

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

**ЗАДАЧИ
К ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМУ ЗАЧЕТУ
на 2019 - 2020 годы
по дисциплине «Госпитальная терапия, эндокринология», 5 курса
для специальности 31.05.01 – «Лечебное дело»**

УТВЕРЖДАЮ
проректор по учебной работе
д.м.н., доцент **ТОПИЧЕВСКАЯ И.А. Соловьева**
«15» марта 2020 г.

Задача № 1. Мужчина 59 лет перенес обширный инфаркт миокарда 6 месяцев назад. Боли за грудиной не беспокоят, но в течение 2-х последних месяцев появилась одышка при ходьбе по ровной местности на 100-200 м. Курит по 2 сигареты в день.

Объективно: Акроцианоз. В легких справа ниже угла лопатки выслушиваются влажные хрипы. ЧДД – 24 в 1 минуту. Граница левой относительной тупости – на 1 см от срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 88 в 1 минуту. АД 135/80 мм рт. ст. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Отеки в области лодыжек.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Наметьте план обследования.
3. Дайте рекомендации по образу жизни.
4. Наметьте план медикаментозного лечения.
5. Выпишите рецепт на фuroсемид.

Задача № 2. Больной 35 лет поступил в приемный покой с жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой отдельными плевками, повышение температуры тела до 37,5-38°C в течение 5 дней. Начало болезни постепенное после переохлаждения. На седьмой день болезни появилась резкая боль в правой половине грудной клетки, связанная с дыханием. Через 2 дня боль уменьшилась, но стала нарастать одышка.

Объективно: Состояние тяжелое, ЧДД 28 в 1 мин., легкий цианоз. Правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Голосовое дрожание справа не проводится. Перкуторный звук тупой, дыхание резко ослаблено. Левая граница сердца смещена влево. ЧСС 115 в 1 мин., слабого наполнения. АД 100/50 мм рт. ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какой возбудитель заболевания наиболее вероятен?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному для уточнения диагноза?
4. Неотложные и профилактические мероприятия?
5. Выпишите рецепт на кларитромицин.

Задача № 3. Больной 25 лет находился на амбулаторном приеме с жалобами на повышение температуры до 38,5-39 °C в течение трех дней, кашель со «ржавой» мокротой, боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании.

Объективно: Состояние тяжелое. ЧДД 28 в 1 мин. В легких голосовое дрожание усилено слева над нижней долей, там же укорочен перкуторный звук, дыхание бронхиальное, крепитация. ЧСС 100 в 1 мин., АД 90/50 мм рт.ст.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному для уточнения диагноза?
3. Развитие какого осложнения можно предполагать?

4. Какова должна быть лечебная тактика и профилактические мероприятия?
5. Выпишите рецепт на раствор левофлоксацина.

Задача № 4. Мужчина 57 лет вызвал врача на дом. Жалуется на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. Вышеописанная симптоматика появилась около 2 часов назад после интенсивной физической нагрузки. Самостоятельно принял 2 таблетки нитроглицерина – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили. В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 10 лет с максимальными цифрами артериального давления до 200/100 мм рт. ст. Регулярно лекарственные препараты не принимал. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет. При объективном обследовании: кожные покровы влажные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 минуту. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

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

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

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

Задача № 5. Больной 74 лет 6 лет назад перенес инфаркт миокарда. 10 лет повышенное АД с максимальными цифрами 180/100 мм рт. ст. Терапию принимает нерегулярно. В течение последних трех лет беспокоит одышка, перебои в работе сердца, два года назад впервые появились отеки голеней, тяжесть в правом подреберье. Курит.

При осмотре ИМТ 31 кг/м² отмечается акроцианоз, кисти и стопы наощупь холодные. В легких в нижних отделах дыхание ослаблено, мелкопузырчатые хрипы. ЧДД – 26 в 1 мин. Левая граница относительной сердечной тупости на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. ЧСС 110 в 1 мин., тоны сердца аритмичные, пульс 90 в 1 мин. АД 170/100 мм рт.ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, край болезненный, мягкий. Отеки голеней.

На ЭКГ зубцы Р не регистрируются, выявляются “f”- волны, интервалы R-R от 0,57 до 1,0 с.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите факторы риска данного заболевания у больного.
3. Наметьте план обследования.
4. Наметьте план медикаментозного лечения.
5. Выпишите рецепт на варфарин.

Задача № 6. Больной Н., 45 лет, обратился на прием к участковому терапевту с жалобами на периодически возникающие головные боли. На осмотре уровень АД составил 165/100 мм рт. ст. Больной привычным для себя считает АД 120/80 мм рт. ст. Ранее не лечился. На ЭКГ ритм синусовый 85 в 1 мин., признаки гипертрофии левого желудочка.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите ЭКГ и ЭхоКГ-критерии гипертрофии левого желудочка.
3. Назовите критерии, позволяющие определить II стадию гипертонической болезни.
4. Перечислите основные группы препаратов, которые назначаются при лечении гипертонической болезни.
5. Выпишите рецепт на периндоприл.

Задача № 7. Больная 67 лет внезапно почувствовала интенсивные раздирающие боли за грудиной. Через полчаса боли несколько спустились вниз. Отмечалась кратковременная потеря сознания. По приезду “Скорой помощи” АД 220/110 мм рт.ст. ЧСС 88 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные. Диастолический шум во II межреберье справа у грудины. По ЭКГ признаков инфаркта миокарда не выявлено.

1. Укажите основное заболевание.
2. Какое возникло осложнение?
3. Необходимое обследование?
4. Лечение осложнения.
5. Наметьте план лечения основного заболевания с выпиской рецепта на периндоприл.

Задача № 8. Больная 36 лет доставлена в приемное отделение машиной “скорой помощи” в тяжелом состоянии. Из анамнеза: 16 лет работает процедурной медсестрой, в последние 2 года отмечает появление кожного зуда и заложенности носа на работе. На прием анальгина ранее была крапивница. Накануне после переохлаждения появились резкие боли в области шеи, усиливающиеся при повороте головы. Была вызвана “скорая помощь”, врач назначил баралгин. Через 10 минут после введения препарата появилась слабость, головокружение, стеснение в груди, сердцебиение, зарегистрировано АД 85/60 мм рт.ст. Было введено: адреналин 0,5 мл п/к, преднизолон 90 мг в/в и 30 мг в/м. Состояние улучшилось.

1. Что случилось с больной?
2. Какова причина тяжелого состояния?
3. Оцените оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе.
4. Профилактика данного состояния?
5. Выпишите рецепт на раствор преднизолона.

Задача № 9. Пациентка 36 лет страдает сахарным диабетом 1 типа в течение 15 лет, принимает инсулин в суточной дозе 44 ед. Обратилась в поликлинику с жалобами на повышение АД до 165/100 мм рт.ст., отечность лица по утрам.

Объективно: кожные покровы суховаты, лицо пастозное, бледное. ЧСС 88 в 1 мин, АД 170/100 мм рт.ст.

Проведены исследования: гликозилированный гемоглобин – 11%. Дневные колебания гликемии от 6,2 до 11,8 ммоль/л. В анализе мочи протеинурия 0,6 – 1,1 г/л, суточная потеря белка до 1,4 г. Скорость клубочковой фильтрации 49 мл/мин. Мочевина – 7,8 ммоль/л, креатинин – 120 мкмоль/л. Осмотр глазного дна: расширение и полнокровие венул, множественные микроаневризмы и мелкоочечные кровоизлияния по периферии сетчатки, мягкие и твердые экссудаты.

1. Сформулируйте диагноз, осложнения.
2. Что способствовало развитию осложнений?
3. Какие группы препаратов являются препаратами выбора для лечения наступившего поражения почек?
4. Как предотвратить прогрессирование поражения сетчатки?
5. Выпишите рецепт на лантус (гларгин).

Задача № 10. Больной 32 лет поступил в приемное отделение с жалобами на кашель с выделением мокроты ржавого цвета, боли в правом боку при дыхании, озноб, повышение температуры тела до 39°C, одышку. Заболел остро накануне, после переохлаждения.

Объективно: Состояние тяжелое. ЧДД 40 в 1 мин. Справа спереди ниже IV ребра и сзади от середины лопатки – притупление перкуторного звука, выслушивается бронхиальное дыхание, усиленная бронхофония. ЧСС 90 в 1 мин, АД 90/60 мм рт.ст.

1. Какой процесс в легких?
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?

3. Вероятный возбудитель? Как его выявить?
4. Тактика лечения?
5. Выпишите рецепт на цефтриаксон.

Задача № 11. Больная поступила в отделение с жалобами на приступы удушья с затрудненным выдохом, кашель с трудноотделяемой мокротой в виде комочков слизи. С детства частые простудные заболевания до 5-6 раз в год, в период которых всегда появлялись приступы одышки и выслушивались сухие хрипы в легких. На протяжении последних 5 лет приступы удушья с затрудненным выдохом до 3-х раз в неделю, купируются ингаляциями сальбутамола.

Объективно: Состояние средней степени тяжести. Температура тела – 36,6°C. ЧДД – 25 в 1 мин. Над легкими коробочный перкуторный звук, дыхание жесткое с удлиненным выдохом, по всем легочным полям выслушиваются сухие свистящие хрипы. Пульс 100 в 1 мин. АД 140/90 мм рт. ст.

1. Перечислите признаки бронхиальной обструкции.
2. Какая степень тяжести бронхиальной астмы?
3. Как объяснить подъем АД во время приступа удушья?
4. Какие исследования необходимы для оценки состояния больной?
5. Лечебная тактика? Выпишите рецепт на фенотерол.

Задача № 12. Пациент 55 лет в течение года беспокоили давящие боли за грудиной, появляющиеся при подъеме на 1 пролет лестницы, ходьбе в спокойном темпе. Боли купировались через 5 минут двумя орошениями полости рта изокетом. Неделю назад давящие боли стали возникать при меньшем уровне нагрузки, а иногда и в покое, потребность в изокете увеличилась. Последний приступ более продолжался около 30 минут.

При осмотре АД 180/100 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в 1 мин. Акцент II тона на аорте. На ЭКГ- синусовый ритм, ЧСС 80 в 1 минуту, депрессия сегмента ST на 2 мм в отведениях II, III, aVF.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Есть ли необходимость в госпитализации и куда?
3. Наметьте план обследования.
4. Какие 3 основные состояния включает в себя ОКС (острый коронарный синдром)?
5. Наметьте план лечения с выпиской рецепта на ацетилсалициловую кислоту.

Задача № 13. Больной С., 48 лет, жалуется на тяжесть в затылочной области, учащенное неритмичное сердцебиение. Считает себя больным в течение 6 лет, когда на фоне приема алкоголя впервые возник приступ сердцебиения, бригадой “скорой помощи” на ЭКГ было зарегистрировано нарушение сердечного ритма, после внутривенного введения антиаритмического препарата восстановился синусовый ритм. В течение последних 5 лет периодически регистрировалось повышение АД с максимальными цифрами 170/90 мм рт. ст. Антигипертензивные препараты принимал эпизодически. 2 года назад перенес ТИА (транзиторную ишемическую атаку). До настоящего времени приступы аритмии были редкими, возникали 1-2 раза в год, купировались самостоятельно через 1-2 часа. Настоящее ухудшение в течение последних двух недель, когда вновь появилось учащенное сердцебиение и перебои в работе сердца.

Объективно: дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 88 в 1 мин, пульс 80 в 1 мин. АД 160/80 мм рт. ст.

ЭКГ: Ритм неправильный, зубцы Р не визуализируются, комплексы QRS не изменены.

1. Какое нарушение ритма возникло у пациента примерно 2 недели назад?
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования назначите больному?

4. Определите тактику ведения пациента.
5. Выпишите рецепт на таблетированный амиодарон.

Задача № 14. Больной М., 54 лет, 10 лет страдает гипертонической болезнью. При очередном диспансерном осмотре выявлен сахар крови натощак 7,2 ммоль/л. После нагрузки глюкозой сахар 13,0 ммоль/л. Гликированный гемоглобин 8,5%. Рост пациента 176 см, вес – 120 кг. Окружность живота – 130 см. УЗИ: жировой гепатоз.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Рассчитайте индекс массы тела.
3. Правильным ли было назначение теста с нагрузкой глюкозой?
4. Назначьте лечение.
5. Выпишите рецепт на метформин.

Задача № 15. Студент 19 лет жалуется на периодические приступы экспираторного удушья с кашлем и хрипами в груди. Болен 2 года. Приступы чаще возникают ночью до 2-х раз в неделю и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Лекарства не принимал. В весеннее время года с детства отмечает выделения из носа, зуд и приступы чихания. Курит по 1,5 пачки в день. У матери бронхиальная астма.

При объективном и рентгенологическом исследовании легких патологии не обнаружено. В анализе крови эозинофилия 6%.

1. Предварительный диагноз?
2. Какая форма заболевания и почему?
3. Патофизиология удушья?
4. Какое профилактическое лечение следует рекомендовать?
5. Выпишите рецепт на таблетированный преднизолон.

Задача № 16. Пациент 49 лет жалуется на дискомфорт за грудиной, одышку при незначительной физической нагрузке, отеки ног. Считает себя больным в течение года. Связать заболевание с каким-либо провоцирующим фактором не может. Ревматического анамнеза, гипертонии нет.

Объективно: Температура тела 36,7°. Влажные хрипы в нижних отделах легких в небольшом количестве. Левая граница относительной сердечной тупости на 2,5 см левее срединно-ключичной линии, правая – на 2 см кнаружи от правого края грудины. 1 тон на верхушке ослаблен, выслушивается “ритм галопа”, систолический шум на верхушке. Тоны сердца аритмичные, ЧСС 115 в 1 мин, пульс – 96 в 1 мин. АД 115/70 мм рт. ст. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги.

ЭКГ: фибрилляция предсердий, синдром Соколова-Лайона 37 мм, признаков инфаркта, рубцовых изменений нет.

ЭхоКГ: клапаны интактны, все полости сердца дилатированы, регургитация на митральном и трикуспидальном клапанах III степени. Фракция выброса 35%.

1. Предположительный диагноз?
2. Осложнения?
3. Причина дискомфорта за грудиной?
4. Наметьте план обследования.
5. Назовите группы препаратов для лечения данного заболевания и выпишите рецепт на гидрохлортиазид.

Задача № 17. Мужчина 58 лет жалуется на плохой сон (поверхностный, тревожный), длительный период засыпания. Периодически беспокоят головные боли в затылочной области, чаще после аффекта, но иногда связаны с изменением погоды, физическими нагрузками. Не курит. Наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям не отягощена.

Объективно: ИМТ 29,5 кг/м². В легких изменений нет. Границы сердца незначительно увеличены влево, усиленный верхушечный толчок. Тоны сердца ясные,

ритмичные, акцент II тона на аорте, ЧСС 80 в 1 мин, АД 200/110 мм рт. ст. В анализах крови: холестерин – 6,0 ммоль/л, холестерин ЛПНП – 3,2 ммоль/л, сахар – 5,1 ммоль/л. Общий анализ мочи без изменений.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
32. Факторы риска заболевания у данного пациента и возможность их коррекции?
3. Наметьте план обследования.
4. Принципы лечения?
5. Выпишите рецепт на эналаприл.

Задача № 18. Больной 25 лет, водитель, обратился к участковому терапевту с жалобами на появление эпизодов удушья с затрудненным выдохом, кашель с трудно отделяемой мокротой практически ежедневно. Приступы удушья возникают 2-3 раза в неделю чаще ночью и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Незначительная одышка при физической нагрузке. Лекарства не принимал. Считает себя больным около 3 мес. За медицинской помощью обратился впервые. С детства частые бронхиты с обострениями в весенне-осенний периоды. Другие хронические заболевания отрицает. Операций, травм не было. Курит по 1,5 пачки в день 5 лет. У матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь. Аллергологический анамнез не отягощен. Профессиональных вредностей не имеет. При физикальном осмотре: состояние больного лёгкой степени тяжести. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы чистые, влажные. Рост 175 см, вес 81 кг. Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При перкуссии – ясный лёгочный звук. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание везикулярное, проводится во все отделы, выслушивается небольшое количество сухих, рассеянных, высокодискантных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 80 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 120/80 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10х9х7 см. Дизурических явлений нет.

1. Предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.
3. План лечебных мероприятий.
4. Укажите показания к неотложной госпитализации у пациента.
5. Выпишите рецепт на беклометид/фомотерол фуморат турбухейлер.

Задача № 19. Пациентка Т., 38 лет, жалуется на учащенное сердцебиение, перебои в работе сердца, резкую слабость, похудание, раздражительность, одышку при ходьбе, чувство жара в теле, отеки ног. Болеет 3 года, лечилась неоднократно в кардиологическом отделении, но эффект лечения нестойкий.

Объективно: Кожа влажная, теплая, бархатистая. Экзофтальм, (+) симптом Мари. Пальпируется увеличенная до II степени по ВОЗ щитовидная железа. Дыхание везикулярное. ЧСС 114 в 1 мин, пульс 98 в 1 мин, аритмичный. АД 160/50 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, аритмичные. Живот умеренно болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см. Пастозность голеней.

1. Каков предварительный диагноз?
2. Какие возникли осложнения заболевания?
3. Какие исследования следует провести?
4. Дальнейшая тактика ведения?
5. Выпишите рецепт на мерказолил.

Задача № 20. Пациент В., 58 лет, курильщик, обратился к врачу с жалобами на периодически возникающие давящие боли за грудиной с иррадиацией их в левую руку и левую лопатку. Эти боли появились 4 месяца назад, возникли при ходьбе свыше 200 м в

спокойном темпе и подъеме по лестнице выше одного пролета. Боли проходят при остановке.

Объективно: Со стороны органов и систем патологических отклонений не выявлено. АД 130/80 мм рт. ст. Пульс 70 ударов в 1 мин.

Холестерин – 6,5 ммоль/л, холестерин ЛПНП-3,9 ммоль/л.

1. Диагноз?
2. Какие исследования следует провести?
3. План лечения?
4. Рекомендации по коррекции факторов риска? Какой целевой уровень холестерина ЛПНП?
5. Выпишите рецепт на метопролол.

Задача № 21. Больной П. 35 лет обратился к терапевту поликлиники с жалобами на эпизоды внезапно возникающего головокружения при интенсивной физической нагрузке, эпизод кратковременной потери сознания. Анамнез: ранее у врачей не наблюдался, хронические заболевания отрицает. Считает себя больным в течение 2 месяцев. Отец умер внезапно в 43 года. При осмотре: состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые обычной окраски, высыпаний нет. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 14 в мин. Верхушечный толчок усилен. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС 60 уд в минуту. В области верхушки и вдоль левого края грудины выслушивается интенсивный систолический шум. АД 120/80 мм рт. ст. Печень и селезенка не пальпируются.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС – 80 в 1 мин. Отклонение ЭОС влево. RV6>RV5>RV4. Индекс Соколова-Лайона 45 мм.

1. Предложите план обследования пациента, обоснуйте.
2. Пациенту проведено обследование: ЭХОКГ – полости сердца не расширены, ФВ 56%. Толщина задней стенки ЛЖ – 13 мм, толщина межжелудочковой перегородки в верхней трети - 18 мм, индекс массы миокарда – 132 г/м². Ваши дальнейшие действия для постановки диагноза? Обоснуйте свой выбор.
3. По результатам СМАД у пациента регистрируются нормальные значения АД. Поставьте окончательный диагноз.
4. Назначьте терапию, дайте рекомендации.
5. Выпишите рецепт на бисопролол.

Задача № 22. Пациент 57 лет жалуется на кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке (подъем на 1 этаж, ходьба в умеренном темпе), сердцебиение, слабость, утомляемость. Выраженность симптомов по «Оценочному тесту по ХОБЛ» (САТ) 28 баллов. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 37 лет. Кашель в течение многих лет с мокротой по утрам. Часто отмечал субфебрильную температуру. 3 года назад появилась постепенно усиливающая одышка, отеки на голенях. При усилении одышки применяет беродуал. В последние годы участились обострения в связи с простудой до 2-3 раз в год. В прошлом году один раз был госпитализирован в стационар с обострением.

Объективно: гиперстенического телосложения, повышенного питания. ИМТ – 29 кг/м². Выраженный диффузный цианоз. Грудная клетка обычной конфигурации. При перкуссии легочный звук, в нижних отделах с коробочным оттенком. Дыхание жесткое, с удлинненным выдохом, рассеянные сухие свистящие хрипы. ЧД – 24 в минуту. Границы сердца расширены вправо, акцент 2 тона над легочной артерией. ЧСС – 86 ударов в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Шейные вены в положении лёжа набухают. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. На ногах отеки.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,8·10⁹/л, Hb – 168 г/л, лейкоциты – 6,1·10⁹/л (лейкоцитарная формула – без особенностей), СОЭ – 15 мм/ч. Спирометрия: ОФВ1=30,0% от должного, ОФВ1/ФЖЕЛ=0,6. Пульсоксиметрия: SaO₂=87%. ЭКГ – признаки гипертрофии правого желудочка и правого предсердия.

Рентгенография органов грудной клетки: лёгочный рисунок усилен, деформирован. Корни деформированы, уплотнены.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте медикаментозную терапию. Обоснуйте свой ответ.
4. Рассчитайте индекс курильщика.
5. Выпишите рецепт на сальбутамол.

Задача № 23. В кардиологическое отделение госпитализирован больной К. 24 лет. Жалобы на одышку при ходьбе до 100 м, усиливающуюся в горизонтальном положении, сердцебиение, общую слабость, отеки на ногах. В течение 2 месяцев отмечает появление одышки, слабости. Неделю назад появились перебои в работе сердца и сердцебиение, отёки на ногах.

Из перенесённых заболеваний отмечает ОРВИ.

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

Общий анализ крови: гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - $4,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 10 мм/ч. СРБ-0,6 мг/л. При рентгенографии органов грудной клетки выявлен синдром кардиомегалии. ЭхоКС: дилатация всех отделов сердца, диффузный гипокинез, фракция выброса - 28%.

ЭКГ: фибрилляция предсердий, ср. частота желудочкового ритма - 132 в 1 мин.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие изменения миокарда выявляются при гистологическом исследовании при данном заболевании?
3. Перечислите ЭКГ признаки фибрилляции предсердий.
4. Назначьте лечение данному пациенту. Нуждается ли пациент в восстановлении синусового ритма?
5. Выпишите рецепт на таблетированный дигоксин.

Задача № 24. Больной 47 лет курит с 14 лет по пачке сигарет в день. В течение 4-х лет беспокоит надсадный кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, одышка при физической нагрузке. Одышка по шкале mMRC – 1, по результатам опросника CAT – 7.

Объективно: Грудная клетка бочкообразной формы, выступают надключичные пространства. Голосовое дрожание ослаблено с обеих сторон. Перкуторно коробочный звук. Дыхание жесткое, с удлинённым выдохом, в боковых отделах дискантовые хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе.

При функциональном исследовании = ОФВ1 – 65%, ОФВ1/ФЖЕЛ – менее 70%. SaO₂ – 95%.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Что такое ОФВ1?
3. Объясните механизм формирования бронхообструктивного синдрома.
4. Рассчитайте ИПЛ (индекс пачка/лет).
5. План лечения с выпиской рецепта на Фенотерол/Ипратропия бромид.

Задача № 25. Больной Т., 58 лет, болен сахарным диабетом 15 лет. Длительно находился на терапии пероральными сахароснижающими препаратами. Гликированный

гемоглобин – 10,5%. 3 месяца назад переведен на интенсивный режим инсулинотерапии. Обратился к врачу офтальмологу с жалобами на снижение зрения в течение последнего месяца, расплывчатость контуров, отсутствие четкости.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Оцените уровень гликированного гемоглобина.
3. Обозначьте и обоснуйте предполагаемый целевой уровень HbA1c.
4. Что могло способствовать ухудшению зрения? Какие изменения на глазном дне возможны у данного пациента?
5. Выпишите рецепт на левемир.

Задача № 26. Больной Л. 18 лет жалуется на головные боли, носовые кровотечения, боли в ногах после длительной ходьбы. При осмотре отмечается гиперстеническая конституция больного, развитый плечевой пояс, гиперемия лица. Пульс на лучевой артерии напряжён, ритмичный с частотой 64 в минуту, симметричный с обеих сторон. Левая граница сердца на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца ясные, на всех точках аускультации выслушивается грубый систолический шум, проводящийся на сосуды шеи и в межлопаточное пространство, акцент II тона на аорте. АД на плечевых артериях - 170/110 мм рт. ст., на бедренных артериях - 150/80 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Выделите и обоснуйте ведущий синдром.
2. Установите предварительный диагноз.
3. Определите круг дифференциального диагноза.
4. Наметьте план обследования пациента на первом этапе.
5. Определите тактику лечения. Выпишите рецепт на моксонидин.

Задача № 27. Больная 73 лет доставлена бригадой “скорой помощи” с диагнозом: Сахарный диабет, кетоацидотическая кома. Сознание спутанное. Со слов родственников, страдает сахарным диабетом 4 года. Ранее лечилась только диетой. Последние 2 месяца стала принимать манинил по 1 табл. до завтрака и 1 табл. до ужина. манинилом вызвало повышенный аппетит. 3 дня назад по совету эндокринолога родственники резко ограничили больную в еде. К вечеру у больной появилось неадекватное поведение, агрессивность, дурашливость. На следующий день был приступ судорог, перестала ориентироваться в окружающем пространстве, стала отказываться от еды. Сегодня утром потеряла сознание.

Объективно: Сознание спутанное. Цианоз губ. Кожные покровы, язык влажные. Тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС 120 в 1 мин. АД 120/70 мм рт.ст. Тонус мышц повышен, клонические и тонические судороги. Симптомы Бабинского +. Сахар крови – 2,0 ммоль/л. В моче ацетон +, сахар не обнаружен.

1. Сформулируйте предварительный диагноз – основной, осложнения.
2. Какова причина развития данного состояния?
3. Каковы должны быть мероприятия?
4. Дайте рекомендации по дальнейшей сахароснижающей терапии.
5. Выпишите рецепт на глибенкламид (манинил).

Задача № 27. Женщина 45 лет обратилась в поликлинику с жалобами на приступы удушья и одышку после физической нагрузки и спонтанные ночью, на дискомфорт в груди. Впервые заболела после тяжёлой пневмонии 11 лет назад. Затем приступы повторялись после физической нагрузки и во время простудных заболеваний. Приступы удушья снимала ингаляцией Сальбутамола. Наличие аллергических заболеваний у себя и родственников отрицает. Вредных привычек нет.

Объективно: состояние удовлетворительное. В лёгких: перкуторно – коробочный звук, аускультативно – дыхание жёсткое, сухие хрипы по всем лёгочным полям, свистящие при форсированном выдохе. Частота дыхательных движений– 18 в минуту. Границы сердца

не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД - 140/90 мм рт. ст. Пульс – 69 ударов в минуту. Печень, селезенка не пальпируются.

Анализ крови: гемоглобин – 12,6 г/л, лейкоциты - $9,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, эозинофилы – 5%, моноциты – 6%, лимфоциты – 13%; СОЭ - 19 мм/ч. Анализ мокроты: слизистая, без запаха. При микроскопии: лейкоциты - 5-6 в поле зрения, эозинофилы - 10-12 в поле зрения, клетки эпителия бронхов, ед. альвеолярные макрофаги. ВК - отриц. Р-графия грудной клетки: повышена прозрачность лёгочных полей, уплощение и низкое стояние диафрагмы. Лёгочный рисунок усилен. Корни лёгких увеличены, тень усилена. Тень сердца увеличена в поперечнике.

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз. Обоснуйте его.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Составьте план лечения (назовите необходимые группы лекарственных препаратов).
5. Выпишите рецепт на эуфиллин в растворе.

Задача № 29. Больная А. 38 лет поступила по скорой помощи в приёмное отделение стационара с жалобами на пульсирующую головную боль, сопровождающуюся сердцебиением, потливостью, ознобом. За последние 6 месяцев отмечает похудание на 4 кг. За последние 8 месяцев - частые гипертонические кризы, купировавшиеся врачами скорой помощи. Постоянно гипотензивную терапию не принимала, но при повышении АД свыше 170/100 мм рт. ст. принимала Каптоприл 25 мг внутрь без выраженного эффекта.

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

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Установите предварительный диагноз.
3. Наметьте план обследования пациентки на первом этапе.
4. Определите круг дифференциального диагноза.
5. Определите тактику лечения. Выпишите рецепт на периндоприл.

Задача № 30. На прием к терапевту обратилась женщина 41 года (рост – 168 см, масса тела – 74 кг) с жалобами на постоянно повышенные цифры АД (180/120, 170/115 мм рт. ст.). Больная не чувствует повышение АД. Повышенное АД плохо поддается гипотензивной терапии. Из анамнеза известно, что в течение 8 лет у пациентки в моче находят повышенное содержание белка и эритроцитурию. Специально поэтому поводу нигде не обследовалась.

При осмотре: АД 170/110 мм рт. ст., пульс – 72 в мин, ритмичный. Определяется небольшая отечность под глазами. В исследованиях мочи – протеинурия (суточная потеря белка не более 1,0 грамма), эритроцитурия (в поле зрения в среднем 6 – 8 эритроцитов). По ЭКГ – левограмма, высокие зубцы R в отведениях V4- V6, в этих же отведениях депрессия сегмента ST и слабоотрицательные зубцы T. По эхокардиографии - выраженная гипертрофия левого желудочка, умеренная дилатация левого предсердия, нарушение диастолической функции левого желудочка. Развернутый анализ крови без особенностей, СКФ – 56 мл/мин, глюкоза плазмы – 4,4 ммоль/л, суточный диурез не более 1,5 литров.

1. Предварительный диагноз?
2. Имеется ли ХПН у данной больной и какой стадии? Чем объясните изменения на ЭКГ?
3. Какие дополнительные методы обследования следует провести больной?
4. Какую плановую терапию вы назначите данной пациентке?
5. Выпишите рецепт на гидрохлортиазид.

Задача № 31. Больной 65 лет. Дважды 5 лет назад перенес инфаркт миокарда, в настоящее время беспокоит одышка при ходьбе по комнате. Поступил в кардиологическое отделение в связи с нарастанием сердечной недостаточности.

При осмотре: влажные хрипы в нижних отделах легких, ЧДД 20 в 1 мин, пульс 100 в мин, ритмичный. Границы сердца расширены влево на 3 см от средне-ключичной линии, тоны сердца глухие. Акцент II тона над легочной артерией. АД – 110/70 мм рт.ст. Печень +2 см из-под края реберной дуги. Отеки голеней.

Вопросы:

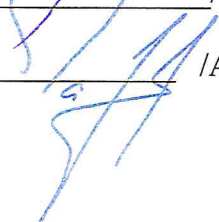
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Наметьте план обследования.
3. Чем можно объяснить акцент II тона на легочной артерии?
4. Наметьте план лечения.
5. Выпишите рецепт на спиронолактон.

Утверждены на заседании кафедры внутренних болезней № 1,
протокол № 10 от «08» мая 2020 г.

Заведующий кафедрой внутренних
болезней № 1 д.м.н., проф.

Декан лечебного факультета к.м.н., доцент


_____/С.Ю. Никулина


_____/А.А.Газенкамф