприла 20 мг/сутки) + соблюдение диеты – АД в пределах 120–130/70–80 мм рт. ст., мочевиная кислота – 300 мкмоль/л, креатинин – 78 мкмоль/л; альбуминурия – 0 мг/сутки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №22

1. Артериальная гипертензия II стадии, II степени, риск ССО 3. Избыточная масса тела (ИМТ 29). Гиперлипидемия, гиперурекимия (метаболический синдром). Хроническая болезнь почек I стадии, альбуминурия 1А стадия.

2. Диагноз «артериальная гипертензия» (АГ) установлен на основании жалоб больного на повышение АД, данных анамнеза (пациент отмечает головные боли в затылочной области в течение месяца); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (почек - МАУ, сердца - ГЛЖ). Степень риска ССО поставлена на основании наличия метаболического синдрома, ХБП. Диагноз «хроническая болезнь почек» (ХБП) определен по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) и снижении СКФ. Диагноз «метаболический синдром» установлен на

основании наличия избыточной массы тела, АГ, дислипидемии (повышения уровня ТГ и снижения уровня ЛПВП), гипергликемии натощак, гиперурикозурия.

3. Пациенту рекомендовано: проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗ-исследование почек для оценки поражения органа- мишени почек.

4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II и антагонисты кальция. Выбор препарата из этих групп основан на нефропротективных свойствах ингибиторов АПФ и антагонистов рецепторов к ангиотензину II, нейтральных метаболических эффектах этих групп препаратов; предпочтительно назначить Лозартан - обладает урикозурическим эффектом.

5. Продолжать антигипертензивную терапию без изменений, продолжить динамическое наблюдение. Контроль функции почек через 6 месяцев. Терапия остается без изменений при сохранении СКФ на тех же значениях, сохранении целевых цифр АД через 6 месяцев.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №23

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

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

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз на основании клинической картины и результатов исследования тиреоидного статуса.
2. Какие дополнительные исследования необходимо назначить для дифференциальной диагностики синдрома тиреотоксикоза?
3. Какие тактические ошибки и необоснованные назначения были сделаны на этапе предварительного обследования?
4. Какие терапевтические стратегии могут быть реализованы у данного пациента с учётом поставленного диагноза?
5. Обоснуйте выбор наиболее эффективного и безопасного метода лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №23

1. Диффузный токсический зоб I степени (болезнь Грейвса). Манифестный тиреотоксикоз.
2. Пациенту рекомендовано исследование содержания антител к рецептору ТТГ и ТПО.
3. На этапе предварительного обследования клинически и по данным исследования тиреоидного статуса было установлено наличие синдрома тиреотоксикоза, однако с целью проведения дифференциального диагноза необходимо было исследование уровня антител к рецептору ТТГ для подтверждения (или исключения) болезни Грейвса. Поскольку такое исследование не было проведено, поставлен неверный диагноз:

Аутоиммунный тиреоидит. Назначенное впоследствии лечение тиреостатическим препаратом «тиамазол» не соответствует поставленному диагнозу.

4. У пациентов с диффузным токсическим зобом, которым впервые поставлен этот диагноз, возможно назначение следующих вариантов терапии: консервативное лечение тиреостатиками, оперативное лечение, радиоiodтерапия.

5. Наиболее эффективным, безопасным и экономически оправданным методом лечения болезни Грейвса в настоящее время является радиоiodтерапия. Избирательное поступление йода в тиреоциты, относительная техническая простота процедуры РЙТ, меньшее количество осложнений по сравнению с хирургическими методами лечения, а также меньшая стоимость РЙТ по сравнению с другими видами лечения определяют основные преимущества РЙТ для использования в клинической практике.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24

Женщина 52 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на постоянную сухость во рту, жажду, частое мочеиспускание, общую слабость, кожный зуд. Считает себя больной в течение полугода, когда появилась сухость во рту, жажда. Неделю назад появился кожный зуд, что и заставило обратиться к врачу. Работает поваром в детском учреждении. В анамнезе - 5 лет хронический панкреатит. Мама страдала сахарным диабетом. При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ - 36 кг/м². Окружность талии – 106 см, окружность бедер – 109 см. Кожные покровы чистые, на руках следы расчёсов. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные. ЧСС - 70 ударов в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет В анализах: глюкоза крови

натощак - 5,8 ммоль/л, общий холестерин - 6,1 ммоль/л, ТГ - 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 1,0 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. В результате проведенного исследования было выявлено, что у пациентки глюкоза крови натощак - 6,1 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы - 11,1 ммол/л; HbA1c - 7,1%. Назначьте лечение. Обоснуйте свой выбор.
4. Дайте больной рекомендации по питанию.
5. Через 6 месяцев больная вновь пришла на приём к врачу. В результате проведенной терапии вес пациентки снизился на 6 кг. HbA1c снизился на 0,5% и была достигнута индивидуальная цель. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №24

1. Сахарный диабет тип 2, целевое значение HbA1c < 7,0%. Ожирение 2 степени. Гиперлипидемия (метаболический синдром).
2. Повторное определение гликемии в последующие дни, пероральный глюкозотолерантный тест, определение HbA1c.
3. У больной имеется ожирение 2 степени и исходный уровень HbA1c = 7,1%. Рекомендовано изменение образа жизни: диета, физическая активность. Монотерапия: метформином, иДПП-4 или аГПП-1.
4. Рекомендуется ограничение калорийности рациона с целью умеренного снижения массы тела. Это так же обеспечит положительный эффект в отношении гликемического контроля, липидов. Необходимо максимальное ограничение жиров (прежде всего животного происхождения) и сахаров; рекомендовано умеренное потребление сложных углеводов (крахмал) и белков. Рекомендовать употребление углеводов в составе овощей, цельнозерновых, молочных продуктов. Важно включить в рацион

продукты богатые моно– и полиненасыщенными жирными кислотами (рыба, растительное масло).

5. Оставить проводимую терапию без изменений, так как отмечается снижение массы тела и достигнут целевой уровень HbA1c. Продолжить динамическое наблюдение. Контроль HbA1c 1 раз в 3 месяца. Самоконтроль гликемии глюкометром.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №25

Мужчина 60 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в эпигастрии через 20 минут после еды, рвоту, приносящую облегчение, похудел за месяц на 7 кг. Боли в эпигастрии беспокоят около 2 месяцев. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. В лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю рёберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезёнка не пальпируется. Проведена фиброгастродуоденоскопия: в средней трети желудка язвенный дефект 3 см в диаметре, взята биопсия.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дифференциального диагноза.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациенту?

Обоснуйте свой выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №25

1. Язвенная болезнь впервые выявленная, обострение: язва тела желудка 3 см в диаметре.

2. Диагноз установлен на основании жалоб больного, данных осмотра и ФГДС.
3. Язвенная болезнь, рак желудка.
4. ФГДС с биопсией 6-8 фрагментов (исключить рак желудка, *H. pylori*). Рентгеноскопия ЖКТ с барием (исключить осложнения язвенной болезни).
5. Ингибиторы протонной помпы – базисная группа препаратов для лечения кислотозависимых заболеваний (Омепразол, Лансопразол, Эзомепразол, Пантопразол, Рабепразол), антациды (Маалокс, Алмагель, Фосфалюгель и т. п.) – симптоматическая терапия, прокинетики (Этаприд) влияет на тонус нижнего пищеводного сфинктера, улучшают антродуоденальную координацию. При выявлении *H. Pylori* – радикационная терапия (Амоксициллин + Кларитромицин). При подтверждении рака желудка – консультация врача-онколога

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №26

Женщина 53 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на изжогу, боли за грудиной, появляющиеся после еды и физической нагрузки. Отмечает также усиление болей при наклонах и в горизонтальном положении. Из анамнеза известно, что изжога беспокоит около 20 лет. Не обследовалась. Последние 2 месяца появились данные боли за грудиной. При осмотре: состояние удовлетворительное. Индекс массы тела (ИМТ) - 39 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, чистые. В лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезёнка не пальпируется. Данные фиброгастродуоденоскопии: в нижней трети пищевода выявлены эрозии, занимающие около 40% окружности пищевода.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Дайте немедикаментозные рекомендации больному.
5. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №26

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Эзофагит II степени. Ожирение II степени.

2. Диагноз «гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ)» установлен на основании жалоб больной на изжогу, боли за грудиной, данных анамнеза (изжога более 20 лет), степень эзофагита установлена на основании эндоскопической картины, степень ожирения - на основании данных ИМТ.

3. Пациенту рекомендовано: проведение рентгеноскопии пищевода и желудка для исключения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы; проведение суточной внутрипищеводной рН-метрии для определения критериев патологического рефлюкса; ЭКГ; проведение проб с физической нагрузкой (исключить ИБС).

4. Частое дробное питание 5-6 раз в день, ужин за 3 часа до сна, соблюдение диеты с исключением жирной пищи, шоколада, кофе, цитрусовых, лука, чеснока, приподнять головной конец кровати на 10-15 см, не носить тугих поясов, корсетов, нормализовать вес.

5. Ингибиторы протонной помпы – базисная группа препаратов для лечения кислотозависимых заболеваний (Омепразол, Лансопризол, Эзомепразол, Пантопризол, Рабепразол), антациды (Маалокс, Алмагель, Фосфалюгель и т. п.) – симптоматическая терапия, прокинетики (Этаприд) влияет на тонус нижнего пищеводного сфинктера, улучшают антродуоденальную координацию.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №27

К врачу-терапевту участковому обратился больной 52 лет с жалобами на систематический кашель с отделением скудного количества слизистой мокроты, преимущественно в утренние часы, одышку с затруднением выдоха, возникающую при обычной физической нагрузке, снижение массы тела. Курит с 20 лет (30 сигарет в день), работает наборщиком в типографии. В течение предшествующих 5 лет беспокоит хронический кашель, в последние 2 года присоединились прогрессирующая одышка при ходьбе, которая значительно ограничивает физическую работоспособность и снижение массы тела. Два месяца назад перенёс простудное заболевание, на фоне которого отметил значительное усиление кашля и одышки, амбулаторно принимал Азитромицин. Самочувствие улучшилось, но сохраняется выраженная одышка, в связи с чем обратился в поликлинику. В течение последнего года подобных эпизодов простудных заболеваний с усилением кашля и одышки, кроме указанного, не отмечалось. Перенесённые заболевания: правосторонняя пневмония в 40-летнем возрасте, аппендэктомия в детском возрасте. Аллергоanamнез не отягощён. Общее состояние удовлетворительное. Пониженного питания, рост - 178 см, вес - 56 кг. Кожные покровы обычной окраски, отёков нет. Грудная клетка бочкообразной формы, при перкуссии лёгких – коробочный звук, при аускультации – диффузно ослабленное везикулярное дыхание, частота дыханий – 18 в минуту, SpO₂ - 96%. Тоны сердца ритмичные, пульс - 88 в минуту, акцент II тона над лёгочной артерией. АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 4 см.

Вопросы:

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

5. Составьте план диспансерного наблюдения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №27

1. Хроническая обструктивная болезнь лёгких, преимущественно эмфизематозный фенотип, низкий риск обострений (для установления степени тяжести ограничения скорости воздушного потока и выраженности симптомов ХОБЛ необходимо дополнительное обследование).

2. Диагноз поставлен на основании: - жалоб пациента на хронический кашель со скудной слизистой мокротой и прогрессирующую одышку экспираторного характера; - наличия факторов риска развития ХОБЛ: длительного стажа табакокурения (индекс пачка/лет=48) и профессиональных факторов; - признаков эмфиземы при осмотре: бочкообразная форма грудной клетки, коробочный звук при перкуссии лёгких, диффузное ослабление везикулярного дыхания; - прогрессирующего снижения массы тела как системного проявления ХОБЛ.

3. План дополнительного обследования включает: - спирометрию для выявления ограничения скорости воздушного потока и степени её тяжести; - заполнение опросников mMRC и CAT для оценки выраженности симптомов ХОБЛ; - рентгенографию органов грудной клетки для исключения альтернативного диагноза и серьёзных сопутствующих заболеваний, выявления гиперинфляции; - ЭКГ для исключения альтернативного диагноза, выявления признаков гипертрофии правого желудочка.

4. Отказ от курения для снижения темпов прогрессирования ХОБЛ. После проведения интегральной оценки симптомов, показателей спирометрии и риска обострений и установления группы, к которой относится пациент, назначить лекарственную терапию для предупреждения и контролирования симптомов, уменьшения частоты и тяжести обострений, улучшения состояния здоровья и переносимости физической нагрузки. Предпочтительным является назначение бронходилататоров длительного действия (учитывая степень выраженности одышки) – М-холинолитиков или

бета2-агонистов. Ежегодная вакцинация от гриппа и пневмококковой инфекции для снижения риска обострений ХОБЛ. Включение в программу лёгочной реабилитации (физические тренировки, нутритивная поддержка) для уменьшения симптомов, улучшения качества жизни и повышения физического и эмоционального участия в повседневной жизни.

5. Пациенты с ХОБЛ наблюдаются врачом первичного звена здравоохранения по группе III диспансерного наблюдения при 1–2 степени тяжести бронхиальной обструкции 2 раза в год; 3–4 степени тяжести — 4 раза в год. Осмотр врачом-пульмонологом проводится 2 раза в год. При необходимости проводится осмотр врачами других специальностей – врачом-оториноларингологом

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №28

Мужчина 39 лет проходит профилактический медицинский осмотр в рамках диспансеризации. Жалобы на периодический кашель по утрам с небольшим количеством слизистой мокроты. В анамнезе – частые ОРВИ, бронхиты, хронические заболевания отрицает. Имеется длительный стаж курения (индекс курильщика - 21 пачка/лет). При осмотре: состояние удовлетворительное, нормостенического телосложения. ИМТ – 24 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 70 ударов в мин., АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отеков нет. В анализах: общий холестерин – 4,8 ммоль/л, глюкоза крови - 5,2 ммоль/л. ЭКГ – норма. Абсолютный сердечно-сосудистый риск (SCORE) = 1% (низкий).

Вопросы:

1. Определите группу здоровья пациента. Обоснуйте свой ответ.

2. Нуждается ли пациент в направлении на второй этап диспансеризации? Какое обследование необходимо провести? Обоснуйте свой ответ.

3. Перечислите спирометрические признаки бронхиальной обструкции. Опишите тактику врача при обнаружении нарушений функции лёгких по обструктивному типу.

4. Составьте план индивидуального профилактического консультирования.

5. Предложите пациенту способы отказа от курения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №28

1. Группа здоровья I, так как у пациента низкий суммарный сердечно-сосудистый риск и нет заболеваний, требующих диспансерного наблюдения участкового терапевта.

2. Пациента необходимо направить на второй этап диспансеризации для уточнения диагноза, поскольку у пациента имеются клинические симптомы (кашель с мокротой) и факторы риска развития ХОБЛ (курение). В рамках 2 этапа диспансеризации пациенту показано проведение спирометрии.

3. Спирометрические признаки бронхиальной обструкции: снижение ОФВ₁ и $\text{ОФВ}_1/\text{ФЖЕЛ} \leq 0,7$. Больному показано обследование за рамками диспансеризации для уточнения диагноза ХОБЛ: клинический анализ крови, общий анализ мокроты с исследованием на микобактерии туберкулёза, спирометрия с исследованием обратимости бронхиальной обструкции, тест с 6-минутной ходьбой, рентгенография органов грудной клетки, пульсоксиметрия. При подтверждении диагноза ХОБЛ для оценки выраженности симптомов необходимо провести тестирование по одному из опросников (mMRC, CAT, CCQ) и определить риск обострений.

4. Пациенту необходимо рекомендовать отказ от курения, так как курение – основной фактор риска развития ХОБЛ. Кроме того, необходимо

проведение вакцинации против гриппа и профилактика ОРВИ, так как вирусные инфекции провоцируют обострение ХОБЛ. Методы профилактики ОРВИ – закаливание, рациональное питание, достаточный сон, соблюдение гигиены; возможно рассмотреть (убедительные доказательства эффективности отсутствуют) использование витаминотерапии, приём иммуномодуляторов (интерфероны, Циклоферон), использование противовирусных средств для постконтактной профилактики (в случае контакта с больными гриппом).

5. Никотинзамещающие препараты: никотиновая жевательная резинка, ингалятор, назальный спрей, кожный аппликатор, подъязычные таблетки или пастилки. Препараты, снижающие никотиновую зависимость: Варениклин, Бупропион. Психотерапевтические методы: рациональная психотерапия, аутотренинг, гипноз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №29

Женщина 34 лет страдающая бронхиальной астмой, пришла на очередной диспансерный осмотр к врачу-терапевту участковому. В течение последних 4 месяцев состояние больной стабильное, получает базисную терапию: низкие дозы ингаляционных ГКС и длительно действующий β_2 -агонист (Флутиказонапропионат 100 мкг + Сальметерол 50 мкг (в виде комбинированного ингалятора) 2 раза в день), по потребности Сальбутамол 1 раз в 2-3 недели. Жалоб не предъявляет, приступы астмы редкие (1 раз в 2-3 недели), ночных приступов нет, ограничения физической активности не отмечает. При осмотре: состояние удовлетворительное, телосложение нормостеническое. ИМТ – 22 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 72 в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Периферических отёков нет. Общий анализ крови – без патологии. При спирометрии – ОФВ1=85%.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Определите тактику ведения пациентки. Обоснуйте свой ответ.
4. Составьте план диспансерного наблюдения.
5. Показано ли пациентке направление в бюро медико-социальной экспертизы? Обоснуйте свой ответ.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №29

1. Бронхиальная астма, среднетяжёлое течение, контролируемая.
2. Диагноз «бронхиальная астма» у больной установлен по анамнезу (она состоит на диспансерном учёте по этому заболеванию, принимает контролирующую терапию). Степень тяжести установлена на основании того, что у пациентки астма контролируется на фоне терапии в объёме 3 ступени (низкие дозы ингаляционных глюкокортикоидов в комбинации с длительно действующими β_2 -агонистами). Можно отметить, что в последних международных рекомендациях определение степени тяжести на фоне терапии не рассматривается. Уровень контроля определён на основании следующих критериев: симптомы астмы возникают менее 2 раз в неделю, ночных симптомов нет, использование препаратов для неотложной помощи (Сальбутамол) менее 2 раз в неделю, активность не нарушена.
3. Больной рекомендовано уменьшить объём контролирующей терапии, перейти на 2 ступень в связи с тем, что контроль над астмой сохраняется в течение более 3 месяцев. Предпочтительным является уменьшение кратности приёма Флутиказона и Сальметерола до 1 раза в сутки, полная отмена длительно действующих β_2 -агонистов сопряжена с более высоким риском декомпенсации бронхиальной астмы. Контрольный осмотр после изменения терапии через 1 месяц.

4. Пациенту с бронхиальной астмой средней степени тяжести показан осмотр врачом-терапевтом участковым 1 раз в 3 месяца, врачом-пульмонологом и врачом-аллергологом 1 раз в 6 месяцев, другими специалистами (врачом-оториноларингологом, врачом-стоматологом, врачом-психотерапевтом) по показаниям. Рекомендовано проведение следующих диагностических исследований: антропометрия, клинический анализ крови, крупнокадровая флюорография, глюкоза крови, иммуноглобулин Е общий сыворотки крови, общий анализ мокроты с исследованием на микобактерии туберкулеза, спирометрия. Возможными (не обязательными) являются исследование оксида азота в выдыхаемом воздухе и бактериологическое исследование мокроты с определением чувствительности к антибиотикам (при наличии).

5. Направление в бюро медико-социальной экспертизы пациентке не показано, так как у неё отсутствуют признаки стойкой утраты трудоспособности: нет нарушений основных функций организма, в частности нет признаков дыхательной недостаточности, сохранена способность к основным категориям жизнедеятельности человека (активность больной не ограничена из-за астмы).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №30

Больной М. 35 лет на приёме у врача-терапевта участкового предъявляет жалобы на слабость, повышенную утомляемость, кашель с небольшим количеством мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке, потливость по ночам в течение 1,5-2 месяцев. Сегодня во время приступа кашля больной почувствовал острую боль в правой половине грудной клетки, усиление одышки, учащение сердцебиения. Из анамнеза: 3 года назад перенёс правосторонний сухой плеврит, лечился у врача-терапевта участкового. Контакт с больными туберкулёзом отрицает. ФЛГ проходит регулярно, последняя - год назад (без патологии). Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура - 37,5 °С. Больной

пониженного питания, кожные покровы бледные, периферические лимфатические узлы не увеличены. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. ЧДД - 24 в минуту. Перкуторно справа – тимпанический звук, слева – в верхних отделах укорочение лёгочного звука. Аускультативно справа – дыхание резко ослаблено, слева в межлопаточной области выслушиваются единичные влажные хрипы. Тоны сердца ясные, ритм правильный, тахикардия. Пульс - 120 ударов в минуту, АД - 90/50. Лабораторные данные. Общий анализ крови: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 143 г/л; лейкоциты – $9,6 \times 10^9 /л$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 69%, лимфоциты - 19%, моноциты - 5%; СОЭ – 25 мм/час. Общий анализ мочи: без патологических изменений. Анализ мокроты на МБТ: м/скопия – КУМ не найдены. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции: справа лёгкое коллабировано на 1/5 гемиторакса за счёт прослойки воздуха. В лёгочной ткани в верхних и средних полях определяются очаговые тени разных размеров, малой и средней интенсивности, склонные к слиянию. В С1, С2 с обеих сторон – полости распада 1-2,5 см в диаметре. Корни плохо дифференцируются. Сердце без особенностей.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите круг заболеваний для дифференциальной диагностики.
5. Определите тактику ведения пациента.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №30

1. Синдром воспалительных изменений и септицемии (лихорадка, ознобы, острофазовые показатели), синдром интоксикации (слабость, повышенная потливость, снижение аппетита, похудание, артралгии, миалгии,

анемия), синдром клапанных изменений (формирование аортальной недостаточности), синдром тромбоэмболических нарушений (пятна Дженуэя), синдром иммунных нарушений (гепатит, гломерулонефрит, спленомегалия, ревматоидный фактор), синдром сердечной недостаточности.

2. Основной диагноз - «первичный активный инфекционный эндокардит аортального клапана». Недостаточность аортального клапана, относительная недостаточность митрального клапана. Гепатит. Гломерулонефрит. Анемия умеренной степени тяжести. Осложнения: ХСН II А стадии, IV функциональный класс по NYHA. Большой диагностический критерий DUKE - ЭхоКГ-признаки внутрисердечного объёмного образования на клапане. Малые диагностические критерии DUKE: лихорадка $>38^{\circ}\text{C}$, заболевание сердца, предрасполагающее к развитию ИЭ, септическая инфарктная пневмония. Для подтверждения диагноза достаточно наличия одного большого и трёх малых диагностических критериев.

3. Пациенту показано проведение бактериологического исследования крови для выявления возбудителя инфекционного эндокардита и определения его чувствительности к антибиотикам. Забор крови для гемокультуры проводится с соблюдением следующих правил. Должно быть взято не менее 3 образцов крови из разных вен. Следует избегать забора крови из постоянного катетера в связи с возможной его контаминацией. При каждом заборе крови производится посев в два флакона для аэробной и анаэробной флоры. В каждый флакон помещается не менее 5-10 мл венозной крови.

4. Основные принципы лечения: ранняя, массивная и длительная (4-6 недель) антибактериальная терапия. Применяются антибиотики бактерицидного действия, способ введения - парентеральный. До получения результатов анализов крови на гемокультуру следует назначить эмпирическую схему антибиотикотерапии, предпочтительнее бета-лактамами антибиотиками и аминогликозидами. Основные показания к хирургическому лечению: некорректируемая прогрессирующая ХСН; не

контролируемый антибиотиками инфекционный процесс; повторные эпизоды тромбоэмболии; абсцессы миокарда; эндокардит оперированного сердца.

5. У пациентов с «кардиогенными факторами риска» (врождённые и приобретённые, в том числе оперированные пороки сердца, перенесённый инфекционный эндокардит, гипертрофическая кардиомиопатия, пролапс митрального клапана) при выполнении у них различных медицинских вмешательств, которые могут сопровождаться преходящей бактериемией: экстракция зуба, тонзиллэктомия, урологические, гинекологические операции и диагностические манипуляции, иссечение и дренирование инфицированных мягких тканей и т. д., должна осуществляться антибиотикопрофилактика. При стоматологических манипуляциях и других вмешательствах в полости рта, в области носоглотки, на верхних дыхательных путях и пищеводе рекомендуют: перорально - Амоксициллин 2 г за 1 час до процедуры (при аллергии к пенициллину: Клиндамицин 600 мг за 1 час до процедуры); парентерально (в случаях невозможности приёма лекарств через рот) - Ампициллин 2 г внутримышечно или внутривенно за 30 минут до процедуры (при аллергии к пенициллину: Клиндамицин 600 мг внутривенно за 1 час до процедуры). При вмешательствах на желудочно-кишечном тракте, мочевых путях, в области гениталий - Амоксициллин или Ампициллин: Амоксициллин 2 г перорально за 1 час до процедуры или Ампициллин 2 г внутримышечно или внутривенно за 30 минут до процедуры (при аллергии к пенициллину - Ванкомицин: 1 г внутривенно капельно за 1-2 часа до процедуры, с окончанием инфузии за 30 минут до процедуры); Ампициллин плюс Гентамицин: Ампициллин 2 г внутримышечно или внутривенно, Гентамицин 1,5 мг/кг (не более 120 мг) внутримышечно за 30 минут до процедуры; через 6 часов после процедуры: Ампициллин 1 г внутримышечно или внутривенно или Амоксициллин 1 г перорально (при аллергии к пенициллину - Ванкомицин плюс Гентамицин: Ванкомицин 1 г

внутривенно капельно, с окончанием инфузии за 30 минут до процедуры; Гентамицин 1,5 мг/кг, но не более 120 мг).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №31

Пациент В. 48 лет, инженер. Жалобы на озноб, повышение температуры тела до 39,1°C, одышку инспираторного характера при обычной физической нагрузке, сухой кашель, боль при глубоком дыхании и кашле справа в подлопаточной области, общую слабость, утомляемость, потливость в ночное время.

Заболел остро четыре дня назад после переохлаждения, когда появились вышеуказанные жалобы. Принимал жаропонижающие препараты с незначительным эффектом. Обратился к участковому терапевту в поликлинику. В связи с тяжестью состояния и подозрением на пневмонию направлен в приемный покой стационара по месту жительства. В анамнезе: работает 20 лет инженером на машиностроительном заводе. Не курит. Ранее у врача не наблюдался.

Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост - 178 см, вес - 74 кг. Окружность талии - 98. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура 39,1°C. Грудная клетка нормостеническая. При глубоком дыхании некоторое отставание в дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД - 24 в минуту. SpO₂ 91%. Справа по лопаточной линии отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации справа ниже угла лопатки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 112 ударов в минуту. АД - 102/64 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову - 9×8×7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный, без примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,5 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 124 г/л, лейкоциты - $14,2 \times 10^9$ /л, юные - 2%, палочки - 12%, сегменты - 56%, лимфоциты - 27%, моноциты - 3%, СОЭ - 38 мм/ч. На обзорной рентгенографии грудной клетки в прямой и боковой проекциях: справа в нижней и средней доле затемнение в виде инфильтрации.

Вопросы:

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

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

5. Через 72 часа на фоне лечения сохраняются признаки интоксикации, лихорадка

(температура $37,9^{\circ}\text{C}$), ЧДД - 22 в мин., имеется гнойная мокрота. В общем анализе крови: лейкоциты - 11×10^9 /л, нейтрофилы - 82%, юных форм - 7%. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №31

1. Внебольничная пневмония бактериальная (возбудитель не уточнён) в средней и нижней долях правого лёгкого, тяжелое течение, осложненная ОДН.
2. Стадия начала болезни обычно выражена очень отчётливо. Заболевание возникло остро, среди полного здоровья внезапно появился озноб, отмечается повышение температуры тела 39°C , боли в грудной клетке при кашле, головная боль, сухой кашель, общая слабость. Отмечается одышка с ЧДД - 24 в 1 минуту, укорочение перкуторного звука, ослабление везикулярного дыхания справа в нижней доли, лейкоцитоз - более $14,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерный сдвиг влево до юных

форм, рентгенологические признаки - инфильтрация лёгочной ткани.

3. Пациенту рекомендовано: общий анализ крови с определением уровня эритроцитов, гематокрита, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы: на 2-3 день и после окончания антибактериальной терапии; биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин, альбумин, креатинин, мочеви́на, глюкоза, электролиты, фибриноген, СРБ, ПКТ): при поступлении и через 1 неделю при наличии изменений или клиническом ухудшении; пульсоксиметрия при поступлении и в динамике; исследование газов артериальной крови: ежедневно до нормализации показателей; рентгенография органов грудной клетки: в динамике (при отсутствии эффективности стартовой антибактериальной пневмонии через 48-72 часа, через 3-4 недели оценка динамики разрешения пневмонии); электрокардиография в стандартных отведениях; общий анализ мокроты и бактериологическое исследование мокроты для определения возбудителя пневмонии и определения чувствительности последнего к антибактериальным препаратам; мокрота на кислотоустойчивые микроорганизмы. Бактериологическое исследование крови; уровень прокальцитонина (коррелирует с тяжестью состояния пациента, прогнозом и этиологией – выше при бактериальной инфекции); экспресс-тесты по выявлению пневмококковой и легионеллезной антигенурии.
4. Пациента необходимо госпитализировать. Режим постельный. При ОДН: кислородотерапия. При тяжелой внебольничной пневмонии (ВП) назначение антибиотиков должно быть неотложным. Пациент без факторов риска инфицирования *P.aeruginosa* и аспирации. Препаратами выбора являются внутривенное введение препаратов (Цефтриаксон 2,0 г в/в, в/м каждые 12-24 ч, или Цефотаксим 1,0-2,0 г в/в, в/м каждые 6-8 ч, или Цефепим 2,0 г в/в каждые 8 ч, или Цефтаролин 0,6 г в/в каждые 12 ч или , Эртапенем 1 г в/в или в/м каждые 24 ч) или ингибиторзащищённые пенициллины (Амоксициллин/Клавуланат 1,2 г внутривенно капельно 3

раза в сутки) в комбинации с внутривенными макролидами (Кларитромицин 0,5 г в/в каждые 12 ч, Азитромицин 500 мг внутривенно капельно 1 раз в сутки). Через 3 дня при нормализации температуры переход на пероральный приём препарата этого же класса: Амоксициллин/Клавуланат 1 г 2 раза в сутки. Первоначальная оценка эффективности стартового режима антибактериальной терапии должна проводиться через 48-72 часа после начала лечения. Критерии адекватности антибактериальной терапии: температура тела ниже 37,5°C; отсутствие интоксикации; отсутствие дыхательной недостаточности (ЧДД - менее 20 в минуту); отсутствие гнойной мокроты; количество лейкоцитов в крови - менее $10 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилов - менее 80%, юных форм - менее 6%; отсутствие отрицательной динамики на рентгенограмме. Амброгексал 0,3 г 3 раза в день перорально.

5. Антибактериальная терапия неэффективна. Требуется смена антибактериальной терапии на респираторные фторхинолоны. Из фторхинолонов предпочтение Левифлоксацину 500 мг 2 раза в день в/в капельно, Моксифлоксацину 400 мг в/в капельно. В случае неэффективности антибактериальной терапии провести обследование пациента для уточнения диагноза, выявления осложнений внебольничной пневмонии, оценить результаты микробиологических исследований. Оценить необходимость проведения диагностической фибробронхоскопии с биопсией бронха и исследования промывных вод бронхов – бактериальный посев, исследования на кислотоустойчивые микроорганизмы, атипичные клетки СКТ органов грудной клетки при наличии неэффективности антибактериальной терапии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №32

Пациент К. 52 лет. Жалобы на усиление одышки экспираторного характера при незначительной физической нагрузке (умывании, одевании), сопровождающуюся свистом в грудной клетке; на

приступообразный кашель с увеличением количества – до 20 мл в сутки в утренние часы и гнойности мокроты, повышение температуры до 37,9°C.

Анамнез заболевания: сухой кашель в течение последних 20 лет. Последние 10 лет стал отмечать экспираторную одышку при ускоренной ходьбе, подъеме на 2 этаж. В течение последнего года одышка резко усилилась и стала беспокоить при обычной нагрузке, разговоре, появилась густая, скудная мокрота жёлто-зелёного цвета. Обострения 2 раза за прошедший год. Ухудшение в течение 2 недель: поднялась температура до 37,9°C, усилился кашель, появилась гнойная мокрота, увеличился ее объём, усилилась экспираторная одышка. Принимал дома Ампициллин по 250 мг 3 раза в день, Беродуал по 2 вдоха 4 раза в день без улучшения. Обратился в приёмный покой городской больницы.

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

Объективно: кожные покровы влажные, диффузный цианоз. Температура 37,7°C. Рост – 178 см, вес – 64 кг. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере, сглаженность над- и подключичных ямок, эпигастральный угол тупой. Перкуторный звук – коробочный. Подвижность нижнего лёгочного края по средней подмышечной линии - 2,5 см. При аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 24 в минуту. SpO₂ 88% при дыхании атмосферным воздухом. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 110 ударов в минуту. АД – 118/74 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Отёков нет. По модифицированному опроснику британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести состояния mMRSquestoinnaire - 4 балла.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,48 \times 10^{12}$ /л, Hb - 165 г/л, Ht - 50%, лейкоциты - $8,1 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные

нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты - 25%, моноциты – 4%, СОЭ - 28 мм/час.

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

По пульсоксиметрии сатурация кислорода - 88%.

ФВД-ОФВ1 – 27%, ЖЕЛ – 54%, индекс ОФВ1/ФЖЕЛ – 55%. При пробе с Сальбутамолом 4 дозы Δ ОФВ1 – 2,16%.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор.
5. Состояние пациента через 20 дней улучшилось: уменьшилась одышка. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №32

1. Хроническая обструктивная болезнь лёгких, IV, крайне тяжёлого течения, смешанный фенотип, класс D, с выраженными симптомами, высокий риск, обострение 1 типа по Anthonisen. Индекс курения 45 пачка/лет. ОДН 2ст.
2. Длительное предшествующее курение табака - индекс курения 45 пачка/лет – фактор риска хронической обструктивной болезни лёгких. Симптомы медленно прогрессируют. Увеличение объёма и гнойности мокроты, усиление одышки, лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево свидетельствуют об обострении инфекционного характера. По оценке одышки опросником – 4 балла, ОФВ1 - менее 50%, обострения 2 раза за прошедший год – свидетельствуют о выраженности симптомов и высоком

риске обострения, и пациент будет отнесён к группе Д. По ФВД отсутствует обратимая бронхиальная обструкция. Прирост в бронхолитической пробе - менее 12%, снижение индекса ОФВ1/ФЖЕЛ - менее 70%. ОФВ1 - 27% - 4 степень.

3. Анализы крови: АСТ, АЛТ, билирубин, фибриноген, С-реактивный белок, калий, натрий, креатинин, мочеви́на, кислотно-щелочное равновесие, газы крови артериальной. Анализы мокроты: посев мокроты на микрофлору, чувствительность флоры к антибиотикам, мокрота на кислотоустойчивые микроорганизмы. Мониторинг пиковой скорости выдоха. Рентгенография грудной клетки (оценка пневмофиброза, эмфиземы, очагово-инфильтративных теней). ЭКГ, ЭХО-кардиография (оценка лёгочной гипертензии). Специальные методы исследования: бодиплетизмография (оценка лёгочных объёмов), спиральная компьютерная томография органов грудной клетки (оценка объёма эмфиземы).

Диета ОВД. Режим общий. Отказ от курения. Малопоточная кислородотерапия не менее 15 часов в сутки через кислородный концентратор. Терапия инфекционного обострения: Беродуал 0,5 мл – 1 мл + Хлорид натрия 0,9% - 2мл×4разавденьчерезнебулайзер (комбинациям-холиноблокатораиβ2-адреномиметика). Рекомендуется назначение системных или ингаляционных ГКС. Обычно рекомендуется курс терапии пероральным преднизолоном в дозе 30-40 мг/сут в течение 5-7 дней. Более безопасной альтернативой системным ГКС при обострении ХОБЛ являются ингаляционные формы ГКС, назначаемые через небулайзер. Отхаркивающие препараты Амброксол - 30 мг 3 раза в день или ацетилцистеин по 600мг 1раз в день растворить в 100мл воды. Так как имеется инфекционное обострение, наиболее вероятными возбудителями в данном случае могут быть *Haemophilus influenzae*, *ePRSP*, Энтеробактерии, грам-, *P. aeruginosa*; необходимо назначить антибактериальный препарат Ципрофлоксацин (400 мг 2 раза в день в/в капельно) и др. препараты с антисинегнойной активностью. ЛФК.

Дыхательная гимнастика. Аэрозольтерапия с 0,9% раствором Хлорида натрия или щелочной минеральной водой, сульфатом магния.

4. Продолжить лечение согласно наличия высокого риска категории пациентов Д с хронической обструктивной болезнью лёгких. Отказ от курения. Лёгочная реабилитация. Малопоточная кислородотерапия не менее 15 часов в сутки через кислородный концентратор. Вакцинация против гриппа, вакцинация против пневмококковой инфекции, ингаляционные глюкокортикостероиды + длительнодействующие бета2-агонисты + длительнодействующие м-холинолитики (например, Формотерол/Будесонид 4,5/160 мкг 2 вдоха 2раза в день порошок ингалятор+Тиотропия бромид 5мкг 1раз в день респимат или другие варианты). N-ацетилцистеин - 600 мг 1 раз в день. При наличии буллёзной эмфиземы лёгких возможно их хирургическое удаление.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №33

Пациент Д. 45 лет, госпитализирован в стационар по направлению участкового врача-терапевта с жалобами на прогрессирующую слабость, сонливость, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической нагрузки, увеличение живота в объёме, отёки на ногах.

Из анамнеза: дискомфорт, тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних 3 месяцев. За последний месяц стал увеличиваться живот, появилась желтуха, слабость.

В течение последнего года употребляет алкоголь ежедневно. Употребление наркотиков отрицает. Гемотрансфузий, оперативных вмешательств не было.

Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Тест связывания чисел – 40 сек. Рост – 178 см, вес – 62 кг. Кожа обычной влажности, желтушная. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры иктеричны. Отёки стоп и нижней трети

голеней. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объёме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. При пальпации мягкий, чувствительный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову - 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневый, без патологических примесей. Размеры селезёнки - 15×12 см.

Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча тёмно-жёлтая.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$; Нв– 122 г/л; цветовой показатель – 0,9%; тромбоциты – $98 \times 10^9/л$, лейкоциты – $3,2 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 22 мм/час.

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

Фиброгастроуденоскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст.

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

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении. Обоснуйте свой выбор.
5. Какие возможны осложнения данного заболевания?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №33

1. Цирроз печени алкогольной этиологии, класс С по Чайлду-Пью. Портальная гипертензия: спленомегалия, ВРВП I ст., v. Portae -16мм. Асцит. Гиперспленизм (тромбоцитопения). Печеночно-клеточная недостаточность I-II ст. (гипоальбуминемия), энцефалопатия смешанная (печеночная + алкоголь).
2. У больного выявлены желтуха, цитолиз, «печёночные знаки»: малиновые ладони, «сосудистые звёздочки», синдром портальной гипертензии (гепатоспленомегалия, асцит, варикозное расширение вен пищевода, передней брюшной стенки, расширение портальной вены), признаки печёночной недостаточности (гипоальбуминемия, гипокоагуляция). По данным УЗИ – паренхима печени, неравномерно диффузно- повышенной эхогенности. Алкогольный анамнез свидетельствует о наиболее вероятной этиологии цирроза печени. Класс С выставлен согласно классификации Чайльд-Пью – 11 баллов. Снижение скорости теста связывания чисел свидетельствует о I степени печёночной энцефалопатии. Тромбоцитопения в данной ситуации связана с гиперспленизмом.
3. Анализы крови: коагулограмма, общий белок, креатинин, мочевины, калий, натрий, ГГТ, ЩФ, амилаза, маркеры вирусных гепатитов HBsAg, антитела к HCV, ВИЧ - инфекции. Общий анализ мочи, копрограмма. ЭКГ. Рентген лёгких.

4. Отказ от алкоголя. Диета с содержанием белка 1,0 г/кг/сут. Калорийность пищи-1800–2500 ккал/сут. Ограничение содержания соли до 5,2 г/сут. Санация кишечника с целью уменьшения эндотоксинемии: лактулоза - 15-45 мл 2-3 раза в сутки (стул до 2-3 раз в сутки). Возможен приём невсасывающихся антибиотиков (Рифаксимин 1200 мг/сут. 7-10 дней). Высокие очистительные клизмы. Уменьшение токсического действия аммиака: орнитин-аспарат - 5 г по 1-2 пакетика гранул, растворённых в воде × 3 раза в день после еды. Мочегонная терапия: спиронолактон - 50–200 мг/сут., фуросемид - 40 мг/сут (повышение дозы на 40 мг каждые 7 дней до 160 мг/сут, критерий эффективности - уменьшение массы тела на 2 кг/нед.). Снижение давления в портальной вене: карведилол 12,5мг 1 раза в сутки (контроль АД и ЧСС).
5. Печёночная энцефалопатия, кома. Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. Гепаторенальный синдром. Инфекционные осложнения (спонтанный бактериальный перитонит, пневмония, инфекции мочевыводящих путей и др.).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №34

Больная С. 26 лет поступила в стационар с жалобами на боли воспалительного ритма в суставах кистей, голеностопных суставах, наличие утренней скованности в суставах до 1,5 часов. Также отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр по вечерам, появление сыпи на лице в области скул, общую слабость, выпадение волос.

Из анамнеза: считает себя больной в течение 1,5 лет, когда начала отмечать появление покраснения кожи лица и шеи при инсоляции, Месяц назад после возвращения из отпуска (отдыхала на юге) появилось повышение температуры тела до фебрильных цифр, гиперемия в области шеи, рук, выпадение волос. По месту жительства выставлен диагноз ОРЗ, проводилась терапия антибактериальными препаратами без эффекта. При

дополнительном обследовании выявлен белок в моче. Направлена в стационар.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы: эритематозная сыпь в виде «бабочки» на коже лица, в области декольте. Симметричные отёки нижней трети голеней. Слизистые чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 94 ударов в 1 минуту, АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под края рёберной дуги по срединно-ключичной линии. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный.

Припухлость в области II, III пястнофаланговых и II проксимальных межфаланговых суставов, в области голеностопных суставов; ограничение движений за счет болей. Общий анализ крови: эритроциты – $3,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 85 г/л, тромбоциты – $100 \times 10^9/л$, лейкоциты - $1,4 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 59%, лимфоциты – 25%, моноциты - 4%, СОЭ – 28 мм/ч.

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

Биохимический анализ крови: креатинин – 118 мкмоль/л, мочевины - 8,8 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, альбумины - 45%, α_1 – 4%, α_2 – 15%, β – 9%, γ - 27%, фибриноген – 6,3 г/л. Антитела к ДНК и антинуклеарный фактор – более 200 Ед/мл.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте

свой выбор.

5. Через 12 месяцев регулярной терапии и соблюдения рекомендаций активности заболевания нет, больная получает преднизолон 15 мг/с, азатиоприн и гидроксихлорохин. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №34

1. Системная красная волчанка, подострое течение, высокой степени активности с поражением кожи (эритема, фотосенсибилизация), суставов (артралгии, артрит), почек (люпус-нефрит), крови (тромбоцитопения, анемия, лейкопения).

2. Диагноз «системная красная волчанка (СКВ)» установлен на основании жалоб больной на наличие эритематозной сыпи в области скул, фотодерматоза (покраснение кожи лица, шеи, рук после инсоляции), лихорадки, суставного синдрома; установление течения СКВ основано на анамнезе заболевания (в дебюте конституциональные симптомы, неспецифическое поражение кожи и суставов, периодические обострения, развитие полиорганной симптоматики в течение 1,5 лет с момента появления первых симптомов). Степень активности СКВ установлена на основании наличия проявлений артрита, протеинурии (0,560 г/сут.), высыпаний на коже (эритематозная сыпь на скулах), алопеции (диффузное выпадение волос), повышенного содержания антител к двуспиральной ДНК (более 200 ЕД/мл), тромбоцитопении ($100 \times 10^9/\text{л}$), лейкопении ($1,5 \times 10^9/\text{л}$), поражения почек (протеинурия, снижение СКФ).

3. Пациенту рекомендовано: УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени, решение вопроса о проведении нефробиопсии с целью определения люпус-нефрита. Рентгенография грудной клетки (поражение лёгких). ЭхоКГ (для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции, исключить перикардит). Анализ крови: иммунологический анализ крови с определением

компонентов комплимента, антитела к антигену Смита (a-Sm), гемостазиограмма.

4. Основное место в лечении СКВ занимают глюкокортикоиды (преднизолон, метилпреднизолон), цитостатические иммунодепрессанты (циклофосфамид, азатиоприн, микофенолатамофетил) и гидроксихлорохин. При высокой активности глюкокортикоиды назначают в высоких дозах (преднизолон 40-60 мг внутрь, или 0,5-1 мг/кг массы тела). При достижении улучшения доза снижается по ¼ табл. в 7-10 дней до поддерживающей (желательно менее 7,5 мг/с). При высокой степени активности СКВ с целью достижения быстрого эффекта показана пульс-терапия (500-1000 мг Метилпреднизолона внутривенно капельно в течение трёх дней). Цитостатические иммунодепрессанты назначаются больным СКВ при прогрессирующем течении, высокой активности, сопровождающимся поражением жизненно важных органов и систем. Аминохинолиновые препараты (гидроксихлорохин) рекомендуется назначать всем без исключения больным СКВ. При СКВ могут применяться генно-инженерные биологические препараты – белимумаб, ритуксимаб.

5. Продолжить терапию, снижать дозу преднизолона до поддерживающей. При этом необходимо контролировать и проводить профилактику остеопороза, сахарного диабета, атеросклероза, гиперлипидемии, артериальной гипертензии, поражения желудочно-кишечного тракта, катаракты, глаукомы.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №35

Мужчина 32 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры тела до 39,2°C с ознобами, кровоточивость десен, появление «синяков» на коже без видимых причин, общую слабость. Считает себя больным в течение 6 дней, когда появилось повышение температуры, принимал Парацетамол с кратковременным

эффектом. Слабость стала прогрессивно нарастать, появилась кровоточивость.

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

Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,5°C. Кожные покровы бледные, обычной влажности. На коже нижних конечностей - экхимозы; петехии на коже плеч, предплечий; в ротовой полости – единичные петехиальные элементы. При аускультации дыхание везикулярное, ЧДД – 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 92 удара в минуту. АД – 100/65 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется на 1 см ниже края реберной дуги, размеры по Курлову – 17×10×9 см. Селезёнка пальпируется, эластичная, безболезненная, перкуторные размеры 10×8 см.

Общий анализ крови: эритроциты - $2,7 \times 10^{12}$, Нв - 79 г/л, тромбоциты - 18×10^9 , лейкоциты – $42,9 \times 10^9$, бласты - 42%, миелоциты – 0%, юные нейтрофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 28%, лимфоциты – 25%, СОЭ – 37 мм/час.

Вопросы:

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

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №35

1. Острый лейкоз, I атака. Гепатоспленомегалия. Анемия средней степени тяжести. Тромбоцитопения. Геморрагический синдром.
2. Диагноз «острый лейкоз» поставлен на основании клинических данных: гепатоспленомегалии, геморрагического, анемического

синдромов, интоксикации. Основными диагностическими критериями являются лабораторные данные: в общем анализе крови - лейкоцитоз (реже лейкопения), наличие бластных клеток, симптом лейкемического «провала», анемии (гемоглобин - 78 г/л соответствует средней степени тяжести) и тромбоцитопении.

3. Основными исследованиями для уточнения диагноза являются: общий анализ крови (лейкоцитоз, наличие бластов, лейкемический «провал», анемия, тромбоцитопения); стерильная пункция (20% и более бластных клеток в миелограмме); цитохимическое исследование и иммунофенотипирование бластов (определение варианта лейкоза), цитогенетическое исследование костного мозга (определение прогностически благоприятных и/или неблагоприятных цитогенетических дефектов); диагностическая люмбальная пункция (для исключения нейрорлейкемии); УЗИ внутренних органов (с целью уточнения степени лейкозной инфильтрации печени и селезёнки).

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

ремиссии заболевания показано проведение аллогенной трансплантации костного мозга.

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №36

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

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

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ – 32 кг/м². Окружность талии (ОТ) – 106 см. Лицо гиперемировано. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, акцент II тона на аорте. Левая граница сердца – на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. ЧСС – 90 ударов в минуту, АД - 190/120 мм рт. ст. на обеих руках. Живот участвует в

дыхании, мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков нет. Физиологические отправления не нарушены. Заключение ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС – 90 ударов в минуту, индекс Соколова – Лайона – 38 мм.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Опишите тактику оказания неотложной помощи при данном состоянии.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшего дополнительного обследования пациента и обоснуйте его.
5. Для последующей терапии вы бы рекомендовали монотерапию или комбинированную терапию? Обоснуйте.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №36

1. Гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия 3 степени. Гипертрофия левого желудочка. Риск 4 (очень высокий). Неосложнённый гипертонический криз. Ожирение 1 степени. Курение - 30 пачко-лет.
2. Диагноз «гипертоническая болезнь» (ГБ) установлен на основании данных анамнеза (нестабильность АД, пациент отмечает повышение АД в течение 10 лет). Стадия ГБ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней – ГЛЖ на ЭКГ. Установление степени артериальной гипертензии (АГ) основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Степень риска поставлена на основании наличия АГ 3 степени. Неосложнённый гипертонический криз - быстрое повышение АД до 180/120 мм рт. ст. и выше с клинической симптоматикой, но не сопровождающееся острым клинически значимым нарушением функции

органов-мишеней. Диагноз ожирения 1 степени установлен на основании показателей ИМТ. Курение по данным анамнеза.

3. Лечение больного с неосложнённым ГК может осуществляться амбулаторно. При впервые выявленном неосложнённом ГК у больных с неясным генезом АГ, при некупирующемся ГК, частых повторных кризах показана госпитализация в кардиологическое или терапевтическое отделение стационара. При неосложнённом гипертоническом кризе (ГК) возможно как внутривенное, так и пероральное, либо сублингвальное применение антигипертензивных препаратов (в зависимости от выраженности повышения АД и клинической симптоматики). Лечение необходимо начинать немедленно, скорость снижения АД не должна превышать 25% за первые 2 часа, с последующим достижением целевого АД в течение нескольких часов (не более 24-48 часов) от начала терапии. Используют препараты с относительно быстрым и коротким действием перорально либо сублингвально: Нифедипин, Каптоприл, Клонидин, Пропранолол, Празозин.

4. Физикальное исследование: определение лодыжечно-плечевого индекса – для определения атеросклеротического поражения артерий. Лабораторные исследования: общий анализ крови – оценка общего статуса; общий анализ мочи – оценка поражения почек; креатинин крови для расчёта скорости клубочковой фильтрации и оценки поражения почек; глюкоза крови натощак – исключить СД; липидограмма – определение дислипидемии; анализ мочи на МАУ – оценка поражения почек. Инструментальное исследование: проведение суточного мониторинга АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ в динамике (ГЛЖ, ишемия); проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, ИММЛЖ, диастолической и систолической функции; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической ретинопатии (отёк соска зрительного нерва, кровоизлияния и экссудаты сетчатки);

дуплексное сканирование сонных артерий для оценки толщины комплекса интима-медиа, поиска атеросклеротических бляшек; определение скорости пульсовой волны (СПВ) – оценка поражения артерий и аорты. При подозрении на симптоматические АГ показано обследование на их выявление.

5. Для последующей терапии необходимо комбинированное лечение. Количество назначаемых препаратов зависит от исходного уровня АД и сопутствующих заболеваний. Например, при АГ 1 степени и отсутствии ССО возможно достижение целевого АД на фоне монотерапии примерно у 50% больных. При АГ 2 и 3 степени, наличии поражения органов мишеней, ассоциированных клинических состояний, сахарного диабета и метаболического синдрома в большинстве случаев может потребоваться комбинация из 2 или 3 препаратов. При комбинированной терапии в большинстве случаев назначение препаратов с различными механизмами действия позволяет, с одной стороны, добиться целевого АД, а с другой – минимизировать количество побочных эффектов. Комбинированная терапия позволяет также подавить контррегуляторные механизмы повышения АД. Применение фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов в одной таблетке повышает приверженность больных к лечению. Пациентам с АД $\geq 160/100$ мм рт. ст., имеющим высокий и очень высокий риск ССО, к которым относится наш пациент, полнодозовая комбинированная терапия может быть назначена на старте лечения. У 15–20% пациентов контроль АД не может быть достигнут при использовании 2 препаратов. В этом случае используется комбинация из 3 лекарственных средств и более.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №37

Пациент П. 29 лет, обратился к врачу в поликлинике с жалобами на неоформленный стул с примесью крови до 10-12 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, похудание на 7 кг

за 3 месяца.

Из анамнеза: настоящие жалобы беспокоят в течение последних 3 месяцев, самостоятельно принимал смекту, улучшение не отмечает. Температура не повышалась. Контакт с инфекционными больными отрицает, за пределы области не выезжал. Курил 1 пачку сигарет в сутки 10 лет, год назад прекратил. Злоупотребление алкоголем, внутривенную наркоманию отрицает. У родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Работает менеджером, профессиональных вредностей нет.

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

Общий анализ крови: эритроциты – $2,7 \times 10^{12}$, Hb - 108 г/л, цветовой показатель – 0,6, тромбоциты – 270×10^{12} , лейкоциты – $7,0 \times 10^9$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 22 мм/ч.

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

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

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп показаны для лечения пациента в данной ситуации? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 2 недели терапии отмечено уменьшение частоты стула до 2 раз в сутки, нет примесей крови в кале. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №37

1. Язвенный колит, впервые выявленный, левостороннее поражение, среднетяжелая атака. Постгеморрагическая железодефицитная анемия, средней степени тяжести.
2. Диагноз «язвенный колит» (ЯК) установлен на основании характерных клинических проявлений – диарея с примесью слизи, крови, данных колоноскопии - слизистая нисходящей, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте с колоноскопом, сосудистый рисунок смазан. В ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.

Снижение гемоглобина, эритроцитов, цветового показателя в анализе крови – анемия.

3. Обследование: общий анализ мочи, биохимические исследования крови (общий белок, альбумин, общий билирубин, прямой и непрямой билирубин, глюкоза, общий холестерин, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТ, калий, натрий, креатинин, амилаза, СРБ, железо, ОЖСС, ферритин), гистологическое исследование биоптатов толстой кишки, бактериологическое исследование кала, выявление в кале токсинов А и В к *Clostridium difficile*, фекальный кальпротектин, УЗИ органов брюшной полости, ФГС.

4. Медикаментозное лечение: первая атака – месалазин внутрь (гранулы, таблетки, таблетки ММХ) 2,4 – 3 г/сут. (или сульфасалазин 4 г/сут.) в комбинации с месалазином в клизмах 2 – 4 г/сут. Терапевтический ответ оценивается через 2 недели. При положительном ответе терапия продолжается до 6 – 8 недель. При отсутствии эффекта от комбинированной терапии препаратами 5-АСК целесообразно назначение ректальных форм ГКС: ректальной пены будесонид 2 мг в сутки. При подтверждении дефицита железа - заместительная терапия (Сорбифер – 1 к × 2 раза в день, при непереносимости - парентеральные формы).
5. При положительном ответе терапия продолжается до 6 – 8 недель.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №38

Больной 52 лет проснулся ночью от болей в эпигастральной области, сопровождающихся слабостью, потливостью, тошнотой. Ранее боли не беспокоили, считал себя здоровым. Попытка купировать боли раствором соды облегчения не принесла. После приема Нитроглицерина под язык боли уменьшились, но полностью не прошли. Сохранились тошнота, слабость, потливость. Под утро была вызвана бригада скорой помощи. На снятой ЭКГ выявлен глубокий зубец Q в III и aVF отведениях; сегмент ST в этих же отведениях приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец T; сегмент ST в отведениях I, aVL и с V1 по V4 ниже изолинии.

Ответы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
5. Абсолютные противопоказания к проведению тромболитика.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №38

1. ИБС: острый Q-инфаркт миокарда в области нижней стенки.
2. Диагноз поставлен на основании жалоб на боли в эпигастральной области, сопровождающиеся слабостью, потливостью, тошнотой; данных анамнеза: после приема Нитроглицерина под язык боли уменьшились; данных клинико-лабораторного исследования: на снятой ЭКГ выявлен глубокий зубец Q в III и aVF отведениях; сегмент ST в этих же отведениях приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец T.
3. Клинический анализ крови; биохимические маркеры некроза миокарда; ЭХО- КГ; КАГ.
4. Первичное ЧКВ (ангиопластика + стентирование) или Тромболизис; обезболивание; антиагреганты; антикоагулянты; β -адреноблокаторы; статины, ингибиторы АПФ.
5. Абсолютные противопоказания к тромболитической терапии:
 - -ранее перенесенный геморрагический инсульт или нарушение мозгового кровообращения неизвестной этиологии;
 - ишемический инсульт в предшествующие 6 месяцев;
 - повреждения или новообразования ЦНС,
 - артериовенозные мальформации ЦНС;
 - недавняя серьезная травма, хирургическое вмешательство, травма головы, желудочно-кишечное кровотечение (в течение предыдущего месяца);
 - известные геморрагический диатез или кровоточивость
 - расслоение аорты (заподозренное или подтвержденное);
 - пункция некомпенсируемых сосудов, биопсия печени, спинномозговая пункция в
 - течение предыдущих 24 часов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №39

Мужчина 59 лет вызвал врача на дом. Жалуется на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. Вышеописанная симптоматика появилась около 2 часов назад после интенсивной физической нагрузки. Самостоятельно принял 2 таблетки нитроглицерина – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили.

В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 10 лет с максимальными цифрами артериального давления 200/100 мм рт.ст. Регулярно лекарственные препараты не принимал. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет.

При объективном обследовании: кожные покровы влажные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 минуту. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

На ЭКГ: синусовый ритм, подъем сегмента ST > 2 мм в отведениях II, III, aVF.

Транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии, располагающего возможностью проведения первичного ЧКВ – 30 мин.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какой должна быть тактика ведения пациента на догоспитальном этапе?
4. Какой объём медикаментозной помощи должен быть оказан пациенту на догоспитальном этапе?
5. Достаточно ли данных для постановки диагноза инфаркт миокарда? При необходимости предложите дополнительные методы исследования.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №39

1. Острый коронарный синдром с подъёмом сегмента ST в нижней стенке левого желудочка. Артериальная гипертензия III стадии, III степени, риск 4.
2. Диагноз «ОКС» поставлен на основании жалоб пациента на типичные ангинозные боли, продолжающиеся около 2 часов, не купирующиеся приёмом Нитроглицерина; характерных изменений ЭКГ: подъём сегмента ST > 2 мм в более чем в двух смежных отведениях. Диагноз «артериальная гипертензия» (АГ) установлен на основании данных анамнеза (повышение АД в последние 10 лет), стадия АГ установлена на основании наличия ОКС, свидетельствующего о заболевании сердца как ассоциированном клиническом состоянии. Постановка степени АГ основана на цифрах повышения АД в анамнезе и при объективном осмотре. Риск ССО определён в соответствии со степенью повышения АД и наличия ассоциированного клинического состояния.
3. Пациенту требуется экстренная госпитализация. Необходим вызов бригады интенсивной терапии. Учитывая то, что транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии составляет менее 120 минут с момента первого медицинского контакта, наиболее целесообразной тактикой является выполнение первичного ЧКВ.
4. На догоспитальном этапе: повторно – Нитроглицерин повторно, Морфин в/в дробно, Аспирин 250 мг разжевать, нагрузочная доза Клопидогрела - 300 мг внутрь, прямые антикоагулянты в/в болюсно - Гепарин.
5. Данных недостаточно. Диагноз может быть установлен на госпитальном этапе при обнаружении в крови наиболее специфических маркеров некроза миокарда - КФК-МВ, сердечных тропонинов и/или при наличии характерной ЭКГ-динамики.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №40

Больной А. 67 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, плохой аппетит, затруднение при глотании, одышку при

минимальной физической нагрузке (вставание с кровати, одевание), отеки ног, постоянные, несколько увеличивающиеся к вечеру.

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

При осмотре: состояние больного тяжёлое, значительная бледность и умеренная иктеричность кожи и слизистых оболочек, выражены одутловатость лица, отёки голеней. Сознание ясное, речь замедлена. Лимфоузлы не увеличены. В нижних отделах легких небольшое количество влажных хрипов. Сердце увеличено на 2 см влево от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, систолический негрубый шум над всеми точками. Пульс – 109 в 1 мин, ритмичный. АД – 90/60 мм рт. ст. Язык ярко-красный, гладкий, с трещинами. Печень выступает на 3-4 см из-под края рёберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется край селезёнки.

Неврологический статус: дистальные гиперстезии, повышение глубоких сухожильных рефлексов, снижена сила мышц нижних конечностей.

Данные ЭКГ: ритм синусовый, блокада правой ножки пучка Гиса.

Отрицательный зубец T в V4-V6 отведениях.

Анализ крови: эритроциты - $1,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 47 г/л, цп-1,3, MCV - 110 fL, лейкоциты - $3,0 \times 10^9/л$, тромбоциты - $145 \times 10^9/л$, ретикулоциты - 0,1%, СОЭ – 23 мм/ч, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 58%, лимфоциты – 31%, моноциты – 5%, эозинофилы – 2%, базофилы – 0%, анизоцитоз (макроцитоз), пойкилоцитоз, мегалоциты, тельца Жоли, кольца Кэбота.

Вопросы:

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Дифференциальный диагноз.
5. План лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №40

1. В-12 дефицитная анемия, тяжелой степени. Фуникулярный миелоз. В-12 индуцированная миокардиодистрофия, гипертрофия левого желудочка, блокада правой ножки пучка Гиса, ХСН II Б - IIIА, ФК III-IV.
2. Диагноз «В-12 дефицитная анемия, тяжелой степени. Фуникулярный миелоз» выставлен на основании жалоб (общая слабость, плохой аппетит, затруднение при глотании); наличия синдромов гепатоспленомегалии, желтухи, полинейропатии; данных объективного осмотра (ярко-красный, гладкий, с трещинами язык, гипотония (АД - 90/60), тахикардия (Ps - 109 в минуту)); лабораторных исследований (эритроциты - $1,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 40 г/л, MCV – 110 fL, цветовой показатель - 1,3, СОЭ - 23 мм/ч, анизоцитоз (макроцитоз), пойкилоцитоз, мегалоциты, тельца Жоли, кольца Кэбота). Диагноз «В-12 индуцированная миокардиодистрофия, ХСН II Б - IIIА, ФК III-IV (по NYHA), гипертрофия левого желудочка, блокада правой ножки пучка Гиса» выставлен на основании жалоб (одышка при минимальной физической нагрузке (вставание с кровати, одевание), отеки ног, постоянные, несколько увеличивающиеся к вечеру); данных осмотра (сердце увеличено на 2 см влево от левой среднеключичной линии, тоны сердца приглушены, систолический негрубый шум над всеми точками); данных инструментальных исследований (ритм синусовый, блокада правой ножки пучка Гиса, отрицательный зубец Т в V4-V6 отведениях).
3. Биохимический анализ крови с определением фракций В_i (тип желтухи), общего белка; ЭХО-кардиография (верификация диагноза ХСН); ФЭГДС (исключение патологии желудка и двенадцатиперстной

кишки); кал на яйца глист (исключение дифиллоботриоза); исследования уровня витамина В12 в сыворотке крови, уровней метилмалоновой кислоты (норма - 70-279 нмоль/л) и гомоцистеина (норма - 5-15 ммоль/л) (их увеличение подтверждает диагноз «В12 дефицитная анемия»); биопсия костного мозга (исключение лейкоза, а так же выявление мегалобластического типа кроветворения, характерного для В12ДА).

4. Фолиевая дефицитная анемия - отсутствует фуникулярныймиелоз, отсутствие повышения метилмалоновой кислоты). Железодефицитная анемия - имеется микроцитоз, цветовой показатель $<0,85$, снижение сывороточного железа, повышение железосвязывающей способности, отсутствует фуникулярныймиелоз, тельца Жоли, кольца Кебота, мегалоциты.

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №41

Мужчина 32 лет жалуется на повышение температуры до $39,5^{\circ}\text{C}$, сопровождавшееся ознобом; одышку при небольшой физической нагрузке; боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, умеренной интенсивности, длительные.

Из анамнеза известно, что употребляет героин в течение 4 лет (инъекции в локтевые вены, область паха). За 2 недели до госпитализации отметил повышение температуры до $39,5^{\circ}\text{C}$. В качестве жаропонижающих больной принимал нестероидные противовоспалительные препараты. Через 3 суток температура снизилась до $37,2-37,4^{\circ}\text{C}$, самочувствие несколько улучшилось. Однако через 10 дней лихорадка возобновилась, в связи с чем пациент был госпитализирован.

При осмотре: кожа бледная, чистая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ИМТ – 17 кг/м². Температура тела – 38,9°C. В лёгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, на основании мечевидного отростка – систолический шум, усиливающийся на высоте вдоха при задержке дыхания. Акцент 2-го тона на а. pulmonalis. АД – 110/60 мм рт. ст., ЧСС – 100 ударов в мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, край печени гладкий. Отёки стоп и голеней. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено.

В анализах: эритроциты – $3,3 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 118 г/л, лейкоциты – $14,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 15%, СОЭ – 46 мм/ч, альбумина сыворотки крови - 29 г/л, креатинин - 66 мкмоль/л, СКФ – 92 мл/мин/1,73м², СРБ – 110 мг/л (в норме – до 5 мг/л). В общем анализе мочи: удельный вес – 1016, эритроциты – 0-1 в поле зрения.

При посеве крови на стерильность дважды выделен *St. aureus*, чувствительный к оксациллину, цефтриаксону.

Данные ЭхоКГ: размеры камер сердца не увеличены. Митральный клапан: створки уплотнены, характер движения створок разнонаправленный. Фракция выброса – 55%. Трикуспидальный клапан: створки уплотнены, утолщены, визуализируются средней эхоплотности структуры на средней и передней створках размерами 1,86 и 1,11×0,89 см; характер движения створок разнонаправленный, трикуспидальная регургитация III–IV степени.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Тактика ведения больного, немедикаментозная и

медикаментозная терапия. Обоснуйте свой выбор.

5. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №41

1. Первичный острый стафилококковый инфекционный эндокардит. Недостаточность трикуспидального клапана 3 степени. ХСН IIА, ФК 3, с сохраненной фракцией выброса.

2. Диагноз основного заболевания не вызывает сомнений: наблюдались 2 больших (трикуспидальная недостаточность, вегетации на трикуспидальном клапане и положительная гемокультура) и 2 малых (фебрильная лихорадка, «входные ворота» в виде в/в употребления наркотиков) диагностических критерия инфекционного эндокардита, а также лабораторные признаки синдрома системного воспалительного ответа, анемия, свойственные трикуспидальной локализации инфекционного эндокардита.

3. Пациенту рекомендовано: проведение повторного общего анализа крови и посева крови, общего анализа мочи, биохимических анализов крови (функциональные пробы печени, электролиты крови, железо, ферритина, прокальцитонина), маркеров вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции; рентгенография грудной клетки, ЭКГ, ЭхоКГ в динамике; УЗИ-исследование почек; консультации врача-кардиохирурга, врача-нарколога.

4. С момента постановки диагноза – немедленная госпитализация. Исключить приём наркотических средств. Применение антибактериальной терапии острого инфекционного эндокардита, вызванного оксациллинчувствительным штаммом золотистого стафилококка. Пациенту должна быть назначена антибактериальная терапия в соответствии с чувствительностью микроба к антибиотку: Цефтриаксон в дозе 2 г/сутки в/в в сочетании с Амикацином – 1 г/сут в

течение 10 дней. В последующем - лечение Цефтриаксоном в указанной дозировке продолжать до 4-6 недель.

5. Через 6 недель регулярной антибактериальной терапии температура должна стойко нормализоваться, гемокультура в посевах крови не выделяться. Продолжить динамическое наблюдение. С учётом патологии клапанов есть показания к оперативному лечению - выполнение операции протезирования трикуспидального клапана

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №42

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

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пальпируются конгломераты увеличенных подчелюстных, шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов, при пальпации – эластичные, безболезненные, малоподвижные, кожа над ними не изменена, симметрично увеличены – шейные и подчелюстные до 2-3 см, подмышечные до 3-4 см, паховые до 4 см в диаметре.

В легких дыхание везикулярное, хрипов не слышно, ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, край эластичный, безболезненный.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,6 \times 10^{12}$, Нв – 129 г/л, тромбоциты – 200×10^9 /л, лейкоциты – 39×10^9 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 2%, лимфоциты – 92%,

моноциты – 4%, СОЭ – 30 мм/ч, тени Боткина-Гумпрехта – 1-2 в поле зрения.

Вопросы:

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

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №42

1. Хронический лимфолейкоз, II стадия по R2i.
2. Диагноз «хронический лейкоз» поставлен на основании клинических данных (пожилой возраст, жалобы на повышенную утомляемость, потливость, увеличение лимфоузлов); объективных данных (симметричное увеличение лимфоузлов, при пальпации они безболезненные, тестоватой или эластичной консистенции, подвижные, кожа над ними не изменена, характерно наличие спленомегалии, в общем анализе крови - лейкоцитоз с абсолютным лимфоцитозом, тени Боткина-Гумпрехта). II стадия хронического лимфолейкоза диагностируется при увеличении селезёнки.
3. Биохимические анализы крови. Стернальная пункция (в пунктате костного мозга увеличение количества лимфоцитов более 30%), УЗИ органов брюшной полости (наличие спленомегалии, определить, есть ли увеличение внутрибрюшных и забрюшинных лимфоузлов). Рентген грудной клетки (определить, есть ли увеличение внутригрудных лимфоузлов). Трепанобиопсия, биопсия лимфоузла, иммунофенотипирование костного мозга (дифференциальный диагноз с неходжкинской лимфомой).

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

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №43

Больная Д. 50 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных, плечевых, голеностопных суставах, в плюснефаланговых суставах стоп, наиболее выраженные в ночное время и в утренние часы; в течение всего дня; субфебрильную температуру по вечерам, общую слабость.

Из анамнеза. Считает себя больной около 3 месяцев, когда появились боли в суставах и их припухание, утренняя скованность в течение 1 часа. За медицинской помощью не обращалась, лечилась нестероидными противовоспалительными мазями без улучшения. В течение последнего месяца боли и отечность суставов усилились, утренняя скованность сохраняется весь день, субфебрильная температура тела. Похудела за период болезни на 6 кг. Нетрудоспособна.

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

мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги.

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

Общий анализ крови: эритроциты – $3,5 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 112 г/л, лейкоциты – $8,6 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 30%, моноциты - 6%, СОЭ – 58 мм/ч.

Биохимические анализы крови: глюкоза – 3,2 ммоль/л, общий билирубин – 15 мкмоль/л, креатинин – 54 мкмоль/л; общий белок – 76 г/л, альбумины - 50%, глобулины: α_1 – 6%, α_2 – 14%, β – 12%, γ - 17%, СРБ – 32,2 мг, фибриноген – 5,8 г/л, мочевиная кислота - 0,24 ммоль/л. Ревматоидный фактор - 62 МЕ/мл (в норме до 15 МЕ/мл). Антитела к ДНК – отрицательные. АЦЦП >200 Ед/мл.

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

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте лечение. Обоснуйте свой выбор.
5. Через 6 месяцев регулярной терапии: гемоглобин – 134 г/л, СОЭ – 38 мм/час, СРБ - 10,2 мг/л, РФ – 17,2 МЕ/мл. Сохраняются боли во II, III пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных суставах, утренняя скованность до 2-3 часов. Какова Ваша

дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №43

1. Ревматоидный артрит, серопозитивный, АЦЦП-положительный, ранняя стадия, высокой степени активности, эрозивный (2 рентгенологическая стадия), ФК-3.
2. Диагноз «ревматоидный артрит (РА)» установлен на основании жалоб больной на симметричные боли в суставах кистей, наличие утренней скованности; данных анамнеза (пациентка отмечает появление болевого и суставного синдромов 3 месяца назад); установление степени РА основано на количестве болезненных и припухших суставов при осмотре, данных ВАШ и СОЭ, в дальнейшем степень активности заболевания требует уточнения по формуле DAS28. Стадия РА установлена на основании рентгенографии суставов кистей и стоп.
3. Пациенту рекомендовано: рентгенография грудной клетки (исключить поражение лёгких), УЗ-исследование суставов (синовит, теносиновит).
4. Учитывая высокую активность заболевания и отсутствие эффекта от предшествующей терапии НПВП, показано назначение преднизолона в дозе 10-20 мг/с с последующей возможной отменой. В качестве базисной терапии - препарат «первой линии» Метотрексат 10 мг/нед с последующей эскалацией дозы. Назначается МТ в комбинации с фолиевой кислотой в дозе 5 мг/неделю. При непереносимости метотрексата – назначением лефлуномида или сульфасалазина.
5. С учётом недостаточной эффективности Метотрексата в адекватной дозе в течение 6 месяцев рекомендуется применение генно-инженерных препаратов, напр., ингибитора ФНО- α (инфликсимаб, адалимумаб или др.) Для увеличения эффективности терапии и снижения иммуногенности ГИБП целесообразно сочетать с применением МТ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №44

Мужчина 39 лет, водитель. Поступил в приёмное отделение стационара самостоятельно. Жалобы на резкую боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошноту, однократно рвоту съеденной пищей, не приносящую облегчения, умеренное вздутие живота, общую слабость, отсутствие аппетита на момент осмотра.

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

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

Общий анализ крови: лейкоциты - $9,6 \times 10^9$ /л, СОЭ – 16 мм/ч.

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

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

От ФГДС больной отказался.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Обоснование диагноза.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Дифференциальный диагноз.
5. План лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №44

1. Хронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение.
2. Диагноз выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма «Но-шпы», злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - $9,6 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 16 мм/ч; анализ кала: стеаторея, креаторея, амилорея).

Диагноз «алкогольный стеатоз печени» выставлен на основании объективного обследования (печень при пальпации плотная, безболезненная, около края рёберной дуги, размер по Курлову 10×9×8 см); УЗИ ОБП (печень увеличена, с перипортальными уплотнениями). Диагноз «ЖКБ, латентное течение» выставлен на основании: УЗИ ОБП – желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой.

3. Биохимический анализ крови (глюкоза, липаза, трипсин, амилаза, АЛТ, АСТ, ГГТП, билирубин и фракции).

Консультация врача-хирурга. Копрограмма, анализ кала на эластазу-1 для подтверждения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Биохимический анализ крови: билирубин и его фракции, щелочная фосфатаза для исключения холестаза. Повторный анализ крови на наличие повышения глюкозы, при необходимости - гликемический профиль, гликированный гемоглобин (исключить сахарный диабет). КТ брюшной полости (исключить наличие кисты панкреас, опухоли панкреас). ФГДС (исключить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки).

4. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - свойственны язвенный анамнез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие поносов, сезонность боли, связь боли с приёмом пищи, «голодные» боли. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически - наличием ниши, при фиброгастроскопии - наличием язвенного дефекта. Дисфункция сфинктера Одди - характеризуется болью тупого характера в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, лопатку. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда - напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение содержания

холестерина, β - липопротеинов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров).

5. Показана госпитализация в стационар. 1) Полный отказ от алкоголя. 2) Диета: стол № 5п по Певзнеру. 3) Спазмолитический препарат (например, Дротаверин 4 мл (80 мг) 2 раза в сутки в/м). 4) Анальгетики (например, Баралгин 250 мг внутрь 2 раза в сутки, Парацетамол) при болях. 5) ИПП (омез 40 мг и др.), алмагель 1ст. л. 3 раза в день за 30 – 40 мин. до еды, антибиотики (ципрофлоксацин 500 мг 2 раза в день после приема пищи – 5-7 дней, панкреатин во время приема пищи.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №45

Мужчина 33 лет обратился к участковому врачу-терапевту с жалобами на приступы удушья, возникающие 1-2 раза в месяц, с затруднённым выдохом, сопровождающиеся свистящими хрипами и тяжестью в груди, приступообразным кашлем с трудноотделяемой слизистой мокротой. В последнее время приступы участились до 2-3-х раз в неделю, возникают и ночью.

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

Состояние пациента удовлетворительное, частота дыхания – 20 в мин. SpO₂ 96%. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих рассеянных хрипов на выдохе. Тоны сердца ритмичные, ясные, 88 ударов в минуту, АД – 118/78 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены.

Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

В анализах крови: лейкоциты – $6,5 \times 10^9/\text{л}$; сегментоядерные нейтрофилы – 63%; лимфоциты – 23%; эозинофилы – 10%; моноциты – 4%, СОЭ – 10 мм/ч. Общий анализ мокроты: консистенция вязкая, характер слизистый, лейкоциты – 1–5 в поле зрения, эозинофилы – 20–30 в поле зрения, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена. Общий IgE сыворотки крови повышен в три раза.

Спирометрия: прирост ОФВ1 после ингаляции Сальбутамола – 22%.

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

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите группы лекарственных препаратов, которые Вы бы рекомендовали пациенту в настоящее время. Обоснуйте свой выбор.
5. Через неделю пациент вновь пришел на приём к врачу. Жалоб не предъявляет, приступы прекратились. В лёгких при объективном обследовании хрипы не выслушиваются. Выберите дальнейшую тактику лечения больного и объясните Ваш выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №45

1. Бронхиальная астма, атопическая форма, лёгкое персистирующее течение, обострение легкой степени. Поллиноз с проявлениями аллергического риноконъюнктивита.
2. Диагноз «бронхиальная астма» установлен на основании жалоб больного на приступы удушья экспираторного характера, в том числе ночные, купирующиеся Эуфиллином, сопровождающиеся кашлем с

трудноотделяемой мокротой и свистящими хрипами; выявленных также на приёме у врача при аускультации сухих свистящих хрипов, а также изменений в анализах крови, мокроты и при спирометрии. Персистирующее течение бронхиальной астмы установлено на основании появления приступов в течение всего года. Атопический характер астмы подтверждается наличием поллиноза, наследственностью, эозинофилией в общем анализе крови и мокроте, повышением общего IgE в сыворотке крови и отсутствием очаговых или инфильтративных теней в лёгких на рентгенограмме. Лёгкое течение соответствует редкой частоте приступов 1-2 раза в месяц. Об обострении астмы свидетельствует учащение приступов до 2-3 раза в неделю и появление ночных симптомов.

3. Пациенту рекомендовано: спирометрия с проведением пробы с Сальбутамолом в динамике для контроля тяжести течения; контроль общего анализа крови и мокроты в динамике для исключения присоединения инфекции; консультация аллерголога для оценки аллергического статуса.

4. Бета-2-агонисты короткого действия «по требованию». Выбор препаратов этой группы основан на наиболее быстром и достаточном по длительности бронхорасширяющем действии при лёгкой бронхиальной астме. В связи с обострением заболевания к бета-2-агонистам короткого действия следует добавить небольшие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов в качестве базисной терапии до купирования обострения.

5. Продолжить базисную терапию ингаляционными глюкокортикостероидами. Продолжить терапию бета-2-агонистами короткого действия «по требованию». Назначить визит последующего наблюдения через 1-2 недели для оценки эффективности терапии и возможной её коррекции при необходимости

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

Из анамнеза известно, что страдает хроническим тонзиллитом. Подобные симптомы впервые появились 2 года назад, длительно лечился в нефрологическом отделении, получал преднизолон с положительным эффектом, выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. После выписки у врача не наблюдался, не лечился, хотя отмечал периодически отёки на лице. 2 недели назад переболел ангиной, после этого состояние резко ухудшилось, появились вышеуказанные жалобы. При осмотре АД – 150/95 мм рт. ст., ЧСС – 92 удара в минуту, ЧДД – 22 в мин.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,4 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 124 г/л, цветовой показатель - 0,89, лейкоциты - $5,4 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула - в норме, СОЭ – 42 мм/ч.

Биохимическое исследование: общий белок крови – 35,6 г/л, альбумины – 33%, холестерин крови – 9 ммоль/л.

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

Вопросы:

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

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №46

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №47

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

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

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

сердечных сокращений – 96 в минуту. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочеиспускание учащено и болезненно. Отеков нет.

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

Общий анализ мочи: реакция щелочная, белок - 0,06%, лейкоциты – сплошь в поле зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения, бактерии – значительное количество.

УЗИ почек: почки расположены правильно, размеры на верхней границе нормы. Чашечно-лоханочная система расширена с обеих сторон.

Вопросы:

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

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №47

1. Хронический двусторонний пиелонефрит, фаза обострения.
2. Хронический, так как в анамнезе – неоднократные подъёмы температуры, сочетающиеся с болями в животе и болезненным мочеиспусканием. По данным УЗИ выявлено расширение собирательных систем обеих почек. Фаза обострения, так как при поступлении имелись явления интоксикационного синдрома, положительный симптом 12 ребра

с обеих сторон, выраженная лейкоцитурия и бактериурия, воспалительная реакция периферической крови.

3. Необходимо выполнить бактериологическое исследование мочи с целью типирования микрофлоры; исследование мочи по Зимницкому (для хронического пиелонефрита характерно умеренное снижение концентрационной способности почек); определение креатинина крови, при нормальных значениях показана внутривенная экскреторная урография (для оценки анатомического и функционального состояния мочевыводящих путей).

4. Определение чувствительности микрофлоры мочи к антибиотикам.

5. Наблюдение врача-нефролога, врача-терапевта участкового по месту жительства, санация хронических очагов инфекции. Контроль общего анализа мочи 1 раз в месяц, внеочередной контроль общего анализа мочи при интеркуррентных заболеваниях. Противорецидивное лечение после обострения в течение 1 года с применением растительных уросептиков. Сцинтиграфия почек через 6 месяцев после купирования атаки пиелонефрита (наличие очагов сморщивания паренхимы почек у пациентки с хроническим воспалительным процессом). Мониторинг СКФ 1 раз в 6 месяцев.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №48

Больной М. 27 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головную боль, общую слабость и утомляемость, снижение аппетита.

Из анамнеза известно, что в возрасте 14 лет после перенесенного ОРВИ у пациента появились отёки лица, сохранялась субфебрильная температура в течение 3-4 месяцев, были изменения в моче. Лечился у педиатра около года «от нефрита», получал преднизолон. Последний год чувствовал себя хорошо, заметных отёков не было. Во время медосмотра выявлено повышение АД - 140/90 мм рт. ст. и пастозность лица. Было

рекомендовано обратиться в поликлинику по месту жительства для обследования и верификации диагноза.

При осмотре: нормального телосложения, ИМТ = 21 кг/м², кожа бледная, сухая, имеются следы расчесов на руках, пояснице, туловище, отёки лица и кистей рук. Язык сухой, с коричневатым налетом. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1,5 см от срединно-ключичной линии. Пульс - 76 ударов в минуту, высокий. АД - 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон. Отмечает уменьшение выделяемой мочи. Отёков на нижних конечностях нет.

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

Биохимические исследования крови: общий холестерин – 7 ммоль/л, креатинин крови – 170 мкмоль/л, мочевины крови – 11 ммоль/л.

В анализах мочи: удельный вес – 1009, белок – 1,1%, лейкоциты – 2-4 в поле зрения, эритроциты измененные – 7-10 в поле зрения, гиалиновые цилиндры – 2-3 в поле зрения. Альбуминурия - 250 мг/сут. СКФ (по формуле СКД-EPI) – 55 мл/мин.

Вопросы:

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

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №48

1. Хронический гломерулонефрит, латентная форма, ремиссия. ХБП 3а, А2 Симптоматическая артериальная гипертензия 1 ст., риск 3. Анемия легкой степени нефрогенного характера.
2. Диагноз «хронический гломерулонефрит» предположен на основании анамнестических данных (10 лет назад лечился по поводу гломерулонефрита), характерного мочевого синдрома у больного (протеинурия, эритроцитурия), отёчного и гипертензионного синдрома. Диагноз «хроническая болезнь почек (ХБП)» определён по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) на протяжении 3 и более месяцев (анамнестические данные) и снижения СКФ.
3. Целесообразно, помимо проведённых анализов, сделать УЗИ почек и УЗДС сосудов почек. Для установки диагноза «ХБП» необходимо наличие следующих критериев: выявление любых клинических маркеров повреждения почек, подтверждённых на протяжении периода длительностью не менее 3 месяцев; наличие маркеров необратимых структурных изменений органа, выявленных однократно при прижизненном морфологическом исследовании органа или при его визуализации; снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин/1,73 м², сохраняющееся в течение трёх и более месяцев, вне зависимости от наличия других признаков повреждения почек. В связи с этим для того, чтобы подтвердить диагноз «ХБП» необходимо провести повторно все обследования через 3 месяца (в условии задачи нет данных о наличии снижения СКФ и альбуминурии в течение 3 и более месяцев).
4. У больного выявлена сниженная скорость клубочковой фильтрации (СКФ) до 30–60 мл/мин впервые, поэтому следует оценить стабильность нарушения функции почек. Повторное обследование проводится через 2–4 недели и далее через 3–6 месяцев: измерение АД, осмотр глазного дна, СКФ и креатинин крови, липидный профиль, глюкоза, общий анализ крови (гемоглобин), калий, натрий, кальций, фосфор, мочевая кислота, общий анализ мочи, суточная альбуминурия (протеинурия), при

стабильном течении (снижение СКФ менее 2 мл/мин за 6 мес.) – ежегодно. Консультация врача-нефролога проводится в следующих случаях: СКФ <30 мл/мин (ХБП 4–5 стадий). СКФ 30–60 мл/мин (ХБП 3 стадии) с быстрым снижением функции почек или с риском быстрого снижения функции почек: прогрессирующее снижение СКФ (более 15% за 3 месяца), протеинурия более 1 г/сут, выраженная и неконтролируемая артериальная гипертензия, анемия (гемоглобин менее 110 г/л).

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №49

Больной С. 49 лет, программист. Обратился к участковому врачу-терапевту с жалобами на давящие боли за грудиной, иррадиирующие в левое плечо, возникающие при ходьбе около 100 метров, иногда в покое, купирующиеся сублингвальным приемом 1-2 аэрозольными дозами Изоката через 2-3 минуты, одышку, сердцебиение при незначительной физической нагрузке. Вышеописанные боли впервые появились около 4х лет назад. Принимает Изокетспрей для купирования болей, Аспирин кардио 100 мг 1 табл. утром, Эфокслонг 50 мг. Принимал статины около трех лет, последний год не принимает. За последние полгода снизилась толерантность к физической нагрузке. Больной курит около 30 лет, по 1 пачке в день. Наследственность: отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда.

Общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Периферических отеков нет. ЧДД - 16 в минуту, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии:

правая - правый край грудины IV межреберье, верхняя – III межреберье, левая – на 1,0 см кнутри от левой среднеключичной линии V межреберье. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над аортой. ЧСС– 82 удара в мин. АД - 135/80 мм рт. ст. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом 12 ребра отрицательный с двух сторон.

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

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

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

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

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

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Проведите обоснование клинического диагноза.
3. Назовите основные факторы риска атеросклероза.
4. Назначьте немедикаментозное и медикаментозное лечение.
5. Есть ли показания к хирургическому лечению в данном случае?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №49

1. ИБС: Стенокардия напряжения III ф. кл. ХСН с сохраненной ФВ (57%), I ст., 2 ф. кл.
2. Диагноз «ИБС: Стенокардия напряжения III ф. кл.» поставлен на основании: характера боли – давящая, локализации боли – за грудиной, иррадиации – в левое плечо, условий возникновения боли – связь с физической нагрузкой (боли возникают при ходьбе около 100 м, иногда в покое – это характерно для III ф. кл. стенокардии), купирование болей Изокетом спрей – в течение 2-3 минут. Боли за грудиной отмечает в течение 4х лет, последние полгода - снижение толерантности к физической нагрузке, следовательно, стенокардия стабильная. Диагноз «ХСН с сохраненной ФВ (57%, I ст., 2 ф. кл.» выставлен на основании того, что симптомы ХСН (одышка, сердцебиение) появляются при умеренной физической нагрузке; в покое гемодинамика не нарушена. По ЭхоКГ ФВ левого желудочка 57% (от 50% - сохраненная ФВ).
3. Возраст: мужчины старше 40 лет, женщины старше 50 лет или с ранней менопаузой; курение вне зависимости от количества; артериальная гипертензия (АД $>140/90$ мм рт. ст. или постоянный прием антигипертензивных препаратов); сахарный диабет II типа (глюкоза крови натощак более 6,0 ммоль/л (110 мг/дл)); раннее начало ИБС у ближайших родственников (отягощенная наследственность) (инфаркт миокарда или нестабильная стенокардия у мужчин в возрасте <55 лет, у женщин <65 лет), семейная гиперлипидемия по данным анамнеза (IIa, IIb и III типы ДЛП); абдоминальное ожирение (окружность талии у мужчин >94 см, у женщин >80 см, ИМТ ≥ 30 кг/м²); хроническое заболевание почек (ХПН со снижением СКФ < 60 мл/мин или гломерулонефрит, тубулоинтерстициальный нефрит, пиелонефрит, структурные патологии почек).
4. Немедикаментозное лечение ИБС: воздействие на факторы риска - гипохолестериновая диета, прекращение курения, достаточная физическая активность, коррекция массы тела. Фармакотерапия: Нитроглицерин – для

купирования приступа стенокардии + 1. Лечение, направленное на устранение симптомов заболевания: 1) препараты первой линии: при наличии стенокардии I-II ф. кл. и ЧСС >60 уд./ мин. β- адреноблокаторы или недигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов; при стенокардии III-IV ф. кл. возможно назначение β- адреноблокатора и дигидропиридинового блокатора медленных кальциевых каналов (для достижения ф. кл. I); при неэффективности препаратов первой линии у пациентов со стабильной стенокардией; 2) один из препаратов второй линии: органические нитраты (Кардикет 20 мг 2 раза в день, Моночинкверетард 50 мг 1 раз в день), блокаторы If каналов (Ивабрадин 5 мг 2 раза в день), блокаторы медленного натриевого тока (Ранолазин 5000 мг 2 раза в день) или активаторы калиевых каналов (Никорандил 10-20 мг 3 раза в день). + 2. Лечение, направленное на профилактику сердечно-сосудистых осложнений: антиагреганты (Ацетилсалициловая кислота 75-100 мг в сутки), гиполипидемические препараты (Розувастатин 10 мг 1 раз в день или Аторвастатин 20 мг 1 раз в день), ингибиторы АПФ (Периндоприл 4 мг 1 раз в день).

5. Показания к хирургическому лечению у данного больного имеются. Об этом свидетельствуют данные коронарографии: стеноз в/3 левой коронарной артерии - 80%, с/3 огибающей артерии - 80%. При однодвухсосудистом поражении с нормальной фракцией выброса левого желудочка показаны чрезкожная транслюминальная коронарная ангиопластика и стентирование.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №50

Больная 30 лет направлена врачом-терапевтом участковым в клинику с жалобами на резкую слабость, головокружение, мелькание мушек перед глазами, одышку при физической нагрузке, периодически возникающие колющие боли в области сердца, склонность к употреблению мела, теста.

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

Объективно: кожные покровы бледные, сухие. Ногти с поперечной исчерченностью, расслаиваются. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке сердца. ЧСС - 92 удара в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, сосочки сглажены. Печень и селезёнка не пальпируются. Общий анализ крови: гемоглобин – 79 г/л, эритроциты - $3,3 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,7, ретикулоциты - 6%, тромбоциты - 200×10^9 /л, лейкоциты - $5,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 33%, моноциты - 3%, СОЭ – 18 м/ч; анизоцитоз, гипохромия эритроцитов.

Содержание железа в сыворотке крови – 3,0 мкмоль/л, общая железосвязывающая способность сыворотки – 89,4 мкмоль/л, насыщение трансферрина – 4,0%, сывороточный ферритин - 7 мкг/л.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз больной.
2. Чем может быть обусловлен систолический шум на верхушке сердца?
3. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо назначить больной для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение. Обоснуйте выбор терапии.

5. Какие рекомендации Вы могли бы дать пациентке по вторичной профилактике заболевания?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №50

1. Хроническая железодефицитная анемия средней степени тяжести на фоне меноррагий.
2. Систолический шум носит функциональный характер. Он обусловлен разжижением крови, что происходит при анемии, компенсаторном повышении ЧСС, скорости кровотока и возникновении турбулентного движения крови.
3. Кровь на стерильность трёхкратно, общий анализ мочи, кал на скрытую кровь трёхкратно, гинекологическое исследование, УЗИ почек и внутренних органов, эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта (включая ЭФГДС, ректороманоскопию и колоноскопию), ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки.
4. Основа лечения хронической железодефицитной анемии - приём препаратов железа per os (Сорбифердуролес 100 мг по 1 драже 1-2 раза в сутки, Мальтофер 100мг по 1 таб. 2 раза в день, Ферлатум фол по 1 фл. 2 раза в день и др.). Согласно рекомендациям, разработанным ВОЗ, при назначении препаратов железа предпочтение отдают препаратам, содержащим двухвалентное железо. Суточная доза должна достигать у взрослых 2 мг/кг элементарного железа. Общая длительность лечения не менее трёх месяцев (иногда до 4-6 месяцев).
5. Лицам с ранее излеченной железодефицитной анемией при наличии условий, угрожающих развитием рецидива железодефицитной анемии (обильные менструации, ЯБ, геморрой и др.), проводится профилактика анемии препаратами железа (двухвалентного). Рекомендуется профилактический курс длительностью 6 недель (суточная доза железа 40 мг), затем проводятся два шестинедельных курса в год или приём 30-40 мг

железа ежедневно в течение 7-10 дней после менструации. Кроме того, необходимо ежедневно употреблять не менее 100 грамм мяса.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №51

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

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

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

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний присутствуют у больного?
3. Составьте план дополнительного обследования больного.
4. Какие немедикаментозные рекомендации Вы сделаете в первую очередь?

5. Какие диуретики можно рекомендовать пациенту в составе комбинированной терапии?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ 51

1. Артериальная гипертония 2 стадии 3 степени. Гиперлипидемия. Ожирение 2 ст. Риск 4 (очень высокий).
- 2.
3. Суточное мониторирование АД для оценки суточного профиля АД; ЭКГ; ЭХО- КГ для оценки поражения органа-мишени (выявление гипертрофии левого желудочка, систолической и диастолической функции сердца); лабораторное обследование (общие анализы крови и мочи; анализ крови на содержание креатинина, глюкозы, калия, натрия); исследование сосудов глазного дна; УЗИ почек для оценки поражения органа-мишени; ЦДС сосудов головного мозга (для выявления поражений органа-мишени).
4. Диета с ограничением: а) соли до 4-6 г в сутки; б) насыщенных жиров; в) энергетической ценности рациона при ожирении; ограничение употребления алкоголя; регулярные физические упражнения; прекращение курения; снятие стресса (релаксация), модификация условий окружающей среды.
5. Хлорталидон, Индапамид или Торасемид (менее предпочтителен Гипотиазид в связи с его негативным влиянием на метаболизм углеводов и липидов).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №52

Пациент С. 30 лет, жалуется на боли жгучего характера в подложечной области, возникающие натощак и по ночам, изжогу, тошноту, иногда, на высоте болей, рвоту, приносящую облегчение.

Данные симптомы беспокоят в течение 10 лет, к врачам не обращался. Ухудшение состояния отмечает весной и осенью. Самостоятельно принимает соду, алмагель, вызывающие положительный эффект. Настоящее обострение связывает с приёмом Вольтарена по поводу болей в поясничной области.

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

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, СОЭ – 10 мм/ч, лейкоциты – $5,2 \times 10^9$ /л; лейкоформула: палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, лимфоциты - 27, моноциты - 5.

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

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

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

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите экзогенные и эндогенные предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.
3. Показания к госпитализации.

4. Осложнения данного заболевания.
5. Назначьте лечение.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ 52

1. Впервые выявленная язвенная болезнь, локализация язвы (0,7 см) на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с Н.р. Рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки.
2. Экзогенные факторы: нервно-психические воздействия, психоэмоциональный стресс; травмы, заболевания головного мозга; алиментарный фактор; приём лекарственных препаратов (НПВП, ГК и др.); бытовые и производственные вредности; метеорологические условия; инфицирование *Helicobacter pylori*. Эндогенные факторы: наследственная предрасположенность; первая группа крови; конституциональный статус; пол и возраст; заболевания внутренних органов; дисбактериоз гастродуоденальной зоны.
3. Показания к госпитализации: больные с осложнённым и часто рецидивирующим течением заболевания. Впервые диагностированная язва желудка.
4. Осложнения:
 - 1) кровотечение;
 - 2) перфорация;
 - 3) пенетрация;
 - 4) стеноз;
 - 5) малигнизация.
5. Лечение: Диета, частое, дробное питание. Эрадикационная терапия: Омез 40 мг 2 раза в день (за 10-15 мин. до еды) + Кларитромицин 500 мг 2 раза в день (после приема пищи) + Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день (или Метронидазол 500 мг 3 раза в день) после приема пищи - 10 дней. После отмены антибиотиков – продолжить прием ИПП в дозе 40мг/сут. – 4-6 недель.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №53

В кардиологическое отделение госпитализирован больной С. 25 лет, студент. Жалобы на одышку при ходьбе до 100 м, усиление одышки в горизонтальном положении, сердцебиение, общую слабость, отеки на ногах. В течение 3 месяцев отмечает появление одышки, слабости. Неделю назад появились перебои в работе сердца и сердцебиение, с этого же времени появились отёки на ногах.

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

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

Общий анализ крови: гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - $4,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 10 мм/ч. При рентгенографии органов грудной клетки выявлен синдром кардиомегалии. Эхо-КС: дилатация левого и правого желудочков, левого предсердий диффузный гипокинез, фракция выброса - 28%.

ЭКГ: фибрилляция предсердий, с ЧЖС - 132 в 1 мин.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Какие изменения миокарда выявляются при гистологическом исследовании при данном заболевании?
3. Перечислите ЭКГ признаки фибрилляции предсердий.
4. Назначьте лечение данному пациенту.
5. Нуждается ли пациент в восстановлении синусового ритма?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ 53

1. Дилатационная кардиомиопатия. Нарушение ритма по типу постоянной формы фибрилляции предсердий, тахисистолия. ХСН IIБ ст. III ФК, со сниженной фракцией выброса.
2. При гистологическом исследовании выявляются неспецифические изменения: дегенерация и некроз кардиомиоцитов, инфильтрация миокарда мононуклеарными клетками, зоны фиброза.
3. Отсутствие зубца Р, нерегулярный ритм (разные по продолжительности интервалы RR), узкие комплексы QRS (у большинства больных), наличие волн фибрилляции f.
4. Показаны диуретики, ингибиторы АПФ (или блокаторы рецепторов ангиотензина II), β -адреноблокаторы (Бисопролол, Метопролол-сукцинат, Карведилол), антагонисты альдостерона, сердечные гликозиды, антикоагулянты.
5. Учитывая данные ЭХОКГ-исследования (значительное снижение ФВ левого желудочка и дилатацию левых камер сердца, в первую очередь, левого предсердия) пациент в восстановлении сердечного ритма не нуждается.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №54

Больная К. 39 лет предъявляет жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, эпизоды удушья, возникающие в горизонтальном положении, отеки

голеней и стоп. В возрасте 17 лет был выявлен ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана.

При осмотре: состояние тяжелое. Акроцианоз. Отеки голеней и стоп. ЧДД - 24 в минуту. При сравнительной перкуссии легких справа ниже угла лопатки отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации ослабленное везикулярное дыхание, в нижних отделах - небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Левая граница сердца - на 3 см кнаружи от среднеключичной линии в VI межреберье. Аускультативная картина соответствует имеющемуся пороку. Ритм сердечных сокращений неправильный, ЧСС - 103 удара в минуту. АД - 110/65 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме за счет ненапряженного асцита, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 13×12×10 см. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край ее закруглен, слегка болезненный. На ЭКГ ритм неправильный, зубцы Р отсутствуют, наличие волн f.

Вопросы:

1. Выделите ведущий синдром.
2. Установите предварительный диагноз.
3. Наметьте план обследования пациента на первом этапе.
4. Определите тактику лечения.
5. К какому специалисту необходимо направить пациентку и с какой целью?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №54

1. Ведущий синдром хронической сердечной недостаточности по большому и малому кругам кровообращения. Помимо этого имеется синдром клапанных поражений и аритмический.
2. Хроническая ревматическая болезнь сердца: ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана. Постоянная форма фибрилляции предсердий. ХСН II Б ст., IV ф.кл.

3. Пациенту рекомендовано: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (билирубин, АЛТ, АСТ, креатинин, мочеви́на, К, Na, сахар крови, о.белок), ЭКГ, Эхо-кардиография, рентгенография органов грудной клетки.

4. Ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, антагонистминералокортикоидныхрецепторов, петлевой диуретик, сердечные гликозиды.

5. Необходимо направить больную на консультацию к врачу-кардиохирургу для решения вопроса о хирургической коррекции порока.

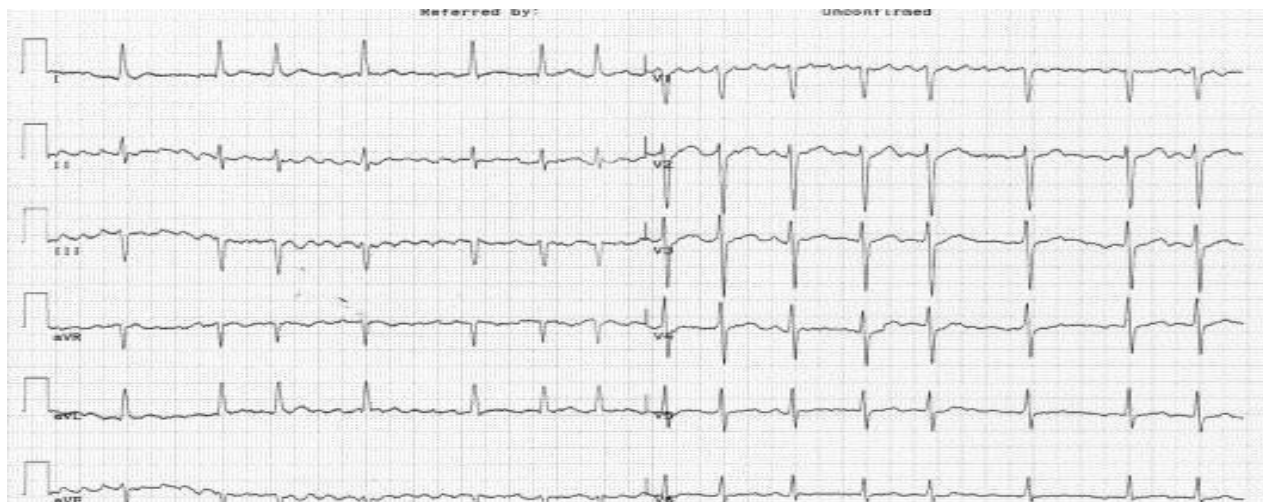
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №55

Больная Б. 38 лет поступила в клинику в связи с развитием около 5 дней назад одышки при обычных физических нагрузках, учащённого неритмичного сердцебиения. В детстве страдала частыми ангинами, которые прекратились в подростковом возрасте; тонзиллэктомия не проводилась. Ежегодно переносит острую респираторную вирусную инфекцию (ОРВИ), неоднократно отмечала появление герпетической сыпи на губах. За месяц до появления указанных жалоб перенесла опоясывающий герпес, по поводу которого проводилась симптоматическая терапия. Физические нагрузки переносила хорошо.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37,2°C, озноба нет. Конституция нормостеническая. Кожные покровы чистые. Отеков нет. ЧДД - 22 в минуту, дыхание жёсткое в базальных отделах, хрипов нет. ЧСС - 115 ударов в минуту, ритм неправильный, дефицит пульса - до 10 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены.

В анализах крови: СРБ - 5,6 мг/л, АСЛО - 125 МЕ/л (норма 0-125 МЕ/л).

ЭКГ:



Вопросы:

1. Расшифровать ЭКГ, указать какие изменения Вы видите у пациентки на ЭКГ.
2. Предложите наиболее вероятный диагноз.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз у данной больной, учитывая клиническую картину и данные ЭКГ.
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
5. Определите и обоснуйте тактику ведения данной пациентки. Какие первоочередные лечебные мероприятия показаны больной?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №55

1. Фибрилляция предсердий (мерцательная аритмия). О наличии мерцательной аритмии свидетельствуют отсутствие зубца Р и неправильный ритм (непостоянство интервалов RR). Положительная полярность комплекса QRS в отведениях I и aVF свидетельствует о нормальном расположении ЭОС.
2. Наиболее вероятный диагноз - «неревматический (инфекционно-аллергический) миокардит». В пользу наличия у больной неревматического миокардита говорит связь развития аритмии с

опоясывающим герпесом, возбудитель которого обладает кардиотропным действием, сохраняющийся субфебрилитет.

3. Учитывая данные клинической картины и ЭКГ, необходимо провести дифференциальную диагностику с тиреотоксикозом, острой ревматической лихорадкой, инфекционным эндокардитом. О тиреотоксикозе следует думать во всех случаях развития мерцательной аритмии, особенно при наличии выраженной тахисистолии, которая имеется у данной больной. Диагнозу «острая ревматическая лихорадка» противоречит поздний возраст начала заболевания. В пользу наличия у больной неревматического миокардита говорит связь развития аритмии с опоясывающим герпесом, возбудитель которого обладает кардиотропным действием, сохраняющийся субфебрилитет. Диагнозу «инфекционный эндокардит» противоречат невысокая температура тела, отсутствие озноба, аускультативных признаков поражения клапанов, сердечной недостаточности, спленомегалии и других критериев заболевания.

4. Пациентке рекомендовано проведение УЗИ щитовидной железы, определение уровня гормонов ЩЖ – Т3; Т4 и ТТГ; определение уровня антинуклеарных антител, ЭхоКГ, чреспищеводной ЭхоКГ; МРТ сердца. Выявление в крови повышенного в 3-4 раза титра антител к миокарду является основным лабораторным методом диагностики инфекционно-иммунного миокардита. ЭхоКГ позволяет определить такие признаки тиреотоксического сердца и миокардита, как диффузное снижение сократимости и расширение полостей сердца; для верификации миокардита диагностически значимым является также обнаружение сопутствующего выпота в полости перикарда, субклинической клапанной регургитации, которая обусловлена нарушениями в работе подклапанных структур. Посев крови необходим для исключения инфекционного эндокардита, который уже отвергнут на основании полученных ранее данных. Чреспищеводная ЭхоКГ показана для исключения внутри-

предсердного тромбоза как возможного противопоказания к восстановлению синусового ритма.

5. Первочередные лечебные мероприятия включают: назначение β -адреноблокаторов и назначение антикоагулянтной терапии. Назначение β -адреноблокаторов показано с целью урежения желудочкового ответа и облегчения переносимости аритмии. Показаний к экстренной электроимпульсной терапии (ЭИТ) (выраженной гемодинамической нестабильности) также нет. с

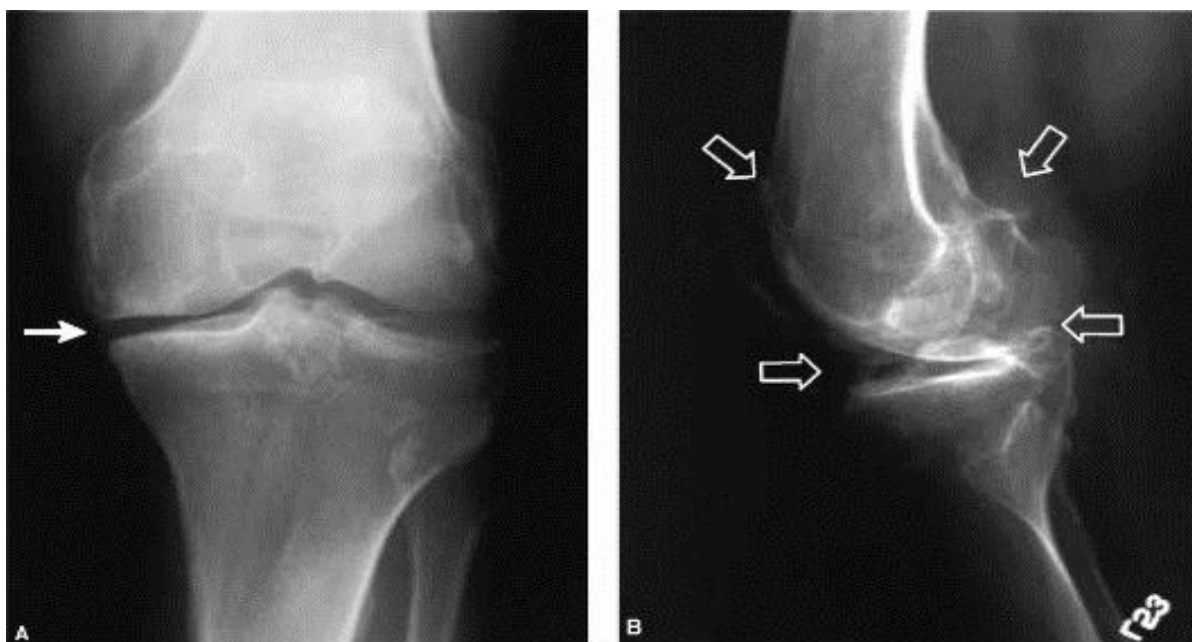
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №56

Больная К. 62 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли в левом коленном суставе, усиливающиеся в положении стоя или при нагрузке, к вечеру, периодически возникающий хруст при активных движениях в данном суставе. По утрам после пробуждения ощущает скованность движений в левом коленном суставе, которая длится 15-20 минут. Боли появились около 2 лет назад и постепенно усиливались.

При осмотре: суставы внешне не изменены, деформации и дефигурации не отмечаются. Объем активных и пассивных движений незначительно снижен в левом коленном суставе. Атрофии окружающих тканей нет.

Анализ крови: без отклонений от нормальных значений, СОЭ - 22 мм/ч, РФ - отрицательный.

Рентгенограммы коленных суставов представлены на рисунке



Вопросы:

1. Какие изменения видны на рентгенограммах?
2. Предположите наиболее вероятный диагноз. Ответ обоснуйте.
3. Укажите факторы риска данного заболевания.
4. Перечислите медленнодействующие препараты, модифицирующие симптомы болезни. Ответ обоснуйте.
5. Назначьте лечение больной в данной клинической ситуации. Выбор обоснуйте.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ 56

1. На снимке левого колена в переднезадней проекции определяют сужение суставной щели с медиальной стороны. На боковом снимке определяют субхондральный склероз с формированием остеофитов.
2. Предварительный диагноз «остеоартрит левого коленного сустава». Обоснованием диагноза являются характерные жалобы больной (механический характер болей, утренняя скованность, крепитация при активном движении), возраст больной и данные рентгенографии левого

коленного сустава (сужение суставной щели, субхондральный склероз, остеофиты).

3. Эндогенные факторы риска остеоартроза: возраст, пол, дефекты развития, наследственная предрасположенность. Экзогенные факторы: травмы, профессиональная деятельность, спорт, избыточная масса тела.

4. Медленнодействующие симптоммодифицирующие препараты: Хондроитина сульфат, Глюкозамина сульфат, неомыляемые соединения авокадо и сои, Диацереин. Медленнодействующие симптоматические препараты обладают умеренно выраженным действием на боль и функциональное состояние суставов, и, кроме того, обладают некоторыми хондропротективными свойствами. Отличительная особенность - время наступления эффекта в течение 6-8 недель от начала лечения, и сохранение эффекта в течение 2-3 месяцев после прекращения лечения.

5. Рекомендованное лечение: Немедикаментозные методы лечения (средства "малой" ортопедии), назначение медленно действующего симптоммодифицирующего препарата на длительное время (напр., глюкозамина сульфат), топических НПВП (мази, гели). При необходимости – парацетамол коротким курсом. При недостаточном эффекте следующий шаг - назначение НПВП внутрь, при сохранении симптомов - внутрисуставно препарат гиалуроновой кислоты). Внутрисуставное введение глюкокортикоидов в данной ситуации не показано. Оно показано лишь при наличии симптомов экссудативного воспаления. Частота внутрисуставного введения не должна превышать 2-3 раз в год.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №57

Больной Ф. 78 лет вызвал участкового врача на дом с жалобами на приступы сердцебиения, перебои в работе сердца, которые сопровождаются слабостью, одышкой. Приступы аритмии стали

беспокоить последние шесть месяцев, продолжительностью несколько минут, проходят самостоятельно при перемене положения тела.

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

При осмотре состояние больного средней тяжести. Телосложение правильное, рост – 168 см, вес – 70 кг. Форма грудной клетки коническая, дыхание свободное через нос. Заметна пульсация шейных вен. ЧД – 17 уд/мин. При перкуссии звук ясный, лёгочный, границы лёгких в пределах нормы. При аускультации дыхание жёсткое, хрипов нет.

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

Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется, размеры по Курлову – 9x8x7 см.

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

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

Вопросы:

1. Какое нарушение ритма у больного?
2. С какими наджелудочковыми аритмиями необходимо провести дифференциальный диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования вы назначите больному? Обоснуйте ответ.

4. На основании каких параметров оценивается риск развития инсульта и системных тромбоэмболий (ТЭО) у данного больного? Является ли необходимым назначение антикоагулянтов у данного больного?
5. Перечислите, что относится к сердечно-сосудистым и другим состояниям, ассоциирующимся с фибрилляцией предсердий; назовите какие состояния ассоциируются с развитием фибрилляции предсердий у данного больного.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ 57

1. На основании ЭКГ, зарегистрированной во время приступа аритмии, у больного пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, тахисистолический вариант.
2. Предсердная тахикардия, трепетание предсердий, частая предсердная экстрасистолия, двойное антероградное проведение через атрио-вентрикулярный узел. Могут характеризоваться частыми нерегулярными интервалами RR и имитировать фибрилляцию предсердий.
3. Суточное мониторирование ЭКГ для выявления формы нарушения ритма сердца.
4. Определение риска развития инсульта и системных тромбоэмболий проводится согласно шкале CHA₂DS₂-VASc. С учётом возраста пациента, наличия АГ риск ТЭО по шкале CHA₂DS₂-VASc > 2 баллов (3 балла), что является основанием для назначений антикоагулянтной терапии.
5. С фибрилляцией предсердий ассоциируются: структурное заболевание сердца, возраст, артериальная гипертония, клинически выраженная сердечная недостаточность, тахиаритмическая кардиомиопатия, поражение клапанов сердца, первичные кардиомиопатии, ишемическая болезнь сердца, нарушение функции щитовидной железы, избыточная масса тела и ожирение, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь лёгких, апноэ во время сна,

хроническая болезнь почек. Из известных на момент осмотра больного состояний, ассоциирующихся с фибрилляцией предсердий, являются возраст и артериальная гипертония.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №58

При проведении диспансеризации у женщины 52 лет (вес 99,3 кг, рост 163 см) выявлено: гликемия натощак 6,8 ммоль/л, в общем анализе мочи (ОАМ) – уд.вес 1015, желтая, прозрачная, белок – 0,15 г/л, сахар +++, эритроциты 1-2 в п/зр, лейкоциты 3-5 в п/зр, эпителий плоский 3-5 в п/зр.

На момент осмотра жалоб активно не предъявляет. В течение последних 6 месяцев периодически отмечала повышение АД до 140/90 – 150/95 мм рт. ст. Гипотензивную терапию не получала. Семейный анамнез: мать – 69 лет страдает АГ, СД 2 типа; отец – умер в 60 лет, ИМ. Акушерский анамнез: 2 беременности, 2 родов, во время второй беременности был диагностирован гестационный сахарный диабет, коррекция проводилась диетотерапией. При анкетировании наличие соматической патологии отрицает. Вредные привычки отрицает.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Телосложение правильное. ИМТ – 37 кг/м². Окружность талии – 104 см. Кожные покровы обычного цвета, чистые. Видимые слизистые бледно-розовые. Периферические л/узлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 72 в мин. Гемодинамика стабильная. АД – 145/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень – по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план обследования пациента.
4. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Какой сахароснижающий препарат Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ 58

1. Сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный. Целевой уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) $\leq 7\%$. Ожирение 2 ст. Диабетическая нефропатия? АГ I степени, риск 4.
2. Диагноз «сахарный диабет» установлен на основании результатов анализов (гипергликемия - 6,8 ммоль/л, глюкозурии). Целевой уровень HbA1c $\leq 7\%$, так как возраст пациентки 52 года, нет тяжелых осложнений и нет риска гипогликемической комы. Диагноз «артериальная гипертензия» (АГ) установлен на основании данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 6 месяцев); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Степень риска ССО поставлена на основании наличия сахарного диабета. Необходимо исключить вторичный характер артериальной гипертензии. Возможно наличие диабетической нефропатии, так как в общем анализе мочи - протенинурия (0,15 г/л). Ожирение 2 ст., так как ИМТ = 37 кг/м².
3. Пациенту рекомендовано: определение уровня HbA1c, гликемический профиль, исследование мочи на альбинурию, БАК: ОХ, ТГ, ЛПНП, ЛПВП, АЛТ, АСТ, общий билирубин, мочевины, креатинин, расчёт СКФ, УЗИ почек, ЭКГ, ФЛГ, консультации эндокринолога, офтальмолога, невролога, проведение суточного мониторирования АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ.
4. На старте гипотензивной терапии необходимо использовать комбинацию: иАПФ или блокаторы рецептора к ангиотензину II в

сочетании с тиазидными диуретиками или тиазидоподобными диуретиками. Выбор препарата из этих групп основан на их нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ХБП I-III стадии, с диабетической нефропатией.

5. Препарат из группы бигуанидов (Метформин или Сиофоор или Глюкофаж) так как он является препаратом первой линии при СД 2 типа, особенно в сочетании сожирением.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №59

Мужчина 55 лет вызвал врача на дом. Предъявляет жалобы на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. Вышеописанная симптоматика появилась около 2 часов назад после интенсивной физической нагрузки. Самостоятельно принял 2 таблетки нитроглицерина – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили.

В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 10 лет с максимальными цифрами артериального давления 200/100 мм рт.ст. Регулярно лекарственные препараты не принимал. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет. Газоэлектросварщик. Аллергические реакции отрицает.

При объективном обследовании: кожные покровы влажные. В легких перкуторный звук лёгочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

На ЭКГ зарегистрировано: синусовый ритм, подъем сегмента ST > 0,2 мВ в отведениях II, III, aVF. Транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии, располагающего возможностью проведения первичного ЧКВ – 30 мин.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какой должна быть тактика ведения пациента на догоспитальном этапе? Обоснуйте свой выбор.
4. Какой объём медикаментозной помощи должен быть оказан пациенту на догоспитальном этапе?
5. Достаточно ли данных для постановки диагноза инфаркт миокарда? Обоснуйте свой ответ. При необходимости предложите дополнительные методы исследования.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ 59

1. Острый коронарный синдром с подъёмом сегмента ST в нижней стенке левого желудочка. Артериальная гипертензия III стадии, III степени, риск 4.
2. Диагноз «ОКС» поставлен на основании жалоб пациента на типичные ангинозные боли, продолжающиеся около 2 часов, не купирующиеся приёмом Нитроглицерина; характерных изменений ЭКГ: подъём сегмента ST $>0,2$ м в более чем в двух смежных отведениях для мужчины старше 40 лет. Диагноз «артериальная гипертензия» (АГ) установлен на основании данных анамнеза (повышение АД в последние 10 лет), стадия АГ установлена на основании наличия ОКС, свидетельствующего о заболевании сердца как ассоциированном клиническом состоянии. Постановка степени АГ основана на цифрах повышения АД в анамнезе и при объективном осмотре. Риск ССО определён в соответствии со степенью повышения АД и наличия ассоциированного клинического состояния.
3. Пациенту требуется экстренная госпитализация. Необходим вызов бригады скорой медицинской помощи - бригады интенсивной терапии. Учитывая то, что транспортная доступность до стационара неотложной

кардиологии составляет менее 120 минут с момента первого медицинского контакта, наиболее целесообразной тактикой является выполнение первичного ЧКВ.

4. На догоспитальном этапе. Наркотические анальгетики (при сохранении болевого синдрома): Морфин, раствор 5-10 мг в/в медленно, разведенный до 20 мл 0,9% раствора NaCl. Антитромбоцитарные средства: Аспирин 300мг внутрь, Клопидогрел 600мг внутрь (или Тикагрелор 180 мг внутрь). Антикоагулянты: гепарин 4-5 тысяч ЕД в/в болюс. Кислородотерапия (при необходимости).

5. Данных недостаточно. Кроме имеющихся клинических и электрокардиографических признаков инфаркта миокарда необходимы лабораторные признаки некроза миокарда. «Золотым стандартом» лабораторной диагностики инфаркта миокарда является обнаружение в крови «кардиоспецифических» ферментов. Диагноз может быть установлен на госпитальном этапе при обнаружении в крови наиболее специфических маркеров некроза миокарда - КФК-МВ, сердечных тропонинов (тропонин Т, тропонинI).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №60

Больной Х. 57 лет, водитель такси, в понедельник вечером шёл с автостоянки домой, когда отметил появление выраженных болей за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть и левую верхнюю конечность. Дома по совету жены попытался купировать болевой синдром Нитроглицерином без значимого эффекта. Суммарная продолжительность болевого синдрома более 20 минут, пациент вызвал скорую медицинскую помощь.

Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет у пациента повышается артериальное давление, максимально до 170 и 90 мм рт. ст. Курит 20 сигарет в сутки в течение последних 20 лет. В течение месяца впервые отметил появление загрудинных болей после интенсивной

физической нагрузки и проходящих в покое. Не обследовался, лечение не получал. Наследственность: мать – 76 лет, страдает артериальной гипертензией, перенесла инфаркт миокарда, отец – умер в 55 лет от инфаркта миокарда.

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

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

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

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Каков выбор стратегии реперфузии миокарда в данном случае?
4. Какие препараты Вы рекомендуете пациенту в качестве пероральной антитромбоцитарной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Пациент доставлен в регионарный сосудистый центр, проведено экстренное ЧКВ, выявлена окклюзия передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) левой коронарной артерии, без восстановления дистального русла. Выполнено стентирование ПМЖВ - 1 стент с лекарственным покрытием. На 3 день от момента первичного ЧКВ у пациента развился

приступ болей за грудиной, с иррадиацией в левую верхнюю конечность, приступ купирован одной дозой Нитроглицерина. Как Вы расцените данный эпизод, какова дальнейшая тактика ведения пациента?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №60

1. ИБС. Острый коронарный синдром с элевацией сегмента ST передней перегородки, верхушки, боковой стенки левого желудочка. Гипертоническая болезнь III стадии, артериальная гипертензия 2 степени, риск 4. ХБПС3аА2. Экзогенно-конституциональное ожирение I степени.

2. Диагноз «острый коронарный синдром» установлен на основании клинических данных (наличие боли или других неприятных ощущений (дискомфорта) в грудной клетке) и инструментальных данных (стойкие подъёмы сегмента ST >2 мм на ЭКГ).

Стадия гипертонической болезни соответствует III, так как у пациента имеет место ассоциированное клиническое состояние (ИБС).

Учитывая наличие клинически-манифестного сердечно-сосудистого заболевания (ИБС, острый коронарный синдром), риск сердечно-сосудистых событий расценён как очень высокий (4).

Диагноз «ХБП» установлен на основании стойкого снижения скорости клубочковой фильтрации в интервале 45-59 мл/мин/1,73 м² (ХБПС3а), повышенной альбуминурии более 30 мг/сут (А2), данные симптомы персистируют более 3 месяцев.

Стадия ожирения установлена в соответствии с рассчитанным индексом массы тела.

3. Предпочтительная стратегия реперфузии – чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ). В условиях, когда первичное ЧКВ не может быть вовремя проведено, следует рассмотреть реперфузию с помощью тромболизиса, который, в частности, может быть начат уже догоспитально в течение первых 120 минут от начала симптоматики. В

этом случае после тромболизиса должна следовать немедленная транспортировка в ЧКВ-центр для рутинной коронарографии.

4. Пероральная доза Ацетилсалициловой кислоты 150-300 мг с переходом на 75-100 мг перорально ежедневно. Предпочтительные блокаторы P2Y12 рецепторов - Тикагрелор (нагрузочная доза 180 мг с последующим 90 мг 2 раза в сутки). Используется двойная антиагрегантная терапия, так как она уменьшает частоту неблагоприятных коронарных событий за счёт блокады альтернативных путей активации тромбоцитов.

5. С учётом клинических данных вероятно развитие у пациента ранней постинфарктной стенокардии. Для исключения рецидива инфаркта миокарда требуется динамика маркеров некроза миокарда (тропонин, КФК-МВ) через 6 и 12 часов, а также контроль ЭКГ через 3, 6 и 12 часов. При отрицательной динамике - провести повторную коронароангиографию (исключить тромбоз стента).

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ХИРУРГИИ

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

Больному 40 лет. Поступил в стационар через 12 часов после ущемления паховой грыжи. Через 30 минут взят в операционную. Во время операции, после вскрытия грыжевого мешка, в последнем обнаружено две петли тонкой кишки. После рассечения ущемленного кольца цвет кишечных петель стал нормальным, перистальтика сохранена, пульсация сосудов брыжейки была хорошей. Обе петли погружены в брюшную полость, произведена пластика грыжевых ворот по Лихтенштейну. Через сутки после операции больной повторно оперирован по поводу разлитого гнойного перитонита. Во время операции обнаружена перфорация некротизированной петли тонкого кишечника.

Вопросы:

1. Какая была допущена ошибка, приведшая к возникновению перитонита?
2. Операционный доступ во время второй операции.
3. Реабилитационные мероприятия на амбулаторном этапе.
4. Назовите границы резекции кишки.
5. Какие тонкокишечные анастомозы Вы знаете?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №1

1. Несомненно, что у больного было ретроградное ущемление кишки, которое во время операции не было диагностировано. В руках у хирурга, оперирующего ущемленную грыжу, при решении вопроса о жизнеспособности кишки должна быть только одна петля кишки. Если петли две, как это было в данном случае, а промежуточный между ними участок кишки находится в брюшной полости, то он может быть ретроградно ущемлен. Этот участок обязательно следовало вывести из брюшной полости в операционную рану и осмотреть.

2. Срединная лапаротомия.
3. Ношение бандажа, ограничение физической нагрузки. Запоров.
4. 40,30 см и 20,15см.
5. «Конец в конец», «Бок в бок», «Конец в бок».

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

У молодого человека, 30 лет, около 3 часов назад, появилась резкая слабость, холодный пот, дважды была рвота типа "кофейной гущи", дважды был жидкий стул черного цвета . Бригадой СП доставлен в стационар.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Что нужно сделать для подтверждения диагноза?
3. По каким критериям Вы будете судить о степени тяжести кровотечения?
4. Что Вы можете сделать для остановки кровотечения?
5. Какие показания для экстренной операции?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №2

1. Желудочно-кишечное кровотечение.
2. Провести срочно ФГДС.
3. PS, АД, ЦВД, Нв ,эритроциты, гематокрит.
4. Промыть желудок холодной водой через зонд,(при необходимости), использовать эндоскопические методы остановки кровотечения, назначить ингибиторы протонной помпы(при необходимости- болюсное введение), гемостатическую терапию ,симптоматическую.
5. Неэффективность эндоскопического гемостаза, продолжающееся кровотечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

В приёмный покой доставлен больной, 52 лет, в тяжелом состоянии. При поступлении отмечалась рвота со сгустками крови. До момента госпитализации был жидкий "черный" стул. При обследовании: Пульс - 122 в минуту, АД 90/60 мм рт. ст., Нв - 65 г/л, гематокрит - 21%. Группа крови АВ (IV) Rh+. При срочной гастродуоденоскопии обнаружено, что в желудке большое количество жидкости цвета "кофейной гущи" с примесью алой крови. На передней стенке луковицы ДПК определяется глубокий язвенный дефект до 1,5 см в диаметре, из которого активно поступает кровь. Эндоскопически остановить кровотечение не удалось.

Вопросы:

1. Какие эндоскопические методы остановки кровотечения могут быть применены?
2. Как в этой ситуации следует поступить: продолжать консервативную терапию или экстренно оперировать больного?
3. Если принято решение оперировать больного, какие операции могут быть проведены в данном случае?
4. Чем определяется выбор объёма хирургического вмешательства?
5. Какие осложнения могут возникнуть после резекции желудка по Бильрот II.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №3

1. Эндоскопический гемостаз может быть осуществлен одним из следующих методов: АПК, аппликационный метод вяжущими и обволакивающими средствами (феррокрил, раствор азотнокислого серебра и др.); инъекционный метод - инъекционное введение в область кровоточащей язвы (паравазально или интравазально) различных склерозирующих и сосудосуживающих препаратов (спирт 50%, раствор адреналина, полидоканола или этоксисклерола и др.); электрокоагуляция - термоактивные способы эндоскопической остановки кровотечения, основанные на том, что действие высокой температуры приводит к коагуляции белков тканей, сжатию просвета сосуда и уменьшению кровотока. К таким методам относят

лазеротерапию, мультиполярную электрокоагуляцию, термокоагуляцию; клипирование - эндоскопическая методика позволяет осуществить механическую остановку кровотечения наложением клипсы на кровоточащий сосуд.

2. В данном случае больному показана экстренная операция. При геморрагическом шоке и продолжающемся кровотечении экстренную операцию проводят на фоне массивного переливания одногруппной крови, нативной плазмы, плазмозамещающих растворов.

3. Показана дистальная резекция желудка по способу Бильрот-I или Бильрот-II. В качестве альтернативного вмешательства может быть применена операция иссечения кровоточащей язвы ДПК с дуоденопластикой и стволовой ваготомией.

4. Выбор объема хирургических вмешательств определяется возрастом и хронизацией язвенной болезни.

5. Демпинг-синдром, синдром приводящей петли, пептическая язва анастомоза, железо-дефицитная анемия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4

Больной 46 лет, 2 часа назад, доставлен из операционной, где ему, по поводу язвенной болезни, произведена селективная проксимальная ваготомия с пилоропластикой по Гейнеку-Микуличу. Операционная рана послойно ушита наглухо. В желудок введен назогастральный зонд. В момент осмотра дежурным врачом, по зонду стала поступать алая кровь около 10-20 мл в минуту. Пульс - 120 в минуту. АД - 90/60 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Какой ваш диагноз?
2. Каковы Ваши действия?
3. Вы решили взять больного в операционную и произвести релапаротомию. Какой объем оперативного пособия будет Вами выполнен у больного?

4. Какие препараты Вы используете в качестве гемостатической терапии?

5. Главнейший компонент медикаментозной терапии гастродуоденальных язвенных кровотечений?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №4

1. Желудочно-кишечное кровотечение.

2. В экстренном порядке - выполнение ФГДС, для установления источника кровотечения и возможности проведения эндоскопического гемостаза, при неэффективности- релапаротомия.

3. Резекция желудка.

4. Хлористый кальций, викасол, этамзилат, квамател, свежезамороженная плазма, свежеситратная кровь.

5. Ингибиторы протонной помпы. (омепразол, квамател, фаматидин)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5

К хирургу поликлиники обратилась больная, 57 лет, с жалобами на тошноту, чувство «тяжести» в правом подреберье, рвоту, метеоризм. В анамнезе хронический калькулезный холецистит. Желтухи нет. При осмотре: состояние больной удовлетворительное; живот мягкий, незначительно болезненный в правом подреберье; симптомы Ортнера, Кера, Щеткина-Блюмберга - отрицательные. При пальпации определяется увеличенный, умеренно болезненный при глубокой пальпации желчный пузырь. Температура тела не изменена. В показателях общего анализа крови изменений не отмечается.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз? Тактика хирурга поликлиники.

2. Какие обследования необходимо выполнить больной для уточнения диагноза?

3. Какие изменения характерны для данной патологии по данным УЗИ брюшной полости?
4. Вид и объем лечения?
5. Прогноз?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №5

1. Водянка желчного пузыря. Госпитализировать больную в хирургическое отделение в плановом порядке.
2. УЗИ, ФГС, клинические и биохимические анализы крови, мочи, ЭКГ.
3. Увеличенный желчный пузырь, истонченные растянутые стенки пузыря, конкременты в полости пузыря, наличие вклиненного камня в шейке или протоке пузыря.
4. После обследования - операция: лапароскопическая холецистэктомия. Холецистэктомия в плановом порядке.
5. Для жизни и трудоспособности - благоприятный.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6

В поликлинику обратился пациент, 25 лет, с жалобами на наличие на передней поверхности шеи ранки (0,5x0,5 см) с умеренным гнойным отделяемым. Из анамнеза выяснилось, что данное образование имеет место больше месяца. Его появлению предшествовало небольшое круглое образование под кожей на месте ранки, которое затем стало болезненным и закончилось вскрытием с выделением гноя. При осмотре над перешейком щитовидной железы видно свищевое отверстие со слизисто-гнойным отделяемым. При потягивании за край наружного отверстия вниз определяется плотный тяж, направленный к подъязычной кости.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Лечебная тактика?

3. Какие методы обследования необходимы для уточнения диагноза?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Реабилитация больного после Вашего лечения?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №6

1. Срединный свищ шеи.
2. Оперативное лечение Иссечение свища шеи.
3. УЗИ шеи, фистулография.
4. Дифференциальный диагноз проводят с дермоидной кистой, дистопированной ЩЖ, узловым зобом, увеличенной пирамидальной долей ЩЖ, ларингоцеле, лимфангиомой, атеромой, лимфаденитом.
5. Полуспиртовые компрессы, физиолечение, временно нетрудоспособен 35 дней.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7

На приём к хирургу поликлиники обратился больной Ш. 23 лет с жалобами на боль в правой подвздошной области, тошноту, рвоту, жидкий стул, повышение температуры тела до 38,7 °С. Болеет в течение суток. При осмотре: состояние больного средней степени тяжести, в сознании, кожные покровы бледно-розового цвета; живот не вздут, симметричный, при пальпации болезненный и напряжённый в правой подвздошной области. Симптомы Воскресенского, Ровзинга, Ситковского положительные. Симптом Щёткина-Блюмберга положительный в правой подвздошной области. ОАК: лейкоциты 15x10⁹/л, СОЭ – 26 мм/ч. ОАМ – без патологии.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Тактика хирурга поликлиники?
3. Перечислите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать данную патологию в первую очередь?

4. Тактика хирурга приёмного отделения стационара? Дополнительные диагностические мероприятия?

5. Вид и объём лечения?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №7

1. Острый аппендицит, осложнённый местным перитонитом.

2. Вызвать бригаду «скорой медицинской помощи» для транспортировки больного в хирургический стационар.

3. Острый холецистит, острая кишечная инфекция, перфоративная язва желудка (ДПК), острый панкреатит.

4. Больному показана экстренная операция: аппендэктомия, дренирование брюшной полости. УЗИ брюшной полости, при необходимости -диагностическая лапароскопия.

5. Своевременное и адекватное выполнение операции, консервативная терапия в послеоперационном периоде (антибиотики, спазмолитики, нестероидные противовоспалительные препараты, физиолечение, перевязки

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №8

Больная Н., 20 лет, заболела 3 дня назад ,когда появились боли в правой подвздошной области. Принимала ципрофлоксацин и кетопрофен. Боли стали менее интенсивными, но полностью не прошли. Обратилась к хирургу поликлиники на 5-й день от начала заболевания. Состояние больной средней степени тяжести. Температура 37,3 °С, пульс 92 уд/мин. В правой подвздошной области пальпируется образование 6х6 см плотноэластической консистенции, неподвижное, с чёткими границами, умеренно болезненное. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Лейкоциты крови 12,0х10⁹/л.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Тактика хирурга поликлиники?

3. Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?

4. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию? Какие диагностические данные можно получить при ректальном и вагинальном обследовании данной больно

5. Лечебная тактика? Какой исход данной патологии возможен у больной?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №8

1. Аппендикулярный инфильтрат.
2. Вызвать Б.С.М.П. и направить больную в хирургический стационар.
3. Осмотр, пальпация живота, клинические анализы, УЗИ брюшной полости, КТ брюшной полости, осмотр гинеколога.

4. Опухоль толстой кишки, абсцесс брюшной полости. Ректально и вагинально на высоте пальца может определяться болезненный инфильтрат.

5. Больной показана консервативная терапия: антибиотики, спазмолитики, нестероидные противовоспалительные препараты, физиолечение (после исключения опухоли слепой кишки, методом ФКС), ретроцекальные блокады. Исход: а) рассасывание –плановая аппендэктомия ч\з 1,5,2 месяца. б) абсцедирование. При появлении признаков абсцедирования инфильтрата – оперативное лечение – вскрытие абсцесса внебрюшинно.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9

Больной находится на лечении по поводу аппендикулярного инфильтрата. В процессе консервативного лечения усилилась боль в правой подвздошной области и появились ознобы. При осмотре: состояние больного средней степени тяжести, пульс 94 уд/мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в правой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины отрицательные. УЗИ брюшной полости: в

правой подвздошной ямке определяется инфильтрат, размером 8x8 см, с зоной размягчения очагами пониженной и повышенной эхогенности в центре. ОАК: лейкоциты $22 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 29 мм/ч.

Вопросы:

1. Что случилось с больным? Ваш диагноз?
2. Ваша тактика лечения?
3. Какие варианты оперативного вмешательства могут иметь место?
4. Какие диагностические мероприятия необходимо провести для верификации аппендикулярного инфильтрата и опухоли слепой кишки .
5. Как будете вскрывать абсцедирующий аппендикулярный инфильтрат?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №9

1. Абсцедирование аппендикулярного инфильтрата.
2. Оперативное лечение: вскрытие, дренирование абсцедирующего аппендикулярного инфильтрата.
- 3.а) Аппендэктомия,
б) вскрытие, дренирование брюшной полости.
- 4.ФКС с биопсией.
- 5.Вскрытие абсцедирующего аппендикулярного инфильтрата внебрюшинным доступом;

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10

Мужчина 43 лет,страдает язвенной болезнью ЛДПК ,после установления диагноза,4 года. В течение недели отмечает интенсивные голодные и ночные боли. Внезапно появилась резкая слабость, холодный пот, исчезли боли. Доставлен в больницу. При обследовании: АД - 90/60 мм рт. ст. Анализ крови: эр. - $4,1 \text{ млн/мкл}$, Нв - 140 г/л. При пальцевом исследовании кал обычного цвета.

Вопросы:

1. Что случилось с больным?
2. С чем связано исчезновение болей?
3. Как объяснить нормальные показатели анализа крови?
4. Какой кал будет через 1-2 суток?
5. Как подтвердить диагноз? Лечебная тактика, Прогноз. Рекомендации по ведению больных с язвенной болезнью на амбулаторном этапе.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №10

1. У больного, предположительно, возникло острое кровотечение из дуоденальной язвы.
2. Боли исчезли из-за устранения кровью кислотно-пептического агрессивного фактора на слизистую в области язвы.
3. Нормальные показатели крови можно объяснить централизацией кровообращения при геморрагическом шоке и последующим депонированием.
4. Через 1-2 суток у больного будет "чёрный" дёгтеобразный стул (мелена).
5. Диагноз подтверждается эндоскопическим исследованием (ФГДС). При кровотечении – метод эндоскопического гемостаза, консервативная противоязвенная терапия, гемостатическая. Для жизни благоприятный, для трудоспособности благоприятный. Наблюдение гастроэнтеролога, контроль ФГДС, противоязвенная терапия, соблюдение диеты.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11

Скорую помощь вызвал пациент 19 лет. Врач скорой помощи увидел его лежащим на правом боку, стонущим и скрежещущим зубами, заболел около 20 минут назад. Последнюю неделю у пациента была выраженная изжога. При осмотре больной стонет, глаза выражают испуг, просит скорейшей помощи; холодный пот, бледен; колени приведены к животу. Пульс 56 уд. в мин. АД 90/40 мм рт. ст. Дыхательные экскурсии неглубокие,

тахипное. Тоны сердца ритмичные, патологических шумов не слышно. Попытка уложить на спину увенчалась успехом на короткое время, больной принимает прежнее положение. Передняя брюшная стенка в дыхании не участвует, пальпация живота болезненная, резкое напряжение мышц передней брюшной стенки во всех отделах. При перкуссии живота четко определить печеночную тупость не удастся.

Вопросы:

1. Действие врача скорой помощи?
2. Ваш диагноз?
3. Действия врача-хирурга в стационаре?
4. Объем оказания помощи в хирургическом стационаре?
5. Вторичная профилактика?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №11

1. Холод на живот. Транспортировка в хирургический стационар. При длительной транспортировке возможно введение назогастрального зонда.
2. Перфорация полого органа брюшной полости.
3. Обзорная Р-графия брюшной полости, при необходимости ФГДС. ЭКГ, гр. крови, Rh фактор, ОАК, ОАМ.
4. Оперативное лечение – ушивание перфоративного отверстия (биопсия язвы желудка)
5. «Д» наблюдение у гастроэнтеролога. ФГДС. Противоязвенная терапия. Соблюдение диеты.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12

Больная 52 лет, страдает язвенной болезнью ДПК в течение 9 лет. Последнюю неделю интенсивные голодные и ночные боли; 7 часов назад появилась резкая боль в эпигастрии. Вызвала скорую помощь. Пальпаторно: резкая болезненность, напряжение мышц брюшной стенки. АД 80/60 мм рт. ст. Пульс 58 в мин.

Вопросы:

1. Действие врача скорой помощи?
2. Какой диагноз можно предположить?
3. Какие исследования помогут Вам уточнить диагноз?
4. Действия хирурга стационара?
5. Третичная профилактика?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №12

1. Транспортировка в хирургический стационар.
2. Перфорация полого органа брюшной полости.
3. Обзорная Р-графия брюшной полости, при необходимости ФГДС.
4. Оперативное лечение - резекция желудка.
5. «Д» наблюдение у гастроэнтеролога. ФГДС. Соблюдение диеты.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13

Больная 43-х лет страдает язвенной болезнью ДПК в течение 7 лет. Последнюю неделю отмечает интенсивные голодные и ночные боли. Сегодня появилась резкая боль в эпигастрии. Пальпаторно: резкая болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки. АД 85/60 мм рт. ст. Пульс 58 уд. в мин.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Что будет определяться у данной больной при перкуссии живота?
3. Какие исследования необходимо провести прежде всего? Что при этом будет определяться?
4. Лечебная тактика?
5. Прогноз?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №13

1. Язвенная болезнь ДПК, осложнённая перфорацией

2. Исчезновение печёночной тупости, тимпанический звук над печенью

3. Обзорная R-графия брюшной полости - серповидная полоска воздуха под правым куполом диафрагмы (показание к экстренной операции). ФГДС (только при отрицательном результате предыдущего исследования) - перфоративное отверстие.

4. Показана экстренная операция. Операция выбора - верхнесрединная лапаротомия, ревизия, ушивание перфорации по одному из существующих способов (Оппеля-Поликарпова, Неймарка и др.), санация, дренирование брюшной полости. По показаниям (например, при наличии стеноза) и при отсутствии гнойного перитонита (классика - в первые 6 ч с момента перфорации) может быть рекомендована резекция желудка по одной из описанных методик.

5. Прогноз для жизни благоприятный. (Учесть: если было ушивание, возможен рецидив). Для труда – ограничение физической нагрузки, соблюдение диеты, постоянное наблюдение у гастроэнтеролога в течение 1-2 лет.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14

В хирургическое отделение доставлена больная 32-х лет с жалобами на схваткообразные боли в животе, задержку газов и стула. Боли появились 4 часа назад после обильного приёма пищи. Полтора года назад оперирована по поводу острого аппендицита. В течение этого времени неоднократно беспокоили боли в животе, которые проходили самостоятельно.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно подумать в первую очередь?
2. Какие диагностические мероприятия помогут уточнить диагноз?
3. Вид лечения?
4. Особенности лечения?
5. Прогноз для жизни и трудоспособности. Прогноз благоприятный

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №14

1. Острая спаечная кишечная непроходимость
2. Специфические симптомы. Обзорная рентгенография брюшной полости; ректальное исследование.
3. Оперативный.
4. Рассечение спаек, интубация тонкой кишки.
5. Прогноз благоприятный.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15

Больной, 32 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на мелену. При поступлении состояние средней тяжести. Печень не увеличена. Селезенка выступает из-под реберного края на 5 см., плотная. Рвоты не было. ФГС: расширение вен пищевода и кардиального отдела желудка. Гемоглобин - 101 г/л, эритроциты - $3,4 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $6,1 \times 10^9$, тромбоциты - 180×10^9 .

Из анамнеза: 1,5 года назад операция по поводу тупой травмы живота: ушиба печени, поджелудочной железы.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какое осложнение возникло у больного?
3. Исследования, необходимые для подтверждения диагноза?
4. Лечение?
5. Реабилитация и диспансеризация?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №15

1. Портальная гипертензия со спленомегалией, варикозным расширением вен пищевода и кардиального отдела желудка.
2. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка.
3. УЗИ, КТ, ректороманоскопия, спленопортография.

4. Гемостатическая медикаментозная терапия; зонд Блэкмора, при неэффективности – хирургический гемостаз (операция Таннера).
5. Соблюдение диеты, прием назначенной терапии, уменьшение физической нагрузки, посещение гастроэнтеролога 1 раз в 3 месяца, терапевта. МСЭК.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16

Больная 16 лет поступила с жалобами на резкие боли в животе, которые появились около 2 часов назад после обильной еды. В анамнезе периодически возникали боли в животе незначительной интенсивности. При осмотре: рвота; брюшная стенка выбухает в правой подвздошной области; больная кричит от болей. Пальпаторно в правой подвздошной области определяется овоидной формы образование, резко болезненное.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Тактика лечения?
3. Вид операции, если она необходима?
4. Нетрудоспособность?
5. Прогноз?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №16

1. Инвагинационная кишечная непроходимость.
2. Оперативное лечение.
3. Лапаротомия, дезинвагинация.
4. Нетрудоспособен 30-45 дней.
5. При благоприятном течении направить на МСЭК для определения стойкой утраты трудоспособности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №17

К хирургу поликлиники обратился больной 49 лет, с жалобами на тошноту, рвоту, боль в правом подреберье. Желтухи нет. При осмотре: состояние больного средней степени тяжести, живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, симптомы Ортнера, Мерфи – положительные, Щеткина-Блюмберга - отрицательный. При пальпации определяется увеличенный, умеренно болезненный желчный пузырь. Температура тела не изменена. В общем анализе крови – умеренный лейкоцитоз.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз? Тактика хирурга поликлиники?
2. Какие обследования необходимо выполнить больному для уточнения диагноза?
3. Какие изменения характерны для этой патологии по данным УЗИ брюшной полости?
4. Вид и объем лечения?
5. Профилактика?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №17

1. Острый калькулезный холецистит. Госпитализировать больного в хирургическое отделение.
2. УЗИ, ФГС, клинические и биохимические анализы крови, мочи.
3. Увеличенный желчный пузырь, истонченные растянутые стенки пузыря, конкременты в полости пузыря, наличие вклиненного камня в шейке или протоке пузыря.
4. После обследования операция – лапароскопическая холецистэктомия.
5. Холецистэктомия в плановом порядке при выявлении ЖКБ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18

В поликлинику обратилась больная 48 лет, с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, многократную рвоту съеденной пищей с

примесью желчи. Заболел после приема жирной пищи. Ранее подобных симптомов не отмечал. При осмотре: состояние больного средней степени тяжести, язык сухой, густо обложен белым налетом. Пульс 108 уд/мин. АД 135/85 мм рт. ст. Живот участвует в акте дыхания, умеренно вздут. При пальпации живот умеренно болезненный и напряженный в правом подреберье и эпигастральной области. Симптомы Мюсси – Георгиевского, Мерфи положительные, Мейо-Робсона, Мондора, Щеткина-Блюмберга отрицательные. Газы отходят. УЗИ брюшной полости: желчный пузырь размером 8х6 см, стенка желчного пузыря с двойным контуром, конкрементов в желчном пузыре и холедохе не определяется. Холедох – 6 мм. Диффузные изменения печени и поджелудочной железы.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика врача поликлиники?
3. Какие обследования необходимо выполнить больному в стационаре?
4. Объем лечебных мероприятий?
5. Перечислите методы профилактики данной патологии?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №18

1. Острый холецистит.
2. Госпитализация пациента в хирургический стационар; транспортировка бригадой «Скорой медицинской помощи».
3. Клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, ФГС.
4. Подготовить больного к экстренной операции, для чего необходимо: аспирировать желудочное содержимое, провести инфузионную детоксикационную терапию. Оперативное лечение: лапароскопическая холецистэктомия.
5. Соблюдение диеты.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №19

К хирургу поликлиники обратился больной 49 лет с жалобами на боль в правом подреберье, тошноту, рвоту, повышение температуры тела – 38,0С. В анамнезе - желчнокаменная болезнь. При осмотре: состояние больного тяжелое; живот напряженный и болезненный в правом подреберье. В правом подреберье пальпируется увеличенный желчный пузырь. Симптомы Ортнера, Кера положительные. УЗИ брюшной полости: желчный пузырь размером 12х6 см, в шейке желчного пузыря определяется конкремент диаметром 10 мм, стенка желчного пузыря с «двойным контуром».

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Тактика хирурга поликлиники?
3. Объем диагностических мероприятий и хирургическая тактика?
4. Прогноз?
5. Вторичная профилактика?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №19

1. Желчнокаменная болезнь. Эмпиема желчного пузыря.
2. Экстренная госпитализация больной в хирургический стационар; транспортировка бригадой «скорой медицинской помощи».
3. Биохимический и клинический анализ крови, общий анализ мочи. Экстренная операция: лапароскопическая холецистэктомия.
4. Для жизни - благоприятный, для трудоспособности - благоприятный.
5. Устранение факторов риска, которые могут привести к заболеванию. Соблюдение режима труда и отдыха, диета.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №20

Больной 50 лет поступил в стационар с жалобами на интенсивные боли в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку, тошноту, рвоту желчью; боли в нижних отделах правой половины грудной клетки ноющего характера, сухой кашель, субфебрильную температуру до 37,5 С. Заболел 3

дня назад, когда появились боли в грудной клетке и в правом подреберье. Объективно: при аускультации справа в нижних отделах легкого по задней поверхности ослабленное дыхание. Живот умеренно болезненный и напряженный в правом подреберье; симптомы Ортнера, Мерфи, Кера – положительные, Щеткина-Блюмберга - отрицательный. Пациенту выполнены развернутый анализ крови, общий анализ мочи, рентгенография органов грудной клетки. С диагнозом правосторонняя нижнедолевая пневмония пациент госпитализирован в пульмонологическое отделение. После проведенной консервативной терапии состояние больного ухудшилось: усилилась боль в животе, появилось вздутие живота, увеличился лейкоцитоз.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
3. Объем лечебных мероприятий?
4. Прогноз?
5. Первичная профилактика?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №20

1. Острый холецистит, нижнедолевая правосторонняя пневмония.
2. УЗИ брюшной полости, биохимический анализ крови.
3. Больному показана экстренная операция: лапароскопическая холецистэктомия.
4. Для жизни благоприятный, для трудоспособности- благоприятный.
5. Для профилактики пневмонии – профилактика переохлаждения, для профилактики острого холецистита – соблюдение диеты.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №21

Бригадой Медицины катастроф с места ДТП в реанимационный зал приемного отделения больницы доставлен пациент 37 лет. При поступлении сознание угнетено до сопора, гемодинамика нестабильная: АД 78/45

мм.рт.ст., ЧСС 128 в мин., кожные покровы бледные. Бригадой СМП установлен периферический катетер и проведена интубация трахеи, начата инфузия адреналина. Проведено УЗИ брюшной полости по FAST протоколу, где выявлено большое количество жидкости в брюшной полости во всех отделах, также выявлена неоднородность паренхимы печени в проекции правой доли с наличием жидкости в над- и подпеченочном пространстве и организованных сгустков.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Тактика хирурга в данной ситуации
3. Посчитайте индекс Альговера, оцените степень кровопотери
4. Противопоказания к аутогемотрансфузии
5. Методы окончательной остановки кровотечения при разрывах паренхиматозных органов брюшной полости

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №21

1. АДТ. Закрытая травма органов брюшной полости. Разрыв печени? Продолжающееся внутрибрюшное кровотечение. Гемоперитонеум. Геморрагический шок.
2. Экстренная операция, лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, остановка кровотечения (ушивание печени или атипичная резекция)
3. Индекс 1,6. Тяжелая кровопотеря.
4. Разрыв полых органов брюшной полости
5. Прошивание, ушивание, атипичная резекция, коагуляция, гемостатические губки, пластинки и гели

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №22

В приемное отделение травмацентра 3 уровня бригадой СМП доставлен пациент с места ДТП, был сбит на пешеходном переходе автомобилем. Пациент в сознании, жалуется на слабоинтенсивные боли во

всех отделах живота. При объективном осмотре живот не вздут, ограничено участвует в акте дыхания, на передней брюшной стенке послеоперационный рубец от мечевидного отростка до пупка, при пальпации отмечается болезненность в левом подреберье и в левых отделах живота. По результатам FAST протокола УЗИ – выявлена свободная жидкость в проекции селезенки и по левому боковому каналу, неоднородный контур селезенки, наличие гематомы селезенки 4 x 5 см. В общем анализе крови гемоглобин 102 г/л. Гемодинамика стабильная: АД 110/70 мм.рт.ст., ЧСС 95 в мин.

Вопросы:

1. Посчитайте индекс Альговера, оцените степень кровопотери
2. Тактика дежурного хирурга.
3. Сформулируйте диагноз
4. Обосновать оперативный доступ, обосновать объем операции
5. Дать рекомендации после выписки

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №22

1. Индекс 1,15. Средняя тяжесть кровопотери
2. Экстренная операция, лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, спленэктомия.
3. АДТ. Закрытая травма живота. Разрыв селезенки. Внутрибрюшное кровотечение. Гемоперитонеум.
4. Лапаротомия. Наличие спаечного процесса от прошлых операция. Лапароскопия не показана. Спленэктомия в виду наличия ее разрыва
5. Продолжить антибактериальную терапию, вакцинироваться через 2 недели вакциной Пневмо-23 в Центре СПИД (кабинет вакцинопрофилактики)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №23

В приемный покой районной больницы доставлен пациент. Со слов пациента около 3 часов назад упал с высоты 4 метров на рабочем месте

(проводил сварочные работы на высоте), после чего почувствовал боль в нижних отделах живота, болезненное и учащенное мочеиспускание со скудным количеством мочи, наличие алой крови в моче. При поступлении состояние средней тяжести. Объективно: АД 130/80 мм.рт.ст., ЧСС 86 в мин. Локально: Живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации резко болезненный над лоном и в нижних отделах, симптомы раздражения брюшины положительные в нижних отделах живота. В ОАМ: макрогематурия – эритроциты сплошь покрывают поля зрения. В ОАК гемоглобин 142 г/л. По УЗИ брюшной полости – наличие однородной свободной жидкости межпечельно в нижних отделах живота и малом тазу, мочевого пузырь спавшийся. По установленному мочевому катетеру поступает скудное количество геморрагической мочи.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Какую пробу необходимо провести для уточнения диагноза?
Опишите методику
3. Тактика хирурга
4. Предполагаемый объем операции
5. Рекомендации пациенту после выписки

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №23

1. Производственная травма. Кататравма. Закрытая травма живота. Внутрибрюшной разрыв мочевого пузыря.
2. Пробу Зельдовича
3. Экстренная операция, ревизия брюшной полости и мочевого пузыря
4. Нижнесрединная лапаротомия, ревизия, ушивание мочевого пузыря, санация и дренирование брюшной полости, эпицистостомия
5. Ведение пациента на 2 катетерах (уретральный и эпицистостомический), удаление уретрального катетера через 2 недели после операции, решение об удалении

эпицистостомического на амбулаторном этапе; амбулаторное наблюдение хирурга (уролога)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24

В приемное отделение больницы бригадой СМП доставлен пациент 36 лет. Около 12 часов назад упал с квадроцикла, ударился животом о руль, после травмы за медицинской помощью не обращался. После падения отмечает появление слабых болей в животе, которые постепенно стали постоянными, интенсивными, локализовались во всех отделах живота, повысилась температура тела до 37,7 грС, появилась слабость, недомогание, вздутие живота. Самостоятельно принимал таблетки найз и кетонал – со слабым обезболивающим эффектом. Вызван скорую помощь. При поступлении пациент в сознании, гемодинамика стабильная (АД 120/70 мм.рт.ст., ЧСС 95 в мин.). При осмотре живот умеренно вздут, ограничено участвует в акте дыхания, болезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины положительные. В ОАК – лейкоцитоз 19, п/я 14%. По данным обзорного УЗИ ОБП – наличие свободной жидкости межпечельно во всех отделах до 0,6-1,2 см. На обзорной рентгенограмме брюшной полости – наличие свободного газа под обоими куполами диафрагмы.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Тактика хирурга в данной ситуации
3. Предполагаемый объем оперативного вмешательства
4. Хирургические методы лечения внутрибрюшной гипертензии
5. Показания к ведению брюшной полости по открытому типу

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №24

1. АДТ. Закрытая травма живота. Перфорация полого органа брюшной полости. Распространенный перитонит.
2. Экстренная операция

3. Широкая лапаротомия, ревизия брюшной полости, установление и ликвидация источника перитонита (ушивание перфорации), санация брюшной полости, интубация тонкой кишки, дренирование брюшной полости, лапаростомия
4. Интубация тонкой кишки, лапаростомия
5. Распространенный перитонит, damage контроль

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №25

В кардиологическом отделении находится пациент С. с впервые выявленным нарушением ритма сердца по типу фибрилляции предсердий, проходит курс антиаритмической терапии. На 4 сутки пребывания в стационаре появились постоянные тянущие боли в левом подреберье. При дообследовании по данным УЗИ ОБП – свободной жидкости в брюшной полости не выявлено, селезенка увеличена 14,0 x 6,0 см., контур четкий и ровный, паренхима неоднородная в нижнем полюсе с гипозоногенным сигналом. В ОАК - лейкоциты 8, п/я 1%. В биохимическом анализе крови без изменений.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Какой метод исследования необходим для подтверждения диагноза?
3. Варианты исхода данной патологии
4. Тактика хирурга
5. В каком случае показана активная хирургическая тактика и какой вариант вмешательства предпочтителен?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №25

1. Инфаркт селезенки
2. МСКТ брюшной полости с контрастированием
3. Киста селезенки, Абсцесс селезенки, Фиброз
4. Консервативная терапия, динамическое наблюдение
5. В случае абсцедирования. Перкутанная пункция абсцесса.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №26

В хирургический стационар по СМП поступил пациент 32 лет в тяжелом состоянии. Считает себя больным на протяжении 3-х дней, когда на фоне полного здоровья появились тупые постоянные боли в эпигастральной области, отмечал однократную рвоту, повышение температуры тела до 37,6° С. Принимал Алмагель А, Кетанов, на фоне чего болевой синдром уменьшился. В течение последующих 2-х дней отмечал повышение температуры тела до 38,4° С, появление болей в правой подвздошной области, тошноты, снижение аппетита. Продолжал принимать Кетанов, Парацетамол. На фоне усиления болей вызвал СМП. При осмотре отмечается бледность кожных покровов, акроцианоз, температура тела 39,3 С, ЧСС – 99 уд/мин, АД – 100/60 мм рт. ст. Больной малоподвижен, заторможен. Язык обложен коричневым налетом, сухой, живот вздут, болезненный во всех отделах. При пальпации определяется напряжение мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы Воскресенского, Менделя. Сомнительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Возможные осложнения данного заболевания на этой стадии развития патологического процесса?
3. План обследования?
4. Тактика лечения?
5. Что, на ваш взгляд, могло способствовать развитию такого тяжелого состояния пациента?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №26

1. Перфоративный аппендицит. Разлитой гнойный перитонит.
2. Абдоминальный сепсис. Бактериально-токсический шок. СПОН.

3. ОАК, ОАМ, Б/Х крови: общий белок и его фракции, С-реактивный белок, глюкоза крови, печеночные пробы, фибриноген, ЛДГ, прокальцитонин. Обзорная рентгенография и УЗИ органов брюшной полости, КТ ОБП, диагностическая лапароскопия с решением вопроса о возможности выполнить оперативное лечение из лапароскопического доступа.
4. Учитывая состояние больного, необходима предоперационная подготовка, включающая инфузию водно-солевых растворов для компенсации водно-электролитного баланса, повышения ОЦК, борьбу с гиповолемией. Хирургическое вмешательство по жизненным показаниям после инфузионной подготовки: срединная лапаротомия, аппендэктомия с последующей ревизией органов брюшной полости, санация и дренирование брюшной полости, в зависимости от тяжести поражения брюшной полости решить вопрос о необходимости наложения лапаростомы с целью программированных санаций брюшной полости. В п/о периоде пациент, в зависимости от исходного статуса перитонита, должен лечиться в соответствующем отделении (хирургическое/реанимационное), в зависимости от тяжести абдоминального сепсиса и СПОН на фоне базовой (антибактериальная, инфузионная, стресс-протекторная) терапии проводится коррекция функция жизненно важных органов, ИВЛ, кардиотоническая поддержка.
5. Прием на фоне болей в животе обезболивающих препаратов, что способствовало позднему обращению пациента за мед.помощью и прогрессированию патологического процесса с развитием генерализацией воспаления.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №27

Больной 67 лет, доставлен в приемный покой скорой помощи в тяжелом состоянии. 2,5 суток назад появились резкие, постоянного характера

боли в верхних отделах живота, тошнота, однократная рвота. Принимал для облегчения болей алкоголь, через двое суток интенсивность болевого синдрома стихла, однако появилось головокружение, выраженная слабость. Объективно: температур тела - 38,5° С, пульс 109 уд/мин, АД 95/60 мм рт. ст., больной эйфоричен, несколько заторможен. Живот вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации болезненный во всех отделах симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Спигарного положительные. В анамнезе язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в течение 8 лет, ЖКБ – в течение 20 лет.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы диагностики необходимы для уточнения диагноза?
3. Тактика лечения?
4. Чем можно объяснить стихание болевого синдрома?
5. Опишите симптом Спигарного (Жобера) и механизм его возникновения?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №27

1. Прикрытая перфоративная язва двенадцатиперстной кишки. Разлитой гнойный перитонит. Абдоминальный сепсис. Бактериально-токсический шок. СПОН
2. ЭФГДС с последующей обзорной рентгенографией органов брюшной полости в вертикальном положении больного (появление свободного газа в брюшной полости), УЗИ органов брюшной полости для исключения деструктивного воспаления желчного пузыря, в сомнительных случаях - диагностическая лапароскопия.
3. Экстренное оперативное вмешательство – верхне-срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, ушивание язвы ДПК, Холецистэктомия в случае наличия признаков обтурационного желчного пузыря или признаков воспаления стенок, санация и

дренирование брюшной полости, Лапаростомия. В п/о периоде пациент должен лечиться в соответствующем отделении (реанимационное / хирургическое), в зависимости от тяжести абдоминального сепсиса и СПОН на фоне базовой (антибактериальная, инфузионная, ИПП, стресс-протекторная) терапии проводится коррекция функция жизненно важных органов, ИВЛ, кардиотоническая поддержка, экстракорпоральная детоксикация. Программированные санации брюшной полости до купирования явлений перитонита.

4. Развитием третьей фазы патологического процесса при перитоните, прогрессирование симптомов интоксикации и уменьшение выраженности локальных проявлений. Стадия развития тяжелого сепсиса.
5. Отсутствие печёночной тупости и появление высокого тимпанита над печенью. Связано с появлением в брюшной полости свободного газа.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №28

В хирургический стационар поступила женщина 70 лет с жалобами на постоянную боль по всем отделам живота в течение 12 часов. Изначально боли имели спастический характер, после чего отмечает их ослабление без приема лекарств. Была однократная рвота желудочным содержимым и жидкий стул по типу «малинового желе». В анамнезе – ИБС, фибрилляция предсердий, инфаркт миокарда 4 года назад. При осмотре состояние тяжелое, заторможенность, больная лежит на правом боку с поджатыми ногами, кожные покровы землистого оттенка, отмечается мраморная окраска кожных покровов, слабость, отрыжка с каловым запахом. Пульс 109 уд/мин, АД 100/60 мм рт. ст., ЧДД – 27 в минуту, температура тела 37,8° С. Пациентка гиперстенического телосложения, при пальпации живота – резкая болезненность, напряжение мышц брюшной стенки, положительные симптомы раздражения брюшины. Задержка стула и газов, симптом

«гробовой тишины». При ректальном исследовании – ампула прямой кишки пустая, на перчатке темная кровь.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Стадии развития данного заболевания?
3. «Клиническая триада», характерная для данного заболевания?
4. Методы исследования, необходимые для подтверждения диагноза?
5. Тактика лечения?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №28

1. Острое нарушение мезентериального кровообращения с развитием перитонита.
2. Стадия ишемии (6-12 часов); стадия инфаркта (12-24 часа); стадия перитонита (18-36 часов).
3. Внезапная интенсивная абдоминальная боль + спонтанное опорожнение кишечника (рвота и диарея), пожилой возраст, наличие сердечно-сосудистых заболеваний (мерцательная аритмия, атеросклероз, гипертония).
4. Обзорная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ ОБП, УЗ-доплерография, цветное доплеровское картирование, ангиография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (наличие тромба), КТ/МСКТ органов брюшной полости, диагностическая лапароскопия.
5. Резекция некротизированной части кишечника, санация и дренирование брюшной полости, при необходимости – наложение стомы, реваскуляризация по показаниям.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №29

К хирургу поликлиники обратилась больная 48 лет. Жалуется на боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо; кожные покровы и склеры

желтушные. Боли появились после приема жирной пищи. В анамнезе ЖКБ. При осмотре состояние больной средней степени тяжести, живот мягкий, болезненный в правом подреберье; определяется положительный симптом Ортнера; симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный; температура тела субфебрильная, билирубин 68 ммоль/л с превалированием прямого. В общем анализе крови: лейкоциты - 12×10^9 /л, СОЭ - 17 мм/ч.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз? Тактика хирурга поликлиники.
2. Возможная причина заболевания?
3. Какие обследования необходимо выполнить больной в стационаре для уточнения диагноза? Тактика хирурга.
4. Перечислите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать данную патологию.
5. Реабилитационные мероприятия: рекомендации по лечению на амбулаторном этапе? Профилактика?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ 29

1. Желчнокаменная болезнь, осложненная холедохолитиазом, механической желтухой. Экстренно направить больную в хирургический стационар.
2. Причина желтухи в обтурации общего желчного протока камнем.
3. Для уточнения диагноза необходимо произвести УЗИ брюшной полости, ФГС. ЭРХПГ, клинические и биохимические анализы. При наличии признаков расширения холедоха, дистального блока холедоха - ЭПСТ. При эффективной ЭПСТ (восстановление желчеоттока) возможна лапароскопическая холецистэктомия. При неразрешающейся желтухе - лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха, брюшной полости.
4. Острый панкреатит, гепатит, стеноз БДС, опухоль головки поджелудочной железы.

5. После выписки из стационара, рекомендовано санаторно-курортное лечение сроком на 21 день с продлением больничного листа; после выписки с больничного листа, ограничения физической нагрузки сроком до 3-х месяцев; соблюдение диеты.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №30

Больная 54 года находится на лечении в хирургическом отделении. Поступила в стационар с болями в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, сухость во рту, тошноту. Боли начались после употребления жирной пищи 3 дня назад. В анамнезе – подобные боли отмечала неоднократно в течении 4 лет, возникающие после нарушения диеты. Ранее был установлен диагноз (подтвержденный данными УЗИ) – ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит.

Взята на плановую операцию – лапароскопическая холецистэктомия. Во время операции хирургами обращено внимание на гипертензию холедоха (диаметр 1,2 см).

Вопросы:

1. Какую диагностику следует предпринять в сложившейся ситуации?
2. Какой объем оперативного вмешательства может предстоять?
3. Что могли не учесть во время сбора анамнеза заболевания?
4. Какова могла быть предоперационная диагностика с учетом более детального выяснения анамнеза?
5. Какие местные курорты можно рекомендовать при выписке больной?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ 30

1. Сделать интраоперационно холангиографию.
2. При возникновении технических трудностей выполнить конверсию (лапаротомию), холедохотомию, холедохолитоэкстракцию; далее либо

наружное дренирование холедоха, либо наложение билиодигестивного анастомоза (например холедохо-еюно анастомоза).

3. Не выяснено – сопровождался ли какой либо из ранее болевых приступов желтухой?

4. При наличии или ранее возникающей желтухе обязательно следует выполнять РХПГ – ретроградную холангио-панкреатографию.

5. Красноярское Загорье, Учум.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №31

Больной 45 лет, доставлен в приемное отделение по экстренным хирургическим показания с подозрением на механическую желтуху. Из анамнеза – болен в течении 5 дней. Заболевание началось с выраженного приступа болей в правом подреберье. Одновременно появилась желтушность кожных покровов, цвет мочи изменился до темного (как крепкий чай), кал стал обесцвеченным. В последующем боли уменьшились, но явления желтухи нарастали. Появился кожный зуд. Объективно: состояние больного средней степени тяжести, кожные покровы интенсивного желто-зеленого цвета. Пальпация правого подреберья болезненна, желчный пузырь не пальпируется. Общий билирубин - 175 мкмоль.Л. Прямой билирубин - 135 мкмоль.Л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Как должно осуществляться лечение данного больного?
4. Что такое интраоперационная холангиография и ее цель проведения?
5. Сроки нетрудоспособности?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ 31

1. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха.

2. УЗИ печени, РХПГ.

3. В первую очередь необходимо найти и ликвидировать причину желтухи (во время выполнения РХПГ, выполнить ПСТ (папиллосфинктеротомию), если в холедохе обнаруживаются камни – холедохолитэктомия; если желтуху вызвали стриктуры, опухоль возможно стентирование протока; если из-за процесса невозможно выполнить вышеуказанное – то следует создать отток желчи установкой дренажа (холангиостомия, холецистостомия – по показаниям), проведенным под контролем УЗИ чрескожно чреспеченочно. Вопрос о холецистэктомии решается после стабилизации состояния.

4. Во время операции для выяснения причин гипертензии наружных желчных протоков, вводится контраст (напр. Билигност, Уротраст и др.) непосредственно в протоки.

5. Нетрудоспособность 45 – 50 дней.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №32

Больной Б., 36 лет, поступил в приемное отделение стационара с жалобами на сильные боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при вдохе, одышку, общую слабость.

Считает себя больным в течение 2 часов, когда был сбит легковым автомобилем, после чего отметил появление боли в правой половине груди, затруднение вдоха, нехватку воздуха, резкое усиление боли при перемене положения, головокружение.

Общее состояние больного тяжелое. Кожа и видимые слизистые бледные, цианотичные, кожа покрыта липким потом. Грудная клетка асимметричная, правая половина отстает в акте дыхания. Определяются множественныессадины на правой боковой поверхности, визуально определяется смещение участка грудной стенки во время дыхания. Пальпация правой половины

грудной клетки вызывает резкую болезненность, определяется костная крепитация в местах двойных переломов V-VIII ребер и подкожная крепитация в виде «хруста снега». Пальпация левой половины – без особенностей. При перкуссии справа в нижних отделах – укорочение и притупление перкуторного звука, выше – тимпанит, слева - легочный звук; границы сердца в пределах нормы. Аускультативно: тоны сердца приглушены, ритмичные, над левым легким - везикулярное дыхание, над правым – дыхание практически не проводится. Пульс -128 ударов в 1 минуту, АД – 90/45 мм. рт. ст. Число дыхательных экскурсий – 36 в 1 минуту.

На обзорной рентгенограмме ОГК справа определяются переломы V – VI – VII – VIII ребер по передней и задней подмышечной линиям. Легкое коллабировано на 1/3 объема, нижние отделы легочного поля справа гомогенно затемнены до уровня VI ребра с четкой горизонтальной границей.

Дополнительные исследования. Анализ крови: Эритроц. - $3,0 \cdot 10^{12}$ /л, Нв - 86 г/л, Лейк. - $12,8 \cdot 10^9$ /л, П - 10%, Сегм. - 75%, Лимф. - 10%, Мон. - 5%, СОЭ-4 мм/час.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите лечебную тактику.
4. Классификация гемоторакса.
5. Прогноз.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №32

1. Закрытая травма грудной клетки с повреждением легкого. Переломы V-VIII ребер справа, окончательный. Средний гемоторакс справа. Пневмоторакс справа I ст. Подкожная эмфизема справа. Травматический, геморрагический шок.
2. Видеоторакоскопия, УЗИ плевральной полости.
3. Необходимо произвести фиксацию флотирующей части грудной клетки. Дренажирование правой плевральной полости во II межреберье по

среднеключичной линии и в VII межреберье по средней подмышечной линии справа. Произвести аспирацию воздуха и эвакуацию крови из плевральной полости с определением пробы Ревилуа- Грегуара. Инфузионная терапия для восполнения ОЦК, гемостатическая, обезболивающая. Выполнить контрольную R-графию (скопию) органов грудной клетки.

4. Малый - объем кровопотери до 500 мл, скопление крови в синусе; Средний - объем до 1,5 л, уровень крови до нижнего края IV ребра; Субтотальный - объем кровопотери до 2 л, уровень крови до нижнего края II ребра; Тотальный - объем кровопотери свыше 2 л, рентгенологически характеризуется тотальным затемнением плевральной полости на стороне поражения.

5. Благоприятный.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №33

Мужчина 55 лет доставлен в приёмный покой в крайне тяжёлом состоянии. Известно, что час назад он, находясь за рулём, попал в автомобильную аварию. Больной цианотичен, дыхание поверхностное, затруднённое, пульс нитевидный. Видны симметричные вздутия на шее, в надключичных областях. При осмотре левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, межрёберные промежутки расширены. Признаков переломов рёбер не выявлено. При перкуссии границы сердца резко смещены вправо, слева по всем полям — тимпанит. Аускультативно слева дыхание не выслушивается. Живот напряжён в эпигастральной области, умеренно болезнен, симптомы раздражения брюшины слабо положительны. За время осмотра припухлость с шеи распространилась на лицо. При пальпации симптом хрустящего снега.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Какие экстренные мероприятия необходимо провести?
4. Какова Ваша дальнейшая тактика?
5. Какие показания к экстренной торакотомии?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №33

1. Данные объективного осмотра позволяют остановиться на следующем диагнозе: закрытая травма грудной клетки с разрывом левого лёгкого, напряжённый пневмоторакс слева, острая дыхательная недостаточность, прогрессирующая медиастинальная эмфизема. Травма органов брюшной полости?
2. Для уточнения диагноза больному показана экстренная рентгенография органов грудной и брюшной полостей, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, анализы крови и мочи.
3. В первую очередь необходимо разрешить напряжённый пневмоторакс (критическое состояние больного) — произвести плевральную пункцию слева.
4. Плевральная пункция подтвердила диагноз напряжённого пневмоторакса слева. Постоянное поступление воздуха в плевральную полость — показание для немедленного дренирования левой плевральной полости или проведения торакоскопии. Для исключения повреждений органов брюшной полости — лапароцентез или лапароскопия.
5. Продолжающееся внутривнутриплевральное кровотечение, разрыв бронха.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №34

Больной В., 29 лет, жалуется на сильные боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при вдохе, одышку, общую слабость, наличие кровоточащей раны в правой половине грудной клетки, головокружение. Считает себя больным в течение 1 часа, когда получил удар острым предметом в правую половину груди.

Общее состояние больного тяжелое. Вынужденное положение – полусидя. Кожа и видимые слизистые бледноватые, акроцианоз, кожа покрыта липким потом.

Грудная клетка симметричная, правая половина в акте дыхания не участвует. По задне-подмышечной линии справа в VI-м межреберье определяется колотая рана 2,0x0,3 см с ровными краями, острыми углами и незначительным кровотечением. Пальпация левой половины грудной клетки безболезненная, при пальпации правой половины – определяется умеренная болезненность в области раны. При перкуссии над левой половиной грудной клетки – легочный звук, справа – притупление во всех отделах; границы сердца смещены влево. Аускультативно: тоны сердца чистые, ритмичные, над левым легким – везикулярное дыхание, справа – дыхание не проводится. Пульс – 108 ударов в 1 мин., пониженного наполнения и напряжения, АД – 90/60 мм. рт. ст. Число дыхательных экскурсий - 24 в 1 минуту.

По данным обзорной рентгенограммы ОГК: справа ниже переднего отрезка IV ребра легочное поле затемнено. Анализ крови: Эритроц.- $3,2 \cdot 10^{12}$ /л, Нв -102 г/л, Лейк. - $15,8 \cdot 10^9$ /л, П -14%, Сегм. - 72%, Лимф. - 8%, Мон. - 6%, СОЭ- 14 мм/час.

Вопросы:

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Перечислите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите лечебную тактику.
4. Классификация проникающих колото-резанных ранений груди.
5. Прогноз.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №34

- 1.Проникающее колото-резаное ранение грудной клетки справа. Средний правосторонний гемоторакс. Травматический шок.

2. Для уточнения диагноза больному показана экстренная рентгенография органов грудной и брюшной полостей, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, анализы крови и мочи.

3. Необходимо произвести ПХО раны, торакоскопию и дренирование правой плевральной полости в VII межреберье по средней подмышечной линии, при отсутствии признаков торакоабдоминального ранения, продолжить консервативную терапию, при наличии –диагностическая лапаротомия. Определить пробу Рувилуа-Грегуара, при отрицательной пробе продолжить консервативную терапию. После эвакуации крови – выполнить контрольную Р-графию (скопию) органов грудной клетки. Контроль анализа крови.

4. Слепые, сквозные; Односторонние, двусторонние; Одиночные, множественные; С пневмотораксом, с гемотораксом, с гемопневмотораксом, торакоабдоминальные.

5. Благоприятный.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №35

Больной В., 57 лет, госпитализирован в отделение торакальной хирургии с жалобами на слабость, выраженную одышку, повышение температуры тела до 39 °С, кашель со слизисто-гнойной мокротой, боли в грудной клетке слева. Считает себя больным в течении двух месяцев. Прооперирован 2 месяца назад по поводу ЗНО левого легкого. Выполнена операция: расширенная пульмонэктомия слева. В настоящий момент отмечает ухудшение самочувствия в течении последней недели. Рентгенологически: слева объем плевральной полости значительно уменьшен, средостение смещено влево, определяется уровень жидкости до II ребра. При пункции получен гнойный экссудат.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
3. Тактика лечения.

4. В чем состоит сущность плеврэктомии в хирургии хронических эмпием плевры?
5. Сроки нетрудоспособности после плеврэктомии по поводу эмпиемы.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №35

1. Несостоятельность культи левого главного бронха, осложненная острой эмпиемой плевральной полости слева
2. Необходимо дренирование плевральной полости. После стихания воспалительного процесса выполнить бронхографию, плеврографию, КТ органов грудной клетки.
3. Реторакотомия слева, с решением объема на операционном столе.
4. В достижении облитерации плевральной полости за счет удаления шварт, находящихся на легком и костальной плевре с последующим расправлением легкого.
5. 4 – 6 месяцев.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №36

Больной М., 40 лет, около четырех месяцев тому назад во время автокатастрофы получил сочетанную закрытую травму груди и живота. Последний месяц постоянно беспокоят одышка, затруднение дыхания, которые усиливаются при физической нагрузке, кашель, боль в левом подреберье.

Вопросы:

1. Какой предполагаемый диагноз?
2. Какой объем обследования необходим для уточнения диагноза?
3. Тактика лечения.
4. Основные заболевания с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику грыжи ПОД.
5. Рекомендации в послеоперационном периоде.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №36

1. Посттравматическая левосторонняя диафрагмальная грыжа.
2. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции. Рентгенконтрастное исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта в положении Тренделенбурга. УЗИ органов брюшной полости. Диагностический пневмоперитонеум. КТ органов грудной клетки и брюшной полости. ЭКГ с целью исключения сердечной патологии. Суточная рН-метрия пищевода и желудка.
3. В зависимости от полученных результатов дополнительных методов исследования, трансторакальная или трансабдоминальная пластика диафрагмы.
4. ГЭРБ, ахалазия, релаксация диафрагмы (Болезнь Пти), ИБС.
5. Диета, ИПП, антацидные средства, ограничение физических нагрузок.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №37

Больная И., 37 лет. Жалобы на острые боли за грудиной, усиливающиеся при глотании, дисфагию, лихорадку до 38°C, одышку, общую слабость.

Считает себя больной в течение 12 часов, когда во время еды проглотила рыбью кость. Обратилась в больницу по месту жительства, где при эзофагофиброскопии была обнаружена кость, находившаяся в поперечном положении. Во время исследования кость удалось сдвинуть с места, создано впечатление, что она проскочила в желудок, после чего больная была отпущена домой. Боли за грудиной уменьшились, однако через 8 часов вновь усилились, появились боли в межлопаточной области, ухудшилось самочувствие, усилилась дисфагия.

Общее состояние больной тяжелое. Кожа и видимые слизистые бледноватые, влажные. Температура тела - 38,6° С. Грудная клетка симметричная, обе половины участвуют в акте дыхания. Пальпация грудной клетки безболезненная, костной крепитации нет. При перкуссии грудной клетки над

легкими - легочный звук; границы сердца в пределах нормы. Аускультативно: тоны сердца приглушены, ритмичные, над легкими - везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах. Пульс-100 ударов в 1 минуту, АД - 140/80 мм.рт.ст. Число дыхательных экскурсий - 24 в 1 минуту. Дополнительные исследования. Анализ крови: Эритроц.- $4,6 \cdot 10^{12}$ /л, Нв -136 г/л, Лейк. - $16,8 \cdot 10^9$ /л , П -14%, Сегм. - 78%, Лимф. - 5%, Мон. - 3%, СОЭ- 14 мм/час.

Вопросы:

- 1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
- 2.Определите лечебную тактику и назначьте необходимые дополнительные исследования.
- 3.Тактика лечения.
4. Что является характерным рентгенологическим симптомом медиастинита?
5. Какой доступ применяется при верхне-заднем медиастините?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №37

- 1.Перфорация грудного отдела пищевода. Острый задний медиастинит.
- 2.Рентгенконтрастное (с использованием водорастворимого контраста) исследование пищевода в прямой и боковой проекции. КТ органов грудной клетки.
- 3.Лечение оперативное – боковая торакотомия в V-VI межреберье, медиастинотомия, санация, дренирование плевральной полости, средостения, ушивание перфорации. Многокомпонентная интенсивная терапия, промывание гнойной полости антисептиками.
4. Расширение границ средостения.
5. По В.И. Разумовскому.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №38

Больной С., 27 лет. Доставлен бригадой скорой помощи в приемное отделение хирургического стационара. Жалобы на боли в правой половине

грудной клетки, выраженная одышка в покое, общая слабость, головокружение. Вышеперечисленные жалобы появились внезапно 2 часа назад. Объективно - больной синюшный, перкуторно - тимпанит справа, слева без особенностей. При аускультации дыхание справа резко ослаблено, слева без особенностей, частота дыхательных движений 28 в минуту. Тоны сердца ясные, На обзорной рентгенографии органов грудной клетки в прямой и боковой проекции правое легкое тотально коллабировано.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
3. Тактика лечения.
4. Классификация пневмоторакса по степени коллапса легкого.
5. Метод дренирования при пневмотораксе.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №38

1. Спонтанный правосторонний пневмоторакс III ст.
2. ОАК, Б/х анализы крови, группа крови и резус, ОАМ
3. Видеоторакоскопия справа в экстренном порядке. Дренирование плевральной полости справа по Бюлау. При нерасправлении легкого на дренаже в течение 3-х суток, торакоскопия/торакотомия справа с решением объема на операционном столе.
4. Верхушечный (до 1/6 объема - полоска воздуха, располагающаяся в куполе плевральной полости выше ключицы); Малый (до 1/3 объема - полоска воздуха не более 2 см паракостально); Средний (до 1/2 объема - полоска воздуха 2-4 см паракостально); Большой (свыше 1/2 объема - полоска воздуха более 4 см паракостально); Тотальный (легкое полностью коллабировано); Отграниченный (при спаечном процессе в плевральной полости).
5. По Бюлау. Дренирование производится во II-м межреберье по среднеключичной линии, к дренажной трубке подключается банка Боброва.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №39

Женщине 56 лет проводят ИВЛ через эндотрахеальную трубку. Объём вдоха составляет 800 мл, частота дыхания 12/мин, доля вдыхаемого кислорода 50%. Давление в конце выдоха положительное, составляет 100 мм вод.ст. Внезапно у больной возникла тахикардия с множественными экстрасистолами, снизилось АД и развилась гипоксия.

Вопросы:

1. Какое осложнение возникло у женщины?
2. Какие диагностические мероприятия необходимо провести?
3. Какие экстренные мероприятия необходимо выполнить?
4. Какие осложнения возможны у данной больной?
5. Какие мероприятия необходимо провести для профилактики поздних осложнений?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №39

1. Ятрогенный пневмоторакс.(причина баро-травма)
2. Рентгенография грудной клетки.
3. Перевод закрытого пневмоторакса в открытый сперва установка иглы во 2 м\р по средне-подмышечной линии, с обязательным экстренным дренирование плевральной полости по Бюлау.
4. Эмпиема плевры, ригидное легкое, бронхиальный свищ.
5. Активная аспирация, а\бактериальная терапия, в\плеврально антибиотики.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №40

В приемное отделение доставлен больной В., 35 лет. Беспокоят жалобы на кашель с мокротой, выраженную одышку, кровохарканье, боли в левой половине грудной клетки при дыхании, повышение температуры до 39С, потливость, общая слабость. Заболел остро 10 дней назад, повысилась температура до 39С, появился озноб, затем присоединились указанные выше жалобы. Кашель вначале был сухой, мучительный, затем появилась

мокрота. За три дня до поступления в стационар количество мокроты резко увеличилось, неприятный гнилостный запах в мокроте появились прожилки крови, усилились боли в левом боку. Состояние больного тяжелое, кожа бледная, влажная. Над легкими слева ниже угла лопатки укорочение перкуторного звука, дыхание здесь ослаблено с бронхиальным оттенком, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, пульс 100. АД 90/60. Анализ крови: гемоглобин 130 г/л лейкоциты 14,0 формула - сдвиг влево. СОЭ 50 мм. При рентгеноскопии грудной клетки: слева в нижней доле полость размером 5 x 6 см с перифокальным воспалением. Корни легких не изменены.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Наметьте план обследования больного и план лечения.
4. Каков прогноз заболевания?
5. Назовите ориентировочные сроки нетрудоспособности

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №40

1. Гангрена левого легкого, осложненного кровохарканьем.
2. Можно дифференцировать с раком легкого в первую очередь + ВС и др. Особенное внимание нужно уделить клиническим симптомам: лихорадка, мокрота, ее количество, запах, кровохарканье, интоксикация, рентгенологические методы исследования, анализ крови. При абсцессах отмечают две стадии: инфильтрат, а затем распад. Умеренное СОЭ без сдвига влево.
3. Рентгенологические и топографические исследования, анализ крови, белок, исследование мокроты. Лечение – антибиотикотерапия, противоинтоксикационная терапия, гемостатики, спазмолитики, в конечном итоге – возможно оперативное лечение.

4. Прогноз сомнительный.
5. Больной нетрудоспособен, рекомендована группа инвалидности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №41

Больной К., 38 лет находился на лечении в пульмонологическом отделении с диагнозом: Острый абсцесс верхней доли левого легкого. Переведен в торакальное хирургическое отделение с жалобами на одышку до 28 в 1 минуту, слабость, мучительный кашель с обильным выделением гнойной мокроты с неприятным запахом. На рентгенограммах грудной клетки слева определяется уровень жидкости до III ребра, легкое четко не прослеживается.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Какие исследования необходимо предпринять?
3. Какие лечебные мероприятия следует предпринять?
4. Является ли данное осложнение показанием к радикальной операции?
5. Сроки нетрудоспособности при лечении острого абсцесса легкого?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №41

1. Осн.: Острый абсцесс верхней доли левого легкого. Осл.: Пиопневмоторакс слева.
2. Дополнительное обследование не требуется.
3. Показано дренирование левой плевральной полости по Бюлау. Санация плевральной полости растворами антисептика с активной аспирацией. Адекватная антибактериальная терапия с учетом посева отделяемого на флору. Инфузионная, дезинтоксикационная, посиндромная терапия.
4. Показаний к радикальному хирургическому лечению нет.
5. При благоприятном исходе заболевания нетрудоспособность длится около 2 месяцев.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №42

У больного после кардиодилатации боли за грудиной, подъем температуры, крепитация воздуха на шее.

Вопросы:

1. Какое осложнение произошло?
2. Как подтвердить диагноз?
3. Возможно ли консервативное ведение больного?
4. Какое оперативное вмешательство показано?
5. Если осложнению более 24 часов?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №42

1. Разрыв пищевода.
2. Рентгенологически (рентгенскопия пищевода с водорастворимым контрастом) и на ФЭГС.
3. Допустимо при минимальном повреждении, отсутствии медиастинита, при условии что пациент не принимал пищу и при условии менее 2 часов от травмы возможно установка стента с покрытием или установки зонда в желудок с последующим инфузионной, а\б терапией. В других случаях недопустимо консервативное ведение больного.
4. Торакотомия или лапаротомия учитывая место повреждения пищевода, ушивание пищевода, гастростомия.
5. Торакотомия, медиастинотомия, ушивание пищевода с укреплением швов (диафрагмой или перикардиальной подвеской или сальником или желудком) при полном нагноении и невозможности его ушивания, экстирпация пищевода.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №43

Больной, 39 лет, доставлен в хирургическое отделение ГКБ «скорой помощью» с пищеводно-желудочным кровотечением. Общее состояние

тяжелое, больной в сознании, речь несвязанна. В приемном покое была скудная рвота «кофейной гущей». Со слов соседей, вызвавших бригаду «скорой медицинской помощи», страдает алкоголизмом. Объективно: Т-370С, АД - 100/60 мм рт. ст., пульс - 100 уд. в мин.; живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, плотная, край заострен.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
3. Лечение на догоспитальном и госпитальном этапах?
4. Дифференциальная диагностика?
5. Реабилитация и диспансеризация?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №43

1. Алкогольный цирроз печени, портальная гипертензия, осложненная пищеводным кровотечением.
2. ФГС, УЗИ, КТ. В ОАК - снижение гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов. В функциональных пробах печени - изменения, характерные для гепатита и цирроза печени. Определение маркеров вирусных гепатитов. Выявление аутоантител.
3. В машине скорой помощи – внутримышечно и внутривенно гемостатическая терапия, инфузионная терапия. В стационаре - инфузионная терапия с гемостатиками, переливание плазмы, эритроцитарной массы, зонд Блекмора. При отсутствии эффекта - экстренная операция: остановка кровотечения. Плановое хирургическое лечение по поводу варикозно - расширенных вен пищевода и желудка выполняют для предупреждения повторных кровотечений, в случае неэффективности профилактики кровотечений пропранололом или склеротерапией. Выживаемость определяется функциональным состоянием печени. После операции, направленной на снижение давления

в воротной вене, уменьшается вероятность асцита, перитонита, гепаторенального синдрома. Прогноз зависит от основного заболевания. При циррозе он определяется выраженностью печеночной недостаточности. Смертность при каждом кровотечении составляет 40%.

4. Кровотечения другой этиологии, новообразования печени, гепатиты.
5. Наблюдение больного по поводу основного заболевания, вызвавшего портальную гипертензию (цирроз). Диспансеризация предусматривает повторные осмотры гастроэнтеролога (1 раз в 3 месяца), биохимические исследования крови. Диспансеризация - пожизненно. МСЭК.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №44

Больная, 68 лет, предъявляет жалобы на слабость, похудание, тупые боли в области печени. При объективном исследовании: печень значительно увеличена, плотная, поверхность ее бугристая. Определяется асцит. При проведении серологического теста выявлена положительная проба Каццони.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования?
3. Тактика хирурга?
4. Дифференциальный диагноз?
5. Сроки временной утраты трудоспособности?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №44

1. Предположительный диагноз: альвеококкоз печени, осложненный портальной гипертензией (асцит).
2. План обследования: основные методы - УЗИ, КТ, обзорная рентгенография брюшной полости. Серологические тесты: проба Каццони, реакция латекс-агглютинации, реакция прямой гемагглютинации. Гепатография, спленопортография, сканирование с помощью радионуклидов. Лапароскопия. На сканограммах при

альвеококкозе - дефект накопления в местах расположения узлов; на обзорной рентгенограмме - мелкие очаги обызвествления в виде известковых брызг; при лапароскопии - белесоватые или перламутрово-желтые пятна на печени.

3. Тактика хирурга: резекция печени в пределах здоровых тканей, вплоть до субтотальной; пересадка печени. Паллиативные: частичное удаление опухоли с введением химиопрепаратов, кускование паразита, введение химиопрепаратов через пупочную вену, эмболизация печеночной артерии и селективная эмболизация ее внутривенных ветвей.

4. Дифференциальный диагноз: эхинококкоз, цирроз печени, первичный рак печени, метастазы, гуммозный сифилис, абсцессы и гемангиомы печени.

5. Сроки временной утраты трудоспособности после сегментарной резекции - 120-140 сут., МСЭК. Решение вопроса о пересадке печени.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №45

У больного, 30 лет, перенесшего в недавнем прошлом амёбную дизентерию, появились интенсивные, нарастающие боли в правом подреберье, усиливающиеся при дыхании. Температура тела поднялась до 38⁰С. Больной стал терять в весе. При обследовании определяются болезненная, значительно увеличенная печень.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования?
3. Дифференциальная диагностика?
4. Тактика хирурга?
5. Сроки временной утраты трудоспособности?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №45

1. Амебный абсцесс печени.
2. Увеличенная и болезненная печень у молодого мужчины на фоне лихорадки, пребывающего в эндемичном районе, выявление иммуноглобулинов класса G к *Entamoeba histolytica* в реакции ИФА; соответствующие изменения при УЗИ, КТ и радиоизотопном сканировании, позволяют поставить диагноз. ИФА в случае отрицательного результата необходимо повторить через 1 неделю.
3. Бактериальный абсцесс печени, киста печени, гемангиома, опухоли.
4. Ограничение физической нагрузки в первые дни болезни. Стол общий. Препарат выбора - метронидазол по 750 мг 3 раза в сутки в течение 10 дней. В случае непереносимости метронидазола или его неэффективности в течение 5 дней - хлорохин 500 мг в течение 3 дней, затем 250 мг в сутки в течение 3 недель. При неэффективности консервативной терапии в течение 5 дней показана пункция абсцесса под контролем УЗИ или КТ с аспирацией содержимого. Пункция абсцесса показана также при угрозе его разрыва. При отсутствии эффекта - операция.
5. После выписки из стационара пребывание на больничном листе не менее 1,5 месяцев. До года наблюдение у хирурга не менее 1 раза в 2 месяца. Санаторно-курортное лечение. Ограничение физических нагрузок до 6 месяцев. Соблюдение диеты, режима труда и отдыха.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №46

Больной 57 лет, житель Манского района Красноярского края, жалуется на тупые боли и тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита, похудание, кожную сыпь типа крапивницы, желтуху и кожный зуд. При пальпации печень увеличена, выступает на 4,5 см из-под реберной дуги, плотная, мелкобугристая (симптом «железной печени»), умеренно болезненная при пальпации. В общем анализе крови: Эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 90 г/л, лейкоциты - $8,0 \times 10^9$,

сегментоядерные - 43, палочкоядерные - 7, эозинофилы - 28, лимфоциты - 14, моноциты - 8, СОЭ - 46 мм/ч. Положительны - сулемовая проба, реакция Касони. По УЗИ - объемное образование правой доли печени с неровными контурами, диаметром 10x8 см в области ворот печени. В центре образования - полость распада.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Возможные осложнения?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Имеются ли показания к оперативному лечению в данном случае?
5. Сроки временной утраты трудоспособности?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №46

1. Предположительный диагноз: альвеококкоз печени, осложненный механической желтухой.
2. Возможные осложнения: кровотечение из вен пищевода и желудка, перигепатит, прорастание и метастазирование во внутренние органы, механическая желтуха, нагноение полости распада, кровотечение в полость распада, прорыв паразитарной полости распада в брюшную полость или в долевые бронхи.
3. Дифференциальный диагноз: эхинококкоз, цирроз печени, первичный рак печени, метастазы, гуммозный сифилис, абсцессы и гемангиомы печени.
4. В отсутствии холангита или абсцедирования паразитарной каверны проводится отсроченная операция - через 1-2 недели после разрешения желтухи. В случае локализации паразита в воротах печени и при тяжелом общем состоянии больного операция может быть невозможна. Способы декомпрессии желчных путей при альвеококкозе: билиодигестивные анастомозы и наружное дренирование.

5. Сроки временной утраты трудоспособности 120-140 сут., МСЭК (2-3 группа инвалидности).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №47

К врачу в поликлинике обратился больной, 49 лет, с жалобами на возникшую 4 дня назад желтуху и кожный зуд. Предшествующего эпизода болей в животе не отмечает. В течение последних 2 лет ощущает слабость, стал быстро уставать, после еды стала возникать тяжесть в животе, похудел на 10 кг. При осмотре: состояние средней тяжести, лицо осунувшееся. Кожные покровы и видимые слизистые желтушные, на коже следы расчесов. Пульс - 88 уд. в мин., АД - 120/80 мм рт. ст. Язык обложен серым налетом, влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени выступает из-под реберной дуги на 2 см. Положительный симптом Курвуазье.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Методы подтверждения диагноза?
4. Лечение данного больного при подтверждении диагноза?
5. Сроки временной утраты трудоспособности?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №47

1. Дистальный блок холедоха. Опухоль поджелудочной железы?
Механическая желтуха.
2. Дифференциальный диагноз следует проводить с заболеваниями желчевыводящих путей (холедохолитиаз, стриктура большого дуоденального сосочка, опухоли внепеченочных желчных протоков), доброкачественными опухолями поджелудочной железы, хроническим панкреатитом, раком головки поджелудочной железы,

двенадцатиперстной кишки, большого дуоденального сосочка и терминального отдела общего желчного протока.

3. Лабораторные исследования: повышение СОЭ, умеренная анемия, гипопротеинемия, повышение билирубина, щелочной фосфатазы, трансаминаз, обнаружение опухолевых маркеров СА-19-9 (в норме до 37 Ед, при злокачественных опухолях ПЖ возрастает в десятки и сотни раз) и СА 494 (в норме отсутствует). Инструментальные методы диагностики: контрастная рентгенография брюшной полости (можно выявить деформацию и смещение желудка кпереди, смещение и разворачивание "подковы" двенадцатиперстной кишки, сдавление ее нисходящей ветви с дефектом наполнения по внутреннему контуру), наиболее информативны УЗИ, КТ, МРТ, РХПГ. Окончательный диагноз устанавливается по данным чрескожной биопсии под контролем УЗИ с последующим гистологическим исследованием.

4. Больного необходимо направить в хирургический стационар для подтверждения диагноза и определения характера опухоли. В случае доброкачественного процесса - энуклеация опухоли. Если опухоль злокачественная, то решение вопроса о возможности проведения радикальной операции (панкреатодуоденальная резекция с удалением регионарных лимфоузлов и формированием панкреатоеюноанастомоза, холедохоеюноанастомоза и гастроеюноанастомоза) или паллиативной (наложение обходных анастомозов). В дальнейшем химиотерапия и лучевая терапия.

5. Сроки нетрудоспособности: стационарный этап в случае панкреатодуоденальной резекции - до 1,5 месяцев, в дальнейшем больничный лист продлевается на весь период лучевой или химиотерапии. МСЭК, рациональное трудоустройство.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №48

Больной, 21 год, поступил в больницу через 24 часа с момента драки (в драке получил удар ножом в область переднебоковой поверхности живота справа). При поступлении состояние тяжёлое, кожные покровы бледные; тошнота, рвота; язык сухой, живот не участвует в акте дыхания, при пальпации- дефанс, положительный симптом Щёткина-Блюмберга во всех отделах.

Выслушивается вялая перистальтика, газы не отходят, стула не было. А/Д 110/70 мм рт ст., ЧСС 110уд. в мин., Нв 140г/л, Нт 47%. Status localis: на переднебоковой стенке живота справа имеется колото-резаная рана 2,5x1,5 см. При ПХО раневой канал идёт спереди назад и сверху вниз, проникая в брюшную полость.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Тактика?
3. Лечение?
4. Прогноз?
5. Реабилитация?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №48

1. Проникающее колото-резанное ранение брюшной полости. Повреждение полого органа. Распространенный перитонит.
2. Предоперационная подготовка в течение 2 часов и затем экстренная лапаротомия с решением об объеме операции.
3. Инфузионная терапия, антибиотики, спазмолитики, анальгетики, антикоагулянты, симптоматическая терапия; перевязки.
4. Прогноз благоприятный.
5. Ограничение физической нагрузки в течение 3-х месяцев, санаторно-курортное лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №49

Юноша, 16 лет, поступил через 19 часов после падения с дерева и удара животом о землю. Ненадолго терял сознание. Через 4 часа после травмы был стул, мочился самостоятельно, дважды была рвота, ночь почти не спал ввиду болей.

Общее состояние тяжелое, бледен. Пульс -100 ударов в минуту, АД - 100/60 мм рт ст. Язык суховат; живот немного вздут, поверхностно участвует в акте дыхания, при пальпации - напряжение и болезненность в области левого подреберья. Симптомы Щеткина-Блюмберга - положительны. В отлогих местах живота свободной жидкости не определяется. Селезеночная тупость несколько увеличена.

Гемоглобин - 90 г/л.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Как уточнить диагноз?
3. Тактика?
4. Возможные оперативные доступы ?
5. Прогноз для жизни и трудоспособности?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №49

1. Разрыв селезенки. Внутрибрюшное кровотечение.
2. Лапароцентез, УЗИ, КТ, лапароскопия.
3. Экстренная операция - лапаротомия, ревизия, спленэктомия.
4. Левосторонний косой подреберный; верхнесрединная лапаротомия - самый распространенный.
5. Для жизни и трудоспособности прогноз благоприятный. Рекомендовано ограничение физ. нагрузки в течение 3 месяцев, перевязки, санаторно-курортное лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №50

Больной Х., 37 лет, доставлен в больницу бригадой «Скорой медицинской помощи». Предъявляет жалобы на спастическую боль в животе, слизь с кровью в кале, поносы (до 15 раз в сутки), общую слабость.

При эндоскопическом исследовании толстой кишки обнаружено неравномерное утолщение слизистой оболочки, наличие узких язв-трещин, сужение просвета кишки (картина "бульжной мостовой").

В анализах лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, увеличение СОЭ, анемия, повышение активности остро фазных белков крови.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Необходимые диагностические мероприятия?
3. Дифференциальная диагностика?
4. Хирургическая тактика и объем лечения?
5. Третичная профилактика?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №50

1. Болезнь Крона.
2. Биопсия стенки толстой кишки, гистологическое исследование биоптата.
3. Ишемический колит, НЯК, псевдомембранозный колит, рак кишечника, синдром раздраженной толстой кишки, лучевой проктит.
4. Консервативное лечение: диетотерапия (стол 4), инфузионная терапия, сульфасалазин, антибиотики, спазмолитики, витаминотерапия, гормоны, иммуномодуляторы. При неэффективности лечения и развития осложнений – оперативное лечение (удаление всего пораженного участка кишки: от гемиколэктомии до тотальной колэктомии).
5. Профилактика осложнений.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №51

Больной в результате автодорожной аварии за городом получил травму поясничной области. Через двое суток родственником доставлен в больницу.

Объективно: состояние тяжелое. Выраженные проявления интоксикации, температура 39 С, боли в поясничной области. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.

Рентгенологически: сглаженность контуров поясничной мышцы.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. Тактика лечения?
3. Объем лечебных мероприятий?
4. Прогноз для жизни и трудоспособности?
5. Диспансеризация?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №51

1. Нагноившаяся гематома забрюшинного пространства.
2. Показана экстренная операция.
3. Люмботомия, вскрытие, дренирование гнойника. В послеоперационном периоде инфузионная терапия с антибиотиками, спазмолитиками, анальгетиками; перевязки, физиолечение.
4. Прогноз для жизни и трудоспособности благоприятный.
5. Диспансерная группа 2. Ограничение физической нагрузки в течение 2 месяцев, санаторно-курортное лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №52

К хирургу поликлиники обратился больной, 60 лет, с жалобами на понос до 4 раз в сутки, выделение крови, слизи из прямой кишки, боль в левой половине живота, повышение температуры к вечеру до 37° С, выраженную слабость. Болеет в течение 2 месяцев.

В анамнезе дивертикулез толстой кишки.

Кожные покровы бледные. А/Д-110/70 мм рт. ст., пульс - 80 уд. в мин. Пальпаторно толстый кишечник спазмирован, болезненный во всех отделах. При пальцевом исследовании прямой кишки тонус сфинктера снижен. На перчатке кровь с гноем. RRS – до 25 см., осмотр болезненный. Видимая слизистая атрофична, большое количество слизи.

Вопросы:

1. Какой диагноз Вы поставите? Тактика хирурга поликлиники?
2. План обследования?
3. Дифференциальная диагностика? Осложнения?
4. Объем лечебных мероприятий?
5. Профилактика?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №52

1. Дивертикулит. Направление больного в хирургический стационар.
2. Ирригоскопия, колоноскопия.
3. Неспецифический язвенный колит, болезнь Крона. Перфорация, кровотечение, внутренний свищ.
4. Консервативная терапия: сульфосалазин, антибиотики, нестероидные противовоспалительные препараты, гормоны.
5. Нормализация стула. Диета. Санаторно-курортное лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №53

К хирургу поликлиники обратился больной К., 39 лет, с жалобами на многократные вынужденные позывы на дефекацию с выделением небольшого количества оформленного кала или кровянистой слизи из прямой кишки, боль в левой половине живота. Болеет в течение 6 месяцев. Отмечает ухудшение состояния после стрессовой ситуации.

При осмотре: состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. А/Д - 120/70 мм рт.ст. пульс - 78 уд. в мин.

Пальпаторно толстый кишечник спазмирован, болезненный в левых отделах. При пальцевом исследовании прямой кишки тонус сфинктера сохранен. На перчатке кровь со слизью, RRS - до 22 см осмотр резко болезненный. Видимая слизистая покрыта гнойным налетом с примесью крови, по снятию налета единичные язвы, при контакте легко кровоточат.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз? Тактика хирурга поликлиники?
2. Дифференциальный диагноз.
3. Дополнительные методы обследования?
4. Объем лечебных мероприятий?
5. Первичная профилактика?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №54

1. Язвенный проктосигмоидит. Направить больного в хирургический стационар.
2. Болезнь Крона, лучевой проктит, псевдомембранозный колит.
3. Ирригоскопия, колоноскопия с биопсией.
4. Консервативная терапия: диета 4, инфузионная терапия, антибиотики, сульфосалазин, спазмолитики, гормоны, иммуномодуляторы, витамины, эубиотики. местная терапия.
5. Профилактика стресса, диета, санаторно-курортное лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №54

На прием к хирургу поликлиники обратилась больная К., 26 лет, с жалобами на распирающие боли в левой молочной железе, повышение температуры тела до 39,5 С, слабость.

Из анамнеза: считает себя больной в течение недели, месяц назад были срочные первые роды, кормит грудью

При осмотре в левой молочной железе определяется инфильтрат 7х6 см, болезненный, в области инфильтрата – отек, гиперемия, определяется

флюктуация; в правой подмышечной области определяются болезненные лимфоузлы размером 2х2 см.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз и тактика хирурга?
2. Дополнительные методы исследования, необходимые для уточнения диагноза?
3. Дифференциальная диагностика?
4. Хирургическая тактика и объем лечения?
5. Первичная профилактика?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №54

1. Острый гнойный интрамаммарный лактационный мастит, подмышечный лимфаденит слева.
2. УЗИ, КТ, развернутый анализ крови.
3. Необходимо дифференцировать с лактостазом.
4. Госпитализация в хирургический стационар, экстренная операция- вскрытие, санация, дренирование мастита. Терапия: антибиотики, спазмолитики, физиолечение, перевязки, НПВС.
5. Профилактика трещин сосков, соблюдение гигиены, сцеживание.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №55

Больная В., 30 лет, обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на наличие уплотнения в левой молочной железе, боль в области уплотнения, повышение температуры тела до 37,3 С.

Из анамнеза: неделю назад были роды.

Объективно: состояние больной удовлетворительное, пульс 86 уд. в мин., температура тела – 37,3 С. В верхне-латеральном квадранте левой молочной железы определяется инфильтрат 4х3 см, болезненный, флюктуация не определяется, гиперемии кожи в области инфильтрата нет.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз и тактика хирурга?
2. Дополнительные методы исследования, необходимые для уточнения диагноза?
3. Дифференциальная диагностика?
4. Тактика и объем лечения?
5. Прогноз, первичная профилактика?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №55

1. Лактостаз.
2. УЗИ, развернутый анализ крови.
3. Необходимо дифференцировать с маститом.
4. Сцеживание, гигиена, профилактика трещин сосков, физиолечение. При необходимости – терапия: антибиотики, спазмолитики.
5. Прогноз благоприятный. Всем кормящим женщинам необходима профилактика трещин сосков, соблюдение гигиены, при необходимости – сцеживание.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №56

Больная Л., 43 лет, поступила с жалобами на тяжесть и распирающие боли в эпигастральной области и правом подреберье, усиливающиеся после приема пищи. Эти ощущения постепенно нарастают и вскоре завершаются обильной рвотой желчью (иногда с примесью пищи), приносящей заметное облегчение. Рвота возникает примерно 2-3 раза в неделю. Также отмечает заметное похудание. Объективно: асимметрия живота за счет выбухания в правом подреберье, легкая желтушность склер. В анамнезе резекция желудка по Бильрот 2.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Дополнительные методы исследования?
3. Тактика лечения?

4. Прогноз?
5. Трудоспособность?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №56

1. Синдром приводящей петли.
2. Рентгенконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта, УЗИ.
3. Реконструкция гастроеюнального анастомоза (наложение межкишечного анастомоза) или решение вопроса о резекции желудка с новым анастомозом.
4. Качественное выполнение корригирующего хирургического вмешательства позволяет добиться достаточно хорошего прогноза.
5. Сохранена.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №57

В стационар доставлена больная В., 37 лет, с жалобами на боль в правой молочной железе, слабость, повышение температуры тела до 39,5 С, гнойные выделения из соска.

Из анамнеза: срочные роды 2 месяца назад, кормит грудью. Считает себя больной в течение 5 дней.

При объективном исследовании в правой молочной железе определяется инфильтрат 6х6 см, болезненный, флюктуация не определяется. В области инфильтрата – отек, гиперемия. Подмышечные лимфоузлы справа размером 2х1 см, болезненные, подвижные, без признаков абсцедирования.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз? С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
2. Классификация заболевания?

3. Дополнительные методы исследования, необходимые для уточнения диагноза?
4. Тактика и объем лечения?
5. Первичная профилактика?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №57

1. Острый гнойный лактационный интрамаммарный мастит, подмышечный лимфаденит справа. Необходимо дифференцировать с лактостазом.
2. Классификация в зависимости от локализации гнойного содержимого в молочной железе: субареолярный; подкожный; интрамаммарный; ретромаммарный.
3. УЗИ, КТ, развернутый анализ крови, тонкоигольная аспирационная биопсия под контролем УЗИ.
4. Госпитализация в хирургический стационар, экстренная операция- вскрытие, санация, дренирование мастита. Терапия: антибиотики, спазмолитики, физиолечение, перевязки, НПВС.
5. Профилактика трещин сосков, соблюдение гигиены, сцеживание.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №58

Больной О., 67 лет, поступил с жалобами на сильное похудание, частые поносы, понижение трудоспособности, импотенцию, раздражительность, бессонницу. После приема пищи отмечает приступы сердцебиения, одышки, слабости, головокружения, потливости, при попытке встать наступает обморок. Приступы продолжаются до 2 часов. В анамнезе операция на желудке 5 лет назад.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Стадии течения данного заболевания.
3. Методы исследования.

4. Тактика лечения?

5. Прогноз?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №58

1. Демпинг - синдром 3 степени (тяжелая степень).
2. Стадии: легкая, средняя, тяжелая.
3. ФГС, диагностическая проба Фишера, рентгенконтрастное исследование.
4. Реконструктивная гастродуоденопластика (интерпозиция между культей желудка и двенадцатиперстной кишкой тонкокишечного сегмента).
5. Инвалидность 2 ст.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №59

У больного 57 лет, перенесшего 4 дня назад лапароскопическую холецистэктомию, резко повысилась температура до 39⁰С, появились боли в животе. При осмотре: состояние больного тяжелое, язык сухой, живот болезненный и напряженный в правом подреберье. В развернутом анализе крови - лейкоцитоз.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Методы обследования необходимые для уточнения диагноза?
3. Как будете лечить больного?
4. Сроки нетрудоспособности?
5. Рекомендации по лечению на амбулаторном этапе?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №59

1. Подпеченочный абсцесс.
2. УЗИ брюшной полости; рентгенография подпеченочного и поддиафрагмального пространств, КТ.
3. Лапаротомия, санация, дренирование подпеченочного пространства.

4. Общая нетрудоспособность от 45 до 50 дней.
5. Наблюдение у врача хирурга (соблюдение режима труда и отдыха). После выписки из стационара, рекомендовано санаторно-курортное лечение ("Учум", «Красноярское Загорье») сроком на 21 день с продлением больничного листа; после выписки с больничного листа ограничение физических нагрузок сроком до 3-х месяцев; соблюдение диеты.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №60

Больной, 45 лет, житель Казахстана, охотник по профессии, жалуется на тупые боли в правом подреберье, где при пальпации определяется округлое туго-эластическое образование размером 15x10 см, интимно связанное с печенью.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования?
3. Тактика хирурга?
4. Дифференциальный диагноз?
5. Сроки временной утраты трудоспособности?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №60

1. Предположительный диагноз: эхинококкоз печени.
2. План обследования: основные методы - УЗИ, КТ. Серологические тесты: проба Каццони, реакция латекс-агглютинации, реакция прямой гемагглютинации.
3. Тактика хирурга: эхинококкэктомия; резекция печени; обработка полости (глицерин-формалиновый 2-4% раствор, гипертонический раствор, лазерная и электрокоагуляция, ультразвуковая кавитация, горячий пар), методы закрытия и дренирования полости - капитонаж, пластика стенками кисты или сальником.

4. Дифференциальный диагноз: альвеококкоз, цирроз печени, первичный рак печени, метастазы, гуммозный сифилис, абсцессы и гемангиомы печени.

5. Сроки временной утраты трудоспособности после эхинококкэктомии - 120 сут, МСЭК.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

Повторнобеременной 38 лет с отягощенным акушерским анамнезом (аборты) предстоят третьи роды. Размеры таза 26-28-31-21см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 146. В родах 18 часов, безводный промежуток 6 часов. Схватки каждые 2-3минуты по 40 секунд, болезненные. Симптом Вастена положительный. Контракционное кольцо на 1 см. ниже пупка, нижний сегмент болезненный при пальпации. Вагинально: раскрытие маточного зева полное, головка плотно прижата ко входу в малый таз, лицевая линия в правом косом размере, подбородок кзади у крестца лоб кпереди у лона. Мыс не достигим.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. В чем заключается акушерская ситуация?
3. Тактика врача в сложившейся ситуации?
4. Развитие каких осложнений возможно в данной ситуации?
5. Где проводится реабилитация родильниц после оперативных вмешательств и беременных групп среднего и высокого риска?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №1

1. Срочные роды III. Второй период родов. Клинический узкий таз. Задний вид лицевого предлежания. Угрожающий разрыв матки. Отягощенный акушерский анамнез.
2. Предлежание плода - задний вид лицевого предлежания - причина клинического несоответствия.
3. Наркоз. Экстренное родоразрешение путем операции кесарево сечение.
4. В случае не оказанной помощи - разрыв матки, интранатальная

гибель плода и роженицы.

5. В условиях женских консультаций, поликлиник

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

Первородящая, 22 лет, поступила с родовой деятельностью, беременность доношенная. В анамнезе 3 аборта, последний - криминальный, осложнившийся эндометритом. Окружность живота 96 см, высота стояния дна матки 38 см. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, справа ниже пупка, ритмичное, 124. Воды целые. Размеры таза 25–26–30–17 см. Через 3 часа после поступления излились околоплодные воды. Вагинально: раскрытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет, головка малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере, большой и малый роднички на одном уровне, мыс достигается согнутым пальцем. Появился (+) симптом Вастена. Контракционное кольцо пальпируется на 4 см ниже пупка. При полном открытии и хорошей родовой деятельности нет поступательного движения головки в течение 3-х часов.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Были ли допущены ошибки врачом женской консультации при ведении беременной?
3. Были ли допущены ошибки врачом родильного дома?
4. Тактика врача в ведении роженицы в сложившейся ситуации?
5. В чем заключаются реабилитационные мероприятия в условиях женской консультации в данной ситуации?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №2

1. Срочные роды I. Второй период родов. Плоскорихитический таз II ст. Клинический узкий таз. Угрожающий разрыв матки. Отягощенный

акушерский анамнез.

2. Да. Беременная с узким тазом II ст. должна быть госпитализирована за 2 недели до родов для подготовки к родоразрешению операцией кесарево сечение в плановом порядке.
3. При наличии анатомического узкого таза II ст., при доношенной беременности допустимо только оперативное родоразрешение путем операции кесарево сечение.
4. Снять родовую деятельность интубационным наркозом. Родоразрешить операцией кесарево сечение в экстренном порядке.
5. Своевременно назначить контрацепцию с индивидуальным подбором, для последующей подготовки беременной к последующим родам - рекомендовать оптимальные сроки зачатия (через 1–2 года после оперативного родоразрешения).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

Родильница, 27 лет, на четвертые сутки после родов жалуется на слабость, повышение температуры до 38,5°C. В родах отмечался длительный безводный промежуток (20 часов). Антибактериальная терапия не проводилась. При влагалищном исследовании: шейка формируется, цервикальный канал свободно пропускает палец за пределы внутреннего зева. Матка до 17–18 недель, при пальпации чувствительна, контуры четкие. Выделения из матки обильные, мутные с гнилостным запахом. Своды свободные, глубокие. Придатки без особенностей.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Какая допущена ошибка?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
4. План лечения?
5. Реабилитационные мероприятия в условиях женской консультации?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №3

1. Поздний послеродовой период 4-е сутки. Эндометрит.
2. Не проводилась антибиотикотерапия в родах после 18 часов безводного промежутка.
3. УЗИ, гистероскопия, развернутый и биохимический анализ крови в динамике.
4. Внутриматочный лаваж, антибактериальная терапия, инфузионная терапия, витамины, иммунокорректоры, дезинтоксикационная терапия.
5. «Диспансерное наблюдение» – 2 раза в год противовоспалительная терапия, санаторно-курортное лечение, контрацепция.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4

Больная 33 лет поступила в гинекологическое отделение ЦРБ с жалобами на сильные боли внизу живота, озноб, тошноту, слабость. Заболела остро около 15 часов назад, появились боли в низу живота, озноб, повысилась температура тела до 39,5 градусов.

Из анамнеза: менструации с 12 лет, по 4 дня, цикл 30 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Последняя менструация была 8 дней назад. Половую жизнь ведет с 23 лет. Было 4 беременности, из них 1 роды и 3 медицинских аборта, без осложнений. Гинекологических заболеваний не было. Две недели назад был незащищенный половой акт со случайным половым партнером.

При осмотре: состояние больной средней степени тяжести. Пульс 120 уд/мин, АД 120/80 мм.рт. ст., температура тела 39,5°С. Язык обложен белым налетом, сухость во рту. В легких дыхание везикулярное. При пальпации нижних отделов живота возникает резкая болезненность, симптомы раздражения брюшины положительны. Симптом XII ребра с обеих сторон отрицательный. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища гиперемирована, шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала истекают гнойные выделения. При влагалищном

осмотре: шейка матки цилиндрическая, наружный зев закрыт, смещение шейки резко болезненно. Матка нормальных размеров, плотная. Придатки с обеих сторон четко не пальпируются в виду резкой болезненности и напряжения передней брюшной стенки.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. Составьте план обследования больной для уточнения диагноза.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика?
5. Какова профилактика данного заболевания?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №4

1. Острый сальпингоофорит. Пельвиоперитонит. Кольпит. (Не исключается специфической этиологии).
2. Биохимический анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на RW и ВИЧ, мазки из влагалища и цервикального канала на флору, gn, трихомонады и прочие ИППП; УЗИ гениталий, кульдоцентез, лапароскопия.
3. Острый аппендицит, внематочная беременность.
4. Лечение начинают с консервативной комплексной противовоспалительной терапии (инфузии коллоидов и кристаллоидов, антибиотики, антигистаминные, анальгетики). При отсутствии положительного эффекта в течение 24-48 часов - показано оперативное лечение.
5. Барьерная контрацепция, упорядочение половой жизни, лечение хронических очагов инфекции.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5

Больная 19 лет, поступила в стационар с жалобами на резкие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, внутреннюю поверхность бедра, тошноту, однократную рвоту, понос до трёх раз в сутки, повышение температуры тела до 38,5°C, озноб, слабость. Из анамнеза: в браке не состоит. Половая жизнь регулярная, без контрацепции. В течение последнего месяца имела 5 половых партнёров. Последняя *menses* в срок. Заболела остро на 7-ой день менструального цикла, когда появились указанные выше симптомы. При осмотре: Занимает вынужденное положение. Лежит на правом боку с приведёнными к животу ногами. АД 110/70 мм рт.ст. PS 115 в 1 мин, температура тела 38,9°C. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот умеренно вздут, резко болезненный в гипогастральной области, особенно справа, где определяется положительный симптом Щёткина-Блюмберга. При влагалищном исследовании: шейка матки с явлениями эндоцервицита, выделения из цервикального канала гнойные, обильные. Тело матки и придатки пальпировать не удаётся из-за резкого напряжения мышц передней брюшной стенки. Задний свод влагалища нависает, резко болезненный.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Лечение?
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №5

1. Острый сальпингоофорит, пельвиоперитонит.
2. Острый аппендицит. Кишечная токсикоинфекция.

3. Развёрнутый анализ крови с подсчётом лейкоцитарной формулы. Мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала на ЗППП методом ПЦР. Посев кала. УЗИ органов малого таза и брюшной полости. Лапароскопия.
4. Дезинтоксикационная, антибактериальная, десенсибилизирующая, витаминотерапия. В случае гнойногепельвиоперитонита– оперативное лечение.
5. Барьерная контрацепция, упорядочение половой жизни, своевременная диагностика и лечение ИППП.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6

Незамужняя женщина 26 лет предъявляет жалобы на гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании в течение 3 дней. Повышение температуры тела не отмечала. Половой жизнью живет нерегулярно, постоянного партнера не имеет. Менструальный цикл не нарушен. При осмотре: живот обычной формы, при пальпации мягкий. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки гиперемирована, обильные гнойно-слизистые выделения. При бимануальном исследовании: матка нормальных размеров, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их пальпации безболезненна.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план дообследования больной.
3. Какие лечебные мероприятия необходимы?
4. Причины развития заболевания у данной больной?
5. Какова профилактика данного заболевания?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №6

1. Кольпит. Цервицит. Острый уретрит (не исключается специфической этиологии).
2. Мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала на ИППП методом ПЦР. Анализ крови на RW и ВИЧ. Общий анализ мочи, посев мочи с антибиогаммой.
3. Антибактериальная, местносанирующая терапия с учетом выделенного возбудителя.
4. Большое количество половых партнеров.
5. Упорядочение половой жизни, использование барьерных методов контрацепции (презерватив).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7

Первородящая, 21 лет. С 3-х суток послеродового периода отмечалось повышение температуры 37,5°C, ознобы. При осмотре на 7-е сутки отмечается увеличение в объеме левой молочной железы, в области ареолы отек, гиперемия, болезненность, уплотнение 5,0x7,0 см, с размягчением и флюктуацией в центре. При пункции в области размягченного участка молочной железы получен гной. Вагинально: патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Ошибки, допущенные врачом?
3. Ваша тактика?
4. Какова тактика в отношении лактации и реабилитационные мероприятия при данной патологии?
5. Где должен находиться ребенок после родоразрешения и в чем заключается его правильное кормление?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №7

1. Послеродовой период 7-е сутки. Левосторонний гнойный мастит.
2. Не проводилось лечение лактостаза с 3-х суток и не проводилась антибактериальная терапия при повышении температуры.
3. Перевод в гнойное хирургическое отделение, осмотр хирурга. Вскрытие абсцесса и дренирование. Противовоспалительная, антибактериальная терапия.
4. Лактация сохраняется.
5. Ребенок находится в отделении «Мать и дитя». Кормление грудью осуществляется по «требованию» здоровой молочной железой.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №8

В сроке 37 недель у повторнородящей без родовой деятельности внезапно появились кровянистые выделения, с чем она и обратилась в женскую консультацию. Состояние удовлетворительное, в крови умеренно выраженная анемия. Матка с четкими контурами, безболезненная при пальпации, в нормальном тоне. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 130 в мин. Воды не изливались. АД 100/60. Отеков нет. Последняя беременность была год назад, закончилась мед.абортом, осложнившимся эндометритом. Лечилась в стационаре.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Тактика врача?
3. С чем следует дифференцировать данную патологию?
4. Возможные осложнения при данной патологии?
5. Вторичная профилактика данного заболевания?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №8

1. Беременность 39 недель. Предлежание плаценты. Кровотечение. ОАА.
2. Срочная госпитализация машиной скорой помощи в стационар.

3. ПОНРП, разрыв матки.
4. Кровотечение во время беременности, родов, в послеродовом и раннем послеродовом периодах, геморрагический шок, эмболия о/водами, ПОНРП, гнойно-септические осложнения в послеродовом периоде.
5. Подбор контрацепции в послеродовом периоде. Санаторно-курортное лечение: грязе-бальнеотерапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9

У роженицы с 5-х суток послеоперационного периода после операции кесарева сечения в нижнем сегменте по Пфанненштилю отмечается повышение температуры до 39°C, ознобы. В анализе крови: лейкоциты $15,3 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 70 мм/ч. В формуле - палочкоядерный сдвиг. При осмотре: выраженная инфильтрация швов на передней брюшной стенке. При влагалищном исследовании на 7-е сутки: матка до 15 недель, пальпация матки затруднена и болезненна из-за выраженной инфильтрации и гиперемии швов на передней брюшной стенке. Цервикальный канал пропускает палец, гнойные выделения с гнилостным запахом. Своды свободные, глубокие. С 4-го дня проводится внутриматочный диализ, массивная антибактериальная терапия, дезинтоксикация. Эффект незначительный. Переведена в гинекологическое отделение.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Какие были допущены ошибки?
3. Тактика?
4. Реабилитационные мероприятия?
5. Будет ли оплачен родовой сертификат за роды у данной женщины врачу?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №9

1. Послеоперационный период. 7-е сутки после операции кесарева сечения. Метроэндометрит. Несостоятельность швов на передней брюшной стенке.
2. Не разведены швы на передней брюшной стенке при отеке и гиперемии. Нет анализа крови в динамике.
3. Релапаротомия. Тотальная гистерэктомия с трубами, хорошее дренирование брюшной полости, антибиотики, инфузионная, дезинтоксикационная терапия.
4. Коррекция иммунной системы. Плазмоферез.
5. Родовой сертификат и дополнительная зарплата врачу оплачивается в случае благополучного «без осложнений» исхода родов. В данном случае имеет место осложнение – сертификат не оплачивается.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10

Пациентка 25 лет обратилась к гинекологу с жалобой на ноющие боли внизу живота. Боли появились после лечения на курорте и беспокоят в течение года. Из анамнеза: менструации с 18 лет, редкие скудные; первичное бесплодие в течение 6 лет. Дедушка пациентки болел легочным туберкулезом. При осмотре: кожные покровы бледные, температура тела 37°C, пульс 78 в мин, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Гинекологический статус: матка уменьшена в размерах, ограниченно подвижная, безболезненная. Придатки матки с обеих сторон болезненные, несколько увеличенные, плотной консистенции.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Какой вариант нарушения менструального цикла имеет место у данной больной?
3. Составьте план дообследования больной.
4. В чем заключается лечение больной в случае подтверждения диагноза?
5. Реабилитационные мероприятия после основного курса терапии?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №10

1. Хронический сальпингоофорит (не исключается генитальный туберкулез). Нарушение менструального цикла. Бесплодие I.
2. Гипоолигоменорея.
3. Общеклинические анализы крови и мочи, мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала и эндометрия на туберкулез и ИППП методом ПЦР. Гистеросальпингография. Гистероскопия с биопсией эндометрия. Бактериологическое исследование содержимого полости матки. Туберкулинодиагностика. Рентгенография легких. УЗИ органов малого таза. Лапароскопия с биопсией яичников и маточных труб.
4. Лечение проводят в стационаре назначением противотуберкулезной химиотерапии, общеукрепляющей и иммуномодулирующей терапии, физиолечения. По показаниям - хирургическое лечение.
5. Проведение 2-3 курсов физиолечения, рассасывающей и общеукрепляющей терапии, санаторно-курортное лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11

В гинекологическую клинику доставлена пациентка 25 лет с жалобами на постоянные тянущие боли в низу живота, слабость, гнойно-кровянистые выделения из половых путей, повышение температуры тела до 37,5. Из анамнеза: со слов больной 2-е суток назад дома произошел выкидыш в сроке беременности 15-16 неделям. На следующий день появились вышеперечисленные жалобы. Криминальные вмешательства с целью прерывания беременности отрицает. Данная беременность 3-я, нежеланная, на учете в ж/к не состояла. В анамнезе 2 мед. аборта.

При осмотре: состояние больной средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Температура тела – 37,6

градусов, пульс 90 уд. в 1 мин., АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот симметричный, обычной формы, не вздут, мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Физиологические отправления в норме. Диурез достаточный.

При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, выделения гнойно-кровянистые в умеренном количестве. Вагинально: матка увеличена до 12 недель беременности, мягкая, с четкими контурами, подвижная, умеренно болезненная, шейка матки цилиндрическая, наружный зев пропускает кончик пальца. Движения за шейку матки безболезненные. Придатки с обеих сторон не определяются. Параметрии свободные, своды глубокие.

Вопросы:

- 1.Предварительный диагноз?
- 2.Необходимое обследование больной?
- 3.С чем проводится дифференциальная диагностика?
- 4.Какова лечебная тактика?
5. Реабилитационные мероприятия?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №11

- 1.Беременность 15-16 недель. Неполный внебольничный инфицированный аборт. Острый эндометрит.
- 2.Общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ гениталий и почек, гемостазиограмма, рентгенография легких.
- 3.О. аппендицит, о. пиелонефрит, внематочная беременность, воспаление придатков матки.
- 4.Начать с комплексной противовоспалительной терапии (антибиотики, инфузии кристаллоидов, антигистаминные препараты) в течение 6-12 часов, затем бережное инструментальное опорожнение полости матки под прикрытием антибиотиков, утеротоников и ГКС.

5.Контрацепция КОК, витамины, седативные препараты, 2-3 курса противовоспалительной и общеукрепляющей терапии, физиолечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12

Пациентка 33 лет, доставлена в гинекологическое отделение БСМП с жалобами на интенсивные тянущие боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку, обильные гнойные выделения из половых путей, повышение температуры тела до 3,5°С с ознобами, слабость. Из анамнеза: болеет в течение 11 дней, заболела сразу после очередной менструации, которая пришла в срок. В анамнезе 2 родов, 3 мед.аборта без осложнений. Страдает хроническим аднекситом с редкими обострениями, ИППП в анамнезе отрицает. Контрацепция – ВМС в течение 10 лет. При осмотре: состояние больной тяжелое. Температура – 38,7°С, пульс 100 уд/мин, АД 120/80 мм рт.ст. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот обычной формы, не вздут, симметричный, напряжен и резко болезненный в области гипогастрия. Симптомы раздражения брюшины положительны в области гипогастрия. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейка матки без воспалительных явлений, в зеве – усы ВМС. Из цервикального канала стекают обильные гнойевидные бели. При влагалищном осмотре: шейка матки цилиндрическая, наружный зев закрыт, матка нормальных размеров, плотная, безболезненная. Справа от матки определяется опухолевидное образование, без четких контуров, до 8 см в диаметре, плотное, неподвижное, резко болезненное. Слева придатки утолщены, подвернуты за матку, резко болезненны. Своды глубокие. Движения за шейку матки болезненны.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования больной.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

4. Лечебная тактика?
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №12

1. Обострение хронического двухстороннего аднексита с образованием тубоовариальной опухоли справа, сактосальпинкса слева, пельвиоперитонит на фоне ВМС.
2. Общеклинические анализы крови и мочи, анализ крови на RW и ВИЧ, мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала на ИППП методом ПЦР. Кольпоскопия и мазок на атипические клетки с шейки матки. УЗИ органов малого таза. Кульдоцентез. Лапароскопия.
3. Истинная опухоль яичника, перекрутмиоматозного узла на ножке, о. аппендицит, аппендикулярный инфильтрат.
4. Начать комплексную консервативную противовоспалительную терапию (в течение 5-7 суток) с последующим оперативным лечением.
5. Соблюдение правил использования ВМС, своевременная диагностика и лечение ИППП.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13

В отделение патологии поступила беременная с доношенной беременностью. В анамнезе 2-е срочных родов, двое живых детей, затем 3 мед.аборта, послеабортный период осложнился метроэндометритом. Первая половина этой беременности протекала без осложнений, с 35-й недели появились отеки нижних конечностей. Рост 163 см, вес 84 кг, АД 140/90 мм рт.ст. На нижних конечностях отеки. ОЖ 104 см. ВДМ 37 см. Положение плода продольное, предлежит головка над входом в малый таз. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные 140 в мин. Гемоглобин 111 г/л, общий белок 70 г/л, сахар крови 4,4 ммоль/л, ПТИ 99%, фибриноген 3,9

г/л. Анализ мочи без патологии. УЗИ: плод один, в головном предлежании, СБ+, БПР 98 мм, ОЖ 102 мм. Плацента по передней стенке, больше слева, степень зрелости II - III. Нижний край плаценты перекрывает внутренний зев. Вод достаточное количество. Воды светлые.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план ведения беременной.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какое осложнение может быть при родоразрешении? Какова в таком случае акушерская тактика? Причина данного осложнения?
5. Реабилитация в послеродовом периоде?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №13

1. Беременность 40 недель. Умеренно выраженная преэклампсия. Полное предлежание плаценты. ОАА.
2. На данном этапе – полное клинико-лабораторное обследование. Родоразрешение - плановое кесарево сечение.
3. Консультации узких специалистов. КТГ.
4. Невозможность отделить плаценту при ее приращении. Тактика – иссечение участка вращения с выполнением метропластики. При невозможности выполнения метропластики - гистерэктомия. Причина - ОАА.
5. Назначение гормональной контрацепции, профилактика аборт, профилактика воспалительных заболеваний органов малого таза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14

Беременная, 21 год. Беременность первая. На учет по беременности встала с 8 недель. Наблюдалась регулярно. В сроке 36 недель появилась легкая пастозность голеней. В течение 4-х дней лечилась амбулаторно (разгрузочная диета, мочегонные травы). В момент осмотра: через 3 дня

беременность соответствует сроку 35 недель. АД 180/120 мм рт.ст. Была однократная рвота. Указаний на повышение давления ранее и на заболевание почек нет. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата к входу в малый таз. Матка в тонусе. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 134 в мин.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Тактика врача?
3. Показано ли срочно родоразрешение и что нужно провести до родоразрешения?
4. Лечение после родоразрешения?
5. Какими льготами пользуется беременная при ранней явке в женскую консультацию? И какие льготы у данной женщины в послеродовом периоде?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №14

1. Беременность 36-37 недель. Тяжелая преэклампсия. Преждевременный разрыв плодных оболочек. ЗВРП.
2. Срочная госпитализация машиной скорой помощи в стационар.
3. Показано. Гипотензивная терапия (управляемая нормотония), начать инфузионную терапию.
4. Лечение преэклампсии, антибиотикотерапия, контроль системы свертывания крови.
5. Женщина, взятая на учет по беременности в срок до 12 недель согласно справки ж/к получает единовременное пособие в размере МРОТ в отделе социального обеспечения по месту жительства. В послеродовом периоде данной женщине положено дополнительно 16 дней (преэклампсия).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15

У первородящей 22 лет, в течение нескольких дней головная боль, плохое самочувствие. До этого во время беременности чувствовала себя здоровой. При осмотре: отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки. При кипячении мочи большой хлопьевидный осадок. Артериальное давление 190/100 мм рт.ст. Наружное исследование: тазовое предлежание, схватки через 4-5 минут, сердцебиение плода слева выше пупка, 140 в минуту. Размеры таза: 26–28–30–20 см. Влагалищное исследование: открытие полное, плодный пузырь цел, прощупывается слева и спереди левая ножка. Задняя поверхность лона и крестцовая впадина свободны. При производстве влагалищного исследования возник первый припадок судорог, продолжающийся 3–4 мин, с потерей сознания.

Вопросы:

1. Оцените состояние роженицы при поступлении.
2. Какой период родов?
3. Причина, спровоцировавшая припадок?
4. Что делать?
5. Профилактика данного осложнения беременности?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №15

1. Состояние тяжелое – эклампсия.
2. Второй.
3. Роженица поступила с тяжелой преэклампсией. Вагинальный осмотр у таких пациенток должен проводиться при адекватном обезболивании, на фоне противосудорожной, седативной, гипотензивной терапии.
4. Начать лечение преэклампсии– магниезальная, гипотензивная, седативная терапия. Интубация, наркоз, экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения.
5. Лечение соматической экстрагенитальной патологии, гинекологических заболеваний, планирование беременности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16

К гинекологу в женскую консультацию обратилась пациентка 41 года с жалобами на тянущие боли в низу живота, сукровично-гноевидные выделения из половых путей, повышение температуры тела до 37,5°C. Из анамнеза: заболела остро, на 5-й день после произведенной офисной гистероскопии с биопсией эндометрия по поводу подозрения на наличие аденомиоза. В анамнезе 1 срочные роды и 4 медицинских аборта, один из которых осложнился острым эндометритом, острым аднекситом, по поводу чего получала лечение в стационаре. При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала обильные сукровично-гноевидные выделения. Вагинально: шейка матки цилиндрическая, наружный зев закрыт, тело матки чуть больше нормальных размеров, плотная, болезненная, с четкими контурами. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды без особенностей.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. План дообследования больной?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Лечение?
5. Профилактика данного заболевания?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №16

1. Обострение хронического эндометрита.
2. Общеклинические анализы крови и мочи, анализ крови на RW и ВИЧ, мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала на ИППП методом ПЦР. УЗИ органов малого таза.

3. Воспаление придатков матки, патология эндометрия.
4. Лечение проводится в условиях стационара: комплексная противовоспалительная терапия (инфузионная, антибактериальная, нестероидные противовоспалительные, антигистаминные, обезболивающие препараты), утеротоники, с последующим назначением иммуномодуляторов и физиолечения.
5. Своевременная диагностика и адекватное лечение воспалительных заболеваний матки, применение контрацептивных средств, диагностика и лечение ИППП.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №17

В гинекологический стационар поступила больная 37 лет с жалобами на интенсивные, тянущие боли внизу живота с иррадиацией в правую ногу, слабость, гнойно-сукровичные выделения из половых путей, повышение температуры тела до 40°C. Из анамнеза: заболела постепенно, на 4-е сутки после удаления ВМС в женской консультации (удаление с техническими трудностями). Сначала появились тянущие боли в низу живота, больше справа. Больная самостоятельно принимала обезболивающие препараты – с кратковременным эффектом. Затем боли усилились, появилась гипертермия и гнойно-сукровичные бели. У больной в анамнезе 2 родов и 4 мед.аборта без осложнений. Контрацепция – ВМС в течение 7 лет. В анамнезе острое воспаление придатков матки 10 лет назад, лечилась в стационаре. При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала обильные сукровично-гноевидные выделения. Вагинально: шейка матки цилиндрическая, неподвижная, наружный зев закрыт, тело матки чуть больше нормальных размеров, плотная, болезненная, с четкими контурами. Справа от матки определяется плотный инфильтрат, достигающий до стенок таза, болезненный, без четких контуров. Придатки

слева не определяются. Правый боковой свод несколько уплощен, пальпация его болезненна, остальные своды без особенностей.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. План дообследования больной?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Лечение?
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №17

1. Острый эндометрит. Правосторонний параметрит.
2. Общеклинические анализы крови и мочи, анализ крови на RW и ВИЧ, мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала на ИППП методом ПЦР. УЗИ органов малого таза. Кульдоцентез. Кольпоскопия и мазок на атипические клетки с шейки матки.
3. Рак шейки матки, пельвиоперитонит, аппендикулярный инфильтрат.
4. Проведение комплексной противовоспалительной терапии (инфузионная, антибактериальная, нестероидные противовоспалительные, антигистаминные, обезболивающие препараты), утеротоники, с последующим назначением иммуномодуляторов и физиолечения.
5. Применение контрацептивных средств, своевременная диагностика и лечение острых воспалительных заболеваний матки и придатков, санация хронических очагов инфекции, диагностика и лечение ИППП.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18

К гинекологу в женскую консультацию обратилась пациентка 26 лет с жалобами на периодические тянущие боли в низу живота, периодические слизисто-гноевидные выделения из половых путей, редко – субфебрильную температуру тела, отсутствие беременностей в течение 4 лет. Из анамнеза: 3,5 года назад мед. аборт, осложнившийся о. эндометритом, по поводу чего получала стационарное лечение. После этого периодически беспокоят вышеперечисленные жалобы, беременность не наступала, не смотря на отсутствие контрацепции. При осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, выделения – слизисто-гноевидные в умеренном количестве. Вагинально: шейка коническая, наружный зев закрыт. Тело матки нормальных размеров, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон инфильтрированы, очень чувствительны. Влагалищные своды глубокие, безболезненные.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Тактика врача женской консультации?
3. План дообследования больной?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №18

1. Хронический аднексит. Вторичное бесплодие.
2. Проведение противовоспалительного лечения на фоне провокации (целесообразнее направление на лечение в стационар).
3. Общеклинические анализы крови и мочи, анализ крови на RW и ВИЧ, мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ

соскоба из цервикального канала на ИППП методом ПЦР. УЗИ органов малого таза. Лапароскопия с хромосальпингоскопией.

4. Необходимо исключить патологию шейки матки, эндокринный и иммунологический генез бесплодия.

5. Применение контрацептивных средств, своевременная диагностика и лечение острых воспалительных заболеваний матки и придатков, санация хронических очагов инфекции, диагностика и лечение ИППП.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №19

Беременность пятая, роды третьи. Последние три месяца консультацию не посещала. Схватки начались 13 часов тому назад и были интенсивными, околоплодные воды отошли 7 часов назад. При осмотре: таз 26–28–30–20 см. Положение плода поперечное. Сердцебиение плода не выслушивается. При влагалищном исследовании: определяется отечная ручка, находящаяся во влагалище, раскрытие маточного зева полное, во входе в таз вклинился плечевой пояс плода.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие ошибки допущены врачом женской консультации?
3. Что делать?
4. Проводится ли в настоящее время комбинированный поворот, исправляющий поперечное положение плода?
5. Будет ли оплачен родовой сертификат за роды у данной женщины врачу?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №19

1. Срочные роды III. II период родов. Преждевременный разрыв плодных оболочек. Запущенное поперечное положение плода. Интранатальная гибель плода.

2. При поперечном положении плода показана дородовая госпитализация за 2 недели до предполагаемого срока родов для планового оперативного родоразрешения.
3. Эндотрахеальный наркоз, выполнение плодоразрушающей операции - декапитации.
4. Учитывая перинатальное акушерство и возможные осложнения для плода, в настоящее время не проводится.
5. В данном случае имеет место врачебная ошибка, родовой сертификат медицинскому учреждению и персоналу не оплачивается.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №20

Срочные вторые роды у женщины 33 лет. Из анамнеза: данная беременность пятая. Первая закончилась срочными родами живым ребенком. Три последующие – медицинскими абортами. Последний – осложнился метроэндометритом. После рождения ребенка прошло 1,5 часа. Признаков отделения последа нет. Кровотечения нет.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Что делать?
3. Причина осложнения?
4. Возможные варианты исхода родов?
5. Где должен находиться ребенок после родоразрешения и правильное его кормление?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №20

1. Срочные роды II. III период родов. Полное плотное прикрепление плаценты? ОАА.
2. Ручное отделение плаценты и выделение последа в условиях развернутой операционной и готовностью к восполнению кровопотери.
3. Аборты в анамнезе.

4. а) отделение плаценты возможно; б) приращение плаценты - ручное отделение плаценты невозможно – лапаротомия, тотальная или субтотальная гистерэктомия без придатков.

5. Ребенок находится в отделении «Мать и дитя». Кормление грудью осуществляется по «требованию».

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №21

В стационар поступила первобеременная С., 22 лет с направлением из женской консультации. Анамнез: росла здоровым ребенком. Месячные с 13 лет, по 4 дня, через 28 дней, безболезненные, в умеренном количестве. Последняя менструация была 12 недель назад. Под наблюдением врача женской консультации находится около 2 недель по поводу рвоты беременной. За это время потеряла в весе 5 кг. В моче повторно обнаруживается ацетон. Беременная при поступлении жалуется, что последние сутки рвота была 17 раз (ночью 4 раза). Температура при поступлении – 37,7°C. Пульс - 110 в минуту.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику данного осложнения беременности?
3. Какой симптом отражает тяжесть состояния?
4. Акушерская тактика?
5. Какими льготами пользуется беременная при ранней явке в женскую консультацию?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №21

1. Беременность 10 недель. Рвота беременной тяжелой степени.
2. Заболевания ЖКТ, отравление, токсоинфекция, заболевания печени.
3. Наличие ацетона в моче. Кратность рвоты.

4. Интенсивная инфузионно-трансфузионная, десенсибилизирующая, общеукрепляющая, витаминотерапия, гепатопротекторы, противорвотные в течение 1–2 суток, при отсутствии эффекта - прерывание беременности.
5. Женщина, взятая на учет по беременности в срок до 12 недель, согласно справки ж/к, получает единовременное пособие в размере МРОТ в отделе социального обеспечения по месту жительства.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №22

В гинекологическое отделение многопрофильной больницы доставлена больная с жалобами на слабость, тошноту. По дороге в больницу была кратковременная потеря сознания, однократная рвота. Из анамнеза: пациентка 27 лет, имела 4 беременности, 2 срочных родов, 2 мед.аборта, последний - год тому назад, осложнился эндометритом, сальпингитом, была высокая температура, находилась в стационаре 2 недели. От беременности не предохранялась. Последняя менструация была 6 недель назад. Объективно: кожа и видимые слизистые бледные. Пульс 110 уд/мин. А/Д 95/60 мм.рт.ст. Живот умеренно вздут, симптомы раздражения брюшины положительные. При влагалищном исследовании: шейка сформирована, наружный зев закрыт. Матка немного больше нормы, плотная, придатки определить не удается из-за резкой болезненности сводов. Задний свод нависает. Выделения слизистые.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Составьте план обследования больной.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика?
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №22

1. Прервавшаяся внематочная беременность.
2. УЗИ органов малого таза, кульдоцентез, лапароскопия, развернутый анализ крови, анализ крови на групповую принадлежность и Rh –фактор, б/х анализ крови, определение ХГ.
3. Апоплексия яичника, обострение хронического воспаления придатков матки, о. аппендицит.
4. Экстренное оперативное лечение.
5. Использование надежных средств контрацепции, своевременное и адекватное лечение воспалительных заболеваний придатков матки.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №23

В гинекологическое отделение поступила пациентка 26 лет с жалобами на интенсивные тянущие боли в низу живота с иррадиацией на прямую кишку. Из анамнеза: боли появились внезапно во время полового акта. В анамнезе одна беременность 3 года назад, закончилась срочными родами без осложнений. Менструации регулярные, через 28–30 дней, по 5 дней. Последняя менструация началась 2 недели назад. Контрацепция – барьерная. Страдает хроническим двусторонним аднекситом в течение 5 лет (трижды были обострения, лечилась в стационаре). Объективно: кожные покровы обычной окраски, влажные. Температура тела 36,6°C, пульс 84 удара в минуту, хорошего наполнения; АД 115/75 мм.рт. ст. Язык влажный. Живот обычной формы, не вздут, мягкий, незначительно болезненный в области гипогастрия. Симптомов раздражения брюшины нет. При влагалищном исследовании: матка нормальных размеров и консистенции, безболезненная. Справа придатки четко не пальпируются из-за резкой болезненности. Слева придатки не определяются. Движения за шейку матки умеренно болезненны. Влагалищные своды глубокие, пальпация правого бокового свода умеренно болезненна. Выделения слизистые.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. Составьте план обследования больной.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Какова лечебная тактика?
5. Составьте план реабилитационных мероприятий.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №23

1. Апоплексия правого яичника.
2. Общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ гениталий, определение ХГ в моче, кульдоцентез, лапароскопия.
3. Эктопическая беременность, воспаление придатков матки, о. аппендицит.
4. При алгической форме – консервативная терапия (постельный режим, холод на низ живота, анальгетики, спазмолитики, гемостатики); при анемической форме – оперативное лечение.
5. Необходим прием КОК (монофазные низко- или микродозированные) в течение 3-6 менструальных циклов, проведение 2-3 курсов общеукрепляющего и противовоспалительного лечения, физиотерапии. Через 2–3 месяца возможно санаторно-курортное лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24

Больная А., 23 лет, доставлена в гинекологический стационар с жалобами на боли внизу живота справа в течение 3 дней, слабость, головокружение. Боли иррадиируют в прямую кишку. Из анамнеза: половая жизнь с 22 лет, имела одну беременность, которая закончилась выкидышем. Последняя менструация 1,5 месяца назад. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа бледная, температура 37,4°C, пульс 83 удара в минуту, АД 100/70 мм.рт. ст. Живот не вздут, мягкий, при пальпации болезненный в нижних отделах, больше справа. При

влагалищном исследовании: матка несколько увеличена, смещение ее вызывает болезненность. Слева придатки матки не определяются. Справа от матки пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции с нечеткими контурами, болезненное, ограниченное в подвижности. Выделения скудные, темно-коричневого цвета. Экспресс-тест с мочой на ХГ положительный.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план дообследования больной для уточнения диагноза.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика в случае подтверждения предполагаемого диагноза?
5. В чем заключаются реабилитационные мероприятия?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №24

1. Прервавшаяся эктопическая (трубная) беременность справа.
2. Тест на ХГ, УЗИ гениталий, развернутый анализ крови, кульдоцентез, лапароскопия.
3. Аппендицит, апоплексия яичника, острое воспаление придатков матки, перекрут ножки опухоли яичника.
4. Экстренное оперативное лечение.
5. Прием КОК в течение 6 месяцев, проведение 2–3 курсов противовоспалительной и общеукрепляющей терапии, физиолечение. Санаторно-курортное лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №25

Первородящая К., 25 лет, во 2-м периоде родов. Размеры таза 25–29–31–17 см. Предполагаемая масса плода 4000 г. Роды в чисто ягодичном предлежании ведутся консервативно. Введены спазмолитики. Начато

пособие по Цовьянову. Плод родился до нижнего угла лопаток. Рождение плечиков затруднено, ручки запрокинуты. Приступили к оказанию классического ручного пособия. Ручки освобождены. Головка не извлекается. Исчезла пульсация пуповины.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Тактика?
3. Какие были допущены ошибки?
4. Причины гибели плода?
5. Профилактика тазовых предлежаний плода?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №25

1. Срочные роды I. Второй период родов. Чисто ягодичное предлежание. Крупный плод. Простой плоский таз II степени сужения. Клинически узкий таз. Интранатальная гибель плода. Пособие по Цовьянову. Классическое ручное пособие.
2. Плодоразрушающая операция - перфорация последующей головки.
3. Необходима была дородовая госпитализация. Кроме того, II степень сужения + тазовое предлежание плода - это показание к родоразрешению путем операции кесарева сечения в плановом порядке.
4. Длительное прижатие пуповины между головкой плода и костями таза матери.
5. Гимнастика для исправления тазового предлежания с 28–30 недель беременности, ношение бандажа, поворот плода по Архангельскому в 34–36 недель при наличии условий.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №26

В родильный дом на носилках из женской консультации доставлена 32-летняя женщина, где ей по поводу тазового предлежания в сроке беременности 34-35 недель производили наружный профилактический

поворот плода на головку по Архангельскому. Беременность 6-я, предстоят 3-и роды. 3 предшествующие беременности закончились мед. Абортами, б/о. Во время проведения наружного поворота женщина пожаловалась на сильную нарастающую боль в животе. Общее состояние при поступлении тяжелое, кожные покровы бледные, цианоз губ, АД 70/40 мм рт. ст. Пульс 110, слабого наполнения. Матка напряжена, контуры четкие, болезненность по левому ребру матки, где определяется локальное выпячивание. Части плода пальпируются с трудом. Сердцебиение плода не выслушивается.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Причина возникновения данного осложнения?
3. С какой патологией необходимо дифференцировать возникшее осложнение?
4. Каковы должны быть дальнейшие действия врача?
5. Профилактика тазовых предлежаний плода?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №26

1. Беременность 34-35 недель. Тазовое предлежание плода. Поворот плода по Архангельскому. ПОНРП. Геморрагический шок III ст. Антенатальная гибель плода. ОАА.
2. Произведение наружного поворота плода на головку в условиях ж/к.
3. Разрыв матки, хирургические причины клиники острого живота (аппендицит, желчнокаменная болезнь и др.), предлежание плаценты.
4. Лапаротомия, кесарево сечение в экстренном порядке с последующим решением вопроса об объеме операции (при наличии матки Кювелера – гистерэктомия); мероприятия по борьбе с шоком (инфузионная терапия в объеме не менее 200 % от кровопотери).
5. Гимнастика для исправления тазового предлежания с 28–30 недель беременности, ношение бандажа, поворот плода по Архангельскому в 34–

36 недель при наличии условий.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №27

В женскую консультацию обратилась повторнобеременная по поводу внезапно начавшегося кровотечения из влагалища в сроке беременности 35 недель. Беременность пятая, предстоят первые роды. В анамнезе три медицинских аборта и один самопроизвольный выкидыш. Состояние средней тяжести, АД 90/50 мм рт. ст., пульс 110 уд/мин. Обращает внимание бледность кожных покровов. Матка не напряжена, безболезненна. Положение плода поперечное. Сердцебиение плода приглушено, 160 уд/мин. При осмотре в зеркалах: шейка матки чистая, во влагалище сгустки крови. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, наружный зев закрыт. Через своды определяется пастозность.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Какова предположительная причина данных осложнений?
3. Тактика врача женской консультации?
4. Тактика врача родовспомогательного учреждения?
5. Мероприятия первичной профилактики возникшего осложнения беременности?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №27

1. Беременность 35 недель. Полное предлежание плаценты. Кровотечение. Геморрагический шок II ст. Острая гипоксия плода. Поперечное положение плода. ОАА.
2. Причина предлежания плаценты - ОАА; причина поперечного положения плода - предлежание плаценты.
3. Срочная госпитализация в родильный дом машиной «скорой помощи». Вагинальный осмотр в условиях женской консультации категорически противопоказан.

4. Осмотр в условиях развернутой операционной. Экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения. Объем операции решается на операционном столе (в случае приращения предлежащей плаценты – гистерэктомия).

5. Профилактика абортот: санитарно-просветительная работа, контрацепция.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №28

Пациентка О., 24 лет, доставлена в гинекологический стационар машиной «скорой помощи» с жалобами на острые боли внизу живота, возникшие около 6 часов назад внезапно, на фоне физической нагрузки; сухость во рту, повышение температуры до 37,8°C. Из анамнеза: менструации с 12 лет, регулярные, через 28 дней, по 3 дня. Последняя менструация началась в срок 12 дней назад. Живет половой жизнью с 20 лет, контрацепция – презерватив. Беременностей не было. Гинекологические заболевания в анамнезе отрицает. Объективно: кожные покровы обычной окраски, чистые. Язык сухой. АД 110/70 мм.рт.ст., пульс 88 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. Живот не вздут, напряжен и болезнен в нижних отделах. Здесь же положительные симптомы раздражения брюшины. При влагалищном обследовании: влагалище свободное, шейка коническая, зев закрыт, тело матки не увеличено; придатки слева не пальпируются, справа и сзади от матки пальпируется опухолевидное образование, эластической консистенции, подвижное, резко болезненное, до 10 см в диаметре. Своды глубокие.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план обследования больной для уточнения диагноза.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика?

5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №28

1. Перекрут ножки опухоли яичника.
2. Развернутый и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, тест на ХГ, УЗИ гениталий, лапароскопия.
3. О. аппендицит, эктопическая беременность, перекрутмиоматозного узла на ножке, опухоль кишечника.
4. Экстренное оперативное лечение.
5. Проведение профилактических осмотров с целью своевременной диагностики опухолей яичников, своевременное консервативное и оперативное их лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №29

У больной К., 39 лет, внезапно на работе развился приступ острых болей в нижних отделах живота. Менструальный цикл не нарушен, последняя менструация 18 дней назад. В анамнезе 3 родов. В течение 5 лет пациентка находится на диспансерном наблюдении по поводу миомы матки. Последний раз гинекологом осматривалась 1,5 года назад. Со слов больной было предложено оперативное лечение, от которого больная отказалась. При поступлении в стационар: АД 120/80 мм рт.ст., пульс 90 уд/мин., удовлетворительного наполнения. Живот болезненный в нижних отделах, над лоном пальпируется нижний полюс плотной опухоли, исходящей из малого таза. Бимануальное исследование: матка увеличена до 14-15 недель беременности, бугристая за счет множества узлов, один из них спереди, 13×8 см, резко болезненный при пальпации. Клетчатка малого таза не инфильтрирована. Шейка матки без патологических изменений.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?

2. Составьте план обследования больной для уточнения диагноза.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика?
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №29

1. Миома матки больших размеров с нарушением трофики миоматозного узла.
2. Общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ гениталий, лапароскопия.
3. Эктопическая беременность, перекрут ножки опухоли яичника, опухоль мочевого пузыря или кишечника с нарушением трофики, саркома матки.
4. Начинают с консервативной противовоспалительной и реологической терапии, после улучшения состояния больной или в случае неэффективности консервативной терапии - оперативное лечение.
5. Регулярное проведение профилактических осмотров, адекватное и своевременное лечение миомы матки.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №30

В гинекологическое отделение многопрофильной больницы машиной «скорой помощи» доставлена больная 25 лет, с жалобами на резкие боли внизу живота справа, нарушение менструального цикла, тошноту, головокружение, слабость. Из анамнеза: половая жизнь с 22 лет, в браке, без контрацепции. Единственная беременность закончилась самопроизвольным выкидышем в 10 недель, осложнившимся метроэндометритом. Последняя menses 6 недель назад.

Заболела остро. Среди полного благополучия при подъёме тяжести появились резкие боли внизу живота, потеряла сознание. При осмотре: АД

90/60 мм рт.ст., PS 110 в мин, ритмичный, слабого наполнения. Кожа и видимые слизистые бледные. Живот умеренно вздут, симптом Щёткина-Блюмберга положительный. При влагалищном исследовании: Шейка матки коническая. Матка обычных размеров. Придатки не определяются. Задний свод влагалища нависает. Осмотр значительно затруднён из-за резкой боли и напряжения мышц передней брюшной стенки. Движения за шейку матки и пальпация заднего свода особенно болезненны. Выделения слизистые, светлые.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
4. Лечение?
5. Реабилитация?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №30

1. Трубная беременность, прервавшаяся по типу разрыва маточной трубы. Геморрагический шок II ст.
2. Маточная беременность. Апоплексия яичника. Разрыв капсулы кистомы яичника. Острый аппендицит. Острый аднексит. Разрыв печени и селезёнки.
3. Анализ мочи на ХГ. УЗИ органов малого таза и брюшной полости. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища.
4. Срочное оперативное лечение: Лапаротомия. Сальпингэктомия.
5. Прием КОК (Логест, Мерсилон, Новинет) 3-6 месяцев, проведение 2-3 курсов противовоспалительной и общеукрепляющей терапии, физиолечения. Санаторно-курортное лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №31

Повторнобеременная 24 года. В анамнезе 1 срочные роды, б/о. Данная беременность протекала без осложнений. Чувствовала себя хорошо. В последнюю неделю отметила появление отеков на ногах. За всю беременность прибавила в весе 15 кг. При осмотре: самочувствие удовлетворительное, жалоб не предъявляет. ОЖ 97 см. ВДМ 36 см. Сердцебиение плода - 140 в минуту, ясное, ритмичное. Имеются отеки голеней. АД - 150/90 мм рт. ст. В моче – 1,65 г/л белка.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Что делать?
3. Как расценить прибавку в весе, равную 15 кг?
4. Что нужно дополнительно знать, чтобы достоверно оценить степень тяжести преэклампсии?
5. Первичная профилактика данного осложнения беременности?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №31

1. Беременность 36 недель. Умеренно выраженная преэклампсия.
2. Стационарное лечение в отделении патологии беременных в течение 3–5 дней – при отсутствии эффекта – родоразрешение.
3. Прибавка в весе патологическая (за счет отеков).
4. Исходные цифры АД, соматический статус до беременности.
5. Лечение соматической патологии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №32

Машиной «скорой помощи» в родильный дом доставлена беременная 37 лет, в тяжелом состоянии. Пульс - 100 уд/в минуту, ритмичный, малый. Кожные покровы бледные. Женщина жалуется на сильную слабость. Беременность пятая, 37-38 недель. Три первые беременности закончились нормальными срочными родами. Четвертые

роды 2 года тому назад закончились операцией кесарева сечения по поводу сильного кровотечения на фоне предлежания плаценты при сроке беременности 36-37 недель. Послеоперационный период протекал с лихорадкой, нагноением послеоперационной раны передней брюшной стенки. Выписана на 21-й день после операции с живым ребенком. Сегодня дома после подъема тяжести почувствовала резкие боли в животе, на короткое время потеряла сознание, вследствие чего была вызвана машина «скорой помощи». При поступлении: сердцебиение плода выслушать не удалось. Схватки отсутствуют. Предлежащая часть не определяется. Контуры матки не определяются. Хорошо прощупываются по передней брюшной стенке мелкие части плода.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Какова степень тяжести возникшего осложнения?
3. Клиническая классификация разрывов матки.
4. Какие осложнения были после предыдущего кесарева сечения?
5. На что направлены мероприятия первичной профилактики материнского травматизма?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №32

1. Беременность 37-38 недель. Рубец на матке после операции кесарева сечения. Полный свершившийся гистопатический разрыв матки по рубцу. Антенатальная гибель плода. Геморрагический шок I-II ст.
2. Тяжелая. Полный разрыв матки. Шоковое состояние.
3. Угрожающий, начавшийся, свершившийся.
4. Эндометрит, нагноение послеоперационной раны.
5. Профилактика послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений. Санаторно-курортное лечение, физиотерапия. Во время данной беременности была показана дородовая госпитализация на 37-й неделе беременности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №33

В родильный дом поступила повторнородящая с родовой деятельностью в течение 6 часов. Роды срочные, третьи. О/воды излились 4 ч тому назад. Схватки через 4-5 минут по 30-35 секунд, средней силы. При осмотре таз 25-28-31-20. Положение плода продольное. Предлежащая часть крупная, мягкая, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода - 138 в минуту, ясное, слева на уровне пупка. Подтекают воды с примесью мекония. Через 4 часа сердцебиение плода - 100-110 в минуту, глуховатое, временами аритмичное. Влагалищное исследование: открытие зева полное, ягодичцы на тазовом дне, межвертельная линия в прямом размере, выделяется меконий.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Оцените состояние плода при поступлении?
3. Оценка таза матери.
4. Есть ли условия для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути? Метод родоразрешения?
5. Мероприятия первичной профилактики тазовых предлежаний?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №33

1. Срочные роды III. II период родов. Чисто ягодичное предлежание. Острая гипоксия плода.
2. Удовлетворительное.
3. Нормальный таз.
4. Есть (нормальный таз, нет плодного пузыря, полное открытие маточного зева, расположение ягодичц на дне таза, живой плод). Экстракция плода за тазовый конец.

5. Гимнастика для исправления тазового предлежания с 28-30 недель беременности, ношение бандажа, поворот плода по Архангельскому в 34-36 недель при наличии условий.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №34

В гинекологическое отделение многопрофильной больницы доставлена пациентка Н., 17 лет, с жалобами на интенсивные тянущие боли внизу живота, больше справа, иррадиирующие в прямую кишку. Из анамнеза: заболела остро, около 5 часов назад, после полового акта, когда появились вышеперечисленные жалобы. В течение последних 3-х месяцев находилась на диспансерном учете в женской консультации по поводу кисты правого яичника, получала противовоспалительную терапию. Беременностей в анамнезе не было. Контрацепция – презерватив. При осмотре: АД 110/70 мм рт.ст., PS 82 в мин, ритмичный, хорошего наполнения. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Живот симметричный обычной формы, не вздут, мягкий болезненный при глубокой пальпации в нижних отделах. Симптом Щёткина–Блюмберга отрицательный. При влагалищном исследовании: Шейка матки коническая. Матка обычных размеров, плотная, безболезненная. Справа определяется увеличенный до 4-5 см, болезненный яичник, слева придатки не определяются. Осмотр несколько затруднён из-за боли и напряжения мышц передней брюшной стенки. Движения за шейку матки и пальпация заднего свода болезненны. Выделения слизистые, светлые. С диагностической целью произведен кульдоцентез, получено 25 мл серозно-геморрагической жидкости.

Вопросы:

2. Предположительный диагноз?
3. Необходимое обследование больной?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

5. Лечение.
6. Профилактика данного заболевания?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №34

1. Разрыв кисты правого яичника.
2. УЗИ гениталий, развернутый анализ крови, определение ХГЧ, лапароскопия.
3. Эктопическая беременность, апоплексия яичника, о. хирургическая патология с внутрибрюшным кровотечением, почечная колика.
4. Консервативная терапия: постельный режим, холод на низ живота, гемостатики, спазмолитики, обезболивающие препараты. С 1-го дня менструации - КОК.
5. Своевременная диагностика и адекватное лечение хронического воспаления придатков матки, опухолей яичников, нарушений гормонального гомеостаза, прием КОК с целью контрацепции.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №35

Пациентка Б., 27 лет, обратилась в гинекологическое отделение с жалобами на сильные постоянные тянущие боли в нижних отделах живота, слабость, головокружение. Заболела остро, во время занятия спортом появились вышеперечисленные жалобы. В анамнезе 1 роды без осложнений, контрацепция – барьерная. Менструальная функция не нарушена, последняя менструация началась 18 дней назад, в срок. Страдает хроническим аднекситом, 6 месяцев назад во время УЗИ выявлено опухолевидное образование левого яичника (тонкостенное, с однородной анэхогенной внутренней структурой) по поводу чего от дальнейшего обследования и лечения отказалась.

Объективно: кожные покровы бледные, чистые. Температура тела 37,2°C, пульс 98 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. АД 100/70 мм.рт.ст. Язык сухой. Живот не вздут, напряжен и болезнен в

нижних отделах. Здесь же положительны симптомы раздражения брюшины. При влагалищном обследовании: влагалище свободное, шейка цилиндрическая, зев закрыт, тело матки не увеличено; придатки справа не пальпируются, слева от матки определяется опухолевидное образование, тестоватой консистенции, подвижное, резко болезненное, до 5 см в диаметре. Задний влагалищный свод несколько уплощен, пальпация его болезненна.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план обследования больной для уточнения диагноза.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика?
5. Какова профилактика данного заболевания?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №35

1. Разрыв капсулы опухоли левого яичника.
2. Развернутый и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, тест на ХГ, УЗИ гениталий, кульдоцентез, лапароскопия.
3. Эктопическая беременность, перекрут опухоли яичника или миоматозного узла на ножке, опухоль кишечника, кишечная непроходимость, апоплексия яичника.
4. При получении крови во время кульдоцентеза - экстренное оперативное лечение, в остальных случаях возможна консервативная тактика (постельный режим, холод на низ живота, гемостатики, спазмолитики, обезболивающие препараты)
5. Своевременная диагностика и адекватное лечение хронического воспаления придатков матки, нарушений гормонального гомеостаза, прием КОК с целью контрацепции.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №36

Машиной «скорой помощи» в гинекологический стационар доставлена пациентка 53 лет с жалобами на интенсивные тянущие боли внизу живота, тошноту, дважды рвоту, повышение температуры тела до 38°C. Болеет в течение 2-х суток, когда резко после изменения положения тела появились сильные боли в нижних отделах живота. Через сутки присоединилась гипертермия, тошнота и рвота. Из анамнеза: менструации в течение последних 2 лет нерегулярные, через 1-3 месяца по 4-5 дней. Последняя менструация была 35 дней назад. В анамнезе 2 родов и 5 мед. Абортов, без осложнений. При проф. осмотре гинекологом 3 года назад диагностирована миома матки до 6 недель, после этого гинекологом не наблюдалась. Объективно: кожные покровы обычной окраски, чистые. Температура тела 38,5°C, пульс 90 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. АД 130/70 мм.рт. ст. Язык сухой. Живот не вздут, напряжен и болезнен в нижних отделах. Здесь же положительные симптомы раздражения брюшины. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, выделения слизистые. При влагалищном обследовании: влагалище свободное, шейка цилиндрическая, зев закрыт, тело матки увеличено до 6-7 недель беременности, матка бугристая, безболезненная; придатки слева не пальпируются, справа и кзади от матки пальпируется опухолевидное образование, плотной консистенции, подвижное, резко болезненное, до 12 см в диаметре. Своды глубокие. Движения за шейку матки резко болезненные.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план обследования больной для уточнения диагноза.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика?

5. Профилактика данного заболевания

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №36

1. Перекрут ножки опухоли правого яичника. Миома матки.
2. Развернутый и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, тест на ХГ, УЗИ гениталий, кульдоцентез, лапароскопия.
3. Эктопическая беременность, перекрутмиоматозного узла на ножке, опухоль кишечника, кишечная непроходимость, апоплексия яичника, почечная колика.
4. Оперативное лечение в экстренном порядке.
5. Проведение профилактических осмотров с целью своевременной диагностики опухолей яичников, своевременное оперативное их лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №37

Повторнородящая 25 лет, поступила в родильный дом. Беременность доношенная. Схватки начались 26 часов назад. Околоплодные воды излились за 2 часа до начала родовой деятельности. Женщина утомлена, пульс 104 уд/мин, ритмичный. АД 110/60 мм рт.ст. Температура 38,8°C. Выделения из влагалища гнойные, с неприятным запахом. Наружные размеры таза: 25-26-31-18. Схватки через 6-7 минут, по 25-30 секунд, слабые. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода не прослушивается. Вагинально: шейка матки сглажена, открытие 6 см, диагональная конъюгата 10,5 см.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. С какого осложнения начались роды?
3. Ошибки в ведении женщины врачом ж/к?
4. Что делать?

5. В чем будет заключаться вторичная профилактика развившегося осложнения родов, опасного последующими гнойно-септическими осложнениями в послеродовом периоде?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №37

1. Срочные роды II. I период родов. Преждевременный разрыв плодных оболочек. Первичная слабость родовой деятельности. Хориоамнионит. Интранатальная гибель плода. Плоскорихитический таз I ст. сужения.
2. С преждевременного разрыва плодных оболочек
3. Учитывая анатомически узкий таз - показана дородовая госпитализация в 38 недель.
4. Плодоразрушающую операцию. Краниотомия.
5. Необходимо начать антибактериальную терапию лечебным курсом с целью профилактики дальнейшего распространения инфицирования, т.к. на фоне длительного безводного промежутка и течения родов развился хориоамнионит.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №38

В родильный дом поступила роженица, 24 лет. Беременность вторая, роды вторые. Схватки начались 3 часа назад. Первая беременность закончилась срочными родами. Вес плода 3200 г. При осмотре: таз 25-28-31-20. ОЖ 95 см. ВДМ 37 см. Положение плода продольное, головка малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода 138 в минуту, слева ниже пупка, ритмичное. Через 3 часа излились о/воды. Головка плода опустилась в полость малого таза. Сердцебиение плода ясное ритмичное, 140 в минуту. Еще через 3 часа родовая деятельность стала значительно слабее, сердцебиение плода стало 150 в минуту, приглушенное, временами аритмичное. Вагинально: открытие полное, плодного пузыря нет. Головка плода на тазовом дне, стреловидный шов в

прямом размере. Большой родничок под лоном, определяется его задний угол, малый родничок сзади. Небольшая родовая опухоль ближе к малому родничку.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Предполагаемая масса плода?
3. Оцените размеры таза?
4. Какое осложнение возникло в родах и что делать?
5. Необходимая реабилитация в данном случае?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №38

1. Срочные роды II. Второй период родов. Задний вид затылочного предлежания. Вторичная слабость родовой деятельности. Острая гипоксия плода.
2. ПМП 3500 ± 200 .
3. Размеры таза нормальные.
4. Течение родов осложнилось развитием вторичной слабости родовой деятельности. Роды необходимо закончить родоразрешающей операцией - вакуум-экстракцией плода или наложением выходных акушерских щипцов.
5. С учетом оперативного родоразрешения, активного ведения последового периода - проведения ручного отделения плаценты и выделения последа с обследованием полости матки, необходима более поздняя выписка родильницы - на 7-ые сутки; антибактериальная терапия в послеродовом периоде, утеротонические препараты, «половой покой» в течение 6–8 недель после родов, физиотерапия, санаторно-курортное лечение, контрацепция.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №39

В родильный дом с доношенной беременностью поступила первородящая 23 лет. Схватки начались 5 часов тому назад, воды излились 4 часа тому назад. Температура при поступлении 36,5°C. Схватки средней силы, через 2-3 минуты. Рост – 140 см, размеры таза: 20-23-26-16. ОЖ 98 см., ВДМ 35 см. Сердцебиение плода 130 в минуту, ясное. Вагинально: шейка матки сглажена, открытие м/зева 4-5 см. Диагональная конъюгата 8,5 см. Предлежит головка над входом в малый таз. Подтекают светлые о/воды.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Предполагаемая масса плода?
3. Какова истинная конъюгата?
4. Тактика?
5. Что должен был сделать врач женской консультации, учитывая интересы матери и плода с позиции первичной профилактики неблагоприятного течения родов?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №39

1. Срочные роды I. Первый период родов. Преждевременный разрыв плодных оболочек. Общеравномерносуженный таз III степени.
2. 3400.
3. 7 см.
4. III степень сужения таза - это абсолютное показание для родоразрешения путем операции кесарева сечения.
5. Врачу женской консультации необходимо было направить беременную на дородовую госпитализацию в плановом порядке в родильный дом в сроке беременности 38 недель.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №40

В родильный дом поступила повторнородящая, 26 лет. Предстоят третьи роды. Первые роды протекали без осложнений, вес ребенка 2500 г. Ребенок умер на 5 день. При вторых родах, по поводу поперечного положения плода, был произведен поворот и извлечен мертвый плод весом 3000г. Сейчас схватки начались 8 часов назад, воды излились 4 часа тому назад. При поступлении температура 36,7°C, пульс 84 уд/мин. Схватки через 4-5 минут по 30-40 секунд средней силы. Рост роженицы 148см. Размеры таза 23-25-27-17. Положение плода продольное, 2-я позиция. Сердцебиение плода 140 в минуту. Признак Вастена положительный. Головка плода прижата к входу в малый таз. При влагалищном исследовании: открытие м/зева полное, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева, кпереди. Выражена конфигурация костей черепа.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Возможны ли самопроизвольные роды?
3. Какова истинная конъюгата?
4. Тактика?
5. Правильно ли велись вторые роды? Что было не учтено?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №40

1. Срочные роды III. Второй период родов. Общеравномерносуженный таз II ст. сужения. Клинически узкий таз. ОАА.
2. Роды через естественные родовые пути невозможны по причине клинически узкого таза.
3. 8 см.
4. Экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения.
5. Вторые роды велись неправильно. Не было учтено наличие отягощенного акушерского анамнеза у пациентки: гибель первого ребенка, на узком тазе при поперечном положении плода был произведен

поворот плода на ножку и травматичная для плода операция - экстракция плода, что повлекло за собой гибель второго ребенка в родах. Необходимо было родоразрешить женщину путем операции кесарева сечения в плановом порядке.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №41

Первобеременная, 33 года, поступила в родильный дом с излившимися 3 часа назад о/водами и слабыми схватками, начавшимися час тому назад. Из анамнеза: менструации с 18 лет, установились через полгода, по 5-7 дней, были обильными и болезненными. Данные роды в срок, продолжались 24 часа. Через 25 мин после рождения ребенка появились кровянистые выделения, достигшие 250-300 мл, признаки отделения плаценты отсутствуют. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Пульс 88 уд.в мин, АД – 120/80 мм. рт.ст.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Какая кровопотеря в родах считается физиологической?
3. О чем свидетельствует анамнез?
4. Тактика?
5. В какую группу риска будет относиться женщина? В чем будет заключаться реабилитация в послеродовом периоде с учетом характера течения данных родов?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №41

1. Срочные роды I в 33 года. Третий период родов. Преждевременный разрыв плодных оболочек. Первичная слабость родовой деятельности. Частичное плотное прикрепление плаценты?
2. Физиологической считается кровопотеря 0,5% от массы тела женщины до беременности.
3. Анамнез свидетельствует о нарушении менструальной функции,

наличии гормональных нарушений.

4. Необходимо провести ручное отделение плаценты и выделение последа под внутривенным наркозом с последующей бимануальной компрессией матки, введение утеротонических средств, при необходимости - восполнение кровопотери.

5. В группу риска по кровотечению. С учетом проведения ручного отделения плаценты и выделения последа с обследованием полости матки, необходима более поздняя выписка родильницы - на 7-ые сутки; антибактериальная терапия в послеродовом периоде, утеротонические препараты, «половой покой» в течение 6–8 недель после родов. Реабилитация: контрацепция, санаторно-курортное лечение, обследование у гинеколога-эндокринолога.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №42

В родильный дом поступила повторнобеременная 37 лет. Первая беременность закончилась абортom на третьем месяце беременности. Вторая беременность закончилась родами, роды были длительными – 36 часов. Плод весом 2500г. умер на второй день после рождения. Данная беременность третья. Женскую консультацию посетила 8 раз. Размеры таза: 25-27-30-17. Схватки короткие, по 25-30 сек через 6-8 мин. Воды излились 26 часов тому назад, до начала родовой деятельности. Головка плода прижата к входу в малый таз. Признак Вастена положительный. Сердцебиение плода глухое, 80 в минуту, временами не прослушивается. Моча выведена катетером, содержит примесь крови. При влагалищном исследовании: открытие шейки матки полное, края ее отечны. Головка плода прижата к входу в малый таз. На головке – большая родовая опухоль. Мыс достигается. Диагональная конъюгата 10 см.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Оцените состояние плода?

3. Правильным ли было ведение беременной врачом женской консультации?
4. Тактика?
5. Первичной профилактикой, каких осложнений будет являться правильно выбранный метод родоразрешения?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №42

1. Срочные роды II. Второй период родов. Простой плоский таз, II степень сужения. Клинически узкий таз. Острая гипоксия плода. ОАА.
2. Острая гипоксия плода, требующая немедленного родоразрешения.
3. Нет. Беременная входит в группу риска по разрыву матки (учитывая узкий таз) и перинатальной потере плода - наличие отягощенного акушерского анамнеза - предыдущие роды затяжные, плод не крупный, погиб. Была необходима дородовая госпитализация в 38 недель, с целью правильного выбора способа родоразрешения.
4. Экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения.
5. Разрыва матки в родах, острой гипоксии плода, гибели женщины, интранатальной гибели плода.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №43

В ж/к обратилась пациентка 32 лет с просьбой о постановке на учет по беременности. Жалоб не предъявляет. По дате последней менструации срок беременности 9-10 недель. Тест на ХГ положительный. В анамнезе 2 беременности, закончившиеся 2 мед абортами, страдает хроническим аднекситом с частыми обострениями. Соматически здорова. При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища и шейка матки без патологии, выделения слизистые. Вагинально: шейка матки коническая, наружный зев закрыт. Матка увеличена до 6 недель беременности, мягковатой консистенции, безболезненная, при пальпации матка приходит в повышенный тонус. Придатки с обеих сторон не

определяются. Своды глубокие, безболезненные. Гинекологом заподозрена неразвивающаяся беременность (несостоявшийся аборт).

Вопросы:

1. Необходимое обследование для подтверждения диагноза?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Тактика врача ж/к при подтверждении диагноза?
4. Какова лечебная тактика гинеколога в стационаре?
5. В чем заключаются реабилитационные мероприятия?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №43

1. УЗИ гениталий, определение титра ХГ в крови.
2. С прогрессирующей маточной и внематочной беременностью, с дисфункцией гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, трофобластической болезнью.
3. Направление в стационар.
4. Полное клиническое обследование, коррекция нарушений системы гемостаза с последующим выскабливанием полости матки и гистологическим исследованием соскоба.
5. После выписки из стационара необходимо дообследование: анализ крови на гормоны, обследование на ИППП и их лечение, консультация генетика. С целью реабилитации - КОК, витамины, седативные препараты, 2-3 курса противовоспалительной терапии, физиолечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №44

В гинекологическое отделение доставлена пациентка 25 лет, с жалобами на периодические тянущие боли в низу живота, скудные мажущие кровянистые выделения из половых путей без сгустков. Из анамнеза: вышперечисленные жалобы возникли несколько часов назад после физической нагрузки. В настоящее время состоит на «Д»-учете по

беременности в сроке 8-9 недель. Данная беременность 3-я, желанная. Первые 2 беременности закончились медицинскими абортами до 12 недель беременности, без осложнений. Гинекологические заболевания в анамнезе отрицает. Менструации регулярные, с 13 лет, через 28-30 дней по 3 дня, умеренные, безболезненные. Во время данной беременности УЗИ матки не производилось. При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, на шейке матки эктопия, выделения кровянистые в незначительном количестве. Вагинально: шейка конической формы, сохранена, ретропонирована, наружный зев закрыт. Матка увеличена до 8-9 недель беременности, мягковатой консистенции, безболезненная, при пальпации приходит в повышенный тонус. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, безболезненные.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Необходимое обследование для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Лечебная тактика?
5. Профилактика данного заболевания?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №44

1. Беременность 8-9 недель. Начавшийся самопроизвольный выкидыш. Эктопия шейки матки.
2. Общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ гениталий, тест на ХГ, определение гормонов крови, кольпоскопия, мазок на онкоцитологию с шейки матки.
3. С внематочной беременностью, с несостоявшимся выкидышем, раком матки, раком шейки матки, миомой матки, аденомиозом.
4. Госпитализация больной, постельный режим, проведение

сохраняющей терапии (прогестагены, спазмолитики, седативные, витамины, физиолечение).

5. Применение средств контрацепции, диагностика и лечение гормональной дисфункции, хронического воспалительного процесса слизистой матки вследствие перенесенных абортов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №45

Машиной «скорой помощи» в гинекологический стационар доставлена больная 19 лет, с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей со сгустками, постоянные тянущие боли внизу живота, слабость, повышение температуры тела до 38°C. Вышеперечисленные жалобы возникли на 2-е сутки после выписки из стационара, где был произведен медицинский аборт в сроке 12 недель беременности. При осмотре: кожные покровы бледные, чистые, температура тела 38,2°C, пульс 90 уд/мин., АД – 11/70 мм.рт.ст. В анализе крови: Нв – 100 г/л, лейкоцитов - $13,0 \times 10^9$ /л, СОЭ 25 мм/час. Живот обычной формы, не вздут, мягкий, болезненный при пальпации над лоном. При бимануальном исследовании: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт; матка увеличена до 10-11 недель беременности, с четкими контурами, мягкая, подвижная, болезненная. Выделения кровянистые, обильные, без запаха.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. В чем заключается неотложная помощь?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова дальнейшая лечебная тактика?
5. Реабилитационные мероприятия?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №45

1. Острый эндометрит на фоне неполного мед.аборта. Кровотечение.
2. Выскабливание полости матки в экстренном порядке под прикрытием антибиотиков и глюкокортикостероидов.
3. Перфорация матки, прервавшаяся внематочная беременность.
4. Проведение комплексной противовоспалительной терапии (антибиотики, утеротоники, инфузионная терапия, антигистаминные препараты, витамины).
5. Контрацепция, витамины, седативные препараты, 2-3 курса противовоспалительной терапии, физиолечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №46

В роддом поступила роженица 29 лет. Предстоят третьи роды. У роженицы 2 г/л белка в моче. Отеки, АД 180/100 мм рт. ст. От начала родовой деятельности прошло 9 часов. Воды не изливались. Предлежит головка, находящаяся в узкой части полости малого таза. Открытие зева полное. Внезапно роженица побледнела, появилась рвота и сильные распирающие боли внизу живота. Пульс 100 в минуту, мягкий. Матка приняла асимметричную форму за счет выпячивания ее левого угла, пальпация матки болезненна. Сердцебиение плода глухое, 90 в мин., аритмичное. Наружного кровотечения нет.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Что произошло? Степень осложнения?
3. Причина осложнения?
4. Что делать?
5. Реабилитация в послеродовом периоде?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №46

1. Срочные роды III. Второй период родов. Тяжелая преэклампсия. ПОНРП. Острая гипоксия плода.

2. Произошла преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты тяжелой степени.
3. Данное осложнение произошло на фоне тяжелой преэклампсии.
4. Необходимо наложить полостные (атипичные) акушерские щипцы под общим в/в наркозом. Ручное отделение плаценты и выделение последа с ревизией полости матки.
5. В послеродовом периоде необходимо продолжить лечение преэклампсии, проводить антибактериальную терапию, введение утеротонических препаратов, при необходимости инфузионную терапию с целью восполнения кровопотери. «Половой покой» в течение 6–8 недель. Контрацепция, физиотерапия, санаторно-курортное лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №47

Первобеременная, 33 года. Поступила в родильный дом в сроке беременности 32-33 недели с жалобами на боли в эпигастральной области, головную боль, плохое зрение, рвоту. С 26 недель беременности отмечалась избыточная прибавка в весе, за последнюю неделю составила 800 г. В анализе мочи периодически обнаруживаются следы белка, АД повышалось до цифр 140/90, 150/90 мм.рт. ст. Лечилась амбулаторно (ограничение жидкости, мочегонные средства, дибазол, папаверин). В последние 3 дня появилась бессонница, головная боль, отеки. При поступлении состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Отеки голеней, стоп, передней брюшной стенки, одутловатость лица. АД 180/110, 170/100 мм.рт.ст. Пульс – 120 уд. в мин. Матка увеличена до 29 недель беременности. Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в малый таз. Сердечные тоны плода ритмичные, 140 уд.в мин. Околоплодные воды не изливались. Мочи 40 мл за сутки. В анализе крови гемоглобин 120 г/л; в анализе мочи 1,5 г/л белка, цилиндры. В гемостазе: тромбоцитов 160×10^9 /л, АЧТВ 32 сек, ПТИ 120%, ОФТ 24. При

вагинальном исследовании: шейка матки длиной 2,5 см, плотная наружный зев закрыт. Таз емкий.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какова акушерская тактика?
3. Были ли ошибки при ведении беременной.
4. Оценить жизнеспособность плода?
5. В чем заключается первичная профилактика развития данного заболевания?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №47

1. Беременность 32-33 недели. Первые предстоящие роды в 33 года. Тяжелая преэклампсия. Задержка внутриутробного развития плода.
2. Госпитализация в ПИТ, лечение преэклампсии (седативные препараты, обезболивание, магниезальная, гипотензивная, инфузионная терапия, профилактика дистресс-синдрома плода, контроль диуреза, полное клинико-лабораторное обследование, консультации терапевта, окулиста, невропатолога). Экстренное оперативное родоразрешение путем операции кесарева сечения.
3. В 26 недель необходима была госпитализация в стационар.
4. Учитывая недоношенный срок беременности и задержку развития плода - риск перинатальной гибели для плода высокий.
5. Планирование беременности, лечение имеющейся соматической патологии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №48

Первобеременная 22 года, поступила в родильный дом в 36 недель. АД при поступлении 150/100, 140/90 мм.рт. ст., отеки голеней. Зрение ясное. В анализе крови: гемоглобин 80 г/л, тромбоциты 40×10^9 /л, билирубин 24 ммоль/л, АлАТ 120 ЕД., АсАТ 200 ЕД. Остальные

показатели биохимических проб не превышают нормальных величин. В гемостазе признаки гипокоагуляции. В анализе мочи белок - 0,99‰. На глазном дне – ангиопатия II. Повышение АД и отеки с 34 недель. В анамнезе экстрагенитальных заболеваний нет. Матка в обычном тонусе, размеры ее соответствуют сроку беременности. Положение плода продольное, предлежит головка над входом в малый таз. Сердечные тоны плода ясные ритмичные, 140 уд.в мин. При вагинальном исследовании шейка плотная, длиной 2 см. Наружный зев закрыт. Таз емкий.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Что грозит матери и плоду?
3. Акушерская тактика?
4. Есть ли специфическая терапия этого осложнения?
5. Реабилитация в послеродовом периоде?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №48

1. Беременность 36 недель Тяжелая преэклампсия. HELLP синдром.
2. Для матери - развитие острого ДВС-синдрома, для плода - острая гипоксия, гибель.
3. Оперативное родоразрешение. Лечение преэклампсии и HELLP синдрома.
4. Нет. При развитии HELLP синдрома на фоне лечения преэклампсии необходимы плазмоферез с заменным переливанием свежемороженой плазмы, коррекция гемостаза, применение гепатопротекторов, иммунодепрессантов после родоразрешения.
5. В послеродовом периоде необходимо продолжить терапию (гипотензивная, коррекция гемостаза, плазмоферез, консультация смежных специалистов). Контрацепция, санаторно-курортное лечение, физиотерапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №49

Больная, 43 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли пульсирующего характера внизу живота слева, Т. 38°C, жажду, плохой сон. Больна около недели, когда появились выше описанные жалобы. Менструальная функция не нарушена. Последняя менструация 8 дней назад. Роды одни, срочные, 3 медаборта без осложнений. Гемоглобин 120 г/л, лейкоциты 13,2 СОЭ 40 мм. Объективно: язык суховат, обложен белым налетом. Пульс 90. АД 120/70. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах, больше слева. Мочеиспускание безболезненное. При гинекологическом осмотре: в зеркалах шейка матки чистая, выделения гнойные. Вагинально: влагалище свободное, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка нормальных размеров, плотная, безболезненная. Справа придатки умеренно болезненные, тяжистые, свод свободный. Слева от матки пальпируется опухолевидное образование округлой формы 10 см в диаметре, резко напряженное, тугоэластической консистенции, резко болезненное, мало подвижное. Задний свод свободный.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Нуждается ли больная в дополнительных методах обследования?

Каких?

3. Ваша тактика ведения больной на этапах?
4. Показана ли больной операция? Если - да, то в каком объеме?
5. Какова профилактика данного заболевания?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №49

1. Обострение хронического аднексита с образованием гнойной tuboовариальной опухоли слева с угрозой прорыва в брюшную полость.
2. Да, нуждается: полный комплекс клинико-лабораторных обследований, УЗИ органов малого таза, пункция заднего свода влагалища.
3. Предоперационная подготовка и оперативное лечение.

4. Да, показана: лапаротомия, аднексэктомия слева, тубэктомия справа
5. Барьерная контрацепция, упорядочение половой жизни, своевременная диагностика и лечение ИППП.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №50

К врачу в женскую консультацию обратилась пациентка 60 лет с жалобами на периодические кровянистые выделения из половых путей в незначительном количестве. Данные жалобы появились около 6 месяцев назад, больная к врачу не обращалась. В анамнезе: 8 беременностей, из них 2 родов и 6 медицинских аборт. В репродуктивном возрасте диагностирован хронический аднексит, по поводу обострений дважды проходила стационарное лечение. В возрасте 50 лет было маточное кровотечение, произведено выскабливание слизистой матки. Со слов больной результат гистологии был доброкачественным (выписки на руках нет), 6 месяцев принимала норколут. Соматически: гипертоническая болезнь II, ожирение III степени.

При гинекологическом осмотре: в зеркалах - слизистая влагалища атрофична, без воспалительных явлений. Шейка матки атрофична, без видимой патологии. Выделения слизистые. Вагинально: шейка матки цилиндрическая, зев закрыт. Тело матки нормальных размеров и консистенции, подвижно, безболезненно, грушевидной формы. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, безболезненные.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План дообследования больной?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. От чего будет зависеть дальнейшая тактика ведения больной?
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №50

1. Аномальное маточное кровотечение в постменопаузальном периоде.
2. Общеклинические анализы крови и мочи, ЭКГ, УЗИ органов малого таза, фракционное выскабливание слизистой матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием соскобов, кольпоскопия, мазки на атипические клетки с шейки матки.
3. Рак матки, рак шейки матки, гормон-продуцирующая опухоль яичника, полипы и гиперплазия эндометрия.
4. От результата гистологического исследования соскобов из полости матки.
5. Своевременное и адекватное лечение соматической патологии, снижение массы тела. Проведение ежегодных профилактических осмотров. В репродуктивном возрасте применение надежных методов контрацепции с целью исключения абортов, своевременное лечение воспалительных заболеваний матки.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №51

В гинекологический стационар доставлена пациентка 26 лет с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей со сгустками, головокружение. Кровянистые выделения возникли 10 дней назад после задержки месячных в 10 дней. Самостоятельно принимала гемостатический травяной сбор, без эффекта. Из анамнеза: менструации с 12 лет, регулярные, через 34 дня, по 5-6 дней, умеренные, безболезненные. Имела 4 беременности, из которых 1 роды и 3 медицинских аборта без осложнений. Гинекологические заболевания в анамнезе отрицает. Живет регулярной половой жизнью, в качестве контрацепции – ритмический метод. Из соматических заболеваний: диффузное увеличение щитовидной железы, эутиреоз; ожирение II – III степени.

При гинекологическом осмотре: в зеркалах - слизистая влагалища без воспалительных явлений. Шейка матки без видимой патологии. Выделения

кровоянистые обильные. Вагинально: шейка матки цилиндрическая, зев закрыт. Тело матки нормальных размеров и консистенции, подвижно, безболезненно, грушевидной формы. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, безболезненные.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования больной?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Лечебная тактика?
5. В чем заключается профилактика рецидивов?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №51

1. Аномальное маточное кровотечение репродуктивного возраста.
2. Общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ органов малого таза, фракционное выскабливание слизистой матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием соскобов, кольпоскопия, мазки на атипические клетки с шейки матки, определение ХГ в моче или крови, кульдоцентез.
3. Рак матки, рак шейки матки, гормонпродуцирующая опухоль яичника, полипы и гиперплазия эндометрия, прервавшаяся маточная или внематочная беременность, аденомиоз, миома матки.
4. Проведение фракционного лечебно-диагностического выскабливания слизистой матки под контролем гистероскопии.
5. Необходимо адекватная коррекция соматической патологии, снижение массы тела. Назначение седативных препаратов и препаратов железа. Контрацепция КОК.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №52

Пациентка 32 лет обратилась к врачу-гинекологу с жалобой на

периодические тянущие боли внизу живота с иррадиацией в поясницу, которые усиливаются во время менструации, вся менструация резко болезненна, накануне и после месячных отмечаются темные скудные («мажущие») кровянистые выделения из половых путей. Заболела через некоторое время после диатермоконизации шейки матки, выполненной два года назад по поводу эрозивного эктропиона. При осмотре в зеркалах – шейка матки без видимой патологии. Вагинально: матка немного увеличена в размерах, шаровидной формы, плотной консистенции. Придатки с обеих сторон не пальпируются, область их пальпации безболезненна. Своды глубокие, безболезненные.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Лечение?
5. С помощью каких методик проводится мониторинг качества лечения?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №52

1. Аденомиоз.

2. УЗИ гениталий в динамике менструального цикла, гистеросальпингография, гистероскопия с фракционным диагностическим выскабливанием слизистой матки, анализ крови на онкомаркеры, кольпоскопия, цитология мазков на атипические клетки с шейки матки, МРТ малого таза.

3. С миомой матки, беременностью, патологией эндометрия и шейки матки.

4. Назначение гормонотерапии (прогестагены, антигонадотропины, агонисты ГРГ, антагонисты ГРГ)

5.УЗИ гениталий, анализ крови на онкомаркеры, гистероскопия в динамике.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №53

К гинекологу в женскую консультацию обратилась пациентка 44 лет с жалобами на чувство тяжести в нижних отделах живота. Из анамнеза: менструальная функция не нарушена, месячные регулярные, через 28-30 дней по 3-4 дня, безболезненные. Имела 2 беременности, закончившиеся срочными родами без осложнений. В течение 5 лет состоит на «Д»-учете в ж/к по поводу миомы матки, лечения не получала. Последний раз осматривалась гинекологом год назад, увеличение размеров матки соответствовало 6 недельной беременности. Соматически здорова.

При проведении гинекологического осмотра: в зеркалах – слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, выделения слизистые. Вагинально: шейка цилиндрическая, подвижная. Тело матки увеличено до 11-12 недель беременности, бугристое, плотное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные, безболезненные.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования позволят обсуждать вопрос о лечении?
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
4. Лечение?
5. Какова профилактика данного заболевания?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №53

1. Быстрорастущая миома матки.
2. Общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ органов малого таза с доплерометрией сосудов матки и миоматозных узлов, кольпоскопия и

цитология мазков с шейки матки, гистероскопия с фракционным выскабливанием слизистой матки.

3. Аденомиозом, раком эндометрия, раком шейки матки, трофическими нарушениями в миоматозных узлах, саркомой матки, беременностью.

4. Оперативное лечение в объеме гистерэктомии.

5. Своевременная диагностика и лечение гормональной дисфункции в системе гипоталамус-гипофиз-яичники, хронических воспалительных заболеваний матки и ее придатков, контрацепция КОК, ежегодно проведение профилактических осмотров с УЗИ гениталий, адекватное и своевременное лечение миомы матки, избегать стрессовых ситуаций и инсоляций.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №54

В гинекологический стационар бригадой скорой помощи доставлена пациентка 45 лет с жалобами на слабость, головокружение, кровянистые выделения из половых путей. Из анамнеза: менструации с 13 лет, регулярные, в течение последних 6 месяцев через 26-28 дней, по 10 дней, обильные, сопровождающиеся схваткообразными болями в низу живота. Последняя менструация началась 7 дней назад, в срок, продолжается по настоящее время, очень обильная со сгустками. Состоит на «Д»-учете по поводу миомы матки, посещает гинеколога нерегулярно. В анамнезе 10 беременностей, из которых 2 закончились срочными родами и 8 мед. аборт в сроке до 12 недель беременности.

При осмотре: состояние больной тяжелое, в сознании, несколько заторможена. Кожные покровы и видимые слизисты бледные с желтушным оттенком. Температура 36,8 градусов, пульс 100 уд. в 1 мин., АД 120/80 мм. рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный.

При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища резко бледная, во влагалище видно опухолевидное образование, белесого цвета. Выделения кровянистые в умеренном количестве. Вагинально:

влагалище выполнено опухолевидным образованием до 7 см в диаметре, плотным, безболезненным. Образование на тонкой ножке, исходящей из полости матки. Тело матки увеличено до 6 -7 недель беременности, плотное, с четкими контурами, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие, безболезненные.

В анализе крови Hb – 55 г/л.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Лечение?
4. Необходимое дообследование больной?
5. Реабилитация?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №54

1. Миома матки с родившимся субмукозным узлом. Аномальное маточное кровотечение. Постгеморрагическая анемия III степени.
2. С саркомой матки, прервавшейся маточной беременностью, патологией эндометрия (рак, полип), раком шейки матки.
3. Оперативное лечение в экстренном порядке (энуклеация родившегося субмукозного узла с последующим фракционным выскабливанием полости матки), гемотрансфузия.
4. УЗИ гениталий, гистероскопия, кольпоскопия, цитология мазков на атипичные клетки с шейки матки.
5. Прием препаратов железа 2-3 месяца под контролем гемоглобина, седативных и поливитаминов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №55

В гинекологический стационар на носилках доставлена пациентка 22 лет с жалобами на сильную слабость, боли по всему животу, обильные

гнойно-сукровичные выделения из половых путей, повышение температуры тела до 40 градусов с ознобами. Из анамнеза: 5 дней назад с целью прерывания беременности сроком 20 недель вводила в полость матки мыльный раствор, 3 дня назад дома произошел выкидыш, были обильные кровянистые выделения из половых путей. В течение последних трех дней беспокоят вышеперечисленные жалобы. В связи с ухудшением самочувствия вызвала скорую помощь.

При осмотре: состояние больной тяжелое, заторможена, стонет. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, с многочисленными петехиальными кровоизлияниями. Температура тела – 39,6 градусов, пульс 120 уд. в 1 мин., АД 90/60 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот вздут, симметричный, напряжен и болезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины положительны по всему животу. Газы не отходят. Моча с примесью крови. Диурез снижен.

При бимануальном исследовании: шейка матки неправильной формы, края шейки свободно свисают во влагалище, матка увеличена до 16 недель беременности, мягкая, без четких контуров, болезненная, Придатки матки с обеих сторон четко не пальпируются в виду болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки. Задний свод уплощен, пальпация его болезненна. Выделения гнойно-кровянистые с гнилостным запахом, обильные. При кульдоцентезе получен гной в большом количестве.

Вопросы:

- 1.Предварительный диагноз?
- 2.Необходимое обследование больной?
- 3.Какова лечебная тактика?
4. Возможные осложнения в послеоперационном периоде?
5. Реабилитационные мероприятия?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №55

1. Беременность 20 недель. Криминальный септический аборт. Панметрит. Перитонит.
2. Общеклинические анализы крови и мочи, гемостазиограмма, УЗИ гениталий, внутренних органов и почек, подсчет диуреза, ЭКГ, рентгенография легких.
3. Проведение интенсивной терапии в качестве предоперационной подготовки в течение 1- 2 часов с последующим оперативным лечением в экстренном порядке. Лапаротомия. Экстирпация матки с трубами. Санация и дренирование брюшной полости.
4. Прогрессирование полиорганной недостаточности, септический шок, кровотечение из культы влагалища, прогрессирование перитонита, возникновение межкишечных и (или) подпеченочных, поддиафрагмальных абсцессов, в последующем - синдром Шихана.
5. Проведение нескольких курсов иммуномодулирующей, общеукрепляющей терапии, прием эубиотиков и витаминов курсами, препараты железа. 2-3 курса противовоспалительной и рассасывающей терапии, физиолечения. Через 2-3 месяца возможно санаторно-курортное лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №56

У роженицы, 25 лет, на 3-и сутки после родов температура до 40°C гектического характера, озноб, тахикардия до 120. При объективном обследовании: кожные покровы бледные с сероватым оттенком, видимые слизистые синюшного цвета, на конъюнктивах петехиальная сыпь, на конечностях мелкоточечные кровоизлияния, на лице в виде «бабочки». В крови: гемоглобин 92 г/л, лейкоциты 18,6 СОЭ 70мм. В формуле палочкоядерный сдвиг.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Ваша тактика и прогноз?

3. Нужен ли перевод в гинекологическое отделение?
4. Сколько родильница должна находиться на стационарном лечении?
5. Третичная профилактика (реабилитация) в послеродовом периоде?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ № 56

1. Поздний послеродовый период, 3-е сутки. Сепсис. ДВС-синдром.
2. Перевод в ОРИТ, проведение терапии направленной на лечение сепсиса и ДВС-синдрома (антибиотикотерапия, дезинтоксикационная терапия, иммунокоррекция, УФО крови, плазмоферез), лапаротомия, экстирпация матки с трубами, дренирование брюшной полости. Прогноз сомнительный.
3. Перевод в гинекологическое отделение обязателен.
4. В стационаре родильница будет находится до момента полного выздоровления – 21 день.
5. В условиях родильного дома и женской консультации – курсы рассасывающей терапии, физиотерапия, психологические консультации, в последующем – санаторно-курортное лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №57

У многорожавшей женщины, 39 лет, произошли преждевременные роды мертвым плодом весом 1700 г. Шевеление плода не ощущала в течение последних 2-х недель. Страдает гипертонической болезнью II ст. Послед выделился через 5 минут, цел. Ранний послеродовый период осложнился кровотечением. Общая кровопотеря 1000,0 мл. Введены утеротоники, произведено ручное обследование полости матки с дальнейшим проведением баллонной тампонады матки. Кровотечение уменьшилось, но не прекратилось.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Причины гибели плода?

3. Причина кровотечения?
4. Дальнейшая тактика?
5. На что направлена первичная профилактика осложнения, вызвавшего антенатальную гибель плода?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ № 57

1. Преждевременные роды. Ранний послеродовой период. ДВС-синдром. Антенатальная гибель плода. Гипертоническая болезнь II ст. Ручное обследование полости матки. Балонная тампонада матки. Кровотечение.
2. Вероятнее всего хроническая ФПН на фоне ГБ
3. ДВС-синдром.
4. Лапаротомия, хирургическая деваскуляризация матки, наложение компрессионных швов на матку (при наличии показаний), инфузионно-трансфузионная терапия и лечение ДВС-синдрома. При неэффективности проводимых мероприятий выполнение тотальной гистерэктомии с трубами с дренированием малого таза и брюшной полости.
5. Планирование беременности с предгравидарной коррекцией соматической патологии, в данном случае - гипертонической болезни.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №58

Первородящая, 24 лет, поступила на роды. Беременность доношенная. Схватки начались 25 часов назад. Околоплодные воды излились за 2 часа до начала родовой деятельности. Женщина утомлена, пульс 104, ритмичный. АД 110/60 мм.рт.ст. Температура 38,5°C. Выделения из влагалища гноевидные с неприятным запахом. Наружные размеры таза: 25-26-30-17. Схватки через 6-7 минут, по 25-30 секунд, слабые. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода не прослушивается. Вагинально: шейка сглажена, открытие 8 см, диагональная конъюгата 10 см.

Вопросы:

1. Какой Вы можете расценить родовую деятельность?

2. С какого осложнения начались роды?
3. Форма и степень сужения таза?
4. Что делать?
5. В чем будет заключаться вторичная профилактика (лечение) развившегося осложнения родов, опасного последующими гнойно-септическими осложнениями в послеродовом периоде?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №58

1. Течение родов осложнилось развитием вторичной слабости родовой деятельности, хориоамнионитом, интранатальной гибелью плода.
2. С дородового излития околоплодных вод
3. Плоскорихитический таз II ст.
4. Плодоразрушающую операцию. Краниотомия.
5. Необходимо начать антибактериальную терапию лечебным курсом с целью профилактики дальнейшего распространения инфицирования, т.к. на фоне длительного безводного промежутка и течения родов развился хориоамнионит.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №59

В родильный дом поступила первобеременная 21 года. Схватки начались на 12 часов до поступления, потуги - 3 часа тому назад. Воды излились за 4 часа до поступления. Температура - 36.5°C. Пульс - 76 в минуту.

При наружном исследовании роженицы обращает на себя внимание брахицефалическая форма головы и искривление нижних конечностей. Размеры таза: 27-27-32-17. Положение плода продольное, 2-я позиция. Головка предлежит во входе в малый таз. Сердцебиение плода - 120 в минуту, аритмичное.

Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие зева полное. Головка плода малым сегментом во входе в таз. Стреловидный шов в

поперечном размере, ближе к лону, малый родничок справа, большой слева
Диагональная конъюгата 10 см, потуги сильные через 3-4 минуты.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Все ли благополучно со стороны плода?
3. Все ли благополучно со стороны матери
4. Что делать?
5. На что направлена профилактика данной аномалии костного таза в детском возрасте?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ № 59

1. Срочные роды I, 2 период родов. Плоскорихитический таз 2 ст. сужения. Задний асинклитизм. Клинически узкий таз. Острая гипоксия плода.
2. Плоду угрожает интранатальная гибель.
3. Матери угрожает разрыв матки.
4. Экстренное кесарево сечение.
5. Профилактика и лечение рахита в детском возрасте: профилактическое назначение витамина Д₃ , рыбий жир, УФО.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №60

Беременная 28 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли в животе в области послеоперационного рубца в течение последней недели. Срок беременности 36-37 недель. Беременность 3-я, предстоят 3-и роды. Два года назад – корпоральное кесарево сечение по поводу предлежания плаценты. Заживление кожного шва вторичным натяжением. Размеры таза 25-28-31-18. Диагональная конъюгата 11 см. Рубец на коже широкий, спаян с подлежащими тканями, болезненный при пальпации в

точке на 3 см ниже пупка. Положение плода продольное, предлежание головное.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Тактика врача женской консультации?
3. Тактика врача акушерского стационара?
4. Развитие каких осложнений возможно?
5. Реабилитация?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ № 60

1. Беременность 36-37 недель. Рубец на матке после корпорального кесарева сечения. Общеравномерносуженный таз I степени. Угрожающий разрыв матки (гистопатический)
2. Экстренная транспортировка в ближайшее родовспомогательное учреждение в сопровождении мед. работника с предварительным оповещением этого родовспомогательного учреждения.
3. Экстренная лапаротомия под ЭТН, кесарево сечение. Решение вопроса о возможном расширении объема операции до гистерэктомии.
4. Антенатальная гибель плода, массивное акушерское кровотечение, ДВС-синдром.
5. При сохраненной матке – контрацепция, санаторно-курортное лечение.