

ОТВЕТЫ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1 [K000058]

1. Основной диагноз: лакунарная ангина.

2. Диагноз «лакунарная ангина» поставлен на основании жалоб на боли в горле, клинической картины: гиперемия нёбных миндалин и наличие налётов беловатого цвета, которые легко снимаются и растираются между шпателями. В клиническом анализе крови - картина бактериального воспаления.

3. Развилось осложнение лакунарной ангины - паратонзиллярный абсцесс. Диагноз можно поставить на основании клинической картины: усиление болей в горле и ухудшение состояния пациентки после возникновения лакунарной ангины, появлении носового оттенка голоса, тризма жевательной мускулатуры; данных фарингоскопии - асимметрия мягкого нёба за счет отёка и инфильтрации паратонзиллярной области и смещения миндалины медиально.

4. Бактериологическое исследование слизи и плёнок с миндалин на палочку дифтерии (*Corynebacterium diphtheriae*).

Экспресс-тест для определения бета-гемолитического стрептококка со слизистой оболочки миндалин.

Анализ мочи.

ЭКГ.

Клинический анализ крови в динамике.

СРБ.

РФ.

АСЛО.

5. Предварительный диагноз можно поставить, используя шифр J03.9 Острый тонзиллит неуточнённый. После уточнения возбудителя при наличии БГСА - J03.0 Стрептококковый тонзиллит. При наличии других микроорганизмов J03.8 Острый тонзиллит, вызванный другими уточнёнными возбудителями. Осложнение: J36 Перитонзиллярный абсцесс.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2 [K000113]

1. Первичный острый стафилококковый инфекционный эндокардит. Недостаточность трикуспидального клапана 3 степени. ХСН IIА, ФК 3 по NYHA.

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

3. Пациенту рекомендовано: проведение повторного общего анализа крови и посева крови, общего анализа мочи, анализа мочи по Нечипоренко, биохимических анализов крови (функциональные пробы печени, электролиты крови, железо, ферритина), маркеров вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции; рентгенография грудной клетки, ЭКГ, ЭХОКГ в динамике; УЗ-исследование почек; консультации врача-сердечно-сосудистого хирурга, врача-психиатра-нарколога.

4. С момента постановки диагноза – немедленная госпитализация. Исключить приём наркотических средств. Применение антибактериальной терапии острого инфекционного эндокардита, вызванного оксациллинчувствительным штаммом золотистого стафилококка (OSSA). Пациенту должна быть назначена антибактериальная терапия в соответствии с существующими рекомендациями при стафилококковом инфекционном эндокардите: Цефтриаксон в дозе 2 г/сутки в/в в сочетании с Амикацином – 1 г/сут в течение 10 дней. В последующем - лечение Цефтриаксоном в указанной дозировке продолжать до 6 недель.

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3 [K000114]

1. ИБС. Острый коронарный синдром с элевацией сегмента ST передней перегородки, верхушки, боковой стенки левого желудочка. KILLIP класс тяжести. Гипертоническая болезнь III стадии, артериальная гипертензия 2 степени, риск 4. ХБПСаА1. 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 или «новая», впервые возникшая, или предположительно впервые возникшая ПБЛНПГ на ЭКГ).

Класс тяжести по KILLIP установлен на основании умеренной одышки, синусовой тахикардии при отсутствии III тона и хрипов в лёгких.

Стадия гипертонической болезни соответствует III, так как у пациента имеет место сердечно-сосудистые заболевания (ИБС).

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

Диагноз «ХБП» установлен на основании стойкого снижения скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1,73 м², повышенной альбуминурии, данные симптомы персистируют более 3 месяцев.

Стадия ожирения установлена в соответствии с рассчитанным индексом массы тела.

3. Предпочтительная стратегия реперфузии – чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ). В условиях, когда первичное ЧКВ не может быть вовремя проведено, следует рассмотреть реперфузию с помощью тромболизиса, который, в частности, может быть начат уже догоспитально в течение первых 120 минут от начала симптоматики. В этом случае после тромболизиса должна следовать немедленная транспортировка в ЧКВ-центр для рутинной коронарографии.

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

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4 [K000115]

1. Внебольничная пневмония бактериальная (возбудитель не уточнён), полисегментарная с локализацией 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 $13,2 \times 10^9$ /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, мочевины, глюкоза, электролиты, фибриноген, СРБ): при поступлении и через 1 неделю при наличии изменений или клиническом ухудшении;

пульсоксиметрия при поступлении и в динамике;

исследование газов артериальной крови: ежедневно до нормализации показателей;

рентгенография органов грудной клетки: в динамике (при отсутствии эффективности стартовой антибактериальной пневмонии через 48-72 часа, через 3-4 недели - оценка динамики разрешения пневмонии);

электрокардиография в стандартных отведениях;

общий анализ мокроты и бактериологическое исследование мокроты для определения возбудителя пневмонии и определения чувствительности последнего к антибактериальным препаратам;

мокрота на кислотоустойчивые микроорганизмы.

Бактериологическое исследование крови.

Уровень прокальцитонина (коррелирует с тяжестью состояния пациента, прогнозом и этиологией – выше при бактериальной инфекции).

Экспресс-тесты по выявлению пневмококковой и легионеллезной антигенурии.

4. Пациента необходимо госпитализировать. Режим постельный. При ОДН: кислородотерапия. При тяжелой внебольничной пневмонии (ВП) назначение антибиотиков должно быть неотложным. Пациент без факторов риска инфицирования *P. aeruginosa* и аспирации. Препаратами выбора являются внутривенное введение препаратов (Цефтриаксон, Цефотаксим, Цефепим, Цефтаролин, Эртапенем или ингибиторзащищенные пенициллины (Амоксициллин/Клавуланат 1,2 г внутривенно капельно 3 раза в сутки)) в комбинации с внутривенными макролидами (Кларитромицин, Азитромицин), Азитромицин - 500 мг внутривенно капельно 1 раз в сутки 3 дня, через 3 дня при нормализации температуры переход на пероральный прием 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 10×10^9 /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 5 [K000116]

1. Хроническая обструктивная болезнь лёгких, крайне тяжёлого течения, 4 степени, с выраженными симптомами, высокий риск, в фазе инфекционного обострения. Индекс курения 45 пачка/лет. ДН 2 ст.

2. Длительное предшествующее курение табака - индекс курения 45 пачка/лет – фактор риска хронической обструктивной болезни лёгких. Симптомы медленно прогрессируют. Увеличение объёма и гнойность мокроты, усиление одышки, лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево свидетельствуют об обострении инфекционного характера. По оценке одышки опросником – 4 балла, ОФВ1 - менее 50%, обострения 2 раза за прошедший год – свидетельствуют о выраженности симптомов и высоком риске обострения, и пациент будет отнесён к группе Д. По ФВД отсутствует обратимая бронхиальная обструкция. Прирост в бронхолитической пробе - менее 12%, снижение индекса ОФВ1/ФЖЕЛ - менее 70%. ОФВ1 - 29% - 4 степень.

3. Анализы крови: АСТ, АЛТ, билирубин, фибриноген, С-реактивный белок, калий, натрий, креатинин, мочевины, кислотно-щелочное равновесие, газы крови артериальной.

Анализ 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).

4. Диета ОВД. Режим общий. Отказ от курения. Малопоточная кислородотерапия не менее 15 часов в сутки через кислородный концентратор. Терапия инфекционного обострения и лечение пациентов группы Д Беродуал 0,5 мл – 1 мл + Хлорид натрия 0,9% - 2 мл×3 раза в день через небулайзер (комбинация м-холиноблокатора и 2-адреномиметика).

Ингаляционные глюкокортикостероиды + длительно действующие бета-адреномиметики (комбинированные препараты Сальметерол/Флутиказон - 25/125 мкг 2 вд 2 раза, Формотерол/Будесонид - 4,5/160 мкг 2 вд 2 раза и др.) + пролонгированный м-холинолитик (Тиотропия бромид - 18 мкг 1 раз в сутки (блокатор м3-холинорецепторов в дыхательных путях) или Гликопиррония бромид - 50 мкг 1 раз в день ингаляционно или Аclidиния бромид 1 вд 2 раза в день и др.). Отхаркивающие препараты Амброгексал - 30 мг 3 раза в день или ацетилцистеин - по 600 мг 1 раз в день растворить в 100 мл воды. Так как имеется инфекционное обострение, наиболее вероятными возбудителями в данном случае могут быть *Haemophilus influenzae PRSP*, Энтеробактерии, грам-, *P. aeruginosa*; необходимо назначить антибактериальный препарат Ципрофлоксацин (400 мг 2 раза в день в/в капельно) и др. препараты с антисинегнойной активностью. ЛФК. Дыхательная гимнастика. Аэрозольтерапия с 0,9% раствором Хлорида натрия или щелочной минеральной водой, сульфатом магния.

5. Продолжить лечение согласно наличию высокого риска категории пациентов Д с хронической обструктивной болезнью 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 + длительно действующие бета2-агонисты + длительно действующие м-холинолитики (например, Формотерол/Будесонид 4,5/160 мкг 2 вдоха 2 раза в день порошок ингалятор + Тиотропия бромид 5 мкг 1 раз 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 6 [K000117]

1. Цирроз печени алкогольной этиологии, класс С по Чайлду-Пью. Портальная гипертензия (асцит, спленомегалия, ВРВ пищевода I ст.). Гиперспленизм (тромбоцитопения). Печёночная энцефалопатия I ст.

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 невоспалительных антибиотиков (Рифаксимин 1200 мг/сут. 7-10 дней). Высокие очистительные клизмы.

Уменьшение токсического действия аммиака. Орнитин-аспартат - 5 г по 1-2 пакетика гранул, растворённых в воде × 3 раза в день после еды.

Мочегонная терапия. Спиринолактон - 50–200 мг/сут. Фуросемид - 40 мг/сут (повышение дозы на 40 мг каждые 7 дней до 160 мг/сут, критерий эффективности - уменьшение массы тела на 2 кг/нед.).

Снижение давления в портальной вене. Анаприлин - 40 мг 1 раза в сутки.

5. Печёночная энцефалопатия. Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Гепаторенальный синдром. Инфекционные осложнения (спонтанный бактериальный перитонит, пневмония, инфекции мочевыводящих путей и др.).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7 [K000118]

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

2. Диагноз «системная красная волчанка (СКВ)» установлен на основании жалоб больной на наличие эритематозной сыпи в области скул, лихорадки, суставного синдрома, данных анамнеза (пациентка отмечает аллергическую реакцию на инсоляцию в течение 2 лет); установление течения СКВ основано на анамнезе заболевания (в дебюте конституциональные симптомы, неспецифическое поражение кожи и суставов, периодические обострения, развитие полиорганной симптоматики в течение 2 лет с момента появления первых симптомов). Степень активности СКВ установлена на основании наличия проявлений артрита, протеинурии (0,560 г/сут.), высыпаний на коже (эритематозная сыпь на скулах), алопеции (диффузное выпадение волос), повышенного содержания антител к двуспиральной ДНК (более 200 ЕД/мл), тромбоцитопении ($100 \times 10^9/\text{л}$), лейкопении ($1,6 \times 10^9/\text{л}$), 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 комплемента, 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 Метилпреднизолон 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.

5. Оставить терапию глюкокортикостероидами без изменений, продолжить динамическое наблюдение. При достижении улучшения, снижения активности болезни - доза ГК может быть медленно уменьшена (Преднизолон по 1/4 таблетки 7-10 дней) до поддерживающей, которая варьирует в зависимости от течения болезни, поражения того или иного органа или системы, риска развития обострения, коморбидных заболеваний и осложнений. При длительном приеме ГК у больных необходимо контролировать и проводить профилактику остеопороза, сахарного диабета, атеросклероза, гиперлипидемии, артериальной гипертензии, поражения желудочно-кишечного тракта, катаракты, глаукомы.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8 [K000119]

1. Острый лейкоз, дебют. Гепатоспленомегалия. Анемия средней степени тяжести. Тромбоцитопения. Геморрагический синдром.

2. Диагноз «острый лейкоз» поставлен на основании клинических данных: гепатоспленомегалии, геморрагического, анемического синдромов, интоксикации. Основными диагностическими критериями являются лабораторные данные: в общем анализе крови - лейкоцитоз (реже лейкопения), наличие бластных клеток, симптом лейкемического «провала», анемии (гемоглобин - 78 г/л соответствует средней степени тяжести) и тромбоцитопении.

3. Основными исследованиями для уточнения диагноза являются:

общий анализ крови (лейкоцитоз, наличие бластов, лейкемический «провал», анемия, тромбоцитопения);

стернальная пункция (20% и более бластных клеток в миелограмме);

цитохимическое исследование и иммунофенотипирование бластов (определение варианта лейкоза), цитогенетическое исследование костного мозга (определение прогностически благоприятных и/или неблагоприятных цитогенетических дефектов);

диагностическая люмбальная пункция (для исключения нейролейкемии);

УЗИ внутренних органов (с целью уточнения степени лейкозной инфильтрации печени и 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 нейтролейкемии. 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 9 [K000120]

1. Хронический лимфолейкоз, II стадия по R2i.

2. Диагноз «хронический лейкоз» поставлен на основании клинических данных (пожилой возраст, жалобы на повышенную утомляемость, потливость, увеличение лимфоузлов); объективных данных (симметричное увеличение лимфоузлов, при пальпации они безболезненные, тестоватой или эластичной консистенции, подвижные, кожа над ними не изменена, характерно наличие спленомегалии, в общем анализе крови - лейкоцитоз с абсолютным лимфоцитозом, тени Боткина-Гумпрехта). II стадия хронического лимфолейкоза диагностируется при увеличении 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: Флударабин, Циклофосфан, 6 курсов с интервалом в 4 недели. Моноклональные антитела: 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 10 [K000121]

1. Серопозитивный ревматоидный артрит, АЦЦП-положительный, ранняя стадия, высокой степени активности, эрозивный (2 рентгенологическая стадия), ФК-2.

2. Диагноз «ревматоидный артрит (РА)» установлен на основании жалоб больной на симметричные боли в суставах кистей, наличие утренней скованности; данных анамнеза (пациентка отмечает появление болевого и суставного синдромов 3 месяца назад); установление степени РА основано на количестве болезненных и припухших суставов при осмотре, данных ВАШ и СОЭ, в дальнейшем степень активности заболевания требует уточнения по формуле DAS28. Стадия РА установлена на основании рентгенографии суставов кистей и стоп.

3. Пациенту рекомендовано: рентгенография грудной клетки (исключить поражение лёгких), УЗ-исследование суставов (синовит, теносиновит) или МРТ суставов (более чувствительный метод выявления синовита в дебюте ревматоидного артрита, чем стандартная рентгенография суставов).

4. Цитотоксические иммунодепрессанты и генно-инженерные препараты. Метотрексат (МТ) – препарат «первой линии» лечения РА с доказанной эффективностью и безопасностью. Назначается в комбинации с фолиевой кислотой в дозе 5 мг/неделю. У пациентов, впервые начавших лечение МТ, соотношение эффективность/безопасность/стоимость в пользу монотерапии МТ по сравнению с комбинированной терапией МТ и другими стандартными базисными противовоспалительными препаратами или монотерапией генно-инженерными препаратами.

5. С учётом недостаточной эффективности монотерапии Метотрексатом в адекватной дозе в течение 6 месяцев, рекомендуется применение генно-инженерных препаратов. Препаратами выбора являются ингибиторы ФНО- α , которые обладают сходной эффективностью. Для увеличения эффективности терапии и снижения иммуногенности, ГИБП целесообразно сочетать с применением МТ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11 [K000122]

1. Гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия 3 степени. Гипертрофия левого желудочка. Риск 4 (очень высокий). 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 – гипертрофия левого желудочка сердца по данным перкуторного исследования границ относительной сердечной тупости, ЭКГ. Установление степени артериальной гипертензии (АГ) основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Степень риска поставлена на основании наличия АГ 3 степени. Неосложнённый гипертонический криз - быстрое повышения АД до 180/120 мм рт. ст. и выше с клинической симптоматикой, но не сопровождающееся острым клинически значимым нарушением функции органов-мишеней. Диагноз ожирения 1 степени установлен на основании показателей ИМТ. Курение по данным анамнеза.

3. Лечение больного с 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 мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ в динамике (ГЛЖ, ишемия); проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, ИММЛЖ, диастолической и систолической функции; консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической ретинопатии (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. Количество назначаемых препаратов зависит от исходного уровня АД и сопутствующих заболеваний. Например, при АГ 1 степени и отсутствии ССО возможно достижение целевого АД на фоне монотерапии примерно у 50% больных. При АГ 2 и 3 степени, наличии поражения органов мишеней, ассоциированных клинических состояний, сахарного диабета и метаболического синдрома в большинстве случаев может потребоваться комбинация из 2 или 3 препаратов. В настоящее время возможно использование 2 стратегий стартовой терапии АГ: монотерапии и низкодозовой комбинированной терапии с последующим увеличением количества и/или доз лекарственного средства при необходимости. Монотерапия на старте лечения может быть выбрана для пациентов с низким или средним риском. Комбинацию 2 препаратов в низких дозах назначают больным с высоким или очень высоким риском ССО. Монотерапия базируется на поиске оптимального для больного препарата; переход на комбинированную терапию целесообразен только в случае отсутствия эффекта последней. Низкодозовая комбинированная терапия на старте лечения предусматривает подбор эффективной комбинации препаратов с различными механизмами действия. Каждый из этих подходов имеет свои преимущества и недостатки. Преимущество низкодозовой монотерапии состоит в том, что в случае удачного подбора лекарства больной не будет принимать ещё один препарат. Однако стратегия монотерапии требует от врача кропотливого поиска оптимального для больного антигипертензивного средства с частой сменой лекарств и их дозировок, что лишает врача и больного уверенности в успехе, и в конечном итоге ведёт к снижению приверженности пациентов к лечению. Это особенно актуально для больных АГ 1 и 2 степени, большинство из которых не испытывают дискомфорта от повышения АД и не мотивированы к лечению. При комбинированной терапии в большинстве случаев назначение препаратов с различными механизмами действия позволяет, с одной стороны, добиться целевого АД, а с другой – минимизировать количество побочных эффектов. Комбинированная терапия позволяет также подавить контррегуляторные механизмы повышения АД. Применение фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов в одной таблетке повышает приверженность больных к лечению. Недостатком комбинированной терапии является то, что иногда больным приходится принимать лекарство, в котором нет необходимости. Пациентам с АД $\geq 160/100$ 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 12 [K000123]

1. Язвенный колит, левостороннее поражение, острое течение с постепенным началом, средней степени тяжести. Анемия средней степени тяжести.

2. Диагноз «язвенный колит» (ЯК) установлен на основании характерных клинических проявлений – диареи с примесью слизи, крови в течении трёх месяцев, эндоскопических признаков поражения прямой кишки, непрерывного поражения, контактной кровоточивости, наличия поверхностных язв слизистой толстой кишки. Диагноз «анемия» установлен на основании снижения цифр гемоглобина и эритроцитов в общем анализе крови.

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

4. Медикаментозное лечение: Месалазин 4-5 г перорально в комбинации с Месалазином ректально (свечи, пена, микроклизмы) 2-4 г в сутки 6-8 недель. Месалазин – производное 5-аминосалициловой кислоты, является препаратом выбора при лечении ЯК в данной ситуации: первая атака средней тяжести, пациент ранее не получал лечения. При левостороннем поражении эффективно назначение ректальных форм Месалазина. При подтверждении дефицита железа - заместительная терапия (Сорбифер – 1 к × 2 раза в день, при непереносимости - парентеральные формы).

5. При достижении ремиссии постоянный приём Месалазина 1,5-2 г/сутки внутрь (допустимо назначение Сульфасалазина 3 г/сутки) в комбинации с Месалазином 2 г 2 раза в неделю ректально.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 13 [K000124]

1. Острый постстрептококковый гломерулонефрит. Нефритический синдром. Артериальная гипертензия 1 степени, риск 3.

2. Диагноз «острый постстрептококковый гломерулонефрит» (ОПСГН) устанавливают при выявлении клинико-лабораторных признаков острого гломерулонефрита, развившихся через 1-6 недель после перенесенной инфекции, вызванной β-гемолитическим стрептококком группы А. У пациента характерные изменения в анализе мочи, есть указания на предшествующую стрептококковую инфекцию, характерна динамика антистрептококковых антител.

3. Титр антистрептококковых антител (АСЛ-О, антистрептогиалуронидаза, антистрептокиназа, анти-ДНК-аза В, анти-НАД), СРБ, уровень комплемента сыворотки крови, антитела к ДНК.

Анализ мочи по Нечипоренко, анализ мочи по Зимницкому.

Биопсию почки, как правило, проводят при нетипичном течении ОПСГН для исключения других возможных заболеваний, а также при позднем начале болезни без чёткой связи с недавно перенесённой стрептококковой инфекцией.

Поиск очагов инфекции.

4. Режим – постельный при выраженных отёках, макрогематурии, умеренной/тяжелой АГ, сердечной недостаточности (обычно в первые 3-4 недели). При улучшении состояния режим постепенно расширяют. Диета: с ограничением потребления соли (до 1-2 г/сут) и жидкости в острый период болезни, особенно при быстром нарастании отёков, олигурии и АГ. Объём жидкости рассчитывают, исходя из диуреза за предыдущий день с учётом внепочечных потерь, приём жидкости не должен превышать диуреза более чем на 200 мл с ограничением белка до 0,5 г/кг/сут при снижении функции почек менее 60 мл/мин (до нормализации СКФ и уровня креатинина в крови, но не длительнее 2-4 недель). При выраженном отёчном синдроме - терапия диуретиками. При выраженной гиперкоагуляции - терапия антикоагулянтами. При быстро прогрессирующем течении ОПСГН и/или выявлении более 30% полулуний в биоптате почки предлагается проведение «пульс-терапии» Метилпреднизолоном. При сохраняющемся более 2 недель нефротическом синдроме, стабильно повышенном уровне креатинина (без тенденции к дальнейшему нарастанию и нормализации) и при невозможности проведения биопсии почки рекомендуется терапия Преднизолоном внутрь в дозе 1 мг/кг/сут в течение 1-2 месяцев.

5. Сроки нормализации анализов мочи различны. Гематурия, как правило, исчезает через 3-6 месяцев. Протеинурия снижается медленнее; у 15% следовая протеинурия может сохраняться более года. Более медленное по сравнению с темпами исчезновения гематурии и восстановлением функции почек снижение протеинурии объясняется более длительным сохранением иммунных депозитов в клубочке, особенно субэпителиальной локализации. Так как персистирующая протеинурия не достигает нефротического уровня показаний для назначения ГКС нет, необходимо продолжить динамическое наблюдение, через год на основании анализов повторно рассмотреть вопрос о назначении стероидов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 14 [K000129]

1. Акромегалия.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб на почти постоянные мучительные головные боли; данных осмотра: подчеркнута крупные ладони и стопы с толстыми пальцами, голова крупная с большими оттопыренными ушами и грубыми чертами лица, явный прогнатизм, язык большой, увеличение размеров сердца и печени; лабораторного обследования: уровень глюкозы в крови - 6,3 ммоль/л.

3. Определение уровня СТГ в сыворотке крови; тест с бромокриптином; проба с тиреолиберином; определение в крови соматомедина С; рентгенологическое исследование черепа, компьютерная томография или магнитно-резонансная томография головы.

4. Основной целью лечения является снижение уровня СТГ в крови и устранение неврологической симптоматики: нейрохирургическое лечение; при невозможности оперативного лечения или недостаточном его эффекте проводится лучевая терапия на область гипофиза; из консервативных методов лечения используются Соматостатин и Бромкриптин.

5. Вторичная кардиомиопатия; артериальная гипертензия; сахарный диабет; ХСН; гипопитуитаризм; эмфизема лёгких.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 15 [K000131]

1. ИБС: острый Q-инфаркт миокарда в области нижней стенки.
2. Диагноз поставлен на основании жалоб на боли в эпигастральной области, сопровождающиеся слабостью, потливостью, тошнотой; данных анамнеза: после приема Нитроглицерина под язык боли уменьшились; данных клинико-лабораторного исследования: на снятой ЭКГ выявлен глубокий зубец Q в III и aVF отведениях; сегмент ST в этих же отведениях приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец T.
3. Клинический анализ крови; биохимические маркеры некроза миокарда; ЭХО-КГ; КАГ.
4. Тромболизис; ЧКВ (БАП и стентирование); обезболивание; антиагреганты; антикоагулянты; β-адреноблокаторы; статины.
5. Геморрагические высыпания; аневризма; приём ПОАГ; беременность; новообразования.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 16 [K000153]

1. В-12 дефицитная анемия, III степени. Фуникулярный миелоз. В-12 индуцированная миокардиодистрофия, гипертрофия левого желудочка, блокада правой ножки пучка Гиса, ХСН II Б - IIIА, ФК III-IV (по NYHA).
2. Диагноз «В-12 дефицитная анемия, III степени. Фуникулярный миелоз» выставлен на основании жалоб (общая слабость, плохой аппетит, затруднение при глотании); наличия синдромов гепатоспленомегалии, желтухи, полинейропатии; данных объективного осмотра (ярко-красный, гладкий, с трещинами язык, гипотония (АД - 90/60), тахикардия (Ps - 109 в минуту)); лабораторных исследований (эритроциты - $1,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 40 г/л, МСМ – 110 fL, цветовой показатель - 1,2, СОЭ - 23 мм/ч, анизоцитоз (макроцитоз), пойкилоцитоз, мегалоциты, тельца Жолли, кольца Кэбота). Диагноз «В-12 индуцированная миокардиодистрофия, ХСН II Б - IIIА, ФК III-IV (по NYHA), гипертрофия левого желудочка, блокада правой ножки пучка Гиса» выставлен на основании жалоб (одышка при минимальной физической нагрузке (вставание с кровати, одевание), отёки 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 T 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).

4. Фолиевая дефицитная анемия - отсутствует фуникулярный миелоз.

Железодефицитная анемия - имеется микросфероцитоз, цветовой показатель $<0,85$, снижение сывороточного железа, повышение железосвязывающей способности, отсутствует фуникулярный миелоз, тельца Жоли, кольца Кебота, мегалоциты и пойкилоциты.

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 17 [K000154]

1. Гигантоклеточный артериит (болезнь Хортона). Нормохромная анемия, возможно, анемия хронического заболевания.

2. Возраст больной старше 50 лет (для гигантоклеточного артериита); ноющие боли в мышцах плеч, коленных, плечевых, локтевых суставах, утренняя скованность продолжительностью более 1 часа, потеря массы тела на 5 кг за последний год; признаки гигантоклеточного артериита (пульсирующие постоянные головные боли в височных областях, снижение зрения, потеря массы тела на 5 кг за последний год, плотные и извитые височные артерии, болезненные при пальпации); нарастание количества и выраженности симптомов в последнее время (2 недели); лабораторные данные (нормохромная анемия, ускорение СОЭ >35 мм/ч, повышение уровня СРБ).

3. БАК (креатинин – поражение почек); УЗИ магистральных артерий (оценить поражение); биопсия височной артерии (исключить атеросклероз и другое поражение); иммунограмма (исключение РА – ревматоидного фактора); рентгенография коленных, плечевых, локтевых суставов (исключение РА); УЗИ суставов и околоуставных мягких тканей (исключить локальное воспаление); консультация врача-офтальмолога, врача-ревматолога.

4. Миеломная болезнь (общее - заболевание, часто развивающееся в пожилом возрасте, протекающее с резким ускорением СОЭ, выраженным болевым синдромом в конечностях, отличие - наличие гиперпротеинемии, диспротеинемии). При подозрении на миеломную болезнь необходимо проводить стерильную пункцию, исследование крови на М-градиент, рентгенологическое исследование костей. РА - возможны варианты дебюта РА с поражением плечевых суставов, РП - отмечается доброкачественный характер синовита, отсутствие изменений на рентгенограмме суставов, отсутствие суставных деформаций при длительном наблюдении за больной. Заболевания околоуставных мягких тканей, такие как плечелопаточный периартрит, тендиниты мышц плеча, субакромиальный бурсит, протекают с болью в области плеча, утренней скованностью, ограничением активных и пассивных движений в плечевом суставе, но в отличие от таких же проявлений при РП, как правило, являются односторонними и не сопровождаются повышением СОЭ, лихорадкой, похуданием. Заболевания с поражением крупных сосудов, в том числе атеросклеротическое.

5. ГКС назначаются в дозировке 60-80 мг в сутки в несколько приёмов до индукции ремиссии (контроль снижения СОЭ и СРБ, исчезновение симптомов заболевания), далее снижение дозировки препарата по 2,5-5 мг в сутки каждые 2 недели до достижения 20 мг/сут, затем по 1 мг каждые 4 недели, под контролем СОЭ, симптомов каждые 4 недели в течение первых 3 месяцев лечения, затем каждые 12 недель и в течение 12-18 недель после завершения лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 18 [K000156]

1. Целиакия. Кандидозный эзофагит. Анемия средней степени тяжести. Сахарный диабет 1 типа.

2. Диагноз «целиакия» выставлен на основании: синдрома мальабсорбции: диарея, боли в животе, похудание, анемия (гемоглобин - 89 г/л, эритроциты - $3,72 \times 10^{12}/л$), результатов лабораторных исследований: Anti-gliadinIgG – 135 Ед/мл. Диагноз «кандидозный эзофагит» выставлен на основании: данных ФГДС: пищевод - слизистая оболочка гиперемирована, в средней и нижней трети множественные поверхностные эрозии, покрытые жёлтым фибрином в виде «творожных масс», кардиальный жом смыкается полностью. Желудок: содержимое – слизь с примесью светлой желчи в большом количестве. Слизистая умеренно гиперемирована, складки не утолщены. Привратник проходим. Луковица двенадцатиперстной кишки – слизистая гладкая, отсутствуют кишечные ворсинки, гиперемирована, отёчная, в просвете желчь. Диагноз «анемия средней степени тяжести» выставлен на основании: гемоглобин - 89 г/л. «Сахарный диабет 1 типа» – на основании повышения глюкозы сыворотки.

3. Антитела к тканевой трансглутаминазе - подтвердить целиакию. Биопсия слизистой двенадцатиперстной кишки – подтвердить целиакию и определить прогноз. Колоноскопия – исключение НЯК. МРТ – холангиография. Кал на скрытую кровь – исключить кровотечение. Определить ферритин сыворотки – для уточнения генеза анемии.

4. Воспалительные заболевания кишечника - можно исключить с помощью колоноскопии (воспаление в прямой кишке исключено результатами ректороманоскопии) и результатами ФГДС. Причину диареи, болей в животе и похудания объясняет анамнез – клиника появляется при употреблении в пищу глютенных продуктов и подтверждает повышение уровня АТ к глиадину и данные ФГДС: атрофия слизистой 12-перстной кишки. Лимфома кишечника – по результатам биопсии 12 пк.

5. Питание при целиакии не должно содержать глютен. Диета при целиакии требует полного исключения хлеба и мучных изделий. Придерживаться диеты следует всю жизнь. Через три – шесть месяцев диетических ограничений у 85% пациентов полностью восстанавливается нормальный пищеварительный процесс, исчезают симптомы болезни. Лечение кандидозного эзофагита противогрибковыми препаратами (Флуконазол, Клотримазол). Лечение анемии препаратами железа и фолиевой кислоты, по показаниям – переливания эритроцитарной массы.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 19 [K000158]

1. Железодефицитная анемия тяжёлой степени.

2. Железодефицитная анемия - на основании анамнеза заболевания (с грудного возраста не ела мясо); характерной клинической картины (анемический синдром: быстрая утомляемость, снижение аппетита, функциональный шум при аускультации сердца; сидеропенический синдром: изменение кожи и её придатков (выпадение волос), изменение слизистых оболочек (хейлит), извращение вкуса, стремление есть землю); лабораторных признаков анемии и абсолютного дефицита железа (снижение гемоглобина, цветового показателя, снижение цветового показателя, снижение сывороточного железа, увеличение железосвязывающей способности сыворотки). Тяжёлая степень: гемоглобин - 60 г/л.

3. Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ) - гепатомегалия; кал на яйца глист (больная часто ест землю); ФГДС и колоноскопия (исключить патологию ЖКТ); ферритин (исключить относительный дефицит железа); УЗИ органов брюшной полости и малого таза; консультация врача-гинеколога.

4. С В₁₂-дефицитной анемией, так как имеются признаки, характерные для дефицита витамина В₁₂: отвращение к мясной пище, гепатоспленомегалия. Признаки, позволяющие исключить В₁₂-дефицитную анемию: анемия гипохромная, сывороточное железо снижено, железосвязывающая способность сыворотки повышена.

Анемия хронического заболевания – при этом не наблюдается сидеропенический синдром: изменение кожи и её придатков (выпадение волос), изменение слизистых оболочек (хейлит), извращение вкуса, стремление есть землю, лабораторные анализы отличаются: нормальная железосвязывающая способность сыворотки.

Сидероахрестическая анемия - железо и ферритин в крови повышены или их нормальное содержание, наличие миелопролиферативного заболевания, отягощенная наследственность, алкогольная или свинцовая интоксикация, повышенное количество сидеробластов в костном мозге, повышенное выделение с мочой железа после введения десферала.

Талассемия - мишеневидные эритроциты в крови, нормальное или повышенное содержание железа в крови, повышенное выведение железа с мочой при десфераловой пробе, неконъюгированная гипербилирубинемия, ретикулоцитоз, спленомегалия (не всегда), иктеричность кожи и склер глаз, потемнение мочи.

5. Препараты железа по 200 мг в день перорально до 6 месяцев.

Восстановление депо железа: суточные дозы железа – 50-100 мг внутрь.

Диета, богатая железом (говяжье мясо, рыба, печень, почки, лёгкие, яйца).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 20 [K000159]

1. Первичный двухсторонний гонартроз, ФНС I. Гипертоническая болезнь II ст., 2 ст., риск ССС 3. Гиперлипидемия. Гипергликемия. Протеинурия. Ожирение I степени (ИМТ=33 кг/м²).

2. Диагноз «первичный двусторонний гонартроз» выставлен на основании жалоб больного на механические боли в коленных суставах, «стартовые» боли, утреннюю скованность в течение 20 минут, ограничение объёма движений; данных анамнеза пациента: малоподвижный образ жизни, отягощённая наследственность, постепенное развитие заболевания, обострения с явлениями синовита; данных объективного осмотра: крепитация в коленных суставах при движении. ФНС 1: трудоспособность временно ограничена.

Диагноз «гипертоническая болезнь II ст., 2 ст., риск ССО 3» можно заподозрить на основании жалоб больного на головные боли, слабость, утомляемость; данных анамнеза: отягощённая по ССЗ наследственность; данных объективного осмотра: уровень АД - 165/95 мм рт. ст. (2 степень), акцент II тона над аортой, наличие поражения органов-мишеней (ГЛЖ) – 2 стадия. Риск 3 - на основании наличия более 3 ФР и ПОМ.

ГЛЖ - на основании данных объективного осмотра: перкуторно расширение границ сердца, данных ЭКГ.

Гиперлипидемия - на основании повышенного уровня ОХС и ТГ по данным биохимического анализа крови.

Гипергликемия - на основании повышенного уровня глюкозы крови.

Протеинурия - на основании наличия белка в моче.

Ожирение I степени - по данным антропометрического исследования.

3. Биохимический анализ крови: креатинин, мочеви́на (для оценки функции почек, расчета СКФ), печёночные трансаминазы.

Иммунограмма: РФ, СРБ, анти-ЦЦП, АНФ (для исключения РА).

Гликемический профиль, гликированный гемоглобин (диагностика СД).

Протеинограмма: фракции глобулинов.

Анализ мочи на суточную протеинурию.

Эхо-КГ, УЗИ органов малого таза (почки, надпочечники), консультация врача-офтальмолога (выявление поражения органов мишеней при АГ).

Рентгенография коленных суставов в 2 проекциях (для определения рентген-стадии остеоартроза).

Исследование синовиальной жидкости поражённых суставов (только при наличии синовита дополнительно к подтверждению диагноза).

4. С ревматоидным артритом: поражение мелких суставов симметричное, усиление болей ночью и утром, утренняя скованность более 60 минут, рентген-признаки околосуставного остеопороза, наличие костных эрозий. С СКВ: высокие титры АНФ, артрит, чаще всего недеформирующий. С подагрой: наличие тофусов, кристаллов мочевой кислоты в синовиальной жидкости. С псориатическим артритом: чаще несимметричный олигоартрит, вовлечение осевого скелета, поражение кожи, ногтей, волосистой части головы.

5. НПВС (купирование болевого синдрома): желателен назначение селективных ингибиторов ЦОГ-2. Хондропротекторы (предотвращение прогрессирования дегенеративного процесса в суставном хряще и субхондральной кости). Физиотерапевтическое лечение, массаж, лечебная физкультура. Ингибиторы АПФ (коррекция АД). Статины (коррекция гиперлипидемии): целевой уровень - менее 2,5 ммоль/л ЛПНП. Снижение массы тела.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 21 [K000160]

1. Хронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение.

2. Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – 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 - $9,6 \times 10^9$ /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).

Консультация врача-хирурга.

Копрограмма, анализ кала на D-эластазу 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. Полный отказ от алкоголя. Диета: стол №5п по Певзнеру. Спазмолитический препарат (например, Дротаверин 4 мл (80 мг) 2 раза в сутки в/м). Анальгетики (например, Баралгин 250 мг внутрь 2 раза в сутки, Парацетамол) при болях. Вне обострения: ферментные препараты с заместительной целью. Коррекция гликемии в случае её выявления.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 22 [K000161]

1. Наследственная гемолитическая анемия: наследственный микросфероцитоз (болезнь Минковского – Шоффара). Анемия лёгкой степени. ЖКБ: хронический калькулёзный холецистит, стадия обострения?

2. Диагноз «наследственная гемолитическая анемия: наследственный микросфероцитоз (болезнь Минковского – Шоффара)» выставлен на основании жалоб на пожелтение кожи, наблюдаемое с детства, почти вдвое меньшего размера эритроцитов, сниженной осмотической резистентности эритроцитов, признаков гемолиза (повышение общего билирубина, повышение непрямого билирубина, ретикулоцитов, увеличения селезёнки).

Диагноз «анемия лёгкой степени» выставлен на основании гемоглобина - 91 г/л. Диагноз «хронический калькулёзный холецистит» выставлен на основании жалоб (приступы сильной боли в правом подреберье); анамнеза (в последние 8 лет больную стала беспокоить боль в правом подреберье приступообразного характера), частой ассоциации ЖКБ и наследственной гемолитической анемии.

3. Общий анализ мочи (уробилин), копрограмма (стеркобилин), микроскопическое исследование мазка крови - протеинограмма, УЗИ ОБП, холецистография.

4. Пароксизмальная ночная гемоглобинурия - характерны следующие отличия от аутоиммунной гемолитической анемии: тромбозы, отрицательная прямая проба Кумбса, повышение концентрации свободного гемоглобина в плазме крови, гемосидеринурия, проба Хема положительна, сахарозная проба положительна.

Аутоиммунная гемолитическая анемия – противоречит длительному анамнезу без прогрессирования, отрицательная проба Кумбса, снижение осмотической резистентности.

5. Спленэктомия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 23 [K000163]

1. Бронхиальная астма, среднетяжёлое недостаточно контролируемое течение. ДНО.

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 24 [K000180]

1. Болевой абдоминальный синдром, синдром желудочной диспепсии.
2. Язвенная болезнь желудка, стадия обострения, впервые выявленная, НР-ассоциированная.
3. Диагноз выставлен на основании жалоб (ранние боли в эпигастрии после приёма пищи); данных анамнеза: наличие факторов риска (употребление алкоголя, нерегулярное питание, курение, отягощенная наследственность), сезонные обострения (весной и осенью); данных ФГДС; обнаружения НР.
4. Хронический гастродуоденит, симптоматические язвы, хронический панкреатит, хронический холецистит, злокачественные новообразования желудка.
5. Соблюдение режима питания и диеты, эрадикация НР (стандартная тройная терапия в течение 14 дней – Маастрихт-3), курс базисной антисекреторной терапии в течение 6-8 недель.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 25 [K000181]

1. Болевой абдоминальный синдром, синдром желудочной и кишечной диспепсии, синдром экзокринной недостаточности поджелудочной железы.
2. Признаки стеатореи, креатореи, амилореи – внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы.
3. Хронический панкреатит, с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы, стадия обострения.
4. КТ органов брюшной полости, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография, анализ на онкомаркеры (Ca-19 – 9) для дифференциальной диагностики с злокачественными новообразованиями поджелудочной железы.
5. Диета №5; купирование болевого синдрома (Платифиллин, Баралгин, Глюкозо-новокаиновая смесь), препараты, снижающие активность поджелудочной железы (Октреотид или Сандостатин); ингибиторы протеолитических ферментов (Трасилол, Контрикал, Гордокс); ИПП (Омепразол, Эзомепразол внутривенно капельно); панкреатические ферменты (Креон, Эрмिताб, Микрозим, Мезим-форте), инфузионная терапия (Реамберин, Физиологический раствор).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 26 [K000182]

1. Бронхиальная астма, персистирующая, атопическая форма, лёгкое течение, обострение. Дыхательная недостаточность (ДН) I 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 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 раз в неделю и появление ночных симптомов. Дыхательная недостаточность 1 степени выставлена в связи одышкой 24 в минуту.

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

4. Бета-2-агонисты короткого действия «по требованию». Выбор препаратов этой группы основан на наиболее быстром и достаточном по длительности бронхорасширяющем действии при 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 27 [K000183]

1. Нефротический синдром.
2. Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма, стадия обострения.
3. Проведение УЗИ органов брюшной полости и почек, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография органов грудной клетки, определение креатинина, мочевины, электролитов, тромбоцитов, коагулограмма, время 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 28 [K000184]

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 Пастернацкого, выраженная лейкоцитурия и бактериурия, воспалительная реакция периферической крови.

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

4. Определение чувствительности микрофлоры мочи к антибиотикам.

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 29 [K000185]

1. Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония, лёгкое течение. Дыхательная недостаточность (ДН) 0 ст.

2. Диагноз «внебольничная пневмония» установлен на основании жалоб больного на повышение температуры до 37,6°C в течение пяти дней, кашель с желтоватой мокротой, перенесённую накануне ОРВИ; выявленных на приёме у врача при аускультации локальных влажных крепитирующих хрипов в нижней доле правого лёгкого и инфильтративных теней при рентгенографии органов грудной клетки в 9-10 сегментах правого лёгкого, что является наиболее типичной локализацией при пневмонии. Лёгкое течение пневмонии установлено на основании умеренного повышения температуры тела до 37,6°C в течение 5 дней, отсутствия тахикардии, АД в норме, вовлечения двух сегментов лёгких с одной стороны. Интоксикации нет, осложнений нет. Дыхательная недостаточность 0 степени установлена на основании отсутствия одышки (ЧСС - 22 в минуту).

3. Пациенту рекомендованы общий анализ крови и общий анализ мокроты, биохимическое исследование крови (мочевина, креатинин, печёночные ферменты, электролиты) с целью оценки тяжести пневмонии и решения вопроса о целесообразности госпитализации больного; бактериоскопия мазка мокроты с окраской по Граму для предварительной оценки возбудителя заболевания.

4. Полусинтетические пенициллины или современные макролиды. Возбудителем внебольничной пневмонии в 50% случаев является пневмококк. Выбор обусловлен хорошей чувствительностью пневмококка к препаратам этих групп. Наиболее предпочтительным препаратом является Амоксициллин в таблетках. Возможна начальная терапия Азитромицином в связи с его действием на пневмококк и на атипичную флору.

5. Терапия остаётся без изменений при нормализации температуры и уменьшении хрипов в лёгких. При сохранении температуры следует заменить первоначально назначенный антибиотик на респираторные фторхинолоны (Левифлоксацин или Моксифлоксацин в таблетках), которые действуют на грамотрицательную и атипичную флору. Продолжить назначенную терапию в течение 3-5 дней после стойкой нормализации температуры, в целом не более 10 дней. В случае наличия клинических и/или эпидемиологических данных о микоплазменной или хламидийной этиологии заболевания продолжить терапию до 14 дней. Следующая явка через неделю для оценки состояния и проведения контрольной рентгенографии лёгких. Госпитализация больного при отсутствии положительной динамики или наличии осложнений.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 30 [K000186]

1. Хронический гломерулонефрит, латентная форма, ремиссия. ХБП 3а, А2. Симптоматическая артериальная гипертензия 1 ст., риск 3. Анемия 1 ст.

2. Диагноз «хронический гломерулонефрит» предположен на основании анамнестических данных (10 лет назад лечился по поводу гломерулонефрита), характерного мочевого синдрома у больного (протеинурия, эритроцитурия), отёчного и гипертонического 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. 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 31 [K000187]

1. Геморрагический синдром.
2. Геморрагический васкулит, подострое течение, активность II степени, с поражением кожи, суставов, абдоминальным и почечным синдромом.
3. Другие заболевания, проявляющиеся геморрагическим синдромом: идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, тромботическая тромбоцитопеническая пурпура, гемофилия, болезнь Виллебранда. Другие системные васкулиты. Острый перитонит.
4. Определение С-реактивного белка, концентрации IgA, циркулирующих иммунных комплексов, исследование активности комплемента. Коагулограмма. Для исключения других причин острого живота необходима консультация врача-хирурга, УЗИ органов брюшной полости.

5. Глюкокортикостероиды, цитостатические иммунодепрессанты, гепаринотерапия, пентоксифиллин. Плазмаферез.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 32 [K000188]

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 33 [K000190]

1. ИБС: Стенокардия напряжения III ФК. ХСН I ст. II ФК.
2. Диагноз «ИБС: Стенокардия напряжения III ФК» поставлен на основании: характера боли – сжимающая, локализации боли – за грудиной, иррадиации – в левое плечо, условий возникновения боли – связь с физической нагрузкой (боли возникают при ходьбе до 500 м, иногда в покое – это характерно для III ФК стенокардии), купирование болей Нитроглицерином – в течение 2-3 минут. Боли в сердце отмечает в течение 5 лет, последние полгода - снижение переносимости физической нагрузки, следовательно, стенокардия стабильная. Диагноз «ХСН I ст. II ФК» поставлен на основании того, что симптомы ХСН (одышка, сердцебиение) появляются при умеренной физической нагрузке; в покое гемодинамика не нарушена.
3. Возраст: мужчины старше 45 лет, женщины старше 55 лет или с ранней менопаузой; курение; артериальная гипертензия: АД >140/90 мм рт. ст. или постоянный прием антигипертензивных препаратов; сахарный диабет II типа: глюкоза крови натощак более 6,0 ммоль/л; абдоминальное ожирение: окружность талии у мужчин >94 см, у женщин >80 см; семейная гиперлипидемия по данным анамнеза: Па, Пб, или III тип; хроническое заболевание почек: ХПН со снижением СКФ < 60 мл/мин или гломерулонефрит, тубулоинтерстициальный нефрит, пиелонефрит.

4. Немедикаментозное лечение ИБС: воздействие на факторы риска - гипохолестериновая диета, прекращение курения, достаточная физическая активность. Фармакотерапия: Нитроглицерин – для купирования приступа стенокардии + 1) препараты, улучшающие качество жизни: антиангинальная терапия: а) препараты первой линии: β-адреноблокаторы, блокаторы медленных кальциевых каналов; б) препараты второй линии: нитраты пролонгированного действия (Кардикет 20 мг 2 раза в день, Моночиннкверетард 50 мг 1 раз в день), блокаторы If каналов (Кораксан 5 мг 2 раза в день), активаторы калиевых каналов (Никорандил 10-20 мг 3 раза в день), цитопротекторы (Триметазидин 7 мг 2 раза в день), блокаторы медленного натриевого тока (Ранолазин 5000 мг 2 раза в день); 2) препараты, улучшающие прогноз заболевания: антиагреганты (Ацетилсалициловая кислота 75-100 мг в сутки), гиполипидемические препараты (Розувастатин 10 мг 1 раз в день или Аторвастатин 20 мг 1 раз в день), и-АПФ (Периндоприл - 8 мг 1 раз в день).

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 34 [K000191]

1. Бронхиальная астма, смешанная, персистирующая, средней степени тяжести, обострение. Степень тяжести бронхиальной астмы (персистирующая, средней тяжести) выставляется на основании количества дневных приступов (в данном случае ежедневно), ночных симптомов (3 раза в неделю).

2. Спирометрия с использованием ингаляционного бронхолитика быстрого действия. Критерием обратимости бронхиальной обструкции служит прирост ОФВ1 ≥ 15%. У данной пациентки обструкция является обратимой.

3. Спирометрия, оценка аллергологического статуса, рентгенография лёгких.

4. Обучение пациентов. Контроль окружающей среды. Медикаментозное лечение начинаем с 3 ступени. Для быстрого снятия симптомов используются бронходилататоры ингаляционные короткого действия: Сальбутамол, Фенотерол или комбинированный препарат Беродуал (Фенотерол + Ипратропия бромид). Для контроля бронхиальной астмы - низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов + В2 агонист длительного действия.

5. Да, у данной пациентки имеются показания к назначению ингаляционных глюкокортикостероидов. При этом следует помнить о местных нежелательных эффектах: орофарингеальный кандидоз, дисфония, кашель из-за раздражения верхних дыхательных путей.

Профилактика: применение ингаляторов со спейсерами, промывание полости рта и горла водой с последующим сплёвыванием после ингаляции.

Системные побочные эффекты зависят от дозы - угнетение коры надпочечников, склонность к образованию синяков, снижение минеральной плотности костной ткани.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 35 [K000192]

1. Язвенный колит, левосторонняя форма, хроническое рецидивирующее течение, тяжёлой степени. Осложнения: гипопроотеинемия, хроническая постгеморрагическая анемия средней степени тяжести.

2. Генетическая предрасположенность («повышенная кишечная проницаемость» - ген NOD2/CARD15); вирусные инфекции – вирус кори; бактериальные инфекции – Chlamydiae, Listeriamonocytogenes, Pseudomonassp., Mycobacteriumparatuberculosis; факторы внешней среды – раннее отлучение от груди, высокий социально-экономический статус, стероидные противозачаточные средства, НПВП, рафинированный сахар, недостаточно свежие овощи и фрукты, оксид титана (зубная паста), курение табака; психологические факторы.

3. Внекишечные проявления - аутоиммунные, связанные с активностью заболевания: артропатии (артралгии, артриты), поражение кожи (узловатая эритема, гангренозная пиодермия), поражение СО (афтозный стоматит), поражение глаз (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит); аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания: ревматоидный артрит (серонегативный), анкилозирующий спондилоартрит, сакроилеит, первичный склерозирующий холангитостеопороз, остеомалация; псориаз; обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями: холелитиаз, стеатогепатоз, стеатогепатит; тромбоз периферических вен, ТЭЛААмилиодоз.

4. Инфликсимаб, ремикейд. Лечение больных, страдающих язвенным колитом, у которых традиционная терапия (Сульфасалазин, Салофальк, Преднизолон, Азатиоприн) была недостаточно эффективна.

5. 1-я линия – Метронидазол 1,5 мг/сут + Фторхинолоны (Ципрофлоксацин, Офлоксацин) в/в 10-14 дней; 2-я линия – Цефалоспорины в/в 7-10 дней.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 36 [K000193]

1. Хроническая железодефицитная анемия смешанного генеза (постгеморрагическая и инфекционно-токсическая) средней степени тяжести.

2. Систолический шум носит функциональный характер. Он обусловлен разжижением крови, что происходит при анемии, компенсаторном повышении ЧСС, скорости кровотока и возникновении турбулентного движения крови.

3. Кровь на стерильность трёхкратно, общий анализ мочи и анализ по Нечипоренко, 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; исследование крови на мочевины и креатинин, по показаниям - ультразвуковое и рентгенологическое исследование почек.

4. Основа лечения хронической железодефицитной анемии - приём препаратов железа peros (Сорбифердуролес 100 мг по 1 драже 1-2 раза в сутки, Иррадиан - 100 мг 2 раза в сутки, Фенюльс 45 мг 2 раза в сутки и др.). Согласно рекомендациям, разработанным ВОЗ, при назначении препаратов железа предпочтение отдают препаратам, содержащим двухвалентное железо. Суточная доза должна достигать у взрослых 2 мг/кг элементарного железа. Общая длительность лечения не менее трёх месяцев (иногда до 4-6 месяцев).

5. Лицам с ранее излеченной железодефицитной анемией при наличии условий, угрожающих развитием рецидива железодефицитной анемии (обильные менструации, хронический пиелонефрит и др.), проводится профилактика анемии препаратами железа (двухвалентного). Рекомендуются 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 37 [K000194]

1. Артериальная гипертония 3 степени, 2 стадии, риск ССО 4. Гиперлипидемия. Ожирение 2 ст.

2. Отягощённая наследственность по материнской линии. Вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем), гиперлипидемия, ожирение, альбуминурия.

3. Суточное мониторирование АД для оценки суточного профиля АД; ЭКГ; ЭХО-КГ для оценки поражения органа-мишени (выявление гипертрофии левого желудочка, систолической и диастолической функции сердца); лабораторное обследование (общие анализы крови и мочи; анализ крови на содержание креатинина, глюкозы, калия, натрия); исследование сосудов глазного дна; УЗИ почек для оценки поражения органа-мишени; ЦДС сосудов головного мозга (для выявления поражений органа-мишени).

4. Диета с ограничением: а) соли до 4-6 г в сутки; б) насыщенных жиров; в) энергетической ценности рациона при ожирении; ограничение употребления алкоголя; регулярные физические упражнения; прекращение курения; снятие стресса (релаксация), модификация условий окружающей среды.

5. Хлорталидон, Индапамид или Торасемид (менее предпочтителен Гипотиазид в связи с его негативным влиянием на метаболизм углеводов и липидов).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 38 [K000195]

1. Хронический первичный правосторонний необструктивный пиелонефрит, ст. обострения. ХБП 1 ст.

2. Бактериологическое исследование мочи (посев мочи) с целью идентификации возбудителя и определения его чувствительности к антибиотикам; анализ мочи по Зимницкому с целью определения концентрационной способности почек, проба Нечипоренко; обзорная и экскреторная урография, которая позволяет выявить не только изменение размеров и формы почек, их расположение, наличие конкрементов в чашках, лоханке или мочеточниках, но и судить о состоянии суммарной выделительной функции почек; для расчёта скорости клубочковой фильтрации – вес, рост больной; для исключения латентно протекающей железодефицитной анемии - сывороточное железо, общая железосвязывающая способность сыворотки, сывороточный ферритин.

3. Можно проводить лечение данной больной амбулаторно. Госпитализация показана при невозможности перорального приёма ЛС (наличие тошноты, рвоты), наличии осложнений (артериальная гипотензия, шок или сепсис), гнойном пиелонефрите или обструкции мочевых путей, нуждающихся в урологической коррекции или оперативном вмешательстве.

4. Рекомендуемые антибактериальные лекарственные средства: Цефалоспорины 3 поколения (возможно сочетание одной инъекции с пероральным приёмом) или фторхинолоны (за исключением беременных), полусинтетические пенициллины и аминопенициллины: Амоксициллин (первая доза 2 г, затем 1 г 2 раза в сутки 9 дней; или 750 мг 3 раза в сутки 8-12 дней), защищенные пенициллины: Амоксициллин/Клавулановая кислота в дозе 500 мг внутрь 3 раза в сутки или 875 мг внутрь 2 раза в сутки. Ампициллин, Котримоксазол и Цефалоспорины первого поколения не следует использовать для эмпирической терапии ввиду высокой резистентности к ним микроорганизмов. Стандартная длительность антибактериальной терапии неосложнённого пиелонефрита 7-14 дней. Критериями эффективности проводимого лечения являются нормализация температуры, исчезновение дизурических явлений, возвращение к норме показателей периферической крови (количество лейкоцитов, СОЭ), стойкое отсутствие или хотя бы заметное снижение протеинурии, лейкоцитурии и бактериурии.

5. В промежутках между медикаментозными препаратами рекомендуется принимать отвары или настои трав, обладающих диуретическим и антисептическим действием (клюквенный морс, отвар шиповника, трава полевого хвоща, плоды можжевельника, листья берёзы, толокнянка, брусничный лист, листья и стебли чистотела и др.). Также можно использовать Уролесан по 15 капель 3 раза в день. Канефрон-Н по 2 таблетки 4 раза в день.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 39 [K000196]

1. Язвенная болезнь с локализацией язвы (0,7 см) средних размеров на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, фаза обострения. Рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки.

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; больные язвой желудка, если нет возможности провести квалифицированное исследование гастробиоптата; больные язвой, протекающей с выраженным болевым синдромом или болевым синдромом, который не купируется в течение недели амбулаторного лечения; больные с гастродуоденальными язвами, развившимися у ослабленных больных или на фоне тяжёлых сопутствующих заболеваний; при невозможности организовать лечение больного и контроль за заживлением язвы в поликлинических условиях.

4. Осложнения:

- кровотечение: лёгкое, средней степени, тяжёлое, крайне тяжёлое;
- перфорация;
- пенетрация;
- стеноз: компенсированный; субкомпенсированный; декомпенсированный;
- малигнизация.

5. Лечение: трёхкомпонентная схема: Омез 20 мг 2 раза в день + Кларитромицин 500 мг 2 раза в день + Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день (или Метронидазол 500 мг 3 раза в день) (10 дней). При неэффективности - четырёхкомпонентная схема: Омез 20 мг 2 раза в день + Тетрациклин 500 мг 4 раза в день + Метронидазол 500 мг 3 раза в день + Де-нол 240 мг 2 раза в день (10 дней).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 40 [K000197]

1. Дилатационная кардиомиопатия. Нарушение ритма по типу постоянной формы фибрилляции предсердий, тахисистолия. ХСН IIБ ст. III ФК.

2. При гистологическом исследовании выявляются неспецифические изменения: дегенерация и некроз кардиомиоцитов, инфильтрация миокарда мононуклеарными клетками, зоны фиброза.

3. Отсутствие зубца Р, нерегулярный ритм (разные по продолжительности интервалы RR), узкие комплексы QRS (у большинства больных), наличие волн фибрилляции f.

4. Показаны диуретики, ингибиторы АПФ (или блокаторы рецепторов ангиотензина II), β-адреноблокаторы (Бисопролол, Метопролол-ретард, Карведилол), антагонисты альдостерона, сердечные гликозиды, антикоагулянты.

5. Учитывая данные ЭХОКГ-исследования (значительное снижение ФВ левого желудочка и дилатацию левых камер сердца, в первую очередь, левого предсердия) пациент в восстановлении сердечного ритма не нуждается.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 41 [K000198]

1. Хроническая обструктивная болезнь лёгких, крайне тяжёлое течение, стадия обострения. Хроническое лёгочное сердце, компенсация. ДН II.

2. ЭХО-КС, газовый состав крови, пульсоксиметрия, проба с бронходилататорами, цитологическое и микробиологическое исследование мокроты, ФБС.

3. Отказ от курения. Бронходилатирующая терапия (через небулайзер комбинированные бронхорасширяющие препараты М-холиноблокаторы + β₂-адреномиметики (например, Беродуал), антибактериальная, противовоспалительная терапия. Отхаркивающие и муколитические средства (Ацетилцистеин, Бромгексин, Карбоцистеин, Амброксол). Оксигенотерапия. Дыхательная гимнастика.

4. Показанием к антибактериальной терапии больным ХОБЛ считается диагностика инфекционного характера обострения: усиление одышки, усиление кашля или увеличение количества мокроты, гнойная мокрота.

5. Значительное нарастание интенсивности симптомов. Тяжелая ХОБЛ. Неэффективность начальной лекарственной терапии обострения. Возникновение острой или обострение хронической сопутствующей патологии. Старческий возраст, возникновение декомпенсации лёгочного сердца.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 42 [K000199]

1. Спонтанный пневмоторакс.

2. Буллёзная эмфизема, туберкулёз лёгких, врождённая киста лёгкого.

3. На рентгенограмме органов грудной клетки справа пристеночное просветление в виде зоны, лишённой лёгочного рисунка. Выявляются отчётливо контуры поджатого лёгкого, сердечно-сосудистая тень смещена влево.

4. Острая дыхательная недостаточность. Острое лёгочное сердце.

5. Эвакуация газа из грудной полости, наркотические анальгетики, Кордиамин, оксигенотерапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 43 [K000204]

1. Цирроз печени смешанной этиологии (вирусный + токсико-алиментарный), декомпенсированный, осложнённый портальной гипертензией, кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода.

2. Портальная гипертензия, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода.

3. Эзофагогастродуоденоскопия, УЗИ органов брюшной полости, биохимический анализ крови, коагулограмма.

4. После купирования кровотечения (зонд Блэкмора, эндоскопическая остановка кровотечения, кровоостанавливающие средства – Аминокапроновая кислота в/в, Этамзилат натрия в/м, Викасол) и назначения антибиотиков, очистительных клизм, лактулозы, гепатопротекторов, витаминов), проводится УЗИ печени и селезёнки, сплено- и гепатоманометрия, кровь на печёночные пробы, ферменты цитолиза и холестаза, общий белок и белковые фракции, коагулограмму.

5. Диспансерное наблюдение у врача-терапевта по показаниям консультации врача-гастроэнтеролога. При стабильном течении компенсированного цирроза осмотр не реже 2 раз в год, при отрицательной динамике – не менее 1 раза в год. Контроль общего анализа крови, биохимических анализов крови: билирубин, холестерин, протромбин, осадочные реакции, ферменты. Базисная терапия. Синдромная терапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 44 [К000208]

1. Внебольничная пневмония с локализацией в средней и нижней доле правого лёгкого. Тяжёлое течение. Абсцедирование. Инфекционно-токсический шок 2 ст. Дыхательная недостаточность II ст. Острое лёгочное сердце, декомпенсированное. НК II А ст. ФК IV.

2. Абсцедирование (стафилококковая деструкция лёгких). Инфекционно-токсический шок 2 ст. Дыхательная недостаточность II ст. Острое лёгочное сердце, декомпенсированное. НК II А ст. ФК IV.

3. Этиотропная терапия: препараты выбора – аминопенициллины в сочетании с ингибиторами β-лактамаз (Амоксициллин + Клавулановая кислота), макролиды (Азитромицин, Кларитромицин), сочетание этих препаратов; цефалоспорины III-IV поколения (Цефуроксим, Цефтриаксон); респираторные фторхинолоны. Иммуномодулирующая терапия: свежезамороженная плазма, антистафилококковая плазма, антистафилококковый иммуноглобулин. Инфузионная и дезинтоксикационная терапия. Коррекция нарушений микроциркуляции. Глюкокортикостероиды до выведения из шока, вазоконстрикторы (Допмин). Оксигенотерапия. Бронхолитики, отхаркивающие. Антиоксиданты. Коррекция диспротеинемии.

4. Больной должен быть госпитализирован в реанимационное отделение. Показания для проведения интенсивной терапии: дыхательная недостаточность, необходимость ИВЛ, шок, острая почечная недостаточность, менингит, ДВС-синдром, кома.

5. Диспансерное наблюдение проводится врачом-терапевтом участковым и врачом-пульмонологом (консультации по показаниям). Осмотры показаны через 1, 3, 6, 12 месяцев после выписки.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 45 [K000218]

1. Основной: полиостеоартроз, узелковая форма (узелки Гебердена, Бушара). Двусторонний гонартроз, рентгенологическая ст. III (по Kellgren), ФНС 2. Остеоартроз поясничного отдела позвоночника. Сопутствующие: ИБС, постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь 3 степени, 3 стадии, группа риска 4. Ожирение. Варикозная болезнь вен нижних конечностей.

2. Диагноз «полиостеоартроз» установлен на основании наличия множественного поражения суставов кистей с узелками Гебердена и Бушара, коленных суставов, механического характера боли, наличия стартовой боли в коленных суставах, утренней скованности не более 30 минут, нормальных острофазовых показателей крови (СОЭ, СРБ), характерных рентгенологических изменений коленных суставов (субхондральный склероз, остеофиты, сужение суставной щели) и поясничного отдела позвоночника (остеофитоз, спондилоартроз). Рентгенологическая стадия III характеризуется сужением суставной щели, наличием единичных остеофитов. Степень ФНС определяется по способности пациента к самообслуживанию и выполнению профессиональных, непрофессиональных обязанностей. В задаче у пациента нет ограничения в самообслуживании, однако имеются ограничения в профессиональной и непрофессиональной деятельности, что соответствует II ст. ФНС. Спондилоартроз поясничного отдела позвоночника поставлен на основании данных рентгенологического исследования позвоночника (остеосклероз тел позвонков, снижение высоты межпозвонковых дисков, спондилофиты). Диагноз «гипертонической болезни 3 степени, 3 стадии, риск 4» установлен в связи с максимальным повышением АД до 180\110 мм рт. ст., наличием клинически ассоциированного состояния (инфаркт миокарда в анамнезе) и других факторов риска (возраст, ожирение).

3. Пациенту рекомендовано: УЗИ коленных суставов - исключить наличие синовита; МРТ коленных суставов - (подтвердить/исключить синовит, уточнить характер повреждения хряща и кости); исследование липидного профиля, проведение ЭхоКГ, СМАД - уточнение поражения сердца и степени риска ССО, учитывая сопутствующую патологию.

4. Пациенту для лечения полиостеоартроза необходимо назначение пероральных НПВП с наименьшим кардиоваскулярным риском (Напроксен), при наличии реактивного синовита коленных суставов возможно внутрисуставное введение глюкокортикостероидов (Дипроспан), а также необходимо назначение препаратов Хондроитин и\или Глюкозами сульфатов на срок не менее 6 месяцев с последующими повторными курсами. Из немедикаментозного лечения важным является коррекция модифицируемых факторов риска, а именно снижение веса тела, регулярные дозированные физические нагрузки (ходьба, плавание), ношение наколенников при длительной статической нагрузке, физиотерапия, санаторно-курортное лечение.

5. Для лечения ИБС и гипертонической болезни необходимо назначение препаратов из группы селективных бета-блокаторов, ингибиторов АПФ, статинов, антиагрегантов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 46 [K000219]

1. Предварительный диагноз «цирроз печени (алиментарно-токсического генеза), активность II, класс «B» по Child-Pugh. Портальная гипертензия. Асцит».

2. Синдром портальной гипертензии, синдром печёчно-клеточной недостаточности, синдром паренхиматозной желтухи, мезенхимально-воспалительный синдром.

3. О синдроме портальной гипертензии свидетельствуют увеличение живота в объёме, наличие выпота в брюшной полости при перкуссии живота, увеличение размеров селезёнки. О синдроме печёчно-клеточной недостаточности свидетельствует кровоточивость слизистых, гематомы на конечностях, наличие сосудистых звёздочек на верхней половине туловища, пальмарная эритема, снижение уровня альбумина до 28,5 г/л. Синдром паренхиматозной желтухи проявляется наличием зуда, желтушностью кожи, склер, слизистых. О наличии мезенхимально-воспалительного синдрома свидетельствуют диспротеинемия, гипергаммаглобулинемия, увеличение селезёнки.

4. Для подтверждения диагноза необходимо выполнить фиброэзофагогастроскопию с оценкой состояния вен пищевода и кардиального отдела желудка, ректороманоскопию с оценкой вен прямой кишки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости для определения размеров печени, её структуры, размеров селезёнки, количества асцитической жидкости в брюшной полости и плевральных полостях. Необходимо исследовать все функциональные печёчные пробы (АЛАТ, АСАТ, билирубин, протромбин, холестерин, щелочная фосфатаза), гемограмму с определением числа тромбоцитов, выполнить серологическое исследование крови на наличие антител к вирусам гепатита В, D и С для исключения возможных вирусных гепатотропных инфекций. Желательно определить уровень альфа-фетопротеина для исключения гепатоцеллюлярной карциномы и уровень ферритина для исключения гемохроматоза печени.

5. Неселективные бета-блокаторы. Мочегонные. Альбумин. Гепатопротекторы. Ферменты. Профилактическое назначение антибиотиков.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 47 [K000220]

1. Язвенный колит, левосторонний тип. Средней степени тяжести. Узловатая эритема. Анемия смешанного генеза.

2. В пользу неспецифического язвенного колита (ЯК) свидетельствует частый жидкий стул с патологическими примесями, боли при дефекации, сопровождающиеся анемическим синдромом (снижение эритроцитов, гемоглобина в крови, слабость) и интоксикационно-воспалительным синдромом (лейкоцитоз, повышение СОЭ, повышение температуры тела). При ЯК также встречается узловатая эритема. Рентгенологическая картина характерна для ЯК.

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 48 [K000221]

1. Хроническая обструктивная болезнь лёгких, тяжёлое течение (III ст.), эмфизематозный тип, обострение. Соп. ИБС. Стенокардия II ФК. Постинфарктный кардиосклероз (Q-образующий неуточнённой давности). Желудочковая экстрасистолия. ХСН II А. ФК II.

2. Диагноз «хроническая обструктивная болезнь лёгких» (ХОБЛ) выставляется на основании жалоб на прогрессирующую одышку, кашель, наличие хрипов и тяжести в груди, длительного стажа курения (30 лет); объективных данных (эмфизематозная грудная клетка и перкуторно коробочный звук, что вместе с преобладанием одышки над кашлем свидетельствует об эмфизематозном типе ХОБЛ). На рентгенограмме характерные для ХОБЛ изменения – эмфизема и пневмосклероз. При помощи спирограммы уточняем диагноз (обструкция) и стадию - Тест Тифно <70% и ОФВ1=37% (III ст.). Наличие жалоб на учащение кашля, увеличение и гнойный характер мокроты, подтверждённый при помощи общего анализа мокроты, указывает на наличие обострения. Данные анамнеза и ЭКГ свидетельствуют о наличии кардиальной патологии. Индекс курильщика – количество сигарет, выкуриваемых в день × стаж курения / 20 = 20×30/20 = 30 пачка/лет.

3. Пульсоксиметрия для уточнения тяжести дыхательной недостаточности, по возможности – газы крови. Общий анализ крови, мочи. Глюкоза крови, СРБ. Для уточнения наличия обострения заболевания, или сопутствующих заболеваний, или дифференциальной диагностики. Микробиологическое исследование мокроты для верификации возбудителя. ЭХО-КС для исключения хронического лёгочного сердца. Контроль спирографии после лечения для оценки обратимости бронхообструкции. Пикфлоуметрия ежедневно для уточнения обратимости и вариабельности бронхообструкции. При необходимости - КТ ОКГ (наличие булл в лёгких).

4. Бронхолитики длительного действия – в первую очередь М-холинолитик тиотропия бромид (Спирива) 18 мкг (капс.) 1 раз в сутки. Возможно добавить β_2 -агонист длительного действия – Формотерол (Форадил) по 12 мкг (капс.) 2 раза в сутки. По потребности – ингаляция Беродуала через дозированный ингалятор или небулайзер. При частых обострениях и хорошем ответе на глюкокортикостероиды показано назначение Ингал. ГКС. Эффективный вариант терапии в таких случаях - сочетание ИГКС и пролонгированного β_2 -агониста, например, Симбикорт (Будесонид 160 мкг/формотерол 4,5 мкг). При сохраняющейся одышке возможно добавление теофиллинов per os (Теопек 2 раза в сутки). При сатурации крови кислородом $<90\%$ - длительная низкопоточная оксигенотерапия.

5. Наличие серьёзной конкурирующей патологии – ИБС диктует необходимость приёма жизненно важных препаратов. К таким препаратам относится неселективный β -блокатор Соталол, имеющий побочный эффект в виде бронхоспазма. В связи с наличием обструктивных изменений на спирограмме рекомендуется заменить его на селективный β -блокатор, например, Бисопролол.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 49 [K000222]

1. Бронхиальная астма, эндогенная форма, тяжёлое персистирующее течение, обострение. Хронический бронхит. Пневмосклероз. Осл. Астматический статус I ст. ОДН II ст. Экзогенный гиперкортицизм.

2. Диагноз «бронхиальная астма, эндогенная форма, тяжёлое персистирующее течение» выставляется на основании жалоб на частые приступы удушья, частый кашель, чувство стеснения в груди; данных анамнеза (предшествующий хронический бронхит, эффект от лечения ГКС и бронхолитиками, частые обострения БА, требующие госпитализации в стационар). При этом отсутствие аллергоанамнеза. У больного развилось тяжёлое осложнение БА – астматический статус I ст. (затянувшийся приступ БА, ортопноэ, тахипноэ, тахикардия, снижение сатурации крови кислородом, ослабленное дыхание в лёгких). SpO₂ - 85% указывает на ОДН II ст. Наличие ожирения, «кушингоидного лица», стрий на теле на фоне длительного приёма Преднизолонa per os свидетельствует об экзогенном гиперкортицизме. Ухудшение состояния больного связано скорее всего с полной отменой Преднизолонa и отсутствием базисной терапии.

3. Ингаляции кислорода – 4 л/мин. Ингаляции Беродуала через небулайзер (лучше на O₂) 3 раза за 1 час, после - 1 раз в час до стабилизации состояния. Кортикостероиды внутривенно (Преднизолон 60-120 мг или Гидрокортизон 200 мг). Суточная доза ГКС в\в в пересчёте на Преднизолон (Метипред) до 600-700 мг. Препараты 2 линии – Эуфиллин в\в капельно, адреналин п\к, в\в, Сульфат магния в\в.

4. Пульсоксиметрия для уточнения тяжести дыхательной недостаточности (проводится ежедневно). Общий анализ крови, мочи. Глюкоза крови, СРБ. Общий анализ мокроты, при возможности микробиологическое исследование мокроты. Спирография. Пикфлоуметрия. Рентгенография ОГК. ЭКГ.

5. За последние годы больной получал неправильную терапию: системные ГКС больным БА в качестве базисной терапии назначаться не должны. Больной вообще не получал препарата из основной группы базисной терапии – ингаляционные ГКС, а также пролонгированного бронхолитика. Наличие признаков экзогенного гиперкортицизма и объясняется длительным приёмом Преднизолона. Больному необходимо назначить ингаляционные ГКС + бронхолитики длительного действия (β_2 -агонисты), лучше фиксированные препараты (Симбикорт 160/4,5 по 2 вдоха 3 раза в день или Серетид 25/500 по 2 вдоха 2 раза в день). Учитывая тяжесть БА и наличие хронического бронхита к лечению добавить М-холинолитик длительного действия Тиотропия бромид (Спирива) 1 капсула (18 мкг) в сутки. При сохраняющейся одышке возможно добавить теофиллины (Теопек или Теотард). На фоне базисной терапии необходимо постепенное снижение дозы Преднизолона, по возможности до отмены или до минимальной дозы, при которой нет ухудшения состояния. Возможен пересмотр базисной терапии с учётом принципа ступенчатой терапии и состояния больного.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 50 [K000223]

1. Сахарный диабет 1 типа, декомпенсированный. Целевой уровень гликозилированного гемоглобина меньше 6,5%. Осложнения: диабетическая препролиферативная ретинопатия ОИ. Диабетическая полинейропатия сенсорная форма.

2. У больного сахарный диабет 1 типа (диабет манифестировал кетоацидозом в 15 лет, получает инсулинотерапию). Учитывая длительность заболевания (более 15 лет), жалобы на ухудшение зрения, боли, онемения и парестезии в нижних конечностях, данные осмотра врача-офтальмолога, врача-педиатра участкового у больного сформировались поздние осложнения сахарного диабета – препролиферативная ретинопатия, дистальная полинейропатия сенсорная форма.

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

4. Учитывая возраст больного 30 лет, ожидаемую продолжительность жизни, отсутствие 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 51 [K000224]

1. Диффузный токсический зоб 2 степени, манифестный тиреотоксикоз.

2. Диагноз «ДТЗ» установлен на основании данных анамнеза (больна около 3 месяцев, заболевание связывает со стрессовой ситуацией, отсутствие эффекта от приёма седативных препаратов), жалоб больной (постоянное сердцебиение, мышечную слабость, снижение массы тела на 3 кг за последние 6 месяцев при повышенном аппетите, одышка при ходьбе, плаксивость); объективных данных (тёплые, влажные кожные покровы, умеренно выраженный двусторонний экзофтальм). Положительные глазные симптомы, увеличение щитовидной железы до 2 ст., тахикардия - 118 ударов в минуту, высокое пульсовое давление (155\60 мм рт. ст.).

3. Пациентке рекомендовано определение уровня гормонов ТТГ, Т4 свободного, Т3 свободного для подтверждения синдрома тиреотоксикоза. УЗИ щитовидной железы для подтверждения наличия диффузного зоба, определения объёма щитовидной железы с целью определения тактики лечения. Определение антител к рецептору ТТГ с целью дифференциальной диагностики с другими аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы. ЭКГ. Учитывая анамнез (частые ангины), наличие субфебрилитета – общий анализ крови, определение С-реактивного белка.

4. Учитывая небольшие размеры щитовидной железы, впервые диагностированный ДТЗ, показана консервативная терапия тиреостатиками: Тиамазол в суточной дозе 30-40 мг, при достижении эутиреоидного состояния постепенный переход на поддерживающие дозы 5-15 мг\сутки или на режим «блокируй и замещай» (использование относительно высоких доз тиреостатиков совместно с тироксином). Лечение поддерживающими дозами продолжается от 1,5 до 2 лет, после чего препараты отменяют. Пациент находится под наблюдением, поскольку в 70% случаев возможно развитие рецидива. При лечении тиреостатиками контроль лейкоцитарной формулы периферической крови 1 раз в 7-10 дней, затем каждые 3-4 недели, так как возможно развитие агранулоцитоза. Совместно с тиреостатиками назначают бета-адреноблокаторы (Атенолол 50-100 мг\сутки, Анаприлин 80-120 мг\сутки), которые купируют тахикардию и вегетативную симптоматику, через 2-4 недели бета-адреноблокаторы медленно отменяют.

5. Эффективность лечения оценивают по клиническим и лабораторным показателям. Клинически отсутствуют симптомы тиреотоксикоза (нормализация пульса/АД, стабилизация веса, исчезновение расстройств нервной системы). Уровень Т3, Т4 в пределах нормы. Уровень ТТГ длительное время снижен. Его определение целесообразно спустя несколько месяцев после стойкой нормализации Т3, Т4.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 52 [K000225]

1. Основная причина тяжести состояния больной - выраженный анемический синдром. Подтверждают это жалобы на выраженную слабость, одышку и сердцебиение при незначительной физической нагрузке, при быстром вставании с постели – головокружение и шум в ушах; клиническая картина: вялость, тихие, медленные, односложные ответы на вопросы, выраженная бледность кожи и слизистых.

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

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

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

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 53 [K000226]

1. Для всех указанных заболеваний общим является нарушение миелопоэза в костном мозге: нормохромная анемия, ретикулоцитопения, тромбоцитопения, лейкопения с гранулоцитопенией. При апластической анемии и множественной миеломе в периферической крови не бывает никаких патологических форменных элементов. При остром лейкозе также может не быть бластов в периферической крови, когда в костном мозге ещё не сформировался большой клон бластных клеток и ещё не состоялся прорыв бластов в периферическую кровь.

2. На данном этапе лучше поставить синдромный диагноз «панцитопения неясной этиологии».

3. Больную необходимо направить на консультацию к врачу-гематологу. Больная нуждается в срочном выполнении стерильной пункции, так как нарушение кроветворения при названных заболеваниях всегда начинается с костного мозга, и самая ценная информация по заболеванию будет в миелограмме.

4. Да, диагностический поиск сократится. Выявлены большие изменения в белках крови - выраженное повышение общего белка крови, диспротеинемия. Наличие М-градиента в зоне гамма-глобулинов говорит об их моноклональности, что характерно для множественной миеломы, морфологическая сущность которой – злокачественные плазматические клетки, продуцирующие патологические иммуноглобулины (pIG). Морфологическое подтверждение множественной миеломы в миелограмме: более 10% плазматических клеток с возможными чертами их атипии. Необходимо выполнить рентгенографию костей черепа, рёбер, таза, позвоночника (для уточнения стадии заболевания – I, II, III). В общих анализах мочи возможно обнаружение белка (нефротический мочевой осадок), в биохимических анализах крови необходимо исследовать креатинин и мочевины. Это необходимо для уточнения степени поражения почек: А – без нарушения функции почек, Б – с нарушением функции почек.

5. Больная должна лечиться в гематологическом отделении.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 54 [K000227]

1. Синдром воспалительных изменений и септицемии (лихорадка, ознобы, острофазовые показатели), синдром интоксикации (слабость, повышенная потливость, снижение аппетита, похудание, артралгии, миалгии, анемия), синдром клапанных изменений (формирование аортальной недостаточности), синдром тромбоэмболических нарушений (пятна Дженуэя), синдром иммунных нарушений (гепатит, гломерулонефрит, спленомегалия, ревматоидный фактор), синдром сердечной недостаточности.

2. Основной диагноз - «первичный активный инфекционный эндокардит аортального клапана». Недостаточность аортального клапана, относительная недостаточность митрального клапана. Гепатит. Гломерулонефрит. Анемия умеренной степени тяжести. Осложнения: ХСН II А стадии, IV функциональный класс по NYHA. Большой диагностический критерий DUKE - ЭхоКГ-признаки внутрисердечного объёмного образования на клапане. Малые диагностические критерии DUKE: лихорадка >38°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 55 [K000228]

1. Дилатационная кардиомиопатия. Желудочковая экстрасистолия. Хроническая сердечная недостаточность II Б стадии ФК III.

2. Согласно анамнезу, диагноз «дилатационная кардиомиопатия» был выставлен больному 6 лет назад (при ЭХО-КГ имеется дилатация левого желудочка, гипокинезия стенок левого желудочка). В настоящее время тяжесть состояния обусловлена явлениями сердечной недостаточности, декомпенсации которой способствовали: вирусная инфекция, обильный приём жидкости и отмена лекарственных препаратов. Диагноз ХСН и её стадия выставлены на основании жалоб (одышка, удушье), объективных данных (цианоз, отёки нижних конечностей, хрипы в лёгких, протодиастолический ритм галопа), результатов ЭХО-КГ (низкая фракция выброса левого желудочка, дилатация левого желудочка).

3. Кроме общеклинических исследований (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови) необходимо провести рентгенологическое исследование органов грудной клетки для исключения пневмонии, инфильтративных заболеваний лёгких (у больного отмечалось повышение температуры тела, кашель) с целью выявления признаков кардиомегалии, признаков венозного застоя в лёгких, наличия выпота в плевральной полости; суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру с целью выявления нарушений ритма и проводимости сердца.

4. Основные группы препаратов для лечения этого больного: ингибиторы АПФ, селективные в-блокаторы, диуретики (Верошпирон, Гипотиазид, Фуросемид), сердечные гликозиды - Дигоксин (в связи с декомпенсацией, большими размерами сердца и низкой фракцией выброса левого желудочка), дезагреганты (для профилактики тромбоэмболических осложнений). Ингибитор АПФ фозиноприл должен быть оставлен больному в лечении, но дозу его нужно уменьшить в связи с низкими цифрами АД. В-блокатор Карведилол должен быть вновь назначен этому пациенту.

5. При неэффективности медикаментозной терапии прибегают к электрофизиологическим и хирургическим методам лечения: двухкамерная электростимуляция сердца с помощью имплантированного электрокардиостимулятора (улучшает внутрисердечную гемодинамику, повышает систолическую функцию желудочков, предупреждает развитие некоторых осложнений); трансплантация сердца. Показания для трансплантации сердца: быстрое прогрессирование ХСН и отсутствие эффекта от проводимой терапии; возникновение опасных нарушений ритма сердца; высокий риск тромбоэмболических осложнений.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 56 [K000229]

1. Экссудативный правосторонний плеврит туберкулёзной этиологии. МБТ (-). I A группа ДУ. ДН0-1.

2. Постепенное развитие заболевания - 1 месяц, жалобы на слабость, похудание, одышку, боли в грудной клетке, тяжесть в боку, объективно - сглаживание межрёберных промежутков, там же снижение голосового дрожания, притупление перкуторного звука, дыхание не проводится. В анализе крови – незначительный лейкоцитоз, нет п-я сдвига, лимфопения, умеренное ускорение СОЭ, в промывных водах бронхов нет патогенной флоры. Рентгенологически: справа ниже 5 ребра до диафрагмы определяется интенсивное гомогенное затемнение с чёткой косой верхней границей.

3. Пациенту рекомендовано: анализ плевральной жидкости для уточнения её характера – трансудат или экссудат (количество белка, удельный вес, проба Ривальта), клеточного состава (гнойный нейтрофильный или серозный лимфоцитарный); исследование на микрофлору и микобактерии; эвакуация плевральной жидкости; повторная аускультация лёгких и рентгенограмма ОГК (МСКТ) после эвакуации плевральной жидкости для уточнения наличия воспалительных изменений в лёгких.

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

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 57 [К000230]

1. Диссеминированный туберкулёз лёгких в фазе инфильтрации и распада, МБТ (-). I А группа ДУ. Спонтанный пневмоторакс справа. ДН1-2.

2. 3 года назад перенёс правосторонний сухой плеврит, постепенное развитие заболевания – 1,5-2 месяца, жалобы на слабость, повышенную утомляемость, потливость по ночам, кашель с небольшим количеством мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке, во время приступа кашля больной почувствовал острую боль в правой половине грудной клетки, усиление одышки, учащение сердцебиения; объективно справа сглаживание межрёберных промежутков, там же снижение голосового дрожания, тимпанит перкуторно, дыхание не проводится, слева – в верхних отделах укорочение лёгочного звука, в межлопаточной области перкуторный звук укорочен, выслушиваются единичные влажные хрипы. В анализе крови - незначительный лейкоцитоз, нет п-я сдвига, умеренное ускорение СОЭ, в мокроте нет КУМ. Справа лёгкое коллабировано на 1/5 гемиторакса за счёт прослойки воздуха. В лёгочной ткани в верхних и средних полях определяются очаговые тени разных размеров, малой и средней интенсивности, склонные к слиянию. В С1, С2 с обеих сторон – полости распада 1-2,5 см в диаметре.

3. Томография ОГК, посев мокроты на МБТ, МГМ. Исследования мокроты с определением чувствительности.

4. Двусторонняя полисегментарная деструктивная пневмония. Межрёберная невралгия. Инфаркт миокарда.

5. Госпитализация в хирургическое отделение (разрешение СП), консультация врача-фтизиатра, перевод в противотуберкулёзный стационар, лечение 4 противотуберкулёзными препаратами, патогенетическая терапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 58 [К000231]

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

2. Язвенная болезнь желудка в течение 7 лет, постепенное развитие заболевания – 1,5-2 месяца, жалобы на слабость, повышенную утомляемость, фебрилитет, кашель с небольшим количеством мокроты, одышку при физической нагрузке; боли в животе, жидкий стул; объективно состояние средней степени тяжести, пониженное питание, паравертебрально в верхних отделах укорочение лёгочного звука. В межлопаточной области выслушиваются единичные влажные хрипы. При пальпации некоторое напряжение мышц и болезненность в околопупочной области. В анализе крови - умеренный лейкоцитоз, п-я сдвиг, лимфопения, моноцитоз, умеренное ускорение СОЭ, в мокроте нет КУМ. С обеих сторон тотально, но гуще в верхних полях, определяются очаговые тени средней интенсивности, разных размеров, с нечёткими контурами, местами склонные к слиянию. На уровне 1-2 ребра в обоих лёгких – полости распада от 1,5 до 3 см в диаметре.

3. Томография ОГК. Посев мокроты на МБТ, МГМ. Исследования мокроты. ФГД. Санализ кала на МБТ. R-контрастное исследование кишечника, колоноскопия с биопсией.

4. Двусторонняя полисегментарная деструктивная пневмония. ЯБЖ. Неспецифический язвенный колит, болезнь Крона.

5. Консультация врача-фтизиатра, перевод в противотуберкулёзный стационар, лечение 4 противотуберкулёзными препаратами, патогенетическая терапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 59 [K000234]

1. Пневмония, туберкулёз лёгкого.

2. Инфильтративный туберкулёз верхней доли правого лёгкого в фазе распада и обсеменения МБТ 1А группа ДУ.

3. Диагноз поставлен на основании характерных клинических проявлений - наличие признаков туберкулёзной интоксикации и лёгочных симптомов; рентгенологических данных - характерной локализации в верхней доле с очагами обсеменения, характерных умеренных воспалительных сдвигах в общем анализе крови, высокой предрасположенности больных сахарным диабетом к развитию туберкулёза.

4. Туберкулёз протекает малосимптомно.

5. Лечение в стационаре по 1 режиму химиотерапии, поскольку пациент ранее не болел туберкулёзом с коррекцией после получения данных тестов лекарственной чувствительности МБТ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 60 [K000235]

1. Милиарный туберкулёз лёгких МБТ(-) 1А группа ДУ.

2. У пациента имеется так называемая «отрицательная анергия» как проявление сниженного иммунитета, в результате чего даже инфицированные люди не реагируют на введение туберкулина.

3. Острой пневмонией, в том числе – пневмоцистной этиологии.

4. Заболевание развилось остро и началось с высокой температуры, пневмоцистная пневмония начинается с одышки. Для пневмоцистной пневмонии характерен выраженный цианоз лица. На рентгенограмме при пневмоцистной пневмонии определяется не синдром диссеминации, как у данного больного, а симптом «матового стекла».

5. Лечение по 3 режиму химиотерапии (Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол) в стационарных условиях, поскольку пациент не является бактериовыделителем с дальнейшим присоединением антиретровирусной терапии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 61 [K000236]

1. Туберкулёзный спондилит Th11-12, L1, спондилитическая фаза, стадия разгара МБТ(-) 1А группа ДУ.

2. Остеомиелит позвоночника, опухоль позвоночника.

3. Консервативное лечение в сочетании с операцией некрэктомией с укреплением позвоночника аутотрансплантантом или металлоконструкцией.

4. 1А группа диспансерного учёта, поскольку заболевание у пациента выявлено впервые.

5. 1 режим химиотерапии: Изониазид в дозе 10 мг/кг, Этамбутол в дозе 25 мг/кг, Рифампицин в дозе 10 мг/кг, Пиразинамид в дозе 30 мг/кг.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 62 [K000237]

1. Несвоевременно, так как обнаружен распад лёгочной ткани и МБТ+

2. Нет, поскольку расценил очаги как остаточные изменения после перенесённого туберкулёза без уточнения анамнеза и дообследования пациента.

3. Полное обследование на туберкулёз, включающее ОАК, ОАМ, пробу Манту, томографию, исследование мокроты на МБТ методом бактериоскопии трёхкратно, анализ анамнеза и общего состояния пациента.

4. Инфильтративный туберкулёз верхней доли правого лёгкого в фазе распада и обсеменения МБТ(+) 1А группа ДУ.

5. Лечение в условиях стационара, поскольку пациент является бактериовыделителем и представляет эпидемиологическую опасность. Лечение по 1 режиму химиотерапии, с коррекцией лечения в дальнейшем по чувствительности (поскольку пациент впервые выявленный, ранее туберкулёзом не болел и не имеет риска лекарственной устойчивости).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 63 [K000239]

1. Милиарный туберкулёз лёгких в фазе инфильтрации, МБТ(-).

2. Диагноз «милиарный туберкулёз» ставится на основании жалоб больного, эпидемиологического анамнеза (контакт с больным туберкулёзом), данных физикального осмотра, данных общего анализа крови (лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ), рентгенологических изменений (мелкоочаговая диссеминация), отсутствия МБТ в мокроте, отрицательной реакции Манту, отсутствия эффекта от проводимой терапии антибиотиками широкого спектра действия.

3. Саркоидоз лёгких, силикоз, милиарный актиномикоз лёгких, гемосидероз, карциноматоз, гистиоцитоз Х, альвеолиты.

4. Микроскопия с окраской по Цилю-Нильсену, культуральный метод (посев на твёрдые и жидкие питательные среды), биологический метод, молекулярно-генетические методы (ПЦР, технология GeneXpert).

5. Длительная (около 12 месяцев) химиотерапия с применением не менее 4 препаратов основной группы (Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол или Стрептомицин) в сочетании с патогенетической и симптоматической терапией (кортикостероиды, дезинтоксикационная терапия, антиоксиданты, витамины).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 64 [K000240]

1. Инфильтративный туберкулёз верхней доли правого лёгкого в фазе распада, МБТ (-). Кровохарканье.

2. Диагноз «инфильтративный туберкулёз лёгких» ставится на основании отсутствия жалоб у больного; эпидемиологического анамнеза (контакт с больным туберкулёзом); рентгенологической картины (затемнение средней интенсивности без чётких контуров до 5 см) и положительного результата Диаскинтеста. Фаза распада ставится на основании того, что рентгенологически затемнение имеет неоднородность за счёт просветления в центре. МБТ (-) в диагнозе ставится на основании того, что МБТ в мокроте бактериоскопически с окраской по Цилю-Нильсену не выявлены. Кровохарканье ставится на основании того, что больной предъявляет жалобы на кашель с прожилками крови, и в анализе мокроты эритроциты покрывают всё поле зрения.

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

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

5. Химиотерапия в противотуберкулёзном стационаре с применением не менее 4 препаратов основной группы в интенсивную фазу (Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол или Стрептомицин) в сочетании с патогенетической терапией. Коллапсотерапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 65 [K000241]

1. Туберкулёзной экссудативный плеврит справа, МБТ(-).

2. Диагноз «экссудативный туберкулёзный плеврит» ставится на основании жалоб (боли в грудной клетке, лихорадка), физикального обследования, рентгенологической картины (субтотальное затемнение со смещением средостения в здоровую сторону), гистологической картины (гранулемы с казеозным некрозом, фуксинофильные палочки).

3. Парапневмонический плеврит, метастатический плеврит, травматический плеврит, плеврит при заболеваниях соединительной ткани, транссудат при сердечной недостаточности.

4. Больные с экссудативным плевритом на период лечения в стационарных и санаторных условиях признаются временно нетрудоспособными. По окончании курса интенсивной терапии вопросы трудоустройства больных, перенёвших экссудативный плеврит, как правило, решаются ВК противотуберкулёзных диспансеров. Лечение больных направлено на ликвидацию плеврита, профилактику туберкулёза лёгких и фиброторакса. Клинический и реабилитационный прогноз у больных экссудативным плевритом при успешно проведенном лечении, как правило, благоприятный.

5. Химиотерапия в противотуберкулёжном стационаре с применением не менее 4 препаратов основной группы в интенсивную фазу (изониазид, рифампицин, пиперазид, этамбутол или стрептомицин) в сочетании с патогенетической терапией (кортикостероиды коротким курсом).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 66 [K000242]

1. Туберкулёзной менингит, базилярная форма.

2. Глазодвигательный нерв (3 пара). Могут ещё поражаться отводящий нерв (6 пара), лицевой нерв (7 пара), кохлеарный нерв (8 пара), языкоглоточный нерв (9 пара), подъязычный (10 пара) и блуждающий (12 пара) нервы.

3. Повышенное давление, лимфоцитарный цитоз, понижение сахара и хлоридов, повышение белка, обнаружение МБТ. Возможно ещё выпадение нежной фибриновой плёнки при отстаивании ликвора в течение 12-24 часов, повышение окисляемости ликвора в 2-3 раза, положительные реакции Панди и Ноне-Аппельта.

4. Менингизм, серозные вирусные менингиты, гнойные менингиты, опухоли головного мозга, субарахноидальные кровоизлияния, абсцессы головного мозга.

5. Длительная химиотерапия (более 1 года) в противотуберкулёжном стационаре с применением не менее 4 препаратов основной группы в интенсивную фазу (Изониазид, Рифампицин, Пиперазид, Этамбутол или Стрептомицин) в сочетании с патогенетической терапией (кортикостероиды, дезинтоксикационная терапия и т. д.).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 67 [K000243]

1. Инфильтративный туберкулёз верхней доли правого лёгкого в фазе распада и обсеменения. МБТ(+). Кровохарканье. ДН-II ст.

2. Постепенно нарастающие симптомы интоксикации, характерные для туберкулёза, наличие кровохарканья. Туберкулёзный контакт. Процесс имеет пневмониеподобное течение, что встречается при обширных туберкулёзных инфильтратах. Типична для туберкулёза неоднородная инфильтрация с полостями распада с верхнедолевой локализацией, с очагами обсеменения в нижних отделах за счет бронхогенного обсеменения. Наличие кислотоустойчивых палочек в совокупности с клинико-рентгенологической картиной свидетельствует о выделении МБТ. Выделение крови в виде плевков в количестве 30-40 мл является кровохарканьем. Одышка в покое, акроцианоз – признаки дыхательной недостаточности II ст.

3. Компьютерная томография лёгких для точного определения размеров деструкции, объёма поражения, локализации очагов обсеменения. Посев мокроты (промывных вод бронхов) двукратно на МБТ на плотные и жидкие (Бактек) среды с определением лекарственной устойчивости (для выбора режима химиотерапии). ПЦР на ДНК МБТ в мокроте с определением лекарственной устойчивости для выбора режима химиотерапии. В связи с кровохарканьем определяют количество тромбоцитов, длительность кровотечения, коагулограмму. УЗИ органов брюшной полости и почек для исключения специфических и неспецифических заболеваний. Кожные пробы с Диаскинтестом и туберкулином для подтверждения этиологии и определения иммунной реактивности организма. Фибробронхоскопия для диагностики возможного туберкулёза бронхов. Анализ мочи для исключения туберкулёза почек и неспецифических заболеваний. Биохимическое исследование крови для определения функции печени, почек перед началом химиотерапии. Анализы на ВИЧ, гепатиты В и С обязательны для больных туберкулёзом.

4. Провести комплексное обследование контактных детей и учителей школы (производственные контакты), членов семьи больного (семейный контакт) в противотуберкулёзном диспансере с последующим наблюдением, химиопрофилактика контактных. Проведение дезинфекции по месту проживания и работы. Изоляция больного в туберкулёзный стационар. Санитарно-просветительная работа.

5. У больного кровохарканье. Назначают: ганглиоблокаторы для снижения давления в системе бронхиальных артерий и лёгочной артерии (5% раствор Пентамина или 0,1% раствор Арфонада или 2,5% раствор Бензогексония по 0,5-1,0 мл в/в капельно в растворе глюкозы). Дицинон 12,5% раствор в/в или в/м по 2-4 мл для повышения свёртываемости и снижения проницаемости сосудов. Контрикал (трасилол) 10-30 тыс. ед. в/в струйно для снижения фибринолитической активности и уровня протеаз крови. С этой же целью 5% раствор ε-аминокапроновой кислоты в/в капельно, затем per os.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 68 [K000245]

1. Туберкулёма верхней доли левого лёгкого в фазе инфильтрации. МБТ(-).

2. Положительные результаты иммунодиагностики указывают на то, что больная инфицирована МБТ. В пользу туберкулёза - наличие контакта по этому заболеванию при отсутствии профилактических заболеваний. Отсутствие ФЛГ в течение 3 лет способствует хронизации туберкулёзного процесса. Бессимптомное течение заболевания, не выраженные симптомы интоксикации, отсутствие физикальных изменений характерны для туберкулёма малого размера. Чёткие контуры округлого образования свидетельствуют о наличии капсулы вокруг специфического образования. Расположение в верхних отделах лёгких, субплеврально – типично для туберкулёма. МБТ не выявлены методом микроскопии, что характерно для туберкулёмы (отсутствие или скудное бактериовыделение). Анализы на ВИЧ, гепатиты В и С обязательны для больных туберкулёзом.

3. Компьютерная томография лёгких для уточнения размеров и структуры округлого образования, исключения деструкции, определения состояния окружающих тканей, наличия возможных очагов обсеменения. Посев мокроты (промывных вод бронхов) двукратно на МБТ на плотные и жидкие (Бактек) среды с определением лекарственной устойчивости (для выбора режима химиотерапии). ПЦР на ДНК МБТ в мокроте с определением лекарственной устойчивости. Фибробронхоскопия для диагностики возможного туберкулёза бронхов, взятия промывных вод бронхов для бактериологического и цитологического исследования. Анализ крови и мочи. Биохимическое исследование крови для определения функции печени, почек перед началом химиотерапии. При недостаточной информативности перечисленных методов – биопсия. Анализы на ВИЧ, гепатиты В и С обязательны для больных туберкулёзом. УЗИ органов брюшной полости и почек для исключения специфического и неспецифического процесса.

4. Больному назначается гигиено-диетический режим, химиотерапия, патогенетическая терапия, хирургическое лечение.

5. Клинический и реабилитационный прогноз у больных с туберкулёмой в большинстве случаев благоприятный. При стационарном клиническом течении и признаках активности для проведения курса химиотерапии срок временной нетрудоспособности составляет 4-6 месяцев. При прогрессирующем течении для комплексного лечения, включая хирургические методы, длительность временной нетрудоспособности может быть увеличена до 8-12 месяцев.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 69 [K000246]

1. Диссеминированный туберкулёз в фазе инфильтрации и распада. МБТ(+). ДН – II ст.

2. В пользу заболевания туберкулёзом - наличие туберкулёзного контакта с отцом (очаг смерти), что при отсутствии профилактических мероприятий обычно приводит к заболеванию контактных лиц. Типичным является интоксикационный синдром, который развивался подостро, в сочетании с усиливающимся в течение нескольких недель кашлем, отсутствие эффекта от неспецифической антибактериальной терапии. Данные о наличии очагов Гона на предыдущей флюорограмме говорят о перенесённом в детстве первичном туберкулёзе, эти очаги могут быть источником вторичного туберкулёза, особенно в сочетании с суперинфекцией. Данные иммунодиагностики свидетельствуют об инфицировании МБТ. Рентгенологически выявлена диссеминация, её характер: более крупные очаги в верхних отделах, их слияние с образованием инфильтративных фокусов типичны для подострого диссеминированного туберкулёза. Диагноз подтверждается наличием микобактерий, выявленных посевом (Бактек). Наличие микобактерий в мокроте и участков просветления в фокусных образованиях являются обоснованием фазы распада. Дыхательная недостаточность на основании одышки, акроцианоза.

3. Клинический анализ крови и общий анализ мочи: для определения выраженности интоксикационного синдрома, исключения туберкулёза почек и неспецифических заболеваний. Кровь на ВИЧ (обязателен для всех больных туберкулёзом), особенно при диссеминации. Анализы крови на ВИЧ, гепатиты В и С обязательны для больных туберкулёзом. Компьютерная томография лёгких для уточнения размеров и характера поражения, очагов деструкции, состояния внутригрудных лимфатических узлов. Больному выполнялся посев мокроты на МБТ (метод Бактек), но объём бактериологического обследования надо расширить: повторно микроскопия (массивность бактериовыделения), посев мокроты (промывных вод бронхов) двукратно на МБТ на плотные и жидкие (Бактек) среды с определением лекарственной устойчивости (для выбора режима химиотерапии) к остальным противотуберкулёзным препаратам, ПЦР на ДНК МБТ в мокроте с определением лекарственной устойчивости, типирование микобактерий. Фибробронхоскопия для диагностики возможного туберкулёза бронхов. УЗИ почек и органов брюшной полости для исключения внелёгочных локализаций, с этой же целью осмотр врачом-офтальмологом, так как при диссеминированном туберкулёзе лёгких чаще, чем при других формах, обнаруживают внелёгочные очаги. Биохимическое исследование крови для определения функции печени, почек, исключения сахарного диабета, оценки тяжести метаболических нарушений перед началом химиотерапии.

4. В детском возрасте пропущено инфицирование МБТ и заболевание первичным туберкулёзом, о чём свидетельствует наличие очагов Гона. Пациент курит с 13 лет - страдала санитарно-просветительная работа с подростком и социальная профилактика. При выявлении у отца тяжёлой формы туберкулёза, в последующем очага смерти, пациент не привлекался к обследованию и наблюдению в противотуберкулёзном диспансере по контакту, не проведены химиопрофилактика (превентивное лечение), своевременное выявление туберкулёза; отсутствовала текущая и заключительная дезинфекция в очаге. Не было социальной профилактики – коммунальная квартира не расселена. Отсутствует ФЛГ в 17 лет.

5. У больного имеется множественная лекарственная устойчивость – МЛУ МБТ, т.к. методом посева (Бактек) установлена устойчивость к двум основным противотуберкулёзным препаратам: Изониазиду и Рифампицину. Химиотерапия проводится по 4 стандартному режиму резервными противотуберкулёзными препаратами. Длительность лечения не менее 20 месяцев.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 70 [K000247]

1. Левосторонний экссудативный туберкулёзный плеврит.

2. В пользу экссудативного плеврита: боли в грудной клетке, одышка, резкое повышение температуры, отставание левой половины грудной клетки в дыхании. Укорочение перкуторного звука, ослабление дыхания, голосового дрожания являются симптомами наличия жидкости в плевральной полости. Рентгенологическая картина: гомогенное затенение в нижне-боковых отделах левого гемиторакса с косой границей (линия Демуазо) характерно для свободной жидкости в плевральной полости. В пользу туберкулёзной этиологии плеврита молодой возраст, постепенное развитие интоксикационного синдрома, гиперергические результаты пробы Манту и Диаскинтеста, туберкулёзный контакт в анамнезе.

3. УЗИ грудной клетки для уточнения количества и расположения жидкости, определения места пункции. Исследование плевральной жидкости: количество, цвет, характер, плотность, содержание белка, проба Ривальда, уровень лактатдегидрогеназы (ЛДГ), аденозиндезаминаза (АДА), клеточный состав – для определения характера экссудата, исключить трансудат. Микроскопия по Цилю-Нильсену и посев экссудата, мокроты (промывных вод бронхов) двукратно на МБТ на плотные и жидкие (Бактек), ПЦР МБТ – для определения этиологии заболевания, определения лекарственной чувствительности МБТ (для выбора режима химиотерапии) – не менее 2 раз, плевральная жидкость после каждой пункции. Компьютерная томография грудной клетки (после удаления экссудата) для выявления инфильтрации, очагов, увеличения внутригрудных лимфоузлов, которые могут быть проявлением туберкулёза и других заболеваний. Фибробронхоскопия для диагностики возможного туберкулёза бронхов. УЗИ почек и органов брюшной полости для исключения внелёгочных локализаций. При невозможности установить диагноз этими методами используют пункционную биопсию плевры; торакаскопию с биопсией плевры – в биоптате определяют наличие туберкулёзных гранул и МБТ (подтвердить туберкулёзную этиологию, исключить онкологию). Биохимическое исследование крови для определения функции печени, почек, исключения сахарного диабета, оценки тяжести метаболических нарушений перед началом химиотерапии. Кровь на ВИЧ, гепатиты В и С обязательно исследуется при туберкулёзе.

4. Плотность 1015 и выше, содержание белка 30 г/л и более; типичен серозный экссудат с преобладанием в клеточном составе лимфоцитов (> 50%), низкое содержание глюкозы (<3,33 ммоль/л), повышение аминазиндезаминазы – АДА (> 35 ед/л); положительна проба Ривольта, концентрация лактатдегидрогеназы (ЛДГ) повышена более 1,6 ммоль/(л×ч). Наличие МБТ (метод микроскопии, посева, ПЦР) – вероятность 5-15%.

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 71 [K000248]

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

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

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

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

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 72 [K000251]

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, Н. 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 Н.Pylori эрадикационная терапия (Амоксициллин + Кларитромицин). При подтверждении рака желудка – консультация врача-онколога.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 73 [K000252]

1. Неспецифический язвенный колит, средней степени тяжести.
2. Диагноз установлен на основании жалоб больного на жидкий стул с примесью крови 5-6 раз в сутки, повышение температуры тела до 37,5°C, слабость, головокружение, наличие суставного синдрома, осмотра, лабораторных данных (анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ).
3. Болезнь Крона, псевдомембранозный колит, опухоль толстой кишки.
4. Фиброколоноскопия с биопсией (исключить рак кишки, псевдомембранозный колит), ирригография.
5. Для назначения в данном случае лечения необходимо получить результаты фиброколоноскопии. В случае выявления признаков язвенного колита необходимо назначение системных глюкокортикоидов и препаратов 5 аминосалициловой кислоты.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 74 [K000254]

1. Синдром хронической сердечной недостаточности по большому и малому кругам кровообращения.
2. Хроническая ревматическая болезнь сердца: ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана. Фибрилляция предсердий, постоянная форма. ХСН II Б стадия, ФК IV.
3. Пациенту рекомендовано: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, Эхокардиография, рентгенография органов грудной клетки.
4. Ингибиторы АПФ, Дигоксин, бета-адреноблокаторы, диуретики.
5. Необходимо направить больную на консультацию к врачу-сердечно-сосудистому хирургу для обсуждения хирургической коррекции порока.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 75 [K000256]

1. Синдром артериальной гипертензии на основании повышения артериального давления до 170/110 мм рт. ст., признаков поражения органов-мишеней (гипертрофия левого желудочка на основании расширения границ относительной сердечной тупости влево).
2. Коарктация аорты.
3. Пациенту рекомендовано: общий анализ крови, СРБ, АСЛ-О, фибриноген, ЭКГ, ЭХО-КГ, аортография, ультразвуковое исследование почек.
4. Коарктацию аорты следует дифференцировать с аортальным стенозом, гипертонической болезнью и симптоматическими гипертензиями.

5. Лечение хирургическое, симптоматическая антигипертензивная терапия (ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина II, антагонисты кальциевых каналов).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 76 [K000257]

1. Синдром артериальной гипертензии, синдром цефалгии, синдром вегетативной дисфункции.

2. Феохромоцитома. Кризовая форма. Криз.

3. Пациентке рекомендовано: ОАК, сахар крови натощак, ЭКГ, УЗИ надпочечников, почек, грудного и брюшного отделов аорты, МСКТ почек и надпочечников, исследование мочи на количественное содержание норадреналина, адреналина, ванилилминдальной кислоты, проба с тропафеном.

4. Дифференциальная диагностика с гипертоническим кризом, симптоматическими артериальными гипертензиями.

5. Альфа-адреноблокаторы, при необходимости комбинация с бета-адреноблокаторами, антагонистами кальциевых каналов, ингибиторами АПФ. В плановом порядке - оперативное лечение (адреналэктомия).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 77 [K000288]

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с *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, гиперемированы, 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. Рекомендуется 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;

б) отказаться от курения; нормализовать и поддерживать массу тела в норме. Профилактическую терапию «по требованию» назначают при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни. Показано назначение Омепразола в полной суточной дозе (40 мг) в течение 2-3 дней, а затем в половинной дозе (20 мг) в течение двух недель.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 78 [K000304]

1. Отсутствие чувствительности возбудителя хронического пиелонефрита к Ципрофлоксацину. Железа сульфат уменьшает всасывание Ципрофлоксацина, тем самым снижая его биодоступность.

2. Анализ мочи по Нечипоренко, бактериологический анализ мочи.

3. Железа сульфат уменьшает всасывание Ципрофлоксацина, тем самым снижая его биодоступность.

4. Приостановить лечение препаратами железа на время лечения антибактериальным препаратом.

5. До момента нормализации уровня гемоглобина, с последующим приёмом в течение 1 месяца.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 79 [K000305]

1. Возможные причины: нефротоксическое действие Диклофенака, присоединение инфекции мочевыводящих путей, первичное поражение почек (гломерулонефрит).

2. Анализ мочи по Нечипоренко, бактериологический анализ мочи, ультразвуковое исследование почек.

3. Отменить приём Диклофенака.

4. Гастротоксическое действие, увеличение кардиоваскулярных рисков, гепатотоксическое действие.

5. Антагонисты кальциевых каналов длительного действия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 80 [K000307]

1. Наиболее частой причиной инфекции мочевых путей является кишечная палочка. Поэтому по международным и российским рекомендациям для стартовой терапии необходимы Цефалоспорины III поколения, к которым высокочувствительны энтеробактерии, в том числе кишечная палочка. Пациентке необходимо назначить Цефтриаксон по 2,0 г в/в 1 раз в сутки.

2. Рекомендации доказательной медицины требуют назначения Карбапенемов.

3. Меропенем несколько лучше, чем Имипенем действует на Gr (-) палочки, поэтому рекомендуется Меропенем по 500 мг 3 раза в сутки.

4. Необходим препарат активный в отношении кишечной палочки, не относящийся к β- лактамным антибиотикам – Эсотигецилин по 100 мг в/в 1 раз в сутки.

5. 2-3 недели.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 81 [K000308]

1. Глюкокортикостероиды – Преднизолон в дозе 1 мг/кг в сутки.

2. 7 таблеток утром, 4 таблетки в обед, 2 таблетки вечером. Для контроля безопасности необходимы: контроль АД, контроль гликемии, денситометрия, фиброгастроскопия, определение уровней Na, K, Ca.

3. Поскольку наиболее вероятной причиной ухудшения течения гипертонической болезни с эпизодами сердечной астмы является гиперволемия и застой в малом круге кровообращения, необходимо добавить к фармакотерапии Гипотиазид в начальной дозе 12,5 мг утром.

4. Необходимы: Алендроновая кислота по 20 мг 1 раз в сутки внутрь (Бифосфонат); Кальцитриол по 0,25 мкг 2 раза в сутки внутрь (активный метаболит витамин Д).

5. Для профилактики необходим ингибитор протонного насоса – Омепразол по 20 мг 2 раза в сутки.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 82 [K000309]

1. Причиной ухудшения дыхательной функции является бронхоспастическое действие Метопролола, β- адреноблокатора.

2. Альтернативным препаратом является блокатор кальциевых каналов Верапамил, обладающий отрицательным хронотропным, инотропным эффектами и, как следствие, антиангинальным действием при отсутствии бронхоспастического эффекта.

3. В данной ситуации Верапамил может усугубить скрытую сердечную недостаточность. Поэтому необходим эхокардиографический контроль. При уменьшении фракции выброса меньше 40-45% Верапамил необходимо отменить.

4. Вместо Метопролола, индекс селективности которого 1:20, необходимо назначить Бисопролол с индексом селективности 1:75, в связи с чем Бисопролол редко ухудшает бронхиальную проводимость.

5. β-адреноблокаторы показаны при хронической сердечной недостаточности. Бисопролол в данной ситуации не только обладает антиишемическим действием, но и улучшает диастолическую функцию и опосредованно – систолическую функцию миокарда.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 83 [K000310]

1. Ванкомицин, по 1,0 в/в 2 раза в сутки.

2. Вероятная причина – повышение МПК ванкомицина MRSA. Если МПК более 1,5 мкг/мл, то необходимы альтернативные антибиотики.

3. Даптомицин, Цефтаролин, Линезолид.

4. При хроническом остеомиелите курс лечения длительный – 3 месяца и более, поэтому надо рекомендовать ступенчатую терапию, начать с бактерицидного, относительно малотоксичного антибиотика с переходом на внутреннее применение антибиотика.

5. Так как нарушена тактика антибиотикотерапии, не выдержан курс лечения 3-4 месяца, то необходимо продолжить антибиотикотерапию: после Цефтаролина в/в перейти на Линесолид по 0,6 г внутрь 2 раза в течение 8-10 недель.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 84 [K000311]

1. Нифедипин назначен необоснованно, так как дигидропиридины короткого действия исключены из постоянного лечения артериальной гипертензии (вызывает рефлекторную активацию симпатической нервной системы). За счёт этого действия он не только не показан при АГ, но и противопоказан при ИБС и фибрилляции предсердий. Изосорбитадинитрат является препаратом 2 ряда при ИБС, может ухудшить гемодинамику при ХСН, а Верапамил подавляет почечную экскрецию дигоксина.

2. Это β- адреноблокаторы: Бисопролол, Метопролол, Карведиол.

3. При фибрилляции предсердий возможно образование тромба в предсердии и усугубление гемодинамики при ХСН, необходимы антикоагулянты. Возможно ухудшение гемодинамики из-за высокой частоты желудочковых сокращений (85 ударов в минуту).

4. Одним из рекомендованных антикоагулянтов при фибрилляции предсердий является варфарин в стартовой дозе 2,5 мг 1 раз в день. Первое определение МНО необходимо через 36 часов после первой дозы, затем каждые 3 дня. Целевой уровень МНО– 2-3.

5. Гипохолестериновая диета и назначение статинов – Симвастатин, Аторвастатин, Розувастатин в стартовой дозе 10 мг.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 85 [K000314]

1. Синдром артериальной гипертензии; синдром нарушения сердечного ритма и проводимости.

2. Гипертоническая болезнь 2 стадии. Артериальная гипертензия 3 степени. Степень риска 4. Наджелудочковая экстрасистолия. Гипертонический криз гиперкинетического типа. Н 1 стадии, 2 ф. кл.

3. Диагноз «артериальная гипертония» (АГ) установлен на основании жалоб больного на нестабильность АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 5 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (гипертрофия миокарда левого желудочка). Степень риска ССО поставлена на основании наличия поражения органов-мишеней (гипертрофия миокарда левого желудочка) и высоких цифр артериальной гипертензии 180/100 мм рт. ст. Диагноз гиперкинетического криза выставлен в связи с его быстрым развитием, гиперемией кожных покровов, тахикардией.

4. Лечение: для купирования криза гипертонического с учётом наджелудочковых нарушений ритма: Пропранолол 20 мг сублингвально, при неэффективности - Клонидин (Клофелин) 0,15 мг сублингвально или Каптоприл 25 мг сублингвально. Согласно рекомендациям ВНОК (2010 г.) для купирования гипертонических кризов можно использовать Каптоприл, Пропранолол, Клонидин и т. д. У пациента отмечаются частые наджелудочковые экстрасистолы, поэтому лучше начать с Пропранолола (Анаприлина) сублингвально, так как Пропранолол обладает ещё и антиаритмическим действием, при недостаточном снижении АД дополнительно можно дать таблетку Каптоприла, при неэффективности – дополнительно сублингвально таблетку Моксонидина (Физиотенза) 0,4 мг или Клонидина (Клофелина) 0,15 мг 1 т. Недостаток: Клонидин - учётный препарата списка Б (сильнодействующие средства), подлежит особому списанию.

5. Как один из вариантов лечения: Эналаприл 20 мг 2 раза в сутки, Индапамид 2,5 мг утром, Метопролол 25 мг 2 раза в сутки. Учитывая гиперкинетический вариант гемодинамики у данного больного, в обязательном порядке при отсутствии противопоказаний должны присутствовать В-адреноблокаторы. ИАПФ могут назначаться при любом варианте гемодинамики. При недостаточном эффекте при любом варианте гемодинамики можно подключить диуретики, лучше тиазидоподобные (Индапамид).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 86 [K000317]

1. Иксодовый клещевой боррелиоз, подострое течение, эритемная форма, с преимущественным поражением суставов.

2. Диагноз «иксодовый клещевой боррелиоз» установлен на основании жалоб больной на появление участков покраснения в области передней поверхности левого бедра; эпиданамнеза – возникновение эритемы через 12 дней после присасывания в этой области клеща; объективных данных: выявление типичной кольцевидной мигрирующей эритемы (КМЭ) – участка гиперемии кольцевидной формы 25 см в диаметре с интенсивно красными и поднимающимися над непоражённой кожей краями, с более бледным центром, безболезненной, без местного повышения температуры (патогномичный симптом). При наличии КМЭ выставляется эритемная форма заболевания. На основании клиники можно говорить о подостром течении инфекции, так как у больной через три месяца КМЭ появилась на коже правого плеча. Место не связано с укусом клеща, что говорит о гематогенной диссеминации возбудителя. Учитывая наличие жалоб на боли в левом тазобедренном суставе и отсутствие поражений других органов, можно говорить о преимущественном поражении суставов.

3. При проведении диагностики большое значение имеет выяснение эпидемиологического анамнеза (посещение лесных массивов, парковых зон, факт укуса клещей) и ранних клинических проявлений (наличие кольцевой мигрирующей эритемы – патогномоничный синдром, возможно гриппоподобного синдрома). В зависимости от стадии клещевого боррелиоза для выявления возбудителя в биологических средах (сыворотке крови, синовиальной жидкости, ликворе, биоптатах кожи) используются микроскопия, для выявления РНК возбудителя проводится ПЦР-исследование, для определения специфических антител – серологические реакции (ИФА или РИФ). У данного пациента предпочтительным является определение антител в крови (антитела появляются через 3-6 недель от начала заболевания), в синовиальной жидкости. С целью оценки тяжести органоспецифических поражений может выполняться рентгенография суставов, диагностическая пункция суставов, ЭКГ, ЭЭГ.

4. При наличии у пациентов с эритемой признаков поражения суставов и других органов показаны Пенициллин или Цефалоспорины II и III поколения с внутримышечным или внутривенным введением препаратов. Назначать препараты тетрациклинового ряда и полусинтетические пенициллины нецелесообразно, так как у некоторых больных после проведённого курса этими антибиотиками возникают рецидивы, поздние осложнения, а болезнь приобретает латентное или хроническое течение. Препаратом выбора является Цефтриаксон, который назначается 1 раз в день в суточной дозе 2,0 г на протяжении 14-20 дней.

5. С целью предупреждения инфицирования клещевым боррелиозом при посещении лесов, лугов необходимо надевать защитную одежду, использовать репелленты, после прогулки внимательно осмотреть кожные покровы на предмет возможного внедрения кровососущего насекомого. При обнаружении клеща его необходимо удалить самостоятельно либо обратиться в ближайший травмпункт. Извлечённый клещ должен быть доставлен в санитарно-эпидемиологическую лабораторию для проведения экспресс-теста на боррелии методом темнопольной микроскопии, ПЦР. При выявлении боррелий в присосавшемся клеще показана экстренная химиопрофилактика (не позже 5 дня с момента присасывания). Возможно использование следующих препаратов: Доксициклин – 0,1 г 1 раз в день (5-10 дней), Бициллин-3 – 1,2 млн ЕД в/м однократно, Ретарпен – 2,4 млн ЕД в/м однократно, Амоксиклав – 0,375 г 3 раза в день детям и 0,625 г 3 раза в сутки взрослым (5 дней), Цефиксим (Супракс) – 0,4 г 1 раз в сутки в 6 дней. Детям до 12 лет назначается по 8 мг/(кг/сут) в 1 или 2 приёма на протяжении 6 дней, Сумамед по схеме: 1,0 г в один приём внутрь в первый день и по 0,5 г 1 раз в сутки в последующие 4 дня. Необходимо контрольное клиничко-лабораторное обследование пациента через 1-3 месяца после проведённого курса для исключения инфицирования боррелиозом.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 87 [K000318]

1. Основной - «корь, типичная форма средней тяжести, период угасания сыпи (пигментации)». Осложнение - «вторичный (поздний) круп (ларингит), стеноз гортани I степени».

2. Диагноз «корь, типичная форма средней тяжести, период угасания сыпи (пигментации)» выставлен на основании жалоб (сыпь по всему телу); анамнеза заболевания – типичная клиническая картина, включающая симптомы интоксикации (лихорадка, вялость, сонливость), катаральные проявления со стороны верхних дыхательных путей (насморк, кашель) в сочетании с конъюнктивитом и этапным развитием типичной сыпи (ярко-розовая пятнисто-папулезная); эпидемиологического анамнеза: пребывание в неблагополучном по кори региону и появление клиники в сроки инкубационного периода; объективных данных: наличие на коже рук и ног крупно-пятнистой сыпи в стадии пигментации. Диагноз осложнения «вторичный (поздний) круп (ларингит), стеноз гортани I степени» выставлен на основании появления на 10 день болезни (период пигментации) жалоб больной на осиплость голоса, грубый «лающий» кашель, затруднённое шумное дыхание.

3. В сроки 1-3 день с момента появления высыпаний проводится ПЦР обследование (моча, носоглоточные смывы); серологическое обследование на корь проводится не ранее 4-5 дня с момента появления сыпи (1 сыворотка) и не ранее, чем через 10-14 дней от даты взятия первой пробы (2 сыворотка). Выявление в сыворотки крови больного (лиц с подозрением на заболевание) специфических антител, относящихся к иммуноглобулинам класса М, методом иммуноферментного анализа (ИФА) является основанием для установления (подтверждения) диагноза «корь».

4. Этиотропная терапия не разработана. Могут применяться препараты Интерферона (Интерферон альфа - Лейкинферон для инъекций сухой), Иммуноглобулин человеческий (3 мл) и индукторы интерферона.

5. Специфическая профилактика кори осуществляется по национальному календарю прививок – в 12 месяцев и ревакцинация в возрасте 6 лет. Кроме того, вакцину применяют для экстренной профилактики кори – контактными лицам из очагов заболевания, не болевшим, не привитым и не имеющим сведений о профилактических прививках. Используется также иммуноглобулин человеческий нормальный.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 88 [K000320]

1. Грипп, типичное течение, средней степени тяжести, период разгара.

2. Диагноз «грипп» выставлен на основании жалоб больного на сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, общую слабость, отсутствие аппетита, частый сухой кашель, заложенность носа и незначительные выделения из носа, чувство першения и царапанье за грудиной; анамнеза развития заболевания: острое начало болезни с симптомов интоксикации (озноба, повышения температуры тела до 39,5°C, головной боли в области лба и глазных яблок) с последующим присоединением катарального синдрома (сухой кашель, заложенность носа, чувство першения за грудиной); эпидемиологического анамнеза – наличие подобных симптомов у лиц, с которыми пациент находился в близком контакте за два дня до болезни, и учитывая сезонность (январь); данных объективного осмотра – лицо одутловатое, несколько гиперемировано; носовое дыхание затруднено; в зеве разлитая яркая гиперемия задней стенки глотки и её зернистость, отмечаются единичные кровоизлияния на слизистой мягкого нёба; в лёгких - жёсткое дыхание, единичные сухие хрипы; пульс - 102 удара в минуту, ритмичный, АД – 115 и 80 мм рт. ст., тоны сердца приглушены.

Среднетяжелая форма гриппа выставлена на основании повышения температуры тела до 39,5°C, ярко выраженных явлений интоксикации (озноб, головная боль, общая слабость, суставные и мышечные боли) и поражения дыхательной системы (сухой болезненный кашель, заложенность носа, чувство першения и царапанья за грудиной).

3. Для экспресс-диагностики гриппа используется метод ПЦР (с целью выявления РНК вирусов в мазках из носоглотки, крови), иммунохроматографический экспресс-тест для качественного определения антигенов вируса гриппа в носоглоточных образцах. При невозможности проведения ПЦР применяют серологические методы (РСК, РНГА) – определение нарастания титра антител при исследовании парных сывороток, взятых в разгар заболевания и через 7-14 дней.

4. Для лечения гриппа в первую очередь рекомендуются средства этиотропного действия, оказывающие прямое ингибирующее действие на вирусную репродукцию. К данным препаратам относятся селективные ингибиторы вирусной нейраминидазы - Осельтамивир и Занамивир, ингибиторы репродукции вирусов гриппа: Умифеновир (Арбидол), Ингавирин.

Рекомендуется назначение одного из препаратов: Осельтамивир по 75 мг два раза в день в течение 5 дней или Умифеновир по 200 мг 4 раза в сутки в течение 5 дней, или Ингавирин 90 мг/сутки однократно 5 дней. Возможно их сочетание с препаратами Интерферона и индукторами интерфероногенеза: Анаферон, Эргоферон – перорально; или Гриппферон, Вифероновая мазь – интраназально, Виферон – ректально.

5. Вакцинации против гриппа в первую очередь подлежат лица, относящиеся к категории высокого риска заболевания гриппом и неблагоприятных осложнений при заболевании, к которым относятся:

- лица старше 60 лет;

- лица, страдающие заболеваниями эндокринной системы (диабет), нарушениями обмена веществ, болезнями системы кровообращения, хроническими заболеваниями дыхательной системы, хроническими заболеваниями печени и почек;

- беременные;

- лица, часто болеющие острыми респираторными вирусными заболеваниями;

- дети старше 6 месяцев, дети, посещающие дошкольные образовательные организации и (или) находящиеся в организациях с постоянным пребыванием (детские дома, дома ребёнка);

- школьники;

- медицинские работники;

- работники сферы обслуживания, транспорта, учебных заведений;

- воинские контингенты.

К современным вакцинам относят сплит-вакцины (расщеплённые), содержащие частицы разрушенного вируса - поверхностные и внутренние белки, и субъединичные вакцины, содержащие поверхностные гликопротеины (гемагглютинин и нейраминидазу) и максимально очищенные от балластных белков.

Сплит - вакцины: Бегривак, Ваксигрип, Флюарикс, Ультрикс.

Субъединичные вакцины: Инфлювак, Агриппал, Инфлексал, Гриппол, Гриппол плюс, Совигрипп.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 89 [К000321]

1. Вирусный гепатит А, желтушная форма, средней степени тяжести, период разгара.

2. Диагноз «вирусный гепатит А» (ВГА) установлен на основании жалоб больного на плохой аппетит, ноющие боли в правом подреберье, потемнение мочи, желтушную окраску кожи и склер; данных анамнеза болезни (циклическое течение заболевания – наличие преджелтушного периода в течение 6 дней, затем появление желтухи); эпидемиологического анамнеза (проживает в студенческом общежитии, питается в столовой); объективного осмотра (желтушность кожи и склер, гепатоспленомегалия, моча тёмного цвета, кал ахоличен).

Форма течения ВГА установлена на основании наличия желтухи.

Установление степени тяжести ВГА основано на уровне билирубина (билирубин общий – 160 ммоль/л, прямой – 102 ммоль/л, непрямой – 58 ммоль/л) и протромбинового индекса – 60%.

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

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

С целью дезинтоксикации назначают 500 мл 5% раствора Глюкозы внутривенно капельно, Пиридоксин 600 мг внутривенно капельно на 500 мл 0,9% раствора Натрия хлорида в течение 5 дней, затем Пиридоксин по 0,5 2 раза в день общим курсом до 21 дня.

С метаболической целью вводят 10 мл 2% раствора Рибоксина на 400 мл 5% раствора Глюкозы.

Поливитаминовые препараты - Аевит по 1 капсуле 3 раза в день после еды, Аскорутин 0,1 3 раза в день.

5. Неспецифическая профилактика ВГА включает санитарно-гигиенические мероприятия, обеспечение населения доброкачественной питьевой водой и продуктами питания.

Вакцинация против ВГА проводится по эпидемическим показаниям. Прививкам подлежат:

- дети с трёх лет, проживающие на территориях с высоким уровнем заболеваемости ВГА;
- медицинские работники, воспитатели и персонал детских дошкольных учреждений;
- работники сферы общественного питания;
- рабочие, обслуживающие водопроводные и канализационные сооружения;
- лица, выезжающие в гиперэндемичные по ВГА регионы и страны, а также контактные в очагах ВГА.

Вакцинация против ВГА показана также пациентам с хроническими заболеваниями печени, воинским коллективам в полевых условиях.

Лица, контактировавшие с больными ВГА, должны находиться под наблюдением в течение 35 дней с момента последнего контакта (термометрия, опрос, определение размеров печени и селезёнки, осмотр кожи и слизистых оболочек и т. д.). При наличии у контактных лиц лихорадки, диспепсических явлений, потемнения мочи и т. д. проводят лабораторные исследования с определением активности АлТ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 90 [K000323]

1. Менингококковая инфекция, менингококкемия, гнойный менингит, тяжёлое течение, разгар заболевания.

2. Диагноз подтверждается наличием следующих синдромов:

- интоксикационный синдром (высокая лихорадка, головная боль, рвота, дезориентация в пространстве и во времени);

- менингеальный синдром – признаки гнойного менингита (головная боль «пульсирующего» характера, тошнота, рвота, фотофобия, гиперacusия); положительный симптом Кернига и ригидность затылочных мышц; ликворологические данные (повышение цитоза до 15400 кл в мл, нейтрофильный характер клеточного состава, указывающий на гнойный характер воспаления (99% нейтрофилов), и повышение содержания белка в спинномозговой жидкости);

- менингококкемия (выраженная интоксикация и геморрагическая сыпь на коже в виде звездчатых элементов сине-фиолетового цвета и петехий).

3. Пациенту рекомендовано: ликворограмма, соответствующая гнойному менингиту. Бактериологическое исследование: посев крови, ликвора, слизи из носоглотки на среды для выделения менингококка. Серологическое исследование – метод РНГА в парных сыворотках.

4. Этиотропная терапия: пенициллин в высоких дозах (40-60 млн. ЕД в сутки) в/в и в/м, в случае развития инфекционно-токсического шока лечение начинают с Левомецетина сукцината в суточной дозе 6,0 г. Патогенетическая терапия: дезинтоксикационная терапия с форсированным диурезом кристаллоидными растворами (5% раствор Глюкозы, раствор Рингера, другие солевые растворы), а также коллоидными растворами (Реополиглюкин, Реамберин, Желатиноль, Декстран), одноклассная плазма, 5% Альбумин. Глюкокортикостероиды. Осмодиуретики.

5. Продолжение диспансерного наблюдения до 2 лет у врача-невропатолога по месту жительства. Назначение общеукрепляющей и витаминотерапии. Повторение бак. посева из ротоглотки и носа через 3 месяца. Рекомендовать избегать переохлаждения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 91 [K000324]

1. Грипп, средней тяжести, период разгара.

2. Диагноз подтверждается наличием следующих синдромов: острым началом заболевания, признаками фарингита и трахеита, лихорадкой, синдром интоксикации.

3. Экспресс-диагностика: метод иммунофлюоресценции (в мазках-отпечатках в слизистой носовой полости). Серологические методы: РСК, РТГА с эритроцитарным диагностикумом в парных сыворотках (до 5-го дня болезни и после 12-го дня).

4. Режим постельный в течение лихорадочного периода. Стол 15. Обильное питьё. Этиотропная терапия: в первые 3 дня болезни целесообразно применять Ремантадин, Арбидол. Показано использование противогриппозного и нормального человеческого иммуноглобулина по 3-6 мл внутримышечно однократно. Антибактериальная терапия оправдана только при наличии бактериальных осложнений. Патогенетическая и симптоматическая терапия: при гиперпирексии показаны жаропонижающие средства, Антигриппин, Аскорбиновая кислота, препараты кальция, десенсибилизирующие средства. Для уменьшения отделяемого из носа – капли Нафтизина, Галазолина. Щелочные ингаляции. Противокашлевые средства. В более поздний период (присоединение эксудативного компонента) целесообразны отхаркивающие средства.

5. Рекомендовать избегать переохлаждений. Закаливание организма.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 92 [K000325]

1. Острая дизентерия, колитический вариант, средней тяжести, период разгара.

2. Колитический синдром – боли приступообразного характера в нижней части живота, больше слева, в области сигмовидной кишки; ложные позывы к дефекации; пальпация болезненной, спазмированной сигмовидной кишки. Для колита характерен скудный кашицеобразный стул с патологическими примесями слизи и крови. Косвенно диагноз подтверждается эпидемиологическими данными. Форме средней тяжести дизентерии соответствует умеренно выраженный синдром интоксикации и выраженный колитический синдром – гемоколит с частым стулом.

3. При подозрении на острую кишечную инфекцию проводят обязательное бактериологическое обследование - посев испражнений больного на патогенную флору (посев кала на дизентерийную и сальмонеллезную (тифо-паратифозную) группы возбудителей, условно-патогенную флору). Верификация диагноза «дизентерия» осуществляется выделением культуры шигелл из испражнений. С 5 дня болезни и повторно, через неделю или две, необходимо провести серодиагностику - РНГА с эритроцитарным дизентерийным диагностикумом. Нарастание титра антител в динамике заболевания от 1:200 и выше подтверждает диагноз дизентерии. При наличии в копроцитограмме слизи, лейкоцитов, эритроцитов, подтверждается колитический синдром. Ректороманоскопия позволяет увидеть гиперемированную, с усиленным сосудистым рисунком слизистую, часто видны эрозии, язвы, иногда фибринные наложения.

4. Режим охранительный. Диета №4 (по Певзнеру). Этиотропная терапия: Ципрофлоксацин 0,5 г 2 раза в день, 5-7 дней. Патогенетическая терапия: обильное питьё, дезинтоксикационные растворы - растворы Рингера, солевые растворы «Ацесоль», «Трисоль», «Лактосоль» внутривенно капельно - по показаниям. Энтеросорбенты: полифепан, энтеросорб. Витаминотерапия - Декамевит, Глутамевит и др. Биологические бактериальные препараты: Колибактерин (сухой, жидкий, в таблетках, капсулах), Лактобактерин, Бифидум-бактерин, Бактисубтил и др. Эубиотические препараты лучше назначать после отмены антибактериальной терапии через 24-48 часов на срок 2-4 недели.

5. Рекомендовать соблюдение правил личной гигиены и гигиены питания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 93 [K000337]

1. Аденовирусная инфекция, фарингоконъюнктивальная лихорадка, среднетяжёлое течение.

Диагноз установлен на основании жалоб на лихорадку 40°C, умеренную головную боль, боли в глазных яблоках, светобоязнь, слезотечение, жжение в глазах, сильный насморк, боли в горле при глотании; данных объективного осмотра: лихорадку 40°C, носовое дыхание затруднено, обильные серозно-слизистые выделения из носовых ходов, конъюнктивы обоих глаз резко гиперемированы, умеренная гиперемия дужек, язычка, миндалин и умеренная гиперемия и зернистость задней стенки глотки, пальпируются мягкие, безболезненные подчелюстные, шейные и подмышечные лимфатические узлы.

2. Дифференциальную диагностику проводят с ОРВИ другой этиологии, дифтерией ротоглотки, дифтерией глаза, ангиной, инфекционным мононуклеозом.

3. Методы экспресс-диагностики представлены РИФ, ПЦР, ИФА. Также применяют серологические методы: РТГА и РСК.

4. Лечение симптоматическое (жаропонижающие, витаминные препараты, десенсибилизирующая терапия). При конъюнктивите - 30 Сульфацил-натрия.

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

Посылка экстренного извещения в ГЦСЭН.

В очаге проводят текущую дезинфекцию, больных - изолируют.

Детей разобщают в коллективах не менее 10 дней.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 94 [K000341]

1. Острый гепатит А, желтушный вариант, среднетяжёлая форма.

Диагноз установлен на основании жалоб на лихорадку, слабость, ломоту в теле, головную боль, на 5 день болезни температура снизилась, но появилась тёмная моча, на 6 день - желтушность кожи и склер; данных эпидемиологического анамнеза: одновременно заболело ещё несколько учащихся; данных осмотра: улучшение самочувствия с появлением желтухи, иктеричность кожных покровов и видимых слизистых, язык покрыт густым, белым налётом; живот мягкий, чувствительный в области правого подреберья, печень увеличена на 3 см, плотно-эластичной консистенции, чувствительная, селезёнка не прощупывается; моча цвета пива, кал ахоличен.

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

3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, б/х крови (общий билирубин, свободный и связанный билирубин, тимоловая проба, АЛТ, ПТИ, альбумин, α -фетопротеин, антинуклеарный фактор). Исследование сыворотки крови методом ИФА для выявления маркера острого вирусного гепатита А - анти-HAV IgM.

4. Больной подлежит госпитализации в стационар.

Назначают постельный режим. Диета стол № 5 (по Певзнеру).

Объём жидкости (щелочные минеральные воды, чай, соки, кисели) составляет 2 – 3 л/сут.

Для дезинтоксикационной терапии - глюкозо-солевые растворы.

Витаминотерапия (витамины групп В и С).

В период ранней реконвалесценции применяют Метилурацил, гепатопротекторы.

По показаниям в фазе угасания желтухи (восстановления оттока желчи) используют желчегонные препараты.

5. Направление в инфекционную больницу.

Извещение в ГЦСЭН.

Контактные лица подлежат наблюдению и биохимическому обследованию на протяжении 35 дней после изоляции больного.

В очагах проводится дезинфекция хлорсодержащими препаратами, вещи больных подвергаются камерной дезинфекции.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 95 [K000345]

1. Эритематозная рожа лица, средней степени тяжести, первичная.

Диагноз установлен на основании жалоб на высокую температуру, озноб, слабость, головную боль, тошноту, мышечные боли, припухлость и чувство жжения в области правой щеки; данных осмотра: в области правой щеки имеется разлитая гиперемия кожи с неправильными контурами, на месте гиперемии имеется отёк ткани, умеренно выраженная болезненность при пальпации очага.

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

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

Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимия крови.

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

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 96 [K000351]

1. Вторично-хронический бруцеллёз, обострение. Пояснично-крестцовый радикулит.

2. Диагноз установлен на основании данных эпидемиологического анамнеза (работник мясокомбината) и анамнеза заболевания (болен более года, а вначале заболевания был острый период с симптомами лихорадки и, вероятно, с миалгиями и артралгиями, что позволило ошибочно заподозрить грипп) и с учётом данных настоящего времени: симптомы пояснично-крестцового радикулита (имеется симптом Лассега), наличия фиброзитов в поясничной области и гепатолиенального синдрома.

3. Необходимо назначить анализы крови на реакции Райта и Хеддельсона и провести кожно-аллергическую пробу Бюрне. Дополнительно назначить рентгенографию позвоночника для выявления возможных поражений тел позвонков и межпозвонковых дисков.

4. После стихания обострения (больной должен получить терапию антибиотиками, противовоспалительными средствами, физиотерапию) через 6 месяцев пациента можно направить на санаторно-курортное лечение. Показаны грязевые и бальнеологические курорты для лечения больных с патологией опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы.

5. Лечение остро-септической формы бруцеллёза проводится назначением длительных курсов антибиотикотерапии (не менее 4-6 недель). Препараты выбора - фторхинолоны, аминогликозиды, тетрациклины.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 97 [K000354]

1. Брюшной тиф, средней степени тяжести.

2. Фебрильная лихорадка, синдром интоксикации (головная боль, адинамия, слабость, бессонница), симптомы поражения ЖКТ (снижение аппетита, метеоризм, запор, характерный налёт на языке), со стороны сердечно-сосудистой системы – относительная брадикардия, глухость тонов, гипотония; гепатолиенальный синдром (увеличение печени и селезёнки) позволяют заподозрить брюшной тиф.

3. Пациенту рекомендовано:

- клинический анализ крови: у больных брюшным тифом изменения гемограммы характеризуются лейкопенией, анэозинофилией, относительным лимфоцитозом и умеренным повышением СОЭ;

- бактериологическая диагностика: гемокультура, копрокультура, уринокультура – с целью выделения культуры возбудителя;

- экспресс-диагностика: реакция ко-агглютинации, реакция латекс-агглютинации, ИФА, РИФ – выявление брюшнотифозного О-Аг в испражнениях или сыворотке крови;

- серологическая диагностика: РНГА в парных сыворотках на 2-4 неделе болезни – подтверждение диагноза при диагностическом титре 1:40 и выше с ростом титра в 4 раза и более в динамике.

4. Фторхинолоны или цефалоспорины 3 поколения в настоящее время считаются антибиотиками выбора с учётом чувствительности возбудителя в современных условиях.

5. Перфорация тонкой кишки; кишечное кровотечение, инфекционно-токсический шок.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 98 [К000356]

1. Острый шигеллёз (клинически), колитический вариант, тяжёлой степени тяжести.

2. Острое начало, выраженная интоксикация, фебрильная лихорадка, синдром дистального колита: стул без счёта с потерей калового характера, спазмированная сигмовидная кишка, тенезмы, «ректальный плевок» - слизь и кровь в стуле - позволяют заподозрить дизентерию.

3.клинический анализ крови: у больных дизентерией изменения гемограммы характеризуются лейкоцитозом с палочкоядерным сдвигом и повышением СОЭ; бактериологическое исследование кала с целью выделения культуры возбудителя; экспресс-диагностика: реакция ко-агглютинации, реакция латекс-агглютинации, ИФА, РСК – выявление Ag шигелл в испражнениях, моче; серологическая диагностика: РНГА, РА в парных сыворотках на 2-4 неделе болезни – подтверждение диагноза при диагностическом титре 1:200 и выше.

4.Фторхинолоны или цефалоспорины 3 поколения в настоящее время считаются антибиотиками выбора с учётом чувствительности возбудителя в современных условиях. Коллоидные растворы для внутривенного введения с целью дезинтоксикации. Пробиотики для профилактики дисбактериоза.

5. Медицинское наблюдение в течение 7 дней за всеми контактными лицами (термометрия, опрос, осмотр). Однократное бактериологическое обследование матери; при положительном результате - отстранение от работы. Однократное бактериологическое обследование племянницы; допуск в ДДУ, при положительном результате - изоляция.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 99 [К000358]

1. Острый вирусный гепатит А, желтушная форма, средней тяжести.

2. Молодой возраст, острое начало по гриппоподобному варианту, преджелтушный период в течение 7 дней с фебрильной лихорадкой и умеренной интоксикацией, клинические синдромы желтушного периода: желтуха, умеренные брадикардия и гипотония, гепатолиенальный и холестатический синдром наряду с данными эпиданамнеза о возможном контакте с больными желтухой позволяют поставить предварительный диагноз «острый вирусный гепатит А».

3. Синдром желтухи: желтушность кожи и слизистых, билирубинурия, ахолия кала как проявления экскреторно-билиарного синдрома. Холестатический синдром: кожный зуд как проявления холацидемического синдрома. Гепатолиенальный синдром: гепатомегалия как проявление мезенхимально-воспалительного синдрома.

4. Синдром желтухи как проявления экскреторно-билиарного синдрома. Холестатический синдром как проявление холацидемического синдрома. Гепатолиенальный синдром как проявление мезенхимально-воспалительного синдрома.

5. Клинический анализ крови (лейкопения, относительный лимфоцитоз и замедление СОЭ). Биохимический анализ крови: уровень общего и прямого (связанного) билирубина - гипербилирубинемия за счет связанной фракции; АлАТ, АсАТ - гиперферментемия; ЩФ, ГГТП - повышение показателей при холестазах; протеинограмма - гипоальбуминемия. Анализ крови на маркеры вирусных гепатитов: ГА-anti-HAV-IgМиГВ - HbsAg ГС - anti-HCV.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 100 [К000361]

1. Ботулизм лёгкой степени тяжести.
2. Острое начало заболевания, короткий инкубационный период (10 часов), отсутствие лихорадки, офтальмоплегический синдром - снижение остроты зрения на оба глаза, диплопия, птоз, мидриаз и данные эпидемиологического анамнеза - употребление продукта домашней консервации и одновременное заболевание 3 членов одной семьи свидетельствуют в пользу ботулизма.
3. Клинический анализ крови; биологическая проба: обнаружение и идентификация ботулотоксина в крови и выделениях больного, а также в продуктах питания путём заражения лабораторных животных исследуемым материалом с введением последним антитоксической сыворотки. Определение токсина основано на реакции нейтрализации.
4. Поливалентная противоботулиническая сыворотка с целью нейтрализации свободно циркулирующего ботулотоксина однократно в/в. Зондовое промывание желудка, высокая очистительная клизма. Режим форсированного диуреза. 4. Антибиотикотерапия: Левомецетин, Цефалоспорины, Фторхинолоны для профилактики развития вегетативных форм возбудителя, учитывая токсико-инфекционную природу заболевания.
5. Госпитализация больного во всех случаях, даже при подозрении на ботулизм.

Изъятие и лабораторное исследование на наличие ботулотоксина подозрительных продуктов.

Медицинское наблюдение за лицами, употреблявшими подозрительные продукты в течение 10 суток, включающее введение поливалентной противоботулинической сыворотки.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 101 [K000362]

1. Острый кишечный амёбиаз, средней степени тяжести.
2. Пребывание в эндемичной местности, отсутствие интоксикации, синдром колита (болезненность по ходу толстой кишки, болезненность и инфильтрация сигмовидной кишки) стул калового характера с примесью слизи и крови позволяют заподозрить кишечный амёбиаз.
3. Гемограмма: анемия, лейкоцитоз, эозифилия, моноцитоз и лимфоцитоз, ускоренное СОЭ.

Паразитологическое исследование: мазки кала *ex tempore* на наличие простейших - у больных кишечным амёбиазом выявляются трофозоиты *Entamoeba histolytica*.

4. Метронидазол (Трихопол, Тинидазол): с целью эрадикации инвазивных форм дизентерийных амёб. Этофамид: с целью эрадикации просветных форм дизентерийных амёб.

5. Кишечное кровотечение.

Перфорация стенки кишки.

Абсцессы печени и других органов.

Кишечная непроходимость.

Амебома.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 102 [K000380]

1. На основании жалоб больного, эпидемиологического анамнеза (за 2 недели до заболевания был в лесу и удалял клеща), данных клинического обследования (округлое ярко-розовое образование в области спины без каких-либо субъективных ощущений, умеренно выраженный синдром интоксикации), можно поставить диагноз «острая боррелиозная инфекция, эритематозная форма, период разгара, лёгкое течение».

2. Возбудитель - боррелия, грамотрицательная анаэробная бактерия. Имеет нестабильную и вариабельную структуру, что позволяет ей длительно персистировать в организме. Резервуар и переносчик инфекции - иксодовые клещи. Сезонность заболевания - весенне-летняя. Механизм передачи - трансмиссивный. От человека к человеку заболевание не передаётся.

3. Дифференциальная диагностика клещевого боррелиоза в зависимости от формы заболевания проводится с клещевым энцефалитом, серозными менингитами и менингоэнцефалитами с ревматоидным артритом, полирадикулоневритами, дерматологическими заболеваниями (токсикодермия, укусы насекомых) и др.

4. Для этиотропной терапии используются: тетрациклины, пенициллины, цефалоспорины. Дозировки и продолжительность лечения определяются стадией заболевания. В данном случае показано назначение Доксициклина по 0,1 г 2 раза в первые сутки, затем 0,1 раз в сутки 10-14 дней. При осложнении заболевания артритами, невритами, миокардитом - назначается патогенетическое лечение.

5. Специфической профилактики при клещевом боррелиозе нет. Неспецифическая профилактика - использование репеллентов и защитной одежды. Экстренная профилактика проводится в случае присасывания заражённого боррелиями клеща. Используют Доксициклин по 0,1 г один раз в сутки в течение 5 дней. Можно использовать Амоксиклав в течении 5 дней, Азитромицин 3 дня, Экстенциллин, Бензатинбензилпенициллин - однократно в/м.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 103 [K000391]

1. Сахарный диабет 2 тип, впервые выявленный. Диабетическая нефропатия, стадия микроальбуминурии. ХБП С2, А1. Экзогенно-конституциональное ожирение I степени (ИМТ=30,5 кг/м²). Гипертоническая болезнь II стадии. Артериальная гипертензия 1 степени, риск 3. Целевой уровень НвА1с<6,5%.

2. Диагноз сахарного диабета 2 типа установлен на основании жалоб больного на жажду, сухость во рту, полидипсию, полиурию, кожный зуд; данных анамнеза: постепенное развитие заболевания, дебют в возрасте старше 40 лет, наличие ожирения, отягощённый наследственный анамнез по сахарному диабету, рождение крупного плода (более 4 кг) в анамнезе; в пользу СД 2 типа умеренная выраженность симптомов, отсутствие признаков кетоза; установление целевых уровней гликемического контроля основано на том, что ожидаемая продолжительность жизни пациента более 15 лет, диагноз выставлен впервые, отсутствуют тяжёлые макрососудистые осложнения сахарного диабета, низкий риск гипогликемий.

3. Пациенту рекомендовано: суточный гликемический профиль с исследованием гликемии натощак, постпрандиальной гликемии - через 2 часа после приёма пищи. ЭХО-КГ (наличие гипертрофии левого желудочка, размеры полостей, фракция выброса). Осмотр врачом-офтальмологом - глазное дно (наличие ретинопатии, стадия ретинопатии). Осмотр врачом-неврологом (наличие полинейропатии, энцефалопатии).

4. Лечебная тактика при уровне гликированного гемоглобина 7,5% включает: изменение образа жизни (питание, физические нагрузки), медикаментозная терапия: Метформин 1000 мг 2 раза в день, при непереносимости Метформина можно рассмотреть назначение препаратов сульфонилмочевины (кроме Глибенкламида), ингибиторов ДПП-4, инкретины.

5. При снижении уровня гликированного гемоглобина показано назначение комбинации 2 препаратов: бигуаниды в сочетании с препаратами сульфанилмочевины (или другими препаратами, кроме нерациональных сочетаний). В данном случае Метформин не противопоказан (СКФ > 50).

Провести беседу о диете, необходимости физических нагрузок, постепенного снижения массы тела до ИМТ 21,5-25,0.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 104 [K000398]

1. Диффузный токсический зоб. Тиреотоксикоз тяжёлое течение. Эндокринная офтальмопатия.

2. Женский пол. Возраст. Наличие у пациентки диффузного токсического зоба. Ощущение песка в глазах, двоения, слезотечение, светобоязнь. При осмотре отмечается двусторонний экзофтальм (больше справа), инъектированность склер.

3. Консультация врача-офтальмолога, глазное дно, периметрия, глазное давление, офтальмометрия.

4. Преднизолон перорально и инъекционно, Дексаметазон в виде капель в глаза, Фонофорез на глазные яблоки с дексаметазоном, лувентис, оперативное лечение, рентгеновское лечение.

5. В отношении эндокринной офтальмопатии легкой и средней степени тяжести при своевременной диагностике и лечении – благоприятный, при тяжёлой форме – неблагоприятный.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 105 [K000404]

1. Острая надпочечниковая недостаточность.

2. У пациентки в анамнезе – хроническая надпочечниковая недостаточность, но на фоне присоединения инфекции данное заболевание требует повышения дозировки заместительной терапии, чего пациентка не сделала. На острую надпочечниковую недостаточность (ОНН) указывает выраженная артериальная гипотензия, тахикардия. Предшествующее состоянию нарастание слабости, тошнота, рвота указывают на усугубление электролитных нарушений, характерных для декомпенсации надпочечниковой недостаточности.

3. В первую очередь пациентке необходимо определить уровень натрия и калия плазмы. Целесообразно также выполнить ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, электрокардиографию. Ожидается выраженная гипонатриемия, гиперкалиемия, гипогликемия. В ОАК возможно повышение гематокрита, подтверждающее обезвоживание и снижение объема циркулирующей крови, лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг, говорящие о развитии инфекции. В биохимическом анализе крови возможна гипогликемия вследствие угнетения глюконеогенеза в печени, а также умеренное повышение креатинина, говорящее о снижении скорости клубочковой фильтрации на фоне снижения ОЦК. На ЭКГ возможны проявления гипокалиемии. Также для подтверждения диагноза целесообразно определение активности ренина плазмы (ожидается значительное повышение от нормальных значений), АКТГ крови (ожидается значительное повышение от нормальных значений).

4. Лечение ОНН базируется на следующих основных принципах:

- массивная заместительная терапия кортикостероидами;
- регидратация и коррекция электролитных расстройств;
- лечение заболевания, вызвавшего декомпенсацию.

При ОНН предпочтение отдается препаратам гидрокортизона (Гидрокортизон гемисукцинат можно вводить внутривенно и внутримышечно. Суспензия Гидрокортизона ацетата вводится только внутримышечно). Начинают с назначения 100-150 мг Гидрокортизона гемисукцината внутривенно струйно. Такое же количество препарата растворяют в 500 мг изотонического раствора хлорида натрия и 5% раствора глюкозы и вводят внутривенно капельно в течение 3-4 часов со скоростью 40-100 капель в минуту. Одновременно с внутривенным введением водорастворимого гидрокортизона производят внутримышечное введение Гидрокортизона по 50-75 мг каждые 4-6 часов. Доза зависит от тяжести состояния и результатов повышения АД, нормализации электролитных нарушений. В течение первых суток общая доза гидрокортизона составляет 400-600 мг, реже 800-1000, иногда и больше. Внутривенное введение Гидрокортизона продолжают до выведения из коллапса и повышения АД выше 100 мм рт. ст. и продолжают внутримышечное его введение 4-6 раз в сутки в дозе 50-75 мг с постепенным уменьшением дозы до 25-50 мг и увеличением интервалов введения 2-4 раза в сутки в течение 5-7 дней. Затем больных переводят на пероральное лечение Преднизолоном 10-20 мг в сутки (Кортефом 30-40 мг в сутки), сочетая с назначением Кортинефа 0,1-0,2 мг в сутки или кортизона ацетата 25-50 мг в сутки. Наряду с введением глюкокортикоидов проводят борьбу с обезвоживаем и явлениями шока. Изотонический раствор хлорида натрия переливается в объеме 2-3 л в сутки. Из-за опасности гипогликемии переливают не менее 1 л 5-10% раствора глюкозы. Переливание калийсодержащих растворов категорически противопоказано. Этиотропное лечение, направленное на устранение причины ОНН (антибактериальная терапия).

5. Ведущими профилактическими мероприятиями по предотвращению развития ОНН являются: мотивация пациентки на регулярный и постоянный приём препаратов кортикостероидов, ни при каких обстоятельствах отмена препаратов невозможна. При сопутствующих инфекционных заболеваниях, постоянном повышении физической активности, стрессовых ситуациях дозировки препаратов глюкокортикостероидов и минералокортикостероидов должны быть увеличены в 1,5-2 раза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 106 [K000405]

1. Сахарный диабет 2 типа. Индивидуальный целевой уровень гликозилированного гемоглобина менее 6,5%. Ожирение 2 степени, абдоминальная форма. Артериальная гипертензия II стадии, 2 степени, риск ССО 4.

2. Индивидуальный целевой уровень гликозилированного гемоглобина у данного пациента менее 6,5% определен на основании достаточно молодого возраста пациента (48 лет), высокой ожидаемой продолжительности жизни, отсутствия тяжёлых макрососудистых осложнений сахарного диабета по данным анамнеза. Целевые параметры гликемии у данного пациента: глюкоза до еды – не выше 6,5 ммоль/л, через 2 часа после приёмов пищи – не выше 8,0 ммоль/л.

3. Объем дополнительного обследования данного пациента согласно стандарту оказания медицинской помощи при СД 2 типа должен включать: ОАК, ОАМ, определение микроальбуминурии при отсутствии белка в ОАМ, липидограмму, ЭКГ, рентгенографию лёгких, осмотр стоп с определением тактильной, температурной, вибрационной чувствительности и определением рефлексов, офтальмоскопию (осмотр врачом-офтальмологом), осмотр врачом-неврологом при выявлении клинических проявлений нейропатии.

4. Лечение данного пациента должно включать: немедикаментозные методы лечения – изменение образа жизни (изменение питания, увеличение физической активности); медикаментозную терапию (гипогликемизирующую, гипотензивную, гиполипидемическую при наличии дислипидемии).

Немедикаментозная терапия направлена на снижение массы тела: в рационе питания необходимо постепенно уменьшить калорийность суточного рациона до 1700-1800 ккал в сутки, исключив при этом легкоусваиваемые углеводы, максимально ограничить жиродержащие продукты (особенно животный жир), уменьшить примерно наполовину объем сложных углеводов, без ограничений могут употребляться в пищу богатые водой и клетчаткой овощи; Оптимальной физической нагрузкой для пациента будет являться ходьба 30-60 минут ежедневно, но не менее 3 раз в неделю; целесообразно обучение пациента в школе сахарного диабета.

Медикаментозная терапия: гипогликемизирующая: Метформин 500 мг 2 раза в сутки с постепенным увеличением дозировки до 850-1000 мг 2 раза в сутки под контролем гликемии; гипотензивная: в основе терапии должны использоваться ингибиторы АПФ или блокаторы ангиотензиновых рецепторов, целевые параметры АД 120-140/70-85 мм рт.ст.; гиполипидемическая: целевые параметры липидного обмена у пациента – общий холестерин менее 4,5 ммоль/л, ЛПНП менее 2,5 ммоль/л, триглицериды – менее 1,7 ммоль/л. При превышении этих показателей должны быть назначены статины.

5. Для оценки эффективности гипогликемизирующей терапии при динамическом наблюдении пациента должен определяться уровень гликозилированного гемоглобина 1 раз в 3-4 месяца. Кроме того, пациент должен проводить самоконтроль глюкозы крови не менее 1 раза в сутки в разное время (до еды или через 2 часа после еды) и один гликемический профиль в неделю.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 107 [K000406]

1. Диффузный токсический зоб 2 степени, манифестный тиреотоксикоз, декомпенсация.

2. Для подтверждения диагноза диффузного токсического зоба необходимо определение антител к рецептору тиреотропного гормона. Повышение титра данных антител достаточно специфично для диффузного токсического зоба и подтверждает аутоиммунный генез заболевания.

3. У пациентки имеются жалобы, характерные для тиреотоксикоза: снижение массы тела на 10 кг в течение 3 последних месяцев, учащенное сердцебиение как в покое, так и при физической нагрузке, ощущение дрожи в теле, раздражительность, нарушения сна, слабость. При осмотре клинические проявления тиреотоксикоза также ярко выражены: тремор, тахикардия, повышение систолического АД, увеличение щитовидной железы. ДТЗ является основной причиной тиреотоксикоза, кроме того, у пациентки имеются глазные симптомы тиреотоксикоза, которые наблюдаются при ДТЗ. Диагноз «Тиреотоксикоза» подтверждается повышением свободного тироксина в крови и снижением ТТГ, что характерно для тиреотоксикоза тирогенного происхождения.

4. Пациентке показано назначение тиреостатиков: Тиамазол в суточной дозировке 30-40 мг в 2 приёма до достижения состояния эутиреоза, после чего дозировка Тиамазола должна постепенно уменьшаться (на 5-10 мг раз в 2-3 недели) под контролем уровня тироксина крови до достижения поддерживающей дозировки 5-10 мг в сутки. Поддерживающую дозировку необходимо принимать в течение 1,5-2 лет. В качестве симптоматической терапии могут быть применены бета-адреноблокаторы под контролем ЧСС и АД.

5. В процессе лечения необходимо контролировать уровень свободного тироксина крови. Контроль ТТГ целесообразен через 1-2 месяца от начала терапии (эффект запаздывания ТТГ). Не реже 1 раза в месяц необходимо контролировать ОАК, особое внимание обращается на уровень лейкоцитов и гранулоцитов, так как тиреостатики могут вызывать лейкопению и агранулоцитоз (при развитии данного осложнения терапии тиреостатики немедленно отменяются). Контроль АЛТ, АСТ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 108 [K000427]

1. Диффузно – токсический зоб II степени, тиреотоксикоз средней степени тяжести. Эндокринная офтальмопатия I стадия.

2. Диагноз «диффузно-токсический зоб» (ДТЗ) установлен на основании жалоб больного: на слабость, снижение работоспособности, нервозность, раздражительность, потливость, похудание, повышение аппетита, плохая переносимость тепла, тремор, сердцебиение; установление степени ДТЗ основано на пальпации щитовидной железы. Степень тяжести тиреотоксикоза на основании развернутой клинической картины заболевания. Стадия офтальмопатии установлена на основании припухлости век, ощущения «песка в глазах», слезотечения.

3. Для оценки функции щитовидной железы исследование трийодтиронина свободного (св.Т3), свободного тироксина (св. Т4), тиреотропного гормона (ТТГ); для диагностики ДТЗ антител к рецепторам тиреотропного гормона (АТ к рТТГ), антител к тиреоидной пероксидазе (АТ-ТПО), антител к тиреоглобулину (АТ-ТГ). УЗИ щитовидной железы для уточнения размеров, эхогенности ткани и её васкуляризации. Консультация врача-офтальмолога, УЗИ диагностика орбит. УЗИ диагностика орбит – определение размеров ретробульбарного пространства, плотности ретробульбарной клетчатки и толщины экстраокулярных мышц. Клинический анализ крови (уровень лейкоцитов крови).

4. Тиреостатические препараты: Тиамазол (препарат выбора) в стартовой дозе 30-60 мг/сут 1 раз в день или Пропилтиоурацил в дозе 400-600 мг/сут каждые 6-8 часов. Поскольку эффект тиреостатической терапии проявляется спустя 7-10 дней после назначения, то в качестве симптоматической терапии для купирования тиреотоксикоза применяют бета-блокаторы (например, Пропранолол в дозе 40-120 мг/сут).

5. Нет не показано. Назначение глюкокортикоидов при ДТЗ показано только при развитии тиреогенной надпочечниковой недостаточности, а также при лейкопенических реакциях на тиреостатики.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 109 [K000428]

1. Аутоиммунным тиреоидит. Гипотиреоз, средней тяжести (манифестный), декомпенсированный.

2. Диагноз «первичный гипотиреоз» установлен на основании жалоб больного: быструю утомляемость, снижение памяти, сонливость, зябкость, запор, увеличение веса, снижение слуха, осиплость голоса. Степень тяжести гипотиреоза на основании развёрнутой клинической картины заболевания. Увеличение щитовидной железы, повышение уровня анти-ТПО, свидетельствующие об аутоиммунном процессе - аутоиммунном тиреоидите.

3. Пациенту рекомендовано проведение УЗИ щитовидной железы для уточнения размеров, эхогенности ткани и её васкуляризации, сцинтиграфия щитовидной железы.

4. Заместительная терапия гормонами щитовидной железы (L-тироксин). У больных моложе 55 лет, не имеющих сердечно-сосудистых заболеваний, назначают L-тироксин в дозе 1,6-1,8 мкг/кг массы тела. Лечение начинают с полной дозы ЛС. Ориентировочная начальная доза для мужчин – 100 мкг/сут.

5. Необходимо увеличить дозу L-тироксина на 25 мкг.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 110 [K000429]

1. Сахарный диабет тип 2, целевое значение HbA1c < 7,0%. Ожирение 2 степени. Гиперлипидемия (метаболический синдром).

2. Повторное определение гликемии в последующие дни, пероральный глюкозотолерантный тест, определение HbA1c.

3. У больной имеется ожирение 2 степени и исходный уровень HbA1c = 7,1%. Рекомендовано изменение образа жизни: диета, физическая активность. Монотерапия: метформин, 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 111 [K000430]

1. Сахарный диабет тип 2. Целевое значение HbA1c < 7,0%. Диабетическая непролиферативная ретинопатия на правом глазу. Диабетическая нефропатия. Хроническая болезнь почек II стадия (C2), альбуминурия 2 стадия (A2). Артериальная гипертензия II стадии, 2 степени, риск ССО 4. Гиперлипидемия.

2. Диагноз «сахарный диабет» (СД) установлен на основании жалоб больного: сухость, жажду, полиурию, ухудшение зрения. Данных анамнеза (пациент болен более 2 лет); в лабораторных анализах гипергликемия. Стадия ретинопатии установлена в результате осмотра врачом-офтальмологом. Диагноз «хроническая болезнь почек» определен по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) на протяжении 3 месяцев (анамнестические данные) и снижение СКФ. Установление степени артериальной гипертензии основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражений органов – мишеней (почек, сердца). Степень риска ССО поставлена на основании наличия у больного сахарного диабета. Гиперлипидемия установлена на основании повышения холестерина, ТГ и снижения ЛПВП.

3. Определение уровня гемоглобина для исключения анемии, HbA1c; УЗИ почек для оценки поражения; проведение ЭКГ; ЭХОКГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; мониторинг АД для оценки стабильного повышения АД,

4. Препараты сульфаниламиды: гликлазид МВ (диабетон МВ) обладает нефро- и кардиопротекцией.

5. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ХБП II – III стадии. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы АПФ обладает Рамиприл, из группы антагонистов рецепторов II – Лозартан.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 112 [K000431]

1. Сахарный диабет 1 тип. Целевой уровень HbA1c < 6,5%. Гипогликемические состояния.

2. Диагноз «сахарный диабет 1 типа» поставлен на основании молодого возраста пациента. Больной находится на интенсифицированной инсулинотерапии (сут. доза 32-46 ЕД). Целевой уровень < 6,5%, так как молодой возраст, нет тяжёлых макрососудистых осложнений.

3. Основная причина - избыток инсулина в организме по отношению к поступлению углеводов с пищей (нарушился режим питания), а также при ускоренной утилизации углеводов (мышечная работа).

4. Гликированный гемоглобин важен для контроля лечения сахарного диабета, он отражает уровень глюкозы, имевшую место на протяжении периода жизни эритроцитов (до 90 суток). Уровень гликированного гемоглобина является показателем компенсации углеводного обмена на протяжении этого периода.

5. Нормализация режима питания, усилить самоконтроль. Для купирования гипогликемий принять пищу, содержащую углеводы в количестве 1–2 ХЕ (10-20 г глюкозы). Такое количество содержится, например, в 200 мл сладкого фруктового сока или 2 кусочка сахара.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 113 [K000432]

1. Диффузный токсический зоб I 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, радиойодтерапия.

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 114 [K000434]

1. На основании вышеуказанных жалоб, анамнеза и лабораторных сдвигов установлен диагноз «центральный несахарный диабет».

2. В основе центрального несахарного диабета лежит дефицит антидиуретического гормона (АДГ, аргинин-вазопрессин). Это нарушение связано со снижением почечной реабсорбции воды, выделением большого количества мочи с низким удельным весом, как следствие уменьшается количество воды в организме, компенсаторно потребляется большое количество жидкости.

3. Необходимо проведение клинического анализа мочи, а также определение концентрации калия, кальция, глюкозы, мочевины и креатинина в биохимическом анализе крови для исключения воспалительных заболеваний почек и наиболее частых электролитно-метаболических причин возникновения других форм несахарного диабета; МРТ головного мозга для диагностики причин центрального несахарного диабета.

4. При подтвержденном несахарном диабете необходимо установить свободный (в соответствии с потребностью/жаждой) питьевой режим. Без адекватного восполнения выделяемой жидкости при практически не снижающемся обильном диурезе дегидратация становится выраженной. Это приводит к слабости, психическим нарушениям, усиливается головная боль, тахикардия, снижается артериальное давление, наступает сгущение крови, снижается фильтрационная способность почек, может развиваться коллапс.

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 115 [K000435]

1. Синдром гипотиреоза (первичный гипотиреоз).

2. При отсутствии в анамнезе указаний на оперативное вмешательство на щитовидной железе или облучение шеи, наиболее вероятной причиной развития гипотиреоза следует считать хронический аутоиммунный тиреоидит.

3. С целью уточнения причины и тяжести гипотиреоза необходимо определить уровень св. Т4, антител к тиреопероксидазе, антител к тиреоглобулину, выполнить УЗИ щитовидной железы.

4. Назначение препаратов L-тироксина в дозе 1,6-1,8 мкг/кг/сут, начиная с дозы 12,5-25 мкг/сут с постепенным увеличением до 100 мкг (расчётная доза 125 мкг).

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 116 [K000436]

1. Синдром гипотиреоза (первичный послеоперационный гипотиреоз).
2. С целью уточнения причины и тяжести гипотиреоза, а также объёма предшествующего оперативного вмешательства необходимо определить уровень ТТГ, свободного Т4, антител к тиреопероксидазе, антител к тиреоглобулину, выполнить УЗИ щитовидной железы.
3. Рекомендуются консультации врача-кардиолога, врача-гинеколога, врача-гастроэнтеролога, врача-гематолога.
4. У лиц моложе 50 лет, при отсутствии сердечно-сосудистой патологии, первоначальная доза L-тироксина может составлять 50 мкг с быстрым повышением до полной заместительной дозы (1,6-1,8 мкг на кг веса). Исследование уровня ТТГ проводится не ранее, чем через 2 месяца после подбора полной заместительной дозы препарата.
5. Заместительная терапия препаратами L-тироксина проводится пожизненно. Оценка адекватности заместительной терапии проводится по уровню ТТГ. У большинства пациентов контроль уровня ТТГ осуществляется 1 раз в год.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 117 [K000439]

1. На основании ЭКГ, зарегистрированной во время приступа аритмии, у больного пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, тахисистолический вариант.
2. Предсердная тахикардия, трепетание предсердий, частая предсердная экстрасистолия, двойное антероградное проведение через атрио-вентрикулярный узел. Могут характеризоваться частыми нерегулярными интервалами RR и имитировать фибрилляцию предсердий.
3. Суточное мониторирование ЭКГ для выявления формы нарушения ритма сердца.
4. Определение риска развития инсульта и системных тромбоэмболий проводится согласно шкале CHA2DS2-VASc. С 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 гипертензия, клинически выраженная сердечная недостаточность, тахикардическая 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 гипертензия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 118 [K000441]

1. Вторичный хронический панкреатит, билиарозависимый, болевая форма, средней тяжести, часто рецидивирующего течения в стадии обострения. Хронический реактивный персистирующий гепатит. Состояние после холецистэктомии (7 лет назад). Вторичный (панкреатогенный) сахарный диабет.

2. Поражение поджелудочной железы связано с операцией на желчном пузыре и желчевыводящих путях.

3. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, трансаминазы, амилаза, липаза, трипсин, антитрипсин, билирубин общий, прямой; анализ мочи на диастазу; исследование дуоденального содержимого; анализ кала: стеаторея, креаторея, амилорея; обзорная рентгенография брюшной полости; УЗИ поджелудочной железы и гепатобилиарной системы; РХПГ; гликемический и глюкозурический профиль.

4. Госпитализация в гастроэнтерологическое отделение; голодная диета, диета №16 панкреатическая, жидкая и полужидкая пища, 6-разовое питание на протяжении 3-6 дней; H₂-блокаторы (Ранитидин, Фамотидин) или ингибиторы протонной помпы (Омепразол); холинолитики (Платифиллин); спазмолитики (Дротаверин); обезболивающие; полиферментные препараты; лечение сахарного диабета (препараты Сульфаниламочевины).

5. Основные заболевания, с которыми проводят дифференциальную диагностику хронического панкреатита: язвенная болезнь желудка и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; хронический холецистит; хронический энтерит и колит; хронический абдоминальный ишемический синдром; рак поджелудочной железы.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 119 [K000447]

1. Неаллергическая бронхиальная астма, среднетяжёлое течение, впервые выявленная, неконтролируемая. Дыхательная недостаточность 1 степени.

2. План обследования: клинический анализ крови; ЭКГ, спирометрия; рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях; общий анализ мокроты; консультация врача-пульмонолога.

3. План лечения: отказ от курения; с целью купирования приступа заболевания ингаляционно применять β 2-адреномиметики короткого действия (Сальбутамол или Фенотерол). Для постоянного приёма - комбинация низких доз ингаляционных ГКС (Флутиказон 100-250 мкг/сут, Будесонид 200-400 мкг/сут или Беклометазон дипропионат 200-500 мкг/сут) с длительно действующими β 2-агонистами (Салметерол 100 мкг/сут или Формотерол 9-18 мкг/сут). Обучение навыкам самоведения бронхиальной астмы.

4. Временно нетрудоспособен. Выдать ЛН на 3-4 дня. Нетрудоспособность при среднетяжёлом течении бронхиальной астмы продолжается до стабилизации процесса. Противопоказан тяжёлый физический труд, контакт с токсическими веществами, работа в неблагоприятных метеорологических условиях, длительные командировки, работа в горячих цехах, длительная ходьба, профессиональная речевая нагрузка. Рациональное трудоустройство через ВК.

5. Неудовлетворительный ответ на лечение (ОФВ1 < 50% от должного после применения бронходилататоров). Симптомы обострения астмы нарастают, или отсутствует положительная динамика в течение 3 часов с момента начала неотложных лечебных мероприятий. Не наблюдается улучшения в течение 4-6 часов после начала лечения системными глюкокортикостероидами.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 120 [K000449]

1. Гипертоническая болезнь II стадии. Степень АГ 2. Риск 3 (высокий). ХСН 0 ст., ФК 0. Атеросклероз артерий нижних конечностей.

2. Диагноз «гипертоническая болезнь» установлен на основании жалоб больного на эпизодическое повышение АД до 150/90-160/95 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей установлен на основании данных анамнеза (в последние 2-3 месяца стал отмечать появление ноющих болей в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250-300 метров, купирующиеся в покое); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней - системный атеросклероз.

3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ, калий, натрий, креатинин с расчётом СКФ, мочевиная кислота, АЛТ, АСТ), глюкоза плазмы натощак, ЭКГ, ЭхоКГ, исследование глазного дна, СМАД, УЗИ сосудов нижних конечностей с последующей консультацией врача-сердечно-сосудистого хирурга (при необходимости), консультация врача-невролога.

4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Гипотензивная терапия (возможно назначение ИАПФ, БРА, АК, диуретиков). Например, Периндоприл 2,5 мг 1 раз в день, Амлодипин 5 мг 1 раз в день, после достижения целевых цифр АД - дезагреганты (Аспирин 75 мг/сут).

5. Противопоказаны комбинации БАБ и АК (недигидропиридинового ряда).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 121 [K000456]

1. Сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный, целевой уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) $\leq 7\%$. Ожирение 2 ст. Диабетическая нефропатия? АГ I степени, риск III.

2. Диагноз «сахарный диабет» установлен на основании результатов анализов (гипергликемия - 6,9 ммоль/л, глюкозурии). Целевой уровень HbA1c $\leq 7\%$, так как возраст пациентки 50 лет, нет тяжелых осложнений и нет риска гипогликемической комы. Диагноз «артериальная гипертония» (АГ) установлен на основании данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 6 месяцев); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Степень риска ССО поставлена на основании наличия сахарного диабета. Необходимо исключить вторичный характер артериальной гипертонии. Возможно наличие диабетической нефропатии, так как в общем анализе мочи - протеинурия (0,15 г/л). Ожирение 2 ст., так как ИМТ = 37 кг/м².

3. Пациенту рекомендовано: определение уровня HbA1c, гликемический профиль, исследование мочи на альбуминурию, БАК: ОХ, ТГ, ЛПНП, ЛПВП, АЛТ, АСТ, общий билирубин, мочевины, креатинин, расчёт СКФ, УЗИ почек, ЭКГ, ФЛГ, консультации врача-эндокринолога, врача-офтальмолога, врача-невролога, проведение суточного мониторирования АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ.

4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ХБП I-III стадии, с диабетической нефропатией. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает Рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II - Лозартан.

5. Метформин, так как он является препаратом первой линии при СД 2 типа, особенно в сочетании с ожирением.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 122 [K000457]

1. Артериальная гипертония II стадии, II степени, риск ССО 3. Ожирение 1 ст. Гиперлипидемия (метаболический синдром). Хроническая болезнь почек II стадии, альбуминурия, 2А стадия.

2. Диагноз «артериальная гипертония» (АГ) установлен на основании жалоб больного на повышение АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 18 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (почек - микроальбуминурия, сердца - гипертрофия миокарда ЛЖ). Степень риска ССО поставлена на основании наличия метаболического синдрома, ХБП. Диагноз «хроническая болезнь почек» (ХБП) определен по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) и снижении СКФ. Диагноз «метаболический синдром» установлен на основании наличия ожирения, АГ, дислипидемии (повышения уровня ТГ и снижения уровня ЛПВП), гипергликемии натощак.

3. Пациенту рекомендовано: проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек.

4. Для комбинации предлагаются: ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II и антагонисты кальция. Выбор препарата из этих групп основан на их органопротективных свойствах. Данные группы препаратов обладают наибольшим кардиопротективным эффектом (по регрессу ГЛЖ); ингибиторы АПФ и антагонисты рецепторов к ангиотензину II обладают наиболее выраженным нефропротективным эффектом. Комбинация бета-блокатор и диуретик назначена неправильно, оба класса препаратов не имеют существенных органопротективных эффектов и вызывают лекарственный метаболический синдром.

5. Продолжать антигипертензивную терапию без изменений, продолжить динамическое наблюдение. Необходимо уточнить рацион питания пациента и его физическую активность перед проведением анализа на креатинин. В настоящее время нельзя говорить о том, что снижение СКФ является негативным результатом, оно может быть связано в частности с тем, что клубочки почек стали работать без гиперфункции и данное значение СКФ является истинным для данного пациента. Контроль функции почек через 6 месяцев. Терапия остается без изменений при сохранении СКФ на тех же значениях, сохранении целевых цифр АД через 6 месяцев.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 123 [K000458]

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

2. Диагноз «артериальная гипертония» (АГ) установлен на основании жалоб больного на повышение АД, данных анамнеза (пациент отмечает головные болт в затылочной области в течение месяца); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время 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 124 [K000459]

1. Внебольничная правосторонняя пневмония. ДН II.

2. Диагноз «внебольничная правосторонняя пневмония» установлен на основании жалоб больного на повышение температуры, кашель со слизисто-гноющей мокротой, неинтенсивные боли в грудной клетке при кашле, потливость, данных анамнеза (острое развитие заболевания после переохлаждения); данных осмотра (фокус ослабления дыхания, наличие множественных влажных мелкопузырчатых хрипов при аускультации у угла правой лопатки), установление ДН основано на ЧД во время приёма; на основании анализа крови (лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, СОЭ повышено), на основании рентгенологических данных (очаговая инфильтрация в базальных отделах правого лёгкого).

3. Пациенту рекомендовано: проведение ФВД для выявления дыхательной недостаточности.

4. Пациент с нетяжёлой внебольничной пневмонией, факторов риска резистентности возбудителей нет. Антибиотиками 1 выбора являются Амоксициллин или новые макролиды (Кларитромицин, Азитромицин) так как у данного больного молодой возраст и вероятными возбудителями могут быть - *S. Pneumoniae*, *H. Influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*.

5. Продолжать антибактериальную терапию без изменений еще 3-4 дня, продолжить динамическое наблюдение. Контроль анализа крови через 7 дней, рентген-контроль.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 125 [K000460]

1. Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония. ДН II.

2. Диагноз «внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония» установлен на основании жалоб больного на повышение температуры, кашель со слизистой мокротой, данных анамнеза (острое начало заболевания, связь с переохлаждением); данных осмотра (фокус ослабления везикулярного дыхания, наличие влажных мелкопузырчатых хрипов при аускультации в нижнем отделе левого лёгкого), установление ДН основано на ЧД в покое; на основании анализа крови (палочкоядерный сдвиг, СОЭ повышено).

3. Пациенту рекомендовано: проведение ФВД для выявления дыхательной недостаточности, КТ-лёгких - для точного выявления пневмонии.

4. У пациента нетяжёлая пневмония; имеются факторы риска резистентности возбудителей (сопутствующее сердечно-сосудистое заболевание – ИБС, ХСН, получает постоянную терапию). Наличие факторов риска обосновывает назначение Амоксициллин/Клавуланата 625 мг 3 раза в сутки в течении 10 дней, так как у данного больного могут быть возбудители (*S. Pneumoniae*, *H. Influenzae* и грамотрицательная флора).

5. Продолжать антибактериальную терапию без изменений, продолжить динамическое наблюдение. Контроль анализа крови через 7 дней, рентген-контроль.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 126 [K000461]

1. Язвенная болезнь желудка, осложнённая кровотечением на фоне приёма НПВС.

2. Диагноз «язвенная болезнь желудка, осложнённая кровотечением на фоне приёма НПВС» установлен на основании жалоб больного на тошноту, острые ночные и голодные боли в эпигастрии, уменьшающиеся после приёма пищи, тошноту, рвоту «кофейной гущей», однократно чёрный «дегтеобразный» стул, данных анамнеза длительно (более 3 месяцев) принимала Индометацин; данных осмотра (живот напряженный, резко болезненный локально в зоне Шофара, стул чёрный «дэгтеобразный»); на основании анализа крови (гемоглобин 100 г/л).

3. Пациенту рекомендовано: проведение ЭГДС для выявления места кровотечения, консультация врача-хирурга для определения дальнейшей тактики лечения.

4. Ингибиторы протонной помпы являются препаратами выбора при язве, вызванной НПВС (Эзомепразол 40 мг 1 раз в день, так как у данного препарата лучше фармакокинетика и фармакодинамика, нет влияния генетического полиморфизма).

5. Продолжить противоязвенную терапию без изменений, определить наличие *H. pīlogu*; при положительном ответе – назначить антихеликобактерную схему лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 127 [K000819]

1. Язвенная болезнь желудка, обострение. Желудочное кровотечение средней степени тяжести.

2. Предварительный диагноз язвенной болезни сформулирован на основании анамнеза о наличии язвенной болезни желудка в течение 10 лет с ежегодными обострениями 1-2 раза в год; острого начала заболевания на фоне типичных ночных и голодных болей в эпигастриальной области и изжоги в течение 2 недель. Желудочное кровотечение установлено на основании жалоб на слабость, головокружение, рвоты кофейной гущей, двукратного стула черного цвета; тяжелого общего состояния, бледности кожных покровов, артериальной гипотензии (100/60 мм рт. ст.) и тахикардии (до 100 уд./мин. слабого наполнения), шокового индекса 1,0; а также пальцевого исследования прямой кишки – на перчатке кал черного цвета.

3. Пациенту рекомендовано: в условиях приёмного отделения сделать общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ. С целью возможного переливания компонентов крови определить группу крови и резус фактор. Для установления причины, уровня, характера кровотечения, оценки возможности проведения эндоскопического гемостаза необходимо выполнить экстренную эзофагогастродуоденоскопию. С целью определения возможных скрытых нарушений провести биохимический анализ крови и определить коагулограмму.

4. Гемостатическую терапию с включением этамзилата натрия 12,5% - 6 мл внутривенно болюсно, затем по 2–4 мл внутримышечно 3 раза в день, викасола 1% 1 мл внутримышечно 3 раза в день, транексамовой кислоты до 1000 мг внутривенно. Обязательно введение блокаторов протонной помпы внутривенно, болюсно, затем непрерывная внутривенная инфузия в течение 72 часов в дозе 160 мг в сутки. Для восполнения ОЦК – переливание компонентов крови (свежезамороженной плазмы и эритроцитарной массы), кристаллоидных и коллоидных растворов.

5. Продолжить интенсивную терапию, на фоне которой выполнить комбинированный эндоскопический гемостаз (инфильтрационный + аргоно-плазменную коагуляцию). Лечение обязательно должно предусматривать болюсное введение блокаторов протонной помпы до проведения эндоскопического гемостаза и внутривенную постоянную инфузии блокаторов протонной помпы в течение 3 суток после проведения гемостаза. Через 12-24 часа контрольная гастроскопия. При надёжности эндоскопического гемостаза показана антисекреторная и инфузионная терапия, при рецидиве кровотечения и/или высоком его риске показана резекция желудка.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 128 [K000912]

1. Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулёзный холецистит, обострение. Холедохолитиаз. Механическая желтуха.

2. На основании анамнеза (ранее лечился по поводу калькулёзного холецистита), жалоб (боли в правом подреберье, тошноту, горечь во рту. тёмная моча и светлый кал, кожный зуд), данных объективного осмотра (живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Симптомы Мерфи, Ортнера положительные. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный), данных лабораторных исследований (в анализе крови лейкоцитоз $10,5 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 20мм/ч) можно предположить наличие у больного желчнокаменной болезни, обострение хронического калькулёзного холецистита, холедохолитиаз, механической желтухи.

3. Необходимо выполнить УЗИ органов брюшной полости, которое позволит выявить наличие конкрементов в желчном пузыре, признаки воспаления желчного пузыря, а также расширение холедоха, что свидетельствует о наличии препятствия оттоку желчи – холедохолитиаз. Для уточнения наличия холедохолитиаза следует выполнить МРТ-холангиографию. Также необходим биохимический анализ крови (билирубин, печеночные ферменты, амилаза) для подтверждения механической желтухи. Исследование маркеров гепатита.

4. Необходимо дифференцировать ЖКБ, осложненную холедохолитиазом и механической желтухой от заболеваний поджелудочной железы: острого панкреатита отечной формы, при которой также беспокоят боли и возможна механическая желтуха за счет сдавления терминального отдела холедоха. При раке головки поджелудочной железы, дуоденального сосочка, или стенозирующей опухоли терминального отдела холедоха также возможна механическая желтуха, но боли, как правило, не беспокоят. Наличие желтухи требует исследования маркеров гепатита для его исключения.

5. Врач поликлиники должен госпитализировать больного в экстренном порядке в хирургический стационар. В стационаре больному требуется немедленно начать инфузионную, антибактериальную, противовоспалительную терапию в качестве подготовки к хирургическому лечению. Хирургическое лечение может заключаться в папиллосфинктеротомии и извлечении конкремента из холедоха с помощью корзинки Дормиа. В последующем необходимо выполнение холецистэктомии. При невозможности эндоскопического лечения холедохолитиаза выполняется хирургическая операция холецистэктомия, холедохотомия с извлечением конкрементов холедоха. Закончить операцию необходимо дренированием холедоха.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 129 [K000915]

1. Рак желудка, IV стадия.

2. На основании анамнеза (длительное существование хронической язвы желудка), жалоб (прогрессирующее похудение, снижение аппетита, слабость), данных объективного осмотра (питание снижено, бледен. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. В левой надключичной области обнаружен плотный малоподвижный лимфатический узел) можно предположить наличие у больного рака желудка вследствие малигнизации язвы и метастаз Вирхова.

3. Для уточнения диагноза необходимо проведение ФГДС с биопсией и гистологическим исследованием биоптата. Для определения распространения опухоли по подслизистому слою возможно выполнение рентгеноскопии желудка. Для уточнения распространенности ракового процесса возможно проведение УЗИ органов брюшной полости, КТ брюшной полости и грудной клетки.

4. Рак вследствие малигнизации язвы желудка необходимо дифференцировать с язвенной болезнью (биопсия и гистологическое исследование), с заболеваниями поджелудочной железы. Необходимо КТ брюшной полости и грудной клетки с целью оценки распространения опухоли.

5. Поскольку у больного имеются признаки распространенности ракового процесса (метастаз Вирхова), ему показаны паллиативные вмешательства: операция формирования гастростомы если опухоль расположена в кардиальном отделе и стенозирует его или обходной гастроэнтероанастомоз, если опухоль стенозирует выходной отдел желудка. Так же показано проведение химиотерапии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 130 [K000919]

1. Левосторонняя пневмония. Туберкулёз лёгких. Абсцесс лёгкого.
2. Анамнестически установлено, что больной начал лечение по поводу левосторонней пневмонии, но лечение было прервано, после чего через несколько дней отметил ухудшение. В данной ситуации возможно развитие осложнений (например, абсцесса лёгкого – имеется отхождение гнойной мокроты) или прогрессирование основного заболевания. Кроме того, необходимо думать о социально значимых заболеваниях, например, туберкулёзе.
3. Необходимо выполнить стандартное лабораторное обследование (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови) и обследование, уточняющее процесс в лёгких (рентгенографию в двух проекциях, бронхоскопию, УЗИ). Кроме того, показано обследование, оценивающее состояние больного: ЭКГ, RW, ВИЧ, кровь на БК по методике ВОЗ.
4. Пациенту показана антибактериальная и симптоматическая терапия. Данные анамнеза и результаты обследования не позволяют исключить в данном случае абсцесс лёгкого. При диагностике абсцесса лёгкого показаны хирургические методы лечения.
5. При диагностике абсцесса лёгкого показаны хирургические методы лечения: вскрытие и дренирование гнойника. Продолжить антибактериальную терапию.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 131 [K000926]

1. Хронический атрофический гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*, обострение. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром.
2. Диагноз «хронический гастрит» поставлен на основании данных анамнеза (страдает хроническим гастритом в течение 20 лет), данных осмотра (болезненность в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне при пальпации), данных фиброгастроскопии (гиперемия слизистой желудка), гистологического исследования (полиморфноклеточная инфильтрация слизистой). Атрофический гастрит ставится на основании данных эндоскопии, подтверждённых гистологическим исследованием биоптата слизистой. Связь с хеликобактерной инфекцией доказана положительным быстрым уреазным тестом. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром поставлен на основании жалоб пациента на тяжесть, чувство переполнения в животе после еды, тошноту.
3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, анализ кала, рН-метрия желудка, УЗИ органов брюшной полости.

4. Прежде всего, необходимо назначение эрадикационной терапии. Рекомендовано применение терапии первой линии: ингибитор протонной помпы 2 раза в день (например, Рабепразол 20 мг 2 раза в день) вместе с Амоксициллином 1 г 2 раза в день и Кларитромицином 500 мг 2 раза в день продолжительностью 10-14 дней. Возможно добавление к этой схеме Висмута трикалия дицитрата 240 мг 2 раза в день и *Saccharomyces boulardii* (по 250 мг 2 раза в сутки) для повышения эффективности эрадикации. Для купирования симптомов постпрандиального дистресс-синдрома назначают прокинетики, например, Итоприд 50 мг 3 раза в день на 3 недели.

5. Пациенты с хроническим атрофическим гастритом находятся на диспансерном учёте у врача-терапевта участкового по месту жительства пожизненно. Рекомендуется осмотр 1 раз в год, с проведением общего анализа крови и фиброгастроскопии с биопсией. По возможности - анализ желудочного сока 1 раз в 5 лет. Рекомендуется соблюдение щадящей диеты, отказ от раздражающей пищи и напитков.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 132 [К000933]

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 (на этапе поликлиники, на дому): повторно - Нитроглицерин, Аспирин 500 мг разжевать. На этапе скорой медицинской помощи: купирование болевого синдрома - Нитроглицерин в/в, при неэффективности - Морфин в/в дробно. Антитромботическая терапия: Аспирин 250 мг разжевать, нагрузочная доза Клопидогрела - 300 мг внутрь, прямые антикоагулянты в/в болюсно - Гепарин. Кислородотерапия.

5. Данных недостаточно. «Золотым стандартом» диагностики инфаркта миокарда является обнаружение в крови кардиоспецифических ферментов. Диагноз может быть установлен на госпитальном этапе при обнаружении в крови наиболее специфических маркеров некроза миокарда - КФК-МВ, сердечных тропонинов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 133 [K000934]

1. ИБС: стенокардия напряжения II ФК. Постинфарктный кардиосклероз (01.09.2016 г.). ЧТКА и эндопротезирование передней межжелудочковой артерии (01.09.2016 г.). Артериальная гипертензия III стадии, II степени, риск 4. Ожирение 2 ст. Гиперлипидемия. Хроническая сердечная недостаточность IIА стадии, II ФК.

2. Диагноз «ИБС: стенокардия напряжения» поставлен на основании жалоб пациента на типичные ангинозные боли, данных анамнеза, наличия стенозирующего атеросклероза коронарных артерий (по данным коронароангиографии), перенесенного инфаркта миокарда. Постинфарктный кардиосклероз выставлен, поскольку с момента перенесенного инфаркта миокарда прошло более 28 суток. Функциональный класс стенокардии напряжения определен в соответствии с результатами велоэргометрии (нагрузка 100 Вт соответствует второму ФК). Диагноз гипертонической болезни (ГБ) установлен на основании данных анамнеза (повышение АД в последние 2 года), стадия ГБ установлена на основании наличия ИБС, постинфарктного кардиосклероза как ассоциированного клинического состояния. Постановка степени ГБ основана на цифрах повышения АД в анамнезе и при объективном осмотре. Риск ССО определен в соответствии со степенью повышения АД и наличия ассоциированного клинического состояния. Ожирение 2 ст. установлено на основании значения ИМТ. Гиперлипидемия установлена на основании повышения уровня общего холестерина, ЛПНП, ТГ. Диагноз «хроническая сердечная недостаточность» установлен на основании жалоб пациента на одышку при физической нагрузке, наличия диастолической дисфункции ЛЖ по данным ЭХОКГ. Стадия ХСН определена в соответствии с классификацией Василенко - Стражеско по наличию умеренных признаков недостаточности кровообращения по малому кругу. ФК ХСН определен в соответствии с пройденной дистанцией теста с 6-минутной ходьбой.

3. После выписки больного из стационарного кардиореабилитационного отделения он направляется в поликлинику по месту жительства, в котором наблюдается в течение 1 года врачом-кардиологом. При отсутствии врача-кардиолога пациент наблюдается врачом-терапевтом участковым. Через год пациент переводится в группу наблюдения с другими формами ИБС. Программа кардиореабилитации на поликлиническом этапе включает в себя программы контролируемых физических тренировок (ФТ). Пациент должен выполнять аэробную ФТ средней интенсивности и длительностью по 30 мин ≥ 3 раза в неделю. ФТ осуществляются под контролем клинического состояния пациента, АД, ЧСС, ЭКГ. В первые недели занятий ЧСС на высоте ФТ и в первые 3 минуты после неё не должна превышать исходную более чем на 20 ударов в минуту, а дыхание - не более чем на 6 в минуту. Допускается повышение (от исходного) систолического АД на 20-40 мм и диастолического АД на 10-12 мм рт. ст. Данному пациенту в качестве физической нагрузки может быть назначена дозированная ходьба. Для дозированной ходьбы ЧСС остаётся основным методом контроля правильного дозирования нагрузки. Тренировочная ЧСС может быть рассчитана по формуле: $\text{ЧСС тренировочная} = (\text{ЧСС максимальная} - \text{ЧСС покоя}) \times 60\% + \text{ЧСС покоя}$. Период активного контроля за пациентом должен продолжаться от 3 до 6 месяцев. Далее больному назначаются неконтролируемые ФТ, легко и без всяких опасений выполняемые в домашних условиях под самоконтролем. Посещение образовательных программ «Школа для больных, перенёсших инфаркт миокарда». При необходимости - программы психологической реабилитации. Программы по модификации факторов риска - занятия с диетологом, специалистом по отказу от курения. Медикаментозная терапия: блокаторы P2Y₁₂ рецепторов - в течение 1 года после перенесённого инфаркта миокарда; Аспирин, ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, статины - постоянно, в дозах, необходимых для поддержания целевых показателей АД, ЧСС, ЛПНП. Профессиональная реабилитация: работа по основной профессии невозможна (значительное физическое и эмоциональное напряжение, работа на высоте). Показано направление пациента на МСЭ для установления группы инвалидности на 1 год. Переобучение на профессию, не связанную с значительным физическим и эмоциональным напряжением.

4. В объективном осмотре обращают на себя внимания значения ЧСС и АД, которые выше целевых после перенесённого инфаркта миокарда, что требует коррекции медикаментозной терапии - увеличение дозы бета-адреноблокаторов и ингибиторов АПФ до достижения целевых значений ЧСС и АД. В лабораторных анализах обращает на себя внимание гиперхолестеринемия (увеличение уровня общего холестерина, ЛПНП, ТГ). Рекомендуется выполнить повторное исследование липидного спектра крови через 4-6 недель после инфаркта миокарда, при необходимости произвести коррекцию дозы статинов до достижения уровня ЛПНП менее 1,8 ммоль/л.

5. Срок временной нетрудоспособности для пациента с трансмуральным инфарктом миокарда передней стенки ЛЖ без существенных осложнений составляет 70-90 суток. Пациенту необходимо ежемесячное диспансерное наблюдение врачом-кардиологом с выполнением ряда диагностических исследований с определённой периодичностью: ЭКГ в покое - не менее 1 раза в 2 месяца (кратность проведения зависит от наличия и частоты приступов стенокардии); суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру - 1 раз в год; ЭХО-КГ - 1 раз в 6 месяцев; исследование липидного спектра крови - через 4-6 недель после инфаркта миокарда и через 3 месяца после начала медикаментозной терапии. При достижении целевого уровня общего холестерина и ЛПНП повторные измерения необходимо проводить 4 раза в первый год лечения и 2 раза в год в последующие годы. Проба с физической нагрузкой (не ранее 3-6 недель после инфаркта миокарда) данному пациенту выполнена в условиях реабилитационного центра.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 134 [К000935]

1. Гипертоническая болезнь, 2 стадия, 2 степень, риск 4. Вторичный хронический двусторонний пиелонефрит, обострение. Сахарный диабет 2 типа, средней тяжести. Целевой уровень Hb A1c 6,5%. Избыток веса. Дислипидемия.

2. Диагноз «гипертоническая болезнь» (ГБ) установлен на основании жалоб больного на боли в затылке, особенно после стрессов; установление степени ГБ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Стадия ГБ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (сердца). Степень риска ССО поставлена на основании наличия ожирения, атерогенной дислипидемии, отягощенной по ГБ наследственности, мужского пола. Диагноз «обострение хронического пиелонефрита» установлен на основании жалоб на тяжесть боли в пояснице, учащённое мочеиспускание, повышение температуры, возникших после переохлаждения; данных осмотра – положительный симптом Пастернацкого; данных лабораторного обследования – лейкоцитоз, лейкоцитурия и белок в моче, а также инструментального обследования: УЗИ почек – деформации ЧЛС. Диагноз «сахарный диабет (СД) 2 типа» установлен на основании жалоб на жажду и сухость во рту, анамнеза заболевания. Целевой уровень Hb A1c 6,5% установлен в связи с небольшой длительностью СД, стабильным течением заболевания, соматической сохранностью больного и долгой предполагаемой продолжительностью жизни компенсированным и стойко невысоким уровнем гликемии. Диагноз «избыток веса» установлен на основании повышенного ИМТ и ОТ. Диагноз «атерогенная дислипидемия» установлен на основании повышенных общего холестерина и ЛПНП и сниженного уровня ЛПВП.

3. Пациенту рекомендовано: исследование дневной гликемии через 2 часа после основных приёмов пищи и натошак на фоне лечения для оценки эффективности проводимой терапии и компенсации диабета; проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической ретинопатии; доплерография сонных артерий (для выявления ранних признаков атеросклероза: бляшки, утолщение слоя интима-медиа); анализ мочи по Нечипоренко и общий анализ мочи в динамике для оценки эффективности терапии; определение микроальбуминурии, расчёт скорости клубочковой фильтрации по формуле CDF-EPI - для исключения ХБП, посев мочи на возбудителя и чувствительность к антибиотикам.

4. Для лечения ГБ на фоне СД - ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их метаболической нейтральности и кардиопротективных и нейропротективных свойствах. Для лечения обострения хронического пиелонефрита антибиотик группы пероральных цефалоспоринов III поколения Цефексим 400 мг однократно в день по 1 таблетке 10 дней - бактерицидное действие, широкий спектр против грамположительных и грамотрицательных бактерий, удобство применения - приём 1 раз в сутки. Канефрон Н по 50 капель 3 раза в день 1 месяц - комбинированный препарат растительного происхождения, оказывающий уросептическое и спазмолитическое действие. Спазмолитики: Дротаверин 40 мг 3 раза в день (для снятия спазма мочевых путей). Для лечения СД на фоне избыточного веса - Бигуанид метформин 1000 мг по 2 т. во время завтрака и на ночь назначен в соответствии с алгоритмом ведения больных - отсутствие гипогликемий и метаболическая нейтральность, максимальное сохранение инсулиновой секреции в условиях ожирения и инсулинорезистентности, то есть патогенетически подобранное лечение. Для лечения дислипидемии необходим статин Розувастатин 10 мг в сутки в связи с механизмом действия - снижает общий холестерин, ТГ, ЛПНП, имеет плейотропные эффекты (уменьшает эндотелиальную дисфункцию и воспаление на фоне инсулинорезистентности и гипергликемии - кардиопротективное действие).

5. Отменить антибиотики и до 1 месяца продолжить принимать Канефрон, раз в месяц общий анализ мочи, так как на фоне СД может поддерживаться латентное воспаление в почках, которое будет в свою очередь способствовать декомпенсации СД. Продолжить антигипертензивную терапию без изменений, продолжить сахароснижающую терапию под контролем гликемии и HbA_{1c}, продолжить приём статинов под контролем биохимического анализа крови 1 раз в 3 месяца в первый год терапии. Продолжить динамическое наблюдение. Продолжить рекомендовать рацион с ограничением жиров, быстроусвояемых углеводов и соли, продолжить дозированные физические нагрузки с целью снижения веса.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 135 [K000936]

1. Сахарный диабет, 2 типа, впервые выявленный. Целевой уровень HbA1c 6,5%. Гипертоническая болезнь, 2 стадия, 3 степень, риск 4. Неалкогольный стеатогепатит. Ожирение I ст. Дислипидемия.

2. Диагноз «сахарный диабет (СД) 2 типа» установлен на основании жалоб на жажду, сухость во рту, учащённое мочеиспускание, особенно ночью, повышенного уровня глюкозы в крови, глюкозурии. Диагноз «артериальная гипертония (АГ)» установлен на основании жалоб больного на боли в затылке, особенно после стрессов; установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (сердца). Степень риска ССО поставлена на основании наличия ожирения, атерогенной дислипидемии, отягощённой по ГБ наследственности, мужского пола. Диагноз «неалкогольный стеатогепатит» установлен на основании данных пальпации, лабораторного и инструментального обследования - повышенного АЛТ и УЗИ (увеличение размеров печени, нарушение структуры «блестит»). Диагноз «ожирения I ст.» установлен на основании повышенного ИМТ и ОТ. Диагноз «атерогенная дислипидемия» установлен на основании повышенных общего холестерина и ТГ и сниженного уровня ЛПВП.

3. Пациенту рекомендовано: исследование дневной гликемии через 2 часа после основных приёмов пищи и натошак на фоне лечения для оценки эффективности проводимой терапии и компенсации диабета; проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭХОКГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической ретинопатии; УЗИ почек, уровень креатинина крови и расчёт скорости клубочковой фильтрации, определение микроальбуминурии для оценки поражения органа-мишени почек, доплерография сонных артерий (для выявления ранних признаков атеросклероза: бляшки, утолщение слоя интима-медиа).

4. Для лечения СД бигуанид - Метформин 1000 мг по 1 т. на ночь и ингибитор ДПП-4 Галвус 50 мг утром перед едой под контролем гликемии назначены в соответствии с алгоритмом ведения больных - отсутствие гипогликемий и метаболическая нейтральность, максимальное сохранение инсулиновой секреции в условиях ожирения и инсулинорезистентности, то есть патогенетически подобранное лечение. Для лечения ГБ: ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их метаболической нейтральности и кардиопротективных свойствах. В связи с наличием поражения печени предпочтителен ингибитор АПФ Лизиноприл. Учитывая 3 степень, необходима комбинированная терапия на старте: ИАПФ/сартаны + дигидропиридиновые антагонисты кальция пролонгированного действия, в том числе фиксированные комбинации. Для лечения дислипидемии необходим фенофибрат: Трайкор в связи с механизмом действия - снижает триглицериды и повышает ЛПВП, нефропротективным и ретинопротективными эффектами (профилактика поражения микроциркуляторного русла и диабетических осложнений).

5. Отменить Галвус и оставить Метформин с коррекцией дозы. Продолжить антигипертензивную терапию с коррекцией дозы или Периндоприла до 10 мг/сутки, или Амлодипина до 10 мг/сутки; отменить Трайкор, продолжить динамическое наблюдение. Продолжить рекомендовать рацион с ограничением жиров, быстроусвояемых углеводов и соли, продолжить дозированные физические нагрузки с целью снижения веса.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 136 [K000937]

1. Полименоррагия. Хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия лёгкой степени.

2. Диагноз «хроническая постгеморрагическая анемия (ХПА)» установлен на основании жалоб больной на слабость, утомляемость, сердцебиения, головокружения, головную боль, ухудшение памяти, боли в ногах, желание есть сухие макароны, гречневую крупу, першение в горле; данных анамнеза (анемия обнаружена с 16 лет, лечилась нерегулярно препаратами железа (Фенюльсом по 1 таблетке 3 раза в день) курсами по 2-3 недели с временным эффектом; гинекологического анамнеза: менструации с 14 лет, обильные, по 5-7 дней через 21 день. Установление этиологии железодефицитной анемии основано на данных лабораторного обследования (общего анализа крови: снижение эритроцитов, снижение гемоглобина, гипохромия эритроцитов, снижение ЦП, анизоцитоз эритроцитов, пойкилоцитоз), данных биохимического анализа крови: снижение содержания свободного железа в сыворотке крови и ферритина крови; данных инструментального обследования: ЭКГ - синусовая тахикардия, ЧСС - 106 в минуту, снижение зубца Т в левых грудных V5, V6 отведениях; степень тяжести анемии обоснована в общем анализе крови (уровнем гемоглобина).

3. Пациентке рекомендовано: необходимо установить характер гипохромной анемии. Следует провести дифференциальную диагностику между анемиями с низким цветовым показателем, к которым относятся железодефицитная, сидероахрестическая, талассемия и анемия при хронических заболеваниях. Биохимический анализ крови: уровень свободного железа сыворотки, определение общей железосвязывающей способности сыворотки, насыщение трансферрина железом для подтверждения дефицита железа при железодефицитной анемии и повышение сывороточного железа при сидероахрестической анемии; биохимический анализ крови: общий билирубин, прямой и непрямой билирубин, общий анализ мочи - определение уробилина в моче для исключения талассемии; исследование гормонов крови: тиреотропный гормон, Т4 свободный для исключения гипотиреоза как причины железодефицитной анемии, ФГДС - для оценки состояния слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки + диагностика Н. рylogi; УЗИ органов малого таза, консультация врача-гинеколога для оценки наличия гинекологических заболеваний и их коррекции.

4. Препарат двухвалентного железа. Применение препаратов железа является патогенетическим методом лечения достоверно установленной железодефицитной анемии. Все пероральные препараты железа (ПЖ) принципиально можно разделить на препараты двухвалентного и трёхвалентного железа, так как именно это в первую очередь определяет эффективность и безопасность терапии. Соли двухвалентного железа лучше всасываются в ЖКТ, чем соли трёхвалентного железа. Это связано с различиями в механизме всасывания. Доказано, что в кишечнике железо всасывается в двухвалентном состоянии. Биодоступность двухвалентных солей железа в несколько раз выше, чем трёхвалентных. Поэтому препараты, содержащие в составе двухвалентное железо, оказывают быстрый эффект и нормализуют уровень гемоглобина в среднем через 2 недели - 2 месяца, а нормализация депо железа происходит уже через 3-4 месяца от начала лечения. Всасывание железа из препаратов трёхвалентного железа более медленное, так как необходим активный (энергозависимый) транспорт с участием феррооксидаз. Поэтому препараты, содержащие железо в трёхвалентном состоянии, требуют более длительного применения. Нормализация гемоглобина при лечении препаратами трёхвалентного железа наступит только спустя 2-4 месяца, а нормализация показателей депо железа через 5-7 месяцев от начала терапии. Данной пациентке показано назначение препарата двухвалентного железа Сорбифер Дурулес 100 мг по 1 таблетке 2 раза в день после приема пищи на 2 месяца. Контроль общего анализа крови в динамике.

5. Назначить препарат двухвалентного железа Сорбифер Дурулес 100 мг 1 таблетка в день ещё на 3 месяца с последующей отменой препарата с целью восполнения запасов железа после достижения нормального уровня гемоглобина. После нормализации уровня гемоглобина и восполнения запасов железа с целью профилактики развития хронической постгеморрагической железодефицитной анемии показано назначение профилактической терапии препарата железа Сорбифер Дурулес 100 мг 1 таблетка с день 7-10 дней после окончания менструаций в каждый менструальный цикл в течение 1 года.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 137 [K001946]

1. Наиболее вероятный диагноз - «хронический миелолейкоз».

Хронический миелолейкоз является одним из миелопролиферативных заболеваний и характеризуется клональной пролиферацией ранней стволовой клетки, что обычно приводит к увеличению числа гранулоцитов. Для начальной стадии в периферической крови характерен нарастающий лейкоцитоз, при этом наибольший удельный вес приходится на зрелые формы, хотя также появляются незрелые формы и даже единичные бласты. Характерным является увеличение количества базофилов, небольшой тромбоцитоз, нормоцитарная нормохромная анемия. Бессимптомное течение наблюдают почти у 50% пациентов, в остальных случаях клинические проявления малоспецифичны. В данной ситуации дифференциальный диагноз проводим с острым миелоидным лейкозом и миелоидной лейкемоидной реакцией. При остром миелоидном лейкозе наблюдают бластоз с цитопенией.

Общее количество лейкоцитов обычно не изменено, а абсолютное число нейтрофилов может быть снижено. Миелоидная лейкемоидная реакция характеризуется лейкоцитозом более $50 \times 10^9/\text{л}$ с преимущественным увеличением содержания сегментоядерных и палочкоядерных нейтрофилов, хотя в ряде случаев наблюдают незрелые клетки и бластные формы. Как правило, лейкемоидная реакция не сопровождается базофилией, в лейкоцитах наблюдают токсическую грануляцию.

2. Для подтверждения диагноза необходимо провести: морфологическое исследование костного мозга (стерильная пункция); морфологическое исследование костного мозга (трепанобиопсия); цитогенетический анализ.

Всем пациентам на этапе диагностики рекомендуется пройти цитогенетическое исследование костного мозга с измерением концентрации BCR-ABL транскрипта. BCR-ABL - химерный ген, следствие наличия филадельфийской хромосомы (транслокации 9;22, которая обнаруживается почти во всех случаях ХМЛ).

3. Не соответствует хронической стадии заболевания тромбоцитопения менее $100 \times 10^9/\text{л}$, не связанная с лечением.

В течении ХМЛ выделяют три стадии или фазы: медленную, или хроническую (обычно около 3 лет); прогрессирующую, или стадию акселерации (1-1,5 года, при соответствующем лечении можно вернуть заболевание в хроническую фазу) и финальную, или терминальную (фаза быстрой акселерации, 3-6 месяцев, которая обычно заканчивается смертью пациента). Продолжительность этих стадий у разных больных различна, болезнь может быть впервые диагностирована на любой из них. Признаками стадии акселерации являются: обнаружение, помимо t (9;22), других хромосомных aberrаций; наличие 10-19% бластных клеток в крови; наличие 20% и более базофилов в крови; менее $100 \times 10^9/\text{л}$ тромбоцитов в крови, не обусловленное лечением; а также увеличение размеров селезёнки и количества лейкоцитов, нечувствительных к проводимой терапии. Для установления стадии акселерации достаточно одного из перечисленных выше признаков.

4. В настоящее время препаратом первой линии для лечения хронической стадии (Ph+) ХМЛ является Иматиниб (Gleevec) - ингибитор тирозинкиназы, препарат патогенетического действия. Иматиниб блокирует тирозинкиназу трёх видов рецепторов (Bcr-Abl, c-kit и PDGFR) аномального фермента, продуцируемого филадельфийской хромосомой. Кроме того, Иматиниб подавляет пролиферацию Bcr-Abl - позитивных опухолевых клеток, индуцирует их апоптоз, а также блокирует рецепторы тирозинкиназы тромбоцитарного фактора роста и фактора роста стволовых клеток. При лечении Иматинибом полную гематологическую ремиссию достигают у 90-95% пациентов с хронической стадией.

Из возможных в данной ситуации методов лечения следует также указать введение Интерферона- α , аутологичную трансплантацию костного мозга пациента, лейкаферез, спленэктомия.

Интерферон- α , в течение длительного времени считавшийся препаратом первой линии лечения ХМЛ, уступил первенство Иматинибу. Аутологичная (т. е. происходит забор стволовых клеток самого пациента) трансплантация костного мозга также перестала быть первоочередным методом лечения даже у пациентов молодого возраста. Лейкаферез следует проводить у пациентов с клиническими проявлениями лейкостаза (нарушение сознания, зрения и т. д.). Спленэктомия не имеет самостоятельного значения в лечении ХМЛ, так как исследования показали отсутствие преимуществ в выживаемости после спленэктомии.

5. Отсутствие клинических проявлений заболевания; концентрация лейкоцитов менее $10 \times 10^9/\text{л}$; отсутствие незрелых форм гранулоцитов, начиная с миелоцитов.

В настоящее время для оценки эффективности лекарственной терапии ХМЛ используются три группы показателей: гематологическая ремиссия, цитогенетическая ремиссия и молекулярная ремиссия. Гематологическая ремиссия наступает раньше всех остальных (через 3 месяца лечения) и определяется по нормализации клинической картины и картины периферической крови, при этом клетки, содержащие филадельфийскую хромосому, могут ещё присутствовать. Цитогенетическая ремиссия определяется по исчезновению Ph⁺ клеток из периферической крови и костного мозга. Молекулярная ремиссия определяется по уменьшению матричной рибонуклеиновой кислоты (мРНК) (транскрипта) гена BCR-ABL и в настоящее время стала «золотым стандартом» мониторинга эффективности терапии ингибиторами тирозинкиназы (Иматиниб, Дасатиниб и Нилотиниб).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 138 [K001947]

1. На основании жалоб больного (на повышенную утомляемость, немотивированную слабость, ощущение тяжести в левом подреберье, снижение массы тела на 8 кг за последний месяц), данных объективного обследования (увеличение лимфатических узлов в области передней поверхности шеи, в надключичных и подмышечных впадинах; лимфатические узлы безболезненные, не напряжённые, подвижные, имеют эластическую консистенцию, а также увеличение селезёнки (+5 см)); а также данных лабораторного обследования (Hb - 98 г/л, лейкоциты - $30 \times 10^9/\text{л}$, из них 50% лимфоциты, тромбоциты - $130 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 16 мм/ч; в мазке крови лимфоциты нормальных размеров, определяются «размазанные» клетки, тени Гумпрехта), можно поставить предварительный диагноз «хронический лимфолейкоз».

2. Методы исследования для уточнения диагноза включают: иммунофенотипирование; стерильную пункцию, трепанобиопсию, биопсию лимфатического узла, КТ органов брюшной полости. В данном случае в первую очередь необходимо провести иммунофенотипирование для выявления характерных для хронического лимфолейкоза (ХЛЛ) лимфоцитарных антигенов (CD5, CD23). Проведение стерильной пункции или трепанобиопсии обычно проводят в сложных случаях, когда результаты клинической картины и иммунофенотипирования неоднозначны. В качестве первоочередной диагностической манипуляции проведение биопсии лимфоузла не является целесообразным. КТ органов брюшной полости проводят на втором этапе для оценки распространенности лимфаденопатии и выраженности спленомегалии.

3. В настоящее время для определения стадии ХЛЛ используют классификации Рэя (в основном в США) и Бинэ (в Европе и России). В соответствии с классификацией Бинэ, стадия А характеризуется вовлечением менее 3 лимфоидных областей (5 лимфоидных областей: шейные, подмышечные, паховые лимфатические узлы, спленомегалия и гепатомегалия), стадия В - более трёх лимфоидных областей, стадия С - снижением гемоглобина ниже 100 г/л или тромбоцитов менее 100×10^9 /л. Таким образом, у больного стадия С.

4. Учитывая стадию заболевания на момент обращения к врачу, пациенту показано специфическое лечение, при этом препаратом выбора является Флударабин - цитостатический препарат из группы аналогов пурина. Также для лечения ХЛЛ применяют Хлорамбуцил и Ритуксимаб (Мабтера) - анти-CD20 антитела, а также Алемтузумаб (Кэмпас) - анти-CD52 антитела, но эти препараты не являются препаратами первого ряда. Наиболее эффективная схема индукционной терапии FCR - Флударабин, Циклофосфан и Ритуксимаб.

5. Возможные причины смерти пациентов с ХЛЛ: сердечно-сосудистые заболевания, инфекционные осложнения, осложнения терапии.

Поскольку ХЛЛ - заболевание, главным образом, пожилого возраста, то до 30% смертельных исходов не связано с основным заболеванием, 50% смертности связано с инфекционными осложнениями, 15% - с осложнениями терапии, остальные 5% - с геморрагическими осложнениями, гемолизом или инфильтрацией жизненно важных органов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 139 [K001948]

1. Наиболее вероятный диагноз у данного больного «ревматический порок сердца»: стеноз левого атриовентрикулярного отверстия с развитием сердечной недостаточности. Обоснованием является наличие у пациента прямых аускультативных признаков стеноза левого атриовентрикулярного отверстия: диастолический шум на верхушке, хлопающий первый тон в сочетании с тоном открытия митрального клапана (дополнительный тон). В анамнезе у больного в детстве типичные ревматические атаки, быстро купированные приемом НПВС. Характерные для НКИБ одышка и увеличение печени: +2 см от края рёберной дуги,

2. Изолированный митральный стеноз практически всегда является следствием ревматической лихорадки. На эту этиологию косвенно указывают молодой возраст пациента (атеросклероз маловероятен), частые ангины в детстве (очаг стрептококковой инфекции), эпизод артралгии в анамнезе (ревматическая атака?). Анамнез заболевания и клиническая картина не соответствуют диагнозу инфекционного эндокардита: нет лихорадки, спленомегалии, порок, выявляемый у пациента, является стенозом митрального отверстия, а не недостаточностью митрального клапана. Поражение клапанов сердца при системной красной волчанке, сифилисе также может приводить к формированию недостаточности митрального клапана, а не к стенозу митрального отверстия.

3. Трёхчленный ритм при митральном стенозе обусловлен появлением добавочного тона в диастолу - тоном открытия митрального клапана, аускультативным феноменом, выявляемым у больных с митральным стенозом. Он образуется вследствие того, что склерозированные, сросшиеся створки митрального клапана не могут полностью отойти к стенкам желудочка, поэтому при ударе о клапан струи крови, изливающейся из предсердия, возникают звуковые колебания.

4. При ультразвуковом исследовании сердца у данного пациента можно определить расширение левого предсердия, увеличение градиента давления на митральном клапане, повышение давления в лёгочной артерии.

При митральном стенозе быстро развивается дилатация левого предсердия (у пациента выявлены её перкуторные признаки - расширение границы сердца вверх). Дилатация левого желудочка для данного порока не характерна. Вследствие уменьшения площади левого атриовентрикулярного отверстия увеличивается градиент давления на митральном клапане. Повышение градиента давления на левый желудочек/аорту наблюдают и при другом пороке - стенозе устья аорты. Для митрального стеноза характерно развитие активной лёгочной гипертензии, её клиническое проявление у данного пациента – одышка.

5. У пациента в настоящий момент отсутствуют признаки активности ревматического процесса, следовательно, нет необходимости приёма противовоспалительной терапии. Необходим общий анализ крови, анализ на СРБ, АСЛ-О, ЭКГ, холтеровское трёхсуточное мониторирование ЭКГ для выявления характера нарушений ритма. В связи с появлением осложнений порока сердца в виде сердечной недостаточности, возможных пароксизмов фибрилляции предсердий пациенту показано оперативное лечение - митральная комиссуротомия или протезирование митрального клапана. Появление фибрилляции предсердий у больных с митральным стенозом сопряжено с высоким риском тромбоэмболий в сосуды большого круга кровообращения. Для профилактики тромбоэмболий больному показан пожизненный приём непрямых антикоагулянтов - варфарина с целевым уровнем МНО-2,0-2,5. С целью лечения сердечной недостаточности диуретики - Тригрим 10 мг утром.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 140 [K001950]

1. Наиболее вероятный диагноз «гипертоническая болезнь III стадии. АГ3 степени, очень высокого риска».

Наличие транзиторной ишемической атаки свидетельствует о III стадии гипертонической болезни, уровень артериального давления 190/100 мм рт. ст. соответствует 3 степени повышения АД; при стратификации риска с учётом факторов риска - гиперхолестеринемии, сопутствующих клинических состояний - это соответствует очень высокому риску.

2. В данной ситуации обязательными исследованиями на амбулаторном этапе являются: определение концентраций глюкозы, креатинина в крови с расчётной СКФ, липиды, триглицериды, общий анализ мочи, определение микроальбуминурии, ЭХОКГ.

Определение концентрации глюкозы, креатинина в крови, общий анализ мочи необходимы для исключения сахарного диабета, а также поражения почек. Остальные исследования могут проводиться при наличии дополнительных показаний и не являются обязательными.

3. Главная цель лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями - увеличение продолжительности жизни и снижение риска сердечно-сосудистых катастроф. Для реализации этой цели нужно стремиться к снижению артериального давления до целевых значений (<140/90 мм рт. ст.) и концентрации холестерина до 4,5 ммоль/л. Улучшение качества жизни на фоне терапии также немаловажная, но не основная цель лечения.

4. Данному пациенту рекомендована медикаментозная комбинированная терапия: ингибиторы АПФ + диуретики + Ацетилсалициловая кислота + статины. Из немедикаментозных методов рекомендуется умеренная физическая нагрузка в виде ходьбы не менее 30 минут в день

Больному показана комбинированная антигипертензивная терапия, включающая ингибиторы АПФ, при неэффективности - антагонисты кальция (профилактика повторных нарушений мозгового кровообращения) и диуретики. Кроме того, с учётом перенесённой транзиторной ишемической атаки необходим постоянный приём Ацетилсалициловой кислоты. Выраженная гиперхолестеринемия является показанием к назначению медикаментозного лечения статинами, ограничиваться гиполипидемической диетой в данной ситуации нельзя. Даже при эффективном лечении у больного сохраняется высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, в первую очередь - повторного нарушения мозгового кровообращения.

5. Устойчивая высокая систоло-диастолическая артериальная гипертензия требует исключения вторичной причины повышения артериального давления. Для симптоматических артериальных гипертоний характерны: ранний дебют, резистентность к терапии, быстрое развитие поражений органов-мишеней и осложнений.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 141 [K001951]

1. Фибрилляция предсердий (мерцательная аритмия).

О наличии мерцательной аритмии свидетельствуют отсутствие зубца Р и неправильный ритм (непостоянство интервалов RR) - последнее обстоятельство исключает диагноз АВ узловой тахикардии. Положительная полярность комплекса QRS в отведениях I и aVF свидетельствует о нормальном расположении ЭОС.

2. Наиболее вероятный диагноз - «неревматический (инфекционно-аллергический) миокардит». В пользу наличия у больной неревматического миокардита говорит связь развития аритмии с опоясывающим герпесом, возбудитель которого обладает кардиотропным действием, сохраняющийся субфебрилитет.

3. Учитывая данные клинической картины и ЭКГ, необходимо провести дифференциальную диагностику с тиреотоксикозом, острой ревматической лихорадкой, инфекционным эндокардитом.

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

4. Пациентке рекомендовано проведение сцинтиграфии щитовидной железы, определение уровня антинуклеарных антител и антител к миокардиоцитам в крови, ЭхоКГ, чреспищеводной ЭхоКГ.

Сцинтиграфия щитовидной железы показана для исключения тиреотоксической аденомы («горячего узла») даже при нормальном уровне гормонов в однократном анализе. Выявление в крови повышенного в 3-4 раза титра антител к миокарду является основным лабораторным методом диагностики инфекционно-иммунного миокардита. ЭхоКГ позволяет определить такие признаки тиреотоксического сердца и миокардита, как диффузное снижение сократимости и расширение полостей сердца; для верификации миокардита диагностически значимым является также обнаружение сопутствующего выпота в полости перикарда, субклинической клапанной регургитации, которая обусловлена нарушениями в работе подклапанных структур. Посев крови необходим для исключения инфекционного эндокардита, который уже отвергнут на основании полученных ранее данных. Чреспищеводная ЭхоКГ показана для исключения внутрипредсердного тромбоза как возможного противопоказания к восстановлению синусового ритма.

5. Первоочередные лечебные мероприятия включают: назначение β -адреноблокаторов и назначение антикоагулянтной терапии.

Назначение β -адреноблокаторов показано с целью урежения желудочкового ответа и облегчения переносимости аритмии. Показаний к экстренной электроимпульсной терапии (ЭИТ) (выраженной гемодинамической нестабильности) также нет. Поскольку давность развития мерцательной аритмии неизвестна, попытка восстановления синусового ритма может быть предпринята только после плановой подготовки антикоагулянтами, немедленное введение Новокаинамида с этой целью противопоказано в связи с опасностью тромбоэмболических осложнений. Чреспищеводная стимуляция сердца не является методом, который может быть использован с целью купирования мерцательной аритмии, которая развивается по механизму microentry (при этом отсутствует возбудимое окно, во время которого экстрасимул мог бы оборвать аритмию).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 142 [K001961]

1. На снимке левого колена в переднезадней проекции определяют сужение суставной щели с медиальной стороны. На боковом снимке определяют субхондральный склероз с формированием остеофитов.

2. Предварительный диагноз: «остеоартроз левого коленного сустава».

Обоснованием диагноза являются характерные жалобы больной (нагрузочный характер болей, утренняя скованность, крепитация при активном движении), возраст больной и данные рентгенографии левого коленного сустава (сужение суставной щели, субхондральный склероз с формированием остеофитов).

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

4. Медленнодействующие препараты, модифицирующие симптомы остеоартроза: Хондроитин сульфат, Глюкозамин, неомыляющиеся соединения сои/авокадо, Диацереин, Гиалуроновая кислота.

Медленнодействующие симптоматические препараты обладают выраженным действием на боль и функциональное состояние суставов, как и НПВП, и, кроме того, обладают некоторыми хондропротективными свойствами. Отличительная особенность - время наступления эффекта в течение 2-8 недель от начала лечения, и сохранение эффекта в течение 2-3 месяцев после прекращения лечения.

5. Рекомендованное лечение:

Парацетамол является препаратом выбора при умеренно выраженном болевом синдроме;

НПВП показаны в случае неэффективности Парацетамола, а также при наличии признаков воспаления.

Парацетамол является препаратом выбора при умеренно выраженном болевом синдроме. НПВП при остеоартрозе применяют только в период усиления болей, в отличие от их систематического приёма при воспалительных артритах. В настоящее время не выявлено преимуществ в отношении эффективности какого-либо одного НПВП над другим. Внутрисуставное введение глюкокортикоидов в данной ситуации не показано. Оно показано лишь при наличии симптомов экссудативного воспаления. Частота внутрисуставного введения не должна превышать 2-3 раз в год. Эффективность приёма хондропротекторов внутрь (хондроитина или глюкозамина) большинство рекомендаций считают хотя и не доказанным, тем не менее их назначение может оказать пользу (продолжительность приема не менее 8-12 месяцев).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 143 [K001964]

1. Антифосфолипидный синдром (АФС) с развитием тромбозов с ОМНК в бассейне средней мозговой артерии, транзиторная ишемическая атака (анамнестически). Вторичная тромбоцитопения. Сетчатое ливедо.

2. Наличие 2 случаев артериального тромбоза в сочетании с акушерским анамнезом, а именно смерть плода на 12 неделе беременности, при условии подтверждения нормальной морфологии плода морфологически и положительным волчаночным антикоагулянтом даёт обоснование для диагноза антифосфолипидного синдрома. Кроме того, характерным является наличие сетчатого ливедо и тромбоцитопении.

3. Коагулограмма (оценка риска тромбозов).

АТ к фосфолипидам (АТ к кардиолипину, β 2-гликопротеину), а также динамическое исследование этих показателей и волчаночный антикоагулянт через 12 недель (для подтверждения диагноза согласно критериям).

ЭКГ, ЭхоКГ (обнаружение ишемии миокарда, клапанного поражения: вегетации, регургитации).

УЗАС нижних конечностей (исключить венозные тромбозы).

УЗАС брахиоцефальных сосудов (исключить другую патологию сосудов, как причину ОМНК).

4. Низкомолекулярные гепарины (например, Фраксипарин) в течение 3-5 дней с одновременным началом приёма Варфарина под контролем МНО. При достижении МНО от 2,0 до 3,0 отменить низкомолекулярные гепарины и оставить только Варфарин (с целью профилактики сосудистых тромбозов).

Гидроксихлорохин 200 мг в сутки (наряду с противовоспалительным действием, обладают антитромботической активностью (подавляют агрегацию и адгезию тромбоцитов, уменьшают размер тромба)).

5. Пациентка может быть госпитализирована для исключения вторичного антифосфолипидного синдрома (АФС) на фоне системной красной волчанки (СКВ).

Для исключения вторичного АФС на фоне СКВ необходимо провести следующее обследование:

АТ к нативной ДНК (положительные при СКВ);

Анти Ro АТ (положительные при СКВ);

АТ к SM АГ (положительные при СКВ);

Антинуклеарный фактор (положительные при СКВ).

Отрицательный анализ на эти показатели исключает диагноз СКВ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 144 [K001966]

1. Метаболический синдром. Гиперурикемия. Первичная хроническая тофусная подагра. Полиартрит с поражением голеностопных, I плюсне-фаланговых суставов с обеих сторон, ФНС II ст. Подагрическая нефропатия: МКБ, нефролитиаз. Вторичная артериальная гипертония 3 степени.

2. Диагноз «метаболический синдром» установлен на основании наличия критериев: артериальная гипертензия 2 степени (АД >140/90 мм рт. ст., но менее 160/100 мм рт. ст.); гиперхолестеринемия (ОХС >5,2 ммоль/л); гипергликемия натощак (>5,6 ммоль/л), абдоминальное ожирение (объем талии >89 см).

Диагноз «первичная хроническая тофусная подагра» установлен на основании анамнеза и наличия характерной клинической картины (рецидивирующий артрит I плюсне-фаланговых суставов с максимальной интенсивностью воспаления в первый день атаки, быстрое разрешение явлений артрита на фоне приема НПВС, подагрический тофусы), гиперурикемии (мочевая кислота > 0,36 мкмоль/л), отсутствия данных за другое заболевания, которое могло бы сопровождаться вторичной гиперурикемией.

Степень ФНС определяется по способности пациента к самообслуживанию и выполнению профессиональных, непрофессиональных обязанностей. В задаче у пациента нет ограничения в самообслуживании, однако имеются ограничения в профессиональной и непрофессиональной деятельности, что соответствует II ст.

Диагноз «подагрическая нефропатия: МКБ, нефролитиаз» установлен на основании данных инструментальных методов обследования.

3. Необходимые исследования: сывороточный уровень мочевой кислоты и её экскреция с мочой; ЭКГ, суточное мониторирование АД, ЭхоКГ (для оценки паттерна изменений АД, поражения миокарда в рамках артериальной гипертензии и возможной ишемической болезни сердца, учитывая гиперхолестеринемию); рентгенография поражённых суставов, анализ крови на ревматоидный фактор (дифференциальная диагностика с другими видами артропатий); фракции липидов; повторное определение уровня гликемии натощак и глюкозотолерантный тест (оценка характера и степени тяжести нарушений углеводного обмена); биопсия тофуса (дифференциальная диагностика с ревматоидными узелками, узелковой формой остеоартроза, пирофосфатной артропатией и т. д.); консультации врача-уролога для исключения ренопаренхиматозной артериальной гипертензии, врача-эндокринолога для исключения нарушения толерантности к глюкозе, сахарного диабета. Кроме того, для оценки функции печени и почек необходимо до начала антигиперурикемической терапии определить уровень мочевины и креатинина сыворотки, показатели печёночной функции (трансаминаза, билирубин, щелочная фосфатаза).

4. Для купирования обострения хронического подагрического артрита у данного пациента следует использовать НПВС, например, Нимесулид 200 мг в сутки, Диклофенак 100-150 мг в сутки, перорально или внутримышечно, или же Колхицин 0,5 мг 3 раза в день (при недостаточной эффективности НПВС или развитии побочных эффектов). Приём следует продолжать в течение всей подагрической атаки и до 2-4 дней после её стихания с последующей постепенной отменой. Учитывая полиартикулярный характер поражения, возможно назначения короткого курса системных кортикостероидов - Преднизолон 40-60 мг/сутки на 1-2 дня с последующим снижением дозы.

5. В межприступный период для лечения подагры следует назначить Аллопуринол - с целью снижения продукции мочевой кислоты. Терапию им начинают с низких доз (50-100 мг) и при необходимости повышают на 100 мг каждые 2-4 недели под контролем уровня урикемии до достижения целевого уровня мочевой кислоты (менее 360 мкмоль/л) или до максимальной дозы 800-900 мг в сутки. Альтернативным препаратом может являться фебуксостат 40-80 мг 1 раз в день под контролем уровня мочевой кислоты через 2-4 недели. Показано соблюдение гипопуриновой диеты, а также ограничение приёма легкоусваиваемых углеводов, животных жиров. Количество белков пищи следует ограничивать до 0,8-1,0 г на 1 кг массы. Показано употребление повышенного количества жидкости (не менее 2-2,5 л). Целесообразно ограничение в рационе поваренной соли. Необходима коррекция образа жизни в плане увеличения повседневной двигательной активности, дозированные аэробные физические нагрузки (пешие прогулки, занятия плаванием, лыжами в зимний период). Показана комплексная медикаментозная терапия метаболического синдрома: лечение артериальной гипертензии (в качестве препаратов первого ряда следует отдать предпочтение метаболически нейтральным группам иАПФ, АРА-II - Лозартан, пролонгированным блокаторам кальциевых каналов дигидропиридинового ряда или их комбинациям), коррекция дислипидемии после определения липидного профиля (статины), после дообследования по программе сахарного диабета по согласованию с врачом-эндокринологом может быть показан приём пероральных сахароснижающих препаратов. Больному показано динамическое наблюдение врача-терапевта участкового, врача-кардиолога, врача-ревматолога, врача-эндокринолога, врача-уролога.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 145 [K001970]

1. Ревматоидный полиартрит, ранняя стадия, серонегативный, неэрозивный (рентгенологическая стадия 2), активность 3 ст., с внесуставными проявлениями (ревматоидные узелки, похудание). НПВП-гастропатия: эрозивный гастрит антрального отдела желудка. Железодефицитная анемия, средней степени тяжести.

2. Диагноз «ревматоидный артрит» (РА) установлен на основании наличия более 4 диагностических критериев - утренняя скованность более 1 часа, полиартрит, симметричный, поражение суставов кистей, наличие ревматоидных узелков, рентгенологические изменения (околосуставной остеопороз, сужение суставных щелей). Ранняя стадия установлена, так как длительность заболевания до года (7 месяцев), серонегативный в связи с отсутствием ревматоидного фактора в крови (уровень показателя не превышает нормальных референсных значений), активность 3 степени - в связи со значением DAS 28=5,6.

Диагноз «НПВП - гастропатия» установлен, учитывая данные ЭГДС и связи возникновения болей в эпигастрии с приёмом НПВП.

Диагноз «железодефицитная анемия умеренной степени тяжести» установлен в связи со снижением уровня гемоглобина и низкими значениями сывороточного железа.

3. Пациенту рекомендовано исследование дополнительного серологического маркера ревматоидного артрита, который имеет диагностическое и прогностическое значение - антицитруллиновые антитела (АЦЦП); определение уровня трансферрина, ферритина и общей железосвязывающей способности крови для оценки характера анемии.

4. Препаратом первого выбора для инициальной терапии раннего РА является Метотрексат 10-25 мг/нед. в сочетании с глюкокортикостероидами (Преднизолон) 30 мг коротким курсом.

Метотрексат относится к группе антиревматических болезнь-модифицирующих препаратов и является препаратом первой линии, т. к. обладает рядом лечебных действий: ингибирует образование иммуноглобулинов иммунной системой; блокирует образование синовиоцитов, которые разрушают соединительную ткань; предотвращает эрозии суставных поверхностей; приводит к уменьшению воспалительных изменений; даёт длительный эффект (до 3 месяцев после отмены).

Глюкокортикостероиды (ГКС) обладают мощным противовоспалительным действием и назначаются при высокой активности заболевания.

5. Дефигурация II-V проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставов обеих кистей за счет экссудативно-пролиферативных изменений.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 146 [K001979]

1. Гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия 3 степени, риск 4. Гипертонический криз.

2. Отклонение электрической оси сердца влево, высокий RV4-V6, $RV4 < RV5 > RV6$, высокий RaVL (>11 мм), $RV5+SV2 = 41$ мм. Гипертрофия левого желудочка.

3. Синдром артериальной гипертензии.

4. Осложнённые гипертонические кризы при геморрагическом инсульте, ишемическом инсульте, субарахноидальном кровоизлиянии, острой гипертонической энцефалопатии, феохромоцитоме, расслаивающей аневризме аорты.

5. Моксонидин 0,2 мг под язык или Капотен 25 мг под язык или Клофелин 0,075-0,015 мг под язык.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 147 [K001980]

1. Гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени. Риск 4. Гипертонический криз, осложненный отёком лёгких.

2. Отклонение электрической оси сердца влево, высокий RV4-V6, $RV4 < RV5 > RV6$, высокий RaVL (>11 мм), $RV5+SV2 = 41$ мм. Гипертрофия левого желудочка.

3. Острая левожелудочковая недостаточность (отёк лёгких).

4. Неосложнённые гипертонические кризы, острый инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность, приступ бронхиальной астмы.

5. Морфин внутривенно струйно медленно; Лазикс внутривенно; нитроглицерин инфузионно, Эналаприлат внутривенно струйно медленно или Нитропруссид натрия инфузионно; оксигенотерапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 148 [K001982]

1. Идиопатическая пароксизмальная фибрилляция предсердий (допускается формулировка «мерцательная аритмия»), тахисистолическая форма, гемодинамически незначимый пароксизм.

2. Ритм нерегулярный, ЧСС повышена, отсутствуют зубцы Р, волны f. Заключение: фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма.

3. Нарушение ритма сердца.

4. Другие пароксизмальные тахикардии с «узкими» комплексами QRS (трепетание предсердий, предсердные тахикардии, атриовентрикулярные тахикардии), синусовая тахикардия.

5. Новокаиномид 1000 мг внутривенно капельно или Амиодарон 300 мг внутривенно капельно или Пропафенон 450-600 мг внутрь.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 149 [K001983]

1. ИБС. Стенокардия напряжения, функциональный класс II. Полная атриовентрикулярная блокада. Приступы Морганьи-Адамса-Стокса. НПБ, функциональный класс IV. Симптоматическая артериальная гипертензия III степени, риск 4.

2. Полная атриовентрикулярная блокада, замещающий ритм АВ-соединения. Заключение: полная атриовентрикулярная блокада (III степени).

3. Нарушение проводимости: полная атриовентрикулярная блокада с приступами Морганьи-Адамса-Стокса.

4. Обмороки при синдроме слабости синусового узла, при пароксизмальных тахикардиях, при транзиторных ишемических атаках, при эпилепсии.

5. Временная электрокардиостимуляция с трансвенозной (допускается формулировка «эндокардиальной») установкой электрода.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 150 [K001984]

1. ИБС. Острый передний инфаркт миокарда с зубцом Q.

2. QS в отведениях V1-V3, выраженная горизонтальная элевация ST и высокий островершинный T в отведениях V1-V6. Реципрокная депрессия ST и отрицательный T в отведениях III, aVF. Заключение: признаки переднего распространенного инфаркта миокарда с зубцом Q, острейший период.

3. Экстренная госпитализация. До приезда бригады скорой помощи: уложить больного, установить прикроватный кардиомонитор (при возможности), обезболивание (Нитроглицерин сублингвально или ненаркотические анальгетики), 125 мг Аспирин разжевать, 75 мг Клопидогрела, гепаринотерапия.

4. Впервые возникшая стенокардия, острый перикардит, расслаивающая аневризма аорты, тромбоэмболия лёгочной артерии, остеохондроз грудного отдела позвоночника.

5. МВ-креатинкиназа, тропонины T и I.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 151 [K001985]

1. Серопозитивный ревматоидный артрит, АЦЦП+, эрозивный, развёрнутая клиническая стадия, умеренная активность (DAS28=5,0), рентгенологическая стадия II, функциональный класс недостаточности суставов II.

2. Диагноз «ревматоидный артрит» поставлен на основании типичных признаков суставного синдрома: утренняя скованность, припухлость пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов. Данных рентгенограммы кистей: околосуставной остеопороз, сужение суставной щели, узур. Обнаружения высоких цифр ревматоидного фактора, антител к циклическому цитруллинированному пептиду и СОЭ. Активность процесса определяется с помощью индекса DAS28. Функциональный класс недостаточности – в связи с ограничением выполнения домашней работы.

3. Пациенту рекомендовано рентгенологическое исследование лёгких, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек, ЭхоКГ, ЭКГ. Определение общего анализа мочи. Креатинин крови, АЛТ, АСТ, билирубин. Осмотр врачом-офтальмологом, врачом-неврологом. Данные исследования необходимы для выявления системных проявлений ревматоидного артрита и назначения терапии.

4. Больной после обследования необходимо назначение базисной терапии - Метотрексат 15 мг в неделю, Фолиевая кислота 5 мг в неделю. Для купирования болевого синдрома необходимо назначение НПВС (например, Диклофенак ретард 100 мг 2 раза в день), в сочетании с Омепразолом 20 мг 1 раз в сутки.

5. Препарат первой линии - Метотрексат, поскольку данный препарат наиболее эффективно контролирует аутоиммунный воспалительный процесс при РА, замедляет рентгенологическую деструкцию костной ткани, предотвращает развитие системных проявлений заболевания, хорошо переносится.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 152 [K001986]

1. Анкилозирующий спондилоартрит. Развёрнутая стадия. BASDAI 3,2. BASFI 3,0. Двухсторонний сакроилеит, стадия 3. Функциональная недостаточность суставов I.

2. Диагноз «анкилозирующий спондилоартрит (АС)» поставлен на основании воспалительного характера боли в позвоночнике, изменения соответствующих клинических тестов (Кушелевского, Томайера, Форестье) и обнаружения на рентгенограмме илеосакральных сочленений сакроилиита III стадии. Развёрнутая стадия поставлена на основании длительности течения заболевания и отсутствия анкилозирования в различных отделах позвоночника. Величина индексов BASDAI и BASFI на основании подсчёта соответствующих медицинских калькуляторов. Функциональная недостаточность суставов установлена на основании изменения физиологических изгибов позвоночника и ограничения подвижности позвоночника.

3. Пациенту рекомендовано рентгенологическое исследование и УЗИ тазобедренных суставов для определения наличия у пациента явлений коксита. Осмотр врачом-офтальмологом для выявления проявления поражения глаз. Выполнение ЭКГ и ЭхоКГ для выявления аортита или других проявлений вовлечения сердца в патологический процесс. Определение HLA-B27, антител из главного комплекса гистосовместимости лейкоцитов человека к B27 антигену, которые указывают на генетическую природу заболевания.

4. Всем больным необходимо назначение НПВС и ЛФК. Приём НПВС должен быть постоянным и длительным. НПВС - базисные препараты для лечения АС (например, Диклофенак натрия 100 мг 2 раза в сутки или Эторикоксиб 90 мг 1 раз в сутки).

При отсутствии эффекта от приёма НПВС - решение вопроса о назначении ингибиторов фактора некроза опухоли альфа (Инфликсимаб, Адалimumаб, Голимумаб).

5. При наличии у пациента явлений периферических артритов необходимо назначение Сульфасалазина. При его неэффективности решение вопроса о назначении генно-инженерных биологических препаратов из группы ингибиторов некроза опухоли альфа (ФНО альфа), поскольку Сульфасалазин и ингибиторы ФНО альфа входят в национальные рекомендации по лечению АС как препараты, оказывающие патогенетическое действие.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 153 [K001987]

1. Хроническая тофусная подагра. Поражение суставов, почек (нефролитиаз). Гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия II степени, риск сердечно-сосудистых осложнений 4 ст. Метаболический синдром. Дислипидемия.

2. Диагноз «подагра» поставлен на основании типичных признаков суставного синдрома: приступообразное воспаление суставов стопы, интенсивная боль, отёчность суставов, кроме того имеет значение рецидивирующий характер течения и наличие тофусов. Диагноз «гипертоническая болезнь (ГБ)» установлен на основании жалоб больного на нестабильность АД, установление степени ГБ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Стадия ГБ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (сердце). Степень риска сердечно-сосудистых осложнений поставлена на основании наличия метаболического синдрома.

Диагноз «метаболический синдром» установлен на основании наличия ожирения, АГ, дислипидемии (повышения уровня ТГ и снижения уровня ЛПВП), гипергликемии натощак.

3. Пациенту рекомендовано рентгенологическое исследование стоп, поляризационная микроскопия синовиальной жидкости для визуализации кристаллов мочевой кислоты, УЗИ почек для определения поражения почек, проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ; проведение ЭхоКГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; лабораторное исследование: креатинин для определения СКФ и определения стадии ХБП.

4. Всем больным необходимо выполнение рекомендаций по питанию - стол №6: ограничение продуктов, содержащих пурины (мясо), ограничение содержания в продуктах жиров, запрещение приёма алкоголя.

Для купирования острого суставного синдрома применяется 3 группы препаратов: НПВС (например, Диклофенак 100 мг 2 раза в день после еды), глюкокортикостероиды (Дипроспан 1,0 локально) или Колхицин 1 мг 3 раза в сутки.

В межприступный период: необходимо продолжить придерживаться диеты, к терапии добавить Аллопуринол 300 мг в сутки до нормализации мочевой кислоты, с последующим снижением дозы до поддерживающей - 100 мг в сутки, НПВС - при болях.

5. Антагонисты рецепторов к ангиотензину II для коррекции АД и Аторвастатин для снижения гиперлипидемии, так как эти препараты обладают урикозурическим эффектом. Кроме того, выбор препарата из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II основан на его нефропротективных свойствах. С этой же позиции оправдано использование в качестве гипотензивного средства препарата из группы ингибиторов АПФ. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает Рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II - Лозартан.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 154 [K001988]

1. Хроническая железодефицитная анемия (ЖДА) вследствие гиперменорреи (на фоне миомы матки), обострение, средней степени тяжести.

2. Диагноз «ЖДА» установлен на основании жалоб больной, как общеанемических (слабость, быстрая утомляемость, одышка, сердцебиение, бледность кожи), так и сидеропенических (ломкость ногтей, извращение вкуса и обоняния); данных анамнеза (в молодости была анемия беременных; имеется указание на вероятный источник кровопотери); данных объективного исследования (бледность кожи и слизистых, «заеды» в углах рта, ломкость ногтей, артериальная гипотензия); лабораторных данных (снижение числа эритроцитов и гемоглобина, гипохромия); установление степени тяжести ЖДА основано на цифрах гемоглобина; хроническое течение анемии прослеживается по отдалённому и ближайшему анамнезу.

3. План обследования: определение уровня сывороточного железа и ферритина - для лабораторного подтверждения дефицита железа; проведение ФГДС и ФКС - для исключения параллельного маточному источнику кровотечения; консультация врача-гинеколога для возможности устранения обильности кровопотери.

4. Препараты трёхвалентного железа предпочтительнее, так как лучше всасываются и меньше раздражают слизистую желудка. Путь введения - пероральный (противопоказаний у пациентки нет), что гарантирует безопасность, не уступая по эффективности парентеральному (к которому у пациентки нет показаний). Этим требованиям более всего соответствует Феррум-лек, жевательные таблетки, в дозировке - по 1 таблетке (100 мг) 3 раза в день.

5. Оставить терапию железосодержащим препаратом без изменений, продолжить динамическое наблюдение. Необходимо уточнить предполагаемые сроки прихода месячных и рацион питания пациентки, поскольку от этого зависит дозировка препарата железа и сроки приёма. Необходимо довести уровень гемоглобина до нормы, затем приступить к этапу насыщения железом органов-депо, снизив дозу препаратов железа вдвое или оставив её прежней. Контроль анализа крови ежемесячно в течение ближайших 3 месяцев. В дальнейшем переходят к этапу поддерживающей терапии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 155 [K001989]

1. Внебольничная правосторонняя среднедолевая пневмония, вызванная неуточнённым возбудителем, тяжелое течение. ДН 2 ст.

2. Диагноз «внебольничная пневмония (ВП)» установлен на основании жалоб больного на повышение температуры тела до 38,5°C, кашель с трудноотделяемой мокротой «ржавого» цвета, боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при кашле, чувство нехватки воздуха, головокружение; данных анамнеза (пациент заболел вне стационара) и объективного обследования (притупление перкуторного звука, усиление бронхофонии в 4-5 межреберье по среднеключичной линии справа, при аускультации в том же отделе дыхание с бронхиальным оттенком, крепитация).

Локализация установлена по данным объективного осмотра и рентгенограмме грудной клетки (в прямой проекции имеется затемнение нижнего лёгочного поля правого лёгкого; в боковой проекции видно поражение преимущественно средней доли правого лёгкого).

Тяжёлое течение внебольничной пневмонии установлено на основании наличия дыхательной недостаточности (цианоз, одышка в покое, низкая сатурация), сосудистой недостаточности (АД - 85/50 мм рт. ст.), гиперлейкоцитоза.

Степень дыхательной недостаточности определена по уровню сатурации (80%).

3. Пациенту рекомендовано проведение МСКТ органов грудной клетки для уточнения характера и объёма поражения; мониторинг АД и SpO₂ для своевременного перевода пациента в ПИТиР; биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, электролиты, печёночные ферменты, билирубин, глюкоза, альбумин) для ранней диагностики полиорганной недостаточности; развёрнутый общий анализ крови с определением уровня эритроцитов, гематокрита, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы; бактериоскопия и бактериологическое исследование респираторного образца (мокрота, трахеальный аспират, образцы, получаемые при бронхоскопии) и крови с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам; диагностическая и лечебная ФБС.

4. При тяжёлой внебольничной пневмонии назначение антибиотиков должно быть неотложным; отсрочка с началом антибактериальной терапии на 4 часа и более существенно ухудшает прогноз. Препаратами выбора являются цефалоспорины III поколения без антисинегнойной активности, Цефепим, ингибиторозащищённые аминопенициллины или Эртапенем, которые должны назначаться в комбинации с макролидом для внутривенного введения. Препараты резерва: комбинация респираторного фторхинолона (Моксифлоксацин, Левофлоксацин) с цефалоспорином III поколения (Цефотаксим, Цефтриаксон), карбапенемы.

5. Диспансерное наблюдение осуществляется в течение 6 месяцев с визитами к врачу-терапевту участковому через 1, 3 и 6 месяцев после выписки. Общий анализ крови, мокроты, флюорограмма органов грудной клетки, спирограмма выполняются дважды, через 1 и 6 месяцев, биохимический анализ крови - 1 раз через 6 месяцев. При необходимости проводятся консультации врача-пульмонолога, врача-оториноларинголога, врача-стоматолога.

Оздоровительные мероприятия: витаминотерапия, ЛФК, сауна, санация очагов инфекции, профилактика ОРВИ и гриппа, отказ от курения, направление в профильные санатории.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 156 [K001990]

1. ИБС. Острый коронарный синдром с подъёмом сегмента ST, передне-перегородочно-боковой. Киллип 1. Артериальная гипертония 3 стадии, риск 4.

2. Диагноз «ИБС: острый коронарный синдром» установлен на основании клинической картины: боль за грудиной, возникшая в покое, не купируемая Изокетом, продолжительностью 40 минут, сопровождающаяся слабостью и холодным потом.

Данные ЭКГ: подъём ST в отведениях I, avL, V2-V6 и реципрокные изменения в III, avF свидетельствуют об ОКС с подъёмом ST передне-перегородочно-боковой локализации.

Киллип 1 - на основании отсутствия хрипов в лёгких.

Диагноз артериальной гипертонии установлен на основании данных о повышении АД в течение 6 лет. Наличие ОКС свидетельствует о 3 стадии и 4 степени риска.

3. Пациенту необходимо исследование маркеров некроза (тропонин), креатинина, глюкозы. Экстренная коронарография для выявления окклюзивного тромбоза с последующим восстановлением кровотока в инфаркт-связанной артерии.

4. Экстренное чрескожное коронарное вмешательство является наиболее эффективным способом восстановления кровотока. При наличии отделения рентгеноэндоваскулярных вмешательств необходимо проведение ЧКВ. Вмешательство экстренное, так как имеется подъем сегмента ST.

5. Нагрузочная доза Аспирина и Тикагрелора. Возможна комбинация Аспирина и Клопидогрела. Гепарин (низкомолекулярный или нефракционированный).

Тикагрелор предпочтительнее Клопидогрела. Инфузия Гепарина прекращается после ЧКВ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 157 [K001991]

1. ИБС. Стабильная стенокардия напряжения IIIФК. ХСНIIА стадия, ПФК по NYHA. Гиперлипидемия.

2. Диагноз «ИБС, стабильная стенокардия IIIФК» установлен на основании жалоб больного на сжимающие боли за грудиной, которые возникают при ходьбе на расстояние 200 метров или при подъеме на один пролет лестницы, иррадиирующие в левое плечо, проходящие после остановки. За данный диагноз говорят также данные ВЭМ – на нагрузке 75 Вт проба остановлена из-за возникшего дискомфорта в грудной клетке и изменений на ЭКГ: депрессии ST на 2 мм в отведениях V4, V5, V6. «Двойное произведение» составило 195.

Хроническая сердечная недостаточность IIА стадия определена на основании наличия одышки и отсутствия признаков правожелудочковой недостаточности.

ПФК по NYHA определен по признакам ограничения физической активности при привычной физической нагрузке.

Гиперлипидемия обнаружена при определении общего холестерина и его фракций.

3. Пациенту рекомендовано проведение ЭХО-кардиографии для оценки систолической и диастолической функций; определение креатинина и скорости клубочковой фильтрации; направить больного для проведения коронарографии (КГ) с целью выработки дальнейшей тактики ведения пациента (чрескожное коронарное вмешательство или аорто-коронарное шунтирование).

4. Больным со стабильной стенокардией напряжения рекомендуется два направления лечебных мероприятий: направленные на улучшение прогноза и предупреждения осложнений; направленные на уменьшение частоты и выраженности ангинозных приступов для улучшения качества жизни.

К первым относятся:

нормализация образа жизни - регулярные ежедневные аэробные физические нагрузки не менее 30 минут в день, не вызывающие ангинозных болей. Диета с низким содержанием животных жиров, содержащая много фруктов и овощей, увеличение потребления продуктов, содержащих омега-3-ненасыщенные жирные кислоты (жирная морская рыба, морепродукты);

назначение дезагрегантной терапии – Аспирин 75-150 мг в сутки, при наличии противопоказаний – Клопидогрел – 75 мг в сутки;

гиполипидемическая терапия – Аторвастатин 40-80 мг в сутки или Розувастатин 10-20 мг с коррекцией дозы через 1,5-2 месяца после контрольной липидограммы (целевой уровень – ХС-ЛПНП менее 1,8 ммоль/л или уменьшение более чем на 50% от исходного, если целевой уровень не может быть достигнут);

ингибиторы АПФ, учитывая наличие сердечной недостаточности и стабильной ИБС;

бета-адреноблокаторы (учитывая наличие ХСН с низкой фракцией выброса и приём Бисопролола целесообразно продолжить терапию Бисопрололом).

Так как больной получает комбинированную антиишемическую терапию, на фоне которой сохраняется стенокардия IIIФК, необходимо решение вопроса о показаниях к реваскуляризации (по результатам коронарографии).

5. Больному показано аорто-коронарное шунтирование, так как данный вид реваскуляризации при стенозе ствола ЛКА имеет преимущество перед ЧКВ в плане прогноза. Медикаментозную терапию необходимо продолжить.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 158 [K001992]

1. Хронический гломерулонефрит, симптоматическая артериальная гипертония или гипертонический вариант. Хроническая болезнь почек IIIа стадии, альбуминурия 2 ст. (A2, высокая).

2. Диагноз «гломерулонефрит» установлен на основании данных анамнеза о появлении артериальной гипертензии и макрогематурии через неделю после ангины (вероятный острый гломерулонефрит), о повторном эпизоде макрогематурии на фоне ОРВИ спустя 1 год, а также на основании обнаружения характерного мочевого синдрома: протеинурии и эритроцитурии. Не обнаружено клинических симптомов и объективных данных, свидетельствующих об урологической патологии. Диагноз «симптоматическая артериальная гипертония» установлен на основании обнаружения стабильно повышенного АД с высоким диастолическим АД у больного с мочевым синдромом, характерным для гломерулонефрита. Диагноз «хроническая болезнь почек» установлен на основании симптоматики гломерулонефрита в течение более 3 месяцев. Диагноз «IIIа стадии хронической болезни почек» установлен на основании СКФ58 мл/мин (в диапазоне 45-59 мл/мин). Градация альбуминурии A2 - на основании суточной протеинурии 500 мг (в диапазоне 150-500 мг, что соответствует высокой альбуминурии - 30-300 мг/л, или альбумин/креатинин мочи - 30-300 мг/г).

3. Пациенту рекомендованы консультации врача-нефролога для верификации диагноза «гломерулонефрит»; проведение ЭКГ; проведение ЭХОКГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; доплер УЗИ почек и почечных артерий для оценки состояния почечных артерий и сосудов почек; биохимический анализ крови с определением уровня кальция, фосфора, калия, натрия для оценки состояния электролитного обмена и ранней диагностики нарушений фосфорно-кальциевого обмена; определение паратиреоидного гормона в крови для ранней диагностики вторичного гиперпаратиреоза.

4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ХБП-III стадии. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает Рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II – Ирбесартан.

5. Оставить антигипертензивную и нефропротективную терапию без изменений, продолжить динамическое наблюдение. Усиливать терапию нецелесообразно, так как за короткий промежуток времени (1 месяц) достигнут целевой уровень АД, существенно снизилась альбуминурия. Уменьшать медикаментозное лечение также нецелесообразно, так как применение препаратов в установленных дозах безопасно: не привело к существенному нарастанию креатинина крови, но альбуминурия остается по-прежнему высокой. Необходим контроль СКФ, альбуминурии и коррекция терапии через 3 месяца.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 159 [K001993]

1. Недостаточная доза Спиринолактона (25 мг/сут) на фоне клинических проявлений ХСН ПБ. Для достижения эффективного диуреза необходима комбинированная диуретическая терапия – сочетание Спиринолактона с петлевыми диуретиками (Фуросемид или Торасемид).

2. При эффективной диуретической терапии должна быть положительная динамика клинических данных (уменьшение отеков, одышки), снижение веса, положительный суточный баланс жидкости.

3. Одновременное назначение комбинации Дигоксина и Бисопролола повышает риск развития брадикардии и АВ-блокады. Для контроля безопасности фармакотерапии необходим контроль ЧСС, регистрация ЭКГ, возможно проведение холтеровского мониторирования ЭКГ.

4. МНО – международное нормализованное отношение, для пациента с постоянной формой фибрилляции предсердий – 2-3.

5. При терапии статинами необходимо контролировать уровень трансаминаз (АСАТ, АЛАТ) для выявления поражения печени и контроль КФК для выявления развития миопатии и рабдомиолиза. Увеличение трансаминаз более 3 норм и КФК более 5 норм требует отмены препарата.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 160 [K001994]

1. Стартовая терапия нерациональна из-за низкой активности Цефазолина против основных возбудителей внебольничной пневмонии.

2. Смена Цефазолина на Амикацин не может обеспечить эффект из-за отсутствия активности Амикацина против наиболее частых возбудителей внебольничной пневмонии (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, атипичная микрофлора).

3. Для контроля эффективности антибактериальной терапии через 48-72 часа необходимо оценить клиническое состояние пациента – уменьшение признаков интоксикации, снижение температуры, а также динамику лабораторных показателей (уменьшение лейкоцитоза, уменьшение количества палочкоядерных нейтрофилов).

4. Одновременное назначение Амикацина и Кеторолака повышает риск развития нефротоксического действия аминогликозидов из-за негативного влияния НПВС на состояние почечного кровотока.

5. Отменить Амикацин, возможно назначение:

- ингибитор/защищенные пенициллины ± макролиды (Спирамицин, Джозамицин, Азитромицин, Кларитромицин)

или

- цефалоспорины III поколения (Цефотаксим, Цефтриаксон) ± макролиды (Спирамицин, Джозамицин, Азитромицин, Кларитромицин)

или

- «респираторные» фторхинолоны III-IV поколения (Левифлоксацин, Моксифлоксацин, Спарфлоксацин, Гемифлоксацин).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 161 [K001995]

1. Фолликулярная ангина.

Диагноз поставлен на основании:

- жалоб (повышение температуры до 38,5°C, слабость, боли в горле при глотании);

- анамнеза (острое начало заболевания с лихорадкой, симптомами интоксикации и местными симптомами - боли в горле при глотании);

- данных объективного исследования (поражение глоточных миндалин: гиперемия, отёчность (больше справа), множественные гнойные фолликулы; местная лимфаденопатия: подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон до 1,5 см, плотные, умеренно болезненные, не спаяны между собой и окружающими тканями).

2. Дифтерия. Отличием дифтерии от ангины является наличие на миндалинах налёта, плотно прилегающего к тканям и трудно снимающегося шпателем. Диагноз подтверждается бактериологическим исследованием мазков, взятых с миндалин.

Инфекционный мононуклеоз. При этом заболевании характерно наличие атипичных мононуклеаров в крови, наличие генерализованной лимфаденопатии и гепатоспленомегалии.

3. Местная терапия: промывание миндалин, орошение ротоглотки антисептиками (например, Гексетидин по 1 впрыскиванию утром и на ночь после еды), частое полоскание горла антисептиками (например, Хлоргексидином).

Системное лечение:

- антибиотики широкого спектра:

1. первый ряд - ингибиторзащищённые пенициллины или цефалоспорины 2-3 поколения, например, Амоксициллин/Клавуланат 875/125 мг 2 раза в день внутрь;

2. второй ряд - макролиды 2 или 3 поколения, например, Кларитромицин 500 мг 2 раза в день внутрь;

- жаропонижающие при температуре тела $> 38^{\circ}\text{C}$ (например, Парацетамол 500 мг внутрь не чаще 1 раза в 6 часов).

4. - Общий анализ крови (оценка воспалительной реакции, дифференциальный диагноз с инфекционным мононуклеозом, с ангиной на фоне заболеваний крови);

- общий анализ мочи (для выявления такого осложнения ангины как гломерулонефрит);

- бактериологическое исследование мазка миндалин (для выделения возбудителя ангины и дифференциальной диагностики с дифтерией).

5. Основной: иммунный (гаптенный) агранулоцитоз, ассоциированный с приёмом Диклофенака.

Осложнения: фолликулярная ангина.

Сопутствующий: первичный остеоартрит, локальная форма с поражением правого коленного сустава.

Больной требуется госпитализация в гематологическое отделение стационара.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 162 [K001996]

1. Диагноз «нетяжёлая внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония».

Диагноз «правосторонняя пневмония» поставлен на основании:

жалоб (на повышение температуры до 38°C , слабость, озноб, кашель со светлой мокротой);

анамнеза (острое начало заболевания);

данных объективного исследования (дыхание ослаблено в нижней половине правого лёгкого, там же выслушивается крепитация, при перкуссии - притупление перкуторного звука).

Нетяжёлая пневмония установлена ввиду отсутствия критериев тяжести.

Внебольничная пневмония установлена на основании начала заболевания амбулаторно, за 3 дня поступления в стационар.

2. Общий анализ крови (оценка воспалительной реакции);

общий анализ мокроты (оценка выраженности местного воспалительного ответа, дифференциальная диагностика с аллергическими заболеваниями лёгких);

бактериологическое исследование мокроты (для выделения возбудителя пневмонии);

рентгенография лёгких в прямой и правой боковой проекции (для подтверждения наличия инфильтративных изменений в правом лёгком).

3. Постельный режим, обильное питьё.

Антибиотики широкого спектра действия пенициллинового ряда (например, Амоксициллин 500 мг 3 раза в день внутрь).

Муколитик (например, Амброксола гидрохлорид по 30 мг 3 раза в день внутрь).

Жаропонижающие при температуре тела $> 38^{\circ}\text{C}$ (например, Парацетамол 500 мг внутрь не чаще 1 раза в 6 часов).

4. Диагноз: основной - агранулоцитоз. Осложнения: нетяжёлая внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония.

Диагноз «агранулоцитоз» поставлен на основании данных общего анализа крови (лейкопения, агранулоцитоз), а также с учётом наличия инфекционного осложнения - нетяжёлой внебольничной правосторонней нижнедолевой пневмонии.

Диагноз «пневмония» поставлен на основании жалоб (на повышение температуры до 38°C , слабость, озноб, кашель со светлой мокротой):

- анамнеза (острое начало заболевания с лихорадкой, интоксикацией и влажным кашлем);

- данных объективного исследования (дыхание ослаблено в нижней половине правого лёгкого, там же выслушивается крепитация, при перкуссии - притупление перкуторного звука);

- изменений на рентгенограмме лёгких (инфильтративные изменения в нижней доле правого лёгкого).

Пневмония внебольничная, так как возникла не в стационаре.

Пневмония нетяжёлая, так как отсутствуют следующие критерии тяжёлого течения: температура тела $> 38,5^{\circ}\text{C}$, САД < 90 мм рт. ст., ДАД < 60 мм рт. ст., поражение более 1 доли лёгкого, наличие лёгочных осложнений пневмонии, ЧД > 30 в минуту, $\text{PaO}_2 < 60$ мм рт. ст., нарушение сознания, сепсис. Лейкопения в данном примере первична и связана с агранулоцитозом, а не с тяжестью пневмонии.

5. Больной требуется госпитализация в гематологическое отделение стационара.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 163 [К001997]

1. Учитывая наличие у пациента признаков гипертрофии миокарда левого желудочка, жалобы на головокружение при нагрузке и эпизод синкопе, требуется дообследование: ЭХОКГ - для оценки выраженности ГЛЖ и выявления обструкции выносящего тракта ЛЖ (ОВТЛЖ), оценка глобальной сократимости ЛЖ, наличия диастолической дисфункции ЛЖ; суточное ЭКГ-мониторирование для исключения нарушений ритма/проводимости, которые могли быть причиной синкопе. Выявление ишемии миокарда, которая часто бывает при ГЛЖ; общий анализ крови - для выявления анемии; консультация врача-невролога - исключение неврологических причин синкопе.

2. У пациента без предшествующего сердечно-сосудистого анамнеза наблюдается выраженная гипертрофия ЛЖ с ОВТЛЖ по данным ЭХОКГ. Требуется исключить наличие латентно протекающей артериальной гипертензии, с этой целью показано проведение самоконтроля АД, суточного мониторирования АД (СМАД), скрининг на наличие факторов риска (биохимия крови: глюкоза крови, липидный профиль), обследование на наличие поражения других органов-мишеней (УЗИ сосудистой стенки магистральных артерий с измерением толщины комплекса интима-медиа, определение скорости пульсовой волны, лодыжечно-плечевого индекса; измерение креатинина в крови, подсчёт СКФ по СКD-EPI или MDRD, определение суточной альбуминурии, отношение альбумин/креатинин в моче).

3. Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) с обструкцией выносящего тракта ЛЖ.

4. Диагноз поставлен на основании:

- жалоб на головокружение при физических нагрузках, эпизода синкопе (синдром малого выброса);

- анамнеза (отсутствие сердечно-сосудистой патологии в прошлом, в т. ч. пороков сердца и артериальной гипертензии; наличие эпизодов головокружения и синкопе при физической нагрузке; указание на отягощённую наследственность также может быть связано с данным заболеванием (внезапная смерть отца в молодом возрасте);

- данных объективного статуса (верхушечный толчок усилен, концентрический; интенсивный систолический шум в области верхушки и вдоль левого края грудины).

- данных инструментального исследования (ГЛЖ на ЭКГ, ГЛЖ с обструкцией выходного тракта ЛЖ на ЭХОКГ).

5. Рекомендуется ограничить физическую нагрузку, динамическое наблюдение у врача-кардиолога. Пациента необходимо предупредить о противопоказании приёма нитратов, Дигоксина, антиаритмиков IC класса.

В качестве первой линии терапии для уменьшения симптоматики у пациентов с обструкцией выходного тракта ЛЖ показаны бета-адреноблокаторы без вазодилатирующего действия, например, Бисопролол в начальной дозе 2,5 мг 1 раза в день внутрь длительно.

Показана консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 164 [K001998]

1. Основное заболевание: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит.

Фоновое заболевание: ожирение 1 ст.

2. Диагноз «гастроэзофагеально-рефлюксная болезнь» установлен на основании жалоб больной на изжогу, отрыжку кислым, усиливающиеся в горизонтальном положении после приёма пищи и при наклоне вперёд.

Диагноз «эрозивно-язвенный рефлюкс эзофагит» установлен на основании данных ЭГДС (наличие множественных участков гиперемии слизистой оболочки и отдельных несливающихся эрозий дистального отдела пищевода).

Диагноз «ожирение» устанвлен на основании данных осмотра (наличие ИМТ - более 30 кг/м²), 1 стадия ожирения установлена в связи со значением ИМТ - 31 кг/м².

3. Суточная внутрипищеводная рН-метрия (для определения количества и длительности рефлюксов за сутки, значения рН); рентгенологическое исследование пищевода, желудка (для выявления патологических изменений пищевода, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы); тесты на определение наличия *helicobacter pilori*; манометрическое исследование пищеводных сфинктеров (для определения их тонуса).

4. Антациды (Алюминия фосфат) для подавления кислотного рефлюкса. Ингибиторы протонной помпы (ИПП) (любой - Омепразол, Пантопразол, Рабепразол, Эзомепразол, Лансопразол) для подавления синтеза соляной кислоты. Прокинетики для стимуляции моторики желудочно-кишечного тракта, восстановления нормального физиологического состояния пищевода (Итоприда гидрохлорид).

5. Соблюдение диеты (исключить большие объёмы пищи, её приём быстрыми темпами, приём пищи с пониженным содержанием жиров и повышенным содержанием белков, избегать приём продуктов, вызывающих раздражающее действие на слизистую оболочку желудка).

Отказ от курения.

Снижение массы тела.

Не принимать горизонтальное положение в течение 1,5 часа после еды.

Не принимать пищу менее, чем за 3 часа до сна.

Исключить нагрузки, повышающие внутрибрюшное давление (избегать тесной одежды, ношения тяжестей, напряжения брюшного пресса).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 165 [K002000]

1. Железодефицитная анемия.

2. Диагноз «железодефицитная анемия» поставлен на основании:

- жалоб (слабость, головокружение, что соответствует анемическому синдрому; выпадение волос, ломкость ногтей, сухость кожи - сидеропенический синдром);

- анамнеза (постепенное развитие анемического и сидеропенического синдрома; наличие в анамнезе меноррагий, которые могут быть причиной повышенной потери железа);

- данных объективного исследования (бледность и сухость кожи, диффузная алопеция, характерные изменения ногтей: продольная исчерченность, «ложкообразная» форма).

3. Пациенту рекомендованы общий анализ крови (для выявления анемии и определение её тяжести), исследование крови - сывороточное железо, ОЖСС, процент насыщения трансферрина железом (для подтверждения железодефицита), коагулограмма: АЧТВ, ПТВ, фибриноген (скрининг нарушений свёртывания крови), консультация врача-гинеколога (для выявления причины и подбора адекватной терапии меноррагий).

4. У пациентки - гипохромная микроцитарная анемия лёгкой степени (снижен гемоглобин, низкий MCV и MCH). Наблюдается железодефицит (снижено содержание сывороточного железа, коэффициента насыщения трансферрином, повышение ОЖСС). Показатели коагулограммы в пределах нормы.

Терапия основывается на назначении железосодержащих препаратов, например, полимальтозный комплекс гидроокиси железа (III) (Мальтофер) 100 мг 2 раза в день внутрь. Необходимым условием терапии является воздействие на причину заболевания, пациентке рекомендовано обратиться к гинекологу.

5. Гемоглобин крови нормализовался, следует продолжить приём препарата железа в сниженной дозировке (100 мг 1 раз в день внутрь) в течение 2 месяцев для восполнения депо железа в организме. Сдать планово повторный анализ крови через 2 месяца. Наблюдение у врача-гинеколога.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 166 [K002001]

1. Мочекаменная болезнь. Камень верхней трети правого мочеточника. Почечная колика справа.

2. Мочекаменная болезнь установлена на основании жалоб больного (на боли в поясничной области справа, иррадиирующие в правую часть живота, приступообразные, длящиеся до 2-3 часов, средней силы, острые, возникающие и усиливающиеся после употребления большого количества жидкости или при физической нагрузке, стихающие после приёма спазмолитиков и анальгетиков); анамнеза (возникновение болей после употребления большого количества жидкости); данных осмотра (симптом поколачивания слабо положителен справа, умеренная болезненность при пальпации в правом подреберье, по ходу правого мочеточника; зоны кожной гиперестезии в правых отделах живота); данных рентгенографии (конкремент верхней трети мочеточника); общего анализ мочи (наличие солей оксалатов); данных общего анализа крови (лейкоцитоз).

Камень мочеточника и локализация в верхней трети мочеточника установлены на основании данных обзорной рентгенографии органов брюшной полости и малого таза (в просвете малого таза конкремент верхней трети мочеточника).

Почечная колика и её локализация справа установлены на основании жалоб на боли в поясничной области справа, иррадиирующие в правую часть живота), данных обзорной рентгенографии органов брюшной полости и малого таза (в просвете малого таза конкремент верхней трети мочеточника).

3. В обязательном порядке выполняется УЗИ органов брюшной полости, которое позволяет оценить размеры, положение, подвижность почек, оценить размеры паренхимы, определить наличие и степень расширения чашечно-лоханочной системы, выявить камни и определить его размеры.

С целью выявления рентгеннегативных камней и определения проходимости мочевых путей выполняется экскреторная урография.

С целью более точной диагностики и определения тактики лечения выполняется компьютерная томография, позволяющая уточнить локализацию камня, его плотность, состояние почек и мочевых путей.

4. Печёночная колика при остром холецистите отличается первичной локализацией боли в правом подреберье и последующим распространением по всему животу. Боль чаще возникает спустя 2-3 часа после употребления жирной и жареной пищи, отдаёт в правую подключичную ямку, в шею, в спину, сопровождается тошнотой, рвотой, пожелтением склер и кожи, усиливается при надавливании на живот в области подреберья.

Боль при остром аппендиците появляется в правом подреберье, переходит на центр живота и затем в правую подвздошную область. Живот вздувается, отмечается тошнота и рвота. Больной лежит на правом боку, поджав ноги к животу, движение усиливает боль. Если при мочекаменной болезни лаборатория выявляет некоторое увеличение лейкоцитов в крови, при аппендиците отмечается выраженный лейкоцитоз.

Симптомы почечной колики у женщин могут напоминать аднексит. Однако при женских заболеваниях боль редко возникает внезапно, носит постоянный характер, охватывает низ живота, отдаёт в прямую кишку, вызывая ощущение переполнения, повышается температура тела, отмечается слабость, недомогание. Уточнить диагноз помогает влагалищное исследование.

Для острого панкреатита типичны опоясывающие боли, распространяющиеся от подложечной области влево на спину. Отмечаются тошнота и рвота, температура тела остаётся нормальной, в крови и моче повышается количество ферментов-трансаминаз.

5. Во время почечной колики применяют спазмолитики, НПВС.

Вне обострения: медикаментозное разрушение камней в зависимости от химического состава камня: для коррекции нарушений пуринового обмена и при уратных камнях применяют ингибиторы ксантиноксидазы - 1 месяц (эффективность - 92%); урикуретики - 1-3 месяца; цитратные смеси - 1-6 месяцев. Суточный приём жидкости при этой форме МКБ желателен в количестве не менее 2-2,5 л. Критерий эффективности лечения: снижение или нормализация суточной концентрации и/или суточной почечной экскреции мочевой кислоты.

При гиперурикурии применяют ингибиторы ксантиноксидазы - 1 курс лечения в течение месяца (эффективность - 80%) или урикуретики + цитратные смеси: 1 курс лечения - от 1 до 3 месяцев (эффективность - 90%). Критерий эффективности: снижение суточной концентрации мочевой кислоты, повышение рН мочи до диапазона 6,2-6,8 (подщелачивание мочи). При применении цитратных смесей назначают 1 курс лечения продолжительностью от 1 до 3 месяцев (эффективность - 96%). Критерий эффективности: повышение рН мочи до диапазона 6,2-6,8 (подщелачивание мочи).

При показателях рН мочи ниже 5,8, кристаллурии мочевой кислоты или уратов назначают цитратные смеси под контролем общего анализа мочи: длительность курса (1-6 месяцев) устанавливается индивидуально (эффективность - 100%). Критерий эффективности: повышение рН мочи до 6,2-6,8 (подщелачивание мочи).

С целью литолиза мочекислых камней в почках назначают цитратные смеси на 1-3-6 месяцев (эффективность - 83-99%) либо урикуретики в сочетании с цитратными смесями в течение 1-3 месяцев (эффективность - 83-99%). Критерий эффективности: частичный или полный литолиз.

Для коррекции нарушений щавелево-кислого обмена и при кальцийоксалатных камнях применяют витамины группы В, тиазиды, дифосфонаты, окись магния, цитратные смеси. Суточный приём жидкости - не менее 2-2,5 л. Диета предусматривает ограничение употребления молока, сыра, шоколада, щавеля, салата, черной смородины, клубники, крепкого чая, какао. При гипероксалурии, при кристаллурии оксалатов назначают витамин В₆ по 0,02 г 3 раза в день перорально в течение месяца (эффективность - 86%); окись магния по 0,3 г 3 раза в день в течение месяца (эффективность - 82%). Критерий эффективности: снижение или нормализация суточной почечной экскреции оксалатов.

При гиперкальциурии назначают тиазиды, курс лечения - 1 месяц (эффективность - 100%) либо дифосфонаты (ксидифон), курс лечения - 1 месяц (эффективность - 60%). Критерий эффективности: снижение или нормализация суточной экскреции общего кальция, снижение степени кристаллурии оксалатов.

Для коррекции нарушений обмена веществ при кальцийфосфатных камнях применяют дифосфонаты, мочегонные, антиазотемические, противовоспалительные, камнеизгоняющие средства и препараты растительного происхождения, средства коррекции кислотного равновесия. Диета предусматривает ограничение употребления молока, сыра, рыбных продуктов. Если при этом имеется гиперкальциурия, применяют дифосфонаты, курс лечения - 1 месяц (эффективность - 45-50%).

Критерий эффективности: уменьшение степени кристаллурии фосфатов. При кристаллурии фосфатов эффективны мочегонные и противовоспалительные средства, а также препараты растительного происхождения, курс лечения 1-3 месяца (эффективность - 40-45%). Критерий эффективности: уменьшение степени кристаллурии фосфатов.

С целью коррекции нарушений обмена веществ при цистиновых камнях суточный прием жидкости должен составлять не менее 3 л. Применяют цитратные смеси, курс лечения - 1-6 месяцев (эффективность - 60%). Критерий эффективности - уменьшение кристаллурии цистина.

Механические способы разрушения камней: ударно-волновая литотрипсия, УВЛ - литотрипсия является предпочтительным методом лечения многих пациентов, которым для отхождения камней требуется медицинская помощь. В особенности литотрипсия рекомендуется пациентам с конкрементами, локализованными в почке или проксимальных (верхних) отделах мочеточника.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 167 [K002002]

1. Основной: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Атеросклероз коронарных сосудов. ТЛАП и стентирование ПКА от 21.02.2016 г.

Фон: дислипидемия Пб типа.

Осложнения: постоянная форма фибрилляции предсердий, тахисистолическая форма.

2. Диагноз «ИБС» выставлен в связи с наличием у пациентки в анамнезе инфаркта миокарда.

Диагноз «постинфарктный кардиосклероз» выставлен учитывая сроки после инфаркта миокарда (более 28 дней).

Дислипидемия Пб тип по Фредриксону выставлена в связи с повышением уровня общего холестерина, триглицеридов (целевой уровень <1,7), ЛПНП (целевой уровень <1,8),

Диагноз «фибрилляции предсердий» выставлен, так как у пациентки в течение 3 лет на ЭКГ регистрируется фибрилляция предсердий.

Постоянная форма фибрилляции предсердий выставлена в связи с наличием в течение 3 лет фибрилляции предсердий, неуспешными попытками восстановления ритма.

3. ХМ-ЭКГ (контроль ЧСС);

ЭХО-КГ (сократимость миокарда ЛЖ, размеры полостей, состояние клапанного аппарата, внутрисердечный тромбоз);

определение гормонов щитовидной железы (оценить функцию щитовидной железы - поиск этиологии ФП)

4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II (предотвращение ремоделирования сердца, улучшение прогноза, уменьшение смертности) постоянно.

Статины в высоких дозах (снижение уровня холестерина - замедление атеросклероза) постоянно.

Бета-адреноблокаторы (уменьшение ЧСС, снижение потребности миокарда в кислороде, улучшение перфузии миокарда за счёт удлинения диастолы) постоянно.

Тройная антитромботическая терапия: ацетилсалициловая кислота + блокатор P2Y₁₂ рецепторов + пероральный антикоагулянт (до 6 месяцев после инфаркта миокарда тройная, год двойная, далее монотерапия пероральным антикоагулянтом), при высоком риске кровотечений тройная терапия уменьшена до 1 месяца (цель – профилактика тромбозов).

5. В случае недостаточной дозировки бета-блокаторов - увеличить дозировку. При сниженной ФВ - к терапии может быть добавлен Дигоксин. При отсутствии признаков сердечной недостаточности возможен приём препаратов из группы антагонистов кальция недигидропиридинового ряда. При отсутствии поражения щитовидной железы и других противопоказаний к терапии может быть добавлен Амиодарон в дозировке 200 мг (для контроля частоты, но не контроля ритма).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 168 [K002003]

1. Основной: ИБС.

Постинфарктный кардиосклероз. Атеросклероз коронарных сосудов. ТЛАП и стентирование ПКА от 18.01.2016 г.

Фон: артериальная гипертензия III стадии, III степени, риск ССО4. Дислипидемия IIa ст. Табакокурение.

Осложнения: гипертонический криз от 18.04.2016 г.

2. Диагноз «ИБС» выставлен в связи с наличием у пациента в анамнезе инфаркта миокарда.

Диагноз «постинфарктный кардиосклероз» выставлен, учитывая сроки после инфаркта миокарда (более 28 дней).

Дислипидемия IIa тип по Фредриксону выставлена в связи с повышением уровня общего холестерина, ЛПНП (целевой уровень <1,8), при нормальном уровне триглицеридов (целевой уровень <1,7),

Диагноз «артериальная гипертония (АГ)» установлен на основании жалоб больного на повышение АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение многих лет).

Степень АГ установлена на основании цифр АД, измеренных во время приёма.

Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (сердца).

Степень риска ССО поставлена на основании наличия ассоциированного клинического состояния и степени артериальной гипертензии.

Диагноз «гипертонический криз» установлен на основании появления вегетативных расстройств на фоне высоких цифр артериального давления.

3. ЭКГ (гипертрофия миокарда ЛЖ, признаки рубцовых изменений миокарда: патологический зубец Q, QS, отрицательный зубец Т).

ЭХОКГ (сократимость миокарда ЛЖ, размеры полостей, состояние клапанного аппарата, внутрисердечный тромбоз).

Суточное мониторирование АД (оценка стабильности повышения АД, суточного профиля АД).

Консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии.

Консультация врача-невролога для исключения гипертонической энцефалопатии.

УЗИ почек для оценки поражения органа-мишени почек.

4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II (предотвращение ремоделирования сердца, коррекция артериальной гипертензии, улучшение прогноза, уменьшение смертности) постоянно.

Статины в высоких дозах (снижение уровня холестерина-замедление атеросклероза) постоянно.

Бета-адреноблокаторы (уменьшение ЧСС, снижение потребности миокарда в кислороде, улучшение перфузии миокарда за счёт удлинения диастолы) постоянно.

Двойная антиагрегантная терапия: ацетилсалициловая кислота + блокатор P2Y₁₂ рецепторов до 18.01.2017 г., затем монотерапия ацетилсалициловой кислоты постоянно (цель - профилактика тромбозов).

5. Учитывая сроки фибрилляции предсердий (больше 48 часов), восстановление ритма пациенту в данный момент не показано. Должна быть назначена антикоагулянтная терапия в течение 3 недель с последующим решением вопроса о восстановлении ритма. (Альтернатива: проведение ЧП-ЭХОКГ, в случае отсутствия тромбов в полостях сердца, ушке левого предсердия - возможно восстановление ритма).

Учитывая наличие фибрилляции предсердий, высокого риска тромбозов и высокого риска кровотечения пациенту показано проведение до 18.01.2017 г. двойной антитромботической терапии: антикоагулянт + антиагрегант (Аспирин или блокатор P2Y12 рецепторов), далее монотерапия антикоагулянтом.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 169 [K002005]

1. Основной: ИБС: стенокардия напряжения 3 ФК.

Фон: артериальная гипертензия 3 степени, риск ССО очень высокий. Ожирение 1 степени. Дислипидемия 2b типа.

2. Диагноз «ИБС, стенокардия напряжения» установлен на основании типичного болевого синдрома (приступообразные боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку), связь боли с физической нагрузкой (возникают во время быстрой ходьбы), исчезновение боли после прекращения нагрузки (купируются в покое).

Функциональный класс стенокардии установлен на основании возникновении приступов стенокардии при интенсивной физической нагрузке, быстрой ходьбе.

Диагноз «артериальная гипертензия» установлен на основании данных анамнеза (повышение АД в течение 5 лет), наличие повышенного уровня АД при осмотре.

Степень АГ 3 установлена на цифрах АД, измеренных на момент осмотра (170/100 мм рт. ст.).

Степень риска ССО поставлена на основании наличия факторов риска (дислипидемия, артериальная гипертензия, ожирение, курение).

Диагноз «дислипидемия 2b типа» установлен на основании повышения концентраций ЛПНП, холестерина, триглицеридов.

Диагноз «ожирение» установлен на основании повышения ИМТ более 30 кг/м².

Степень ожирения 1 установлена на основании значения ИМТ 33,91 кг/м².

3. Пациенту рекомендовано проведение трансторакальной ЭХОКГ в покое (для определения сократимости миокарда, определения состояния клапанного аппарата, размеров полостей сердца), СМ-ЭКГ.

4. Бета-адреноблокаторы (за счёт блокады бета-адренорецепторов в сердце они предотвращают кардиотоксическое действие катехоламинов, снижают ЧСС, сократимость и АД, что приводит к уменьшению потребности миокарда в кислороде).

Блокаторы кальциевых каналов: воздействие на гладкомышечные клетки сосудов приводит к расширению сосудов и уменьшению ОПСС, что обеспечивает снижение АД; расширение коронарных артерий обуславливает антиангинальное действие БКК; вызывают дозозависимое снижение сократимости миокарда (отрицательный инотропный эффект), что сопровождается антигипертензивным и антиангинальным действием (снижение потребности миокарда в кислороде).

Нитраты, проникая в гладкомышечные клетки, служат источником оксида азота, который способствует расслаблению гладкомышечных клеток сосудов независимо от способности клеток эндотелия вырабатывать эндогенный оксид азота. Нитраты способствуют расширению коронарных артерий и артериол, что приводит к улучшению кровоснабжения субэндокардиальных слоёв миокарда и увеличению коллатерального кровотока; воздействуют на сосуды большого круга кровообращения, вызывая расширение как периферических венозных сосудов, депонирующих кровь, так и артериол, соответственно уменьшаются преднагрузка, постнагрузка и напряжение стенок желудочков сердца, что приводит к снижению потребности миокарда в кислороде).

Антиагреганты (препятствуют тромбообразованию за счёт угнетения функциональной активности тромбоцитов).

Статины (снижение активности фермента 3-гидрокси-3-метилглутарил-коэнзим А-редуктазы сопровождается уменьшением внутриклеточного содержания холестерина (ХС) в печёночных клетках с увеличением количества рецепторов к ЛПНП на их поверхности, которые распознают, связывают и выводят из кровотока ХС ЛПНП).

5. Ухудшение локальной сократимости миокарда при проведении стресс-эхокардиографии с добутамином указывает на наличие ишемии миокарда. В связи с этим пациенту показано проведение коронароангиографии с решением вопроса о возможности проведения чрескожного коронарного вмешательства.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 170 [K002008]

1. ИБС: стенокардия напряжения ФК3. Ожирение 2 степени. Дислипидемия IIb типа.

2. Диагноз «ИБС: стенокардии напряжения» установлен на основании типичного болевого синдрома (сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство), связь боли с физической нагрузкой (возникают во время быстрой ходьбы или при подъёме по лестнице на 2 пролёта в обычном темпе), исчезновение боли после приёма нитратов (купируются приёмом 1 таблетки Нитроглицерина сублингвально).

Принимая во внимание данные анамнеза, что приступы стенокардии с течением времени не прогрессируют, также служит доказательством того, что у пациента стенокардия напряжения.

Диагноз «дислипидемии 2b типа» установлен на основании повышения концентраций ЛПНП и триглицеридов в липидном спектре крови.

На основании результатов ИМТ, равному $36,2 \text{ кг/м}^2$, установлен диагноз ожирения 2 степени.

3. Пациенту рекомендовано проведение трансторакальной ЭХО-КГ, суточное мониторирование ЭКГ.

4. Бета-адреноблокаторы - за счёт блокады бета₁-адренорецепторов в сердце предотвращают кардиотоксическое действие катехоламинов, снижают ЧСС, сократимость и АД, что приводит к уменьшению потребности миокарда в кислороде. Улучшение перфузии ишемизированных отделов миокарда при их назначении также обусловлено удлинением диастолы и «обратным коронарным обкрадыванием» вследствие увеличения сосудистого сопротивления в неишемизированных областях миокарда - например, Бисопролол в стартовой дозе 2,5-5 мг в день.

Блокаторы медленных кальциевых каналов - воздействие на гладкомышечные клетки сосудов приводит к расширению сосудов и уменьшению ОПСС, что обеспечивает снижение АД; расширение коронарных артерий обуславливает антиангинальное действие БКК; вызывают дозозависимое снижение сократимости миокарда (отрицательный инотропный эффект), что сопровождается антигипертензивным и антиангинальным действием (снижение потребности миокарда в кислороде) - например, Верапамил в стартовой дозе 40 мг 3 раза в день или Амлодипин в стартовой дозе 5 мг в день.

Пролонгированные нитраты - проникая в гладкомышечные клетки, служат источником оксида азота, который способствует расслаблению гладкомышечных клеток сосудов независимо от способности клеток эндотелия вырабатывать эндогенный оксид азота. Нитраты способствуют расширению коронарных артерий и артериол, что приводит к улучшению кровоснабжения субэндокардиальных слоёв миокарда и увеличению коллатерального кровотока; воздействуют на сосуды большого круга кровообращения, вызывая расширение как периферических венозных сосудов, депонирующих кровь, так и артериол, соответственно уменьшаются преднагрузка, постнагрузка и напряжение стенок желудочков сердца, что приводит к снижению потребности миокарда в кислороде) - например, изосорбида мононитрат в стартовой дозе 10 мг 2 раза в день.

Антиагреганты - препятствуют тромбообразованию за счет угнетения функциональной активности тромбоцитов, например, ацетилсалициловая кислота 75 мг в день;

Статины - снижение активности фермента 3-гидрокси-3- метилглутарил-коэнзим А-редуктазы сопровождается уменьшением внутриклеточного содержания холестерина(ХС) в печеночных клетках с увеличением количества рецепторов к ЛПНП на их поверхности, которые распознают, связывают и выводят из кровотока ХС ЛПНП, например, аторвастатин в стартовой дозе 10 мг в сутки.

5. Коронароангиография с решением вопроса о возможности проведения чрескожного коронарного вмешательства, т. к. нарушение локальной сократимости миокарда при проведении стресс-эхокардиографии указывает на нарушение перфузии миокарда.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 171 [K002011]

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

2. Диагноз «пиелонефрит» установлен на основании жалоб (на слабость, повышение температуры тела до 39,2°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 мочевого инфекцией (характерно дизурические расстройства, лейкоцитурия, бактериурия, без признаков поражения почек (симптом поколачивания, 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, пенемы и ингибиторы β-лактамазы: Цефтриаксон (2 г 1 раз в сутки внутримышечно), Цефазолин (1 г 3 раза в сутки), Амоксициллин (0,5-1 г 3 раза в 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, чередование белковой и растительной пищи. Питьё слабоминерализованных вод.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 172 [К002013]

1. Сахарный диабет 1 типа, индивидуальный уровень гликированного гемоглобина менее 6,5%. Гипогликемические состояния.

2. Диагноз поставлен на основании: жалоб, данных анамнеза – пациентка страдает СД 1 типа в течение 3 лет, использует интенсифицированную схему инсулинотерапии, инъекции Протафана (с выраженным пиком действия) и Ново-Рапида.

3. Пациенту рекомендовано: гликемический профиль с обязательным измерением уровня гликемии перед сном и в ночное время между 02.00-03.00 часов – пик действия вечерней дозы Протафана (для оценки адекватности доз ИСД и прандиального инсулина), биохимический анализ крови: АЛТ, АСТ, креатинин, мочевины, калий, натрий (оценка состояния почек, печени при СД), липидограмма, МАУ, суточная протеинурия (д. нефропатия), расчёт СКФ, ЭКГ (оценка ритма, ЧСС, возможных метаболических изменений, ГЛЖ), УЗИ органов брюшной полости (оценка структурных изменений печени, увеличение её размеров), осмотр глазного дна врачом-офтальмологом (микроангиопатии при СД, ретинопатия), ЭМГ нижних конечностей (д.полинейропатия).

4. Диета № 9, 35-40 ккал/кг/сут; \approx 24 УЕ.

Протафан– снизить вечернюю дозу на 3 ЕД и вводить в 23.00, далее коррекция по уровню гликемии в 3 часа ночи и натошак утром.

НовоРапид в прежней дозе с коррекцией по гликемическому профилю.

5. Прогноз для пациентов при хорошей компенсации сахарного диабета – благоприятный, инсулинотерапия пожизненно, с коррекцией доз по данным гликемии в течение дня до и через 2 часа после приёма пищи, натошак, целевые значения гликемии для пациентки в настоящее время- натошак менее 6,5 ммоль/л, через 2 часа после приёма пищи- менее 8,0 ммоль/л. ОАК, ОАМ – 1 раз в год, МАУ - 1 раз в год, биохимическое исследование крови – общий белок, АЛТ, АСТ, липидограмма, креатинин, мочесина, билирубин, калий, натрий – 1 раз в год, СКФ – 1 раз в год, ЭКГ- 1 раз в год, исследование гликированного гемоглобина – 1 раз в 3 месяца, глазное дно – 1 раз в год, осмотр ног и оценка чувствительности-1 раз в год, измерение АД - при каждом посещении врача.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 173 [K002014]

1. Диффузный токсический зоб II ст. (ВОЗ), тиреотоксикоз средней степени тяжести. Эндокринная офтальмопатия II ст. Витилиго.

2. Диагноз зоба II степени поставлен на основании видимого на глаз увеличения щитовидной железы, диагноз тиреотоксикоза средней тяжести поставлен на основании: связи заболевания со стрессом, похудения на 10 кг, тахикардии - 118 уд/мин, увеличение пульсового АД; глазных симптомов, симптома Мари, повышенной потливости, эмоциональной лабильности, снижения ТТГ, повышения св. Т4, высокого титра АТ к рецепторам ТТГ. Диагноз витилиго установлен на основании анамнеза (витилиго с детства), депигментации кистей. Эндокринная офтальмопатия II стадии - отёчный экзофтальм с 2 сторон.

3. УЗИ щитовидной железы, ОАК (оценка лейкоцитарной формулы, использование тиреостатиков для лечения заболевания вызывает лейкопению), R-графия ОГК (исключение инфильтративных изменений во избежании инфекционных осложнений на фоне лечения тиреостатиками); офтальмометрия, глазное дно, УЗИ орбит-оценка стадии офтальмопатии; ЭХОКГ- оценка функции сердца, ФВ, недостаточности клапанов, гипертрофии миокарда отделов сердца, дилатация полостей - на предмет развития тиреотоксического сердца; ОГТТ : возможно развитие нарушений углеводного обмена, так как тиреоидные гормоны относятся к контринсулярным ; липидограмма; биохимия крови – общий белок, АЛТ, АСТ, креатинин, мочевины - на фоне некомпенсированного тиреотоксикоза возможно развитие дистрофических изменений в печени, почках; на фоне лечения тиреостатиками в динамике –ТТГ, Т4 св, АТ к рецептору ТТГ, ОАК, ЭКГ, офтальмометрии.

4. В-адреноблокатор для минимизации симптомов гиперadreнергии в результате потенцирующего эффекта избытка тиреоидных гормонов. Тиомазол (тиреостатик, блокирующий образование тиреоидных гормонов в щитовидной железе) по 10 мг 3 раза/сутки до достижения клинически эутиреоза, затем с постепенным снижением на 5 мг/нед до поддерживающей дозы -10 мг/сутки, через 4 месяца – контроль АТ к рецептору ТТГ, при уменьшении титра, лечение продолжаем на 1,5–2 года, затем отменяем Тирозол на 2 недели, оценка динамики ТТГ, Т4 св, АТ- к рецептору ТТГ.

Лечение эндокринной офтальмопатии при отсутствии фиброза в ретроорбитальной клетчатке – ГКС (противовоспалительный эффект, уменьшение отёка и блокирование фиброза), Преднизолон в начальной дозе 50 мг/сут в течение 2 недель, с уменьшением в 2 раза, с постепенным снижением в течение 3 месяцев до 5 мг/сут на 2 месяца (для профилактики ulcerогенного эффекта ГКС – ИПП, Омепразол, 20 мг/сутки).

5. Возможны рецидивы тиреотоксикоза, т.к. высокий уровень АТ к рецепторам ТТГ. Прогноз для жизни и труда – благоприятный при проведении адекватной и своевременной терапии. На фоне лечения тиреостатиком – контроль ОАК в первые 3 месяца лечения 1 раз в 7-10 дней, затем каждый месяц, АЛТ, АСТ, билирубин, общий белок на фоне приема тиреостатиков, контроль АТ к рецептору ТТГ, ТТГ, Т4 св во время терапии, после отмены терапии. УЗИ щитовидной железы.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 174 [К002015]

1. Диффузный токсический зоб IIст (ВОЗ), тиреотоксикоз средней степени. Эндокринная офтальмопатия I ст. Нарушенная гликемия натощак.

2. Диагноз «ДТЗ, тиреотоксикоз» поставлен на основании увеличения щитовидной железы (видна на глаз), синдромов тиреотоксикоза – потливость, снижение массы тела, раздражительность, тахикардия, увеличение пульсового АД, глазных симптомов, симптома Мари, субфибрилитета, ТТГ снижен, Т4 св-повышен.

Степень зоба II – щитовидная железа пациентки видна на глаз.

Диагноз «эндокринная офтальмопатия I стадии» подтверждает - припухлость век, ощущение «песка в глазах», светобоязнь.

Нарушенная гликемия натощак - уровень глюкозы плазмы натощак 6,6 ммоль/л.

3. АТ к рецептору ТТГ-подтверждение диагноза ДТЗ, ОАК (оценка лейкоцитарной формулы, использование тиреостатиков для лечения заболевания вызывает лейкопению), биохимия крови – общий белок, АЛТ, АСТ, креатинин, мочевины- на фоне некомпенсированного тиреотоксикоза возможно развитие дистрофических изменений в печени, почках; УЗИ щитовидной железы- оценка размеров зоба, структурных изменений ЩЖ, поиск узловых и объёмных образований, R-графия ОГК (исключение инфильтративных изменений во избежание инфекционных осложнений на фоне лечения тиреостатиками); офтальмометрия, глазное дно, УЗИ орбит-оценка, уточнение стадии офтальмопатии; ЭКГ-оценка нарушения ритма и проводимости, гипертрофии отделов сердца. ЭХОКГ- оценка состояния сердца, ФВ, недостаточности клапанов, гипертрофии миокарда отделов сердца, дилатация полостей (диагностика развития тиреотоксического сердца); гликемический профиль, HbA1c; на фоне лечения тиреостатиками в динамике исследование ТТГ, Т4 св, АТ к рецептору ТТГ, ОАК, ЭКГ, офтальмометрии.

4. Анаприлин по 20 мг 3раза/сут (в-адреноблокатор для минимизации симптомов гиперadreнергии в результате потенцирующего эффекта избытка тиреоидных гормонов). Тирозол (тиреостатик, блокирующий образование тиреоидных гормонов в щитовидной железе) по 10мг 3 раза/сутки до достижения клинического эутиреоза, затем постепенно снижать дозу на 5 мг/нед до поддерживающей дозы - 10 мг/сутки, через 4 месяца – контроль АТ к рецептору ТТГ, при уменьшении титра, лечение продолжаем на 1,5–2 года, затем отменяем Тирозол на 2 недели, оценка динамики ТТГ, Т4св, АТ- к рецептору ТТГ. При высоком титре антител-оперативное лечение ДТЗ.

5. Возможны рецидивы тиреотоксикоза, если будет сохраняться высокий уровень АТ к рецепторам ТТГ на фоне лечения тиреостатиками. Прогноз для жизни и труда – благоприятный при адекватном лечении. На фоне лечения тиреостатиком – контроль ОАК в первые 3 месяца лечения 1 раз в 7-10 дней, затем каждый месяц, АЛТ, АСТ, билирубин, общий белок, контроль АТ к рецептору ТТГ, ТТГ, Т4 св во время терапии, после отмены терапии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 175 [K002016]

1. СД 2 типа, индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина менее 7,0%.

Диабетическая непролиферативная ретинопатия;

Диабетическая периферическая нейропатия, сенсорная форма. НАЖБП.

Артериальная гипертензия 2 ст, риск 4.

Ожирение 2 ст (ИМТ=36,1 кг/м²), абдоминальный тип.

2. Диагноз «СД 2 тип» выставлен на основании синдрома хронической гипергликемии (натощак уровень гликемии – 10,1, случайно определенный уровень гликемии – 15,0 ммоль/л) и характерных осложнений СД (диабетической ретинопатии, полинейропатии, стеатогепатоза - НАЖБП).

Диагноз «д. полинейропатия» выставлен на основании отсутствия температурной чувствительности на стопах и в нижней 1/3 голени, тактильная и болевая чувствительность сохранены.

Диагноз «д. ретинопатия I степени» подтвержден данными осмотра глазного дна.

Диагноз «ожирение (абдоминальный тип)» выставлен на основании ИМТ - 36,14 кг/м²;

Диагноз «НАЖБП» подтвержден увеличенными размерами печени (объективно и данными УЗИ - увеличение КВР правой доли), а также заболеваниями, лежащими в основе НАЖБП: СД2 и ожирение.

Диагноз «АГ» подтверждается повышением САД- 175 мм рт. ст (2 степень), ГЛЖ, СД, ожирение (высокий риск),

3. ОАК - исключение анемии, воспалительных изменений крови, ОАМ – разовая протеинурия, возможные микрогематурия, цилиндрурия, лейкоцитурия, бактериурия (инфекция мочевыводящих путей при СД), моча на кетоновые тела. Определение МАУ, суточной протеинурии, СКФ, креатинина, мочевины, калия для оценки функционального состояния почек и своевременного выявления осложнения СД - диабетической нефропатии и уточнения её стадии, липидограмма (повышение атерогенных фракций липидов), АЛТ, АСТ, общий белок, билирубин и его фракции - оценка функционального состояния печени, исключение синдрома цитолиза на фоне стеатогепатита; мочевиная кислота (метаболический синдром),

ЭКГ (оценка ритма и проводимости, гипертрофии отделов сердца),

ЭМГ нижних конечностей (уточнение стадии д. полинейропатии), УЗДГ артерий нижних конечностей (исключение атеросклеротических изменений артерий нижних конечностей, оценка степени стенозов), гликированный гемоглобин - определение тактики ведения пациента и назначение стартовой сахароснижающей терапии, динамика изменений на фоне лечения.

4. Диета 9, так как у пациента имеется ожирение, рекомендуется низкокалорийная диета (менее 1800, но не 1500 ккал/сут), снижение калорийности от исходно уровня проводится по 300-500 ккал/нед, голодание запрещено, исключить легкоусвояемые углеводы - сахар, печенье, конфеты, варенье, вафли, пирожные, мед, сладкие напитки, торты, шоколад, сухофрукты, бананы, виноград, дыню, манную и рисовую каши, питание дробное 4-6 раз в день небольшими порциями, ограничение потребления поваренной соли до 3г/сут (АГ), Метформин с 500 мг/сут постепенно увеличивая дозу до 2000 мг/сут (для уменьшения ИР, снижения гипергликемии за счет повышения чувствительности клеток к эндогенному инсулину, улучшения липидного спектра крови, снижения массы тела); статины (при гиперхолестеринемии), ингибиторы АПФ (нефропротективный и гипотензивный эффекты), препараты тиазидовой кислоты, 600 ЕД действующего вещества в 200 мл физ. р-ра, в/в капельно, 10 дней, затем в таблетках - 600 мг/сут, 2 месяца (при полинейропатии назначается в связи с антиоксидантным и метаболическим эффектами).

5. При соблюдении рекомендаций, снижении массы тела, контроле гликемии и компенсации диабета-благоприятный, так как остановится прогрессирование осложнений, в противном случае прогрессирование осложнений до развития слепоты, ХПН, инфарктов, инсультов, переход на инсулинотерапию при истощении в-клеток. Выбор терапии и титрация доз по данным гликемии в течение дня до и через 2 часа после приёма пищи, натощак (целевые значения гликемии для пациентки в настоящее время- натощак менее 7,0 ммоль/л, через 2 часа после приема пищи- менее 9,0 ммоль/л). ОАК, ОАМ – 1 раз в год, МАУ - 1 раз в год, биохимическое исследование крови – общий белок, АЛТ, АСТ, липидограмма, креатинин, мочевины, билирубин, калий, натрий – 1 раз в год, СКФ – 1 раз в год, ЭКГ- 1 раз в год, исследование гликированного гемоглобина – 1 раз в 3 месяца, глазное дно – 1 раз в год, осмотр ног и оценка чувствительности - 1 раз в год, измерение АД - при каждом посещении врача, в домашних условиях, ведение дневника самоконтроля для коррекции терапии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 176 [K002017]

1. Хронический аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма. Манифестный гипотиреоз. Вторичная аменорея. Хроническая железодефицитная анемия легкой степени тяжести.

2. Диагноз «гипотиреоз» выставлен на основании данных анамнеза, выделенных синдромов гипотиреоза: гипотиреоидная дермопатия (сухость, бледность кожи, выпадение волос), нарушения овариально-менструального цикла (отсутствие менструаций), поражения нервной системы (астения, когнитивные нарушения), анемический синдром, сидеропенический синдром (бледность кожи, нарушение трофики кожи, снижение эритроцитов, гемоглобина, железа), синдром поражения пищеварительной системы (запоры). Гипотиреоз манифестный: повышен ТТГ, снижен Т4 св. Аутоиммунный синдром - повышенный титр АТ к ТПО (ХАИТ). ХАИТ, атрофическая форма подтвержден наличием гипотиреоза, АТ-ТПО, данными УЗИ – уменьшение объёма железы и диффузные изменения её паренхимы. Степень тяжести анемии оценена по уровню гемоглобина. Аменорея подтверждена отсутствием менструаций и обусловлена наличием гипотиреоза, с последующим повышением тиреолиберина, пролактина и снижением ЛГ и ФСГ.

3. Липидограмма (на фоне гипотиреоза возможно повышение холестерина); ЭКГ- оценка ритма и проводимости, для гипотиреоза характерна брадикардия; Эхо-КГ- оценка состояния сердца, ФВ, полостей сердца, исключение гидроперикарда при гипотиреозе ; железистый комплекс - диагностика ЖДА; Пролактин, ФСГ, ЛГ, Эстрадиол, прогестерон – нарушение выработки при первичном гипотиреозе, подтверждение гиперпролактинемического гипогонадизма; УЗИ малого таза – возможен поликистоз яичников, исключение первичного характера аменореи; МРТ гипофиза (исключение синдрома «пустого турецкого седла», опухоли гипофиза на фоне длительной стимуляции тиреотрофов и лактотрофов при первичном гипотиреозе).

4. ЗГТ-Левотироксин 1,6 мкг/кг массы тела, начиная с 50 мкг с последующим повышением дозы до постоянной поддерживающей за 1 месяц. Цель – уровень ТТГ 0,5-1,5 мкМЕ/мл. Препараты железа для лечения анемии: нормализации уровня гемоглобина. Этиологического лечения АИТ не существует.

5. Благоприятный прогноз при регулярном приёме тиреоидных гормонов, при отказе от него - развитие ИБС, сердечной недостаточности, гидроперикарда, когнитивных нарушений, гипотиреоидной комы. В динамике оценивать ОАК, железистый комплекс (оценка коррекции анемии), ТТГ, Т4 св- на фоне терапии через месяц, при нормализации ТТГ – сначала 1 раз в 6 месяцев, затем 1 раз в год.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 177 [K002018]

1. Хроническая надпочечниковая недостаточность, средней степени тяжести, ст. декомпенсация.

2. Диагноз выставлен на основании данных анамнеза, выделенных синдромов: дерматопатии (гиперпигментации), астении (общая слабость и слабость в мышцах рук и ног, нарастающая к вечеру), дистрофии (снижение массы тела на 5 кг), диспепсии (снижение аппетита), артериальной гипотензии (90/60 мм рт.ст в положении лежа, сидя 80/50 мм рт ст.); надпочечниковая недостаточность имеет первичный характер вследствие наличия в клинике гиперпигментации кожных покровов (следствие повышения АКТГ и МСГ), тенденция к гиперкалиемии и гипонатриемии (вследствие снижения секреции альдостерона, что указывает на первичный генез поражения), средняя степень тяжести - пациентка требует назначения заместительной терапии.

3. Кортизол крови (8 и 23.00), АКТГ (8 и 23.00), экскреция свободного кортизола с мочой, альдостерон, ренин - подтверждение наличия надпочечниковой недостаточности (дефицита глюко- и минералокортикоидов (альдостерон снижен, активность ренина плазмы повышена), установление её первичного характера (АКТГ повышен), проба Манту, ПЦР, рентгенография органов грудной клетки - исключение туберкулёза как частой причины развития первичной надпочечниковой недостаточности, ВИЧ, сифилис. КТ забрюшинного пространства - оценка структуры и размеров надпочечников, гипоплазия, деструкция метастазами, каверны туберкулёзные.

4. Заместительная гормональная терапия вследствие недостаточной выработки гормонов корой надпочечников ГКС и МК: Гидрокортизон (Кортизон, Кортэф) 12-15 мг/м², в среднем по 30 мг/сут (20 мг утром и 10 мг после обеда), или Кортизона ацетат 40-50 мг (25 г утром и 12.5 мг после обеда) или Преднизолон 5 мг утром и 2.5 мг после обеда. Минералокортикоиды – Флудрокортизон 0,1 мг в день. Если у пациента плохое самочувствие в вечерние часы и рано утром, то нужно перейти на 3-разовую схему: 1-приём- 1/2 дозы рано утром, 2 – приём- 1/4 дозы в 14.00, 3 – приём -1/4 дозы- в 20.00 часов.

При стрессовых ситуациях, инфекционных заболеваниях вследствие увеличения потребности в ГК доза гормонов должна быть увеличена в 1,5-2 раза

5. Благоприятный прогноз при ранней диагностике и регулярном приёме гормонов, при отказе от него – резкая декомпенсация. Больные не должны заниматься тяжёлым физическим трудом, избегать стрессов, инфекционных осложнений, должны быть обучены, что при этих состояниях дозу ГК необходимо увеличить. При признаках декомпенсации (слабости, недомогания, гипотонии) обратиться к врачу-терапевту участковому. Критериями адекватности терапии являются данные клиники и самочувствия пациента. Динамический контроль: ОАК, ОАМ, АЛТ, АСТ, общий белок, калий, натрий, хлор, креатинин, мочеви́на, ЭКГ, АД,

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 178 [K002021]

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

Хроническая железодефицитная анемия, лёгкой степени тяжести.

2. Диагноз «гипотиреоз» выставлен на основании анамнеза (операция на щитовидной железе по поводу ДТЗ), выделенных синдромов: гипотиреоидная дермопатия (сухость, пастозность кожи, отпечатки зубов на языке), поражение сердечно-сосудистой системы (брадикардия, артериальная гипотония), поражение нервной системы (сонливость, слабость), анемический (снижены гемоглобин, эритроциты). Гипотиреоз манифестный (клиника гипотиреоза, ТТГ-повышен, Т4 св-снижен); железодефицитная анемия легкой степени (по уровню снижения гемоглобина и сывороточного железа).

3. Липидограмма (на фоне гипотиреоза повышение холестерина); ЭКГ- оценка ритма и проводимости, для гипотиреоза характерна брадикардия; Эхо-КГ- оценка состояния сердца, ФВ, полостей сердца, исключение гидроперикарда при гипотиреозе; железистый комплекс (диагностика ЖДА); в динамике на фоне лечения Левотироксином исследование ТТГ, Т4 св. (для решения вопроса о необходимости титрации доз Л-тироксина), исследование железистого комплекса (коррекция дефицита железа).

4. Восполнение дефицита тиреоидных гормонов проводить Левотироксином 1,6 мкг/кг массы тела/сутки. Начинать с суточной дозы 50 мкг (молодой возраст и нет тяжёлого поражения сердца) с последующим повышением дозы (в течение 1 месяца) до постоянной поддерживающей. Цель – достижение клинического эутиреоза и уровня ТТГ 0,5-1,5 мкМЕ/мл. Препараты железа (лечение ЖДА) до нормализации уровня гемоглобина.

5. Благоприятный прогноз при регулярном приёме тиреоидных гормонов, при отказе от него - развитие ИБС, сердечной недостаточности, гидроперикарда, когнитивных нарушений, гипотиреоидной комы. В динамике: исследование ОАК, железистого комплекса (оценка коррекции анемии), ТТГ, Т4 св - на фоне терапии через 3 месяца, при нормализации ТТГ – сначала 1 раз в 6 месяцев, затем 1 раз в год.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 179 [K002022]

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

2. Диагноз «болезнь Иценко - Кушинга (БИК)» поставлен на основании: жалоб на головные боли, мелькание мушек перед глазами, постоянную жажду, учащенное мочеиспускание, боли в пояснице, резкую слабость; данных анамнеза: заметно изменилась внешность больной (покраснело и округлилось лицо, похудели конечности, увеличился в объёме живот, стала сухой кожа, поредели волосы на голове, имеются усы, отсутствие менструаций в течение 5 лет), выделенных синдромов: матронизма; дермопатии; гирсутизма; АГ; хронической гипергликемии; гипокалиемии; нарушения обмена кальция; миопатии; гипогонадизма, ожирения.

3. Пациентке рекомендовано: определение уровня кортизола в крови в 8.00 и 23.00 для подтверждения гиперкортицизма. Определение АКТГ в плазме крови: характерно повышение АКТГ утром и отсутствие снижения вечером.

Дексаметазоновый тест для дифференциальной диагностики с функциональным гиперкортицизмом.

Малая проба: характерно отсутствие подавления продукции кортизола надпочечниками дексаметазоном.

Большая проба (для диф. диагностики БИК и СИК): положительная.

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

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

Хирургическое лечение.

Трансфеноидальная аденомэктомия используется практически при любой степени тяжести БИК, при наличии аденомы гипофиза по данным МРТ или КТ. Быстрая и стойкая ремиссия заболевания достигается в 84-95% случаев. Этот метод практически не имеет противопоказаний (кроме тяжелых сопутствующих соматических заболеваний), сопровождается минимальным количеством серьёзных осложнений (около 2-3%) и низкой послеоперационной летальностью (0-1 %). Тактика ведения больных при отсутствии достижения ремиссии или рецидиве заболевания в каждом конкретном случае требует индивидуального подхода: повторная аденомэктомия, лучевая терапия, медикаментозная терапия блокаторами стероидогенеза.

Лучевая терапия. Включает протонное облучение.

При протонном облучении используют узкие пучки протонов, обладающие высокой энергией и большой проникающей способностью. Облучение проводят однократно, доза облучения составляет 80-90 Гр. Абсолютными противопоказаниями к проведению протонотерапии являются опухоль гипофиза более 15 мм в диаметре и супраселлярное её распространение. Эффективность протонотерапии как самостоятельного метода лечения у пациентов молодого возраста при легком течении заболевания может достигать 96% (через 1-2 года).

Медикаментозная терапия гиперкортицизма.

При всех формах патологического эндогенного гиперкортицизма медикаментозную терапию применяют только как дополнение к основным методам лечения с целью снижения секреции кортизола и скорейшего наступления ремиссии заболевания.

В рамках подготовки больного к оперативному лечению или лучевой терапии, в послеоперационном периоде с целью сокращения времени наступления ремиссии назначают:

Аминоглутетимид (мамомит) блокирует начальные этапы стероидогенеза, нарушая превращение холестерина в прегненолон. Препарат дает достаточно быстрый эффект, но при его отмене симптомы гиперкортицизма быстро появляются вновь. Назначают по 250 мг 2-3 р/сут (в 8-9 часов и 16-18 часов), под контролем экскреции кортизола в суточной моче не реже, чем 1 раз в 10-12 дней до операции или наступления ремиссии после оперативного лечения; при необходимости возможно увеличение дозы на 250 мг/сут каждую неделю до максимально переносимой дозы, но не более 1000-1500 мг/сут или

Кетоконазол ингибирует стероидогенез на нескольких уровнях, наибольшее значение имеет блокада превращения холестерина в прегненолон. Назначают внутрь по 200 мг 2-3 р/сут. под контролем экскреции кортизола в суточной моче не реже чем 1 раз в 10-12 дней до операции или наступления ремиссии после оперативного лечения, возможно увеличение дозы до максимальной – 1000 мг/сут или

Митотан оказывает цитотоксическое действие на кору надпочечников, т. е. является адренолитическим средством. Назначают внутрь по 500 мг 2-3 р/сут под контролем экскреции кортизола в суточной моче не реже чем 1 раз в 10-12 дней до операции или наступления ремиссии после оперативного лечения, возможно увеличение дозы до 3-5 г/сут, а при необходимости и хорошей переносимости ЛС - до 8-12 г/сут.

5. Прогноз для пациентов с БИК зависит от длительности, тяжести заболевания и возраста больного. При небольшой длительности заболевания, легкой форме и возрасте до 30 лет прогноз благоприятный. После успешного лечения наблюдается выздоровление. В случаях средне тяжелых, с длительным течением заболевания после нормализации функции коры надпочечников часто остаются необратимые нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы, гипертензия, нарушение функции почек, сахарный диабет, остеопороз. Тактика дальнейшего ведения: в случае отсутствия ремиссии после оперативного лечения и/или лучевой терапии больной получает медикаментозную терапию под наблюдением врача-эндокринолога по месту жительства. В период титрования дозы лекарственного препарата контроль уровня кортизола в крови производится 1 раз в месяц, затем - 1 раз в 2 месяца. Для определения достижения ремиссии необходимо отменить препараты на 1-2 месяца под контролем уровней кортизола и АКТГ в крови. При сохранении показателей гормонов на нормальном уровне лечение прекратить. При достижении ремиссии заболевания после аденомэктомии или многоэтапного лечения – контроль кортизола 1 раз в 3- 6 месяцев и контрольная МРТ турецкого седла 1 раз в год. Лечение осложнений БИК – остеопороза, кардиопатии, энцефалопатии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 180 [K002023]

1. Синдром Иценко - Кушинга. Кортикостерома правого надпочечника.

2. Диагноз «синдром Иценко - Кушинга (СИК)» поставлен на основании: жалоб на головные боли, мелькание мушек перед глазами, постоянную жажду, учащенное мочеиспускание, боли в пояснице, резкую слабость; данных анамнеза: заметно изменилась внешность больного (округлилось лицо, похудели конечности, увеличился в объёме живот, беспокоит сухость кожи, выпадение волос на голове), выделенных синдромов гиперкортицизма, хронической гипергликемии, артериальной гипертензии, ожирения, дермопатии, астении, остеопороза. Ожирение – следствие гиперкортизолизма с липогенезом в центральных частях тела и липолизом в области конечностей. Стрии - следствие катаболизма белков с истончением и ранимостью кожи. Мышечная слабость – следствие катаболизма белков. Причина АГ - задержка натрия, воды, вазоконстрикция. На периферические сосуды ГК оказывают синергическое с КА влияние. Гипергликемия - следствие избытка ГК, повышения глюконеогенеза, снижения утилизации глюкозы. Остеопороз - следствие катаболизма белка, уменьшение белковой матрицы кости, снижение содержания органического вещества и его компонентов (коллагена и мукополисахаридов), резорбции кальция из кости, уменьшения в сыворотке крови уровня остеокальцина (маркер костеобразования), уменьшения всасывания кальция в кишечнике и увеличения его потерь с мочой (гиперкальциурия).

Также в пользу диагноза СИК, кортикостерома говорят данные инструментальных обследований – по УЗИ надпочечников правый надпочечник значительно увеличен в объеме.

3. Необходим мониторинг следующих лабораторных и инструментальных методов обследования: определение уровня кортизола в крови в 8.00 и 23.00 для подтверждения гиперкортицизма.

Дексаметазоновый тест для диф. диагностики с функциональным гиперкортицизмом.

Малая проба: характерно отсутствие подавления продукции кортизола надпочечниками дексаметазоном.

Большая проба (для диф. диагностики БИК и СИК): отрицательная.

АКТГ крови (8 и 23.00). При значении АКТГ менее 10 пг/мл или ниже референсных значений.

КТ или МРТ надпочечников (при БИК- увеличены оба надпочечника, при СИК - один надпочечник увеличен, второй уменьшен), денситометрия - для определения тяжести остеопороза.

4. Основной метод лечения – адреналэктомия.

Медикаментозную терапию применяют только как подготовку к операции.

Аминоглутетимид (Мамомит) блокирует начальные этапы стероидогенеза, нарушая превращение холестерина в прегненолон. 250 мг 2-3 р/сут (в 8-9 часов и 16-18 часов), под контролем экскреции кортизола в суточной моче 1 раз в 10-12 дней до операции; при необходимости - увеличение дозы на 250 мг/сут каждую неделю, но не более 1000-1500 мг/сут. Кетоконазол ингибирует стероидогенез на нескольких уровнях, наибольшее значение имеет блокада превращения холестерина в прегненолон. Назначают внутрь по 200 мг 2-3 р/сут. под контролем экскреции кортизола в суточной моче не реже чем 1 раз в 10-12 дней до операции, возможно увеличение дозы до максимальной – 1000 мг/сут или

Митотан оказывает цитотоксическое действие на кору надпочечников, т.е. является адренолитическим средством. Назначают внутрь по 500 мг 2-3 р/сут под контролем экскреции кортизола в суточной моче не реже чем 1 раз в 10-12 дней до операции, возможно увеличение дозы до 3-5 г/сут, а при необходимости и хорошей переносимости ЛС - до 8-12 г/сут.

Выбор ЛС и коррекция дозы зависят от переносимости, а также от клинических проявлений заболевания и выраженности гиперкортицизма. Лечение начинают со средних доз, затем дозу корректируют в зависимости от суточной экскреции кортизола с мочой.

5. Прогноз для пациентов с СИК зависит от длительности, тяжести заболевания и возраста больного. При небольшой длительности заболевания, лёгкой форме и возрасте до 30 лет прогноз благоприятный. После успешного лечения наблюдается выздоровление. В случаях средне тяжёлых, с длительным течением после нормализации функции коры надпочечников часто остаются необратимые нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы, гипертензия, нарушение функции почек, сахарный диабет, остеопороз.

После операции требуется назначение глюкокортикоидов по схеме: в первые сутки внутривенно вводят 25–50 мг Гидрокортизона (Солу-кортеф, Гидрокортизона гемисукцинат) каждые 4 часа, на вторые — по 25–50 мг через каждые 6 часов, на третьи — каждые 8 часов (внутривенно или внутримышечно) с одновременным назначением 15–20 мг гидрокортизона (Солу-кортефа) внутрь. В дальнейшем парентеральное введение глюкокортикоидов постепенно прекращают, с учетом клинической симптоматики снижают дозу гидрокортизона (Солу-кортефа) до его полной отмены.

Дальнейшее ведение.

У всех пациентов после удаления кортикостеромы развивается надпочечниковая недостаточность различной степени выраженности и длительности, поэтому в послеоперационном периоде пациенты получают терапию гидрокортизоном. После выписки из стационара в течение нескольких недель или месяцев под контролем самочувствия дозу глюкокортикоидов уменьшают до их полной отмены. Обычно уменьшают дозу гидрокортизона (Солу-кортефа) на 2,5–5,0 мг каждые 7–10 дней, однако при появлении клинических признаков НН период между снижениями дозы можно увеличить до 3–4 недель. У части пациентов с длительным анамнезом заболевания потребность в экзогенных глюкокортикоидах может сохраняться всю жизнь.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 181 [K002024]

1. Хронический аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма. Гипотиреоз, манифестный, стадия декомпенсации.

2. Диагноз «аутоиммунный тиреоидит (АИТ), атрофический вариант» поставлен на основании результатов УЗИ щитовидной железы (уменьшение объёма щитовидной железы), повышенные титры АТ к ТПО - 271 ЕД/мл, АТ к тиреоглобулину – 310 мкг/мл. Диагноз «гипотиреоз» выставлен на основании синдромов: гипотиреоидной дермопатии и эктодермальных нарушений (пастозность лица, выпадение волос, сухость кожных покровов); астенического (слабость), диспепсического (запоры), энцефалопатии (сонливость, снижение памяти), повышения ТТГ, снижения св. Т4. На манифестную ст. гипотиреоза указывают: развернутая клиническая картина гипотиреоза при отсутствии осложнений.

Механизм клинических симптомов: при снижении синтеза ТГ в организме снижаются окислительные процессы и термогенез, накапливаются продукты обмена, что ведет к тяжёлым нарушениям ЦНС, эндокринной, сердечно-сосудистой, пищеварительной и других систем. При экстрацеллюлярном отложении мукополисахаридов развивается муцинозный отёк различных тканей и органов – микседема.

3. Пациентке рекомендовано:

липидограмма (повышены ЛПНП, триглицериды),

ЭХОКГ для исключения гидроперикарда,

УЗИ внутренних органов для исключения выпота в серозных полостях,

исследование в динамике ТТГ (на фоне лечения-снижение) и св. Т4 (на фоне лечения - повышение).

4. Левотироксин 0,9 мкг/кг массы тела, начиная с 25 мкг с последующим повышением дозы до постоянной поддерживающей за 4-6 месяцев (низкие дозы и медленный темп достижения целевой дозы обусловлены пожилым возрастом больной).

Этиологического лечения АИТ не существует.

5. Прогноз аутоиммунного тиреоидита удовлетворительный. При своевременно начатом лечении снижение функции щитовидной железы удастся значительно замедлить и достигнуть длительной ремиссии заболевания. Удовлетворительное самочувствие и нормальная работоспособность больных в некоторых случаях сохраняются более 15 лет, несмотря на возникающие кратковременные обострения АИТ.

Дальнейшее наблюдение у врача-эндокринолога. Контроль ТТГ и Т4 св.: первое определение производится не ранее 6 недель от начала терапии, при достижении эутиреоза – 1 раз в 3 месяца. После достижения клинико-лабораторного эффекта для определения адекватности дозы Левотироксина исследование ТТГ или св Т4 производят 1 раз в 6 месяцев. Цель – уровень ТТГ 0,5 -1,5 мкМЕ/мл.

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 182 [K002026]

1. Сахарный диабет 1 типа, HbA1C<6,5% Диабетическая гипогликемическая кома.

2. Диагноз «сахарный диабет 1 типа» поставлен на основании дебюта заболевания в молодом возрасте больного, старта терапии с инсулина, HbA1C<6,5% - так как отсутствуют тяжёлые макрососудистые осложнения и риск тяжёлых гипогликемий и молодой возраст.

Диагноз «гипогликемическая кома» выставлен на основе жалоб (на головную боль и дрожь в теле, потливость), данных анамнеза (страдает сахарным диабетом 1 типа, получает инсулин), выделенных синдромов: нейроглюкопенического и гипердренергического, уровня гликемии 2,2 ммоль/л.

Механизм развития синдромов.

Непосредственной причиной гипогликемических состояний при сахарном диабете обычно являются нарушения режима приёма пищи, передозировка сахароснижающих препаратов (в данном случае – недостаточное количество углеводов перед физической активностью). Гипогликемия сопровождается дефицитом глюкозы в нейронах головного мозга (вследствие чего возникает чувство голода, снижение умственной и физической работоспособности, неадекватность поведения, сопор, кома). В первую очередь от гипогликемии страдает кора головного мозга, затем подкорковые структуры (сопровождается нарастанием слабости, бледности кожных покровов, головной болью, головокружением), мозжечок (проявляется дезориентацией, агрессивностью, резким повышением тонуса мышц с развитием тонико-клонических судорог, напоминающих эпилептический припадок) и позднее – продолговатый мозг (знаменует начало комы).

Гипогликемия стимулирует симпатoadреналовую систему – происходит выброс в кровь катехоламинов. Для компенсаторного увеличения содержания глюкозы в крови происходит выброс в кровь контринсулярных гормонов: глюкагона, кортизола, соматотропина.

Симптомы гипогликемического состояния появляются при содержании глюкозы в крови ниже 2,78-3,33 ммоль/л.

3. КЩС (норма), белок в суточной моче (норма), электромиография нижних конечностей (норма или снижение проводимости нервного импульса по двигательным волокнам), осмотр глазного дна (наличие ретинопатии, либо ее отсутствие, поскольку длительность диабета небольшая), МАУ (наличие или отсутствие - небольшая длительность СД), креатинин и СКФ (нормальные показатели-небольшая длительность СД, но может быть снижена СКФ или повышен креатинин), АСТ и АЛТ. Билирубин (оценить функцию печени- при такой длительность СД, как правило, в норме).

4. Внутривенное введение 40% раствора глюкозы 20-100 мл до полного восстановления сознания; при отсутствии восстановления сознания - переходят на в/в капельное введение 5% раствора Глюкозы; п/к или в/м введение 1 мг Глюкагона, Преднизолон 30 мг в/м (контринсулярные гормоны, повышают уровень гликемии). При затяжном течении комы - введение осмотических диуретиков: Маннитола или Мочевины 0,5 г/кг (для предупреждения и лечения отёка мозга). После восстановления сознания больного следует накормить углеводистыми продуктами (булка, хлеб, картофель) для предотвращения рецидива гипогликемического состояния.

5. Прогноз благоприятный при адекватном лечении комы и сахарного диабета. После купирования данного состояния требуется строгий контроль за приёмом пищи, дозировкой сахароснижающих препаратов и физической активностью. При неадекватном лечении комы - летальный исход. При неадекватном лечении СД - возникновение тяжёлых осложнений, инвалидизирующих больного и укорачивающих его жизнь.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 183 [K002027]

1. Сахарный диабет, 1 тип, впервые выявленный. HbA1C<6,5%. Осложнение: кетоацидотическая кома.

2. Диагноз «сахарный диабет» поставлен на основании данных анамнеза (сухость во рту, жажда (выпивала до 8,0 л/сут), полиурия, слабость, похудела на 10 кг), выделенных синдромов: гипергликемии (сахар – 35,6 ммоль/л), гиповолемии, дистрофии (низкий ИМТ-13,5 кг/м²), кетоза (запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Ацетон ++++), ацидоза (шумное, глубокое дыхание, BE-8,3).

Механизм образования синдромов: вследствие абсолютной инсулиновой недостаточности развивается гипергликемия. При повышении концентрации глюкозы крови выше почечного порога (10,0 ммоль/л), происходит выделение сахара с мочой, что стимулирует учащённое мочеиспускание. В результате организм теряет жидкость, происходит обезвоживание, что вызывает неутолимую жажду, приводит к сухости, снижению тургора кожных покровов, снижению веса. Вместе с мочой теряются электролиты (хлориды, калий, натрий), в результате появляется слабость. При высоких значениях сахара крови, он не может поступать в клетки из-за отсутствия инсулина, клетки тела испытывают энергетический голод, компенсаторно в печени происходит расщепление гликогена до глюкозы, что ведёт к еще большим цифрам гликемии. Однако клетки продолжают испытывать энергетический голод, что ведёт к расщеплению жиров на кетоновые тела (они попадают в клетку и обеспечивают ее питание без посредничества инсулина) как альтернативного источника энергии. Но, попадая в кровь, кетоновые тела (ацетон, бета-оксимасляная кислота, ацетальдегид) нарушают кислотный баланс, что приводит к ацидозу и выведению их с мочой (кетонурия). Кетоз, ацидоз, снижение ОЦК, гиповолемический коллапс, ДВС синдром приводят к ухудшению кровоснабжения почек - снижения выработки буферных оснований- усугубление ацидоза и электролитных нарушений, азотемия.

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

Целевой HbA1C < 6,5% - так как молодой возраст и отсутствие тяжелых макрососудистых осложнений и риска тяжелых гипогликемий.

Диагноз «кетоацидотическая кома» выставлен на основании синдромов кетоацидоза (рН крови - 7,23, ВЕ -8,3, в ОАМ - ацетон 4++++), гипергликемии (35,3 ммоль/л), кишечной и желудочной диспепсии, гиперазотемического синдрома (креатинин – 135 мкмоль/л, мочевины 12,7 ммоль/л), электролитных нарушений - гипонатриемии, гипокалиемии (Na⁺ - 131,3 ммоль/л, K⁺ - 3,2 ммоль/л), гепатомегалии, мочевого синдрома, комы.

3. Электромиография (норма или снижение проводимости нервного импульса по двигательным волокнам), осмотр глазного дна (наличие ретинопатии, либо ее отсутствие). МАУ (наличие или отсутствие -небольшая длительность СД), СКФ (нормальные показатели-небольшая длительность СД, но может быть снижена СКФ). АСТ и АЛТ, Билирубин (оценить функцию печени- при такой длительность СД, как правило, в норме).

4. Регидратация в/в 0,9% раствором хлорида натрия. При уровне глюкозы ниже 14 ммоль/л - переход на 5-10%-ный р-р глюкозы. При АД ниже 80 мм рт. ст. – в/в коллоидные плазмозаменители. Скорость регидратации: в 1 час - 1000 мл физ. раствора; во 2 и 3 часы - по 500 мл физ. раствора; затем по 300 мл физ. раствора. Инфузионную терапию ограничивают лишь при полном восстановлении сознания, отсутствии рвоты и возможности применения жидкости через рот. Инсулинотерапию проводят одновременно с регидратацией в/в только ИКД. В первый час- 10-14 ЕД ИКД в/в струйно, а затем в виде медленной капельной инфузии по 6 ЕД в час. Если через 2-3 ч после начала инсулинотерапии уровень гликемии не снижается, следует увеличить дозу инсулина в последующий час. Оптимальная скорость снижения гликемии - 3,89-5,55 ммоль/л в час и не ниже 13-14 ммоль/л в первые сутки (при более быстром снижении возникает опасность синдрома осмотического дисбаланса и отека мозга).

При гликемии ниже 14 ммоль/л показано уменьшить дозу ИКД до 3-4 ЕД в/в в «резинку» на каждые 20 г вводимой глюкозы (200 мл 10% или 400 мл 5% раствора глюкозы).

При гликемии 10-12 ммоль/л, нормализации КЩС, восстановлении сознания и стабилизации АД - перевод на п/к дробную терапию.

ИКД: каждые 4-5 ч введение ИКД по уровню гликемии. С первого дня перевода на п/к инсулинотерапию дополнительно вводят пролонгированный инсулин 2 раза в сутки по 10-12 единиц.

Коррекция гипокалиемии – проводится одновременно с регидратацией. Скорость введения – 2,0 г/ч (дозы рассчитываются в зависимости от уровня калия: при его значении менее 3 – вводят 3 г/час, при 3-3,9 вводят 2 г/ч, при 4-4,9 – 1,5 г/ч, при 5-5,9 – 1,0 г/, при более 6 – не вводить). Если уровень K⁺ не известен, в/в кап введение препаратов калия начинают не позднее чем через 2 часа после начала инсулинотерапии под контролем ЭКГ и диуреза.

Этиологическим лечением метаболического ацидоза являются: инсулинотерапия и регидратация.

Перевод на обычное питание (стол №9) происходит после улучшения состояния, восстановления сознания, способности глотать с введением инсулина короткого действия на принятую пищу (4-8 ЕД).

Для борьбы с ДВС- введение гепарина по 5000ЕД 2 раза в сутки.

5. При своевременной коррекции биохимических нарушений - благоприятный. При несвоевременной и неадекватной терапии кетоацидоз через короткую стадию прекомы переходит в диабетическую кому, летальный исход. Дальнейшее наблюдение у врача-эндокринолога по месту жительства. Мониторинг пациентов включает в себя: самоконтроль гликемии - не менее 4 раз ежедневно. Гликированный гемоглобин HbA1c 1 раз в 3 месяцев. Непрерывное мониторирование уровня глюкозы крови (СGM) - по показаниям. Общий анализ крови 1 раз в год. Общий анализ мочи 1 раз в год. Микроальбуминурия 1 раз в год. Биохимический анализ крови (белок, общий холестерин, ХЛВП, ХЛНП, триглицериды, билирубин, АСТ, АЛТ, мочевины, креатинин, калий, натрий, расчет СКФ) 1 раз в год (при отсутствии изменений). Контроль АД -при каждом посещении врача. При наличии артериальной гипертензии – самоконтроль 2-3 раза в день. ЭКГ 1 раз в год. Осмотр ног и оценка чувствительности - не реже 1 раза в год, по показаниям – чаще. Проверка техники и осмотр мест инъекций инсулина - не реже 1 раза в 6 месяцев. Осмотр врачом-офтальмологом (офтальмоскопия с широким зрачком) 1 раз в год, по показаниям – чаще. Консультация врача-невролога – по показаниям. Рентгенография органов грудной клетки 1 раз в год.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 184 [K002029]

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

2. Диагноз «туберкулёз надпочечников» поставлен на основании: данных анамнеза – перенесённый фиброзно-кавернозный туберкулёз лёгких, на КТ надпочечников: размеры обоих надпочечников увеличены, определяются участки кальцификации, характерная для туберкулёза надпочечников картина.

Диагноз «хроническая надпочечниковая недостаточность» выставлен на основе выделенных синдромов: дерматопатии (гиперпигментации), астении (слабость), диспепсии (тошнота, снижение аппетита, диарея, болезненность живота), артериальной гипотензии (85/60 мм рт.ст. в положении лежа, в положении сидя - еще большее снижение АД- 75/45 мм рт.ст.); надпочечниковая недостаточность имеет первичный характер (указывает гиперпигментация кожных покровов из-за повышения АКГГ и МСГ, тенденция к гиперкалиемии и гипонатриемии (вследствие снижения секреции альдостерона, что свидетельствует о первичном генезе поражения), тяжёлая степень тяжести - пациент требует заместительной терапии и глюко- и минералокортикоидами. На декомпенсацию ХНН указывает наличие большого количества синдромов.

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

Диагноз «фиброзно-кавернозный туберкулез легких» выставлен на основе анамнеза, данных Р-граммы легких.

Механизм развития синдромов.

Гиперпигментация кожи и слизистых оболочек - следствие избыточной секреции АКТГ и β -меланоцитостимулирующего гормона. Общая и мышечная слабость – следствие гипогликемии, гипонатриемии и гиперкалиемии. Снижение массы тела - следствие дегидратации, снижения аппетита. Диспепсические расстройства -следствие снижения секреции соляной кислоты, пепсина и повышения секреции хлорида натрия в просвет кишечника. Артериальная гипотензия -следствие снижения уровня минералокортикоидов и глюкокортикоидов: дегидратации, снижения общего количества натрия в организме, уменьшения внеклеточного объема жидкости, усугубляемого рвотой и диареей.

Анемия – следствие глюкокортикоидной недостаточности и нарушения всасывания железа на фоне диспепсии, нарушения аппетита.

3. Кортизол крови (8 и 23.00), АКТГ (8 и 23.00), экскреция свободного кортизола с мочой, альдостерон, ренин- подтверждение наличия надпочечниковой недостаточности (дефицита глюко- и минералокортикоидов (альдостерон снижен, активность ренина плазмы повышена), установление её первичного характера (АКТГ повышен).

Проба Манту, ПЦР для подтверждения туберкулёза.

Сывороточное Fe, железистый комплекс для уточнения генеза анемии.

4. В/в Гидрокортизон натрия сукцинат 100 мг 3 раза в день. Одновременно с внутривенным введением гидрокортизона натрия сукцината назначают Гидрокортизона ацетат в виде суспензии по 50-75 мг в/м каждые 4-6 часов в первые сутки.

Внутривенная инфузия 0,9% раствора NaCl и 5% раствора глюкозы до устранения дегидратации и гипонатриемии.

Инфузионную терапию прекращают при стабилизации АД на уровне 110/70 мм рт. ст.

При стабилизации состояния перевод на постоянную заместительную гормональную терапию:

Гидрокортизон (Кортизон, Кортэф) 12-15 мг/м², в среднем по 30 мг/сут. (20 мг утром и 10 мг после обеда), или Кортизон ацетат 40-50 мг (25 г утром и 12.5 мг после обеда) или Педнизолон 5 мг утром и 2.5 мг после обеда.

Минералокортикоиды – Кортинеф 0,1 мг в день утром.

Противотуберкулезная терапия.

Назначение препаратов железа при подтверждении ЖДА.

5. Прогноз: удовлетворительный при регулярном приёме гормонов, при отказе от него – резкая декомпенсация. Больные должны: избегать стрессов, инфекционных осложнений, быть обучены, что при этих состояниях дозу ГК необходимо увеличить. Им противопоказаны занятия тяжёлым физическим трудом. При признаках декомпенсации (слабости, недомогания, гипотонии) следует обратиться к врачу. Критериями адекватности терапии являются данные клиники и самочувствия пациента. Динамический контроль: ОАК, ОАМ, АЛТ, АСТ, общий белок, калий, натрий, хлор, креатинин, мочеви́на, ЭКГ, АД.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 185 [K002032]

1. В₁₂-дефицитная анемия.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб на общую слабость, утомляемость, сердцебиения, одышку при физической нагрузке, тошноту, отрыжку, тяжесть в эпигастрии; данных анамнеза: признаки желудочной диспепсии около 15 лет; данных объективного осмотра: общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, лёгкая желтушность кожи и склер лимонного оттенка, лицо одутловато, границы сердца расширены влево на 1 см, тоны немного приглушены, язык малинового цвета, сосочки сглажены, печень +1 см; лабораторного обследования: гемоглобин – 70 г/л, эритроциты – $2,9 \times 10^{12}/л$, ЦП - 1,3, ретикулоциты – 0,1%, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ – 30 мм/час, MCV – 70 фл. В мазке крови обнаружены гиперсегментированные нейтрофилы, тельца Жолли и кольца Кебота.

3. - Миелограмма;

- биохимический анализ крови на АлТ, АсТ, билирубин, креатинин, СРБ;
- определение витамина В₁₂ радиоиммунологическим методом;
- определение уровня фолиевой кислоты в периферической крови;
- определение метилмалоновой и пропионовой кислот в моче и/или в крови.

4. Внутримышечные инъекции витамина В₁₂ в дозировке 500 мкг 2 раза в день (Цианокобаламин, Оксикобаламин, Аденозилкобаламин).

5. Причин может быть несколько.

Алиментарная недостаточность - недостаточное поступление с пищей не только мяса, но также молочных продуктов и яиц.

Нарушение всасывания витамина В₁₂, поступившего с пищей, в кровь.

Поглощение витамина В₁₂ микроорганизмами (бактериями кишечника или глистами - внедрившимися в организм человека круглыми или плоскими червями).

Повышенное потребление витамина В₁₂ - любая злокачественная опухоль.

Повышенное выделение витамина В₁₂ - недостаточное связывание с белками крови, заболевания печени и почек.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 186 [K002033]

1. Железодефицитная анемия, средней степени тяжести.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб на утомляемость, общую слабость, эпизоды головокружения, сердцебиение и одышку при физической нагрузке; данных анамнеза: слабость, головокружения появились год тому назад во время беременности, месячные с 13 лет, обильные первые 3-4 дня, по 5-6 дней, регулярные, в настоящее время осуществляет грудное вскармливание ребёнка; данных объективного осмотра: бледность и сухость кожных покровов, ногти с поперечной исчерченностью, слоятся, волосы ломкие; лабораторного обследования: гемоглобин – 75 г/л, эритроциты – $3,3 \times 10^{12}/л$, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ - 12 мм/час, MCV - 70 фл., MCH - 21,0 пг, анизоцитоз, пойкилоцитоз, железо сыворотки - 6 мкмоль/л.

3. - Клинические анализ крови;

- биохимический анализ крови: уровень сывороточного железа и ферритина; ОЖСС и ЛЖСС;

- дополнительные лабораторные и инструментальные исследования для выявления причины развития анемии.

4. - Устранение этиологических факторов;

- лечебное питание;

- лечение железосодержащими препаратами: препараты, содержащие двухвалентное железо (Ферроградумент, Сорбифер дурулес, Тардиферон, Тотема, Актиферрин, Ферретаб, Гемофер), и препараты, содержащие трёхвалентное железо (Мальтофер, Феррум лек, Мальтофер фол, Ферлатум).

5. - Противорецидивная (поддерживающая) терапия: приём препаратов железа короткими курсами по 7-10 дней ежемесячно;

- профилактический курс длительностью 6 недель (суточная доза железа 40 мг), затем проводятся два 6-недельных курса в год или прием 30-40 мг железа ежедневно в течение 7-10 дней после менструации.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 187 [K002034]

1. Аутоиммунная гемолитическая анемия.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб на общую слабость, головокружение, желтушное окрашивание кожи и склер; данных анамнеза: после приёма Парацетамола появилось желтушное окрашивание кожи и склер, нарастающая слабость; данных объективного осмотра: кожа бледно-желтушной окраски с лимонным оттенком, склеры иктеричны, печень у края рёберной дуги, селезенка +3 см; лабораторного обследования: гемоглобин – 90 г/л, эритроциты – $3,1 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0,9, ретикулоциты - 3%, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ - 10 мм/час. Билирубин крови - 33 мкмоль/л, реакция непрямая.

3. Пробы Кумбса (прямая, непрямая); монофазные гемолизины на мембранах эритроцитах.

4. - Глюкокортикоиды (Преднизолон в суточной дозе 60-80 мг);

- иммунодепрессаты (6-меркаптопурин, Имуран, Хлорбутин, Метотрексат);

- спленэктомия.

5. Может развиваться гемолитический криз - синдром, характеризующийся резким обострением клинических и лабораторных признаков гемолиза эритроцитов. Лечение: антигистаминные и гормональные препараты, дезинтоксикация, профилактика ОПН (NaHCO_3), ворсированный диурез (Фуросемид), профилактика тромбозов - антикоагулянты, при повторных гемолитических кризах - спленэктомия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 188 [K002035]

1. V_{12} -дефицитная анемия, тяжёлой степени.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб на слабость, утомляемость, одышку и сердцебиение при небольшой физической нагрузке, жжение в языке, чувство онемения в подошвах стоп; данных объективного осмотра: кожа и слизистые бледные с желтушным оттенком, лицо отёчное, язык малиновый, блестящий, сосочки атрофированы, усилены рефлексy, снижена чувствительность на стопах и кистях рук; лабораторного обследования: клинический анализ крови: гемоглобин – 63 г/л, эритроциты – $2,6 \times 10^{12}/\text{л}$, MCV - 110 фл, тельца Жолли и кольца Кебота, пойкилоцитоз. Билирубин - 55 мкмоль/л, непрямой - 45 мкмоль/л. Результаты стеральной пункции: эритроидная гиперплазия костного мозга, мегалобластный тип кроветворения, соотношение эритроидных и миелоидных элементов 1:1, снижено количество мегакариоцитов, определяются гигантские метамиелоциты.

3. - Определение витамина V_{12} и фолиевой кислоты;

- определение метилмалоновой и пропионовой кислот в моче и/или в крови.

4. Внутримышечные инъекции витамина V_{12} (Цианокобаламин, Оксикобаламин, Аденозилкобаламин).

5. - Повышение уровня ретикулоцитов;

- повышение уровня гемоглобина;

- снижение уровня ЛДГ и БЛ;

- нормализация MCV.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 189 [K002036]

1. Апластическая анемия.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб на слабость, головокружение, одышку при ходьбе; данных анамнеза: 5 лет назад получал полихимиотерапию и лучевую терапию по поводу рака лёгкого; данных лабораторного обследования: гемоглобин - 65 г/л, эритроциты - $2,1 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты – 0,5%, лейкоциты – $1,9 \times 10^9/л$, тромбоциты – $90 \times 10^9/л$, СОЭ – 35 мм/ч. Результаты стерильной пункции: костный мозг в основном представлен жировой тканью.

3. - Клинический анализ крови: нормохромная (реже гиперхромная) анемия; ретикулоцитопения, лейкопения за счет снижения содержания нейтрофильных гранулоцитов (гранулоцитопения); тромбоцитопения.

- Миелограмма: изменения картины костно–мозгового кроветворения в соответствии с характером основного патологического процесса (замещение жировой тканью, инфильтрация бластными клетками и др.).

4. - Устранение выявленной причины;

- иммуносупрессивная терапия с использованием антитимоцитарного иммуноглобулина (АТГ) и Циклоспорина А;

- глюкокортикостероиды при аутоиммунном механизме анемии;

- лечение андрогенами (только мужчинам);

- спленэктомия показана при отсутствии эффекта от глюкокортикоидов.

- антилимфоцитарный глобулин (при отсутствии эффекта от спленэктомии и других методов лечения);

- трансплантация гемопоэтических стволовых клеток.

5. - Гиперпластические процессы, поражающие кроветворение;

- системные заболевания (ретикулёзы);

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 190 [К002037]

1. Железодефицитная (хроническая постгеморрагическая) анемия.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб на утомляемость, головокружения, сердцебиение при физической нагрузке, тёмную окраску стула; данных анамнеза: с 17-летнего возраста болеет язвенной болезнью 12-перстной кишки, по поводу которой дважды проводилось стационарное лечение; данных объективного осмотра: кожные покровы и слизистые бледноватой окраски ЧСС 80 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст., живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области; лабораторного обследования: клинический анализ крови: гемоглобин – 73 г/л, эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,71, ретикулоциты – 1%, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ – 10 мм/час, МСV – 70 фл, железо сыворотки – 7 мкмоль/л, ОЖСС – 115 мкмоль/л.

3. - Клинический анализ крови;

- биохимический анализ крови: уровень сывороточного железа и ферритина; ОЖСС и ЛЖСС;

4. - Устранение этиологических факторов;

- лечебное питание;

- лечение железосодержащими препаратами: препараты, содержащие двухвалентное железо (Ферроградумент, Сорбифер дурулес, Тардиферон, Тотема, Актиферрин, Ферретаб, Гемофер) и препараты, содержащие трехвалентное железо (Мальтофер, Феррум лек, Мальтофер фол, Ферлатум).

5. - Все виды анемий (кроме железодефицитной);

- метастазы опухолей;

- арегенераторный кризис при гемолитической анемии;

- повреждение одного или более ростков кроветворения и выявление атипичных клеток по данным гемоцитогаммы;

- миелодиспластические синдромы;

- лучевая болезнь.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 191 [K002038]

1. Сахарный диабет 1 типа, впервые выявленный. Осложнения: кетоацидоз.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб на общую мышечную слабость, утомляемость, головные боли, резкое снижение работоспособности, сухость во рту, повышенную жажду, частое обильное мочеиспускание; данных анамнеза: заболел около месяца назад после нервного потрясения (нападение хулиганов); данных объективного осмотра: истощён, кожа сухая, шершавая, на спине - следы расчёсов, язык красный, липкий, изо рта - сладковато-кислый запах.

3. Уровень гликемии натощак и через 2 часа после еды;

клинический анализ крови;

общий анализ мочи;

БХ крови: калий, АЛТ, АСТ, креатинин, мочевины; кетоновые тела;

гликозилированный гемоглобин;

кровь на инсулин;

КОС крови.

4. Инсулинотерапия;

дегидратация, восстановление электролитного баланса и борьба с ацидозом.

- 5. Кетоацидотическая кома;
- гиперосмолярная кома;
- лактатацидотическая кома;
- гипогликемия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 192 [К002039]

- 1. ИБС: вариантная стенокардия Принцметала.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб на боли по ночам в области верхней трети грудины, которые продолжаются около 15 минут, проходят самостоятельно или после приёма Нитроглицерина; данных анамнеза: во время приступа болей на ЭКГ, снятой врачом «скорой помощи», были зарегистрированы подъём сегмента ST в отведениях II, III и AVF с дискордантным снижением этого сегмента в отведениях V1 и V2 и атриовентрикулярная блокада II степени.

- 3. БХ крови: липидограмма;

СМЭКГ по Холтеру;

стрессЭХОКГ;

коронарография.

- 4. Антиагреганты;

антагонисты кальциевых каналов;

бета-адреноблокаторы;

оперативное лечение: БАП и стентирование.

- 5. ИБС: острый инфаркт миокарда;

ИБС: прогрессирующая стенокардия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 193 [К002040]

- 1. Несахарный диабет.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб на сильную жажду, обильное мочеиспускание; данных анамнеза: автомобильная катастрофа с ушибом головы; лабораторного обследования: сахар крови натощак - 5,3 ммоль/л, проба на толерантность к глюкозе – нормальная, сахар в моче и ацетон не обнаружены, низкая плотность мочи; компьютерная томография гипофиза выявила в задней его доле образование, подозрительное на аденому.

- 3. Клинический анализ крови;

- БХ крови: глюкоза, калий, кальций, мочевины;

- осмолярность крови и мочи;
- УЗИ брюшной полости;
- МРТ головного мозга;
- тест с десмопрессином;
- проба с сухоедением.

4. - Устранение причины;

- питьевой режим;
- десмопрессин.

5. Сахарный диабет.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 194 [К002041]

1. Тромбоз вен левой голени. Тромбоэмболия лёгочной артерии.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб на одышку, боли в левой половине грудной клетки при кашле и дыхании, кровохарканье, повышение температуры до 38°C, слабость; данных анамнеза: заболела остро 2 дня назад, когда внезапно возник приступ удушья, сопровождающийся болями в левой половине грудной клетки, сердцебиением, была кратковременная потеря сознания; данных объективного осмотра: состояние больной тяжелое, кожные покровы бледно-цианотичные, отёки нижних конечностей, больше левой, варикозное расширение вен, гиперемия кожи левой голени с цианотичным оттенком, частота дыханий - 26 в минуту, пульс - 110 ударов в минуту, ритмичный малого наполнения, АД - 90/60 мм рт. ст., I тон на верхушке сердца ослаблен, акцент II тона над лёгочной артерией; инструментального обследования: на ЭКГ зарегистрировано увеличение зубцов Q в III отведении и S в I отведении, подъём сегмента ST и отрицательный зубец T в III отведении, блокада правой ножки пучка Гиса.

3. - ЭКГ;

- рентгенография органов грудной клетки;
- исследование газов артериальной крови;
- ЭХОКГ;
- вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия лёгких;
- спиральная компьютерная томография с контрастированием;
- определения уровня Д-димера;
- ангиопульмонография;
- катетеризация правых отделов сердца;

- УЗДГ сосудов нижних конечностей.

4. - При потере сознания, остановке кровообращения и/или дыхания проводят сердечно-лёгочную реанимацию.

- Коррекция гипоксии - оксигенотерапия.

- Купирование болевого синдрома.

- Тромболитическая и антикоагулянтная терапия.

5. Показания:

- развитие острой массивной ТЭЛА;

- наличие противопоказаний к тромболитической терапии;

- неэффективность уже проведенной тромболитической терапии.

Методы хирургического лечения ТЭЛА:

- постановка кавафилтра;

- клипирование нижней полой вены;

- эмболэктомия;

- эндоваскулярная катетерная тромбэктомия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 195 [K002052]

1. Язвенный колит, проктосигмоидит, среднетяжёлая атака.

2. Иерсиниоз, псевдотуберкулёз, болезнь Крона, дисбактериоз, псевдомембранозный колит.

3. Общий анализ крови, б/х анализ крови (глюкоза, ХС, липиды, К, Na, Ca, белок и фракции, СРБ, ЩФ, ГГТП, билирубин, амилаза, креатинин), копрограмма, общий анализ мочи, фекальный кальпротектин, АНЦА, ASCA, токсин А/В, посев кала на дисбиоз, РНГА с псевдотуберкулёзным антигеном, иерсиниозным антигеном, УЗИ брюшной полости, ЭФГДС, фиброколоноскопия + биопсия кишечника.

4. В зависимости от степени активности воспаления: препараты 5-Аск системные и местные - ректально, гормоны (Преднизолон, Будесонид) системные и местные - ректально, цитостатики (Метатрексат, Азатиоприн). Генно-инженерная биологическая терапия.

Симптоматическое: спазмолитики, кишечные антисептики, пробиотики.

5. Перфорация кишки, сепсис, анемия, в дальнейшем рак толстого кишечника.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 196 [K002053]

1. Наследственная целиакия. Хроническое врождённое мальабсорбтивное заболевание, обусловленное непереносимостью глютена (злакового протеина, содержащегося в пшенице, ржи, ячмени, овсе), возникающее в основном у лиц детского и подросткового возраста.

Глютен становится субстратом для тканевой трансглутаминазы, ферментирующая его на фрагменты, фагоцитируемые антиген-представляющими клетками.

Последние презентуют антиген Т-хелперам, которые, высвобождая цитокины, повреждают слизистую проксимального отдела тонкой кишки.

Повреждения представляют собой потерю ворсинок, выполняющих основную всасывательную функцию.

Ассоциировано с генными мутациями HLA-DQ2 и DQ8, хромосомными аномалиями (синдром Дауна и Тёрнера), аутоиммунными заболеваниями (сахарный диабет 1 типа (самое частое)), также тиреоидит Хашимото).

2. Диарея, полифекалия, стеаторея.

Стул кашицеобразный, маслянистый, пенистый, иногда – водянистый, с крайне неприятным запахом.

3. Синдром мальабсорбции.

Проявления: снижение веса тела, нарушение всасывания жирорастворимых витаминов А (никталопия, ксерофтальмия, кератомалиция), D (остеопения, рахит у детей, остеомалиция у взрослых), Е (спиносеребеллярная дегенерация, гемолитическая анемия с акантоцитами), К (гипопротромбинемия -> экхимозы, мелена, гематурия).

Нарушение всасывания железа - железодефицитная анемия.

4. Выявление антител к глиадину (IgG, IgA), эндомизию (Ig A), тканевой трансглутаминазе (tTG) в крови и микроскопическое исследование биоптата двенадцатиперстной кишки.

5. Пожизненное соблюдение аглютеновой диеты. Глюкокортикостероиды при рефрактерном течении. Заместительная терапия препаратами ферментов поджелудочной железы, лечение синдрома мальабсорбции препаратами железа, фолиевой кислоты, жирорастворимых витаминов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 197 [K002054]

1. Язвенная болезнь желудка, обострение.

2. Функциональная диспепсия, гастрит, симптоматические язвы желудка, синдром Золлингера-Эллисона, болезнь Крона, язвенная форма рака желудка, лимфома, системный мастоцитоз.

3. ФГДС с прицельной биопсией, определением пристеночного рН.

Rg-исследование с контрастированием (симптом «ниши», утолщение и извилистость складок слизистой по направлению к «нише», ограниченный локальный спазм – симптом Де Кервена (указывающего перста)).

АТ к *Helicobacter Pylori*, уреазный экспресс-тест, дыхательный тест.

Исследование базальной и стимулированной секреторной функции желудка.

Анализ кала на скрытую кровь (реакция Греггерсена).

Клинический анализ крови (снижение эритроцитов, гемоглобина, гематокрита при кровотечении).

4. В течение 2 недель принимать Омепразол 20 мг 2 раза в день, или Лансопризол 30 мг 2 раза в день, или Пантопризол 40 мг 2 раза в день + Кларитромицин 500 мг 2 раза в день + Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день или + Кларитромицин 500 мг 2 раза в день + Метронидазол 500 мг 2 раза в день.

5. Язвенное кровотечение, перфорация язвы, пенетрация язвы, перивисцериты, пилоростеноз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 198 [K002055]

1. Вторичная лактазная недостаточность.

2. Определение содержания углеводов в кале (должны отсутствовать).

Определение уровня рН при копрологическом исследовании (не ниже 5,5).
Определение содержания водорода, метана или меченного ^{14}C CO_2 во выдыхаемом воздухе и нагрузочные методы с лактозой.

Морфологическое исследование слизистой оболочки тонкой кишки.

3. Лечение основного заболевания.

Диетотерапия - ограничение или исключение употребления молока. Рекомендуется употребление низколактозных продуктов (кисломолочные продукты, масла, твёрдых сыров).

Не следует полностью исключать молочные продукты, являющиеся источником кальция.

Через 1-3 месяца диету следует постепенно расширять по переносимости под контролем клинических симптомов (диарея, метеоризм).

4. Функциональная диарея, СРК, аллергия на молочный белок.

5. Физиологическая лактазная недостаточность, врождённая (генетическая), приобретённая (обусловленная заболеванием кишечника, исчезающая после его устранения).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 199 [K002056]

1. Хронический реактивный гастрит (рефлюкс-гастрит, тип С);

дуодено-гастральный рефлюкс;

ЖКБ, состояние после холецистэктомии.

2. В патогенезе формирования дуодено-гастрального рефлюкса имеет значение холецистэктомия, которая может приводить к нарушению сократительной функции желчного, гастродуоденальной моторики, развитию дуоденостаза.

Это, в свою очередь, приводит к повышению давления в просвете двенадцатиперстной кишки и забросу её содержимого в желудок.

Изменение химического состава желчи и хаотическое её поступление в ДПК нарушают переваривание и всасывание жира и других веществ липидной природы, уменьшают бактерицидность дуоденального содержимого, что приводит к микробному обсеменению ДПК.

При синдроме избыточного бактериального роста в кишке накапливаются продукты жизнедеятельности бактерий, гниения и брожения, т. е. развиваются метеоризм и дистензионные боли, усугубляется дуодено-гастральный рефлюкс.

3. Холедохолитиаз, хронический панкреатит, хронический гастрит другой этиологии.

4. УЗИ органов брюшной полости для исключения наличия камнеобразования в желчных протоках, оценки структуры поджелудочной железы; суточная рН-метрия; уреазный дыхательный тест на хеликобактер.

5. Соблюдение щадящей диеты;

- употребление варёной, полужидкой пищи;

- отказ от белого и ржаного хлеба;

- жареной, копчёной, жирной, острой и солёной пищи;

- маринадов и консервации;

- сахара, мёда и варенья;

- сдобных изделий и шоколада;

- алкогольных напитков;

- ингибиторы протонной помпы (Омепразол 20 мг 2 р/сут.);

- прокинетики (Домперидон, Мотилиум - 10 мг 3-4 р/сут.);

- препараты УДХК (Урсофальк, Урсосан 250 мг - 1 раз в сутки перед сном 3-5 дней с увеличением дозы до 15 мг/кг); Висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза/сут. или 240 мг 2 раза/сут. в течение 28 дней).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 200 [K002057]

1. Диагноз: В₁₂-дефицитная анемия, средней степени тяжести, фуникулярный миелоз. Хронический гастрит, тип А. Аутоиммунный тиреоидит, эутиреоз.

2. Определение уровня витамина В₁₂, фолиевой кислоты, сывороточного железа в крови; определение уровня гастрина, пепсиногена в крови; ФГДС с гистологическим исследованием биоптатов и хелпил-тестом. Консультация врача-гематолога с проведением стеральной пункции для выявления мегалобластического типа кроветворения.

3. Антитела к париетальным клеткам желудка и фактору Кастла.

4. Явления атрофии слизистой оболочки в области тела желудка.

5. Витамин В₁₂ в/м по 100-200 мкг через день - 2 недели, затем 50-100 мкг 2 раза в неделю в течение 6 месяцев, в дальнейшем 50 мкг 1 раз в 2 недели; для устранения симптомов диспепсии - прокинетики (Домперидон, Мотилиум - 10 мг 3-4 р/сут).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 201 [K002058]

1. Хронический атрофический гастрит, НР-ассоциированный, фаза обострения. Функциональная диспепсия.

2. Наличие зон атрофии при НР-ассоциированном гастрите - показание для обязательного проведения эрадикационной терапии, поскольку это является профилактическим мероприятием по предотвращению предраковых изменений слизистой оболочки желудка и собственно рака.

3. Щадящая диета, стол №1.

Тройная схема эрадикационной терапии, включающая в себя ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + Кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки) + Амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки) в течение 10-14 дней.

или

Четырёхкомпонентная схема на основе Висмута трикалия дицитрата (120 мг 4 раза в сутки) в комбинации с ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки), Тетрациклином (500 мг 4 раза в сутки), Метронидазолом (по 500 мг 3 раза в сутки) в течение 10 дней;

- прокинетики (Домперидон) для устранения симптомов функциональной диспепсии;

- пробиотики.

4. А) Факторы агрессии: соляная кислота, пепсин, нарушение эвакуаторной функции желудка, дуодено-гастральный рефлюкс, инфицирование НР;

Б) факторы защиты слизистой оболочки: образование слизи, секреция бикарбонатов, должный кровоток, регенерация эпителия, простагландины, иммунная защита.

5. Персистенция НР-инфекции может приводить к формированию язвенных дефектов слизистой, осложняющихся кровотечениями, прободением, пенетрацией в соседние органы, формированием рубцовых деформаций, малигнизацией.

При атрофии слизистой оболочки желудка вследствие НР-инфекции возможно её замещение кишечным эпителием (метаплазия), а затем и неоплазия эпителия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 202 [K002059]

1. ГЭРБ. Хронический рефлюкс-эзофагит, обострение.
2. Структура пищевода, кровотечение из язв пищевода, пищевод Баррета, аденокарцинома пищевода.
3. ФЭГДС, гистологическое исследование, рН-метрическое исследование, манометрия пищевода, рентгенологическое исследование, импедансометрия. Проба с Гевисконом на купирование болевого синдрома.
4. Снижение массы тела, прекращение курения, спать с приподнятым изголовьем кровати, избегать приём препаратов, снижающих тонус нижнепищеводного сфинктера (теофилины, нитраты, ингибиторы кальциевых каналов, антидепрессанты), вызывающих воспаление слизистой пищевода и желудка (НПВС, Доксициклин).
Не есть на ночь, не принимать горизонтальное положение в течение 40-60 минут после еды, избегать употребления кислых фруктовых соков, жиров, шоколада, кофе, чеснока, лука, перца, алкоголя, горячей, холодной и острой пищи, газированных напитков.
5. Ингибиторы протонной помпы (Омепразол, Рабепразол), прокинетики (Мотилиум, Ганатон), антациды (Альмагель, Маалокс), альгинаты (Гевискон, Гевискон форте).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 203 [K002060]

1. Хронический алкогольный панкреатит средней степени тяжести с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы.
2. Формирование псевдокист, подпечёночная желтуха, вторичный билиарный цирроз печени, сдавление и тромбоз верхней брыжеечной и воротной вен, портальная гипертензия, эрозивный эзофагит, синдром Мэлори-Вейса, гастродуоденальные язвы, хроническая непроходимость двенадцатиперстной кишки, рак поджелудочной железы, инфекционные осложнения: воспалительные инфильтраты, гнойные холангиты, септические состояния, дефицит жирорастворимых витаминов, остеопороз, эндокринная недостаточность.

3. Определение уровня амилазы в крови и моче, копрологическое исследование, определение уровня эластазы-1 в кале, рентгенография живота, КТ, МРТ/МРХПГ, ЭРХПГ, УЗИ, эндо-УЗИ,

4. Прекращение употребления алкоголя, курения.

Определение причины боли и попытка снижения её интенсивности.

Лечение внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы.

Выявление и лечение эндокринной недостаточности поджелудочной железы.

Нутритивная поддержка.

Скрининг по поводу аденокарциномы.

5. Отказ от употребления алкоголя.

Диета с низким содержанием жира, высоким содержанием белка и углеводов 5-10 раз в день НПВС (Парацетамол) за 30 минут до еды.

При неэффективности – Трамадол.

Заместительная ферментная терапия Липазой (20-45000 на основной приём пищи и 10-25 на промежуточный).

При сохранении симптомов – добавить ингибиторы протонной помпы.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 204 [K002061]

1. Миокардитический кардиосклероз. Синдром слабости синусового узла: синдром тахикардии-брадикардии. Фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма. Синоатриальная блокада 2 степени. Синдром Морганьи-Адамса-Стокса.

2. У больной с миокардитом в анамнезе имеют место комбинированные нарушения ритма и проводимости: пароксизмальная фибрилляция предсердий (ЭКГ1) и стойкая синусовая брадикардия, синоатриальная блокада 2 степени (ЭКГ 2), что является проявлением синдрома тахикардии-брадикардии (синдром Шорта) как одно из клинических проявлений синдрома слабости синусового узла на фоне органического поражения миокарда вследствие миокардитического кардиосклероза. На ЭКГ 2 наблюдается выпадение отдельного сердечного цикла с удлинением интервала Р-Р во время паузы вдвое. Был однократно эпизод кратковременной потери сознания, который можно расценить как синдром Морганьи-Адамса-Стокса.

3. Следует проводить дифференциальный диагноз с ваготонической дисфункцией синусового узла. У пациентов среднего возраста ваготоническая дисфункция синусового узла, как правило, является следствием висцеро-висцеральных рефлексов, и в её основе лежат хронические заболевания внутренних органов. В ЭКГ-картине у таких пациентов превалирует синусовая брадикардия, отсутствуют резкие переходы от брадикардии к тахикардии, эпизоды синоатриальной блокады и синдром Морганьи-Адамса-Стокса. У больной нет данных за хронические заболевания внутренних органов, но есть органическое поражение миокарда после перенесённого миокардита.

4. С целью уточнения диагноза показана чреспищеводная электрокардиостимуляция с медикаментозной денервацией. При проведении последней наиболее важные показатели – время восстановления функции СУ (интервал от последнего электрического стимула при прекращении ЭКС до первого самостоятельного синусового сокращения) и скорректированное время восстановления функции СУ (разница между временем восстановления функции СУ и R-R интервалом, предшествующим ЭКС). Значение первого из них не должно превышать 1500 мс, а второго – 525 мс как на фоне исходного ритма, так и после медикаментозной денервации.

5. У больной – синдром слабости синусового узла с нарушениями ритма, требующими назначения антиаритмических препаратов, которое в условиях нарушенной проводимости невозможно. Это является абсолютным показанием к постоянной электрокардиостимуляции в режиме DDDR. Учитывая, что у больной – синдром тахикардии-брадикардии, показана одновременная имплантация антиаритмического устройства – кардиовертера. В дальнейшем на фоне постоянной ЭКС возможно назначение антиаритмических препаратов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 205 [K002062]

1. Хроническая ревматическая болезнь сердца, активная фаза, активность II ст. Рецидивирующий ревмокардит. Комбинированный митральный порок сердца: стеноз и недостаточность митрального клапана. Фибрилляция предсердий с тахисистолией желудочков. Хроническая сердечная недостаточность IIБ стадии IV функционального класса. Сердечная астма.

2. У больного имеется ревматический анамнез, данные клинико-лабораторные, свидетельствующие об активности ревматического процесса на фоне перенесённой ангины. Данные объективного обследования и аускультации сердца свидетельствуют о формировании комбинированного митрального порока сердца: стеноз и недостаточность митрального клапана. Характер пульса, наличие дефицита пульса свидетельствуют о фибрилляции предсердий. Наличие проявлений бивентрикулярной сердечной недостаточности характерно для IIБ стадии и соответствует IV функциональному классу.

3. Фибрилляция предсердий с тахисистолией желудочков. Хроническая сердечная недостаточность IIБ ст., IV функционального класса. Сердечная астма.

4. Пациенту рекомендовано: выявить наличие стрептококковой инфекции – мазок из зева на бактериологическое исследование, определение титра АСЛ-О в сыворотке крови;

определить характер органического поражения митрального клапана, оценить степень митрального стеноза и митральной недостаточности. Оценить характер ремоделирования левого желудочка, левого предсердия, правого желудочка и правого предсердия методом трансторакальной эхокардиографии. Исключить наличие тромбов в предсердиях методом чреспищеводной эхокардиографии. Выполнить рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

5. Антибактериальная терапия. Нестероидные противовоспалительные средства. Для контроля ЧЖС – Дигоксин. При снижении фракции выброса – Бисопролол или Карведилол, Спиринолактон, ингибиторы АПФ (Эналаприл или Лизиноприл), петлевой диуретик (Торасемид или Фуросемид). Для купирования сердечной астмы – внутривенное введение нитратов.

Консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга. Хирургическое лечение – протезирование митрального клапана – показано после стихания активности ревматического процесса и уменьшения степени недостаточности кровообращения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 206 [K002063]

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

2. Диагностическими критериями эритремии (развёрнутая стадия), которые имеются у данного пациента, являются:

увеличение числа эритроцитов крови (более $6 \times 10^{12}/л$ у мужчин);

увеличение содержания гемоглобина (более 177 г/л у мужчин);

лейкоцитоз более $12 \times 10^9/л$ (при отсутствии явных причин для появления лейкоцитоза);

тромбоцитоз более $400 \times 10^9/л$;

увеличение селезёнки.

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

Повышается объём циркулирующей крови, развивается симптоматическая артериальная гипертензия.

3. У больных развивается вторичная артериальная гипертензия, тромбозэмболические осложнения.

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

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

Исследование содержания эритропоэтина крови.

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

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

5. В развёрнутой стадии болезни при наличии плеторического синдрома, но без значимого лейко- и тромбоцитоза применяют кровопускания как самостоятельный метод терапии. Извлекают по 400-500 мл крови за один раз через день (в условиях стационара) или через 2 дня (в условиях поликлиники). Кровопускания выполняются до целевого уровня гематокрита 45%.

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

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

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

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 207 [K002065]

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

2. Критериями В₁₂-дефицитной анемии являются:

снижение содержания эритроцитов (менее $3,0 \times 10^{12}/л$);

повышение цветового показателя (более 1,1);

макроцитоз;

появление мегалоцитов;

полисегментоядерность нейтрофилов, тельца Жолли и кольца Кэбота;

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

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

3. Анемическая кома, фуникулярный миелоз, циркуляторно-гипоксический синдром.

4. Определение содержания витамина В₁₂ и фолиевой кислоты в сыворотке крови, содержание железа и ферритина в сыворотке крови, стерильная пункция с оценкой миелограммы (исключить гемопоэтическую дисплазию), оценка ретикулоцитарного криза на фоне терапии, фиброгастроуденоскопия, фиброколоноскопия (исключить дивертикулёз толстого кишечника), исследование титра антител к гастромукопротеину, кал на яйца глист (исключить глистную инвазию), копрологическое исследование (исключить малабсорбцию).

5. Гемотрансфузии эритроцитарной массы по 250-300 мл (5-6 трансфузий), Цианкобаламин по 1000 мкг внутримышечно в течение 4-6 недель до наступления гематологической ремиссии. После нормализации костномозгового кроветворения и состава крови витамин вводят 1 раз в неделю в течение 2-3 месяцев, затем в течение полугода 2 раза в месяц в тех же дозах. Это связано с необходимостью создания депо витамина В₁₂. В дальнейшем профилактически вводят 1-2 раза в год короткими курсами по 5-6 инъекций или ежемесячно по 200-500 мкг (пожизненно).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 208 [К002071]

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

Дыхательная недостаточность 3 степени. Хроническое лёгочное сердце в фазе декомпенсации. Недостаточность кровообращения ПБ по правожелудочковому типу, 3 функциональный класс. Асцит.

2. У больного имеются экзогенные факторы риска ХОБЛ - индекс курящего человека 25 лет, работа на вредном производстве.

Длительное течение заболевания, проявляющегося продуктивным кашлем с частыми обострениями, симптомы необратимой обструкции верхних дыхательных путей, дыхательной недостаточности, хронического лёгочного сердца с застойной сердечной недостаточностью по правожелудочковому типу. Наличие нейтрофильного лейкоцитоза, гипертермии, гнойной мокроты свидетельствует о фазе обострения ХОБЛ. Имеются рентгенологические признаки, характерные для ХОБЛ - диффузное усиление лёгочного рисунка, проявления эмфиземы лёгких. На ЭКГ - признаки перегрузки правого желудочка. В клиническом анализе крови - вторичный эритроцитоз, что свидетельствует о существовании длительной выраженной гипоксемии.

3. Дыхательная недостаточность 3 степени.

Эмфизема лёгких.

Вторичные бронхоэктазы (?)

Хроническое лёгочное сердце в фазе декомпенсации.

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

Вторичный эритроцитоз.

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

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

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

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

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

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

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

5. При ХОБЛ тяжёлой степени базисной терапией является регулярное лечение длительно действующими бронходилататорами: формотерол, сальметерол (по 1 ингаляции 2 раза в день), индакатерол (по 1 ингаляции 1 раз в день), тиотропия бромид (по 1 ингаляции 1 раз в день), гликопирроний (по 1 ингаляции 1 раз в день).

Так как у больного ХОБЛ тяжёлого течения, то ему показана тройная терапия: тиотропия бромид + серетид или симбикорт или фостер. При наличии вязкой мокроты показана муколитическая терапия. Наиболее эффективен амброксол (лазолван). В связи с обострением ХОБЛ показана парентеральная терапия системными глюкокортикостероидами в среднетерапевтических дозах (эквивалентно 30-40 мг преднизолона), сроком не более 2 недель с постепенной полной отменой. Показана антибактериальная терапия респираторными фторхинолонами (левофлоксацин, моксифлоксацин). Коррекция гипоксии с помощью оксигенотерапии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 209 [K002072]

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

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

Тяжёлое течение пневмонии обусловлено выраженной интоксикацией, тяжёлым общим состоянием, повышением температуры тела до 40°C, выраженной одышкой (44 дыхания в минуту), тахикардией, проявлениями инфекционно-токсического шока с гипотонией и анурией.

3. Инфекционно-токсический шок, дыхательная недостаточность 3 степени, острое повреждение почек, токсический гепатит.

4. Ведущую роль в диагностике пневмоний играет обзорная рентгенограмма лёгких в прямой и боковой проекциях.

При необходимости проводится томографическое исследование с целью детализации внутренней структуры инфильтрата.

Комплексное микробиологическое исследование.

Бактериоскопию мазков мокроты, окрашенных по Граму.

Микроскопию мазков по Цилю-Нильсену.

Посев материала на питательные среды для выделения, идентификации и определения чувствительности к возбудителю.

Обнаружение специфических антител в сыворотке крови серологическими методами.

КФО почек, мониторинг креатинина и клубочковой фильтрации, мониторинг КОС.

5. Антибактериальная терапия внутривенно - цефалоспорины 3-4 поколения, респираторные фторхинолоны, в последующем выбор препаратов с учётом результатов бактериологического исследования мокроты. При тяжёлой пневмонии показано введение двух антибиотиков: Левофлоксацин + Цефтриаксон; Цефотаксим + Макролид; Эртапенем + Макролид.

Отхаркивающие средства (Ацетилицеин, Лазольван).

Восстановление ОЦК, плазмозаменители сочетанием коллоидных и кристаллоидных растворов.

Дезинтоксикационная терапия (реополиглюкин). Оксигенотерапия.

ИВЛ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 210 [K002073]

1. Острый лимфобластный лейкоз. Панцитопения. Агранулоцитоз. Некротическая ангина.

2. Панцитопения, агранулоцитоз и некротическая ангина могут быть в дебюте острого лейкоза. Основным критерий диагноза «острый лейкоз» - больше 20% бластов в крови или костном мозге. У больной - почти тотальная бласттрансформация костного мозга. В связи с наличием синдрома лимфопролиферации наиболее вероятен лимфобластный лейкоз. Для уточнения диагноза показана стерильная пункция, анализ миелограммы с иммуногистохимическими методами, иммунофенотипированием, цитогенетическое исследование.

3. Панцитопения, агранулоцитоз, некротическая ангина, геморрагический диатез, возможно развитие нейрорлейкемии.

4. Миелограмма с морфологическим и цитохимическим исследованием.

Иммунофенотипирование бластных клеток.

Пункционное исследование увеличенных лимфатических узлов.

Цитогенетическое исследование с оценкой цитогенетической группы риска.

МРТ головного мозга, оценка появлений нейрорлейкемии.

Анализ спинномозговой жидкости.

Томография и рентгенография грудной клетки для оценки поражения лимфатических узлов средостения.

5. Полихимиотерапия, направленная на индукцию и консолидацию ремиссии (протокол T-prolong, СНОР), аллогенная миелотрансплантация, профилактика нейрорлейкемии, лечение некротической ангины антибактериальными препаратами широкого спектра действия парентерально.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 211 [K002074]

1. Болезнь Минковского-Шаффара, фаза обострения, гепатолиенальный синдром, трофические язвы голени.

2. Врожденная патология, анемический синдром и рецидивирующая в течение жизни желтуха (повышение непрямого билирубина), ретикулоцитоз, микросфероцитоз, спленомегалия, изменения костей черепа.

3. Отличить микросфероцитарную гемолитическую анемию от негемолитических желтух помогает выраженный микросфероцитоз и ретикулоцитоз в крови, снижение осмотической стойкости эритроцитов, непрямая гипербилиробинемия, уробилинурия, наличие в костном мозге компенсаторной реакции эритроидного роста на гемолиз, а также обнаружение спленомегалии без признаков портальной гипертензии.

4. Осмотическая резистентность эритроцитов.

Стернальная пункция с изучением эритроидного ростка костного мозга.

Исследование длительности жизни эритроцитов, меченых Cr51.

5. Спленэктомия – единственный метод лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 212 [K002075]

1. Инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка, тип I, острейшая стадия. Желудочковая экстрасистолия 3 (Lown, Wolf). Сердечная недостаточность II функционального класса (Killip).

2. Критерии инфаркта миокарда:

наличие биомаркеров некроза кардиомиоцитов в сочетании хотя бы с одним из следующих признаков: симптомы ишемии;

эпизоды подъёма сегмента ST на ЭКГ или впервые возникшая полная блокада левой ножки пучка Гиса.

У больного с предшествующим анамнезом ишемической болезни сердца, стенокардии напряжения развивается клиническая картина острого коронарного синдрома в качестве первичного коронарного события. На ЭКГ - достоверные признаки повреждения миокарда передней стенки левого желудочка с охватом верхушки, маркеры некроза миокарда.

3. Желудочковая экстрасистолия 3 градации (Lown, Wolf). В условиях электрической нестабильности миокарда у больного в остром периоде инфаркта миокарда желудочковая экстрасистолия высоких градаций является триггером жизнеопасных желудочковых аритмий.

Сердечная недостаточность II функционального класса (Killip) - у больного имеются одышка, акроцианоз, влажные хрипы в нижних отделах лёгких.

4. Экстренная коронароангиография.

Непрерывный мониторинг ЭКГ, АД, СИ.

Экстренная эхокардиография с доплерографией.

Рентген грудной клетки.

Маркеры повреждения миокарда в динамики.

КОС крови в динамике.

Креатинин крови, глюкоза, липидный спектр.

5. Основные лечебные задачи:

купирование болевого синдрома;

торможение процесса тромбообразования в коронарной артерии;
 восстановление кровотока по коронарной артерии и профилактика её ретромбоза;
 гемодинамическая и нейрогуморальная разгрузка сердца.

Для купирования болевого синдрома у больного с развивающимся отёком лёгких предпочтительно внутривенное медленное введение морфина 2-4 мг.

Ингаляция кислорода (со скоростью 2-8 литров в минуту) – при сохраняющейся ишемии миокарда и явном застое в лёгких.

Бета-блокаторы липофильные показаны всем пациентам с ОКС, признаками дисфункции левого желудочка (снижение смертности больных, ограничение зоны инфаркта, уменьшение частоты нарушений ритма, снижение частоты разрывов миокарда).

Аспирин показан всем больным с ОКС, начальная доза 150-300 мг (без кишечнорастворимой оболочки), затем 75-100 мг/с (I-A).

Ингибиторы P2Y₁₂ рецепторов тромбоцитов (Тикагрелол, Прасугрель, Клопидогрель) должны быть назначены всем больным с ОКС в дополнении к Аспирину, как можно раньше, при отсутствии противопоказаний (высокий риск кровотечений). Продолжительность комбинированного лечения 12 месяцев.

Тикагрелол (180 мг начальная доза, 90 мг 2 раза в день - поддерживающая доза) рекомендуется всем пациентам среднего и высокого риска коронарных событий (например - высокий уровень тропонинов).

Применение антикоагулянтов рекомендуется всем больным в дополнение к антитромбоцитарной терапии.

Больным с ИМ с подъёмом сегмента ST, поступающим в больницу с возможностью ЧКВ, должно быть выполнено ЧКВ в течение 90 минут после первого контакта с медицинским работником: ангиопластика и стентирование инфаркт-ассоциированной коронарной артерии.

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 213 [K002076]

1. Острый коронарный синдром без подъёма ST. Не Q инфаркт миокарда переднебоковой стенки левого желудочка (?). Желудочковая экстрасистолия.

2. У больного имеются клинические проявления острого коронарного синдрома: нестабильной стенокардии (прогрессирующая стенокардия напряжения, стенокардия покоя) или дебюта не Q инфаркта миокарда, выявлена депрессия сегмента ST, достигающая 2 мм в отведениях I, V4-V6.

Критерии инфаркта миокарда: наличие биомаркеров некроза кардиомиоцитов в сочетании с симптомами ишемии.

3. Экстренная коронароангиография.

Оценка маркеров повреждения миокарда (уровень тропонина).

Начать длительное многоканальное наблюдение (мониторирование) за сегментом ST.

Экстренная эхокардиография с доплерографией.

Оценка уровня глюкозы, креатинина и клубочковой фильтрации, липидного спектра крови.

4. К критериям высокого риска у данного пациента относятся: повторные эпизоды ишемии миокарда; смещения сегмента ST, инверсия зубца T на ЭКГ.

5. Экстренная госпитализация в специализированное кардиологическое отделение.

Лечение следует начинать с применения:

Аспиринa per os 250-500 мг (первая доза - разжевать таблетку, не покрытую оболочкой); затем по 75-325 мг 1 раз в сутки ежедневно;

Гепарина (НФГ или НМГ);

БАБ.

При продолжающейся или повторяющейся боли в грудной клетке добавляют нитраты per os или в/в.

В стационаре продолжить в/в введение НФГ в течение 2-5 суток или п/к НМГ.

Добавить Клопидогрель (если не назначен ранее) в начальной дозе 300 мг, затем 75 мг/сут.

При наличии целесообразно применить в/в инфузию препарата из группы антагонистов ГП IIb/IIIa тромбоцитов (Тирофибана или Эптифибатида).

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 214 [K002077]

1. Сахарный диабет тип 2. Артериальная гипертензия II стадии, II степени, риск ССО 4. Ожирение 2 ст. Гиперлипидемия.

Диабетическая полинейропатия, дермопатия. Диабетическая нефропатия. Хроническая болезнь почек С2 стадии, альбуминурия А2 стадия.

2. Сахарный диабет диагностируется на основании анамнестических данных (слабость, сухость в рту, жажда у женщины пожилого возраста с абдоминальным ожирением и отягощённой наследственностью) и согласно рекомендациям Российской ассоциации эндокринологов 2015 года при повышении уровня гликемии утром натощак до и более чем 7,0 ммоль/л, а также гликированного гемоглобина до или более чем 6,5%.

Диагноз «артериальная гипертония (АГ)» установлен на основании жалоб больного на повышение АД; данных анамнеза (пациентка отмечает повышение АД в течение 10 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (почек). Степень риска ССО поставлена на основании наличия сахарного диабета с осложнениями, ХБП. Ожирение соответствует 2 стадии по классификации ВОЗ (ИМТ 32).

Диагноз «хроническая болезнь почек (ХБП) С2 стадии, альбуминурия А2 стадия» определён по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) на протяжении 3 и более месяцев (анамнестические данные) и снижении СКФ.

3. Диабетическая полинейропатия - особенности жалоб, для уточнения диагноза требуется осмотр врачом-неврологом.

Диабетическая дермопатия.

Диабетическая нефропатия. Хроническая болезнь почек С2 стадии (снижение скорости клубочковой фильтрации до 71%), альбуминурия А2 стадия - 120 мг/сутки.

4. Пациентке рекомендовано: дневные колебания глюкозы крови; проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗИ почек для оценки поражения органа-мишени почек.

5. Лечение: диета 1300-1500 ккал/сутки, Сиофор - 850 мг 3 раза в день, увеличение физической активности. Лечение полинейропатии: альфа-липоевая кислота, витамины группы В.

Антигипертензивные препараты первой линии - ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина II с ренопротективными свойствами. Среди ингибиторов АПФ и блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА) преимущество отдается препаратам с двойным путем выведения - печень/почки (при ХБП - Квадроприл, Мозексприл, Эпросартан, Телмисартан).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 215 [K002078]

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

2. Эритема на щеках, дисковидная эритема.

Неэрозивный артрит двух или более периферических суставов с болезненностью, припуханием.

Плеврит - плевритические боли или шум трения плевры, выслушиваемый врачом.

Поражение почек. Высокая протеинурия.

Гематологические нарушения: панцитопения.

Для верификации достоверного диагноза СКВ необходимо наличие четырёх или более из 11 диагностических критериев.

3. Волчаночный нефрит с исходом в почечную недостаточность, сердечная недостаточность.

Геморрагические и инфекционные осложнения на фоне панцитопении.

4. Иммунологическое исследование: антитела к двухспиральной ДНК, или АТ к Sm-антигену (антигену Смита), антинуклеарный фактор, антитела к кардиолипинам.

Комплексное функциональное исследование почек, биопсия почек для уточнения морфологической формы люпус-нефрита.

Эхокардиография.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

Рентгенологическое исследование суставов.

Проба Кумбса для исключения аутоиммунной гемолитической анемии.

5. Иммуносупрессивная терапия. Преднизолон 60 мг в сутки с очень постепенным снижением дозы после достижения клинического эффекта и переходом на поддерживающую дозу, Азатиоприн 100 мг в сутки или Микофенолата мофетил (селсепт) 500 мг 2 раза в день. Учитывая максимальную степень активности процесса, возможна пульс-терапия Преднизолоном, Циклофосфаном.

При неблагоприятном клинико-морфологическом варианте люпус-нефрита по результатам биопсии возможно проведение пульс-терапии Метилпреднизолоном.

Для предупреждения побочных действий кортикостероидов показано применение препаратов калия анаболических препаратов, салуретиков, гипотензивных средств (ингибиторов АПФ с нефропротективным действием), антацидных препаратов или ингибиторов протонной помпы.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 216 [K002079]

1. Аденома левого надпочечника. АКТГ-независимый синдром Кушинга. Симптоматическая артериальная гипертензия. Вторичный сахарный диабет.

2. Аденома левого надпочечника. Обоснование – диагноз «синдром Кушинга» подтверждается жалобами, объективными данными, лабораторными тестами: высоким уровнем кортизола в сыворотке крови в 22 часа (нарушен ритм секреции кортизола), повышена концентрация свободного кортизола в суточной моче и отсутствует подавление секреции кортизола в пробе с 8 мг Дексаметазона (ночной подавительный тест). О АКТГ-независимом синдроме свидетельствуют низкий уровень АКТГ в плазме крови и наличие аденомы в левом надпочечнике при МРТ исследовании.

3. При аденоме надпочечника показано оперативное лечение: радикальная аденомэктомия.

4. Для профилактики острой недостаточности второго надпочечника в день операции вводится 100 мг гидрокортизона внутримышечно, затем через каждые 6 часов (400 мг в сутки). На следующий день дозу вводимого гидрокортизона уменьшают вдвое.

5. Заместительная терапия Кортизоном ацетатом в течение 6-8 месяцев до восстановления продукции АКТГ и функции оставшегося надпочечника. Первые три недели при переходе на приём Кортизона ацетата внутрь - 50 мг в день, затем в течение 3 месяцев 20 мг в день и ещё в течение 6 месяцев 10 мг в день.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 217 [K002080]

1. На ЭКГ зарегистрирована непрерывная «синусоидальная» пароксизмальная желудочковая тахикардия – это синусоидальной формы желудочковые комплексы с частотой 120-180 в минуту, напоминающие трепетание желудочков (у больной - с частотой 180 в 1 минуту). Такая желудочковая тахикардия возникает в основном у больных с тяжёлыми поражениями левого желудочка. Учитывая длительность пароксизма, у больной - устойчивая форма.

2. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения III функциональный класс. Постинфарктный кардиосклероз (Q инфаркт миокарда задненижней стенки левого желудочка в 2012 году). Гипертоническая болезнь III стадии, риск ССО 4. Пароксизм желудочковой тахикардии, устойчивая форма. Аритмический шок I стадии. Сердечная недостаточность II Б стадии, IV функциональный класс.

3. У больной с документированным инфарктом миокарда в анамнезе имеются клинические проявления стенокардии напряжения III функционального класса. Жалобы в момент обращения связаны с устойчивым пароксизмом желудочковой тахикардии, который осложнился аритмическим шоком. Нельзя исключить интоксикацию сердечными гликозидами, так как синусоидальная форма желудочковой тахикардии характерна для передозировки сердечными гликозидами. Имеются проявления бивентрикулярной сердечной недостаточности в покое, что характерно для сердечной недостаточности II б стадии, IV функционального класса. У больной – гипертоническая болезнь III стадии, риск ССО IV, учитывая наличие ассоциированного клинического состояния – ишемической болезни сердца.

4. После купирования пароксизма желудочковой тахикардии пациентке рекомендовано: суточное мониторирование ЭКГ, проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ; проведение ЭХОКГ для оценки размеров полостей сердца и наличия тромбов, оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗИ почек для оценки поражения органа-мишени почек.

Коронароангиография.

Лабораторные исследования: оценка маркеров повреждения миокарда, электролитного состава крови, креатинина, клубочковой фильтрации, липидного спектра, дневных колебаний глюкозы крови.

5. У больной - жизнеугрожающее нарушение ритма, устойчивая форма пароксизмальной желудочковой тахикардии, осложнившаяся аритмическим шоком. Показана экстренная электрокардиоверсия. Больная должна быть госпитализирована в отделение реанимации.

Показана отмена сердечных гликозидов и введение Унитиола. Для улучшения прогноза жизни больных, перенесших ИМ и имеющих потенциально злокачественные ЖА, показано назначение б-блокаторов без собственной симпатомиметической активности и амиодарона.

Решение вопроса об имплантации кардиовертера-дефибриллятора. Показано назначение ингибиторов АПФ, петлевых диуретиков после восстановления синусового ритма и подъема АД, верошпирона.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 218 [K002679]

1. Основной диагноз: обострение хронического гранулезного фарингита.
2. Диагноз поставлен на основании жалоб на боли в горле, першение клинической картины: гиперемия задней стенки глотки, наличие увеличенных лимфоидных гранул и боковых валиков глотки, интактность небных миндалин. Частые обострения болезни. В клиническом анализе крови изменений не выявлено.

3. Полоскания горла антисептическими и противовоспалительными растворами (с целью очищения слизистой оболочки и уменьшения воспаления).

Орошения задней стенки глотки антисептическими и антибактериальными растворами.

Рассасывание препаратов с обезболивающими, противовоспалительными средствами.

Туширование лимфоидных гранул задней стенки глотки раствором коллоидного серебра.

Физиотерапевтическое лечение (КУФ на заднюю стенку глотки).

4. Мазки из носа и глотки для определения флоры и чувствительности к антибиотикам. ФГДС (для исключения патологии ЖКТ). Исследование глюкозы крови (исключение сахарного диабета).

5. Отказ от курения. Избегать приём холодной, раздражающей, кислой, перченой пищи. Исключить поздний приём пищи (не позднее 2 часов до сна).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 219 [K002692]

1. Острый катаральный фарингит.

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

3. Лечение.

Местное лечение: полоскание антисептическими растворами (Фурацилин, Мирамистин, Хлорофиллипт), пульверизация глотки аэрозолями (Гексорал, Каметон, Ингалипт, Йокс), таблетки для рассасывания с антибактериальными препаратами, антисептическими, обезболивающими.

Диета щадящая, исключить острое, копчёное, солёное, кислое.

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

Предрасполагающие факторы: общее и местное переохлаждение, хроническая патология полости носа, околоносовых пазух и носоглотки, общие инфекционные заболевания, курение и злоупотребление алкоголем, заболевания ЖКТ (ГЭРБ, гастрит с повышенной кислотностью).

5. Пациентка трудоспособна. В больничном листе не нуждается.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 220 [K002693]

1. Острая катаральная ангина.

2. Диагноз «острая катаральная ангина» поставлен на основании данных анамнеза (больной связывает начало заболевания с переохлаждением, что является предрасполагающим фактором заболевания), жалоб на боль в горле, усиливающуюся при глотании, повышение температуры тела до 37,5 °С, общее недомогание, объективных данных (в зеве определяется яркая гиперемия слизистой оболочки небных дужек и миндалин, миндалины разрыхлены и выступают за края дужек, гиперемия распространяется и на заднюю стенку глотки), изменения анализа крови (ускорение СОЭ, лейкоцитоз).

3. Лечение.

Местное лечение: полоскания горла (Фурацилин, Мирамистин, раствор соды), сублингвальные таблетки (Фарингосепт, Грамицидин и т. д.), ингаляции антисептиков (Гексорал, Каметон).

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

4. Амбулаторное лечение с изоляцией больного, в тяжёлых случаях показана госпитализация в инфекционное отделение. Необходимо соблюдать строгий постельный режим в первые дни заболевания, затем переход на домашний режим с ограничением физических нагрузок. Больному выделяют отдельную посуду. Назначают не раздражающую, мягкую пищу, преимущественно растительно-молочную, витамины, обильное тёплое питье. Дети к больному не допускаются.

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 221 [K002694]

1. Фолликулярная ангина.

2. Диагноз «фолликулярная ангина» поставлен на основании жалоб (сильные головные боли, боли при глотании, иррадиирующие в оба уха, боли в суставах конечностей и пояснице, повышение температуры тела до 39-40 °С), объективных данных (регионарные шейные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации, небные миндалины увеличены в объёме, гиперемированы, на слизистой миндалин видны желтовато-белые точки), изменений анализа крови (ускорение СОЭ, лейкоцитоз, увеличение палочкоядерных и сегментоядерных лейкоцитов).

3. Бактериологическое исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии (*Corynebacterium diphtheriae*).

Экспресс-тест для определения бета-гемолитического стрептококка со слизистой оболочки миндалин.

Анализ мочи.

ЭКГ.

Клинический анализ крови в динамике.

СРБ.

РФ.

АСЛО.

4. Местные осложнения: паратонзиллярный абсцесс, парафарингеальный абсцесс.

Общие: ревматизм, ревматоидный артрит, нефрит.

5. Рекомендован постельный режим 7-8 дней. Срок нетрудоспособности при ангине в среднем равен 10-12 дням.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 222 [K002888]

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Неэрозивная форма ГЭРБ. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Ожирение 2 степени.

2. Наличие у больного в течение нескольких лет изжоги, а в дальнейшем кислой отрыжки, боли в собственно эпигастрии и за грудиной некоронарогенного характера с частотой более одного раза в неделю за последний год (или 2 раза в неделю и более за последние 6 месяцев) позволяет установить диагноз ГЭРБ.

Неэрозивная форма установлена в связи с отсутствием эрозий, отёк и гиперемия слизистой в данном случае классифицируются как НЭРБ.

Превышение массы тела на 38% характерно для 2 степени ожирения.

Скользящая грыжа пищеводного отверстия подтверждается данными эндоскопического и рентгенологического исследования.

3. Пациенту рекомендовано: исследование на Н.р. (выявлять Н.р. необходимо обязательно, так как лечение ГЭРБ предполагает длительный, иногда пожизненный приём ИПП, что при наличии Н.р. будет способствовать развитию атрофии слизистой, а в последующем и метаплазии и возможности развития дисплазии и неоплазии), ЭКГ (страдает ГБ, необходимо оценивать состояние сердца), рН-метрия (определить количество и интенсивность кислотных выбросов), импедансометрия (проводится в случае, если сохраняется клиническая картина ГЭРБ при отсутствии кислотных выбросов по данным рН-метрии).

4. Для патогенетической терапии следует выбрать ИПП, причём препарат должен обладать наибольшей эффективностью действия, так как от этого зависит эффект противокислотной терапии. При ГЭРБ необходимо повысить рН в желудке до 4 и более и держать на таком уровне не менее 22 часов в сутки. Такими возможностями обладают оригинальные препараты, и в первую очередь Нексиум, затем Париет и Лосек мапс. Нексиум назначается 40 мг 1 раз в сутки (доза специально для лечения ГЭРБ). Продолжительность лечения 4-8 недель, препарат принимается утром за 30 минут до еды. Париет и лосек принимаются в стандартной суточной дозе.

Учитывая неэрозивную форму ГЭРБ можно назначить прокинетики, однако вряд ли эта группа препаратов окажет хороший эффект, учитывая наличие ГПОД. Пробное назначение Мотилиума по 10 мг 3 раза 1 неделю.

Рекомендуется назначать альгинаты – Гевискон двойного действия после приёма пищи и на ночь. Этот препарат способен образовывать в желудке плотную пену «плот», который перегораживает желудок на 2 полости, причём над плотом рН значительно выше чем под ним, и если идёт заброс в пищевод содержимого верхних отделов, то оно не обладает столь выраженными агрессивными свойствами. Двойное действие – это увеличение дозы солей кальция в 2 раза, что обеспечивает двойной эффект и способствует нейтрализации «кислотного кармана»

Коррекция лекарственной терапии гипертонической болезни: антагонисты кальция отменить, перевести больного на В-блокаторы или ингибиторы АПФ, или ингибиторы ангиотензиновых рецепторов.

Осмотр врачом-хирургом с Rg-снимками для решения вопроса о необходимости оперативного лечения грыжи ПОД.

Биопсия с гистологическим исследованием при очередной эзофагогастрофиброскопии с целью выявления метаплазии эпителия пищевода.

5. Пациента следует перевести на поддерживающую терапию ИПП 20 мг, лучше на ночь. Пациенту рекомендовано продолжить вести дневник самочувствия с записью появления признаков рефлюкса, при отсутствии клинических проявлений в течение 4 недель перейти на терапию по требованию (ИПП и альгинаты принимать в течение 2-3 дней при появлении признаков рефлюкса). Если симптомы рефлюкса исчезают – приём препарата прекратить, если нет, то обратиться к участковому врачу.

Рекомендации по изменению образа жизни: пожизненно (спать с приподнятым головным концом кровати – 15-20 см, снижение массы тела, не лежать после еды в течение 1.5 часов, не принимать пищу перед сном, ограничить прием жиров, прекратить курение, избегать тесной одежды и тугих поясов, не принимать лекарственных препаратов, оказывающих отрицательное действие на моторику и слизистую пищевода).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 223 [K002889]

1. Болезнь Крона, илеоколит с поражением терминального отдела подвздошной кишки, хроническое рецидивирующее течение, среднетяжёлая форма, осложнённая перианальным поражением (свищ).

2. Диагноз заподозрен на основании анамнеза: на операции выявлена утолщённая подвздошная кишка с рыхлой отёчной стенкой, увеличение брыжеечных лимфоузлов, неизменённым червеобразным отростком на операции и при гистологическом исследовании; хронического течения болезни, сопровождающегося болями в животе постоянного характера, диареей, лихорадкой у молодого пациента, а также имеющегося осложнения – перианального свища. Синдромы мальабсорбции и мальдигестии среднетяжёлой степени.

3. Пациенту рекомендовано биохимическое исследование крови с определением электролитов и микроэлементов (магний, железо, кальций) для оценки степени мальдигестии; анализ кала на фекальный кальпротектин; анализ крови на антитела ASCA и ANCA для дифференциальной диагностики с НЯК; УЗИ органов брюшной полости для выявления гепатомегалии, спленомегалии, лимфаденопатии брюшной полости; ФЭГДС: исключение проксимального поражения при болезни Крона, эрозивно-язвенных изменений; фиброколоноскопия с биопсией для обнаружения гранулём, а также массивной лимфоидной инфильтрации всех слоёв стенки кишки – вид булыжной мостовой при фиброколоноскопии; кал на микобактерии туберкулёза для дифференциальной диагностики с туберкулёзным поражением кишечника; пассаж бария по кишечнику (имеется сужение дистального отдела подвздошной кишки и, возможно, изменение стенки слепой и восходящей кишки, что характерно для болезни Крона, при которой развивается фиброз стенки с нарушением проходимости).

4. В качестве противовоспалительной терапии - ГКС: Преднизолон 150 и более мг в/в капельно, затем внутрь – 1 мг/кг массы тела больного: например, 60 мг/сут с постепенным снижением дозы до минимальной эффективной + производные 5 – АСК: Месалазин (Пентаса) 2-6 г в сутки длительно. При отсутствии противопоказаний и наличии возможности – как можно раньше рекомендована антицитокиновая терапия: например, Инфликсимаб, Адалимомаб, Голимомаб в/в капельно курсами.

Кроме противовоспалительной терапии в патогенетическую терапию входит деконтаминация кишечника: Альфа-нормикс - 400 мг 3 раза в сутки 7-14 дней, Метронидазол парантерально.

Коррекция электролитных нарушений, лечение мальабсорбции, мальдигестии.

5. Прогноз заболевания значительно варьирует и определяется индивидуально. Течение болезни Крона может быть бессимптомным (при локализации очага только в области ануса у пожилых людей) или протекать в крайне тяжелой форме. У 13-20% больных отмечается хроническое течение заболевания. При правильно проводимом лечении длительность периодов ремиссии достигает нескольких десятков лет. Как самостоятельное заболевание, болезнь Крона очень редко является причиной смерти больных, и процент летальности остается крайне низким. Обычно пациенты, получающие поддерживающую терапию, доживают до глубокой старости.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 224 [K002891]

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

2. Диагноз выставлен на основании следующих данных: появление пациента впервые в зоне эндемичной для описторхоза; употребление в пищу рыбы из реки, неблагополучной по описторхозу (Обь и её притоки); появление признаков болезни через 2 недели после путешествия, свидетельствующих о поражении печени: боли в правом подреберье и собственно эпигастрии, диспептические явления, желтуха с потемнением мочи, субфебрилитет, увеличение печени и признаков поражения кожи, вероятнее всего аллергической природы; наличие эозинофилии в общем анализе крови (аллергия), повышение альфа2 глобулина (острое воспаление), признаки холестаза (повышение ЩФ, холестерина, прямого билирубина); полосовидная гиперемия в желудке и ДПК при ФЭГДС, которая может быть обусловлена миграцией личинок и поверхностным повреждением крючьями и присосками.

Всё это свидетельствует в пользу паразитарного поражения. Отсутствие паразитов в копрограмме обусловлено тем, что яйца описторхов появляются только на 4 неделе от заражения (сроки созревания личинки, когда паразит начинает выделять яйца).

3. Дополнительные обследования: повторное исследование кала на паразитов (обнаружение яиц гельминтов возможно с 4 недели заболевания), при повторном отсутствии яиц описторхов – кал на описторхоз с обогащением.

Дуоденальное зондирование с 4 недели от начала заболевания.

Обнаружение паразита является самым достоверным в диагностике заболевания. В тех случаях, когда паразит не обнаруживается при повторных исследованиях, рекомендуется провокация Празиквантелом 600 мг однократно. Иммунологические методы обнаружения описторхоза недостаточно специфичны (возможна перекрёстная иммунизация), титр выше 1:400 свидетельствует о вероятности описторхоза, однако подтвердить описторхоз следует достоверными методами (обнаружение непосредственно паразита).

4. При достоверном диагнозе (обнаружение паразита) лечение Празиквантелом (Бильтрицид) из расчёта 60 мг/кг массы тела. Празиквантел – антигельминтное средство, действующее на двуустку. Вызывает спазм мышц и последующий паралич у паразита, что ведёт к его гибели. Учитывая побочные действия со стороны пищеварительной, нервной систем, аллергические проявления за 2 дня до дачи препарата проводится дезинтоксикационная терапия глюкозой с Витамином С, Ремаксолом, Гемодезом. Суточная доза Празиквантела, рассчитанная по массе тела больного (600 мг на 10 кг) разделяется на 3-4 приёма, дезинтоксикационная терапия продолжается в день приёма и ещё 2-3 дня после. Затем назначаются спазмолитики (Мебеверин, Но-шпа внутрь на длительное время для расслабления внутрипечёночных протоков). Также назначаются желчегонные холеретического действия на срок до 3 месяцев, поскольку живые обездвиженные паразиты продолжают выходить в течение этого срока.

Через 3 месяца проводится контрольное исследование кала или дуоденального содержимого на наличие описторхов.

Целесообразно назначение Урсофалька, Урсосана 10-15 мг/кг массы тела: эти препараты являются основными в лечении холестаза, они способствуют лучшему отхождению паразитов из протоков.

5. Противоэпидемические мероприятия занимают важнейшее место в системе профилактики описторхоза и направлены на уничтожение возбудителя и на выключение факторов его передачи. Уничтожение возбудителя производится главным образом путём лечения инвазированных лиц. Выключение начальных факторов передачи описторхоза осуществляется поддержанием высокого уровня санитарного состояния водоёмов. Выключение промежуточных факторов подразумевает уничтожение моллюсков - битиний. Выключение окончательных факторов передачи - неупотребление в пищу инвазированной рыбы (исключение из пищевого рациона сырой рыбы, приготовленной любым способом, кроме тщательной термической обработки).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 225 [K002893]

1. Хронический кальцифицирующий панкреатит токсической этиологии, тяжёлое течение в фазе обострения. Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы тяжёлой степени, возможно внутрисекреторная недостаточность поджелудочной железы. Хронический антральный гастрит, возможно Нр-ассоциированный.

2. У больного, длительно употребляющего алкогольные напитки, развился панкреатит (был эпизод острого панкреатита). Затем процесс принял хронический характер и сопровождался болью, вначале периодической, затем постоянной, усилением боли после приёма пищи, диспептическими явлениями в виде подташнивания, снижением аппетита, быстрым насыщением, а в последующем изменением стула в виде кашицеобразного, а затем и жидкого.

Несмотря на имеющуюся патологию поджелудочной железы, больной продолжал употреблять алкоголь, не соблюдал диету, не принимал рекомендуемые препараты.

При обследовании имеется умеренный лейкоцитоз с незначительным сдвигом влево – воспалительный синдром, снижение общего белка, незначительная амилаземия, увеличение глюкозы натощак, что может свидетельствовать о внутрисекреторной недостаточности.

В копрограмме имеется стеаторея, креаторея, что свидетельствует о внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы.

Снижена фекальная эластаза (100 мкг и менее – критерий тяжёлой степени).

3. Пациенту рекомендовано:

МСКТ органов брюшной полости: визуализация ПЖ;

биохимия крови: АЛТ, АСТ, ЩФ, холестерин и липидограмма;

кал на яйца глист, яйца описторхов, цисты лямблий;

повторное исследование глюкозы, при необходимости тест толерантности к глюкозе.

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

4. Снять спазм сфинктера Одди, расслабить протоки поджелудочной железы на всём протяжении (снятие спазма сфинктера Одди улучшит отток панкреатического сока, и уменьшит протоковую гипертензию, что клинически снизит боль): М-холиноблокаторы: Бускопан в свечах ректально по 1-2 свечи до 5 раз в сутки – обеспечит быстрый спазмолитический эффект и уменьшит или устранил боль. В дальнейшем можно перейти на таблетированную форму в той же дозе. Из этой же группы возможно назначение Платифиллина п/к 0,2% 1-2 мл 2 раза в день.

Блокаторы Na – каналов: Мебеверин 200 мг в капсулах 2 раза в день; блокаторы фосфодиэстеразы: Но-шпа, Папаверин парентерально или внутрь (возможно комбинировать с платифиллином).

Снизить секрецию ПЖ: ингибитор протоновой помпы (Омепразол, Эзомепразол, Рабепразол, Пантопразол) в стандартной дозе 2 раза в день.

Ингибиторы протонной помпы, блокируя соляную кислоту, снижают выделение секретина клетками APUD – системы, которой стимулирует в поджелудочной железе объём секреции, уменьшение объёма снижает внутрипротоковую гипертензию, и уменьшают боль.

Дезинтоксикационная терапия: Ремаксол, Реамбирин в/в капельно.

Улучшение микроциркуляции в ПЖ: Пентоксифиллин в/в капельно.

Заместительная ферментная терапия: микрогранулированные ферменты (Креон 25000 ЕД) 3 раза в день во время еды; дражжированные ферменты: Мезим форте по 2-4 капсулы после еды.

Ферменты назначаются, когда больной начинает принимать пищу.

5. При хроническом алкогольном панкреатите основной мерой вторичной профилактики является алкогольная абстиненция.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 226 [K002894]

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

2. Диагноз «язвенная болезнь ДПК» поставлен на основании наличия поздних и ночных болей, снимающихся антацидами и молочной пищей; диспептических явлений: кислая отрыжка, изжога. Усиление указанных симптомов и появление рвоты, которые характерны для тяжёлой степени заболевания. Наличие язвенного дефекта в ДПК, язвенный рубец на задней стенке свидетельствуют о длительном течении язвенной болезни, однако она выявлена только в настоящее время, поэтому шифруется как впервые выявленная. Имеются признаки хронического активного гастрита – очаги отёка и яркой гиперемии, а также дуоденита – очаги гиперемии.

3. Пациенту рекомендовано:

исследование на Н.р.: забор на цитологическое исследование при ФЭГДС;

определение антигена Н.р. методом ИФА (определение Н.р. имеет существенное значение, так как до 80% язвы желудка и 90% язвы ДПК являются Н.р. - ассоциированными).

УЗИ органов брюшной полости для исключения другой патологии органов брюшной полости. Кал на скрытую кровь для исключения микрокровотечения из язвы.

4. Для язвозаживляющей терапии следует назначить ИПП (Эзомепразол, Рабепразол, Омепразол). Учитывая тяжёлую степень болезни, следует назначить наиболее эффективные препараты (Нексиум 20 мг 2 раза, Париет 20 мг 2 раза, Лосек мапс 20 мг 2 раза), в тех случаях если ночная симптоматика на фоне ИПП будет сохраняться, следует подключить на несколько дней H_2 -гистаминоблокаторы – Фамотидин 40 мг на ночь.

ИПП в стандартной дозе назначаются до полного заживления язвы (4-6 недель), следует учитывать, что язва заживает вначале красным рубцом, который отличается нестойкостью и может разрушиться при прекращении противокислотной терапии. При заживлении язвы красным рубцом назначается поддерживающая терапия – ИПП в половине от лечебной дозы на 1-2 месяца (время формирования белого рубца, лишённого сосудов).

5. Пациенту следует провести эрадикационную терапию: ИПП + Кларитромицин + Амоксициллин, курс - 10 дней. ИПП для эрадикационной терапии назначается по 20 мг 2 раза в день за 30 минут до еды, следует назначить самые эффективные препараты (оригинальные) групп эзомепразола, рабепразола, омепразола. Это обстоятельство связано с тем, что агрессивность Н.р. обусловлена разностью рН на мембране бактериальной клетки (рН - 1) и рН внутри клетки (рН - 7). Оригинальные препараты имеют наилучший клинический эффект, активно защелачивают пространство вокруг бактерии и снижают разницу рН. Бактерии при этом теряют свою агрессивность и становятся чувствительными к антибиотикам. В группе кларитромицинов следует выбрать Клацид, как препарат, имеющий наилучшую очистку, наименьшее количество примесей и более высокий эффект. Из амоксициллинов следует выбрать Флемоксин-Солютаб, поскольку растворимая форма препарата обладает наибольшей биодоступностью – 93% против 70% у других амоксициллинов.

После проведения эрадикации, через 4-6 недель следует определить эффективность лечения - исследование кала на антиген Н.р. методом ИФА. При отрицательном результате на Н.р. - больной должен находиться на диспансерном учёте, и при каждой ФЭГДС проводить забор материала на Н.р. При неэффективной эрадикации – рекомендуется квадротерапия: ИПП + Де-нол + Тетрациклин + Фуразолидон.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 227 [K002895]

1. Язвенная болезнь желудка, впервые выявленная, с локализацией язвы в средней трети желудка по малой кривизне. Хронический неактивный гастрит, вероятнее всего Н.р. – ассоциированный.

2. Наличие у пациента ранних болей (через 20-30 минут после еды), уменьшение или исчезновение болей через 1,5-2 часа, диспептических явлений в виде изжоги и горечи во рту, свидетельствующих о забросе содержимого желудка и жёлчи в пищевод (вследствие увеличения давления в желудке), а также наличие дефекта слизистой и подслизистого слоя с воспалительным валом вокруг, что подтверждается биопсией, даёт основание установить язвенную болезнь желудка.

О хроническом неактивном гастрите Н.р. – ассоциированном, говорит наличие очагов неяркой гиперемии во всех отделах желудка.

3. Пациенту рекомендовано:

обследование на Н.р.: определение антигена Н.р. в кале, цитологическое исследование (взятие материала при ФЭГДС);

УЗИ органов брюшной полости для исключения другой патологии органов брюшной полости;

кал на скрытую кровь (наличие микрокровотечения).

4. Для язвозаживляющей терапии следует выбрать ИПП (Омепразол, Эзомепразол, Рабепразол) 20 мг 2 раза в день за 30 минут до еды. Возможно назначение H_2 – гистаминоблокаторов: Ранитидин 150 мг 2 раза в сутки, Фамотидин 20 мг 2 раза или 40 мг 1 раз до полного заживления язвы с формированием красного рубца. Вследствие того, что красный рубец без кислотосупрессивной терапии способен разрушаться, и язвенный дефект может открыться вновь, следует назначить поддерживающую терапию: ИПП 20 мг 1 раз в день на 4-8 недель – сроки формирования белого рубца, не содержащего сосудов, поэтому более стойкого. При формировании белого рубца, что следует оценить при ФЭГДС, назначается терапия по требованию – при появлении признаков поражения желудка в течении 1-2 дней принимать ИПП.

5. Профилактика обострений заболевания включает рекомендации по диете (регулярный дробный приём пищи, запрет на алкоголь, курение, запрет на употребление ряда лекарственных средств).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 228 [K002904]

1. ХОБЛ, крайне тяжёлой степени тяжести, обострение. ДН2.

ИПЛ - 120 пачко-лет.

ХЛС, декомпенсация. НК 2Б. ФКЗ. Лёгочная гипертензия. Вторичный эритроцитоз.

2. Диагноз «ХОБЛ» установлен на основании фактора риска – курение 120 пачколет, снижения индекса Тиффно - менее 70%, стойкого снижения после бронходилатационного теста ОФВ1 (объёма форсированного выдоха за первую секунду) - менее 80% от должной величины. Обострение – на основании усиления одышки, лейкоцитоза в общем анализе крови и ускорения СОЭ.

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

ДН 2 на основании - тахипное, показателей КЩС - PO_2 - 46 мм рт. ст., SO_2 - 78%

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

Вторичный эритроцитоза установлен на основании – повышения уровня гемоглобина и эритроцитов выше нормы.

3. Рекомендовано: общий анализ мокроты для уточнения характера воспаления, посев мокроты для выявления возбудителя, вызвавшего обострение.

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

4. Для неотложной помощи – оксигенотерапия, так как имеется выраженная гипоксия. Для купирования бронхообструктивного синдрома - небулайзеротерапия с Беродуалом (25 капель) и Будесонидом 0,5% (2 мл) 3-4 раза в сутки.

С целью купирования обострения ХОБЛ, вызванного как правило микробной микрофлорой, рекомендовано назначение антибиотиков. С учётом наиболее частых возбудителей и неотягощённого аллергологического анамнеза – Амоксиклав 1,2 в/в 3 раза в сутки. Отхаркивающие препараты.

Для снижения эритроцитоза – Гепарин 5000×4 раза подкожно в живот.

Для уменьшения признаков ХСН – мочегонные препараты – Диувер 10 мг.

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

5. Продолжить амбулаторно кислородотерапию малопоточную по 16 часов в сутки, продолжить приём базисной терапии М-холинолитик пролонгированного действия Тиотропия бромид (Спирива) 18 мкг утром или Спирива-респимат 5 мкг утром. Поскольку ХОБЛ крайне тяжёлого течения рекомендовано назначение комбинированного препарата серетид – Мультидиск (бета-агонист пролонгированного действия Сальметерол 50 мкг в сочетании с иГКС флутиказона пропионат 500 мкг) 2 раза в сутки.

Вакцинация Пневмо-23 и Антигемофильная вакцина.

Продолжить динамическое наблюдение через 6 месяцев.

Контроль спирометрии и пикфлоуметрии через 6 месяцев.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 229 [K002906]

1. Синдромы:

инфекционно-токсический синдром – повышение температуры тела, общая слабость, потливость, ознобы, анемия как общая реакция организма на инфекционный агент (системный воспалительный ответ);

сосудистый феномен – геморрагическая (петехиальная) сыпь на нижних конечностях;

синдром сердечной недостаточности – отёки нижних конечностей, асцит, гепатомегалия;

синдром цитолиза – увеличение печёночных маркеров (АСТ и АЛТ).

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

3. Первичный инфекционный эндокардит: так как предположительно развился на неизменённом клапане.

Острое течение: так как давность развития до 3 месяцев.

Локализация на трикуспидальном клапане и его недостаточность, так как выслушивается систолический шум над мечевидным отростком (точка выслушивания трикуспидального клапана).

ХСН IIa – признаки застоя по большому кругу кровообращения (отёки нижних конечностей, гепатомегалия, асцит), увеличение границ правых отделов сердца при объективном осмотре, по обзорной рентгенограмме грудной клетки.

4. Эхо-КГ, биохимический анализ крови: К, Na, креатинин, глюкоза, коагулограмма (МНО, ПТИ, РФМК, АЧТВ, фибриноген), ревматоидный фактор, СРБ, прокальцитонин.

5. Пациентку следует госпитализировать и провести стационарное лечение.

Консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга.

Принципы лечения:

режим полупостельный;

диета № 10, ограничение поваренной соли и жидкости, употребление продуктов, богатых калием;

оксигенотерапия.

Комплексное лечение ИЭ должно быть этиотропным, патогенетическим и симптоматическим.

Лечение включает в себя:

назначение 2 или 3 антибиотиков (АБ) синергидного действия с учётом чувствительности выделенного микроорганизма, применение гипериммунной плазмы и глюкокортикоидов, коррекцию СН, симптоматическое лечение и экстракорпоральную гемокоррекцию, которая снижает резистентность патогенных бактерий к АБ.

Для проведения эффективной АБТ необходимыми условиями являются:

раннее начало лечения (промедление с назначением АБ от 2 до 8 недель от начала заболевания снижает выживаемость в два раза).

Использование максимальных суточных доз бактерицидных АБ с парентеральным способом введения.

Проведение АБТ не менее 4-6 при раннем и 8-10 недель при поздно начатом лечении.

Использование АБ с учётом чувствительности к ним бактерий.

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

Проведение эмпирической АБТ цефалоспоридами 1-3 поколения с аминогликозидами при отрицательных результатах посевов крови.

Коррекция дозы и интервалов введения АБ в зависимости от состояния выделительной функции почек.

Замена АБ при возникновении резистентности бактерий в течение 3-5 дней.

Золотистый стафилококк и коагулазонегативные стафилококки в большинстве случаев резистентны к пенициллину, однако чувствительны к пенициллиназоустойчивым полусинтетическим пенициллинам. При выделении эпидермального и золотистого стафилококков, резистентных к полусинтетическим пенициллинам, применяют Ванкомицин (500 мг, 4 раз/сут; 1000 мг 2 раз/сут, в/в или в/м) в виде монотерапии или в комбинации с аминогликозидами (Гентамицин 60-80 мг 2-3 раз/сут; Амикацин 5 мг/кг каждые 8 ч.). Использование Ванкомицина (500 мг через 6 часов в/м или в/в) с Гентамицином (60-80 мг 2-3 раз/сут) оказывает выраженный клинический эффект из-за синергизма действия. У больных ИЭ, вызванным метициллинрезистентным штаммом золотистого стафилококка, в лечении используют Ванкомицин (1000 мг через 12 часов в/в).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 230 [K002907]

1. Синдромы:

болевого ангинозного или острого коронарного синдрома (status anginosus);

сердечной недостаточности (острой) – одышка, хрипы, тахикардия, гипотония, мраморность и холодность кожных покровов;

гипоксической энцефалопатии (головокружение);

гипергликемический (сахарный диабет).

Ведущий - острый коронарный синдром.

2. ИБС. Инфаркт миокарда, Q-необразующий, передний распространённый (с элевацией сегмента ST), осложнённый острой митрально-папиллярной дисфункцией, отёком лёгких, кардиогенным шоком, Killip IV.

Плановое чрескожное коронарное вмешательство со стентированием ПНА в августе 2014 г.

Фон: гипертоническая болезнь III риск 4. Транзиторная ишемическая атака в 2011 г. Дислипидемия, Гипертрофия левого желудочка, ожирение.

Сахарный диабет 2 тип, декомпенсация.

3. На основании клиники (ангинозный болевой синдром в грудной клетке в течение 7,5 часов, не купирующийся Нитроглицерином), ЭКГ-признаков субэпикардального повреждения миокарда передней стенки левого желудочка, повышения концентрации маркера некроза миокарда - КФК-МВ - диагностирован инфаркт миокарда.

Признаки кардиогенного шока – стойкая гипотония, периферическая гипоперфузия (бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения), начинающийся отёк лёгких (тахипноэ, влажные хрипы в подлопаточных областях).

4. Развёрнутый общий анализ крови с определением гематокрита и тромбоцитов.

Кровь на сахар, липидограмму, кардиомаркеры (КК-МВ, КК, тропонины).

Кислотно-основное состояние (рН, РСО₂, dE).

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

Кровь на калий, натрий, креатинин, мочевины для оценки повреждения почек при кардиогенном шоке.

Кровь на АСТ, АЛТ, билирубин для оценки повреждения печени.

Коагулограмма.

Гликемический профиль (компенсация сахарного диабета 2 типа).

ЭхоКГ.

Рентгенографическое исследование органов грудной клетки.

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 231 [K002908]

1. Синдром дыхательной недостаточности, синдром острого лёгочного сердца, болевой синдром в грудной клетке, синдром венозной недостаточности, интоксикационный синдром.

Ведущий – синдром острого лёгочного сердца.

2. Ритм синусовый, тахикардия, острая перегрузка правых отделов сердца, симптом SI-QIII-TIII, неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

3. Острый тромбоз общей бедренной вены справа. Массивная тромбоэмболия лёгочной артерии. Острое лёгочное сердце.

4. Рентгенография органов грудной клетки.

D-димер.

Тропонины T и I.

Эхо-кардиография.

ЦДС вен нижних конечностей и таза.

Компьютерная томография органов грудной клетки.

Коронароангиография.

5. Проведение системного лекарственного тромболитика (Стрептокиназа 250 000 МЕ в качестве нагрузочной дозы за 30 минут, далее 100 000 МЕ/ч в течение 12-24 часов, либо Альтеплаза 100 мг в/в в течение 2 часов), антикоагулянтная терапия (Нефракционированный гепарин - 5000-10000 ЕД в/в струйно, затем постоянная инфузия 10-15 Ед/кг/мин – 5-7 дней либо низкомолекулярный Гепарин – фраксипарин 0,1 мл на 10 кг массы в течение 10 дней; Варфарин – за 5 дней до отмены Гепарина под контролем МНО, в течение 6-12 месяцев).

Альтернативой комбинации парентеральных антикоагулянтов с Варфарином являются: Ривароксабан 15 мг 2 раза в день – 3 недели, затем 20 мг/сут или Апиксабан 10 мг 2 раза в день – 7 дней, затем 5 мг 2 раза в день. Инотропы (Добутамин 5-20 мкг/кг/мин или Допамин 5-30 мкг/кг/мин в/в инфузия), ингаляция кислородом (6-8 литров/мин), эластическая компрессия нижних конечностей, в подостром периоде физиопроцедуры, назначение НПВС, флеботоников. При наличии флотирующей тромба в просвете вены – установка съёмного кава-фильтра.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 232 [K002909]

1. Артериальная гипертензия 3 степени, неуточнённой этиологии. Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), пароксизмальная тахисистолическая форма фибрилляции предсердий. Желудочковая экстрасистолия. Ожирение II степени (ИМТ = 33,8 кг/м²). Метаболический синдром. Риск 4.

2. На ЭКГ ритм фибрилляции предсердий с ЧСС 130-150 ударов в минуту, гипертрофия левого желудочка (индекс Соколова-Лайона 43 мм). QRS = 80 мс, QT = 240 мс. 1 желудочковая экстрасистола. Депрессия сегмента ST по боковой стенке, обусловленная систолической перегрузкой ЛЖ.

3. УЗИ почек, щитовидной железы, ЦДС периферических артерий;

креатинин, мочевины, мочевого кислоты, глюкоза крови;

коагулограмма;

глазное дно, рентгенография грудной клетки;

ТТГ, Т₄-свободный. Альдостерон, Ренин, Ванилилминдальная кислота, Метанефрин крови.

4. Эссенциальная артериальная гипертензия (гипертоническая болезнь) или рено-паренхиматозная артериальная гипертензия на фоне хронического пиелонефрита, осложнённые нарушением ритма сердца – персистирующая тахисистолическая форма фибрилляции предсердий, неритмированная форма трепетания предсердия, синусовая тахикардия с частой экстрасистолией.

5. В виду давности пароксизма более 48 часов необходимо назначить антикоагулянты: Варфарин 5 мг ежедневно под контролем МНО, после достижения целевых значений (2-3) решить вопрос о целесообразности восстановления ритма. Если принято решение о восстановлении ритма (то есть нет противопоказаний) повести ЧП-Эхо-КГ с целью исключения тромбоза и спонтанного эхо-контрастирования в полости ЛП или продолжить приём Варфарина в течение 4 недель, а затем провести медикаментозную (например, Кордарон 600-1200 мг в/в течение суток) или электрическую кардиоверсию (биполярным дефибриллятором 120-150-200 Дж). Если имеются противопоказания к восстановлению синусового ритма, продолжить приём Варфарина или Дабигатрана 150 мг 2 раза в день или Апиксабана 5 мг 2 раза в день или Ривароксабана 20 мг 1 раз в сутки пожизненно.

Необходимо усилить антигипертензивную терапию, например, назначить Эналаприл 10-20 мг 2 раза в день в комбинации с диуретиками (Индапамид замедленного высвобождения 1,5 мг утром или Гидрохлортиазид 12,5-100 мг утром) или заменить ИПФ на Азилсартан медоксамил 40 мг утром.

Контроль ритма сердечных сокращений - Метопролол 12,5 мг 2 раза в день с последующей коррекцией под контролем ЧСС.

Профилактика и лечение обострений хронического пиелонефрита.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 233 [K002910]

1. Синдромы: нарушение ритма сердца; соединительнотканной дисплазии; кардиалгии; поражения клапанного аппарата (относительная недостаточность митрального клапана); церебральной недостаточности (синкопа).

2. Ревматическая болезнь сердца с поражением митрального клапана, пароксизмальное нарушение ритма, пароксизм фибрилляции предсердий.

3. Синдром соединительнотканной дисплазии. Пропалс митрального клапана I степени без регургитации. Пароксизмальная АВ тахикардия. ХСН₀.

4. Холтеровское мониторирование-ЭКГ, чреспищеводная электрокардиостимуляция (ЧПЭС), инвазивное электрофизиологическое исследование.

5. Абляция дополнительного пути проведения в стационарных условиях. Купирование пароксизма - АТФ либо Верапамил. С целью профилактики пароксизмов - Пропафенон.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 234 [K002911]

1. Синдромы: острой левожелудочковой недостаточности, артериальной гипертензии; электрокардиографический синдром острого субэпикардального повреждения. Ведущий синдром - острой левожелудочковой недостаточности, основой которой является снижение систолической функции вследствие острого повреждения миокарда левого желудочка.

2. ИБС: инфаркт миокарда задненижний, атипичный (астматический) вариант начала, осложнённый отёком лёгких. Killip III. Гипертоническая болезнь III ст. Риск 4.

3. На основании остро возникшей левожелудочковой сердечной недостаточности (эквивалент ангинозного болевого синдрома в грудной клетке), признаков субэпикардального повреждения задненижней стенки миокарда левого желудочка по ЭКГ, повышения концентрации маркера некроза миокарда - КФК-МВ.

4. Общий анализ крови, общий анализ мочи, определение электролитов (К, Na) в крови, гликемии, креатинина (с расчетом СКФ), рентгенография органов грудной клетки, эхокардиография, коронарография.

5. Наркотические анальгетики (Морфин в/в), кислородотерапия, петлевые диуретики (Лазикс в/в), при переносимости горизонтального положения – по экстренным показаниям выполнить чрескожное коронарное вмешательство на инфаркт-связанной артерии, при невозможности проведения ЧКВ – провести тромболитическую терапию (Стрептокиназа или Альтеплаза или другим тромболитиком). Непрямые антикоагулянты, двойная антиагрегантная терапия (Аспирин + Клопидогрел / Тикагрелор), ингибитор АПФ, статины в высокой дозировке (Аторвастатин 80 мг/сут.).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 235 [K002912]

1. Синдромы: острый коронарный (ангинозный), острой левожелудочковой недостаточности: шок (кардиогенный), отёк (интерстициальный) лёгких.

Артериальной гипертензии (в анамнезе). Ведущий – острый коронарный синдром.

2. ИБС: инфаркт миокарда передний распространенный, осложнённый кардиогенным шоком, интерстициальным отёком лёгких (сердечной астмой), Killip IV. Гипертоническая болезнь III стадии, риск 4 (очень высокий).

3. На основании клиники (ангинозный болевой синдром в грудной клетке в течение 4 часов, не купирующийся Нитроглицерином), ЭКГ-признаков субэпикардального повреждения миокарда передней стенки левого желудочка, повышения концентрации маркера некроза миокарда - КФК-МВ - диагностирован инфаркт миокарда. Признаки кардиогенного шока - стойкая гипотония, периферическая гипоперфузия (бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения), начинающийся отёк лёгких (тахипноэ, влажные хрипы в подлопаточных областях).

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

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 236 [К002913]

1. Синдромы: нарушения ритма и проводимости, коронарной недостаточности, хронической левожелудочковой недостаточности. Ведущий – синдром нарушения ритма и проводимости.

2. Ритм синусовый, атриовентрикулярная блокада II степени, Мобитц I (с периодикой Самойлова-Венкебаха).

3. ИБС: стенокардия ФК II. Постинфарктный кардиосклероз.

Атриовентрикулярная блокада II степени, тип Мобитц I. ХСН II А, ФК III.

4. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (тропонин T или I, глюкоза, креатинин с расчётом СКФ, К, Na), ЭКГ в динамике, коронароангиография, ЭхоКГ, рентгенография органов грудной клетки.

5. Неотложные мероприятия при приступе: пациента уложить, обеспечить доступ свежего воздуха, оценить витальные функции, обеспечить удаление слюны. Реанимационные мероприятия (непрямой массаж сердца и ИВЛ) – по показаниям. Показана имплантация временного, а в последующем – постоянного электрокардиостимулятора. С учётом результатов коронарографии определить показания к реваскуляризации миокарда (ЧКВ и/или коронарное шунтирование).

Медикаментозная терапия должна включать назначение дезагрегантов, статинов, ингибиторов АПФ, после имплантации электрокардиостимулятора – β -блокаторов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 237 [К002915]

1. Синдромы: малого сердечного выброса, подклапанного аортального стеноза, нарушения ритма, ангинозный болевой (относительной коронарной недостаточности).

Механизм болевого синдрома: относительная коронарная недостаточность. Синкопальное состояние: обструкция выносящего тракта левого желудочка и возможно пароксизмальные нарушения ритма.

2. ГКМП, ИБС: стенокардия, ПИКС, пароксизмальные нарушения ритма; аортальный стеноз ревматической этиологии.

3. ГКМП, асимметричная, субаортальный стеноз. Пароксизмальная тахикардия, Синкопальные состояния.

4. Коронарография, суточное мониторирование ЭКГ.

5. Ограничить физические нагрузки, β -блокатор, амиодарон. Возможно хирургическое лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 238 [К002916]

1. Синдром стенокардии (типичный болевой синдром);

артериальной гипертензии (АД 150/95 мм рт. ст., признаки ГЛЖ – смещение верхушечного толчка влево и данные ЭХО-КГ);

острый коронарный синдром (изменение характеристик болевого синдрома: настоящее ухудшение отмечает в течение последних 2 недель, вышеописанные боли в грудной клетке стали появляться ежедневно до 2–3 раз в день и более длительные, купируются приёмом Нитроглицерина через 3– 5 мин.).

2. ЭКГ: синусовый ритм, признаки ГЛЖ, систолической перегрузки.

ЭХО-КГ: признаки ГЛЖ.

3. В план дифференциального диагноза следует включить стабильную стенокардию и острый инфаркт миокарда. Дифференциально-диагностическим признаком считать повышение кардиоспецифических маркеров (КФК МВ, тропонины).

4. ИБС: прогрессирующая стенокардия. Гипертоническая болезнь III. Риск 4 (ГЛЖ, гиперхолестеринемия, наследственность).

5. Мужской пол, наследственность, абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 239 [К002918]

1. Синдром:

- артериальной гипертонии;
- синдром кардиомегалии, преимущественно левых отделов;
- синдром перемежающейся хромоты.

2. В план дифференциальной диагностики необходимо включить изолированную систолическую гипертонию (для лиц пожилого возраста), гипертоническую болезнь, вазоренальную гипертонию. Общим являются признаки артериальной гипертонии (повышение АД, шум в ушах, головокружение), повышенные цифры АД.

Однако, для изолированной систолической гипертонии цифры диастолического давления должны быть в пределах нормы. Повышение систолического АД в пожилом возрасте связано с повышением ОПСС (стенка сосудов становится «жесткой», снижена эластичность сосудистой стенки).

Для гипертонической болезни характерно более раннее начало (45-50 лет), длительный анамнез артериальной гипертонии. Для вазоренальной гипертонии - пожилой возраст, стойкое повышение АД, сосудистые шумы, повышен уровень холестерина плазмы крови.

3. Атеросклероз аорты, почечных сосудов. Вазоренальная гипертония. Перемежающаяся хромота, ишемия 2А степени.

Основные диагностические признаки: возраст больного (72 года), монотонно высокая гипертензия, наличие сосудистых шумов (признаки атеросклероза аорты: акцент II тона над аортой, систолический шум брюшной аорты, повышен уровень холестерина плазмы), боли, усталость в ногах при ходьбе до 200 метров, заставляющие больного останавливаться, снижение пульсации на артериях тыла стоп.

4. Дообследование:

По возможности определение ренина плазмы (из почечных вен);

Проба Реберга (определить функцию почек);

УЗИ почек;

Экскреторная урография (выявить запаздывание нефрографического эффекта);

Липидограмма;

Контрастная аортография с ангиографией почечных артерий (выявить наличие стеноза почечных артерий).

5. План лечения:

- диета с ограничением животных жиров, соли (стол № 10);
- статины (стабилизация атеросклеротических бляшек, гипохолестеримическое действие);
- Норваск 10 мг 1 раз в день утром (вазодилатация, нефропротективные свойства);
- малые дозы диуретиков: Индапамид 1,25 мг (тиазидоподобный диуретик с вазодилатирующим действием);
- аспирин, профилактика тромбоза в сосудах.

Активное выявление признаков коронарного атеросклероза (коронарография) и атеросклероза БЦА (ЦДС). Консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга для диагностики и определения показаний к хирургическому лечению (нефрэктомия, либо реконструктивная операция на почечных сосудах – удаление атеросклеротических бляшек из почечных артерий, либо ангиопластика).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 240 [K002919]

1. Синдромы: ХСН II-Б, ФК IV, кардиомегалии, нарушения ритма (фибрилляция предсердий, желудочковая э/с), анемии.

2. ДКМП, хроническая ревматическая болезнь сердца с формированием митрального порока, миокардит.

3. ХСН с признаками застоя по обеим кругам кровообращения, быстрое прогрессирование болезни, резистивность к лечению, нарушение ритма, кардиомегалия.

Диагноз «дилатационная кардиомиопатия, фибрилляция предсердий постоянная форма (перманентная), ХСН II-Б, ФК IV. Состояние после эмболии мелких ветвей правой стопы».

4. СРБ, КФК, АСЛ, АСГ, тропонины, суточное ЭКГ мониторинг, белковые фракции, коагулограмма.

5. Антикоагулянтная терапия (Гепарин не более 30 тыс. ЕД в течение 7–10 дней; затем Варфарин (под контролем МНО) постоянно).

Лечение ХСН: ограничение соли, жидкости, ингибиторы АПФ (начать с малых доз), β -блокаторы, диуретики.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 241 [K002924]

1. Интоксикационный, мочевого, геморрагический, поражения аортального клапана, сердечной недостаточности, гепатомегалии.

2. ОАК – признаки анемии, лейкоцитоз, повышение СОЭ – признаки воспалительной реакции;

ОАМ – микрогематурия;

Б/х крови – повышение СРБ – признаки системного воспаления;

ЭКГ – признаки гипертрофии миокарда ЛЖ, обменно-трофические изменения миокарда ЛЖ.

3. Инфекционный эндокардит, вторичный, острое течение, активность высокая. Недостаточность аортального клапана. ХСН II Б ФКIV.

Вторичная анемия. Гломерулонефрит. ХПН – 0.

4. Билирубин крови, АСТ и АЛТ, протромбинированный индекс, посев крови на гемокультуру (3 раза) с определением чувствительности выявленной микрофлоры к антибиотикам. ЭхоКГ с доплерографией, рентгенография грудной клетки, 2-часовая термометрия.

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 242 [K002925]

1. Синдромы: поражения трикуспидального клапана (недостаточность), нарушения ритма (фибрилляция предсердий), сердечной недостаточности. Ведущий – синдром сердечной недостаточности.

2. Инфекционный эндокардит. Хроническая ревматическая болезнь сердца с формированием порока. Первичная лёгочная гипертензия. Миокардит. Перикардит.

3. Инфекционный эндокардит, первичный, хроническое течение, активность минимальная. Недостаточность трикуспидального клапана. Персистирующая нормосистолическая форма фибрилляции предсердий. ХСН II-А. ФК III.

4. Посев гемокультуры (3 раза), Эхо-КГ, рентгенография органов грудной клетки, острофазовые показатели (С-РБ), коагулограмма.

5. Показана экстренная госпитализация. Антибактериальная терапия (2 антибиотика). Посиндромная терапия. Консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга: удаление септического очага, протезирование трикуспидального клапана.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 243 [K002928]

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

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

3. Пациенту рекомендовано: стерильная пункция (миелограмма) для подтверждения диагноза;

цитохимическая реакция на бластных клетках; проведение иммунофенотипирования (наиболее информативно) – для установления варианта острого лейкоза.

Для дальнейшей динамики при проведении химиотерапии: фракции билирубина; расчёт СКФ. УЗИ органов брюшной полости. ЭКГ.

Маркеры вирусного гепатита.

4. Госпитализация в отделение гематологии.

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

Коррекция анемии – эритроцитарная масса или отмытые эритроциты, СЗП.

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

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

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 244 [K002930]

1. Хронический лимфолейкоз, В-стадия. Метапластическая анемия лёгкой степени тяжести. Метапластическая нефропатия. ХБП.

2. Диагноз выставлен на основании выделенных синдромов:

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

анемический – вследствие вымещения нормального костного мозга, опухолевой массой;

иммунодефицита – с одной стороны аналогично анемическому синдрому, а с другой стороны патологические лимфоциты вырабатывают неполноценные иммуноглобулины – в первую очередь страдает гуморальный иммунитет;

цитолита – разрушение клеток печени;

мочевой – лейкоцитурия, гематурия, протеинурия;

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

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

Метапластическая анемия лёгкой степени тяжести (Hb - более 90 г/л).

Метапластическая нефропатия (мочевой синдром).

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

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

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

Рекомендовано только динамическое наблюдение за показателями лейкоцитов и лимфоцитов.

Избегать инсоляции, препаратов, влияющих на иммунную систему.

5. Прогноз благоприятный.

Больной трудоспособен в случае отсутствия производственных провоцирующих факторов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 245 [K002931]

1. Синдромы:

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

б) нефротический (отёки, массивная протеинурия 10,2 г/сут., селективная, гипопроотеинемия – 50 г/л, гипоальбуминемия – 25 г/л, гиперхолестеринемия – 14,2 ммоль/л);

в) мочевой (протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия).

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

Основными причинами возникновения артериальной гипертензии являются:

увеличение объёма циркулирующей крови за счёт задержки воды активация ренин-ангиотензин-альдостероновой и симпатoadреналовой системы занижением функции депрессорной системы почек.

2. Дифференциальный диагноз «ХГН, смешанная форма».

При смешанной форме хронического гломерулонефрита проводится диагностика синдромов: нефротического и гипертонического.

При нефротическом синдроме помимо хронического гломерулонефрита проводится дифференциальная диагностика с ОГН, амилоидозом почек.

При артериальной гипертензии проводится дифференциальная диагностика с гипертонической болезнью. Характерно следующее: проявления артериальной гипертензии по срокам их появления значительно опережают симптомы поражения почек; при гипертонической болезни чаще преобладает кризовое течение. Исключить вазаренальную гипертонию (стеноз почечных артерий).

3. Диагноз основной «хронический гломерулонефрит, смешанная форма, а/ф».

Диагноз установлен на основании анамнестических данных о рецидивирующей в течение 5 лет гематурии, артериальной гипертензии, отмечаемой в течение полугода, развитии симптомов заболевания через две недели после вакцинации и рецидивировании симптомов заболевания после развития явлений фарингеальной инфекции и выделенных в настоящее время гипертонического и нефротического синдромов.

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

Определить СКФ по формуле Кокрофта – Гоулта

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

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

5. Лечение.

Ограничение потребления хлорида натрия и воды с учётом диурезу.

Показана четырехкомпонентная схема (глюкортикостероиды, цитостатики, антиагреганты, гепарин KS- преднизолон (1 г на кг/веса) + Циклофосфан по схеме «пульс-терапия», далее классическая схема, СЗП в/в капельно + Альбумин. Антиагреганты (Курантил). Гепарин по схеме либо НМГ (Фраксипарин, Клексан), статины, мочегонные (Фуросемид, Диувер). Нефропротекция – ингибиторы АПФ либо БРА (при непереносимости АПФ). Антигипертензивные (блокаторы кальциевых каналов, б-блокаторы, диуретики, инг. АПФ, БРА). При дефиците железа: Венофер в/в либо Сорбифер внутрь.

Симптоматическая терапия по показаниям (защита желудка).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 246 [K002933]

1. Синдромы:

болевой поясничный фланковый - обусловлен повышением внутрилоханочного давления и растяжением капсулы почки,

дизурический синдром вследствие воспаления слизистой мочевыводящих путей, мочевой,

интоксикационно-воспалительный.

Ведущим является болевой поясничный фланковый синдром.

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

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

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

5. Лечение в стационаре.

Лечение:

- спазмолитики (миотропные и М-холинолитики) в течение 2–3 недель, можно сочетать с анальгетиками;
- антимикробная терапия, сначала эмпирическая, а затем по результатам посева мочи на флору – в течение 7–10 дней;
- если нарушен пассаж мочи, то восстановление пассажа (стентирование), в последующем возможно дистанционная литотрипсия.

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 247 [K002935]

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

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

3. Предварительный диагноз «хронический пиелонефрит, двухсторонний, рецидивирующее течение, в стадии обострения, хронический цистит, обострение».

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

4. Дополнительные исследования: бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности к антибиотикам, УЗИ почек; экскреторная урография; ренография. Консультация врача-невролога.

5. Лечение: антибактериальная терапия, назначенная с учётом данных бактериологического исследования мочи, антигипертензивные (ингибиторы АПФ), миотропные спазмолитики.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 248 [K002936]

1. Основной: хронический гломерулонефрит, гипертоническая форма, активная фаза. Артериальная гипертония 2 степени, очень высокий риск.

Осложнения: ХБП – С5 стадия. Анемия (нефрогенная), средней степени тяжести.

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

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

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

Анемия средней степени тяжести гемоглобин – 85 г/л.

3. Пациенту рекомендовано:

- УЗИ сосудов почек для исключения вазоренальной гипертензии;
- ЭХОКГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции;
- консультация врача-офтальмолога и осмотр глазного дна для исключения офтальмопатии;
- ФГДС для исключения эрозивного поражения слизистой и кровотечения на фоне ХПН;
- железистый комплекс для уточнения генеза анемии;
- группа крови и Rh + фактор для гемотрансфузии эритроцитарной массы при наличии показаний; биопсия почек для подтверждения диагноза.

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

Кетостерил 12 таб./сутки (1 таб. на 5 кг веса в сутки) с целью коррекции гипоальбуминемии.

Нефропротекция – ингибиторы АПФ (Лизиноприл) либо БРА (при непереносимости и АПФ; Лозартан).

Гипотензивные препараты (блокаторы кальциевых каналов, β-блокаторы), возможно диуретики.

Эритропоэтин п/к до 6000 МЕ в неделю (до достижения нормальных значений Hb и Ht) с целью коррекции анемии.

При дефиците железа: Венофер в/в либо Сорбифер внутрь.

Прокинетики, антациды, ИПП с целью купирования диспептического синдрома.

Симптоматическая терапия.

5. Возможна подготовка к ЗПТ (заместительная почечная терапия):

- аллотрансплантация почки при ХБП- 5 стадия;
- программный гемодиализ.

Прогноз неблагоприятный.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 249 [K002937]

1. Хронический гломерулонефрит, смешанная форма, активная фаза. Симптоматическая артериальная гипертензия, степень АГ 3, риск 4 (очень высокий), желудочковая экстрасистолия. ХБП С5. Вторичная анемия средней степени тяжести. Уремический колит. Уремический перикардит.

2. Диагноз «хронический гломерулонефрит» выставлен на основании: дебюта в 19 лет, сочетания мочевого, нефротического синдромов, артериальной гипертензии, отсутствия других причин нефротического синдрома, симметричного сморщивания почек.

Симптоматическая артериальная гипертензия – повышение АД до 220/120 мм рт. ст., акцент II тона над аортой. III стадии – наличие клинического ассоциированного состояния, степень АГ 3 – повышение АД до 220/120 мм рт. ст., риск 4 (очень высокий).

ХПН III Б – диспепсия, кожный зуд, шум трения перикарда, креатинин – 1,4 ммоль/л.

Анемия средней степени тяжести – Нв – 72 г/л.

3. Пациенту рекомендовано:

- проба Реберга для определения СКФ;
- определение суточной протеинурии для подтверждения нефротического синдрома;
- протеинограмма для подтверждения нефротического синдрома;
- липидограмма для подтверждения нефротического синдрома;
- КЩС, электролиты крови для уточнения ХПН и определения тактики лечения;
- ЭхоКГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции;
- рентгенография органов грудной клетки для исключения поражения лёгких;
- биопсия почек для уточнения формы гломерулонефрита и десны для исключения амилоидоза.

4. Диета с ограничением поваренной соли, белка, щелочное питьё.

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

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

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

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

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

Статины с целью коррекции гиперхолестеринемии.

Препараты эритропоэтина с целью коррекции анемии.

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

Направление на МСЭ по показаниям.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 250 [K002939]

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

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

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

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

4. Режим строгий постельный на 2-4 недели до ликвидации отёков и снижения АД.

Ограничение жидкости и поваренной соли, ограничение белка.

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

Устранение отёков: мочегонные – Фуросемид, Диувер.

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

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

Улучшение микроциркуляции и профилактика тромбообразования: Гепарин, Курантил.

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

Прогноз при своевременно начатом лечении благоприятный. Возможно выздоровление (до 70% случаев), трансформация в хронический гломерулонефрит, летальный исход (до 5% при быстро прогрессирующем гломерулонефрите с полулуниями).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 251 [K002940]

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

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

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

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

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

Коррекция анемии: препараты железа 2-валентного и Эритропоэтин.

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

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 252 [K002941]

1. Ревматоидный артрит, серопозитивный, поздняя стадия, активность 3, эрозивный (R ст – IV), АЦЦП – положительный, ФК – 3.

Анемия средней степени тяжести, вторичная.

2. Ревматоидный артрит (симметричное поражение мелких суставов кистей, утренняя скованность более 1 часа, длительность синовита более 6 недель),

серопозитивный (РФ+),

поздняя стадия (R ст – IV),

активность 3 (острофазовые показатели),

эрозивный (R ст – IV),

ФК – 3 (затруднение самообслуживания).

Анемия средней степени тяжести (Hb 70 г/л).

3. Лабораторное исследование – маркеры ВИЧ, вирусов гепатитов В и С (дифдиагностика суставного синдрома и определение возможности использования генно-инженерных биологических препаратов и/или цитостатиков).

Иммунологическое исследование – АНФ, иммунограмма (дифдиагностика).

Инструментальные исследования:

рентгенография ОГК (тубнастороженность);

ФГДС (длительный приём НПВП, анемия);

ЭХО-КГ (выявление поражения сердца);

двуэнергетическая рентгеновская денситометрия (выявление остеопенического синдрома).

4. Базисные противовоспалительные препараты (Метотрексат 15 мг/нед. подкожно). При неэффективности базисных противовоспалительных препаратов добавить генно-инженерные биологические препараты Этарнецепт 50 мг 1 раз в 2 недели подкожно.

Нестероидные противовоспалительные препараты (предпочтительно селективные) - Нимесулид 100 мг 2 раза в сутки.

Глюкокортикоиды (в том числе внутрисуставно или пульс-терапия).

Местная терапия (Димексид, НПВП).

Бисфосфонаты пожизненно – при выявлении остеопенического синдрома.

5. Прогноз относительно благоприятный. Ожидаемая продолжительность жизни у больных РА ниже на 3 года у женщин и на 7 лет у мужчин.

Возможно получение стойкой ремиссии. Бисфосфонаты и базисная терапия пожизненно. Излечение в настоящее время не достигается. Рекомендовано определение группы инвалидности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 253 [K002942]

1. Основной: остеоартроз, генерализованная форма: гонартроз, поражение дистальных межфаланговых суставов кистей, R-стадия II, ФК I.

Сопутствующий: ожирение I степени.

2. Остеоартроз: боли механического типа, скованность в пределах 20 минут, деформация суставов за счёт костных разрастаний.

Рентгенологическая стадия: сужение суставной щели, остеофиты, остеосклероз.

Функциональный класс:

затруднение профессиональной деятельности.

Ожирение I степени (ИМТ - 31,3 кг/м²).

3. Пациенту рекомендовано:

для уточнения степени активности – определение острофазовых показателей (фибриноген, СРБ, протеинограмма).

Рентгенография поясничного отдела позвоночника. УЗИ коленных суставов (дообследование опорно-двигательного аппарата).

4. Базисная терапия (хондропротекторы) – Хондроитин сульфат, Глюкозамин сульфат (Дона, Структум, Артра, Алфлутоп).

НПВП (Мовалис, Напроксен, Нимесулид).

ГК внутрисуставно при наличии синовита. Препараты гиалуроновой кислоты внутрисуставно.

Антиагреганты и антагонисты Са для улучшения микроциркуляции в субхондральных отделах костей и в синовии.

ЛФК, массаж, физиотерапия (магнитотерапия, УВЧ, ультразвук). Местная терапия (НПВП, Димексид).

Лечение сопутствующих заболеваний (коррекция массы тела).

Санаторно-курортное лечение.

Запрещается длительная ходьба, длительное стояние на ногах, ношение тяжестей; не рекомендуются частые подъёмы и спуски по лестнице.

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

На момент обострения – временная нетрудоспособность.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 254 [K002943]

1. Ревматическая болезнь сердца с формированием порока (стеноза митрального клапана), активная фаза. ХСН II-А. ФК II.

2. Диагноз «ХРБС с формированием порока сердца» поставлен на основании прямых, косвенных, дополнительных признаков митрального стеноза; наличии ревматической атаки в анамнезе.

Активная фаза (лихорадка, острофазовые показатели).

ХСН II-А (признаки застоя в малом круге кровообращения). ФК II (одышка при подъёме на 2 этаж).

3. Пациенту рекомендовано:

Эхо-КГ (визуализация полостей и клапанов сердца),

ЭКГ (состояние миокарда, выявление нарушений ритма).

Для подтверждения связи с БГСА-инфекцией и её активности – АСЛ-О, АСГ, мазок из зева на БГСА-культуру; посев крови для исключения септического процесса и анализ крови на прокальцитонин.

4. Этиотропная терапия (пенициллины, в т.ч. защищённые, или макролиды, или линкозамиды) – при положительной БГСА-культуре из зева.

НПВП (Мовалис, Напроксен, Нимесулид).

ГК (при наличии выраженного кардита и/или полисерозита).

Лечение ХСН (диуретики, ингибиторы АПФ или БРА, аденоблокаторы).

Хирургическое лечение (характер вмешательства определяется морфологией клапанных изменений и состоянием больного).

5. Прогноз относительно неблагоприятный. Абсолютно показана хирургическая коррекция порока.

На период лечения – полная потеря трудоспособности.

В последующем вероятно стойкая утрата трудоспособности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 255 [K002944]

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

2. Диагноз поставлен на основании выделенных синдромов:

кожный, суставной, лихорадочный, лимфоаденопатии, анемический, мочево-

3. Пациенту рекомендовано:

ЭхоКГ (выявление поражения сердца),

определение СКФ расчётным методом (определение ХПН и ХБП),

биопсия почки (золотой стандарт диагностики).

Иммуноблотинг на системные иммунные маркеры, Sm антиген, антифосфолипидные антитела.

4. Госпитализация в профильное отделение.

Диета с высоким содержанием полиненасыщенных жирных кислот, кальция, вит.

Д.

Цитотоксические препараты (Циклофосфамид 1 г/м² болюсом ежемесячно не менее 6 мес. или Метотрексат 15 мг/нед. подкожно), ГК (высокие дозы, пульс-терапия), НПВП, плазмаферез, генно-инженерные биологические препараты (Ритуксимаб или Оренсия).

5. Прогноз относительно благоприятный: возможно достижение стойкой клинико-лабораторной ремиссии при пожизненной поддерживающей терапии.

Необходимо определение группы инвалидности (II).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 256 [K002945]

1. Системная склеродермия, хроническое течение, активность II, лимитированная кожная форма с синдромом Рейно, склеродактилией, дисфагией, лёгочным фиброзом, ДН I, лёгочным сердцем с экстрасистолией.

2. Диагноз выставлен на основании выделенных синдромов: синдромы Рейно, склеродермии, суставной, дисфагии, дыхательной недостаточности, анемический, иммунных нарушений.

3. Пациенту рекомендовано (для подтверждения и уточнения диагноза): широкопальная капилляроскопия ногтевого ложа, иммунограмма, R-графия пищевода с контрастированием, биопсия кожи, ЭхоКГ, СМ ЭКГ, ФВД, ФГДС, глазное дно, антитела к ДНК, АНФ, атицентромерные антитела, анти Scl 70.

4. Лечение сосудистых осложнений: антагонисты кальция (Амлодипин), Пентоксифиллин, Лозартан 25–100 мг/сут;

для заживления дигитальных язв – препараты Простагландина E, Силденафил (Виагра);

подавление прогрессирования фиброза: D-пеницилламин 250–500 мг/сут.;

если подтверждается интерстициальное поражение лёгких, то комбинированная терапия Преднизолон + Циклофосфамид;

учитывая поражение пищевода, необходимо дробное питание, последний приём пищи не позже 18 часов, при выраженной дисфагии – Метоклопрамид 10 мг 3–4 р/сут., при наличии рефлюкс-эзофагита – Омепразол 20 мг/сут.

Санаторно-курортное лечение противопоказано.

Вне активности заболевания массаж, ЛФК.

5. Прогноз неблагоприятный, связан с висцеральными поражениями.

Больной нетрудоспособен, требуется определение группы инвалидности (II).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 257 [K002960]

1. Определение уровней общего холестерина в крови, глюкозы в крови, определение абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска, ЭКГ, флюорография лёгких, клинический анализ крови, общий анализ мочи, исследование кала на скрытую кровь, измерение внутриглазного давления.

2. Измерение АД (скрининг артериальной гипертензии) и исследование липидов (холестерина) крови (скрининг дислипидемии).

3. В рамках первого этапа диспансеризации проводятся флюорография лёгких и исследования кала на скрытую кровь, в рамках второго этапа – эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия или ректороманоскопия, анализ крови на уровень содержания простатспецифического антигена (ПСА).

4. Суммарный сердечно-сосудистый риск умеренный ($\geq 1\%$ и $< 5\%$). Абсолютный сердечно-сосудистый риск по SCORE рассчитывается с учётом возраста пациента (54 года), пола (мужской), курения (нет), уровня систолического АД (127 мм рт. ст.) и уровня холестерина крови (4,1 ммоль/л), а также уровня холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) (необязательный параметр). Для данного пациента абсолютный риск составляет выше 1%, но менее 2%, поскольку все модифицируемые факторы риска находятся ниже целевых значений, но базовый риск в данном возрасте для мужчин в Российской Федерации превышает 1%.

5. Пациенту следует рекомендовать занятия физическими упражнениями и соблюдение здоровой диеты. Физические упражнения значительно снижают риск сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, ожирения и смертности в целом. Следует рекомендовать не менее 30 минут умеренной физической активности в день. Здоровая диета должна препятствовать возникновению и прогрессированию таких алиментарно-зависимых факторов риска, как избыточная масса тела (что имеется у данного пациента), дислипидемия, артериальная гипертензия. Данному пациенту необходимо рекомендовать снижение массы тела для достижения целевого ИМТ ≤ 25 кг/м². Калорийность рациона должна не превышать 2100 ккал в сутки, при этом белками обеспечивается 10–15%, жирами – 20–30%, а углеводами – 55–70% (не более 10% простыми углеводами) калорийности. Потребление поваренной соли должно составлять <6 грамм в сутки. Потребление фруктов и овощей должно быть не менее 500 г в сутки (≥ 5 порций), без учёта картофеля.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 258 [K002961]

1. У пациента имеется острый моноартрит с вовлечением левого коленного сустава без системных проявлений. У пациента имеется артрит, так как присутствуют признаки воспалительного поражения сустава – боль, экссудация, гиперемия, повышение локальной температуры, нарушение функции сустава, в сочетании с лейкоцитозом и ускорением СОЭ. Число поражённых суставов – один, следовательно, имеет место моноартрит. Продолжительность суставного синдрома менее 6 недель, следовательно, процесс классифицируется как острый. У пациента отсутствуют системные проявления, так как нет поражения кожи, нервной системы, внутренних органов, ретикулоэндотелиальной системы, гематологических проявлений.

2. Наиболее вероятный основной клинический диагноз «подагра, острый подагрический (микрористаллический) артрит левого коленного сустава». Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, медикаментозно достигнутая нормотензия, риск I; ожирение I ст.

3. Артроцентез левого коленного сустава, аспирация синовиальной жидкости и её исследование на наличие кристаллов моноурата натрия методом поляризационной микроскопии, микроскопия по Граму и посев синовиальной жидкости на культуральные среды для исключения инфекционного характера артрита.

4. На предполагаемый диагноз «подагры» указывают следующие признаки: моноартикулярное поражение, анамнез вовлечения первого плюснефалангового сустава, характеристики поражения сустава – эритема над поражённым суставом, резкая болезненность при пальпации, значительные затруднения при ходьбе и ограничение движений в суставе;

типичное течение приступов – достижение максимума болевого синдрома в первые сутки, разрешение симптомов в течение нескольких дней, отсутствие симптомов в межприступном периоде. Дополнительными факторами риска развития подагрического артрита являются приём тиазидного диуретика, употребление алкоголя, мясных (и других богатых пуринами) продуктов.

5. Для лечения острого подагрического артрита могут использоваться нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), глюкокортикоиды или Колхицин (в низких дозах). Проведённые клинические испытания не показали значимых преимуществ какого-либо из перечисленных медикаментозных средств перед другими, поэтому выбор конкретного вмешательства зависит от доступности, цены и предпочтений пациента и врача. Чаще всего для лечения острого подагрического артрита используются НПВП. Сравнительные исследования различных НПВП показали сопоставимую эффективность и безопасность, поэтому можно использовать любой доступный НПВП в эффективной дозе.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 259 [К002962]

1. Основной рекомендацией является отказ от курения. Табакокурение является основным модифицируемым фактором риска предотвращения смертности. Курение негативным образом влияет на большинство органов человеческого организма. По данным Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время в мире от заболеваний, связанных с курением табака каждые 6 секунд умирает один человек, а ежегодно по этой причине умирают 5 миллионов человек. С курением связана преждевременная смертность по причине злокачественных новообразований, заболеваний сердца, сосудов, хронических болезней лёгких. У курильщиков риск инфаркта миокарда в 4–5 раз выше, чем у некурящих. Рак лёгкого примерно в 90% случаев обусловлен длительным курением. У людей, выкуривающих по две или более пачек сигарет в день в течение 20 лет риск рака лёгкого повышен на 60–70% по сравнению с некурящими.

2. Установлено, что врачебное вмешательство значительно повышает вероятность отказа пациента от курения. Врачу необходимо воспользоваться системным подходом для стимулирования отказа от курения:

- при каждом обращении пациента спрашивать о курении;
- посоветовать отказаться от курения с персональными рекомендациями по снижению риска, в данном случае связать курение с хроническим кашлем и одышкой;
- оценить желание пациента прекратить курение;
- помочь с отказом от курения посредством консультирования и фармакологической поддержки;
- обеспечить контроль и поддержку отказа от курения.

3. Существуют два основных подхода к фармакологической поддержке отказа от курения:

- никотин-заместительная терапия, которая может осуществляться в различных формах, таких как жевательная резинка с никотином, никотиновый пластырь, никотиновый ингалятор и др.,
- медикаменты, снижающие никотиновую зависимость, к ним относятся Бупропион и Варениклин.

4. У данного пациента наиболее вероятной причиной хронического кашля является курение. Обязательными исследованиями должны быть спирометрия (которая уже выполнена) и рентгенография лёгких.

Менее вероятными причинами хронического кашля у данного пациента, которые, тем не менее, нельзя полностью исключить, могут быть гастроэзофагеальный рефлюкс и хронический кашель, связанный с инфекцией верхних дыхательных путей, в связи с чем следует рассмотреть проведение фибродуоденоскопии, рентгенографии (или компьютерной томографии) придаточных пазух носа.

5. Курение является важным фактором риска развития ХОБЛ. Однако, для постановки диагноза «ХОБЛ» требуется подтверждение наличия бронхиальной обструкции при спирометрии, что отражается отношением $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 0,7$. У данного пациента отношение $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ превышает 0,7 поэтому диагноз «ХОБЛ» является неправомерным.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 260 [K002963]

1. В связи с проведённой гистерэктомией по поводу доброкачественной патологии и низким риском пациентке не показано проведение скрининга рака шейки матки.

2. Необходимо выполнить антропометрию, определение абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска, ЭКГ, флюорографию лёгких, маммографию, мазок с наружного маточного зева и цервикального канала на цитологическое исследование, развёрнутый общий анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический (в объёме не менее: определения уровня креатинина, общего билирубина, АСТ, АЛТ, глюкозы, холестерина), общий анализ мочи, исследование кала на скрытую кровь, УЗИ брюшной полости, поджелудочной железы, почек, органов малого таза, измерение внутриглазного давления.

3. У данной пациентки наследственный анамнез отягощён по раку молочной железы, однако он был диагностирован у бабушки в пожилом возрасте, что не даёт основания предполагать наличия врождённых мутаций, ассоциированных с высоким риском развития рака молочной железы BRCA-1 или BRCA-2.

Поэтому скрининг рака молочной железы у данной пациентки должен осуществляться исходя из популяционного риска, и в возрасте старше 50 лет, маммография рекомендуется 1 раз в год.

4. Остеопороз имеет повышенный риск развития у женщин в постменопаузе и увеличивается с возрастом, при курении, низкой массе тела, отягощённом анамнезе, низком потреблении кальция с пищей и малоподвижном образе жизни. У данной пациентки имеется недостаточность потребления кальция с пищей, поскольку она избегает молочных продуктов. В таком случае следует рекомендовать дополнительный приём препаратов кальция и витамина Д₃, суточная доза кальция в возрасте старше 50 лет должна составлять 1200 мг, витамина Д₃ – 400–800 МЕ.

5. В «Медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (учётная форма № 025/у) вносятся результаты всех исследований и осмотров (консультаций) врача, заполняется «Карта учёта диспансеризации» (учётная форма № 131/у), заполняется анкета (опросник) на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития и потребления наркотических средств и психотропных средств без назначения врача. Анкета (опросник) и «Карта учёта диспансеризации» подшивается в «Медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях». Учёт прошедших каждый этап диспансеризации проводится по ежемесячному внесению результатов в отчётную форму «Сведения о диспансеризации определённых групп взрослого населения» (форма № 131/о).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 261 [K002964]

1. Тиреотоксикоз с диффузным зобом (диффузный токсический зоб, болезнь Грейвса-Базедова).

Болезнь Грейвса (болезнь Базедова, диффузный токсический зоб) – системное аутоиммунное заболевание, развивающееся вследствие выработки антител к рецептору тиреотропного гормона (ТТГ), клинически проявляющееся поражением щитовидной железы с развитием синдрома тиреотоксикоза в сочетании с экстратиреоидной патологией (эндокринная офтальмопатия, претибиальная микседема, акропатия).

2. Для синдрома тиреотоксикоза характерны: похудение (часто на фоне повышенного аппетита), потливость, тахикардия и ощущение сердцебиения, внутреннее беспокойство, нервозность, дрожь рук (а порой, всего тела), общая и мышечная слабость, быстрая утомляемость. Как правило, симптомы развиваются и прогрессируют достаточно быстро. При пальпаторном исследовании примерно у 80% пациентов удаётся выявить увеличение щитовидной железы, которая обычно безболезненная. Эндокринная офтальмопатия (выраженный экзофтальм, нередко имеющий несимметричный характер, диплопия при взгляде в одну из сторон или вверх, слезотечение, ощущение «песка в глазах», отёчность век) сочетается только с болезнью Грейвса.

Таким образом, наличие у данной пациентки синдром тиреотоксикоза в сочетании с эндокринной офтальмопатией, претибиальной микседемой, аменореей позволяет заподозрить болезнь Грейвса.

3. Показано определение уровня тиреотропного гормона (ТТГ) высокочувствительным методом (функциональная чувствительность не менее 0,01 мЕд/л). При обнаружении пониженного уровня ТТГ пациенту проводится определение уровня свободных Т4 и Т3, если хотя бы один из них повышен – речь идёт о манифестном тиреотоксикозе, если они оба в норме – о субклиническом. Специфическим маркером являются антитела к рецептору ТТГ (АТ–рТТГ).

Часто могут определяться высокие уровни антител к тиреоидной пероксидазе (АТ–ТПО) и антител к тиреоглобулину (АТ–ТГ), но их обнаружение не позволяет провести дифференциальную диагностику. Рутинное определение уровня АТ–ТПО и АТ–ТГ для диагностики болезни Грейвса не рекомендуется.

4. УЗИ, цветное доплеровское картирование, сцинтиграфия щитовидной железы (ЩЖ), рентгенологическое исследование с контрастированным пищеводом, компьютерная томография и магнитно-резонансная томография.

С помощью УЗИ определяется объём и эхоструктура ЩЖ. В норме объём ЩЖ у женщин не должен превышать 18 мл, у мужчин 25 мл. Эхогенность железы при аутоиммунном тиреотоксикозе равномерно снижена, эхоструктура обычно однородная, кровоснабжение усилено. УЗИ проводится всем пациентам с тиреотоксикозом.

Сцинтиграфия ЩЖ – наиболее часто используются изотопы технеция и йода - ^{99m}Tc , ^{123}I , реже ^{131}I . При болезни Грейвса отмечается равномерное распределение изотопа. По накоплению и распределению изотопа можно судить о функциональной активности ЩЖ, о характере её поражения (диффузном или узлом), о наличии эктопированной ткани. Сцинтиграфия ЩЖ показана при узловом или многоузловом зобе, если уровень ТТГ ниже нормы и с целью топической диагностики эктопированной ткани ЩЖ или загродинного зоба.

Проведение КТ и МРТ, рентгенологического исследования с контрастированием барием пищевода помогают диагностировать загродинный зоб, уточнить расположение зоба по отношению к окружающей ткани, определить смещение или сдавление трахеи и пищевода.

5. Цель лечения: устранение клинических симптомов тиреотоксикоза, стойкая нормализация тиреоидных гормонов и ТТГ, иммунологическая ремиссия заболевания при аутоиммунном тиреотоксикозе. До достижения эутиреоза следует ограничить физическую нагрузку и поступление йодсодержащих препаратов, отказаться от курения.

Методы лечения тиреотоксикоза:

- консервативное (приём анти тиреоидных препаратов);
- лечение радиоактивным йодом;
- оперативное (тиреоидэктомия).

Консервативное лечение назначается для достижения эутиреоза перед оперативным лечением или радиоiodтерапией, а также, в отдельных группах пациентов, в качестве базового длительного курса лечения, который, в некоторых случаях, приводит к стойкой ремиссии. Тиамазол (Тирозол, Мерказолил) является препаратом выбора для всех пациентов, которым планируется проведение консервативного лечения.

Терапия радиоактивным йодом проводится в случае рецидива тиреотоксикоза после правильно проведённого консервативного лечения (непрерывная терапия тиреостатическими препаратами с подтверждённым эутиреозом в течение 12–18 месяцев), невозможности приёма тиреостатических препаратов (лейкопения, аллергические реакции), отсутствия условий для консервативного лечения и наблюдения за больным.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 262 [K002966]

1. Гипертоническая болезнь 1 стадии, артериальная гипертензия 1 степени, риск 2 (умеренный).

2. Под гипертонической болезнью принято понимать хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является артериальная гипертензия (АГ), не связанная с наличием патологических процессов, при которых повышение АД обусловлено известными, в современных условиях часто устраняемыми причинами (симптоматические АГ). У пациента дважды с интервалом две недели зарегистрировано АД, превышающее 140 мм рт.ст. для систолического и 90 мм рт.ст. для диастолического, кроме того имеются анамнестические указания на повышенное АД, что позволяет утверждать стойкий характер повышения АД. Очевидных признаков симптоматической (вторичной) артериальной гипертензии не имеется, что позволяет считать диагноз гипертонической болезни (эссенциальной гипертензии) правомерным.

АГ классифицируется на степени в зависимости от уровня систолического (САД) и диастолического (ДАД) давления (мм рт.ст.):

Степень	САД		ДАД
1	140-159	и/или	90-99
2	160-179	и/или	100-109
3	≥180	и/или	≥110

У пациента и САД и ДАД соответствуют 1 степени АГ.

У пациента имеются 2 установленных фактора риска – мужской пол и абдоминальное ожирение (окружность талии ≥102 см). Сочетание 2 факторов риска и 1 степени АГ соответствуют умеренному кардиоваскулярному риску. При обнаружении при обследовании дополнительных факторов риска и/или бессимптомного поражения органов-мишеней риск должен быть стратифицирован повторно и может быть оценён как «высокий».

3. После выявления АГ следует обследовать пациента на предмет исключения симптоматических АГ, определить степень и стадию АГ, а также кардиоваскулярный риск. При обследовании больного АГ необходимо идти от простых методов исследования к более сложным. На первом этапе выполняют рутинные исследования, обязательные у каждого больного для диагностики АГ. Если на этом этапе у врача отсутствуют основания подозревать вторичный характер АГ и полученных данных достаточно для чёткого определения группы риска пациента и, соответственно, тактики лечения, то на этом обследовании может быть закончено. На втором этапе рекомендуются дополнительные исследования для уточнения формы вторичной АГ, оценки факторов риска, поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний.

Обязательные исследования: общий анализ крови и мочи; определение микроальбуминурии (при отсутствии протеинурии); содержание в плазме крови глюкозы (натощак); содержание в сыворотке крови общего холестерина, холестерина ЛПВП и ЛПНП, триглицеридов (липидный профиль), креатинина, расчёт скорости клубочковой фильтрации СКФ; содержание в сыворотке крови мочевой кислоты, калия и натрия; ЭКГ в 12 отведениях.

Исследования, рекомендуемые дополнительно, в зависимости от анамнестических данных, находок при физикальном обследовании и результатов обязательных исследований:

- гликированный гемоглобин (Hb_{A1c}) при уровне глюкозы в плазме крови $>5,6$ ммоль/л или сахарном диабете в анамнезе; количественная оценка протеинурии (если тест-полоски дают положительный результат) в пересчёте на креатинин мочи, концентрация калия и натрия в моче и их отношение;

- домашнее и суточное амбулаторное мониторирование АД;

- ЭхоКГ;

- нагрузочные пробы (стресс-тесты) в случае выявления признаков стабильной ишемической болезни сердца;

- холтеровское мониторирование в случае обнаружения нарушений ритма сердца;

- исследование глазного дна; УЗИ почек и надпочечников; УЗИ брахиоцефальных и почечных артерий; определение лодыжечно-плечевого индекса;

- определение скорости пульсовой волны (показатель ригидности магистральных артерий).

4. Немедикаментозные методы, которые следует рекомендовать пациенту: нормализация массы тела для достижения ИМТ <25 кг/м², следует рекомендовать снижение массы тела на 6 кг и уменьшение объёма талии до менее 102 см; ограничение потребления алкогольных напитков менее 20–30 г/сут. в пересчёте на чистый алкоголь; увеличение физической нагрузки – регулярная аэробная (динамическая) физическая нагрузка по 30–40 мин. 5–7 раз в неделю; снижение потребления поваренной соли до 5–6 г/сут.;

изменение режима питания с увеличением потребления растительной пищи, молочных продуктов низкой жирности, увеличением в рационе калия, кальция (содержатся в овощах, фруктах, зерновых) и магния (содержится в молочных продуктах), а также уменьшением потребления животных жиров.

5. В настоящее время для лечения АГ рекомендованы 5 основных классов препаратов: ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, блокаторы рецепторов ангиотензина, блокаторы медленных кальциевых каналов (антагонисты кальция), β -адреноблокаторы, диуретики (тиазидные, Хлорталидон и Индапамид). На выбор препарата могут повлиять многие факторы, наиболее важными из которых являются: наличие у больного определенных факторов риска, поражение органов-мишеней, сахарный диабет, хроническая болезнь почек, сопутствующие заболевания, при которых необходимо назначение или ограничение применения различных классов препаратов, предыдущие индивидуальные реакции больного на препараты различных классов, вероятность взаимодействия с лекарствами, которые пациенту назначены по другим поводам, социально-экономические факторы, включая стоимость лечения. Результатами многоцентровых рандомизированных исследований доказано, что ни один из основных классов препаратов не имеет существенного преимущества, как в плане снижения АД, так и эффективности снижения кардиоваскулярного риска и смерти. Уменьшение риска больше зависит от величины, на которую снижается АД, чем от используемого класса препарата, и невозможно точно предсказать, какой препарат будет максимально эффективен у конкретного пациента.

Поскольку у данного пациента не выявлены перечисленные важные факторы выбора определённого класса препаратов, то ему возможно назначение любого из 5 основных классов препаратов и выбор любого следует признать правильным.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 263 [K002967]

1. Гипертоническая болезнь 1 стадии, медикаментозно достигнутая нормотензия, риск 2 (умеренный);

ожирение 1 степени, абдоминальное ожирение; гиперхолестеринемия, дислипидемия.

У данного пациента отсутствуют признаки поражения органов-мишеней и ассоциированные клинические состояния, поэтому стадия гипертонической болезни оценивается как 1. У пациента на фоне медикаментозной терапии АД находится ниже целевого уровня 140/90 мм рт.ст., что позволяет указать отсутствие артериальной гипертензии (нормотензию). У пациента имеется не менее 5 установленных дополнительных факторов кардиоваскулярного риска: мужской пол, возраст старше 55 лет, дислипидемия, ожирение и абдоминальное ожирение. При наличии 3 и более факторов риска на фоне нормотензии риск оценивается от низкого до умеренного, абсолютный риск (SCORE) для данного пациента составляет 4%, что в сочетании с большим числом дополнительных факторов риска позволяет оценить риск как умеренный. Ожирение устанавливается по ИМТ=30,7 кг/м² (значения ИМТ выше 30 – ожирение, от 30 до 34,9 – ожирение 1 степени). Абдоминальное ожирение установлено по окружности талии = 106 см, что превышает порог в 102 см для мужчин европеоидной расы (в ряде рекомендаций указывается пороговое значение 94 см). Гиперхолестеринемия установлена по превышению порогового значения общего холестерина в 4,9 ммоль/л, дислипидемия – на основании гиперхолестеринемии в сочетании с превышением порогового уровня холестерина ЛПНП в 3,0 ммоль/л.

2. Определение микроальбуминурии,
содержание в плазме крови глюкозы (натошак),
уровень креатинина крови и расчёт скорости клубочковой фильтрации (СКФ),
содержание в сыворотке крови мочевой кислоты,
содержание в сыворотке крови калия и натрия,
содержание в сыворотке крови билирубина, АЛТ, АСТ, щёлочной фосфатазы, γ -глутамил-транспептидазы («печёночные пробы»),
уровень тиреотропного гормона (ТТГ).

3. Нормализация массы тела для достижения ИМТ $<25 \text{ кг/м}^2$, и уменьшение объёма талии до менее 102 см (по некоторым рекомендациям менее 94 см). Ограничить потребление алкогольных напитков менее 20–30 г/сут. в пересчёте на чистый алкоголь. Регулярная аэробная (динамическая) физическая нагрузка по 30–40 мин. 5–7 раз в неделю (ходьба, бег, езда на велосипеде или плавание) на фоне ЧСС = 65–70% от максимальной для данного возраста.

Максимальная ЧСС рассчитывается по формуле: $220 - \text{возраст (лет)}$. Снижение потребления поваренной соли до 5–6 г/сут. Изменение режима питания с увеличением потребления растительной пищи, молочных продуктов низкой жирности, увеличением в рационе калия, кальция (содержатся в овощах, фруктах, зерновых) и магния (содержится в молочных продуктах), а также уменьшением потребления животных жиров. Рекомендуемое потребление общих жиров составляет 25–35% от общей калорийности. Количество насыщенных жиров не более 7% от общей калорийности. Продукты, богатые транс-жирами и насыщенными жирами (маргарины, пальмовые масла, жирное мясо, конфеты, сливки, сливочное масло, жирные сыры) следует заменить мононенасыщенными жирами (нерафинированное оливковое масло) и полиненасыщенными жирами (растительное масло) с целью ограничения транс-жиров не более 1% от общей калорийности рациона. Потребление углеводов может варьировать от 45 до 55% от общей калорийности рациона. Простые углеводы рекомендуется заменить сложными, то есть продуктами, богатыми клетчаткой и имеющие низкий гликемический индекс (овощи, бобовые, фрукты, орехи, зерновые злаки). Общее количество фруктов и овощей в ежедневном рационе должно быть не менее 300–400 г. Не менее 2 раз в неделю в рацион рекомендуется включать рыбу (скумбрия, палтус, сардины, тунец, лосось, сельдь), богатую омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами.

4. Приём Аспирина в низкой дозе данному пациенту не показан. Для первичной профилактики абсолютное снижение риска сердечно-сосудистых событий при приёме Аспирина невелико и сопоставимо с повышением риска кровотечений вследствие его приёма. Поэтому Аспирин показан пациентам с контролируемой артериальной гипертензией, которые перенесли сердечно-сосудистое осложнение (инфаркт миокарда, инсульт, транзиторную ишемическую атаку) и, возможно, показан пациентам с нарушением функции почек при высоком риске. Аспирин не рекомендуется пациентам с низким и умеренным риском для первичной профилактики, так польза и вред от его приёма примерно равны.

5. Целевым уровнем следует считать достижение холестерина ЛПНП <3 ммоль/л. Пациент относится к группе умеренного кардиоваскулярного риска и имеет холестерин ЛПНП в диапазоне от 4,0 до 4,9 ммоль/л, таким пациентам показано немедикаментозное лечение для достижения целевого уровня ЛПНП и рассмотрение необходимости медикаментозной терапии только в случае если немедикаментозное лечение и изменение образа жизни в течение не менее 6 месяцев не приводит к достижению терапевтической цели. Клинические испытания статинов у пациентов с артериальной гипертензией и умеренным кардиоваскулярным риском дали противоречивые результаты, поэтому гипертоническая болезнь у данного пациента не является основанием для немедленного назначения медикаментозного гиполипидемического лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 264 [K002968]

1. Сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный. Ожирение 2 степени.

2. Анамнестические и физикальные признаки, указывающие на возможный сахарный диабет: ожирение, полиурия, акантоз (гиперпигментация и утолщение кожи по задней поверхности шеи и в подмышечных областях), кандидозная инфекция половых путей и, возможно, кожи (под молочными железами), большая масса тела плода (>4500 г) при рождении.

Диагноз «сахарный диабет» устанавливается, если гликемия в цельной капиллярной крови (глюкометром) натощак $\geq 6,1$ ммоль/л или при случайном определении $\geq 11,1$ ммоль/л. У данной пациентки – 12,5 ммоль/л при случайном определении. Следует отметить, что диагноз сахарного диабета всегда следует подтверждать повторным определением гликемии в последующие дни (за исключением случаев несомненной гипергликемии с острой метаболической декомпенсацией или с очевидными симптомами), таким образом, однократное выявление гипергликемии недостаточно для установления диагноза.

Сахарный диабет 2 типа – нарушение углеводного обмена, вызванное преимущественной инсулинорезистентностью и относительной инсулиновой недостаточностью или преимущественным нарушением секреции инсулина с инсулинорезистентностью или без неё, в то время как сахарный диабет 1 типа – деструкция β -клеток поджелудочной железы, обычно приводящая к абсолютной инсулиновой недостаточности. У данной пациентки имеются указания на постепенное неуклонное нарастание массы тела, что обычно связано с инсулинорезистентностью и свидетельствует о 2 типе сахарного диабета.

Ожирение устанавливается по ИМТ = $35,8 \text{ кг/м}^2$ (значения ИМТ выше 30 – ожирение, от 35,0 до 39,9 – ожирение 2 степени).

3. Гликированный гемоглобин (Hb_{A1c}),

общий анализ крови,

общий анализ мочи,

микроальбуминурия,

белок крови,

общий холестерин, холестерин ЛПВП, холестерин ЛПНП, триглицериды (липидный профиль),

билирубин, АСТ, АЛТ («печёночные пробы»),

мочевая кислота,

мочевина,

креатинин крови с расчётом СКФ,

электролиты крови: калий и натрий.

4. Выбор индивидуальных целей лечения зависит от возраста пациента, ожидаемой продолжительности жизни, наличия тяжёлых осложнений и риска тяжёлой гипогликемии. У пациента молодого возраста без тяжёлых макрососудистых осложнений и/или риска тяжёлой гипогликемии целевое значение гликированного гемоглобина (Hb_{A1c}) < 6,5%.

Целевые уровни показателей липидного обмена: общий холестерин < 4,5 ммоль/л, холестерин ЛПНП < 2,5 ммоль/л, холестерин ЛПВП > 1,3 ммоль/л, триглицериды < 1,7 ммоль/л.

5. Ограничение калорийности рациона с целью снижения массы тела на 10–15%, рекомендуемый суточный калораж 1350 ккал (рекомендуется дефицит 500–750 ккал/сут., исходя из основного обмена в 1300 ккал/сут. для женщин и коэффициента физической активности 1,6 (работники, занятые лёгким трудом) бездефицитная калорийность рациона 2080 ккал/сут.). Это обеспечивает положительный эффект в отношении гликемического контроля, липидов и артериального давления, особенно в ранний период заболевания. Достижение снижения массы тела наиболее эффективно при одновременном применении физических нагрузок и обучающих программ. Резкие, нефизиологические ограничения в питании и голодание противопоказаны. Идеального процентного соотношения калорий из белков, жиров и углеводов не существует. Как правило, полезным для снижения массы тела может быть максимальное ограничение жиров (прежде всего животного происхождения) и сахаров; умеренное ограничение (в размере половины привычной порции) продуктов, состоящих преимущественно из сложных углеводов (крахмалов) и белков; и неограниченное потребление продуктов с минимальной калорийностью (в основном богатых водой и клетчаткой овощей).

Следует рекомендовать потребление углеводов в составе овощей, цельнозерновых, молочных продуктов, в противовес другим источникам углеводов, содержащих дополнительно насыщенные или транс-жиры, сахара или натрия. Важно также включать в рацион продукты, богатые моно- и полиненасыщенными жирными кислотами (рыба, растительные масла). Допустимо умеренное потребление некалорийных сахарозаменителей. Употребление алкогольных напитков возможно в количестве, содержащем не более 10 г чистого этанола в сутки (но не ежедневно).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 265 [К002969]

1. Острый стрептококковый тонзиллофарингит (стрептококковая лакунарная ангина).

2. Диагноз «тонзиллофарингит» поставлен на основании анамнеза острого заболевания, боли в горле, затруднения глотания и лихорадки, эпиданамнеза контакта с ребёнком, страдавшим сходным по клинике заболеванием, данных физикального обследования – гиперемии задней стенки глотки, увеличения миндалин, наличия в лакунах налёта.

Стрептококковая этиология тонзиллофарингита предположена на основании критериев Centor: отсутствие кашля (+1), увеличенные и болезненные передние шейные лимфоузлы (+1), температура тела $> 38^{\circ}\text{C}$ (+1), отёчность или налёты на глоточных миндалинах (+1), и критерий возраста – 3–14 лет (+1), 5–44 лет (0) и 45 лет и старше (-1).

Данный пациент набирает 4 балла по шкале Centor, что соответствует вероятности стрептококковой этиологии тонзиллофарингита 52–53%.

3. Эпиглоттит, перитонзиллярный абсцесс, заглоточный абсцесс, флегмона дна полости рта (ангина Людвига).

4. Бактериологический метод – посев материала мазка из зева (носоглотки) на культуральные среды с идентификацией возбудителя и определением чувствительности к антимикробным препаратам;

Молекулярно-генетический метод – полимеразная цепная реакция (ПЦР) материала мазка из зева (носоглотки);

Экспресс-диагностика антигена гемолитического стрептококка (реакция коаггутинации) в ротоглотке у пациентов с тонзиллитом;

Серологические методы – определение титра антистрептолизина–О (АСЛ-О), либо антител против ДНК-азы и других ферментов, в том числе антитоксинов стрептококка в динамике, нарастание титра подтверждает острую стрептококковую инфекцию.

5. Принципы лечения больных стрептококковым тонзиллитом предусматривают устранение интоксикационного и местного синдромов и предупреждение развития осложнений со стороны других органов и систем (первичную профилактику острой ревматической лихорадки). К средствам этиотропной терапии относят антибиотики: пенициллины, чувствительные к бета-лактамазам (Амоксициллин, Феноксиметилпенициллин, Бензилпенициллин), препаратом выбора является пероральный Амоксициллин, при непереносимости Пенициллинов могут быть использованы макролиды (Азитромицин, Кларитромицин) или Клиндамицин, либо цефалоспорины 1-го поколения (Цефазолин, Цефалексин, Цефадроксил), но следует учитывать возможные перекрёстные реакции между антибиотиками бета-лактамовой группы. Возможно использование комбинации пенициллинов с ингибиторами бета-лактамаз (Амоксициллин + Клавулановая кислота) или цефалоспоринов 3 поколения (Цефотаксим, Цефтриаксон), хотя доказательная база этих антибиотиков в лечении стрептококкового тонзиллофарингита очень ограничена.

Срок лечения всеми перечисленными антибиотиками 10 дней, за исключением Азитромицина, курс лечения которым составляет 5 дней, более короткие курсы не обеспечивают эффективной профилактики острой ревматической лихорадки. Для симптоматической терапии используются жаропонижающие (Парацетамол) или нестероидные противовоспалительные средства (Ибупрофен и другие), местные антисептики и анестетики для орошения полости рта.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 266 [K002970]

1. Острый неосложненный амбулаторный (внебольничный) пиелонефрит.
2. Анализ мочи с обязательной микроскопией, количественной оценкой лейкоцитурии, общий анализ крови, посев мочи с определением чувствительности микробов к антибиотикам – только по показаниям, при неосложнённом пиелонефрите и удовлетворительном состоянии пациента не требуется, обязателен при отсутствии эффекта от эмпирической терапии и у беременных пациенток, креатинин крови и расчёт СКФ, мочевины и электролиты крови для оценки функции почек. Возможны (но не обязательны) анализ мочи по Нечипоренко и анализ мочи по Зимницкому.

3. Цистит, уретрит, вагинит, эктопическая (внематочная) беременность, мочекаменная болезнь, воспалительные заболевания женской репродуктивной системы (сальпингоофорит, аднексит), аппендицит, острый панкреатит, острый холецистит (ЖКБ), инфаркт почки, колит, пневмония, гломерулонефрит, туберкулёз почки.

4. Цель терапии – выздоровление с элиминацией возбудителя, нормализация клинико-лабораторных показателей. Как правило, причиной пиелонефрита служит один штамм бактерий, чаще всего (75–95%) – *Escherichia coli*.

Лечение включает пероральный приём антибактериальных препаратов – фторхинолонов – препараты выбора (Ципрофлоксацин 500 мг 2 раза в день или Левофлоксацин 750 мг 1 раз в день), при непереносимости фторхинолонов возможно назначение цефалоспоринов 2–3 поколения, Амоксициллина + Клавулоновой кислоты (875 + 125 мг 2 раза в день). Минимальная продолжительность лечения 5 дней, типичная продолжительность терапии 10–14 дней.

Симптоматическая терапия включает гидратацию при признаках гиповолемии и дегидратации, спазмолитики, анальгетики, противорвотные средства, антигипертензивные препараты.

5. Большинство пациентов полностью выздоравливают, прогноз ухудшается при развитии осложнений, таких как эмфизематозный пиелонефрит, паранефральный абсцесс, сепсис и острое почечное повреждение. Факторами риска развития осложнений являются задержка с назначением антибиотикотерапии, неправильный выбор антибиотиков, структурные нарушения мочевыделительной системы, предрасполагающие к осложнениям и хронизации процесса.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 267 [K002974]

1. Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония, нетяжёлая.

2. Критериями диагноза «пневмония» являются рентгенологически подтверждённая очаговая инфильтрация лёгочной ткани плюс по меньшей мере, два клинических признака из числа следующих: острая лихорадка в начале заболевания (температура тела > 38,0°C); кашель с мокротой; физикальные признаки уплотнения лёгочной ткани (фокус крепитации и/или мелкопузырчатые хрипы, бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного звука); лейкоцитоз > $10 \times 10^9/\text{л}$ и/или палочкоядерный сдвиг (>10 %).

Таким образом, для подтверждения диагноза «пневмония» у данного пациента требуется выполнение рентгенографии лёгких в передне-задней и правой боковой проекциях. Также возможно выполнение общего анализа крови для идентификации лейкоцитоза и/или палочкоядерного сдвига.

3. Прогноз летального исхода внебольничной пневмонии следует определять с использованием прогностических шкал PORT PSI, CURB-65 или CRB-65. В Российской Федерации в амбулаторных условиях рекомендована шкала CRB-65:

спутанность сознания (+1), частота дыхательных движений ≥ 30 в минуту (+1), САД < 90 мм рт.ст. или ДАД ≤ 60 мм рт.ст. (+1), возраст ≥ 65 лет (+1). Таким образом, по CRB-65 пациент набирает 0 баллов, что соответствует риску летального исхода менее 1,2%. Пациенту показано амбулаторное лечение.

4. Пациенту показано амбулаторное антибактериальное лечение. Пациент относится к первой клинико-эпидемиологической группе: внебольничная пневмония нетяжёлого течения у лиц без сопутствующих заболеваний, не принимавших в последние 3 месяца antimicrobных препаратов. Для лечения этой группы препаратами выбора являются Амоксициллин внутрь или макролиды с улучшенными фармакокинетическими свойствами (Азитромицин, Кларитромицин) или благоприятным профилем безопасности и минимальной частотой лекарственных взаимодействий (Джозамицин, Спирамицин). Первоначальная оценка эффективности терапии должна проводиться через 48–72 часа после начала лечения. Основными критериями эффективности в эти сроки являются снижение температуры, уменьшение симптомов интоксикации, уменьшение одышки и других проявлений дыхательной недостаточности.

Если у пациента сохраняется высокая лихорадка и интоксикация или симптоматика прогрессирует, то лечение следует признать неэффективным. В этом случае необходимо пересмотреть тактику антибактериальной терапии и повторно оценить целесообразность госпитализации пациента. Антибактериальная терапия может быть завершена при стойкой нормализации температуры тела на протяжении 3–4 дней, при таком подходе длительность лечения составляет 7–10 дней.

5. Для профилактики пневмонии используются пневмококковая вакцина, которая вводится однократно, и гриппозная вакцина, которая вводится ежегодно, оптимальное время для проведения вакцинации – октябрь – первая половина ноября. В РФ используется 23-валентная неконъюгированная вакцина, содержащая очищенные капсулярные полисахаридные антигены 23 серотипов *S. pneumoniae* и 13-валентная пневмококковая конъюгированная вакцина. Вакцинация пневмококковой вакциной рекомендуется группам лиц с высоким риском развития инвазивных пневмококковых инфекций.

Введение гриппозной вакцины с целью профилактики внебольничной пневмонии, рекомендуется при наличии высокого риска осложнённого течения гриппа. При наличии показаний обе вакцины (пневмококковая и гриппозная) могут вводиться одновременно.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 268 [K002976]

1. Артериальная гипертензия II стадии, I степени, риск 3. Ожирение I степени. Гиперлипидемия.

2. Диагноз «артериальная гипертензия (АГ)» установлен на основании повышения АД, данных ЭКГ (гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ)). Стадия АГ и риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО) установлены на основании наличия бессимптомного поражения органов-мишеней (сердца) и отсутствия клинически выраженных заболеваний сердечно-сосудистой системы и ХПБ.

Диагноз «ожирение I степени» определён по величине ИМТ.

3. Группа здоровья IIIa, так как у пациента имеется артериальная гипертензия, требующая диспансерного наблюдения.

4. Пациента необходимо направить на второй этап диспансеризации для уточнения диагноза. В рамках 2 этапа диспансеризации пациенту показано определение липидного спектра крови, так как у него повышенный уровень общего холестерина и дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, так как выявлены три фактора риска развития хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ): АГ, гиперхолестеринемия, ожирение.

5. Факторы риска ХНИЗ у пациента: курение, нерациональное питание, низкая физическая активность, ожирение, повышенное АД, гиперхолестеринемия.

Пациенту необходимо соблюдать следующие рекомендации:

- отказаться от курения;
- изменить рацион питания: уменьшить потребление жиров, углеводов, поваренной соли, увеличить потребление овощей, фруктов, морепродуктов;
- увеличить физическую активность: ходить в умеренном или быстром темпе не менее 30 минут в день;
- контролировать уровень АД, принимать назначенные врачом антигипертензивные препараты.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 269 [K002977]

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

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

3. Спирометрические признаки бронхиальной обструкции: снижение $ОФВ_1$ и $ОФВ_1/ФЖЕЛ \leq 0,7$.

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 270 [K002978]

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 271 [K002979]

1. Врач-терапевт участковый правильно установил нозологию: о наличии пневмонии свидетельствуют характерные симптомы (кашель, лихорадка), признаки синдрома уплотнения лёгочной ткани (локальное притупление лёгочного звука, ослабленное дыхание, крепитация; рентгенологические данные), но формулировка диагноза неполная: не указаны локализация пневмонии, степень тяжести и условия развития, а также сопутствующие заболевания.

Тяжесть пневмонии оценивается по витальным показателям, которые у данного пациента в пределах нормы (ЧДД 18 в минуту, АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС 95 в минуту), следовательно, пневмония имеет нетяжёлое течение. Следует указать сахарный диабет 2 типа, для пациента в возрасте 40–65 лет без тяжёлых макрососудистых осложнений и с низким риском гипогликемии, целевой уровень гликированного гемоглобина (Hb_{A1c}) < 7%.

Правильная формулировка диагноза «внебольничная пневмония в нижней доле правого лёгкого (S9), нетяжёлого течения. Сахарный диабет 2 типа, целевой уровень Hb_{A1c} < 7%».

2. Выбор врача-терапевта участкового правильный, пациенту показано лечение в амбулаторных условиях, так как по шкале CRB-65 он набирает 0 баллов: пациент в сознании, ЧД и АД в норме, возраст - 51 год.

3. Препарат выбран неверно, так как пациент имеет сопутствующее заболевание (сахарный диабет), поэтому относится ко 2 группе пациентов, которые могут лечиться в амбулаторных условиях. Наиболее вероятными возбудителями пневмонии у этих пациентов являются пневмококк, гемофильная палочка, хламидия, золотистый стафилококк, энтеробактерии. Пациентам 2 группы рекомендовано назначение ингибиторо-защищённых аминопенициллинов (Амоксициллин + Клавулонат или Амоксициллин + Сульбактам) ± макролид (в том числе Азитромицин), либо респираторных фторхинолонов (Левифлоксацин, Моксифлоксацин).

4. Пациент временно нетрудоспособен. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности (ВН) при нетяжёлой пневмонии 20–21 день.

5. После перенесённой пневмонии пациент находится под диспансерным наблюдением в течение 6 месяцев, осмотр терапевта проводится 1 раз в 3 месяца. Диспансерное наблюдение необходимо, поскольку острые болезни органов дыхания (БОД) даже у ранее здоровых пациентов являются фактором риска развития хронических БОД. Острые БОД часто развиваются у больных с хроническими БОД, которые могут быть выявлены при дополнительном обследовании пациента в восстановительном периоде после острого процесса.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 272 [K002980]

1. ХОБЛ, бронхитический тип, крайне тяжёлая бронхиальная обструкция (GOLD 4), с выраженными симптомами (САТ – 28), высокий риск обострений, (группа D). Хроническое лёгочное сердце. ДН 3 ст. ХСН IIБ, ФК III (NYHA).

2. Диагноз «ХОБЛ» установлен на основании жалоб на кашель с выделением мокроты и одышку, наличии в анамнезе фактора риска (курение), наличии признаков бронхиальной обструкции (сухие свистящие хрипы, снижение $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 0,7$ и снижение $ОФВ_1$), рентгенологических данных. Степень тяжести бронхиальной обструкции установлена на основании данных спирометрии ($ОФВ_1=30\%$ от должных значений), риск обострений установлен на основании данных спирометрии ($ОФВ_1=30\%$ от должных значений) и анамнеза предшествующих обострений (1 госпитализация по поводу обострения в прошлом году). Совокупность этих признаков соответствует клинической группе D (выраженные симптомы, высокий риск). Бронхитический тип установлен на основании жалоб и данных рентгенографии органов грудной клетки, характерных для хронического бронхита. Диагноз «лёгочное сердце» поставлен на основании данных ЭКГ и клинических признаков правожелудочковой недостаточности (увеличение печени, отёки нижних конечностей, набухание шейных вен), стадия сердечной недостаточности – на основании симптомов (отёки на ногах, увеличение печени, набухание шейных вен), ЭКГ. Степень дыхательной недостаточности определена на основании выраженности одышки (при незначительной физической нагрузке) и данных пульсоксиметрии.

3. Поскольку пациент относится к группе D, ему предпочтительно показан один из вариантов лечения:

- комбинированная терапия ингаляционными глюкокортикоидами и длительно-действующими бета-агонистами (например, Флютиказон 500 мкг + Сальметерол 50 мкг или Будесонид 320 мкг + Формотерол 9 мкг – по 2 ингаляции в сутки),

- длительно-действующие антихолинергические препараты (например, Тиотропия бромид 18 мкг 1 ингаляция в сутки), либо

- их комбинация. Альтернативной терапией является комбинация ингаляционного глюкокортикоида + длительно-действующего бета-агониста с ингибитором фосфодиэстеразы-4 (Рофлумиласт таблетки 0,5 мг 1 раз в день),

- либо комбинация длительно-действующего антихолинергического препарата с ингибитором фосфодиэстеразы-4,

либо комбинация длительно-действующего антихолинергического препарата с длительно-действующим бета-агонистом.

Возможно назначение короткодействующих бронхолитиков бета-агонистов (например, Формотерол) или антихолинергических средств (например, Ипратропия бромид) по требованию.

Для лечения ХСН следует назначить ингибитор АПФ (например, Лизиноприл 5 мг/сут.) или блокатор рецепторов ангиотензина (например, Кандесартан 8 мг/сут.), бета-блокатор (один из 4 возможных препаратов – Метопролола сукцинат, Бисопролол, Карведилол или Небиволол в очень низких дозах, например, Бисопролол 1,25 мг/сут.) и диуретики (Торасемид 2,5–5 мг/сут.).

4. Пациенту с ХОБЛ крайне тяжёлого течения показан осмотр врачом-терапевтом участковым 1 раз в 3 месяца, врачом-пульмонологом 1 раз в 6 месяцев, другими специалистами (врачом-оториноларингологом, врачом-стоматологом, врачом-психотерапевтом) по показаниям.

Рекомендовано проведение следующих диагностических исследований: антропометрии, крупнокадровой флюорографии, ЭКГ, клинического анализа крови, общего анализа мокроты с исследованием на микобактерии туберкулёза, посева мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам, спирометрии с исследованием обратимости бронхиальной обструкции, пульсоксиметрии, теста с 6-минутной ходьбой. Дополнительно (необязательные исследования) показано исследование углекислого газа в выдыхаемом воздухе, исследование оксида азота в выдыхаемом воздухе.

5. Пациенту показано направление в бюро медико-социальной экспертизы, так как у него имеются признаки стойкой утраты трудоспособности: выраженные нарушения функции дыхания (ДН 3 ст.) и функции кровообращения (ХСН IIБ ст.), а также нарушение способностей к передвижению и самообслуживанию 1 степени.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 273 [K002983]

1. Рожистое воспаление левой нижней конечности. Эритематозная форма. Средняя степень тяжести.

2. При дифференциальном диагнозе следует думать о флегмоне, эритеме, дерматите, лимфангите сетчатом, тромбозе и эризепилоиде (свиной краснухе).

3. Определенное диагностическое значение имеют повышенные титры антистрептолизина-О и других противострептококковых антител, выявление бактериальных и L-форм стрептококка в крови больных, что особенно важно при прогнозировании рецидивов у реконвалесцентов. В последнее время для диагностики стрептококковых инфекций начинают использовать полимеразную цепную реакцию.

Кроме обследования, которое позволяет достаточно правильно поставить диагноз рожистого воспаления, следует сделать лабораторные анализы крови и мочи (снижение суточного диуреза; появление белка, эритроцитов и лейкоцитов в моче).

Для верификации диагноза следует обратить внимание на следующие изменения в крови: лейкоцитоз, нейтрофилез с токсической зернистостью, снижение числа эозинофилов, повышение СОЭ.

4. Лечение начинают с введения антибиотиков (препараты выбора - пенициллины или тетрациклины) в течении 4-10 дней.

Показаны сульфаниламиды, противовоспалительные и жаропонижающие средства, УФО крови. Левую нижнюю конечность иммобилизируют. Локально назначают УФО (эритемные дозы). Больной должен быть изолирован в отдельную палату. По существующим правилам и приказам эритематозная форма рожистого воспаления должна лечиться в инфекционных стационарах или отделениях. Только буллезно-некротическая и абсцедирующая формы рожистого воспаления лечатся в хирургических стационарах.

5. Профилактика рожистого воспаления сводится к предупреждению травм, потертостей, ссадин, микротравм, являющихся входными воротами для стрептококков. Терапия эпидермофитий, трофических язв и других хронических заболеваний кожи и подкожной клетчатки входит в мероприятия по профилактике рожи.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 274 [K003095]

1. Хроническая обструктивная болезнь 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, врачом-стоматологом, врачом-психотерапевтом, врачом-фтизиатром.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 275 [K003179]

1. Внебольничная пневмония в нижней доле левого лёгкого. Абсцедирование с прорывом гноя в бронх.

2. Общий анализ мокроты; бактериоскопия и посев мокроты на элективные среды для получения культуры возбудителя; биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, сиаловые кислоты, серомукоид, фибрин, гаптоглобин, аминотрансферазы; спирография; фибробронхоскопия; компьютерная томография лёгких в динамике.

3. Антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины III поколения, фторхинолоны или карбапенемы или макролиды), муколитики, Ацетилцистеин. Лаваж бронхов. При необходимости хирургическое лечение.

4. Бронхоэктатическая болезнь. Центральный рак лёгкого. Туберкулёз лёгкого.

5. До прорыва гноя в бронх характерны высокая лихорадка, ознобы, проливные поты, сухой кашель с болями в груди на стороне поражения, затруднённое дыхание или одышка, при перкуссии – интенсивное укорочение над очагом поражения, аускультативно – ослабленное дыхание с жёстким оттенком, иногда бронхиальное. При осмотре бледность кожи, цианотичный румянец на лице. Вынужденное положение на больной стороне. После прорыва в бронх: приступ кашля с выделением большого количества гнойной зловонной мокроты (до 500 мл).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 276 [K003180]

1. Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония. Диафрагмальный плеврит.

2. Общий анализ крови; Общий анализ мочи; Биохимический анализ крови: общий белок, билирубин, аминотрансферазы, холестерин, ЛДГ, серомукоид, гаптоглобин; Рентгенологическое исследование легких, компьютерная томография. Посев мокроты.

3. Антибиотики широкого спектра действия (пенициллины полусинтетические, цефалоспорины III поколения или макролиды), муколитики. Ацетилцистеин.

4. Острый гастрит, острый холецистит, язвенная болезнь 12-перстной кишки, спонтанный пневмоторакс.

5. Характерны жалобы на боли в грудной клетке особенно при глубоком дыхании, повышение температуры тела, общая слабость. Объективно: учащенное поверхностное дыхание, вынужденное положение тела, при аускультации – шум трения плевры.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 277 [K003181]

1. Внебольничная левосторонняя верхнедолевая пневмония, осложненная плевритом.

2. Общий анализ крови, общий анализ мочи; анализ мокроты, посев мокроты на микрофлору и определение чувствительности ее к антибиотикам; биохимический анализ: общий белок, билирубин, аминотрансферазы, холестерин, ЛДГ, серомукоид, гаптоглобин; Рентгенологическое исследование легких в динамике, компьютерная томография.

3. Антибиотики широкого спектра действия (комбинированная терапия цефалоспорины III поколения в/в и легочные фторхинолоны), муколитики, НПВС.

4. ТЭЛА, абсцедирующая пневмония, острый бронхит, межреберный нейромиозит

5. Характерны жалобы на боли в грудной клетке особенно при глубоком дыхании, при перкуссии там же притупление, повышение температуры тела, общая слабость. Объективно: учащенное поверхностное дыхание, вынужденное положение тела.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 278 [K003182]

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

2. Общий анализ крови; мочи; кала на яйца гельминтов; биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, серомукоид, гаптоглобин, фибрин, С-реактивный протеин; иммунологический анализ крови: содержание В- и Т-лимфоцитов, иммуноглобулинов (Ig E), циркулирующих иммунных комплексов, комплемента, определение функциональной активности Т-лимфоцитов; анализ мокроты: клеточный состав, кристаллы Шарко-Лейдена, спирали Куршмана, атипичные клетки, бациллы Коха; рентгеноскопия легких, по показаниям - рентгенография придаточных пазух носа; цифровая спирография, определение показателей кривой «объем-поток» (пневмотахометрия), пикфлоуметрия; ЭКГ; во вне приступном периоде постановка проб с аллергенами, по показаниям – провокационных проб.

3. Направить в отделение интенсивной терапии. Ингаляционные β_2 -агонисты короткого действия, обычно через небулайзер, по одной дозе каждые 20 минут в течение часа. Холинолитики ингаляционно. Внутривенные кортикостероиды. Оксигенотерапия. Ацетилцистеин. Блокаторы лейкотриеновых рецепторов. Аминофиллин внутривенно медленно. Возможна искусственная вентиляция легких.

4. Хронический обструктивный бронхит, карциноид, сердечная астма, ТЭЛА.

5. Характерны типичные приступы удушья, состоящие из трех периодов: предвестников, разгара и обратного развития, сухие свистящие хрипы. Для астматического статуса характерен кашель с трудноотделяемой мокротой, вплоть до полного ее отсутствия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 279 [K003183]

1. Постоперационная ТЭЛА.

2. Общий анализ крови; мочи; биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, билирубин, аминотрансферазы, ЛДГ общая и по фракциям, серомукоид, фибрин; ЭКГ в динамике; рентгенологическое исследование легких; вентиляционно-перфузионное сканирование легких, исследование коагулограммы и D-димера в плазме крови; ЭХОКГ; селективная ангиопульмонография, инструментальная диагностика флеботромбозов нижних конечностей.

3. Тромболитическая терапия: рекомбинантный тканевой активатор плазминогена, гепаринотерапия до 30 000 ЕД в сутки, постоянная оксигенотерапия через носовой катетер (в ряде случаев искусственная вентиляция легких), за 3-5 дней до отмены Гепарина назначают Варфарин, Синкумар, при шоке – Добутамин, при инфаркт-пневмонии – антибиотики (нежелателен Пенициллин), облегчение боли. Катетерные и хирургические эмболэктомии. Установка кава-фильтров. Антиагреганты.

4. Инфаркт миокарда, расслаивающая аневризма аорты, долевая пневмония, пневмоторакс, острый перикардит.

5. Внезапное начало, боль за грудиной разнообразного характера, одышка, кашель, кровохарканье, синдром острого легочного сердца, клиника инфарктной пневмонии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 280 [K003184]

1. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST.
2. Экстренная госпитализация. До приезда бригады скорой помощи уложить больного, обезболивание (Нитроглицерин сублингвально или ненаркотические анальгетики), 125 мг Аспирина разжевать, 75 мг Клопидогрела.
3. Общий анализ крови; общий анализ мочи; биохимический анализ крови: тропонины T и I, миоглобин, КФК-МВ фракция, холестерин, триглицериды, глюкоза, белковые фракции, С-реактивный белок, АСТ, АЛТ, ЛДГ, амилаза; ЭХОКГ; коронарография.
4. Перикардит, пороки сердца, миокардит, кардиомиопатия, артериальная гипертензия
5. Характерна дестабилизация стенокардии (приступы ангинозных болей становятся более интенсивными, продолжительными, вызываются меньшей нагрузкой).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 281 [K003185]

1. Хроническая ревматическая болезнь сердца. Неактивная фаза. Стеноз митрального отверстия. ХСН ФК III, ПА стадия.
2. Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, серомукоид, фибриноген, СРБ, АСТ, АСЛ-О, анти-ДНКазы, антигиалуронидаза, тропонин I. Рентгенологическое исследование легких. ЭКГ. ЭХОКГ с доплерографией (цветное доплеровское картирование).
3. Диуретики - Лазикс в/в 20 мг до 2 х раз в сутки, Спиринолуктон 100 мг/сут внутрь, Эноксипарин 40 мг/сут п/к. Необходимо хирургическое лечение.
4. Миокардиты неревматической этиологии, кардиомиопатии, системная красная волчанка, ревматоидный артрит, геморрагический васкулит, тромбоэмболия легочной артерии.
5. Для неактивной фазы ревматизма характерен сформированный порок сердца, гемодинамические нарушения различной степени выраженности. Для митрального стеноза характерны: легочная гипертензия, «невозможность ускорить шаг при ходьбе», сухой кашель, одышка, кровохарканье. Часто - мерцательная аритмия. Признаки недостаточности кровообращения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 282 [K003186]

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

2. Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, креатинин, фибриноген, С-реактивный протеин, тропонин I, мозговой натриуретический пептид. Рентгенологическое исследование легких. ЭКГ. ЭХОКГ с доплерографией (с уточнением наличия обструкции выносящего тракта левого желудочка). Генетический тест для выявления ассоциированной с наследственной гипертрофической кардиомиопатией мутацией.

3. Кордарон внутривенно, бета-блокаторы. Имплантация дефибриллятора-кардиовертера по показаниям. Хирургическое лечение (чрез-аортальная септальная миктотомия).

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

5. Общеизвестна наследственная концепция (заболевание или внезапная смерть близких родственников). Ангинозные боли. Систолический шум в III-IV межреберьях слева от грудины. Систолический шум пролапса митрального клапана. Нарушения ритма (мерцательная аритмия, желудочковые экстрасистолы, желудочковая пароксизмальная тахикардия). Обмороки. Нарушения диастолической функции на ЭХОКГ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 283 [K003187]

1. Острый экссудативный перикардит. Тампонада сердца. НК ПБ стадии.

2. Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, серомукоид, фибриноген, СРБ, АСТ, АЛТ, АСЛ-О. Рентгенологическое исследование грудной клетки. ЭКГ. ЭХОКГ. Диагностическая пункция перикарда.

3. Антибактериальная терапия (цефалоспорины), иммуносупрессивная терапия (Преднизолон 20-30 мг/сут). Лечение недостаточности кровообращения: диуретики, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента. Пункция перикарда с удалением жидкости.

4. ИБС, инфаркт миокарда; миокардит, цирроз печени.

5. Боли в сердце. Одышка, которая уменьшается при наклонах тела вперед. Появляется сухой кашель, иногда рвота вследствие давления экссудата на трахею, бронхи и диафрагмальный нерв. Симптомы тампонады сердца: значительное расширение тени сердца, резкое повышение венозного давления (набухание шейных вен, особенно заметное в горизонтальном положении), снижение артериального давления, появление парадоксального пульса.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 284 [K003188]

1. Гипертоническая болезнь III ст. Первично-сморщенная почка. Хроническая болезнь почек, терминальная стадия.

2. Общий анализ крови, мочи. Анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, холестерин, триглицериды, липопротеины, калий, натрий, серомукоид, фибриноген, СРБ, мочевины, глюкоза. Рентгенологическое исследование легких. ЭКГ. ЭХОКГ. Исследование глазного дна. Проба Реберга-Тареева.

3. Хронический гемодиализ. Трансплантация почки.

4. Хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, Реноваскулярная гипертензия. Синдром Кона.

5. Выраженная слабость, тошнота, кожный зуд, расчесы. Бледность кожных покровов с субиктеричным оттенком. Возможно развитие сухого плеврита, перикардита. В этом случае выслушивается шум трения плевры, перикарда. В крови анемия. Олигурия. Снижение относительной плотности мочи. В биохимическом анализе крови увеличение креатинина, мочевины, электролитов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 285 [K003189]

1. Язвенная болезнь 12-перстной кишки. Обострение.

2. Общий анализ крови, мочи. Группа крови, резус –фактор. Анализ кала на скрытую кровь. Железо сыворотки крови. Ретикулоциты. Сахар крови. Бактериологический, морфологический, дыхательный и уреазный (CLO- тест) тесты диагностики инфекции *Helicobacter pylori*. УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы. Эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией и щеточным цитологическим исследованием.

3. Диета. При лечении гастродуоденальных язв, ассоциированных с *Helicobacter pylori* (НР), используется одна из схем для эрадикации НР.

Например, блокатор Н+К+ - АТФазы (Омепразол по 20 мг 2 раза в день) вместе с Метронидазолом 0,5 г 2 р/сут и Кларитромицином 0,5 г 2 р/сут в течении 14 дней. После окончания комбинированной эрадикационной терапии продолжают лечение Ранитидином 300 мг/сут или Фамотидином 40 мг/сут. Висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 р/сут - 8 недель.

4. Язвенная болезнь желудка, рак желудка, гастроэзофагеальная болезнь.

5. Боли, возникающие через 1,5-2 часа после еды, голодные, ночные, проходят после приема щелочей и пищи. Сезонность болей. Рвота. Изжога. Запоры. Выраженность астеновегетативного синдрома.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 286 [K003191]

1. Первичный билиарный цирроз.

2. Биохимический анализ крови: билирубин общий и прямой, холестерин, мочевины крови, общий белок, белковые фракции, АСТ, АЛТ, щелочной фосфотазы, гамма-глутаматтрансферазы, фибриноген. Общий анализ крови + ретикулоциты, тромбоциты. Общий анализ мочи. УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки и сосудов портальной системы. Эзофагогастродуоденоскопия. Коагулограмма. Ig M. Антимитохондриальные антитела.

3. В основном болеют женщины в период менопаузы. Ведущие жалобы: упорный кожный зуд и желтуха. На поздних стадиях - общая слабость, похудание, боль в костях. У 1/3 больных заболевание сочетается с калькулезным холециститом. Кожные покровы желтушные с зеленоватым оттенком. Расчесы. Позже кожа становится смуглой. В развитой стадии болезни - ксантелазмы кожи век. Развивается сухой синдром, тиреоидиты. Печень заметно увеличена, плотная, фестончатость нижнего края (позднее). Спленомегалия. Гибербилирубинемия за счет связанного билирубина, увеличение щелочной фосфотазы, гамма-глутаматтрансферазы, холестерина. Возможно повышение индикаторов цитолиза. Позднее проявляется мезенхимально-воспалительный синдром и синдром портальной гипертензии.

4. Подпеченочная желтуха, вторичный билиарный цирроз печени, рак печени, редкие формы цирроза печени: веноокклюзивные циррозы, циррозы при синдроме Бадда-Киари, болезнь Вильсона-Коновалова.

5. Пеницилламин, Азатиоприн, Колхицин. Кортикостероиды осторожно из-за вероятности развития остеопороза. Холестирамин для уменьшения зуда. Гемосорбенты (активированный уголь). Плазмаферез. Медикаментозная коррекция витаминной недостаточности, дефицита кальция. При неэффективности – пересадка печени.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 287 [K003192]

1. Синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи.

2. Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий билирубин, АСТ, АЛТ, щелочной фосфотазы, гамма-глутаматтрансферазы. Копрограмма. Кал на дисбактериоз. Анализ кала на скрытую кровь. Ректороманоскопия. Ирригоскопия. УЗИ органов брюшной полости и малого таза. ЭКГ. Эзофагогастродуоденоскопия. Колоноскопия с биопсией.

3. Психотерапия и диета с исключением непереносимых продуктов и напитков. Спазмолитики – Дицетел 100 мг 3 раза в сутки, Метеоспазмил 1 кап. 2 раза в сутки перед едой. В случае неэффективности спазмолитиков - Сметта 3-4 пакетика в день, буферный алюминий содержащие антациды (Маалокс, Протаб, Гастал). При отсутствии или нестабильном эффекте назначается терапия, направленная на нормализацию кишечной микрофлоры: Интетрикс (2 капсулы 2 раза в день) с последующим приемом симбиотика Бакиостатин.

4. Неспецифический язвенный колит, Болезнь Крона, опухоли кишечника.

5. Симптомы, подтверждающие диагноз синдрома раздраженного кишечника: частота стула более чем 3 раза в день, разжиженный или водянистый кал, императивные позывы на акт дефекации (невозможность задержать опорожнение кишки), ощущение неполного опорожнения кишки, выделение слизи во время акта дефекации, чувство переполнения, вздутия или переливания в животе.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 288 [К003194]

1. Острый пиелонефрит.

2. Общий анализ мочи, крови. Анализ мочи по Нечипоренко. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, холестерин, мочевины, креатинин, СКФр, С-реактивный белок, фибриноген. Хромоцистоскопия. Внутривенная урография. Динамическая нефросцинтиграфия. УЗИ брюшной полости и почек. ЭКГ. Компьютерная рентгеновская томография брюшной полости. МРТ почек.

3. Обязательная госпитализация. Постельный режим. Комплексное лечение с учетом стадии воспалительного процесса, степени нарушения пассажа мочи, функционального состояния второй почки. Антибактериальная терапия при отсутствии оттока мочи из пораженной почки не только не эффективна, но и опасна развитием эндотоксического шока. При нарушении пассажа мочи у больных острым серозным пиелонефритом следует восстановить отток мочи из почечной лоханки путем катетеризации мочеточника, установления стента (трубки), чрезкожной пункционной нефростомии или устранения препятствия оперативным путем (пиело- или нефростомия). При остром гнойном пиелонефрите недостаточно восстановления пассажа мочи. Поэтому при апостематозном пиелонефрите одновременно производят декапсуляцию почки; при карбункуле почки – его иссечение или рассечение; при абсцессе – вскрытие и дренирование гнойной полости. В случае тяжелой интоксикации и септического состояния при удовлетворительном состоянии второй почки показана нефрэктомия. В случае тяжелого приступа острого пиелонефрита антибактериальную терапию начинают, не дожидаясь данных бактериологического исследования мочи. В зависимости от pH мочи используют при щелочной реакции - макролиды и аминогликозиды; в слабокислой – Ампициллин, Ристомидин сульфат, нитрофураны, Нитроксилин; Левомидетин, тетрациклины, цефалоспорины, Палин, фторхинолоны применяют при любом pH мочи. Питье клюквенного морса. Дезинтоксикационная терапия. Диуретики. Противовоспалительные препараты. Аскорбиновая кислота в/м, Трентал. При болях в почке показаны тепловые процедуры.

4. Инфекционные (сальмонеллез, грипп, крупозная пневмония, бруцеллез, подострый септический эндокардит), острые хирургические (аппендицит, холецистит, панкреатит) и онкологические (гемобластоз, аденокарцинома почки, лимфогранулематоз) заболевания.

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 289 [K003197]

1. Лимфогранулематоз IV стадия.
2. Общий анализ мочи. УЗИ брюшной полости. Рентгенография грудной клетки. Радиоизотопная лимфография. КТ брюшной полости и грудной клетки. Иммуногистохимическое исследование биоптата.
3. IV.
4. Хронические лимфопролиферативные заболевания: неходжкинские лимфомы. Миелоблейкоз. Туберкулез. Саркоидоз.
5. Сочетанная лучевая терапия и полихимиотерапия (схема BEACOPP, ABVD или MOPP).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 290 [K003201]

1. Хроническая подагра. Среднетяжелое течение. Подагрический артрит. Подагрическая почка. Артериальная гипертензия. Вторичная анемия средней степени тяжести.
2. Общий анализ мочи. Анализ мочи по Зимницкому. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, холестерин, триглицериды, С-реактивный белок, билирубин, АСТ, АЛТ, мочевиная кислота, креатинин, СКФр, мочевиная. Уровень мочевиной кислоты в моче. Клиренс креатинина. Радиоизотопные методы исследования функции почек. УЗИ почек. Рентгенография суставов кистей, стоп, локтевых, плечевых.
3. Антиподагрическая диета. Запрещение алкоголя. Урикодепрессивные препараты (Аллопуринол 100 мг с увеличением дозы до 300 мг или Фебуксостат, добавить Пробеницид). При остром подагрическом артрите - Ибупрофен 800 мг 4 р/сут., при неэффективности Колхицин 1 мг 3 раза в день, со снижением дозировки до 1 мг 2 раза на следующий день, затем по 1 мг/сут. Для контроля АД - Лозартан 50 мг в сутки в комбинации с Урапидилом 30 мг 2 р/сут.
4. Ревматоидный артрит, деформирующий остеоартроз, вторичная подагра при заболеваниях крови, злокачественных опухолях, длительном применении диуретиков.

5. Приступы острого артрита, провоцируемые травмами и микротравмами, физической и психической перегрузкой, инфекцией, приемом диуретиков и других медикаментов, повышающих содержание мочевой кислоты в крови. Характерная картина подагрического приступа: внезапное появление резчайших болей (обычно ночью), чаще всего в I плюснефаланговом суставе, с его припухлостью, яркой гиперемией и последующем шелушением. Сопровождаются лихорадкой, ознобом, лейкоцитозом, ускорением СОЭ. При длительном течении подагры число пораженных суставов и локализация изменяются. Образование тофусов. Деформация суставов. Подагрическая нефропатия. Гломерулосклероз и нефросклероз с развитием гипертензии и недостаточности функции почек. Синдром «пробойника» при рентгенографии суставов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 291 [K003202]

1. Системная красная волчанка с поражением почек, кожи, лимфоузлов, сердца, суставным синдромом и анемией. Подострое течение.

2. Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, холестерин, креатинин, мочевины, билирубин. Иммунологические показатели: LE-клетки, циркулирующие иммунные комплексы, активность комплемента, ревматоидный фактор, антинуклеарный фактор (АНФ), антинуклеарные антитела-антитела к двуспиральной ДНК, к Sm- антигену. Антитела к C1q компоненту комплемента. Лабораторные маркеры антифосфолипидного синдрома: антитела к фосфолипидам (аФЛ) - волчаночный антикоагулянт, антитела к кардиолипину. Консультация врача-офтальмолога, врача-психиатра, врача-невролога.

3. Системная красная волчанка характеризуется гиперпродукцией широкого спектра органонеспецифических аутоантител к различным компонентам ядра и иммунных комплексов, вызывающих иммуновоспалительное повреждение внутренних органов. Поражение почек с развитием нефротического синдрома. Аутоиммунная гемолитическая анемия.

4. Лекарственная волчанка, гранулематозный васкулит с полиангиитом, ВИЧ-инфекция, хронический гломерулонефрит, ревматоидный полиартрит.

5. Исключить психоэмоциональную нагрузку, уменьшить пребывание на солнце, не применять пероральные контрацептивы с высоким содержанием эстрогенов. Медикаментозное лечение: нестероидные противовоспалительные средства, Гидроксихлорохин, глюкокортикоиды при неэффективности нестероидных противовоспалительных средств и гидроксихлорохина. При высокой активности показана пульс-терапия Метилпреднизолоном (500-1000 мг в/в капельно в течение не менее 30 минут 3 дня подряд). Циклофосфамид - препарат выбора при лечении волчаночного нефрита. Для поддержания индуцированной Циклофосфамидом ремиссии назначают Азатиоприн или Мофетилу микофенолат. Гипотензивные средства - ингибиторы АПФ, антагонисты кальция. Плазмаферез. ГИБП - Абатопецп (Оренсия) 125 мг п/к 1 раз в неделю.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 292 [K003223]

1. Гипохромная микроцитарная анемия (вероятно, железодефицитная) средней степени тяжести. Беременность 26 недель.

Диагноз «анемия» установлен, исходя из снижения концентрации гемоглобина менее 110 г/л. Гипохромия – определяется снижением показателя МСН менее 24 пг, микроцитоз – снижением показателя MCV менее 82 фл. Наиболее часто гипохромия и микроцитоз связаны с дефицитом железа.

Степень тяжести анемии определяется уровнем гемоглобина (80-100 г/л).

2. На первом этапе диагностического поиска необходимо подтвердить дефицит железа у пациентки: для этого показано определение железа сыворотки (снижено), общей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС – повышено), вычисление степени насыщения трансферрина железом (отношение железа сыворотки к ОЖСС, снижено). Показателем, отражающим степень запасов железа в организме, является концентрация ферритина, однако этот показатель во время беременности может оставаться нормальным даже при глубоком дефиците и, поэтому, его определение не рационально.

На втором этапе диагностического поиска необходимо определить причину дефицита железа. В данном случае, можно ограничиться консультацией врача-гинеколога, так как пациентка не предъявляет жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта и не имеет отягощённого семейного анамнеза.

3. Так как причиной анемии в данном случае, предположительно, является повышенный расход железа в связи с беременностью, то этиологическая терапия не показана. Пациентке необходимо рекомендовать пероральные препараты железа в дозе 120 мг/сутки в комплексе с фолиевой кислотой 0,4 мг/сутки в течение всей беременности и трёх месяцев после родов для профилактики врождённого дефицита железа у ребёнка. Из препаратов железа возможно назначение двухвалентного железа (сульфат, глюконат, fumarat) или трёхвалентного железа в форме полимальтозного комплекса гидроокиси железа.

Кроме того, пациентке следует рекомендовать потребление продуктов с максимальным содержанием и всасыванием железа – мясо, рыба, яйца.

4. У пациентки повторно выявляется гипохромная микроцитарная анемия. Необходимо дообследование для подтверждения дефицита железа – железо сыворотки, ОЖСС, концентрация ферритина и выявление причины дефицита с учётом имеющихся жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта – фиброгастроуденоскопия (ФГДС) с проведением исследования на *Helicobacter pylori*, общий анализ мочи для исключения гематурии, консультация врача-гинеколога.

Для коррекции анемии показано назначение препаратов железа в дозе 100-300 мг/сутки до нормализации уровня гемоглобина (120 г/л) и далее еще три месяца для восполнения запасов железа. Контроль эффективности проводимой терапии следует проводить на 5-7 дней – необходим общий анализ крови с вычислением числа ретикулоцитов.

5. Пациентка является временно нетрудоспособной: имеется медицинский критерий (анемия средней степени тяжести) и социальный критерий (пациентка не может выполнять профессиональные обязанности).

Средний срок нетрудоспособности в данном случае составляет 14-18 дней: до 15 дней листок нетрудоспособности может быть продлён лечащим врачом единолично, более 15 дней – через врачебную комиссию. При выявлении сопутствующей патологии при проведении ФГДС (эрозивно-язвенное поражение, НР-ассоциированный гастрит) срок нетрудоспособности может быть увеличен в соответствии со средними сроками нетрудоспособности при данных патологиях.

Показаний для направления в бюро медико-социальной экспертизы нет.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 293 [К003224]

1. В₁₂-фолиево-дефицитная анемия, тяжелой степени. У пациентки выявлен анемический синдром (слабость, снижение гемоглобина менее 120 г/л), а также гиперхромия, микроцитоз, типичные для В₁₂-фолиево-дефицитных анемий. При данном патогенетическом варианте анемий может наблюдаться цитопенический синдром, а также гепатомегалия за счет ускоренного распада эритроцитов.

В то же время нельзя исключить наличие гипо-апластической анемии тяжелой степени тяжести, поскольку у пациентки выявлено угнетение всех трех ростков кроветворения.

2. Пациентка должна быть госпитализирована в неотложном порядке. С учетом подавления трех ростков кроветворения в качестве диагностики пациентке должна быть выполнена стерильная пункция. Кроме того, наличие уровня гемоглобина ниже 60 г/л является показанием для трансфузии эритроцитарной массы, что должно проводиться в условиях терапевтического стационара.

3. У пациентки получен хороший терапевтический ответ (увеличение гемоглобина на 44 г/л за 4 недели), что свидетельствует о правильной тактике ведения. В дальнейшем планируется восполнение депо витамина В₁₂ и постепенное снижение кратности введения до поддерживающих доз. Обычно 500 мкг в сутки назначают в течение 4-6 первых недель терапии, в дальнейшем в течение 2-3 месяцев 500 мкг в неделю. Поддерживающая доза 500 мкг один раз в месяц назначается пожизненно. Витамин В₁₂ (Цианокобаламин) используется только парентерально, т.к. при атрофическом гастрите происходит недостаточная выработка внутреннего фактора Касла в париетальных клетках желудка.

4. Наличие анемии и невозможность самообслуживания являются противопоказаниями для санаторно-курортного лечения. После восстановления уровня гемоглобина и повторной оценки когнитивного статуса, нарушения которого могут быть связаны с анемией, не ранее чем через 3 месяца следует вернуться к решению вопроса о возможности санаторно-курортного лечения. Не существует санаториев, специализирующихся по лечению анемий, в связи с чем в качестве возможных курортных факторов в дальнейшем могут быть использованы климатотерапия в связи с наличием АГ или бальнеотерапия в связи с наличием атрофического гастрита.

5. При атрофическом гастрите возникает дефицит внутреннего фактора Касла – гликопротеина, необходимого для образования связи с экзогенным витамином В₁₂ для последующего его усвоения. Поэтому даже при достаточном поступлении витамина В₁₂ с пищей у человека не произойдет восстановления уровня гемоглобина. В целом диета должна быть полноценной, но она не повлияет на течение заболевания. Для терапии должны использоваться парентеральная форма Цианокобаламина.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 294 [К003226]

1. Хронический гепатит алкогольной этиологии, умеренной степени активности, стадия F2 (умеренный фиброз).

2. Диагноз «хронический алкогольный гепатит» установлен на основании жалоб больного на общую слабость, повышенную утомляемость, тупую ноющую боль в правом подреберье, тошноту, снижение аппетита, периодический кожный зуд; данных анамнеза (пациент злоупотребляет алкоголем в течение 13 лет); данных объективного осмотра (желтушность кожных покровов, иктеричность склер, наличие у больного телеангиэктазий, «пальмарной» эритемы, гепатомегалии).

Подтверждают диагноз «хронический алкогольный гепатит» данные лабораторных исследований: (повышение АЛТ, АСТ, ГГТП, общего билирубина, щелочной фосфатазы, а также повышение уровня триглицеридов).

Исключена другая (вирусная) этиология хронического гепатита: исследование крови на маркеры гепатита В, С: HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-HCV–отрицательный.

Степень активности хронического алкогольного гепатита определена на основании повышения уровня АЛТ и АСТ (в 5 раз по сравнению с нормой). Стадия хронического алкогольного гепатита F2 установлена на основании данных эластометрии печени (по шкале METAVIR), умеренный фиброз.

3. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (для исключения очаговых образований печени, признаков портальной гипертензии, сопутствующей патологии);

ЭГДС – для выявления и/или определения состояния вен пищевода и /или желудка;

дуплексное сканирование сосудов печеночно-селезеночного бассейна для выявления признаков портальной гипертензии.

4. Рекомендуется соблюдение диеты. Исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао.

Целесообразно назначение диеты, богатой белками (не менее 1 г на 1 кг массы тела), с высокой энергетической ценностью (не менее 2000 ккал/сут), с достаточным содержанием витаминов (особенно группы В, фолиевой и липоевой кислот) и микроэлементов – цинка и селена, дефицит которых наиболее часто наблюдается при злоупотреблении алкоголем.

Пациенту показано назначение Адеметионина (Гептрал) в дозе 1600 мг в сутки в течение 4-8 недель.

Применение экзогенного адеметионина позволяет снизить накопление и отрицательное воздействие токсических метаболитов на гепатоциты, стабилизировать вязкость клеточных мембран, активизировать работу связанных с ними ферментов.

5. В результате проведенного лечения отмечена положительная динамика: наблюдается отсутствие болевого, диспепсического, астенического синдромов. Исчезли желтушность кожных покровов, иктеричность склер, телеангиэктазии, «пальмарная» эритема.

Отмечена также положительная динамика биохимических показателей: снижение общего билирубина, АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ, ТГ.

Так как при УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные дистрофические изменения в паренхиме печени, рекомендуется продолжить прием Адеметионина (Гептрал) в дозе 1600 мг в сутки внутрь в течение 1 месяца.

Диспансерное наблюдение у врача-гастроэнтеролога.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 295 [K003227]

1. ГЭРБ: эрозивный эзофагит 2 стадия по Savari–Miller. Недостаточность кардии. СГПОД 1 ст. Хронический антральный гастрит с эрозиями в стадии обострения (Нр статус неизвестен).

Эпизод спонтанно остановившегося кровотечения из верхних отделов ЖКТ от (дата). ДГР 2 степени. Недостаточность пилоруса.

2. Диагноз «ГЭРБ» установлен на основании жалоб пациента на наличие частой и выраженной изжоги, отрыжки пищей, усиливавшихся в положении лежа и при наклонах туловища; анамнестических данных с указанием на связь появления выраженной клинической симптоматики со значительными физическими нагрузками и психоэмоциональным стрессом; на основании данных ФГДС, описывающих практически классическую эндоскопическую картину эрозивной формы ГЭРБ. Стадия заболевания определена на основании результатов эндоскопического исследования пищевода. Диагноз «хронический гастрит» также подтвержден эндоскопически. Имевший место эпизод мелены, спонтанно купировавшийся, не привел к снижению уровня гемоглобина, но является признаком высокого риска рецидива указанного осложнения при условии отсутствия адекватного лечения.

3. Дополнительно к проведенному обследованию пациенту рекомендовано проведение диагностики инфекции *H. pylori* неинвазивным методом (обнаружение антител к антигену *H. pylori* в сыворотке крови, выявление антигена *H. pylori* в кале методом ИФА либо обнаружение ДНК *H. pylori* в кале методом ПЦР). Использование серологического метода возможно, т.к., известно, что эрадикационная терапия инфекции *H. pylori* пациенту не проводилась. Показаны рентгеноскопия пищевода и желудка с целью уточнения размеров ГПОД, суточное мониторирование интрапищеводного и интрагастрального pH, с целью уточнения характера рефлюктата в связи с наличием у пациента дуоденогастрального рефлюкса.

4. Лечение возможно проводить в амбулаторных условиях с обязательным соблюдением пациентом особых рекомендаций по образу жизни (соблюдение режима питания и диеты, показана диета в рамках стола 1 в период обострения на 4-6 недель с последующим индивидуальным расширением в рамках стола 5п, отказ от курения, следует избегать состояний, сопровождающихся повышением внутрибрюшного давления и т.д.). Эталонем лечения ГЭРБ является назначение антисекреторной терапии с целью коррекции факторов агрессии, воздействующих на слизистую оболочку пищевода и желудка: препаратами выбора являются ингибиторы протонной помпы (ИПП). Снижение кислотной продукции считается основным фактором, способствующим заживлению эрозивно-язвенных поражений. Для лечения эрозивного эзофагита при наличии 2 и большей стадии эзофагита назначаются ИПП в стандартных дозах в течение не менее 8 недель. Поддерживающую терапию после заживления эрозий следует проводить в течение 16-24 недель. В случае выявления инфекции *H. pylori* пациенту показана эрадикация инфекции. С целью коррекции нарушений двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта пациенту показаны прокинетики. Ситуационно и в виде курсового лечения целесообразно использовать антациды и альгинаты. В терапии эрозивного процесса в желудке пациенту показаны цитопротекторы (Висмута трикалия дицитрат, Ребамипид, Сукральфат) курсами не менее 4 недель.

5. С учетом необходимости достижения максимально быстрого эффекта: стойкого купирования клинических симптомов заболевания оптимальным ИПП является Рабепразол в дозе 20 мг 2 раза в сутки за 30-40 мин до еды в течение 8 недель. Итоприда гидрохлорид 50 мг 3 раза в день за 25-30 мин до еды 4 недели. Гевискон 1 саше 3 раза в день через час после еды и перед сном 4 недели. В качестве схемы эрадикации инфекции *H. pylori* возможно использование 10-дневной тройной терапии с добавлением Висмута трикалия дицитрата с последующей пролонгацией курса цитопротектора до 4 недель. Поддерживающая терапия с использованием половинной дозы ИПП должна продолжаться в данном случае до 24 недель (продолжительность терапии может корректироваться с учетом результатов контрольного эндоскопического исследования). Контрольная ФГС должна быть проведена 8 недель лечения.

С учетом тяжести клинических проявлений ГЭРБ, профессии пациента его следует признать временно нетрудоспособным и оформить листок нетрудоспособности общей продолжительностью не менее 3 недель.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 296 [K003228]

1. НПВП – ассоциированная гастропатия: эрозивно-язвенное поражение желудка, осложнившееся состоявшимся желудочно-кишечным кровотечением. Постгеморрагическая анемия легкой степени. ИБС: стабильная стенокардия II ФК, ПИКС по передней стенке и верхушке ЛЖ. Стентирование ЛКА, ПМЖА, ХСН III ФК (NYHA)

2. Пациент, страдающий ИБС и получающий двойную антитромбоцитарную терапию (ДАТТ): Аспирин и Клопидогрел, имеет несколько факторов риска развития у него НПВП-ассоциированной гастропатии (пожилой возраст, ИБС, наличие в анамнезе ЯБ ДПК, проведение в течение 1,5 лет ДАТТ, отсутствие указаний на применение антисекреторных средств на фоне ДАТТ). НПВП – ассоциированная гастропатия представлена множественными гастродуоденальными эрозиями и/или язвами, характеризуется мало- или бессимптомным течением и высокой частотой манифестации с развития осложнений – кровотечений. У пациента имеются убедительные диагностические критерии указанного диагноза: синдром желудочной диспепсии, эпизод желудочно-кишечного кровотечения, наличие клинических признаков анемии (тахикардия, снижение уровня гемоглобина, эритроцитов, снижение показателей МСН и МСНС в общем анализе крови).

3. Дополнительно к проведенному обследованию пациенту рекомендовано: проведение ФГДС с биопсией слизистой оболочки желудка из зоны поражения (язвенного дефекта) и стандартных зон биопсии с целью оценки стадии гастрита, уточнения характера поражения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны; диагностика наличия инфекции *H. pylori* морфологическим методом либо выявление антигена *H. pylori* в кале методом ИФА, либо обнаружение ДНК *H. pylori* в кале методом ПЦР. Использование серологического метода нецелесообразно, т.к. неизвестно проводилась ли эрадикационная терапия ЯБ ДПК в прошлом. В соответствии со Стандартом оказания медицинской помощи при ЯБЖ и ЯБ ДПК рекомендуется анализ крови биохимический (билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза, а также железо сыворотки, общая железосвязывающая способность сыворотки, ферритин), ультразвуковое исследование внутренних органов, анализ кала на скрытую кровь.

4. Выбор тактики лечения, в том числе решение вопроса о необходимости стационарного лечения, должен быть осуществлен с учетом результатов эндоскопического обследования пациента. Эталонем лечения НПВП - ассоциированных гастропатий является назначение антисекреторной терапии с целью коррекции факторов агрессии, воздействующих на слизистую оболочку желудка. Препаратами выбора являются ингибиторы протонной помпы (ИПП), используемые в стандартных дозах в острой стадии патологического процесса в гастродуоденальной зоне и в поддерживающих дозах в качестве профилактического средства. Пациенту показана терапия ИПП в постоянном режиме в сочетании с постоянным приемом ДАТТ.

В период острых проявлений НПВП-гастропатии в комбинации с ИПП показана терапия гастропротекторами (Висмута трикалия дицитрат, Ребамипид, Сукральфат) курсами не менее 4 недель.

В случае выявления инфекции *H. pylori* пациенту показана эрадикация инфекции с целью снижения степени риска ulcerогенных воздействий на слизистую оболочку гастродуоденальной зоны при продолжающейся терапии Аспирином и Клопидогрелем.

Пациенту показана в постоянном режиме терапия ИБС: помимо ДАТТ рекомендуется прием гиполипидемического средства (Аторвастатина, Розувастатина), селективного β -блокатора (Бисопролола), мочегонного средства (Верошпирона, Торасемида), ингибитора АПФ в связи с наличием симптомов сердечной недостаточности и с учетом уровня артериального давления.

В случае выявления сидеропении показана терапия препаратами железа до достижения уровня нормальных значений гемоглобина.

Медикаментозная терапия должна проводиться на фоне использования диетотерапии. Показана диета в рамках стола 1 в период обострения на 4-6 недель с последующим индивидуальным расширением в рамках стола 5п.

5. При выборе ИПП следует руководствоваться сведениями о лекарственном взаимодействии препаратов. С учетом необходимости использования комбинированной терапии, включающей Клопидогрел, следует выбирать ИПП с наименьшими лекарственными взаимодействиями: оптимальный выбор – Пантопразол 40 мг 2 раза в день или Рабепразол 20 мг 2 раза в день не менее 4 недель, далее препарат ИПП может применяться в половинной дозе.

В качестве схемы эрадикации инфекции *H. pylori* возможно использование 10-дневной тройной терапии с добавлением Висмута трикалия дицитрата с последующей пролонгацией курса цитопротектора до 4 недель.

Четырехнедельные курсы цитопротекторов (Ребамипид) целесообразно повторять 3-4 раза в год.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 297 [K003232]

1. Хронический бескаменный холецистит бактериальной этиологии, фаза обострения.

2. Диагноз «хронический бескаменный холецистит бактериальной этиологии, фаза обострения» установлен на основании жалоб больного на общую слабость, тупую, ноющую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приема жирной, жареной пищи, иррадиирующую в правое плечо, правую лопатку; горечь во рту, отрыжку воздухом, тошноту, неустойчивый стул; (типичны для хронического холецистита).

Подтверждают диагноз «хронический холецистит» данные анамнеза, объективного осмотра (умеренная болезненность при пальпации в области правого подреберья, болезненность в точке Макензи, положительные симптомы Ортнера, Кера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского справа).

В общем анализе крови выявлены воспалительные изменения: лейкоцитоз (до $11,2 \times 10^9/\text{л}$); повышение СОЭ - до 19 мм/ч.

При УЗИ органов брюшной полости визуализируется увеличенный до 3,5 см, деформированный желчный пузырь с перегибом в шейке, что свидетельствует о хроническом процессе. Выявлено утолщение (до 5 мм) и уплотнение стенок желчного пузыря, наличие «застойной» желчи, что характерно для хронического холецистита.

Подтверждают диагноз «хронический холецистит» данные дуоденального зондирования (при микроскопии желчи определяются скопления слизи, лейкоцитов и клеточного эпителия).

Исключена паразитарная этиология хронического холецистита: иммуноферментный анализ на выявление гельминтов (описторхоз, лямблиоз, аскаридоз, токсакароз) – отрицательный, а также отрицательный результат анализа кала на яйца глист (трижды).

3. В план обследования необходимо включить ультразвуковую холецистографию для уточнения функциональной способности желчного пузыря, бактериологическое исследование желчи для определения возбудителя хронического холецистита.

4. Рекомендовано соблюдение диеты (стол №5 по Певзнеру). Исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао, орехи. Показан частый дробный прием пищи (до 5-6 раз в день). Важным является снижение в пищевом рационе доли животных жиров и увеличение растительных. Для предупреждения застоя желчи и улучшения пассажа химуса по кишечнику блюда обогащаются пищевыми волокнами в виде пшеничных отрубей.

Пациентке показано назначение антибактериальных препаратов - фторхинолоны (Ципрофлоксацин по 500 мг два раза в сутки после еды в течение 7 дней).

Коррекция антибактериальной терапии проводится после получения посева желчи на микрофлору и определения ее чувствительности к антибиотикам.

Для купирования болевого синдрома показано назначение селективного миотропного спазмолитика Мебеверина гидрохлорида (Дюспаталин) в дозе 200 мг 2 раза в сутки в течение 2-4 недель.

С целью устранения диспепсических явлений рекомендовано назначение Домперидона (Мотилиум) в дозе 10 мг за 30 мин до еды 3 раза в сутки в течение 14 дней.

Показано назначение холекинетики, которые усиливают мышечное сокращение желчного пузыря и поступление желчи в 12-перстную кишку (Сорбит, Ксилит, Сульфат магния, Карловарская соль, Холецистокинин, Холосас); Холосас по 1 чайной ложке (5 мл) за 15 мин до еды 3 раза в сутки в течение 1 месяца.

5. У пациентки в результате лечения отмечена положительная динамика. Исчезли проявления астенического, болевого, диспепсического синдромов. При объективном обследовании – «пузырные» симптомы отрицательные.

Воспалительные изменения в крови нивелировались. По данным УЗИ органов брюшной полости также отмечена положительная динамика.

Пациентке рекомендовано соблюдение диеты. Исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао, орехи, изделия из теста (особенно сдобного), кремы, мясные бульоны. Исключить продукты, содержащие большое количество холестерина (печень, мозги, яичные желтки, бараний и говяжий жиры и др.). Показан частый дробный прием пищи (до 5-6 раз в день). Для предупреждения застоя желчи и улучшения пассажа химуса по кишечнику блюда обогащаются пищевыми волокнами в виде пшеничных отрубей. Энергетическая ценность рациона должна составлять 2500-2900 ккал с оптимальным содержанием белков, жиров, углеводов и витаминов. Избегать физического и эмоционального перенапряжения.

В фазе ремиссии показана лечебная гимнастика, а также санаторно-курортное лечение, которое проводят в Ессентуках, Железноводске, Пятигорске, Трускавце, Белокурихе, Моршине, Джермуке и др.

Диспансерное наблюдение у врача-терапевта участкового, врача-гастроэнтеролога.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 298 [К003233]

1. Цирроз печени, ассоциированный с HBV-инфекцией, класс А по Child-Pugh (компенсированный).

2. Диагноз «цирроз печени, ассоциированный с HBV-инфекцией, класс А по Child-Pugh» установлен на основании жалоб больного на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, тупую боль в правом подреберье; данных анамнеза, объективного осмотра (желтушность кожных покровов, иктеричность склер, наличие у больного телеангиэктазий, гепатомегалии). Подтверждают вирусную этиологию цирроза печени данные исследований: (выявление HBsAg; анти-HBcIgG; анти-HBe; ПЦР ДНК ВГВ - положительный, уровень ДНК ВГВ (61000 МЕ/мл); исключена другая этиология цирроза печени: (исследование крови на маркеры гепатита С, D: анти-HCV – отрицательный; анти-HDV - отрицательный), а также исключено злоупотребление алкоголем, приём гепатотоксичных лекарственных средств. Класс А ЦП установлен на основании классификации Child-Pugh. Согласно классификационным критериям (печёночная энцефалопатия, асцит не определены, общий билирубин – 35 мкмоль/л, альбумин – 39 г/л, ПТИ – 55%) определено 5 баллов, что соответствует классу А по Child-Pugh. Диагноз цирроза печени подтверждается данными эластометрии печени: F4 (по шкале METAVIR), что соответствует циррозу печени. Зарегистрировано изменение биохимических показателей крови: повышение АЛТ, АСТ, общего билирубина, ГГТП, гамма-глобулинов, снижение ПТИ. При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени.

3. ЭГДС – для выявления и/или определения состояния вен пищевода и /или желудка;

спиральная компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) для получения более точной информации о форме, структуре и размерах печени. При использовании контрастного усиления возможно дифференцировать наиболее часто встречающуюся очаговую патологию печени (кисты, гемангиомы, метастазы);

дуплексное сканирование сосудов печеночно-селезеночного бассейна для выявления портальной гипертензии.

4. Рекомендовано соблюдение диеты: исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, солёное, кофе, газированные напитки, какао.

Рекомендована противовирусная терапия (ПВТ), так как у больных циррозом печени В назначать ПВТ требуется при любом определяемом уровне виремии независимо от активности АЛТ. Среди аналогов нуклеозидов/нуклеотидов предпочтение следует отдавать Энтекавиру и Тенофовиру, поскольку они обладают высокой противовирусной активностью и к ним редко развивается резистентность. Энтекавир (нуклеозидный аналог Гуанозина) внутрь в дозе 0,5 мг/сут в течение 48 недель. Активность АЛТ необходимо оценивать каждые 3 месяца в процессе лечения и после его окончания. При лечении аналогами нуклеозидов/нуклеотидов мониторинг уровня ДНК HBV должно проводиться 1 раз в 3 месяца как минимум в течение первого года лечения.

5. У пациента получен вирусологический ответ, так как концентрация ДНК ВГВ составила 10 МЕ/мл. Отмечена положительная динамика биохимических показателей (снижение АЛТ, АСТ, ГГТП, общего билирубина) и серологический ответ по HBsAg (клиренс HBsAg с формированием анти-HBsAg). Продолжить противовирусную терапию Энтекавиром внутрь в дозе 0,5 мг/сут до 48 недель. После окончания лечения провести биохимический анализ крови, количественный анализ ДНК HBV, затем 1 раз в 6 месяцев. Несмотря на вирусологическую ремиссию на фоне приема аналогов нуклеозидов/нуклеотидов, пациенты с ЦП должны мониториться на предмет развития гепатоцеллюлярной карциномы. Соблюдение диеты, диспансерное наблюдение у врача-гастроэнтеролога.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 299 [K003234]

1. Цирроз печени, ассоциированный с HCV-инфекцией, класс А по Child-Pugh (компенсированный).

2. Диагноз «цирроз печени, ассоциированный с HCV-инфекцией, класс А по Child-Pugh» установлен на основании жалоб больного на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, тупую боль в правом подреберье; данных анамнеза, объективного осмотра (желтушность кожных покровов, иктеричность склер, наличие у больного телеангиэктазий, гепатомегалии).

Подтверждают диагноз «цирроз печени С» данные исследований (выявление анти-HCV; ПЦР: РНК HCV - положительный, уровень РНК ВГС (31000 МЕ/мл)).

Исключена другая этиология цирроза печени: исследование крови на маркеры гепатита В (HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-)), а также исключено злоупотребление алкоголем, приём гепатотоксичных лекарственных средств.

Класс А ЦП установлен на основании классификации Child-Pugh. Согласно классификационным критериям (печёночная энцефалопатия, асцит не выявлены, общий билирубин – 36 мкмоль/л, альбумин – 38 г/л, ПТИ – 57%) определено 5 баллов, что соответствует классу А по Child-Pugh.

Диагноз «цирроз печени» подтверждается данными эластометрии печени: F4 (по шкале METAVIR), что соответствует циррозу печени.

Зарегистрировано изменение биохимических показателей крови: повышение АЛТ, АСТ, общего билирубина, ГГТП, гамма-глобулинов, снижение ПТИ.

При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени.

3. ЭГДС для выявления и/или определения состояния вен пищевода и /или желудка, дуплексное сканирование сосудов печеночно-селезеночного бассейна для выявления портальной гипертензии.

4. Рекомендовано соблюдение диеты: исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао.

Пациенту с циррозом печени С класс А по Child-Pugh, генотип 1 рекомендовано назначение тройной схемы противовирусной терапии (ПВТ) с включением ингибитора протеазы второй волны Симепревира.

Симепревир назначают в дозе 150 мг 1 раз в сутки внутрь в комбинации с пегилированным интерфероном (ПЕГ/ИФН) альфа2а в дозе 180 мкг 1 раз в неделю подкожно и рибавирином в дозе 1000 мг в сутки ежедневно внутрь (при массе тела пациента 73 кг) в течение 12 недель; затем терапия ПЕГ/ИФН альфа2а и рибавирином должна быть продолжена в течение 12 недель (общая продолжительность терапии – 24 недели)

Для оценки эффективности ПВТ используется определение уровня РНК ВГС после 4, 12, 24 недели терапии, а также через 24 недели после ее окончания.

5. У пациента отмечено снижение уровня РНК ВГС.

Отмечена положительная динамика биохимических показателей (снижение АЛТ, АСТ, ГГТП). Продолжить противовирусную терапию по указанной схеме до 24 недель.

Рекомендовано определение уровня РНК ВГС после 12, 24 недели терапии, а также через 24 недели после ее окончания. С целью определения биохимического ответа – определение активности АЛТ после 12, 24 недели терапии, а также через 24 недели после ее окончания.

Один раз в 4 недели необходимо проводить исследование клинического анализа крови с подсчетом абсолютного числа нейтрофилов, определением уровня гемоглобина, количества эритроцитов и тромбоцитов. В период ПВТ пациенту необходимо исследовать уровень ТТГ и свободного тироксина каждые 3 месяца.

Рекомендован осмотр врачом-офтальмологом (в том числе - исследование глазного дна) с учетом возможных побочных действий противовирусных препаратов.

График посещения врача пациентом – 1 раз в 4 недели до окончания лечения и через 24 недели после завершения лечения. При каждом плановом посещении врача пациент должен заполнять шкалу Бека с целью контроля над возможностью развития депрессии.

Диспансерное наблюдение у врача-гастроэнтеролога.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 300 [K003235]

1. Язвенный колит впервые выявленный, дистальная форма, активность средней степени. Хроническая постгеморрагическая анемия лёгкой степени.

2. Пациент имеет диарейный синдром, патологические примеси в кале (слизь, кровь), ложные позывы на дефекацию, умеренные боли в проекции сигмовидной кишки, маркеры синдрома системного воспаления, высокие показатели фекального кальпротектина и достаточно специфические эндоскопические изменения слизистой оболочки прямой кишки. Заболевание манифестировалось после поездки на юг (воздействие инсоляции, диета с большим содержанием растительной клетчатки).

3. Дополнительно к проведенному обследованию пациенту рекомендовано проведение ФКС (оценка протяжённости поражения толстой кишки) с биопсией слизистой оболочки толстой кишки из зоны максимального поражения с целью оценки степени тяжести воспалительного процесса. Бактериологическое исследование кала с целью исключения микробного генеза воспаления слизистой толстой кишки. Исследование кала на предмет исключения глистно-паразитарной инвазии. Серологическая диагностика CMV-инфекции, ВИЧ – инфекции. Биохимический анализ крови (билирубин, АЛТ, АСТ, протеинограмма, железо сыворотки, ферритин, общая железосвязывающая способность крови, глюкоза), ультразвуковое исследование брюшной полости.

4. У больного имеет место впервые выявленное серьёзное непрерывно прогрессирующее в течение минимум 5 месяцев заболевание кишечника в фазе обострения. Пациент нуждается в динамическом врачебном наблюдении с целью своевременной и адекватной коррекции лечения при необходимости. Показано стационарное лечение в условиях специализированного гастроэнтерологического отделения.

Диетотерапия – стол 4. Активная комплексная медикаментозная терапия, включающая применение стероидных гормонов (системных и местнодействующих: Преднизолон, Будесонид, Гидрокортизон), воздействующих на слизистую оболочку толстой кишки. Препаратами выбора в острой стадии патологического процесса (дистального или левостороннего) являются топические стероиды стандартных дозах (0,5-1,0 мг/кг/с) в течение не менее 8 недель. Препараты 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК): Месалазин, Сульфасалазин - в виде перорального средства и местнодействующих лекарственных форм (суспензия, суппозитории, пена) назначаются длительно, на стадии достижения клинической и эндоскопической ремиссии - в поддерживающих дозах постоянно. В случае достижения клинической и эндоскопической ремиссии с использованием стероидных гормонов поддержание ремиссии осуществляется с использованием иммунодепрессантов (Азатиоприн, Метатрексат).

Используется симптоматическая терапия по показаниям (панкреатические полиферментные средства, препараты железа и т. д.).

5. Пациент временно нетрудоспособен в течение 4 недель. Продолжительность пребывания на больничном листе будет определяться степенью тяжести процесса, эффективностью применяемой схемы лечения. После завершения стационарного этапа лечения пациент будет продолжать лечение под наблюдением врача-гастроэнтеролога с переводом на поддерживающие дозы базисных препаратов не менее 5 лет. В случае достижения стойкой ремиссии вопрос о прекращении динамического наблюдения решается индивидуально.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 301 [K003238]

1. Первичный остеоартрит с поражением коленных суставов, рентгенологическая стадия 2, с поражением суставов стоп, рентгенологическая стадия 3, реактивный синовит правого коленного сустава, ФНС 1-2. Ожирение 2 степени. Язвенная болезнь ДПК, вне обострения.

2. Диагноз «первичный остеоартрит и синовит» установлен на основании жалоб пациентки на боли в суставах механического и стартового характера, данных анамнеза (постепенное развитие заболевания и эффективность приёма обезболивающих), внешнего осмотра пациентки (наличие варусной деформации коленных суставов и вальгусной деформации суставов стоп, наличие экссудации в области правого коленного сустава). Стадия остеоартрита установлена на основании рентгенологического обследования. Степень функциональных нарушений поставлена на основании жалоб пациентки.

3. Пациенту рекомендовано: проведение ОАК для исключения анемии на фоне приёма обезболивающих препаратов (НПВП-гастропатия), проведение ОАМ (для исключения гематурии и протеинурии на фоне приёма НПВП и для определения возможности их использования в дальнейшем), определение уровня креатинина. В случае торпидного течения синовита (более 10-14 дней) – консультация врача-ревматолога.

4. Из немедикаментозных методов в настоящее время следует использовать коленные ортезы при ходьбе для уменьшения осевой нагрузки на суставы, ортопедические стельки и межпальцевые вкладыши для коррекции вальгусной деформации стоп.

Из методов физиолечения допустимо использование электростимуляции или акупунктуры для уменьшения болевого синдрома, однако следует отметить отсутствие убедительных доказательств эффективности их использования.

Из медикаментозных методов следует использовать пероральные НПВП в течение 10-14 дней (неселективные или селективные), топические НПВП, симптоматические лекарственные средства медленного действия - препараты хондроитина и/или глюкозамина, и/или диациреина и/или неомыляемые соединения авокадо и сои в течение нескольких месяцев (допустимо упоминание одной из трёх групп препаратов).

При сохранении явлений синовита коленного сустава более 14 дней без положительной динамики – консультация врача-ревматолога.

В дальнейшем для профилактики прогрессирования остеоартрита следует провести следующее:

- проведение с пациентом бесед, включающих разъяснения о факторах риска развития остеоартрита и их профилактике, правилах подъема и переноса тяжестей, изменении образа жизни, необходимости выполнения определенного вида упражнений: комплекс упражнений ЛФП выполняемых в домашних условиях, выполнение упражнений на укрепление 4-главой мышцы бедра и аэробных упражнений общей длительностью не менее 30 минут – 5 раз в неделю;

- снижение веса до нормального (ИМТ менее 25 кг/м^2) с целью уменьшения нагрузки на коленные и тазобедренные суставы;

- мануальная терапия – массаж области коленных суставов с целью укрепления мышечно-связочного аппарата, сохранения объема движений в суставах;

- санаторно-курортное лечение – на климатических или бальнеологических курортах (доказанным является использование бальнеотерапии при остеоартрите коленных суставов).

5. Пациентке показана консультация врача-травматолога-ортопеда для определения показаний к эндопротезированию коленных суставов, так как по результатам рентгенологического исследования стадия остеоартрита – 3. Кроме того, следует рекомендовать пациентке ходьбу с опорой на трость (в противоположной максимальному поражению стороне), использование бандажа на коленный сустав. Учитывая прогрессирование болевого синдрома – Трамадол от 50 до 300 мг/сутки.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 302 [K003239]

1. Остеопороз сочетанного генеза (постменопаузальный + сенильный), тяжёлое течение (компрессионные переломы тел позвонков в поясничном отделе).

2. Диагноз «остеопороз» установлен на основании типичных жалоб пациентки (боль постоянного характера, усиливающаяся при нагрузке в поясничном отделе позвоночника), анамнеза заболевания (возникновение боли в пожилом возрасте после интенсивной физической нагрузки), наличия факторов риска (ранняя хирургическая менопауза), данных осмотра (усиленный грудной кифоз, сглаженный поясничный лордоз) и рентгенологического обследования (клиновидная деформация тел позвонков).

Диагноз «артериальная гипертония» установлен исходя из данных анамнеза.

3. Пациентке рекомендовано:

проведение двухэнергетической рентгеновской костной абсорбциометрии (DXA) для оценки минеральной плотности костной ткани (данная методика необходима не только для подтверждения диагноза, но и для динамической оценки и контроля эффективности проводимой терапии);

определение абсолютного риска переломов в течение последующих 10 лет жизни с помощью калькулятора FRAX (показанием к началу лечения считается риск общих переломов более 20%, риск перелома бедра более 3%);

исследование общего кальция и фосфора в сыворотке крови для выявления противопоказаний к лечению либо коррекции нарушений (гиперпаратиреоз, заболевания костей).

По показаниям возможно определение уровня ПТГ (подозрение на гиперпаратиреоз), 25(OH)D₃ (при подозрении на гиповитаминоз Д), Са и креатинина в утренней и суточной моче, клиренса креатинина и ТТГ у женщин (выявление причин вторичного остеопороза).

Кроме того, пациентке показаны консультации смежных специалистов (врача-офтальмолога и врача-невролога) для выявления нарушений, способных увеличить риск падений, и их коррекции.

4. В план ведения данной пациентки целесообразно включить не только методы лечения с целью увеличения плотности костной ткани, но и методы профилактики для уменьшения риска переломов.

Из методов профилактики наибольшее значение имеет:

лечебная физкультура для укрепления мышц и улучшения мышечного чувства (снижение риска падений);

обучение пациентки, а именно - разъяснение поведения в быту и на улице с целью уменьшения риска падений;

выявление сопутствующих заболеваний, которые могут сопровождаться нарушением равновесия.

К методам немедикаментозного лечения следует отнести использование корсета: в первые 8 недель необходимо использовать жёсткий рамочный корсет (с ограничением движений в позвоночнике), в дальнейшем – динамический корсет.

Из медикаментозных методов следует использовать:

препараты кальция и витамина Д в следующих дозах: кальций – 1200 мг/сутки, витамин Д – 1000-2000 МЕ/сутки;

в качестве антиостеопоротических препаратов можно использовать несколько групп: бисфосфонаты (Алендронат в дозе 70 мг/неделю, Ибандронат в дозе 150 мг/месяц, Ризендронат в дозе 35 мг/неделю, Золедроновая кислота в дозе 5 мг/год), Деносумаб в дозе 60 мг -1 раз в полгода. С учётом наличия компрессионного перелома можно предложить кальцитонин лосося в дозе 200 МЕ интраназально или 100 МЕ в/м в течение 2 недель.

5. Следует уточнить у пациентки, насколько точно она выполняла все назначения врача (доза и кратность приёма препаратов). В случае, если все назначения выполнялись в полном объёме, следует провести дообследование для исключения метаболических заболеваний скелета – определение уровня кальция, фосфора и витамина Д в сыворотке крови, паратгормона, ТТГ щелочной фосфатазы и направить на консультацию к врачу-ревматологу. При отсутствии иных метаболических заболеваний скелета возможно назначение Деносумаба, или Терипаратида, или

Стронция ранелата в комплексе с препаратами кальция и витамина Д и проведением контрольной денситометрии через 1 год.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 303 [К003241]

1. Ревматоидный артрит, очень ранняя стадия, серопозитивный вариант, активность III, рентгенологическая стадия I, ФНС II.

Гипохромная микроцитарная анемия лёгкой степени тяжести.

2. Диагноз «ревматоидный артрит (РА)» установлен на основании жалоб пациентки (типичный суставной синдром с развитием симметричных воспалительных болей в суставах кистей, лучезапястных и коленных суставах; утренняя скованность до половины дня), анамнеза заболевания (постепенное ухудшение в течение более, чем 6 недель, эффект от приёма НПВП), данных осмотра (наличие экссудации и болезненности в суставах кистей, коленных и лучезапястных суставах), результатов лабораторного исследования (повышение острофазовых показателей – СОЭ и СРП, положительный РФ). Результаты рентгенографии могут не учитываться, т.к. не входят в диагностические критерии РА. При подсчёте баллов по критериям EULAR/ACR пациентка набрала 10 баллов из 10 (поражение более чем 10 суставов – 5 баллов, повышение острофазовых показателей – 1 балл, увеличение РФ более трёх норм – 3 балла, длительность артрита более 6 недель – 1 балл). Отрицательный антинуклеарный фактор позволяет исключить диффузные заболевания соединительной ткани и окончательно верифицировать диагноз «ревматоидный артрит».

Активность РА установлена на основании индекса активности DAS28, определяемого на основании ЧБС и ЧПС, уровня СОЭ/СРП и общей самооценки здоровья пациентом. В данном случае DAS28=6,1 (подсчёт индекса может производиться только с помощью специального калькулятора on-line, в связи с чем при отсутствии такового не является обязательным), что соответствует высокой активности заболевания.

Рентгенологическая стадии РА определена, исходя из данных рентгенографии кистей – признаки околоуставного остеопороза.

Степень функциональной недостаточности определена на основании жалоб пациентки (ограничение занятий профессиональной деятельностью).

Диагноз «анемия» определён на основании снижения концентрации гемоглобина ниже 120 г/л; характеристики анемия – гипохромная и микроцитарная - установлены, исходя из сниженных показателей МСН (27-32 пг) и MCV (80-100 фл); степень анемии определена на основании уровня гемоглобина крови (90-120 г/л). Следует отметить, что жалобы пациентки на слабость и сердцебиение также могут быть объяснены наличием анемии.

3. Пациентке показано определение анти-HCV, HBsAg, антител к ВИЧ для проведения дифференциальной диагностики РА и выявления противопоказаний к терапии, проведение флюорографии лёгких для исключения патологии и назначения терапии.

Анемия, имеющаяся у пациентки, может быть, как проявлением дефицита железа вследствие постоянного приёма неселективных НПВП (не исключено эрозивно-язвенное поражение), так и проявлением анемии хронического заболевания (АХЗ) на фоне активного РА. Рекомендован следующий объём исследования: определение концентрации железа сыворотки (при ЖДА снижена, при АХЗ – снижена), ОЖСС (при ЖДА повышена, при АХЗ снижена или в норме), ферритина (при ЖДА показатель снижен, при АХЗ - повышен или в норме), трансферрина (при ЖДА повышена, при АХЗ снижена). Также пациентке показан осмотр врачом-гинекологом для исключения возможного источника кровопотери и проведение ФГДС для исключения НПВП-гастроэнтеропатии на фоне лечения неселективными НПВП.

Для назначения базисной терапии РА пациентке показана консультация врача-ревматолога.

4. Анальгетическая и противовоспалительная терапия. Препараты выбора – селективные НПВП: ингибиторы ЦОГ-2 (Мелоксикам 15 мг/сутки, Нимесулид 100 мг 2 раза в сутки) или коксибы (Эторикоксиб 90 мг/сутки, Целекоксиб 200 мг 2 раза в сутки).

С учётом возможного развития НПВП гастропатии – ингибиторы протонной помпы – Омепразол 20 мг 2 раза в сутки или Пантопразол 20 мг 2 раза в сутки (допустимо упоминание студентом Рабепразола, Лансопразола, Эзомепразола).

5. Так как проведённые исследования свидетельствуют в пользу анемии хронического заболевания, то основное значение будет иметь раннее и агрессивное лечение основной патологии - РА под наблюдением врача-ревматолога. Из методов базисной терапии «золотым стандартом» является назначение Метотрексата: начальная доза 7,5-10 мг в неделю с быстрой эскалацией дозы в течение первого месяца до 25 мг в неделю. При назначении Метотрексата для предупреждения побочного действия со стороны органов желудочно-кишечного тракта и гематологических осложнений показано использование препаратов фолиевой кислоты 5-10 мг на следующий день после Метотрексата.

Рекомендован контроль показателей общего анализа крови: в первые 3 месяца с частотой один раз в месяц, затем – один раз в три месяца.

Анемия легкой степени тяжести не требует специального лечения - необходима терапия основного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 304 [К003262]

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 305 [К003263]

1. Диссеминированный туберкулёз лёгких в разе инфильтрации и распада.
2. Клинический анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, общий анализ мокроты, люминесцентная микроскопия, ПЦР МБТ, посев мокроты на МБТ с определением лекарственной чувствительности, ВАСТЕС, КТ органов грудной клетки, фибробронхоскопия.

3. Внебольничная пневмония, обострение ХОБЛ, рак лёгких.
4. Лёгочное кровотечение, дыхательная недостаточность, спонтанный пневмоторакс.
5. Госпитализация в противотуберкулёзный стационар. Назначение режима абсолютного покоя в полусидячем положении для лучшего откашливания мокроты. Высокобелковая диета. В интенсивной фазе лечения рекомендуется назначать режим химиотерапии из комбинации шести противотуберкулёзных препаратов — Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол, Канамицин (Амикацин) и препарат из группы фторхинолонов (Офлоксацин или Левофлоксацин) в течение 3 месяцев. Фаза продолжения в течение 6 месяцев комбинацией из трёх противотуберкулёзных препаратов, к которым сохранена чувствительность. Дезинтоксикационная терапия. Патогенетическая терапия. Оксигенотерапия. Гемостатическая терапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 306 [K003264]

1. Очаговый туберкулёз верхней доли правого лёгкого в фазе инфильтрации.
2. Клинический анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, Проба Манту с 2 ТЕ, проба «Диаскинтест», общий анализ мокроты, бактериоскопия по Цилю – Нильсену, люминесцентная микроскопия, ПЦР МБТ, посев мокроты на МБТ с определением лекарственной чувствительности, ВАСТЕС, рентгенография и КТ органов грудной клетки, фибробронхоскопия.
3. Внебольничная пневмония, ХОБЛ, рак лёгкого.
4. При очаговом туберкулёзе осложнения редки. В случае неадекватного лечения возможно прогрессирование заболевания переход в фазу распада, появление кровохарканья, диссеминация процесса.
5. Госпитализация в противотуберкулёзный стационар. Назначение щадящего режима относительного покоя. Высоко - белковая диета. В интенсивной фазе лечения рекомендуется назначать режим химиотерапии из комбинации шести противотуберкулёзных препаратов — Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол, Канамицин (Амикацин) и препарат из группы фторхинолонов (Офлоксацин или Левофлоксацин) в течение 3 месяцев. Фаза продолжения из комбинации трёх противотуберкулёзных препаратов, к которым сохранена чувствительность в течение 6 месяцев. Патогенетическая терапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 307 [K003265]

1. Казеозная пневмония правого лёгкого. Осложнения: инфекционно-токсический шок.
2. Клинический анализ мочи, биохимический анализ крови, определение функциональной активности Т-лимфоцитов, коагулограмма, проба Манту с 2 ТЕ, проба «Диаскинтест», посев мокроты на МБТ с определением лекарственной чувствительности, ВАСТЕС, КТ органов грудной клетки, фибробронхоскопия, ЭКГ.

3. Абсцедирующая пневмония, бронхоэктатическая болезнь, рак лёгких.
4. Инфекционно-токсический шок, кровохарканье, лёгочное кровотечение, спонтанных пневмоторакс.
5. Госпитализация в противотуберкулёзный стационар. Режим абсолютного покоя. Высокобелковая диета. Противотуберкулёзное лечение: в интенсивной фазе лечения рекомендуется назначать режим химиотерапии из комбинации шести противотуберкулёзных препаратов - Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол, Канамицин (Амикацин) и препарат из группы фторхинолонов (Офлоксацин или Левофлоксацин). Восстановление центральной гемодинамики. Восстановление микроциркуляции крови. Оксигенотерапия. Дезинтоксикационная терапия. Коррекция водно-электролитных нарушений и борьба с ацидозом. Лечение тромбогеморрагического синдрома. Гормонотерапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 308 [K003266]

1. Туберкулёз периферических лимфатических узлов.
2. Биохимический анализ крови, посев мокроты на МБТ с определением лекарственной чувствительности, ВАСТЕС, КТ органов грудной клетки.
3. Инфекционный мононуклеоз, сифилис, лимфогрануломатоз, ВИЧ-инфекция.
4. Формирование свищей, диссеминация процесса.
5. Госпитализация в противотуберкулёзный стационар. Назначение щадящего режима относительного покоя. Высокобелковая диета. В интенсивной фазе лечения рекомендуется назначать режим химиотерапии из комбинации шести противотуберкулёзных препаратов - Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол, Канамицин (Амикацин) и препарат из группы фторхинолонов (Офлоксацин или Левофлоксацин) в течение 3 месяцев. Фаза продолжения в противотуберкулёжном диспансере в течение 6 месяцев из комбинации трёх противотуберкулёзных препаратов, к которым сохранена чувствительность. Дезинтоксикационная терапия. Патогенетическое лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 309 [K003268]

1. Основной: инфильтративный туберкулёз верхней доли левого лёгкого в фазе распада, МБТ +.
2. Диагноз выставлен на основании:
 - наличия симптомов интоксикации (слабость, потливость, лихорадка до 37,3 - 37,5°C),
 - наличия изменений на рентгенограмме (в левом лёгком на уровне II—III рёбер округлая, с нечёткими контурами, средней интенсивности фокусная тень размером 3,0×3,5 см с участком просветлением в центре и дорожкой к корню),

- реакции Манту с 2 ТЕ (папула 10 мм), Диаскинтеста (10 мм),
- фазы распада на основании рентгенологических изменений,
- МБТ(+) на основании наличия в мокроте методом бактериоскопии и посевом МБТ.

3. Клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, КТ органов грудной клетки, фибробронхоскопия.

4. Госпитализация в противотуберкулёзный стационар. Щадящий режим относительного покоя. Высокобелковая диета. Интенсивная фаза химиотерапии в течение 3 месяцев, включая не менее шести препаратов (Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол, Канамицин (Амикацин), фторхинолоны), фаза продолжения в противотуберкулёжном диспансере 6 месяцев, включая 3 препарата к которым сохранена чувствительность. Дезинтоксикационная терапия. Патогенетическое лечение.

5. Внебольничными пневмониями (бактериальными, вирусными, грибковыми), раком лёгкого, эозинофильным лёгочным инфильтратом, инфарктом лёгкого.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 310 [K003270]

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

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

2. Диагноз выставлен на основании:

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

- наличия жалоб на кашель, выделение обильной гнойной мокротой с прожилками тёмной крови, общую слабость, потерю 15 кг массы тела за 4 месяца, появление выраженной одышки при расширении физической нагрузки, сердцебиение, периодическое повышение температуры тела до 37,4-37,6°C;

- данных физикального осмотра: температура тела 37,0°C. Грудная клетка конической формы, правая её половина отстаёт при дыхании. Над правым верхним лёгочным полем определяется укорочение перкуторного звука. При аускультации в области укорочения выслушиваются бронхиальное дыхание мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧДД - 20 в минуту в покое. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над лёгочной артерией. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, 107 уд/минуту. АД - 110/70 мм рт. ст.

- наличия изменений на рентгенограмме (лёгочный рисунок обогащён и деформирован. В правом верхнем лёгочном поле определяется кольцевидное просветление неправильной формы со стенками толщиной 4-6 мм, размерами 3,5×3,0 см, мягкие очаговые тени вокруг просветления, местами сливающиеся в фокусы. От просветления к корню лёгкого прослеживается отводящая дорожка. Правый корень подтянут кверху. Отмечаются плевроапикальные наложения справа);

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

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

Дыхательная недостаточность - появление одышки при расширении обычной физической нагрузки.

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

Гипотрофия на основании индекса массы тела 18,3.

4. Дополнительно необходимо выполнить:

КТ ОГК с целью уточнения распространённости и фазы процесса;

пробу Манту с 2ТЕ и Диаскинтест (входит в общий диагностический минимум);

фибробронхоскопию с целью исключения патологии бронхов и установления источника кровотечения;

посевы мокроты на жидкие или плотные питательные среды;

использование МГМ диагностики с установлением ЛУ;

определение ФВД для выявления обструктивно/рестриктивных нарушений;

ЭХО-КГ для уточнения наличия признаков ХЛС.

5. Комплексное лечение, включающее в себя лечебно-охранительный режим, противотуберкулёзную химиотерапию, патогенетическую и симптоматическую терапию. Схема противотуберкулёзных препаратов должны включать не менее 6 препаратов, включая препараты основного ряда (Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол) и препараты резервного ряда (Канамицин, Офлоксацин) в адекватной дозировке согласно весу больного. Данная схема обусловлена наличием высокого риска наличия лекарственной устойчивости возбудителя. Гемостатическая терапия, оксигенотерапия, высокобелковое питание.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 311 [К003272]

1. Инфильтративный туберкулёз нижней доли правого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ+.

2. Диагноз поставлен на основании характерных клинических данных: в течение двух месяцев нарастают явления интоксикации, кашель. Обратился в связи с повышением температуры, болью в грудной клетке, при аускультации определялись влажные мелкопузырчатые хрипы, перкуторно: притупление. Рентгенологически в нижней доле правого лёгкого обнаружены синдромы затемнения с просветлением и множественных очаговых теней. В промывных водах бронхов найдены МБТ.

3. Внебольничная пневмония в нижней доле правого лёгкого. Абсцедирование. Рак лёгкого.

4. Больной является бактериовыделителем, так как в посевах промывных вод бронхов выявлен рост колоний МБТ. Именно культуральный метод является наиболее достоверным, так как позволяет выявить МБТ при наличии в исследуемом материале нескольких десятков микробных тел. Для сравнения: микроскопия даёт положительный результат при наличии 10⁴-10⁵/мл микробных тел.

5. Больному назначается свободный двигательный режим, 11 стол. До получения результатов устойчивости МБТ к препаратам назначается комбинация из четырёх препаратов первого ряда: Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол. Затем схема корректируется согласно устойчивости МБТ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 312 [К003273]

1. Казеозная пневмония правого лёгкого в фазе распада и обсеменения, МБТ+.

2. Диагноз поставлен на основании следующих данных: имел контакты с туберкулёзными больными в местах лишения свободы. В течение года нарастают явления интоксикации, похудел на 10 кг. Обратился с жалобами на повышение температуры тела до фебрильных цифр, потливость в ночное время, отсутствие аппетита, кашель с мокротой гнойного характера, одышку при небольшой физической нагрузке. При осмотре состояние тяжёлое, больной пониженного питания, кожные покровы бледные.

Рентгено-томографически: в правом лёгком определяется субтотальная инфильтрация лёгочной ткани средней и высокой интенсивности, многочисленные полости распада в правом лёгком, очаги и фокусы отсева в S1+2 левого лёгкого. В мокроте методом микроскопии обнаружены КУМ в большом количестве.

3. Внебольничная пневмония правого лёгкого. Абсцедирование.

4. Характерны следующие рентгенологические изменения: большая площадь поражения лёгочной ткани – от доли и больше, высокая интенсивность тени за счёт преобладания казеозного некроза в структуре воспаления, смещение органов средостения в сторону поражения, подъём купола диафрагмы на стороне поражения из-за гиповентиляции и ателектазирования изменённой лёгочной ткани, быстрое появление очагов и фокусов бронхогенного обсеменения.

5. Больному назначается свободный двигательный режим, 11 стол. В связи с пребыванием больного в местах лишения свободы, можно предполагать у него множественную лекарственную устойчивость МБТ. До получения результатов устойчивости МБТ назначается комбинация из шести препаратов: четырёх препаратов первого ряда (Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол), а также по одному препарату из группы аминогликозидов и фторхинолонов. Затем схема корректируется согласно устойчивости МБТ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 313 [K003274]

1. Диссеминированный туберкулёз лёгких в фазе инфильтрации и распада, МБТ+.
2. Диагноз поставлен на основании характерных клинических данных: предъявляет жалобы на слабость, потливость, повышение температуры тела до 37,5°С, снижение аппетита, похудел на 4 кг, кашель, при аускультации - в верхних отделах – дыхание жёсткое, в нижних отделах – ослабленное везикулярное, перкуторно: незначительное притупление лёгочного звука в верхних отделах. Контакт с больными туберкулёзом имел в местах лишения свободы. Освободился 3 месяца назад. Рентгенологически – синдром очаговой диссеминации в верхних и средних отделах обоих лёгких. Очаги сливаются между собой, имеются признаки распада. Микроскопически найдены КУМ.

3. Больному назначается свободный двигательный режим, 11 стол. В связи с пребыванием больного в местах лишения свободы, можно предполагать у него множественную лекарственную устойчивость МБТ. До получения результатов устойчивости МБТ назначается комбинация из шести препаратов: четырёх препаратов первого ряда (Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол), а также по одному препарату из группы аминогликозидов и фторхинолонов. Затем схема корректируется согласно устойчивости МБТ.

4. Саркоидозом, грибковыми поражениями лёгких, пневмокониозами, экзогенным аллергическим альвеолитом, идиопатическим фиброзирующим альвеолитом.

5. Неблагоприятный. У больного можно предполагать множественную лекарственную устойчивость МБТ в связи с пребыванием в местах лишения свободы. В крови обнаружены маркеры гепатита С. Так как большинство противотуберкулёзных препаратов гепатотоксичны, у данного больного может развиваться лекарственный гепатит. Из-за МЛУ и гепатита С не удастся, скорее всего, подобрать эффективную схему терапии. При увеличении трансаминаз более, чем в 5 раз, придётся отменять препараты. На этом фоне сроки лечения будут удлиняться, процесс может трансформироваться в хронический диссеминированный либо фиброзно-кавернозный туберкулёз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 314 [K003295]

1. Артериальная гипертензия II стадии, 2 степени. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Дислипидемия IIb тип по Фредриксону. Хроническая болезнь почек С1, риск ССО 3.

2. Диагноз «артериальная гипертензия (АГ)» установлен на основании жалоб больного на повышение АД, данных анамнеза (пациентка отмечает повышение АД в течение 4 лет); установление 2 степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приема – 170/100 мм рт.ст. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (сердца). Степень риска ССО поставлена на основании 2 степени АГ и субклинического поражения органов-мишеней – ГМЛЖ (на ЭКГ индекс Соколова-Лайона 39 мм), факторы риска – семейный анамнез, дислипидемия.

Диагноз «дислипидемия ПБ типа» установлен на основании повышения общего холестерина за счёт ХС-ЛПНП и ТГ.

Диагноз «ХБП С1» установлен на основании СКФ 95 мл/мин, функция почек оценивается как высокая и оптимальная (критерий: СКФ >90 мл/мин).

3. Пациентке рекомендовано проведение суточного мониторирования АД для оценки вариабельности АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ для оценки структурно-функционального состояния камер сердца и клапанного аппарата; ультразвуковое исследование сонных артерий с целью оценки соотношения интима/медиа и выявления/исключения стенозов и атеросклеротических бляшек; консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии.

4. Пациентка нуждается в коррекции лечения, поскольку целевые значения АД (ниже 140/90 мм рт. ст.) не были достигнуты на текущей терапии.

Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их кардиопротективных свойствах. Доказана их способность замедлять темп развития и прогрессирования ПОМ (ГЛЖ, включая её фиброзный компонент, уменьшение МАУ и протеинурии, замедление темпа снижения функции почек). Предпочтение отдается длительно действующим препаратам с однократным приёмом в сутки (Периндоприл, Фозиноприл, Рамиприл). При непереносимости препаратов группы ИАПФ рассмотреть антагонисты рецепторов к ангиотензину II.

С учётом 2 степени АГ и высокого риска ССО показана комбинированная антигипертензивная терапия. Рациональной будет комбинация ИАПФ и дигидропиридинового антагониста кальция (длительно действующего, 3 поколения - Амлодипин), которые продемонстрировали высокую эффективность в отношении замедления прогрессирования атеросклероза сонных артерий и уменьшения ГЛЖ. Возможно применение препаратов ИАПФ и АК в виде фиксированной комбинации.

5. Рекомендации по немедикаментозной терапии (воздействие на факторы риска, формирование навыков ЗОЖ):

обучение в школе здоровья для пациентов с АГ;

рациональное питание с целью коррекции дислипидемии. Приём пищи частый, диета, сбалансированная по белку и пищевым волокнам с исключением жирных и жареных продуктов. Сокращение животных жиров в рационе. Снижение потребления поваренной соли до 5 г/сутки;

увеличение физической активности (аэробные нагрузки - ходьба, езда на велосипеде, плавание, не менее 30 минут 5-7 дней в неделю), с постепенным увеличением продолжительности нагрузок до 1 часа в день. Изометрическая силовая нагрузка не рекомендуется в связи с опасностью повышения АД.

Самоконтроль АД, ведение дневника АД.

Соблюдать режим труда и отдыха, минимизировать стрессовые ситуации (при необходимости прибегнуть к помощи врача-психотерапевта).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 315 [K003296]

1. Ожирение I ст. Дислипидемия IV типа. Нарушение толерантности к глюкозе (метаболический синдром)

2. Диагноз метаболического синдрома установлен на основании наличия ожирения, степень ожирения определена по критериям ВОЗ, ИМТ - 32,8 кг/м², окружность талии - 108 см.

Дислипидемия определена по классификации Фредрексона (повышение уровня ТГ, снижения уровня ЛПВП).

Нарушенная толерантность к глюкозе определена на основании гипергликемии натощак и после нагрузки глюкозой, а также уровня HbA1c.

3. Пациенту рекомендовано ЭКГ; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий для оценки ремоделирования сосудистой стенки, выявления атеросклероза, стенозов. Проведение суточного мониторинга АД.

4. Целевые значения липидного спектра достигнуты не были. В связи с недостаточной эффективностью немедикаментозного лечения необходимо рассмотреть вопрос о дополнительном назначении статинов: Розувастатин 10 мг или Аторвастатин 10 мг. Перед этим необходимо оценить содержание АЛТ, АСТ, КФК. Назначение фибратов в качестве препаратов выбора у данного пациента не показано.

5. Через 4-6 недель лечения следует оценить переносимость и безопасность лечения (повторный анализ крови на липиды, АСТ, АЛТ, КФК). При отсутствии побочных эффектов через 3, 6 месяцев следует провести повторный анализ крови на липиды, АСТ, АЛТ, КФК. Впоследствии контроль не реже 1 раза в год: оценка АД, риска SCORE, АСТ, АЛТ, КФК, глюкозы крови натощак, HbA1c, креатинина, ЭКГ. 1 раз в 3 года ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 316 [K003297]

1. ИБС: вазоспастическая стенокардия. Дислипидемия ПБ тип по Фредриксону.
2. Диагноз «ИБС» установлен на основании жалоб больного на приступ болей, характерный для стенокардии по локализации.

Диагноз «вазоспастическая стенокардия» установлен на основании характеристики болевого приступа: загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, возникающие в ночные и ранние утренние часы, купирующиеся самостоятельно в течение нескольких минут, наличие высокой толерантности к физической нагрузке.

Диагноз «дислипидемия ПБ типа» установлен на основании повышения общего холестерина за счет ХС-ЛПНП и ТГ.

Анализ данных анамнеза позволяет выявить наличие у пациента следующих факторов риска атеросклероза как основного этиологического фактора ИБС: мужской пол, возраст, курение, семейный анамнез.

3. Пациенту рекомендовано:

суточное мониторирование ЭКГ для выявления эпизодов болевой и безболевой ишемии миокарда, их характера (особо обратить внимание на возможность появления эпизодов элевации сегмента ST наиболее характерных для этого вида стенокардии), общего количества и длительности; возможных нарушений ритма и проводимости, которые, наряду с обширной зоной ишемии при приступе, могут свидетельствовать о неблагоприятном прогнозе заболевания;

проведение ЭХО-КГ для выявления зон гипо- и акинезии миокарда, оценки диастолической и систолической функции миокарда и состояния клапанного аппарата сердца.

Также пациентке показано выполнение стресс ЭКГ с физической нагрузкой (при ФВ ЛЖ > 50%) для оценки толерантности к физической нагрузке. У части пациентов вазоспастическая стенокардия развивается на фоне атеросклероза коронарных артерий. Следующий этап диагностики – выполнение коронароангиографии (КАГ). Главным диагностическим критерием вазоспастической стенокардии является верифицированный при КАГ спазм коронарной артерии - спонтанный или во время фармакологической пробы. Провокационные пробы проводят, как правило, лицам с интактными или малоизмененными КА по результатам предыдущего ангиографического исследования. Основными пробами для выявления вазоспастической стенокардии являются - холоддовая проба, интракоронарное введение Ацетилхолина, Метахолина, Гистамина, Дофамина.

4. Нитраты короткого действия. Короткодействующие нитраты рекомендуют для купирования ангинозных приступов. Уменьшают потребность миокарда в кислороде за счёт системного расширения вен и артерий, которое снижает пред- и постнагрузку левого желудочка и таким образом уменьшает работу миокарда. Нитраты также действуют непосредственно на коронарное кровообращение. Для сублингвального приема используются таблетки нитроглицерина (0,5-1 мг), аэрозольные формы нитратов (Нитроглицерин и Изосорбиддинитрат).

Антагонисты кальция. В качестве антиангинальных препаратов для профилактики приступов вазоспастической стенокардии. Действие обусловлено замедлением тока Са через α_1 и α_2 адренергические пути и кальциевые каналы периферических сосудов, уменьшением чувствительности артериальных сосудов к эндогенным влияниям прессорных аминов, что приводит к снижению общего периферического сосудистого сопротивления и АД. Дигидропиридиновые антагонисты кальция оказывают выраженное селективное действие на мускулатуру сосудов, приводя к расширению периферических артерий, не влияют на проводящую систему сердца и не вызывают значимого снижения сократительной функции миокарда. Для недигидропиридиновых антагонистов кальция (Верапамил и Дилтиазем) характерно отрицательное ино- и дромотропное действие. С учётом склонности к брадикардии, пациенту предпочтительнее применение дигидропиридиновых антагонистов кальция – Амлодипин 10 мг в сутки. При недостаточной эффективности антагонистов кальция рассмотреть добавление блокатора калиевых каналов – Никорандила.

Прогностическое действие АСК, статинов, ингибиторов АПФ при вазоспастической стенокардии на фоне ангиографически интактных коронарных артерий не изучено. Несмотря на это, учитывая атерогенный тип дислипидемии целесообразно применение статинов. Целями лечения является уровень ХС-ЛНП < 1,8 или уменьшение уровня ХС-ЛНП > 50%, если целевой уровень не может быть достигнут.

5. Продолжить терапию в полном объёме. Сделать акцент на немедикаментозной терапии: соблюдение диеты и режима физической активности, прекращение курения, минимизировать стрессовые ситуации (при необходимости прибегнуть к помощи врача-психотерапевта).

Диспансерное наблюдение: контроль липидного спектра через 6 месяцев первые 1,5 года, затем ежегодно. Контроль АСТ, АЛТ, глюкозы 1 раз в год. При невозможности достижения целевых значений ТГ < 1,7ммоль/л - рассмотреть возможность добавления фибратов к схеме терапии. Контроль ЭКГ не реже 1 раза в год. Суточное мониторирование ЭКГ в динамике по показаниям, при возобновлении приступов загрудинных болей. Ультразвуковое исследование сонных артерий для выявления экстракардиального атеросклероза при взятии на диспансерное наблюдение. Ежегодная вакцинация против гриппа. Объяснение пациенту и/или обеспечение его памяткой по алгоритму неотложных действий при жизнеугрожающем состоянии, вероятность развития которого у пациента наиболее высокая (развитие ОИМ, жизнеугрожающих аритмий).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 317 [K003298]

1. ИБС: стабильная стенокардия напряжения 2 ФК. Дислипидемия ПА тип по Фредриксону. Ожирение 1ст.

2. Диагноз «ИБС» установлен на основании жалоб больного на приступы болей, характерных для типичной стенокардии по локализации, провоцирующим и купирующим боль факторам (клиническая классификация болей в груди, рекомендации АСС/АНА, 2003 г.). Претестовая вероятность ИБС составляет 77%.

Диагноз «стабильная стенокардия» установлен на основании данных анамнеза – продолжительность болей около года, за это время частота, длительность и интенсивность болей не изменилась.

Согласно классификации Канадского кардиологического общества, установлен 2ФК стабильной стенокардии, которому соответствуют приступы стенокардии при обычной нагрузке: быстрой ходьбе на расстояние более 500 метров, подъёму по лестнице (более 1-2 пролетов).

Диагноз «дислипидемия ПА типа» установлен на основании повышения общего холестерина за счёт ХС-ЛПНП при нормальном уровне ТГ. Диагноз «Ожирение 1 ст.» установлен на основании ИМТ 30,44кг/м².

3. Пациенту рекомендовано: проведение ЭКГ покоя; проведение ЭХО-КГ для выявления зон гипо- и акинезии миокарда, оценки диастолической и систолической функций миокарда, состояния клапанного аппарата; с учётом претестовой вероятности ИБС 77% показано выполнение стресс тестов – предпочтительно выполнение визуализирующих исследований - стресс ЭХО-КГ (особенно при ФВ ЛЖ < 50%), при невозможности выполнения исследования с визуализацией – может проводиться стресс ЭКГ с физической нагрузкой (при ФВ ЛЖ > 50%). Ультразвуковое исследование сонных артерий с целью оценки соотношения интима/медиа и выявления/исключения стенозов и атеросклеротических бляшек.

По результатам неинвазивного обследования проводится стратификация риска и принимается решение о целесообразности выполнения коронароангиографии.

4. β-адреноблокаторы. Уменьшают адренергическое влияние на сердце: снижается ЧСС, САД, снижается потребность миокарда в кислороде, оказывается антиангинальное действие. В лечении предпочтительнее селективные β-блокаторы без симпатомиметической активности с длительным периодом полувыведения. Лечение необходимо проводить под контролем гемодинамических показателей. Адекватность дозы определяется урежением ЧСС в покое до 55-60 в минуту. Рекомендуется использование Метопролола сукцината или Бисопролола, которые снижают риск смерти (уровень доказательности IA).

Нитраты короткого действия. Короткодействующие нитраты рекомендуются для купирования ангинозных приступов. Уменьшают потребность миокарда в кислороде за счёт системного расширения вен и артерий, которое снижает пред- и постнагрузку левого желудочка и таким образом уменьшают работу миокарда. Нитраты также действуют непосредственно на коронарное кровообращение. Для сублингвального приёма используются таблетки Нитроглицерина (0,5–1 мг), аэрозольные формы нитратов (Нитроглицерин и Изосорбида динитрат).

5. Оставить антитромбоцитарную и гиполипидемическую терапию без изменений, т.к. основанием для отмены статина является повышение трансаминаз в 3 раза и более. Увеличить дозу β -адреноблокатора до достижения эффективного контроля ЧСС 55-60 ударов в минуту для уменьшения количества приступов стенокардии, продолжить динамическое наблюдение. Необходимо уточнить и отрегулировать рацион питания пациента и его физическую активность для снижения массы тела. Контроль липидного спектра через 6 месяцев. Контроль АСТ, АЛТ 1 раз в год. При невозможности достижения целевых значений ХС-ЛПНП < 1,8 ммоль/л - рассмотреть возможность добавления Эзетимиба к схеме терапии. Контроль ЭКГ не реже 1 раза в год.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 318 [K003299]

1. Гипертоническая болезнь (ГБ) II стадии, изолированная систолическая артериальная гипертензия (ИСАГ), риск ССО 3. Цереброваскулярная болезнь: дисциркуляторная энцефалопатия I степени.

2. Диагноз «артериальная гипертензия» (АГ) установлен на основании указаний на повышение АД; установление ИСАГ основано на цифрах АД. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней, а именно значения пульсового АД (ПАД). ПАД равное или превышающее 60 мм рт. ст. у пациентов пожилого и старческого возраста рассматривается как проявление повышенной ригидности и жесткости сосудистой стенки. Уровень ПАД равен: $162 - 62 = 100$ мм рт. ст. Степень риска ССО поставлена на основании поражения органов мишеней. Диагноз «цереброваскулярная болезнь (ЦВБ), дисциркуляторная энцефалопатия I степени» обоснован указаниями на снижение памяти у пациентки с длительным стажем ГБ.

3. Пациентке показано медикаментозное лечение. Наиболее предпочтительными для лечения пожилых пациентов с ИСАГ, с точки зрения действующих национальных рекомендаций по АГ, являются сочетания блокаторов кальциевых каналов+тиазидный диуретик. При плохой переносимости блокаторов кальциевых каналов, как периферических вазодилататоров, рекомендовано использовать в лечении ИАПФ или АРА. Пациентке также показана гиполипидемическая терапия. С учётом того, что пациентка пожилого возраста с дефицитом массы тела, назначение статинов сопряжено с риском развития миопатии, рабдомиолиза. С точки зрения безопасности лицам пожилого возраста начинать лечение статинами необходимо с минимальной дозы, предпочтение следует отдавать гидрофильным статинам (Розувастатин).

4. Гипотензивный эффект от проводимого лечения может быть расценен как положительный. Целевое систолическое АД у пожилых пациентов - 140-150 мм рт.ст.- достигнуто. Гиполипидемическую терапию следует продолжать, однако, в связи с недостаточным эффектом, может быть рекомендовано повышение дозы статина, под контролем АЛТ, АСТ, КФК через 4-6 недель после повышения дозы или комбинация с ингибитором обратного всасывания холестерина – Эзетимибом в дозе 10 мг.

5. Посещения не реже 2 раз в год с оценкой эффективности лечения, общий осмотр.

Не реже 1 раза в год оценка биохимического анализа крови (глюкоза, креатинин, липидный спектр, АЛТ, АСТ, КФК, ОАМ), ЭКГ, ЭхоКГ

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 319 [К003301]

1. ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ОИМ по задней стенке ЛЖ от 2011 г). Дислипидемия ПА тип по Фредриксону. ХСН IIb стадия по Стражеско-Василенко, ПФК по NYHA.

2. Диагноз «ИБС: постинфарктный кардиосклероз» установлен на основании анамнеза (ОИМ по задней стенке ЛЖ 5 лет назад), изменения на ЭКГ (патологический зубец Q и отрицательный зубец T в III, aVF отведениях). Диагноз «дислипидемия ПА типа» установлен на основании повышения общего холестерина за счёт ХС-ЛПНП при нормальном уровне ТГ.

Диагноз «ХСН» установлен на основании жалоб пациента (одышка, отёки в области стоп, общая слабость, повышенная утомляемость), анамнеза (перенесённый ОИМ, давность симптоматики, постепенное её развитие), результатов осмотра (пастозность нижних конечностей до нижней трети голени, ЧД - 20 в 1 минуту, приглушённые тоны сердца, систолический шум на верхушке, ЧСС - 92 в минуту, увеличение размеров печени).

Согласно классификации СН Нью-Йоркской кардиологической ассоциации (NYHA) установлен 2ФК ХСН, т. е. заболевание сердца приводит к лёгкому ограничению физической активности. В покое симптомов нет. Обычная физическая нагрузка вызывает усталость, сердцебиение или одышку. Исходя из классификации хронической сердечной недостаточности ОССН (2003 г.) установлена IIb стадия ХСН по Стражеско-Василенко, что подтверждается выявлением выраженных изменений гемодинамики в большом (отёки, увеличение печени) и малом (одышка, тахипноэ) кругах кровообращения.

3. Пациенту рекомендовано: проведение ЭХО-КГ для выявления зон гипо- и акинезии миокарда, диастолической и систолической функции миокарда, оценки состояния клапанного аппарата; рентгенография органов грудной клетки для выявления / исключения некоторые виды заболеваний лёгких; измерение содержания натрийуретических гормонов (BNP или NT-proBNP) показано для исключения альтернативной причины одышки и для определения прогноза; выполнение стресс тестов – предпочтительнее выполнение визуализирующих исследований - стресс ЭХО-КГ (особенно при ФВ ЛЖ < 50%), при невозможности выполнения исследования с визуализацией – может проводиться стресс ЭКГ с физической нагрузкой (при ФВ ЛЖ > 50%); ультразвуковое исследование сонных артерий с целью оценки соотношения интима/медиа и выявления/исключения стенозов, атеросклеротических бляшек.

По результатам неинвазивного обследования проводится стратификация риска и принимается решение о целесообразности выполнения коронароангиографии.

4. Пациент нуждается в приёме диуретиков.

Диуретики применяются у всех больных ХСН II–IV ФК с признаками застоя для улучшения клинической симптоматики и снижения риска повторных госпитализаций. Рекомендованы препараты из группы антагонистов минералокортикоидов (АМКР): Спиринолактон в дозе 25-50 мг в сутки конкурентно по отношению к альдостерону связывается с его рецепторами, блокируя биологические эффекты альдостерона, оказывая антифибротическое действие, а также повышает экскрецию натрия и хлора и снижает экскрецию калия, водорода, кальция и магния. Применение препарата возможно, т.к. тяжелой ХБП у пациента нет, СКФ - 92 мл/мин. Эплеренон также продемонстрировал положительный эффект при сердечной недостаточности и может использоваться как альтернатива Спиринолактону. При сохранении застойных явлений, рассмотреть добавление малых доз петлевых диуретиков с пролонгированным действием – Торасемида, который обладает антиальдостероновым эффектом и в меньшей степени активирует РААС, чем Фуросемид.

5. Необходимо уточнить и отрегулировать рацион питания пациента: избегать солёной пищи и отказаться от её досаливания, суточное потребление хлорида натрия 1,2 - 1,8 г/сут (II - III ФК ХСН), соблюдением гиполипидемической диеты.

Рекомендовать пациенту обучение в школе здоровья; объяснение пациенту поведения при развитии жизнеугрожающего состояния, вероятность развития которого у пациента высока и обеспечить его памяткой содержащей алгоритму неотложных действий.

Уточнить уровень его физической активности, порекомендовать методы кардиологической реабилитации: ходьба, или тредмил, или велотренинг 5 раз в неделю по 20 - 30 минут при достижении 80% от максимальной частоты сердечных сокращений (ЧСС) или при достижении 50-70% от максимального потребления кислорода.

Объяснить необходимость проведения ежегодной вакцинации против гриппа, поскольку данное заболевание может иметь фатальные последствия для пациента с ИБС и ХСН.

Объяснить необходимость отказа/минимизации приёма обезболивающих противовоспалительных препаратов из группы НПВС и ингибиторов ЦОГ-2, которые провоцируют задержку натрия и жидкости, что повышает риск развития декомпенсации у больных ХСН.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 320 [K003302]

1. Первичный гиперальдостеронизм. Симптоматическая артериальная гипертензия II степени. Хроническая болезнь почек С2.

2. Диагноз «первичный гиперальдостеронизм (ПГА)» установлен на основании жалоб пациентки на повышение АД, рефрактерного к комбинированной терапии ИАПФ и антагонистам кальция (данные анамнеза), возраста и пола, сочетания артериальной гипертензии и миастенического синдрома, полиурии, парестезий и ночных судорог. Кроме того, изменения, выявленные на ЭКГ и в лабораторных тестах в виде гипернатриемии, гипокалиемия, а также гипостенурия и щелочная реакция мочи подтверждают предварительный диагноз. Первичный характер заболевания установлен на основании анамнеза – отсутствие указаний на состояния, приводящие к вторичному гиперальдостеронизму (ХСН, нефротический синдром, длительный прием диуретиков и т. д.), а также семейный анамнез - цереброваскулярных заболеваний в молодом возрасте.

Установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма.

Диагноз «хроническая болезнь почек (ХБП) С2» определён по снижению СКФ до 88 мл/мин.

3. Пациентке рекомендовано определение альдостерон-ренинового соотношения (АРС) после предварительной отмены Эналаприла за 2-3 недели до исследования. Для контроля АД возможно применение агонистов имидазолиновых рецепторов. Диагноз будет подтвержден при выявлении низкой активности ренина плазмы (АРП) и повышенной секреции альдостерона. При выявлении высокого АРС проводят дополнительные нагрузочные тесты для дифференциальной диагностики альдостеромы и гиперплазии коры надпочечников (проба с 4-часовой ходьбой, Фуросемидом, Каптоприлом, Дексаметазоном). УЗИ почек, надпочечников для визуализации образования в проекции надпочечников, КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием для уточнения локализации и размеров образования либо выявления гиперплазии коры надпочечников. Консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; проведение ЭХОКГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции, состояния клапанного аппарата.

4. Антагонисты минералокортикоидных рецепторов. Препараты этой группы не только устраняют эффект альдостерона на почечном и других секреторирующих калий уровнях, но и тормозят биосинтез альдостерона в надпочечниках. Спиринолактон в минимально эффективной дозе, начиная с 25 мг в сутки, постепенно повышая её до 100 мг в сутки или более.

Альтернатива: Эплеренон с начальной дозы 25 мг два раза в сутки – селективный антагонист минералокортикоидных рецепторов, не обладающий антиандрогенными и прогестагенными свойствами, что снижает частоту побочных эффектов. При недостаточном гипотензивном эффекте возможно присоединение антагонистов кальция.

Из направлений немедикаментозной терапии (воздействие на факторы риска, формирование навыков ЗОЖ): обучение в школе здоровья по АГ, провести беседу о важности рационального питания (прежде всего, включать в рацион продукты, богатые калием, снижение потребления поваренной соли до 5 г/сутки, увеличение потребления растительной пищи, а также уменьшение потребления животных жиров) и постепенное увеличение физической активности (умеренные аэробные нагрузки - ходьба, плавание, фитнес не менее 30 минут 5-7 дней в неделю), самоконтроль АД.

5. Пациентке показано первичное обследование и начало медикаментозной терапии на амбулаторном этапе совместно с врачом-кардиологом и врачом-эндокринологом. При невозможности провести обследование в амбулаторных условиях (КТ, нагрузочные пробы) - решение вопроса о госпитализации в эндокринологическое отделение. При выявлении образования в проекции надпочечников (альдостеромы) - осмотр врачом-хирургом и госпитализация в отделение эндокринной хирургии для оперативного лечения (одно- или двусторонняя адреналэктомия с последующей заместительной терапией).

В дальнейшем, пациентка находится под диспансерным наблюдением врача-эндокринолога и врача-кардиолога.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 321 [K003303]

1. Феохромоцитома. АГ 3 степени. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Гипергликемия натощак. Риск ССО 4 (очень высокий)

2. Диагноз феохромоцитомы установлен на основании кризового течения АГ с подъемами АД до 200/110 мм рт.ст. сопровождающимися характерной клиникой (головной болью, головокружением, сердцебиением, чувством беспокойства, страха, дрожью во всем теле, потливостью), продолжительностью от нескольких минут до 1 часа и самостоятельным прекращением криза).

Диагноз подтверждается данными осмотра – кожа бледная, влажная, нормальные значения АД вне криза. При обследовании выявлена гипергликемия натощак с повышением глюкозы сыворотки до 6,4 ммоль/л, что также характерно для данного заболевания.

Диагноз артериальной гипертензии (АГ) установлен на основании жалоб пациентки на нестабильность АД, данных анамнеза (пациентка отмечает повышение АД в течение года); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приема – 200/110 мм рт.ст. Степень риска ССО поставлена на основании наличия 3 степени АГ и субклинического поражения органов-мишеней – ГМЛЖ (на ЭКГ индекс Соколова-Лайона 38 мм), факторы риска – семейный анамнез.

3. Пациентке рекомендовано: проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции, состояния клапанного аппарата; УЗИ надпочечников и парааортальной области для визуализации образования в проекции надпочечников, КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием для уточнения локализации и размеров образования. Консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии.

Лабораторно: натрий и калий сыворотки крови, тест толерантности к глюкозе, HbA1c, исследование метаболитов катехоламинов (ванилинминдальной кислоты, метанефрина и норметанефрина) в суточной моче, повышение которых свидетельствует о наличии гормонально активного образования мозгового вещества надпочечников.

4. Медикаментозное лечение: селективные α -адреноблокаторы. Препараты этой группы препятствуют прохождению сосудосуживающих импульсов через адренергические синапсы и вызывают за счет этого расширение артериол и прекапилляров. Кроме того, они улучшают углеводный и липидный обмен, повышают чувствительность тканей к инсулину, улучшают почечную гемодинамику. Препарат выбора – Доксазозин в дозе 1-2 мг в сутки. В дальнейшем, могут быть присоединены β -блокаторы. Монотерапия β -блокаторами без достаточной блокады α -адренорецепторов может привести к резкому повышению АД.

Рекомендации по немедикаментозной терапии: ограничение тяжёлых физических нагрузок (возможны умеренные аэробные нагрузки - ходьба, плавание), минимизировать стрессовые ситуации (при необходимости прибегнуть к помощи врача-психотерапевта).

5. Пациентке показано обследование и начало медикаментозной терапии на амбулаторном этапе совместно с врачом-кардиологом, затем осмотр врачом-хирургом и госпитализация в отделение эндокринной хирургии для оперативного лечения.

С учётом нестабильного течения АГ, участвовавших эпизодов повышения АД, пациентка нетрудоспособна, ориентировочный срок пребывания на листке нетрудоспособности 5-9 дней. Показания для направления в бюро медико-социальной экспертизы отсутствуют.

В дальнейшем пациентке противопоказана работа, связанная с физическим и умственным напряжением средней и тяжёлой степени; напряжением брюшного пресса, вибрацией и воздействием профессиональных вредностей, работа в неблагоприятных микроклиматических условиях.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 322 [K003626]

1. Беременность 33 недели. Гестационный пиелонефрит. Анемия лёгкой степени.

2. Жалобы на боль в поясничной области, явления дизурии.

Температура тела 38,5°C, пульс – 106 ударов в минуту.

При осмотре: положительный симптом поколачивания.

Общий анализ мочи: моча мутная, реакция щелочная, лейкоцитурия, бактериурия.

Общий анализ крови: снижены количество эритроцитов, уровень гемоглобина, повышено количество лейкоцитов, сдвиг лейкоформулы влево, повышено СОЭ.

3. Анализ мочи по Нечипоренко.

Консультация врача-терапевта участкового, врача-уролога.

Бак.посев мочи.

УЗИ почек.

4. Антибактериальная терапия.

Инфузионная терапия.

Спазмолитическая терапия.

Фитотерапия: для усиления пассажа мочи, снижения рН мочи клюквенный морс.

Позиционная терапия: коленно-локтевое положение в течение 10-15 минут несколько раз в день, сон на здоровом боку.

5. Пиелонефрит, сочетающийся с артериальной гипертензией и/или азотемией, хроническая почечная недостаточность; пиелонефрит единственной почки, хроническая почечная недостаточность.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 323 [K004227]

1. Поскольку причиной развития заболевания является изменение наследственного материала (наличие дополнительной хромосомы в кариотипе больного), заболевание является наследственным и относится к категории хромосомных болезней.

2. С учётом проведенного анализа кариотипа, рождение данного ребёнка обусловлено не наличием структурных перестроек хромосом у родителей, а случайной вновь возникшей генеративной геномной мутацией, то есть аномальным набором хромосом в гамете у одного из родителей (24 хромосомы вместо 23 в норме). Такие мутации являются следствием нарушения расхождения хромосом в гаметогенезе, в данном случае – хромосом по 21 паре, в результате чего в гамету попадают обе хромосомы 21. Такие мутации наиболее часто происходят в женском гаметогенезе. Фактором риска возникновения таких мутаций является возраст женщины. Чем старше женщина, тем выше риск возникновения подобных мутаций.

3. Учитывая тот факт, что рождение данного ребёнка явилось следствием случайной мутации в гаметогенезе и возраст женщины составляет 23 года, генетический риск на последующую беременность – в пределах низкого (общепопуляционный).

4. При планировании последующей беременности, необходимо рекомендовать паре проведение прекоцепционной профилактики (ПП), которая представляет собой комплекс мероприятий, направленный на создание оптимальных условий для формирования здоровых гамет.

ПП включает:

нормализацию режима труда и отдыха;

лечение соматической патологии;

санацию очагов инфекции;

консультацию врача-акушера-гинеколога;

консультацию врача-андролога (анализ спермограммы);

вакцинацию;

прием витаминно-минерального комплекса (фолиевая кислота 800 мг/сут.).

5. Применяется УЗИ скрининг.

I исследование – при сроке беременности 10-14 недель: УЗИ маркеры хромосомных аномалий плода: ТВП (до 2,5 мм); длина костной спинки носа (3-5 мм).

II исследование – при сроке беременности 20-22 недели: проводится детальная оценка анатомии плода и диагностика видимых врожденных пороков развития.

III исследование – при сроке беременности 30-32 недели.

Применяется также биохимический скрининг беременных женщин:

I исследование – при сроке беременности 10-14 недель в крови беременной определяют: PAPP-A – белок, ассоциированный с беременностью, β ХГЧ – субъединица хорионического гонадотропина человека (при анеуплоидии у плода – синдром Дауна: PAPP-A↓ β ХГЧ ↑);

II исследование – при сроке беременности 16-20 недель определяют: α -фетопротеин (АФП), ХГЧ (при анеуплоидии у плода – синдром Дауна: АФП↓ и ХГЧ ↑).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 324 [K004228]

1. Неонатальный скрининг – обследование всех новорожденных с целью раннего (доклинического) выявления моногенного заболевания. Забор крови у новорожденного осуществляется на 5-7 сутки жизни на специальные бланки, которые отправляются в биохимическую генетическую лабораторию соответствующей медико-генетической консультации. Предположительный диагноз ФКУ основан на определении гиперфенилаланиемии – повышенного содержания фенилаланина в крови новорожденного. Предположительный диагноз требует подтверждающей диагностики – молекулярно-генетического обследования (ДНК-диагностика) с целью определения мутации в гене фенилаланингидроксилазы.

2. ФКУ является наследственным моногенным заболеванием, так как развитие его обусловлено изменением наследственного материала – мутацией в гене фенилаланингидроксилазы (фермента, катализирующего биохимическое преобразование фенилаланина в тирозин).

3. Болезнь манифестирует в возрасте 2-6 месяцев. Характерно: вялость ребёнка, отсутствие интереса к окружающему; иногда повышенная раздражительность, беспокойство, срыгивание; нарушение мышечного тонуса (чаще мышечная гипотония); судороги, признаки аллергического дерматита; «мышинный» запах.

Постепенно формируется: задержка психомоторного развития; микроцефалия; эпилептические приступы; умственная отсталость глубокой степени.

4. Тип наследования – аутосомно-рецессивный, то есть развитие заболевания обусловлено рецессивным геном, локализованным в аутосоме. Больной человек всегда является гомозиготой по патологическому рецессивному аллелю (aa). Родители ребёнка являются гетерозиготными носителями патологического рецессивного аллеля (Aa x Aa). По закону Менделя генетический риск на любую последующую беременность составляет 25% - это высокий генетический риск.

5. Учитывая высокий генетический риск рождения ребёнка с моногенным заболеванием, необходимо рекомендовать паре при последующей беременности инвазивные методы пренатальной диагностики: внутриматочное вмешательство и забор тканей плода, плаценты или околоплодных вод: биопсию хориона (9-10 неделя), амниоцентез (15-20 неделя), плацентоцентез (18-20 неделя). Забранный материал направляется на молекулярно-генетическую диагностику с целью определения генотипа плода. Генотипы AA или Aa позволяют исключить наличие заболевания и дать благоприятный прогноз; генотип плода aa свидетельствует о наличии моногенного заболевания у плода.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 325 [K004624]

1. Бронхиальная астма эндогенная форма, среднетяжёлого персистирующего течения, впервые выявленная, неконтролируемая. Дыхательная недостаточность 1 степени.

2. План обследования:

- клинический анализ крови;
- ЭКГ;
- спирометрия + проба с бронхолитиком;
- рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях;
- общий анализ мокроты;
- консультация врача-пульмонолога;

- консультация врача-оториноларинголога.

3. План лечения:

- Отказ от курения.

- С целью купирования приступа заболевания ингаляционно применять β 2-адреномиметики короткого действия (Сальбутамол или Фенотерол).

- Для постоянного приёма - комбинация низких доз ингаляционных ГКС (Флутиказон 100-250 мкг/сут, Будесонид 200-400 мкг/сут или Беклометазон дипропионат 200-500 мкг/сут) с длительно действующими β 2-агонистами (Салметерол 100 мкг/сут или Формотерол 9-18 мкг/сут).

- Обучение навыкам самоведения бронхиальной астмы.

4. Временно нетрудоспособен. Выдать ЛН на 3-4 дня. Нетрудоспособность при среднетяжёлом течении бронхиальной астмы продолжается до стабилизации процесса. Противопоказан тяжёлый физический труд, контакт с токсическими веществами, работа в неблагоприятных метеорологических условиях, длительные командировки, работа в горячих цехах, длительная ходьба, профессиональная речевая нагрузка. Рациональное трудоустройство через ВК.

5. Неудовлетворительный ответ на лечение (ОФВ1<50% от должного после применения бронходилататоров);

симптомы обострения астмы нарастают или отсутствует положительная динамика в течение 3 часов с момента начала неотложных лечебных мероприятий;

не наблюдается улучшения в течение 4-6 часов после начала лечения системными глюкокортикоидами.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 326 [К004632]

1. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз (2005г.). Пароксизм фибрилляции предсердий, тахисистолический вариант (впервые выявленный)? Гипертоническая болезнь стадия 3, степень АГ 3, риск 4. ХСН IIa, ФК 3.

2. Диагноз «ИБС, постинфарктный кардиосклероз» поставлен на основании данных анамнеза – ИМ в 2005 году. Наиболее частой причиной приступов сердцебиения и перебоев в работе сердца в данной клинической ситуации является пароксизм фибрилляции предсердий. Диагноз «артериальная гипертония (АГ)» установлен на основании жалоб больного на нестабильность АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 20 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД (160-180/100-110 мм.рт. ст). Стадия ГБ установлена на основании наличия ассоциированных клинических заболеваний (ИБС, ПИКС, ХСН). Степень риска ССО поставлена на основании наличия ассоциированных клинических заболеваний (ИБС ПИКС, ХСН).

Диагноз «хроническая сердечная недостаточность» определён по наличию симптомов (одышка, слабость), физикальных признаков (пастозность в области стоп и голеней).

3. Необходимо немедленно вызвать кардиологическую бригаду СП для проведения ЭКГ и госпитализации пациента в кардиологическое отделение.

4. Наиболее характерные электрокардиографические признаки мерцания (фибрилляции) предсердий:

отсутствие во всех отведениях зубца P;

наличие на протяжении всего сердечного цикла беспорядочных волн f, имеющих различную форму и амплитуду. Волны f лучше регистрируются в отведениях V1, V2, II, III и aVF;

нерегулярность желудочковых комплексов QRS- неправильный желудочковый ритм (различные по продолжительности интервалы R-R);

наличие комплексов QRS, имеющих в большинстве случаев нормальный неизменный вид без деформации и уширения.

5. Пациенту необходимо восстановление синусового ритма, так как он чётко указывает на то, что выше указанные жалобы беспокоят его около 1 суток, то есть давность пароксизма не более 48 часов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 327 [K005306]

1. Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Стенокардия напряжения стабильная, функциональный класс (ФК) II. Постинфарктный кардиосклероз (дата). Артериальная гипертония III стадии, II степени, ОВР (очень высокий риск). Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) IIА стадии, ФК II. Ожирение 2 степени. Гиперлипидемия.

2. Диагноз «ИБС и стабильной стенокардии напряжения» установлен на основании жалоб больного на боль в области грудины давящего характера (возможно наличие иррадиации в левую руку, спину или нижнюю челюсть, длительность 2-5 мин, эквивалентами боли бывают одышка, ощущение «тяжести», «жжения», боль возникает во время физической нагрузки; вышеописанная боль быстро исчезает после прекращения физической нагрузки либо после приёма Нитроглицерина); данных анамнеза (пациент 2 года назад перенес мелкоочаговый инфаркт миокарда). Установление II ФК стенокардии напряжения основано на жалобах (имеется небольшое ограничение повседневной жизни, приступ стенокардии возникает при ходьбе по ровной местности на расстояние более двух кварталов (более 200 м) или подъёме на 1 этаж стандартной лестницы в обычном темпе.

Диагноз «артериальная гипертония (АГ)» установлен на основании жалоб больного на повышение АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 10 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (сердца). 4 степень риска (ОВР) поставлена на основании наличия метаболических нарушений (ожирение, дислипидемия), ИБС, ХСН.

Стадия ХСН установлена на основании наличия нарушения гемодинамики преимущественно в одном (малом) круге кровообращения, установление ФК обусловлено наличием умеренного ограничения физической активности (обычная физическая нагрузка вызывает слабость, утомляемость, сердцебиение, одышку и др. симптомы).

3. Пациенту рекомендовано проведение общего анализа крови, биохимического анализа крови, который должен включать определение креатинина, глюкозы, липидного спектра (общий холестерин, ХС-ЛВП, ХС-ЛНП, триглицериды), печеночных тестов (АЛТ, АСТ), показателей свертывающей системы крови (МНО, АЧТВ, ПВ, фибриноген). Проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ в покое; суточного мониторирования ЭКГ (формы нарушения сердечного ритма), ЭХОКГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; рентгенографии грудной клетки.

Консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек.

В связи с тем, что почечная функция оказывает влияние на прогноз необходимо определение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕРІ.

4. Медикаментозное лечение должно проводиться с учётом сочетания АГ и ИБС. Рекомендуются диета (гипохолестериновая, потребление пищевой соли не должно превышать 5 г в сутки, овощей и фруктов не менее 400 г в сутки, включение в рацион рыбы). Контроль массы тела. Рекомендуются целевые уровни САД/ДАД в диапазоне 130-139/80-85 мм рт. ст. Наряду с использованием короткодействующих нитратов (Нитроглицерин 5 мг) или Изосорбида динитрат 10 мг сублингвально или в виде аэрозоля, ингибиторов АПФ, β-адреноблокаторов, гиполипидемических средств (статины), антиагрегантов (Аспирин ежедневно в низкой дозе, при непереносимости Клопидогрел) для лечения АГ, в составе комбинированной терапии наиболее обоснованно назначение антигипертензивных препаратов из групп ингибиторов АПФ или антагонистов рецепторов к ангиотензину II (БРА), а также блокаторов кальциевых каналов.

5. Прогноз для жизни при соблюдении рекомендаций врача относительно благоприятный, для трудовой деятельности - неблагоприятный. Больной является инвалидом III группы (необходимо рациональное трудоустройство). Санаторно-курортное лечение с выездом в другие регионы нежелательно, возможно лечение только в местных санаториях кардиологического профиля или больнице восстановительного лечения.

Диспансерное наблюдение в течение первого года после мелкоочагового инфаркта миокарда проводит врач-терапевт участковый и врач-кардиолог поликлиники 2-4 раза в год, с контролем общего анализа крови, общего анализа мочи, ЭКГ, липидного профиля, показателей свертывающей системы крови (МНО, АЧТВ, ПВ, фибриноген), суточного мониторирования ЭКГ, эхокардиографии. В дальнейшем больной должен наблюдаться у врача-терапевта участкового с периодическими консультациями врача-кардиолога.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 328 [K005307]

1. Анемия желездефицитная (ЖДА), микроцитарная, гипохромная, средней степени тяжести.

У данной больной имеются признаки желездефицитной анемии, генез которой предположительно связан с меноррагиями.

2. Диагноз «анемия» установлен на основании жалоб на слабость, одышку, данных анамнеза (пациентка отмечает обильные и длительные меноррагии), объективного исследования (гипотония, систолический шум в области верхушки сердца); установление степени тяжести основано на цифрах гемоглобина. Из анализа крови следует, что анемия является микроцитарной и гипохромной, что является характерными признаками желездефицитной анемии.

3. Пациентке рекомендовано определение содержания сывороточного железа, консультация врача-гинеколога для выявления гинекологических заболеваний, сопровождающихся обильными менструальными выделениями (дисфункция яичников). Необходимо также исключить и другие причины дефицита железа путём расспроса, анализа кала на выявление яиц гельминтов, скрытую кровь, ФГДС, ФКС, ЭКГ.

4. Диета больных должна включать больше мясных продуктов. Не оправдано назначение большого количества яблок, гранатов, гречневой крупы и других продуктов растительного происхождения, так как усвоение Fe из них ограничено (из мяса всасывается 22% железа; из фруктов – 3% железа). Одной диетой вылечить ЖДА нельзя (так как всасывается 2-2,5 мг в сутки), а нужно 100-300 мг 2-валентного железа.

Следует предпочесть препараты для внутреннего приёма при анемии средней степени тяжести, так как при использовании инъекционных форм чаще возможны осложнения (аллергические реакции, инфильтраты в месте инъекции, заражение вирусным гепатитом), а при неоправданно длительном курсе – сидероз (отложение избытка железа в органах). Препараты для приёма внутрь содержат соли как двухвалентного (Fe^{2+}), так и трёхвалентного (Fe^{3+}) железа и по химическому строению подразделяются на простые, легко ионизирующиеся соли (ферроцены (металлоорганика)), хелатные соединения Fe^{2+} и Fe^{3+} и сложные полинуклеарные гидроксидные комплексы Fe^{3+} . Следует предпочесть те средства, которые при достаточной эффективности оказывают меньше всего побочных эффектов.

К неионным соединениям на основе гидроксидполимальтозного комплекса относятся препараты: Мальтофер, Мальтоферфол, Феррум-лек.

Их отличает:

а) улучшенное всасывание в ЖКТ (оно происходит активно, а не по градиенту концентрации); на всасывание не влияет приём чая, кофе, тетрациклинов, Алмагеля и т.д.; всасывание «лишнего» Fe исключено, следовательно, не будет передозировки;

б) они не повреждают слизистую (в отличие от ионных соединений Fe, которые вызывают образование свободных радикалов, повреждающих слизистую желудка до некроза).

Мальтофер 10 мл (50 мг в 5 мл) 2 раза в день.

5. Клиническое улучшение от приёма препаратов железа наступает раньше, чем нормализуется уровень гемоглобина. Повышение концентрации последнего наступает лишь на 4-5 неделе приёма. После нормализации уровня гемоглобина лечение препаратами железа продолжают в течение 3 месяцев (для пополнения запасов в депо) в поддерживающих дозировках, которые приблизительно в 2 раза меньше лечебных. Профилактическое лечение можно проводить в последующем после обильных месячных, при продолжающихся кровопотерях в течение недели каждого месяца.

При выявлении причины развития ЖДА основное лечение должно быть направлено на её устранение (оперативное лечение опухоли желудка, кишечника, лечение энтерита, коррекция алиментарной недостаточности и др.). Однако в целом ряде случаев радикальное устранение причины ЖДА не представляется возможным (например, при продолжающихся меноррагиях, наследственных геморрагических диатезах, проявляющихся носовыми кровотечениями, у беременных, а также при некоторых других ситуациях). В таких случаях основное значение приобретает патогенетическая терапия железосодержащими лекарственными препаратами.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 329 [K005308]

1. ИБС. Стенокардия напряжения стабильная 3 ФК. Постинфарктный (дата) кардиосклероз. ХСН I стадия, 1 ФК.

2. Диагноз «ИБС. Стенокардия напряжения стабильная 3 ФК» установлен на основании жалоб больного (сжимающие боли за грудиной, возникающие при ходьбе через 300 метров при подъёме на второй этаж, исчезающие в покое или после приёма Нитроглицерина).

Диагноз «постинфарктный кардиосклероз» поставлен на основе данных анамнеза (лечился в стационаре по поводу инфаркта миокарда), данных ЭКГ (патологический зубец Q в отведениях II, III, AVF, сегмент ST на изолинии, зубец T слабо отрицательный свидетельствуют о старом инфаркте с зубцом Q нижней стенки левого желудочка), данных Эхо-КГ (гипокинез нижней стенки).

ХСН I стадия установлена на основании диастолической дисфункции миокарда левого желудочка по гипертрофическому типу (трансмитральный диастолический поток с преобладанием предсердной систолы: E/A=0,8) и дилатации левого предсердия. ХСН I ФК установлен по шкале оценки клинического состояния (ШОКС по Марееву) (1 балл, то есть менее 3,5 баллов).

3. Необходимо назначить статины (Аторвастатин 20-40 мг или Розувастатин 10-20 мг в сутки) (целевой уровень ХС ЛПНП – менее 1,8 ммоль/л), ингибиторы АПФ или сартаны (с целью замедления прогрессирования ХСН), два антиагреганта (Аспирин 75-100 мг/сут + Клопидогрель 75 мг/сут) на 1 год (через год продолжить приём Аспирина 75-100 мг/сут), бета-адреноблокаторы под контролем ЧСС (целевой уровень ЧСС – 60 ударов в минуту в покое и 110 ударов в минуту при физической нагрузке), так как эти группы препаратов снижают риск развития повторного инфаркта, замедляют прогрессирование ХСН, снижают риск внезапной смерти и улучшают долгосрочный прогноз.

Для уменьшения частоты приступов стенокардии и улучшения переносимости физических нагрузок необходимо назначить к бета-блокатору 1-2 препарата из группы антиангинальных лекарственных средств таких, как антагонисты кальция, пролонгированные нитраты, Триметазидин, Ранолазин.

Для купирования приступов стенокардии необходимо назначить Нитроглицерин в таблетках или спрее.

4. Учитывая наличие стенокардии 3 ФК, при отсутствии эффекта от антиангинальных препаратов, при согласии пациента на хирургическое вмешательство показаны консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга и коронароангиография.

5. Больной временно нетрудоспособен. Ориентировочный срок временной нетрудоспособности – до 4 месяцев (необходимо продление листка нетрудоспособности врачебной комиссией с периодичностью 15 дней). После окончания срока временной нетрудоспособности необходимо направить пациента на МСЭ. Работа водителя автобуса связана со значительным эмоциональным напряжением и большим риском для жизни других людей при внезапном её прекращении и поэтому противопоказана для данного пациента с постинфарктным кардиосклерозом. Пациент может выполнять работу с умеренным эмоциональным или незначительным физическим напряжением. Пациент ограниченно трудоспособен (ограничение трудоспособности 1 степени, ограничение способности к передвижению 1 степени), необходимо направить на МСЭ (2 группа инвалидности).

Санаторно-курортное лечение противопоказано, так как постинфарктный кардиосклероз в сочетании со стенокардией 3 ФК является противопоказанием к санаторно-курортному лечению.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 330 [K005309]

1. ИБС. Стенокардия напряжения стабильная 2 ФК. ХСН 1 стадия, 1 ФК. Гиперлипидемия IIa тип (тяжёлая).

2. Диагноз «ИБС. Стенокардия напряжения стабильная 2 ФК» установлен на основании жалоб больного (сжимающие боли за грудиной, возникающие при ходьбе более 500 метров, на вторые этажи, исчезающие после приёма Нитроглицерина), данных анамнеза (болен около года), данных ХМ-ЭКГ (появление ишемических изменений на ЭКГ при умеренной физической нагрузке).

Гиперлипидемия IIa тип (тяжёлая) определена на основании липидного спектра (повышен ХС ЛПНП более 3,9 ммоль/л при нормальном уровне ТГ).

ХСН I стадия установлена на основании диастолической дисфункции миокарда левого желудочка по гипертрофическому типу (трансмитральный диастолический поток с преобладанием предсердной систолы: E/A=0,7) и дилатации левого предсердия.

ХСН I ФК установлен по шкале оценки клинического состояния (ШОКС по Марееву) (1 балл, то есть менее 3,5 баллов).

3. Необходимо назначить антиагреганты (Аспирин 75 – 100 мг/сутки), статины (Аторвастатин 20-40 мг или Розувастатин 10-20 мг в сутки), иАПФ (Периндоприл 8 мг/сутки), так как они снижают риск развития инфаркта и улучшают долгосрочный прогноз. Данный пациент относится к группе очень высокого ССР, поэтому целевой уровень ХС ЛПНП на фоне приёма статинов должен быть менее 1,8 ммоль/л или снизить на 50 % от исходного. Если целевой уровень не достигнут, дозу статинов можно увеличить (Аторвастатин – до 80 мг/сутки, Розувастатин – до 40 мг/сутки). При плохой переносимости больших доз статинов или недостаточном эффекте статины можно комбинировать с ингибитором всасывания холестерина в кишечнике – Эзетимибом.

Для уменьшения частоты приступов стенокардии и улучшения переносимости физических нагрузок необходимо назначить 1-2 препарата из группы антиангинальных лекарственных средств таких, как бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция, пролонгированные нитраты, Триметазидин, Предуктал, Ранолазин.

Для купирования приступов стенокардии необходимо назначить Нитроглицерин в таблетках или спрее.

4. Опасно применять бета-адреноблокаторы в комбинации с Верапамилом или Дилтиаземом, так как суммируется их кардиодепрессорное действие. Обе группы препаратов угнетают функцию синусового узла и атриовентрикулярное проведение, сократительную функцию миокарда желудочков, поэтому при их комбинации увеличивается риск остановки сердца, развития тяжёлых атриовентрикулярных блокад.

5. Триметазидин и Ранолазин не оказывают существенного влияния на показатели гемодинамики (ЧСС и уровень АД), поэтому их можно комбинировать с бета-адреноблокаторами, антагонистами кальция и нитратами.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 331 [K005310]

1. Гипертоническая болезнь II стадии. Степень артериальной гипертензии 3. Риск ССО 4 (очень высокий). Гипертрофия миокарда левого желудочка. Гиперлипидемия II б тип (тяжёлая). Избыточное питание. Хроническая болезнь почек 3А стадия (С 3А, А 2).

2. Диагноз «гипертоническая болезнь (ГБ)» установлен на основании жалоб больного (головная боль, повышение АД), данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 6-8 лет).

Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (сердца и почек), установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма.

Гипертрофия миокарда левого желудочка установлена по ЭКГ (индекс Соколова Лайона = 45 мм).

Гиперлипидемия II б тип (тяжелая) установлен по данным липидного спектра (по формуле Фридвальда ХС ЛПНП = до 4,3 ммоль/л).

Избыточное питание установлено по индекс массы тела 28,6 кг/м² (более 29,9 и менее 30 кг/м²).

Хроническая болезнь почек (ХБП) определен по наличию признаков поражения почек (СКФ 56 мл/мин и альбуминурия) на протяжении трёх и более месяцев (анамнестические данные) и снижение СКФ.

Риск ССО 4 (очень высокий) установлен на основании наличия поражения органов мишеней, гиперхолестеринемии и 3 степени АГ. По таблице SCORE – 13 % (очень высокий риск).

3. Пациенту рекомендовано:

проведение суточного мониторирования АД, для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД;

проведение ЭХОКГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции;

консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической ретинопатии;

УЗИ почек для исключения почечной патологии;

учитывая сочетание избыточного питания, АГ и гиперлипидемии необходимо УЗИ брахиоцефальных артерий для исключения атеросклероза.

4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II в сочетании с антагонистами кальция. Выбор препарата из этих групп основан на их кардио- и нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов уменьшают выраженность гипертрофии левого желудочка и являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ХБП-III стадии. Выбор двух препаратов обусловлен очень высоким риском ССО и 3 степенью АГ.

При недостаточном эффекте добавить третий препарат – тиазидный или тиазидоподобный диуретик (Индапамид или Гипотиазид, или Хлорталидон) в небольшой дозе.

5. Показаны статины (Аторвастатин 40 мг или Розувастатин 20 мг), так как у пациента гиперлипидемия и очень высокий ССР необходимо снизить ХС ЛПНП (целевой уровень менее 1,8 ммоль/л или на 50 % от исходного). При достижении целевых уровней АД (менее 140/90 мм рт ст), ССР снизится до высокого или целевого уровня, ХС ЛПНП будет менее 2,5 ммоль/л.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 332 [K005312]

1. Артериальная гипертензия II стадии, II степени, риск ССО 4. Ожирение I степени. Гиперлипидемия (метаболический синдром). Хроническая болезнь почек II стадии, альбуминурия 2А стадия.

2. Диагноз «артериальная гипертензия (АГ)» установлен на основании жалоб больного на повышение АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 6 лет).

Установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма.

Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (почек).

Степень риска ССО поставлена на основании наличия метаболического синдрома, ХБП.

Диагноз «хроническая болезнь почек (ХБП)» определён по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) на протяжении 3 и более месяцев (анамнестические данные) и снижении СКФ.

Диагноз «метаболический синдром» установлен на основании наличия ожирения, АГ, дислипидемии (повышения уровня ТГ и снижения уровня ЛПВП), гипергликемии натощак.

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

4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ХБП I-III стадии. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает Рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II – Лозартан.

5. Оставить антигипертензивную терапию без изменений, продолжить динамическое наблюдение. Необходимо уточнить рацион питания пациента и его физическую активность перед проведением анализа на креатинин. В настоящее время нельзя говорить о том, что снижение СКФ является негативным результатом, оно может быть связано в частности с тем, что клубочки почек стали работать без гиперфункции и данное значение СКФ является истинным для данного пациента. Контроль функции почек через 6 месяцев. Терапия остается без изменений при сохранении СКФ на тех же значениях, сохранении целевых цифр АД через 6 месяцев.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 333 [K005313]

1. Гипертонический криз неосложнённый (гиперкинетический). Артериальная гипертензия II стадии, III степени, риск ССО 4. Избыточная масса тела. Гипертрофия миокарда левого желудочка.

2. Диагноз «гипертонический криз (ГК)» поставлен на основании анамнеза АГ, внезапного повышения АД до индивидуально высоких цифр, сопровождавшегося характерными жалобами.

Диагноз «АГ» установлен на основании жалоб больного на повышение АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 2 лет).

Установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время осмотра.

Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (сердца).

Степень риска ССО поставлена на основании наличия трех факторов риска (ФР), поражения органов-мишеней.

Гипертрофия миокарда левого желудочка установлена по изменению границ относительной тупости сердца, индексу Соколова-Лайона и индексу массы миокарда левого желудочка.

3. Пациенту рекомендованы: ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови (глюкоза натощак, креатинин, ОХС, ХС ЛВП, ТГ), определение клиренса креатинина по формуле Кокрофта-Голта, определение МАУ, проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД, консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии, УЗИ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек.

4. С учётом неосложнённого ГК пациенту необходима пероральная гипотензивная терапия с постепенным снижением АД на 20-25% в течение 2-6 часов и последующим подбором плановой гипотензивной терапии. Учитывая гиперкинетический тип ГК и пожилой возраст пациента, рекомендован Нифедипин в дозе 10-20 мг под язык. Если через 5-30 минут не наблюдается постепенного снижения САД и ДАД (на 20-25%) и улучшение самочувствия, то приём препарата надо повторить через 30 минут. Возможно назначение Пропранолола в дозе 10-20 мг сублингвально.

5. Пациенту рекомендовано изменение образа жизни и медикаментозная терапия. Целевой уровень АД – ниже 140/90 мм рт.ст. Учитывая 2 стадию ГБ и 3 степень, наличие ГМЛЖ, группами выбора будут БРАП, ИАПФ, длительно действующие АК и Индапамид. Лечение нужно начать с комбинации из двух препаратов: ингибиторы АПФ и тиазидный диуретик (предпочтительно Индапамид), например, Периндоприл по 5 мг 1 раз в сутки и Индапамид по 2,5 мг 1 раз в сутки.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 334 [К005314]

1. Первичный остеоартроз коленных суставов, рентгенологическая стадия II-III, осложнённый синовитом правого коленного сустава, функциональная недостаточность 2-3. Гипертоническая болезнь 2 степени, достигнутая степень 1, риск 3 (высокий). Ожирение 1 степени. Гиперлипидемия.

2. Диагноз ОА поставлен на основании анамнеза, характерных ФР (женский пол, ожирение, работа, связанная с частой ходьбой по лестницам), характерных жалоб, данных объективного осмотра, данных лабораторного и рентгенологического исследования.

Диагноз АГ установлен на основании данных анамнеза; установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время осмотра. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (сердца). Степень риска ССО поставлена на основании наличия трех факторов риска (ФР), поражения органов-мишеней.

Гипертрофия миокарда левого желудочка установлена по изменению границ относительной тупости сердца.

3. Липидный профиль, эхокардиография, консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии, УЗИ почек для оценки поражения органа-мишени почек, осмотр врачом-ревматологом.

4. Немедикаментозное лечение: ограничить хождение по лестницам, коррекция массы тела. Медикаментозное: неселективный НПВП, ингибитор ЦОГ-1 и ЦОГ-2, так как у больной ГБ, например, Напроксен по 250 мг 2 раза в день, для защиты слизистой ЖКТ – блокатор протонной помпы – Рабепразол по 1 капсуле (20 мг) 1 раз в день за 20 минут до еды, медленно действующие болезнь-модифицирующие препараты, например Хондроитинсульфат по 1к (500 мг) 1 раз в день, 6 месяцев, компрессы с Димексидом (1 столовая ложка Димексида + 1 столовая ложка воды комнатной температуры) на 40 минут перед сном №14, консультация врача-физиотерапевта.

Для лечения ГБ увеличить дозу Эналаприла до 10 мг 2 раза в день, дозу Амлодипина оставить прежней, в связи с тем, что целевой уровень АД не достигнут. Аторвастатин 10 мг 1 раз в день, вечером.

5. Пациентке необходимо рекомендовать продолжить немедикаментозные методы коррекции: режим двигательной активности, коррекция веса, добавить ЛФК в положении лежа и сидя. Рекомендовать продолжить приём Хондроитина сульфата в течение 6 месяцев.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 335 [K005315]

1. ИБС: Стабильная стенокардия напряжения. ФК II. Гиперлипидемия.
2. Диагноз поставлен на характерных жалобах, данных объективного осмотра, данных лабораторного исследования и холтеровского мониторирования ЭКГ.
3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, липидный профиль, ЭХОКГ, велэргометрия, консультация врача-кардиолога.
4. Лечение в амбулаторных условиях. Госпитализация не показана.
Длительность временной нетрудоспособности 10-15 дней.
Необходимо назначить следующие группы препаратов:
БАБ, например, Бисопролол 5 мг 1 раз в день;
ИАПФ, например, Периндоприл 2,5 мг 1 раз в день;
дезагрегант, например, ацетилсалициловую кислоту 75 мг 1 раз в день;
вечером статины, например, Аторвастатин 10 мг 1 раз вечером.
5. Сухой кашель является побочным эффектом ИАПФ. Надо рекомендовать заменить препарат из группы ИАПФ на препарат из группы БРА, например, Валсартан в дозе 40 мг 1 раз в день.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 336 [K005316]

1. Повторный Q-инфаркт переднее-перегородочной и верхушечной области левого желудочка, острейшая стадия. Постинфарктный кардиосклероз. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. Н I.
2. Диагноз «инфаркт миокарда (ИМ)» поставлен на основании характерных жалоб, данных объективного осмотра, данных ЭКГ.
3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, липидный профиль, МВ-КФК, тропонины, АСАТ, АЛАТ, глюкоза, креатинин, микроальбуминурия, определение СКФ, ЭХО-КГ, коронарография.
4. Срочная госпитализация.
До приезда скорой помощи успокоить, уложить больного, мониторировать ЧСС и АД. Назначить Аспирин 325 мг разжевать, Пропранолол 20 мг внутрь, Нитроглицерин в/в капельно 5-20 мкг/мин, при необходимости увеличивая скорость введения до 200 мкг/мин под контролем АД и ЧСС (АД должно быть не менее 100 мм рт.ст., а ЧСС – не более 100 в минуту), кислород со скоростью потока 2-4 л/мин.
5. Политропная желудочковая экстрасистолия относится ко второй группе осложнений и является противопоказанием для санаторного этапа реабилитации больных ИМ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 337 [K005317]

1. Вероятный диагноз «внебольничная пневмония в нижней доле правого лёгкого».
2. Диагноз «внебольничная пневмония» является вероятным, так как он не подтверждён рентгенологически пневмонической инфильтрацией лёгочной ткани, но у пациентки есть 3 клинических признака: острое начало с повышением температуры выше 38 °С, кашель с мокротой, физикальные признаки пневмонии (притупление перкуторного звука, при аускультации на фоне ослабленного везикулярного дыхания - крепитация).
3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, общий анализ мокроты, рентгенограмма органов грудной клетки, у пациентов с дыхательной недостаточностью - пульсоксиметрия, исследование мокроты на микобактерии туберкулёза.
4. Лечение в амбулаторных условиях врачом-терапевтом участковым. Повторные визиты назначаются на 3-4 сутки, 7-10 сутки, 14-16 сутки.

Эмпирическая антибактериальная терапия нетяжёлой внебольничной пневмонии у пациентки в возрасте до 60 лет без сопутствующих заболеваний предполагает назначение Амоксициллина или макролидов внутрь, альтернативными препаратами являются респираторные фторхинолоны. Данных за «атипичную» этиологию пневмонии в данном случае нет, поэтому препаратом выбора является Амоксициллин внутрь по 500 мг 3 раза в сутки, 10 дней. Также надо назначить муколитик - Амброксол по 1 таблетке (30 мг 3 раза в день) 10 дней, Парацетамол по 1 таблетке (500 мг) при повышении температуры выше 38°С.

5. Продолжить антибактериальную терапию. Следующий визит к больной через 7 суток. Длительность нетрудоспособности 16-21 день.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 338 [K005318]

1. Вероятный диагноз «внебольничная пневмония в нижней доле левого лёгкого. Гипертоническая болезнь 3 стадии, достигнутая артериальная гипертензия 1 степени, риск 4 (очень высокий). Гипертрофия миокарда левого желудочка. Сахарный диабет 2 типа. Ожирение 1 степени».

2. Диагноз «внебольничная пневмония» является вероятным, так как он не подтверждён рентгенологически пневмонической инфильтрацией лёгочной ткани, но у пациентки есть 3 клинических признака: острое начало с повышением температуры до 37,3 °С, кашель с мокротой, физикальные признаки пневмонии (при аускультации на фоне ослабленного везикулярного дыхания - влажные звучные хрипы). 3 стадия ГБ поставлена на основании наличия сахарного диабета 2 типа, 1 степень - на основании АД 150/90 мм рт. ст. при осмотре, риск 4 (очень высокий) поставлен с учётом наличия СД, ФР (ожирение, гиподинамия) и поражения органов-мишеней (по данным ЭКГ - гипертрофия миокарда левого желудочка).

3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, общий анализ мокроты, рентгенограмма органов грудной клетки, у пациентов с дыхательной недостаточностью - пульсоксиметрия, исследование мокроты на микобактерии туберкулёза.

4. Лечение в амбулаторных условиях участковым врачом-терапевтом. Повторные визиты назначаются на 3-4 сутки, 7-10 сутки, 14-16 сутки.

Эмпирическая антибактериальная терапия нетяжёлой внебольничной пневмонии у пациентки в возрасте старше 60 лет с сопутствующей патологией предполагает назначение Амоксициллина/Клавуланата (Амоксиклав, Аугментин) или цефалоспоринов 3 поколения в таблетированном виде. Альтернативными препаратами являются респираторные фторхинолоны. Пациентке назначен Амоксиклав по 625 мг 3 раза в день, муколитик - Амброксол по 1 таблетке (30 мг 3 раза в день) 10 дней. Пациентка продолжает приём Эналаприла, но препарат надо назначить по 5 мг 2 раза в день, Амлодипин 5 мг 1 раз в день, Манинил по 3,5 мг 1 раз в сутки.

5. Продолжить антибактериальную терапию до 7-10 суток. Следующий визит к больной через 7 суток.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 339 [K005319]

1. Рак правой молочной железы T4 N2 M1. Правосторонний гидроторакс. Хронический болевой синдром.

2. T4, так как опухоль имеет прямое распространение на кожу молочной железы.

N2, так как есть метастазы в подмышечные лимфоузлы на стороне поражения.

M1, так как имеются отдалённые метастазы (у данной пациентки в правое лёгкое).

Правосторонний гидроторакс, так как правая сторона грудной клетки отстаёт при дыхании. Определяется притупление перкуторного звука справа, ниже угла лопатки. Дыхание справа, ниже угла лопатки значительно ослаблено.

3. Рекомендованы: общий анализ крови, общий анализ мочи, общий анализ мокроты, рентгенограмма органов грудной клетки, исследование мокроты на микобактерии туберкулёза, ЭКГ, осмотр врачом-онкологом.

4. Вероятно, пациентке надо оставить терапию второй степени, увеличив дозу Трамадола до высшей терапевтической - 400 мг в сутки. При отсутствии эффекта перейти к препарату третьей степени - Морфин в суточной дозе 40-60 мг в виде таблеток-ретард в 2 приёма. Хроническая боль средней и высокой интенсивности, не устраняемая неопиоидными анальгетиками.

5. Адыювантная терапия: Фуросемид 40 мг 1 раз в 2-3 дня. При ухудшении состояния показан торакоцентез. Возможно применение Эуфилина в таблетках, транквилизаторов - Диазепам 10 мг на ночь.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 340 [K005320]

1. Хронический панкреатит, стадия обострения.

2. Диагноз поставлен с учётом характерных жалоб больного, анамнеза, данных объективного осмотра. Для постановки диагноза «хронический панкреатит (ХП)» требуется проведение морфологического исследования поджелудочной железы и эндоскопической ретроградной холангиопакраатографии, что не всегда доступно. У данного больного можно предположить диагноз «хронический кальцифицирующий панкреатит». Для данной формы характерно рецидивирующее течение с эпизодами обострения, на ранних этапах напоминающими острый панкреатит.

3. Обязательные методы исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, копрограмма, определение активности амилазы в сыворотке крови и моче, липазы в сыворотке крови, определение глюкозы. УЗИ поджелудочной железы.

Для уточнения варианта - проведения морфологического исследования поджелудочной железы и эндоскопической ретроградной холангиопакраатографии.

4. Голод 3-5 дней, затем стол № 5, холод на эпигастральную область, анальгетики (Метамизол натрия 50% 2 мл), спазмолитики (Дюспаталин), антисекреторные препараты (ИПП - Омепразол, Рабепразол или H2-блокаторы - Фамотидин, Ранитидин), препараты, устраняющие нарушение моторики ЖКТ (Домперидон по 10 мг 3 раза в день).

5. Больной временно нетрудоспособен до 20-26 дней (при наличии внешнесекреторной недостаточности), до 28-35 дней (при наличии и внешнесекреторной, и внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 341 [K005321]

1. ИБС: стабильная стенокардия напряжения II ФК. Кардиосклероз постинфарктный (Q-инфаркт миокарда в 2012 году). Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. Дислипидемия. НК IIБ. ФК III.

2. Диагноз «ИБС» установлен на основании жалоб больного на боли в сердце сжимающего характера, данных анамнеза (Q-инфаркт миокарда 4 года назад). Пароксизмальная форма ФП установлена с учётом длительности пароксизма менее 7 суток. Стадия НК - с учётом характерных жалоб и недостаточности по двум кругам кровообращения, дислипидемия (повышения уровня ТГ и снижения уровня ЛПВП).

3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, МНО, коагулограмма, АСАТ, АЛАТ, общий белок, проведение ЭКГ, проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции.

4. Риск развития системный тромбоэмболий у пациента высокий, риск развития кровотечения низкий, следовательно, можно назначить Варфарин под контролем МНО (2,5 мг 1 раз вечером) или новый непрямой антикоагулянт (Дабигатран по 150 мг 2 раза в день или Ривароксабан 20 мг 1 раз в день).

5. Варфарин по 2,5 мг 1 раз в день вечером (целевой уровень МНО от 2 до 3), Соталол по 80 мг 2 раза в день, низкие дозы ИАПФ, например, Периндоприл по 2,5 мг 1 раз в день, Нитроглицерин при болях в сердце, статины, например, Аторвастатин по 20 мг 1 раз вечером, Триметазидин по 35 мг 2 раза в день 3 месяца.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 342 [K005323]

1. Железодефицитная анемия, вероятно обусловленная хронической кровопотерей (меноррагия). Степень тяжести требует уточнения.

2. Диагноз «железодефицитная анемия» поставлен на основании основных клинических синдромов заболевания: анемического (слабость, головокружение, мелькание мушек перед глазами, снижение работоспособности, тахикардия, нежный систолический шум на верхушке) и сидеропенического (заеды в углах рта, выраженная атрофия сосочков языка, трещины).

3. Общий анализ крови, биохимия крови (определение концентрации сывороточного железа, ферритина, железосвязывающей способности сыворотки крови, процента насыщения трансферрина железом), дополнительно: ФГДС, колоноскопия, возможно - рентгенография желудка, осмотр врача-гинеколога.

4. Железодефицитная анемия, вероятно обусловленная хронической кровопотерей (меноррагия), лёгкой степени тяжести.

5. Щадящий режим. Следует воздержаться от интенсивных физических нагрузок, психоэмоционального перенапряжения, гиперинсоляции. Рекомендованы регулярные прогулки на свежем воздухе.

Диета взрослого больного железодефицитной анемией должна включать ежедневный прием мясных блюд. Рекомендуются мясо кролика, курицы, индюшки, говядина, телятина, говяжий язык. В ежедневный рацион включают продукты, богатые железом: гречневая и овсяная крупа, бобовые культуры, яйца, зелень, яблоки, персики, абрикосы, чернослив, изюм, фруктовые соки, морсы, какао и шоколад, мед, гематоген.

Медикаментозное лечение: осуществляется препаратами железа перорально в 3 этапа. Для купирования анемии применяют препараты железа, например, Мальтофер по 1 жевательной таблетке (100 мг) 2 раза в день в течение 1 месяца. На 2 этапе (терапия насыщения) используют 1 т. / сутки – 2 месяца. Поддерживающая терапия проводится по 1 таблетке в сутки на протяжении 7-10 дней во время каждой последующей менструации.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 343 [K005324]

1. Желчнокаменная болезнь с приступами желчных коликов, осложнённая острым холециститом.

2. Диагноз «ЖКБ» установлен на основании характерных жалоб, данных объективного осмотра и данных УЗИ. Диагноз «осложнение ЖКБ (острый холецистит)» установлен с учётом повышения температуры тела, тахикардии при осмотре, сухости языка при осмотре, положительных симптомов Керра и Мёрфи.

3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимия крови (АСАТ, АЛАТ, ЩФ, ГГТП, билирубин), УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, ЭКГ.

УЗИ-признаки острого холецистита: утолщение стенки желчного пузыря более 4 мм, выявление «двойного контура» стенки желчного пузыря.

4. Пациентке показана госпитализация в хирургический стационар, так как в анамнезе - рецидивирующие желчные колики, а при настоящем обострении у пациентки развилось осложнение в виде острого холецистита.

5. Диетотерапия: 4-6-разовое питание с исключением продуктов, которые усиливают отделение желчи, секрецию желудка и поджелудочной железы. Исключаются копчёности, тугоплавкие жиры и раздражающие приправы. Диета должна включать большое количество клетчатки с добавлением отрубей, что не только нормализует перистальтику кишечника, но и уменьшает литогенность желчи.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 344 [К005328]

1. Первичный альдостеронизм (синдром Конна). Вторичная артериальная гипертензия 3 степени. Гипертрофия миокарда левого желудочка.

2. Диагноз «первичный альдостеронизм» поставлен с учётом характерных жалоб, анамнеза (повышение АД, мышечная слабость, судороги), данных объективного осмотра, результатов лабораторного исследования (низкий уровень калия в крови).

Диагноз «АГ 3 степени» поставлен с учётом повышения АД выше 180/110 мм рт. ст.

3. Пациенту рекомендовано: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, ЭхоКГ. Дополнительное обследование должно включать проведение рентгенографии органов грудной клетки, УЗИ почек и надпочечников, УЗИ щитовидной железы, КТ головного мозга, МРТ или КТ надпочечников, исследование крови на содержание катехоламинов, 17-ОКС и 17-КС, оценку содержания альдостерона в крови, оценку активности ренина плазмы в вертикальном положении, пробу с Альдактоном (Верошпироном), основанную на способности Альдактона блокировать действие альдостерона на каналцы почек (после приёма внутрь Альдактона по 100 мг 4 раза в день в течение 3 дней, повышение уровня калия в крови утром 4 дня более чем на 1 ммоль/л указывает на гиперальдостеронизм).

4. При двусторонней гиперплазии надпочечников назначают калийсберегающие диуретики (Триамтерен 100-300 мг в сутки) с Нифедипином 10-20 мг 3 раза в день или без него (в зависимости от уровня АД после назначения диуретиков); при аденоме надпочечников показан предоперационный курс Спиринолактона 100-400 мг в сутки с последующей хирургической резекцией.

5. Срок временной нетрудоспособности при первичном гиперальдостеронизме составляет 40-45 дней с последующим направлением пациентки на МСЭ не позднее 4 месяцев с момента начала нетрудоспособности при неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 345 [К005329]

1. Артериальная гипертензия II стадии, II степени, риск ССО 4. Ожирение I степени. Гиперлипидемия (метаболический синдром). Хроническая болезнь почек I стадии, альбуминурия 2 стадия.

2. Диагноз «артериальная гипертония (АГ)» установлен на основании жалоб больного на повышение АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 5 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (почек). Степень риска ССО поставлена на основании наличия метаболического синдрома, ХБП.

Диагноз «хроническая болезнь почек (ХБП)» определён по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) на протяжении 3 и более месяцев (анамнестические данные) и снижении СКФ.

Диагноз «метаболический синдром» установлен на основании наличия ожирения, АГ, дислипидемии (повышения уровня ТГ и снижения уровня ЛПВП), гипергликемии натощак.

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

4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ХБП I-III стадии. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает Рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II - Лозартан.

5. Оставить антигипертензивную терапию без изменений, продолжить динамическое наблюдение. Необходимо уточнить рацион питания пациента и его физическую активность перед проведением анализа на креатинин. В настоящее время нельзя говорить о том, что снижение СКФ является негативным результатом, оно может быть связано в частности с тем, что клубочки почек стали работать без гиперфункции, и данное значение СКФ является истинным для данного пациента. Контроль функции почек через 6 месяцев. Терапия остается без изменений при сохранении СКФ на тех же значениях, сохранении целевых цифр АД через 6 месяцев.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 346 [K005331]

1. ИБС: стабильная стенокардия напряжения III ф. кл. Постоянная форма фибрилляции предсердий. Н ПБ. ФК III.

2. Диагноз «ИБС» установлен на основании жалоб больного на боли в сердце сжимающего характера при активности менее обычной. Постоянная форма ФП установлена с учётом длительности более 3 лет. Стадия НК с учётом характерных жалоб и недостаточности по двум кругам кровообращения.

3. Пациенту рекомендовано: общий анализ крови, общий анализ мочи, МНО, коагулограмма, АСАТ, АЛАТ, Креатинин, Глюкоза, общий белок, проведение ЭКГ; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции.

4. Риск развития системный тромбоэмболий у пациентки высокий, риск развития кровотечения низкий, следовательно, можно назначить Варфарин под контролем МНО (начать с 2,5 мг 1 раз вечером) или новый непрямой антикоагулянт (Дабигатран по 150 мг 2 раза в день или Ривароксабан 20 мг 1 раз в день). Пациентка ведет неактивный образ жизни, поэтому для контроля за ЧСС ей надо порекомендовать Дигоксин.

5. Варфарин по 2,5 мг 1 раз в день, вечером (целевой уровень МНО от 2 до 3), Дигоксин по 1 таблетке в день, низкие дозы ИАПФ, например, Периндоприл по 2,5 мг 1 раз в день, Нитроглицерин при болях в сердце, статины, например, Аторвастатин по 20 мг 1 раз вечером, Верошпирон по 25 мг 2 раза в день, Фуросемид 1 таблетке (40 мг) утром натощак 2 раза в неделю (одну неделю), возможно, Метопролол по 12,5 мг 2 раза в день.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 347 [K005332]

1. Кортизол крови, слюны, суточной мочи.
2. Туберкулёз надпочечников, кровоизлияние в надпочечники, аутоиммунное поражение надпочечников, метастатическое поражение надпочечников.
3. При первичной надпочечниковой недостаточности по механизму отрицательной обратной связи происходит повышенная продукция АКТГ и его предшественника проопиомеланокортина. В результате протеолиза последнего помимо АКТГ образуется ещё и меланоцитстимулирующий гормон, который обуславливает гиперпигментацию кожи и слизистых.
4. Гидрокортизон + Флудрокортизон, титрация дозы по уровню АД и самочувствию пациентки.
5. Увеличение дозы гидрокортизона при воспалительных заболеваниях, при оперативных вмешательствах, эмоциональных и физических стрессах.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 348 [K005333]

1. Тиреотоксикоз.
2. Тиреоидные гормоны увеличивают чувствительность миокарда к гормонам мозгового слоя надпочечников.
3. ТТГ, свободный Т4, Т3.
4. УЗИ щитовидной железы, при наличии узлового образования - скintiграфия щитовидной железы, при наличии узлового образования более 1 см в диаметре - пункция щитовидной железы.

5. Тиреостатики в качестве предоперационной подготовки, бета-1-адреноблокаторы с пульсурежающей целью до достижения эутиреоза, антикоагулянты на весь период до восстановления синусового ритма, антигипертензивная терапия при недостаточном эффекте бета-1-адреноблокаторов, по достижении эутиреоза - оперативное лечение (предельно субтотальная резекция щитовидной железы).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 349 [K005338]

1. Диагноз «грипп, средней степени тяжести».

2. Учитывая то, что специфических изменений в лабораторных показателях при гриппе, как правило, не наблюдается, общеклиническое обследование не назначается. Вирусологическое обследование по распоряжению Роспотребнадзора.

3. Программа лечения:

режим домашний с ограничением физической нагрузки. Обильное тёплое питьё. Влажные обтирания с гигиенической целью. После нормализации температуры гигиенический душ. Питание легкоусвояемыми продуктами. Исключить алкоголь, курение, горячее, холодное, острое, газированные напитки;

медикаментозная терапия. По рекомендации экспертов ВОЗ как можно раньше, без лабораторного подтверждения этиологии заболевания, показана противовирусная терапия, что позволит сократить сроки заболевания, предотвратить развитие осложнений;

препараты выбора - ингибиторы нейраминидазы озельтамивир - Тамифлю (75 мг 1 раз в сутки) или занамивир (Реленза по 2 ингаляции 1 блистер по 5 мг на ингаляцию в общей дозе 10 мг дважды в день), имидазолилэтанамид пентадионовой кислоты (Ингавирин 90 мг в сутки). Препараты адамантанового ряда (Ремантадин) не показаны из-за нечувствительности к ним основных штаммов вируса гриппа.

При температуре тела более 38,5°С – Парацетамол 0,5 г (до 2 г в сутки). При появлении симптомов ринита – топические деконгестанты не более 5 дней (Ксилометезолин, Оксиметазолин, Нафазолин).

4. Больной нетрудоспособен, так как является источником вирусной инфекции и по состоянию здоровья не может выполнять профессиональные обязанности. Выдаётся листок нетрудоспособности на 5 дней с последующими осмотрами и решением вопроса о восстановлении трудоспособности.

5. Пациенты, перенёвшие грипп, при отсутствии осложнений диспансерному наблюдению не подлежат.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 350 [K005403]

1. Хроническая обструктивная болезнь лёгких (смешанный фенотип) средней тяжести в фазе ремиссии. ДН 1 степени. Умеренные нарушения вентиляционной функции лёгких, преимущественно по обструктивному типу.

Недостаточная (дефицит) масса тела.

2. Диагноз «хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ)» установлен на основании жалоб больного (кашель со слизистой мокротой, одышка), данных анамнеза (курит в течение 23 лет), данных осмотра (бочкообразная грудная клетка, коробочный перкуторный звук, наличие сухих хрипов).

Смешанный фенотип установлен на основании одинаковой выраженности признаков эмфиземы лёгких и бронхита.

Средняя степень установлена на основании снижения ОФВ₁ по данным спирографии <80%, но >50% (57%).

Фаза ремиссии установлена на основании слизистого характера мокроты, отсутствия ухудшения в течение нескольких месяцев.

Дыхательная недостаточность 1 степени установлена на основании жалоб на одышку при умеренной физической нагрузке и уровне сатурации кислорода – 92%.

Недостаточная масса тела установлена на основании индекса массы тела менее 18,5 кг/м² (18 кг/м²).

3. Антибактериальные препараты не показаны, так как у пациента состояние ремиссии заболевания.

Рекомендуются ингаляционные бронхолитические препараты длительного действия для уменьшения бронхообструкции и профилактики рецидивов (Тиотропия бромид, Гликопиррония бромид, Формотерол, Салметерол, Индакатерол, Олодатерол) или Теофиллин.

Для быстрого снятия симптомов используются бронходилататоры ингаляционные короткого действия: Сальбутамол, Фенотерол или комбинированный препарат Беродуал (Фенотерол + Ипратропия бромид).

4. Больной подлежит диспансерному наблюдению у врача-терапевта участкового (по III группе диспансерного наблюдения) с кратностью осмотров врачом-терапевтом участковым и врачом-пульмонологом 2 раза в год. Осмотр врачом-оториноларингологом, врачом-стоматологом – 1 раз в год с целью санации очагов инфекции. Клинический анализ крови, анализ мокроты с исследованием на микобактерии туберкулёза и бактерии, спирография, флюорография, тест с 6-минутной ходьбой, ЭКГ – 1 раз в год.

Индивидуальная программа реабилитации включает:

противорецидивное лечение (бронхолитические препараты длительного действия, а для быстрого снятия симптомов - короткого действия);

отказ от курения;

вакцинацию с целью профилактики пневмонии и гриппа;

физическую реабилитацию: дыхательная гимнастика с инспираторной нагрузкой по 20 минут 2-3 раза в день (выдох с сопротивлением, выдох через сомкнутые губы), физические тренировки с мощностью более 60% от максимальной продолжительности 20-30 минут в день (тренировка мышц рук – упражнения с гантелями, тренировка мышц ног – ходьба, приседание).

Учитывая дефицит массы тела необходима нутритивная поддержка: включать в рацион питания продукты с высоким содержанием белка (содержание животного белка 60% – молочные продукты, яйца, рыба, мясо), жиров (молочные продукты, жирная рыба, растительное масло), минералов и витаминов (свежие фрукты и овощи), пищевые добавки (Нутридринк по 200 мл 2 раза в день между приёмом пищи).

Обучение пациента с целью приверженности к лечению.

Психологическая поддержка.

Санаторно-курортное лечение в санаторно-курортных организациях в климатической зоне проживания пациента: курорты климатические, бальнеологические с углекислыми и хлоридно-натриевыми водами, грязевые.

5. Учитывая среднюю тяжесть ХОБЛ в фазе ремиссии и профессию пациента (инженер), больной трудоспособен, так как профессия не противопоказана.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 351 [K005404]

1. Ожирение абдоминальное 1 степени. Гиперхолестеринемия тяжёлая.

2. Ожирение абдоминальное 1 степени поставлено на основании осмотра и данных антропометрии (увеличение живота, индекс массы тела более нормы (до 24,9 кг/м²), более чем избыточное питание (25-29,9 кг/м²), окружность талии – более 102 см). Гиперхолестеринемия тяжёлая выставлена на основании данных лабораторных исследований (ОХС более 5,9 ммоль/л – выраженное повышение).

3. Пациент нуждается в направлении на 2 этап диспансеризации. Учитывая наличие тяжёлой гиперхолестеринемии, необходимо назначить исследование крови на липидный спектр: определить холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицериды (ТГ) и холестерин липопротеинов низкой плотности ХС ЛПНП). Провести краткое профилактическое консультирование.

4. Краткое профилактическое консультирование включает рекомендации по изменению образа жизни (отказаться от курения, снизить потребление легкоусвояемых углеводов и жиров, увеличить потребление фруктов и овощей до 400 г в сутки, увеличить физическую активность – ходьба на работу в обычном или ускоренном темпе не менее 30 минут в день).

5. ОХС повышен (норма – до 5 ммоль/л), ХС ЛПВП нормальный (для мужчин нижняя граница нормы – 1 ммоль/л), ТГ умеренно повышен (норма – менее 1,7 ммоль/л, умеренное повышение – 2,2-4,5 ммоль/л), ХС ЛПНП умеренно повышен (норма – менее 3 ммоль/л, умеренное повышение – 3-3,9 ммоль/л). Ожирение 1 степени абдоминальное. Гиперлипидемия IIб тип, умеренная.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 352 [K005406]

1. Ожирение абдоминальное 1 степени. Гиперлипидемия IIа типа умеренная.

2. Ожирение абдоминальное 1 степени поставлено на основании осмотра и данных антропометрии (увеличение живота, индекса массы тела более нормы (до 24,9 кг/м²) и более чем избыточное питание (25-29,9 кг/м²)), окружности талии – более 102 см.

Гиперлипидемия IIа типа умеренная выставлена на основании данных лабораторных исследований: ОХС повышен (норма – до 5 ммоль/л); ХС ЛПВП нормальный (для мужчин нижняя граница нормы – 1 ммоль/л), ТГ умеренно повышены (норма – менее 1,7 ммоль/л, умеренное повышение – 2,2-4,5 ммоль/л), ХС ЛПНП умеренно повышен (норма – менее 3 ммоль/л, умеренное повышение – 3-3,9 ммоль/л).

3. Абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск высокий. Высокий риск по шкале SCORE считается при уровне 5-9%.

4. Пациент отнесён ко 2 группе состояния здоровья, так как не выявлены хронические неинфекционные или иные заболевания, при которых необходимо диспансерное наблюдение у врача-терапевта или врача-специалиста, но выявлены факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний (курение, ожирение, малоподвижный образ жизни, нерациональное питание) при высоком абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске.

5. Необходимо провести краткое профилактическое консультирование по изменению образа жизни, которое включает рекомендации по изменению образа жизни (отказаться от курения, снизить потребление легко усвояемых углеводов и жиров, увеличить потребление фруктов и овощей до 400 г в сутки, увеличить физическую активность - ходьба на работу в обычном или ускоренном темпе не менее 30 минут в день).

Направить пациента в кабинет медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углублённого индивидуального или группового консультирования.

Пациент подлежит диспансерному наблюдению в кабинете медицинской профилактики или центре здоровья по I группе диспансерного наблюдения с целью контроля устранения имеющихся факторов риска.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 353 [K005409]

1. Диспансеризацию прошли 391 пациент (2 пациентов, которые не заполнили анкету и 2 других, которые не явились на осмотр врачом-терапевтом участковым, не включают в число, прошедших диспансеризацию, так как заполнение анкеты и осмотр врачом-терапевтом участковым являются обязательными для каждого пациента).

2. Показатель «Охват диспансеризацией» на терапевтическом участке рассчитывается как отношение количества пациентов, прошедших в данном календарном году диспансеризацию, к количеству взрослого населения, проживающего на этом участке. Диспансеризацию прошли 391 пациент. Охват диспансеризацией на данном участке составил 23%, что свидетельствует о достаточном охвате (плановое значение – не менее 23%).

3. Диспансеризацию следует считать завершённой, так как объём выполненных исследований в рамках 1 этапа составил 86% (плановое значение – не менее 85%), в рамках 2 – 100% (плановое значение 100%).

4. Пациенты с высоким или очень высоким сердечно-сосудистом риском должны быть направлены в кабинет медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углублённого индивидуального или группового профилактического консультирования. По итогам диспансеризации охват пациентов углублённым профилактическим консультированием составил 62%, то есть охват достаточный (плановое значение – не менее 60%).

5. Все пациенты с впервые выявленными заболеваниями, включёнными в список заболеваний, при которых устанавливается диспансерное наблюдение, должны быть взяты под диспансерное наблюдение. Показатель «Охват пациентов с впервые выявленными заболеваниями диспансерным наблюдением» рассчитывается как отношение числа пациентов, взятых под диспансерное наблюдение, к числу пациентов, нуждающихся в диспансерном наблюдении (в процентах). В данном случае все пациенты с впервые выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями взяты под диспансерное наблюдение, то есть показатель «Охват пациентов с впервые выявленными заболеваниями диспансерным наблюдением» составил 100%. Это хороший показатель, так как целевой уровень этого показателя должен быть близок к 100%.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 354 [K005412]

1. Гипертоническая болезнь I стадия, АГ умеренная. Сердечно-сосудистый риск 1 (низкий). Беременность 16 недель.

2. Диагноз «гипертоническая болезнь (ГБ)» установлен на основании жалоб больного (головная боль, повышение АД), данных анамнеза (пациента отмечает периодическое повышение АД до беременности в течение последних 2 лет).

Стадия АГ установлена на основании отсутствия поражения органов-мишеней, умеренная АГ основана на цифрах АД, измеренных во время приёма (для беременных 140-159/90-109 – умеренная АГ, более или равно 160/110 мм рт.ст. – тяжёлая).

ССР 1 (низкий) установлен на основании отсутствия факторов риска, поражения органов-мишеней и 1 степени АГ.

3. Риск для матери низкий, так как I стадия ГБ (без поражения органов-мишеней), риск для плода высокий (при ГБ увеличивается риск гипотрофий, невынашивания плода за счёт ухудшения плацентарного кровотока, обусловленного спазмом сосудов плаценты). Пролонгирование беременности и роды через естественные половые пути не противопоказаны.

4. Антигипертензивные препараты показаны, так как уровень САД более 150 мм рт.ст. (показанием к антигипертензивным препаратам при ГБ 1 стадии у беременных является уровень АД более 150/95 мм рт.ст.).

Препаратами выбора являются Метилдопа, Нифедипин ретард, Метопролол сукцинат или Бисопролол. Учитывая срок беременности 16 недель, следует назначить Нифедипин ретард с низких доз под контролем АД и СМАД. В период 16-20 недель Метилдопа противопоказан (негативное влияние на дофаминовые рецепторы плода).

5. В период беременности противопоказаны следующие антигипертензивные препараты: ингибиторы АПФ, блокаторы ангиотензиновых рецепторов (сартаны), Атенолол, так как вызывают тератогенный эффект. Нельзя назначать новые препараты (потому что мало изучено влияние на плод): Физиотенз, Алискирен.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 355 [К005413]

1. ИБС. Стенокардия напряжения стабильная 4 ФК. Гипертоническая болезнь 3 стадия, степень артериальной гипертензии 2, риск ССО 4. Гипертрофия миокарда левого желудочка. ХСН 1 стадия, 1 ФК.

2. Диагноз «ИБС. Стенокардия напряжения стабильная 4 ФК» установлен на основании жалоб больного (сжимающие боли за грудиной, возникающие при ходьбе через 100-200 м, часто в покое, исчезающие после приёма Нитроглицерина), данных анамнеза (последние несколько месяцев без ухудшения), положительной ВЭМ-пробы с низкой толерантностью к физической нагрузке.

ГБ 3 стадия, АГ 2 степени – на основании наличия ассоциированного заболевания (ИБС) и уровня офисного АД 175/100 мм рт.ст.

Гипертрофия миокарда левого желудочка – на основании ЭКГ (индекс Соколова-Лайона – более 35 мм), Эхо-КГ (утолщение стенок левого желудочка более 1,1 см).

Риск ССО 4 – на основании наличия множественных факторов риска и ИБС.

ХСН I стадия установлена на основании диастолической дисфункции миокарда левого желудочка по гипертрофическому типу (трансмитральный диастолический поток с преобладанием предсердной систолы: E/A=0,8) и дилатации левого предсердия. ХСН I ФК установлен по шкале оценки клинического состояния (ШОКС по Марееву).

3. Необходимо назначить статины (Аторвастатин 20-40 мг или Розувастатин 10-20 мг в сутки) (целевой уровень ХС ЛПНП – менее 1,8 ммоль/л), ингибиторы АПФ или сартаны (целевой уровень уровня АД – менее 140/90 мм рт.ст.) и антиагреганты (Аспирин 75-100 мг/сут) после достижения целевого уровня АД, так как эти группы препаратов снижают риск развития инфаркта, ХСН и улучшают долгосрочный прогноз.

Для уменьшения частоты приступов стенокардии и улучшения переносимости физических нагрузок необходимо назначить 2 препарата из группы антиангинальных лекарственных средств, таких как бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция, пролонгированные нитраты, Триметазидин, Ранолазин.

Для купирования приступов стенокардии необходимо назначить Нитроглицерин (в таблетках или спрей).

4. Учитывая наличие тяжёлой стенокардии, при отсутствии эффекта от антиангинальных препаратов, при согласии пациента на хирургическое вмешательство показаны консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга и коронароангиография.

5. Больной нетрудоспособен в обычных производственных условиях (ограничение трудоспособности 2 степени, ограничение способности к передвижению 2 степени), необходимо направить на МСЭ (2 группа инвалидности). Если пациенту будет проводиться хирургическая реваскуляризация миокарда – больной временно нетрудоспособен (ориентировочно 2-4 месяца). После окончания срока временной нетрудоспособности экспертиза стойкой трудоспособности будет зависеть от эффективности и исхода операции.

Санаторно-курортное лечение в данное время противопоказано, так как имеется 4 ФК стенокардии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 356 [K005414]

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, лёгкое течение, фаза ремиссии.

2. Показана профилактика рецидивов «по требованию». Рекомендовано: при появлении первых симптомов обострения заболевания необходим приём препаратов протонной помпы в лечебной дозе (Омепразол по 0,02 × 2 раза в день, или Лансопразол по 0,03 × 2 раза в день, или Пантопразол по 0,04 × 2 раза в день, или Рабепразол по 0,02 × 2 раза в день, или Эзомепразол по 0,02 × 2 раза в день) в течение 2-3 дней, а затем в половинной дозе в течение 2 недель. Если в течение первых 2-3 дней лечения симптомы не исчезнут, необходимо явиться к врачу и сделать эзофагогастродуоденоскопию.

Рекомендована медикаментозная профилактика рецидивов «по требованию», так как течение заболевания лёгкое и эрадикационная терапия была успешной (тест на Нр после лечения (-)). Данный вид медикаментозной профилактики рекомендуется при лёгкой и средней тяжести течения язвенной болезни и успешной эрадикационной терапии.

3. Показания для «непрерывной» (в течение месяцев и даже лет) поддерживающей терапии антисекреторным препаратом в половинной дозе (ежедневно вечером по 150 мг Ранитидина или по 20 мг Фамотидина):

- неэффективность проведённой эрадикационной терапии;
- осложнения (язвенное кровотечение или перфорация);
- наличие сопутствующих заболеваний, требующих применения нестероидных противовоспалительных препаратов;
- сопутствующий эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит;
- больные старше 60 лет с ежегодно рецидивирующим течением болезни, несмотря на адекватную курсовую терапию;
- выраженная рубцовая деформация поражённого органа;
- язвенная болезнь у злостных курильщиков.

4. Пациент подлежит диспансерному наблюдению у врача-терапевта участкового в течение 5 лет после обострения.

Кратность осмотра – 1 раз в год. Консультация врача-гастроэнтеролога – 1 раз в год.

Эзофагогастродуоденоскопия и анализ кала на скрытую кровь – при обострении.

Если в течение 5 лет не было рецидива заболевания с диспансерного учета можно снять.

5. В период ремиссии пациент трудоспособен, так как работа инженера связана с умеренным эмоциональным напряжением и не противопоказана пациенту. В период обострения больной временно нетрудоспособен. Ориентировочный срок временной нетрудоспособности – 14-16 дней.

Санаторно-курортное лечение – в период ремиссии в санаторно-курортных организациях в климатической зоне проживания пациента. Курорты: бальнеологические с питьевыми минеральными водами, грязевые и климатические. В период обострения заболевания санаторно-курортное лечение противопоказано.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 357 [K005415]

1. Цирроз печени алкогольный, быстро прогрессирующее течение, активность 2 степени, субкомпенсированный (класс В по Чайлд-Пью): печёчно-клеточная недостаточность 2 степени, портальная гипертензия 2 стадии (умеренное расширение варикозных вен пищевода, асцит, спленомегалия).

2. Диагноз «цирроз печени алкогольный» поставлен на основании жалоб (общая слабость, быстрая утомляемость, снижение аппетита, периодически тошнота, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота), анамнеза (злоупотребляет алкоголем) и отсутствия маркеров вирусного поражения печени.

Быстро прогрессирующее течение – на основании похудения и быстрого нарастания симптомов.

Активность 2 степень – на основании лабораторных синдромов цитолиза (повышены АСТ и АЛТ до 1 степени активности, билирубин – до 2) и иммунного воспаления (повышены тимоловая проба и гамма-глобулины – до 2 степени активности).

Индекс тяжести по Чайлду-Пью класс В – по сумме баллов (характеризующих уровень билирубина, протромбинового индекса, альбумина, наличия энцефалопатии и асцита). Сумма баллов составила 8. (Класс А – 5-6 баллов; класс В – 7-9 баллов; класс С – 10 и более).

Печёчно-клеточная недостаточность 2 степени – на основании снижения уровня альбуминов, холестерина и протромбинового индекса.

Портальная гипертензия 2 стадии – на основании наличия асцита и спленомегалии (по данным осмотра и УЗИ), варикозных вен пищевода (по данным ЭФГДС).

3. Показана госпитализация больного в стационар, так как активность 2 степени, появился асцит.

Показаниями к госпитализации являются: класс тяжести по Чайлд-Пью В и С; подозрение на кровотечение из варикозных вен пищевода; гепаторенальный синдром; асцит, осложнённый нарушением дыхания; энцефалопатия III и IV стадии, а также II стадии при невозможности адекватно осуществлять лечение и наблюдение в амбулаторных условиях.

4. В первую очередь необходим отказ от алкоголя, так как этиологическое лечение является приоритетным.

Необходимо назначение гепатопротекторов, предпочтительно Гептрала, так как эффект этого препарата при алкогольном циррозе доказан.

Лечение асцита должно включать ограничение поваренной соли до 2 г в сутки, диуретики (Верошпирон или Эплеренон по 100 мг/сутки, Торасемид 5-20 мг/сутки) под контролем ежедневной оценки массы тела (критерием эффективности и безопасности диуретической терапии является снижение массы тела на 500-600 г в сутки). По мере уменьшения асцита дозу диуретиков необходимо снижать до поддерживающей.

Учитывая склонность к запорам, необходимо назначить Лактулозу (в среднем 30-60 мл/сутки) с индивидуальным подбором дозы (до частоты стула 2-3 раза в сутки).

Для уменьшения диспепсических проявлений – ферментные препараты (Панкреатин, Креон, Мезим) во время приёма пищи.

При появлении симптомов энцефалопатии – ограничение белка в рационе питания до 1 г/кг массы тела.

5. Учитывая медицинские критерии (активность цирроза, наличие печёночно-клеточной недостаточности 2 степени, портальной гипертензии 2 стадии) и социальные критерии (работа водителя автобуса противопоказана, так как связана с вибрацией и значительным эмоциональным напряжением) больной временно нетрудоспособен (ориентировочный срок временной нетрудоспособности 30-45 дней). После окончания временной нетрудоспособности (но не позднее чем через 4 месяца) необходимо направить больного на медико-социальную экспертизу (больной ограничено трудоспособен, снижение способности к трудовой деятельности 1 степени) для определения 3 группы инвалидности.

Санаторно-курортное лечение противопоказано, так как есть активность процесса, печёночно-клеточная недостаточность и портальная гипертензия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 358 [K005418]

1. Экзогенная бронхиальная астма (сенсibilизация к клещу домашней и библиотечной пыли, к пыльце берёзы), обострение средней степени тяжести. ДН 1.

Аллергический ринит, обострение.

Аллергический конъюнктивит.

2. Результаты спирометрии: обструктивные нарушения на уровне всех бронхов, ЖЕЛ не снижена. Проба с бронходилататором положительная (прирост по $ОФВ_1 > 12\%$).

3. На момент обращения у пациентки признаки обострения бронхиальной астмы (обструктивные нарушения по результатам спирометрии, ночные симптомы, ежедневные приступы удушья, причиняющие беспокойство пациентке).

В период обострения больные бронхиальной астмой временно нетрудоспособны, при наличии условий выдается листок нетрудоспособности.

Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при обострении лёгкой степени тяжести 12-18 дней.

Критерии стойкой утраты трудоспособности при бронхиальной астме:

- среднетяжёлое частично-контролируемое течение с частыми обострениями (4-5 раз в год) или тяжёлыми обострениями и ДН I степени;

- тяжёлое, неконтролируемое течение с частыми тяжёлыми обострениями более 4 раз в год и ДН II - III степени.

Признаков стойкой утраты трудоспособности у пациентки нет.

4. В процессе лечения обострения бронхиальной астмы врач-терапевт участковый обязательно назначает консультацию врача-пульмонолога для коррекции терапии.

Лечение обострения бронхиальной астмы средней степени тяжести: системные ГКС (Преднизолон в дозе 0,5-1 мг/кг) перорально в течение 7 дней без постепенного снижения дозы.

В базисной терапии переход со второй ступени выше, для начала на третью ступень. Учитывая в анамнезе аллергический ринит, к минимальной дозе ингаляционного ГКС (Будесонид 400 мкг/сутки) предпочтительно добавить антилейкотриеновый препарат (Монтелукаст 10 мг/сутки).

Ингаляционные бета-2-агонисты короткого действия (Сальбутамол 200-400 мкг через ДАИ или 2,5-5 мг через небулайзер) каждые 3-4 часа в течение 24-48 часов, в дальнейшем ситуационно для купирования приступов удушья.

5. Обучение больных по программе коллективного (астма-школы) и индивидуального образования.

Исключение контакта с причинным аллергеном (консультация врача-аллерголога для решения вопроса о возможности АСИТ).

ЛФК. После купирования обострения бронхиальной астмы рекомендуется массаж грудной клетки.

Подбор по ступенчатой схеме базисной терапии для достижения контроля заболевания.

Санаторно-курортное лечение. Санаторно-курортные организации в климатической зоне проживания пациента. Курорты: климатические, бальнеологические с углекислыми водами, хлоридно-натриевыми водами.

Вакцинация от гриппа.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 359 [К005420]

1. Анемия средней степени тяжести, В₁₂-дефицитная.

Язвенная болезнь желудка. Гастрэктомия (1995 г.).

Артериальная гипертония 2 степени, 3 стадии, риск 4. ХСН I, ФК II.

2. Биохимический анализ крови: дополнительно ЛДГ, Fe сыворотки крови, трансферин, транскоболамин, гомоцистеин. Эти показатели наиболее точно верифицируют дефицит витамина В₁₂ и оценивают возможный сопутствующий дефицит железа на фоне гастрэктомии.

Если нет возможности провести исследование транскоболамина, то обязательно проводится стерильная пункция. Она назначается также при отсутствии эффекта от терапии с целью дифференциальной диагностики заболеваний крови (например, миелодиспластический синдром).

Исследование кала на гельминты не менее 3 раз. Одна из наиболее частых причин дефицита витамина В₁₂ глистная инвазия (например, дифиллоботриоз).

ЭФГДС с биопсией. Выявление также наиболее частых причин В₁₂ дефицитной анемии атрофического аутоиммунного гастрита, рака данной локализации.

Для выявления рака другой локализации необходимо провести исследования по типу онко-скрининга: кал на скрытую кровь, ректороманоскопия, ирригоскопия, колоноскопия, УЗИ почек и мочевого пузыря, предстательной железы, ПСА.

Антитела к антигенам желудка крови. Проводят в случае выявления атрофического гастрита с целью верификации аутоиммунного генеза.

Консультация врача-невролога для диагностики синдрома периферической полинейропатии, фуникулярного миелоза.

3. Лечение должно проводиться в амбулаторных условиях, так как на данный момент нет показаний для госпитализации: Hb - 79 г/л, нет гемодинамических нарушений.

Лечение В₁₂ дефицитной анемии:

- терапия насыщения: парентеральное введение Цианкобаламина по 400-500 мкг/сутки - 4-6 недель;

- поддерживающая терапия: парентеральное введение Цианкобаламина 1 раз в неделю по 400-500 мкг - 2 месяца;

- профилактика: парентеральное введение Цианкобаламина 2 раза в месяц по 400-500 мкг - пожизненно.

Лечение фуникулярного миелоза:

- Цианкобаламин по 1000 мкг ежедневно - 7-10 дней, далее - по 500 мкг/сутки (по схеме);

- Аденозилкобаламин 500 мкг/день, в/м (это коферментная форма витамина В₁₂, более активно участвующая в обмене жирных кислот и не участвующая в кроветворении) - 7-10 дней.

Контрольные исследования:

- клинический анализ крови через 5-7 дней - для оценки ретикулоцитоза, дальнейшее исследование клинического анализа крови 1 раз в 7-10 дней до нормализации показателей;

- биохимический анализ крови: концентрация ЛДГ (ее нормализация свидетельствует об эффективности терапии).

4. На санаторно-курортное лечение пациента можно отправить только при компенсации анемии, фуникулярного миелоза и подтверждающих это контрольных исследованиях через 3-4 месяца после окончания 2 этапа лечения.

Сопутствующие заболевания не являются противопоказаниями для направления на санаторно-курортное лечение, если находятся в фазе компенсации.

С учётом всех заболеваний показанием для направления на СКЛ являются язвенная болезнь желудка, резекция желудка (1995 г.) и В₁₂-дефицитная анемия. Артериальная гипертензия с ХСН - сопутствующие заболевания.

Санаторно-курортные организации рекомендуются в климатической зоне проживания пациента. Курорты: бальнеологические, с питьевыми минеральными водами; климатические (кроме горных).

Для направления на СКЛ необходимо заполнить справку для получения путёвки № 070/у с соответствующей записью в медицинской карте амбулаторного больного. При наличии путёвки выдается санаторно-курортная карта № 072/у, о чём также делается запись в медицинской карте амбулаторного больного.

5. Наблюдение у врача-терапевта участкового с явкой 1 раз в 6 месяцев.

Консультация врача-гастроэнтеролога 1 раз в 12 месяцев, врач-гематолог по показаниям.

Перечень лабораторных исследований: клинический анализ крови два раза в год.

Учитывая причину В₁₂-дефицитной анемии и высокую вероятность малигнизации при язве желудка - ЭФГДС 1-2 раза в год, кал на скрытую кровь 1 раз в год.

Профилактическое лечение: парентеральное введение Цианкобаламина 2 раза в месяц по 400-500 мкг - пожизненно.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 360 [K005423]

1. Основной диагноз «артериальная гипертензия 3 степени, 3 стадии, риск 4. ИБС. Стенокардия напряжения III ФК. Постинфарктный кардиосклероз (2006 г.)».

Осложнения основного диагноза «ХСН IIa. ФК III (по NYHA)».

Сопутствующий диагноз «Хроническая обструктивная болезнь лёгких» (курение), группа B, средней степени тяжести (по GOLD). ДН 1. Аденома предстательной железы. Сахарный диабет 2 типа? Анемия легкой степени».

2. Снижение АД медленно на 25% от исходного в первые 2 часа, с последующим достижением целевого уровня.

Диуретики - Фуросемид 40 мг внутрь.

3. Общий анализ крови.

Биохимический анализ крови (глюкоза, общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды, АСТ, АЛТ, креатинин, мочевины, натрий, калий, хлор, гликолизированный гемоглобин, ПСА).

Тест для определения толерантности к глюкозе.

Исследования анализа мочи на МАУ.

Ультразвуковое исследование предстательной железы.

Спирография, спирометрия.

Электрокардиография.

Суточное мониторирование АД, ЭКГ.

Эхокардиография.

Офтальмоскопия.

Ультразвуковое исследование почек.

Консультация врача-кардиолога.

Консультация врача-пульмонолога.

Консультация врача-эндокринолога.

Консультация врача-уролога.

4. Быстро прогрессирующий (злокачественный) вариант артериальной гипертензии; острые осложнения артериальной гипертензии (инсульт, инфаркт миокарда); стенокардия напряжения III и IV ФК; выраженные нарушения функций сердечно-сосудистой системы после перенесённого инфаркта миокарда; стойкая декомпенсация функционирования органов-мишеней (СН, ХПН); стойкие нарушения ХСН II-III, ДН 2-3 степени.

5. Профилактика и реабилитация: борьба с факторами риска артериальной гипертензии, ИБС, ХОБЛ (здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек); адекватное лечение и диспансерное наблюдение; профилактика риска сердечно-сосудистых осложнений; составление ИПР и контроль за ее выполнением, вакцинация.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 361 [K005425]

1. Первичный деформирующий остеоартроз коленных суставов, дистальных межфаланговых суставов кистей, 2 стадия рентгенологических изменений, нарушение функции суставов 1 степени. Ожирение 1 степени.

2. Анализ крови общий.

Анализ мочи общий.

Биохимический анализ крови (белок, общий холестерин, билирубин, АСТ, АЛТ, мочевины, креатинин, кальций, мочевая кислота, СРБ, ревматоидный фактор).

ЭКГ.

Рентгенография органов грудной клетки.

Рентгенография поражённых суставов.

3. Обучение пациента.

Снижение массы тела (гипокалорийная диета, физические нагрузки).

Защита суставов (например, ортезы), ЛФК, физиолечение.

Нестероидные противовоспалительные препараты (Диклофенак, Ибупрофен, Нимесулид, Мовалис) в минимально эффективной дозе не более 1 месяца. Препараты глюкозамина сульфата/гидрохлорида или хондроитина сульфата (Терафлекс, Артра) по схеме длительно.

4. Повторное посещение врача через 1-6 недель в зависимости от тяжести заболевания. При эффективности терапии частота наблюдения 1 раз в 4-6 месяцев. С целью мониторинга состояния пациента, эффективности терапии и профилактики обострений рекомендуется использовать клинические (боль, функция суставов, наличие выпота) и лабораторные (СОЭ, СРБ) параметры. При постоянном приёме НПВС - контроль общего анализа крови, общего анализа мочи, уровня трансаминазы, креатинина, контроль артериального давления. Рентгенологическое исследование не должно использоваться для наблюдения за прогрессированием заболевания. При плановых визитах проводится контроль соблюдения рекомендаций, контроль функции суставов и ежедневной активности, вносятся коррективы в проводимую терапию, реабилитационные мероприятия.

5. В настоящее время показания для консультации врача-ревматолога отсутствуют, поскольку в настоящее время нет системных проявлений заболевания, признаков осложнений, нет показаний к хирургическому лечению, нет тяжелых нарушений функции суставов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 362 [K005426]

1. Сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный. Индивидуальный целевой уровень гликемического контроля $HbA1c < 7,0\%$. Ожирение 1 степени алиментарно-конституциональное. Гиперлипидемия.

2. Анализ крови общий.

Анализ мочи общий.

Гликированный гемоглобин.

Биохимический анализ крови (белок, общий холестерин, липидограмма, билирубин, АСТ, АЛТ, мочевины, креатинин, калий, натрий, кальций, мочевая кислота).

Анализ мочи на микроальбуминурию.

Скорость клубочковой фильтрации.

ЭКГ.

Рентгенография органов грудной клетки.

УЗИ внутренних органов.

Консультация врача-эндокринолога.

Консультация врача-офтальмолога.

3. Диета № 9.

Снижение массы тела (гипокалорийная диета, физические нагрузки).

Обучение.

Стартовая монотерапия сахароснижающими препаратами: приоритет должен быть отдан средствам с минимальным риском гипогликемий (Метформин, иДДП-4, аГПП-1). При ожирении предпочтительнее Бигуаниды (Метформин) и аГПП-1 (Эксенатид, Лираглутид) в связи с эффективным снижением массы тела и уровня систолического артериального давления. При непереносимости или противопоказаниях к препаратам первого ряда рекомендуется начало терапии с других классов сахароснижающих препаратов. Эффективным считается темп снижения $HbA1c > 0,5 \%$ за 6 месяцев наблюдения.

Гиполипидемическая терапия.

4. Периодичность осмотров врачом-терапевтом участковым 1 раз в 3 месяца. Длительность диспансерного наблюдения - пожизненно. Приём (осмотр, консультация) врача-эндокринолога по показаниям. При плановых визитах вносятся коррективы в проводимую терапию на основании мониторинга состояния пациента, эффективности терапии (основной показатель для оценки эффективности - гликированный гемоглобин), реабилитационные мероприятия.

5. В настоящее время у пациентки присутствуют критерии временной утраты трудоспособности: признаки декомпенсации нарушений углеводного обмена. Поскольку пациентка работает, необходимо оформить листок нетрудоспособности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 363 [K005428]

1. Гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия. ХСН-0.

2. Диагноз «гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия» установлен на основании наличия у пациента нетипичных ангинозных болей, головокружения, синкопальных состояний, отягощённого наследственного анамнеза, типичных изменений гемодинамики, признаков гипертрофии левого желудочка по данным объективного обследования и ЭКГ.

3. Анализ крови общий.

Анализ мочи общий.

Биохимический анализ крови (глюкоза, липидограмма, АСТ, АЛТ, общий белок, белковые фракции, калий, натрий, креатинин).

Электрокардиография.

Эхокардиография.

Рентгенография органов грудной клетки.

Консультация врача-кардиолога.

4. При подтверждении диагноза:

- ограничение значительных физических нагрузок;
- В-адреноблокаторы (Метопролол, Бисопролол) с подбором эффективных и переносимых доз, при недостаточном эффекте - недигидропиридиновые антагонисты кальция (Верапамил);
- для определения показаний к хирургическому лечению необходима консультация врача-кардиолога (врача-сердечно-сосудистого хирурга).

5. Нитроглицерин является периферическим вазодилататором, уменьшает наполнение левого желудочка в диастолу, ухудшает коронарное и мозговое кровообращение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 364 [K005433]

1. В данном случае необходимо направить пациента на прохождение первого этапа диспансеризации. Объем обследования включает:

- опрос (анкетирование);
- антропометрию;
- измерение артериального давления;
- определение абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска;
- электрокардиографию в покое;
- флюорографию лёгких;
- клинический анализ крови;
- анализ крови биохимический общетерапевтический (в объёме не менее определения уровня креатинина, общего билирубина, аспартат-аминотрансминазы, аланин-аминотрансминазы, глюкозы, холестерина);
- общий анализ мочи;
- исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом;
- ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) органов брюшной полости и предстательной железы;
- измерение внутриглазного давления (для граждан в возрасте 39 лет и старше);

- приём (осмотр) врача-терапевта.

Учитывая анамнез, у пациента есть показания для направления на второй этап диспансеризации:

- фиброгастродуоденоскопия;
- консультация врача-уролога;
- спирометрия;
- исследование уровня простатспецифического антигена.

2. IIIа группа состояния здоровья - граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании.

3. Пациент подлежит включению в регистр с факторами риска: повышенный уровень артериального давления, курение табака, отягощённая наследственность по злокачественным новообразованиям. При уточнении диагноза должен быть взят под диспансерное наблюдение по поводу артериальной гипертонии.

Артериальная гипертония 1 степени, без поражения органов-мишеней и ассоциированных состояний - диспансерный осмотр не реже 1 раза в году, возможно наблюдение в отделении профилактики. Д-наблюдение включает в себя:

- анализ данных самоконтроля АД;
- общий осмотр;
- исследование крови на сахар, холестерин;
- оценка суммарного сердечно-сосудистого риска, липидограмма,

уровень калия и натрия, креатинина в крови (при постановке на учёт, затем не реже 1 раза в два года);

- анализ мочи на микроальбуминурию (при постановке на учёт, затем не реже 1 раза в два года);

- ЭКГ, ЭхоКГ;
- дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий.

4. Согласно приказу Минздрава России от 5 мая 2016 г. №281н в общий перечень противопоказаний включены: новообразования неуточнённого характера, злокачественные новообразования, требующие противоопухолевого лечения, в том числе проведения химиотерапии. Поэтому необходимо исключение онкопатологии (со стороны ЖКТ, предстательной железы).

5. Обязательными обследованиями в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 14 декабря 2009 г. № 984н являются: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, флюорография.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 365 [K005435]

1. Стеноз аортального клапана.

2. Необходимо провести дообследование: ЭхоКГ, обзорную рентгенографию грудной клетки, клинический минимум.

Направить к врачу-сердечно-сосудистому хирургу для решения вопроса о возможности хирургической коррекции данного порока.

3. При наличии протезированного сердечного клапана показанием для направления на МСЭ будет являться умеренная степень нарушения функции сердечно-сосудистой системы, обусловленная вышеуказанными заболеваниями, приводящими к ХСН IIА стадия, ФК II, III (40-50%, что соответствует третьей группе инвалидности).

4. Пациент нетрудоспособен на весь период уточнения диагноза, оперативного лечения и послеоперационного периода. При благоприятном прогнозе - изолированном пороке, небольшом объёме операции, выполненной до развития тяжёлых органических изменений в сердце и лёгких, положительной динамике гемодинамических нарушений, отсутствии тяжёлых осложнений - целесообразно лечение по временной нетрудоспособности в пределах 10 месяцев до полного или частичного восстановления трудоспособности.

У больных с сомнительным и отягощённым прогнозом после эффективной операции и при неудовлетворительных результатах лечения длительность временной нетрудоспособности не должна превышать 4 месяца с последующим направлением на МСЭ.

5. Аортальный порок при ХСН IIА стадии (ФК II) без прогностически неблагоприятных нарушениях сердечного ритма, без признаков активности ревматического процесса, без приступов стенокардии - показание для лечения в местных кардиологических санаториях.