



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

# ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО

Сборник ситуационных задач для государственной итоговой  
аттестации обучающихся по специальности 31.05.01 Лечебное дело

Под редакцией А. Н. Наркевича

Красноярск  
2022

УДК 616.1/.9(076.1)

ББК 53.5

Л53

Составители: Н. В. Аксютина, Д. А. Аникин, И. И. Барон, В. И. Бахтина, Т. Ю. Большакова, Р. Н. Борисов, А. В. Веселов, Е. В. Галко, Н. В. Гордеева, Э. К. Гребенникова, Л. К. Данилова, И. В. Демко, М. Я. Домрачева, А. А. Дударев, М. А. Дудина, А. А. Евсюков, С. А. Егоров, А. Р. Ефремова, Т. Г. Захарова, О. В. Зимницкая, Е. В. Зорина, Д. Э. Здзитовецкий, О. П. Ищенко, Д. С. Каскаева, Е. П. Ключникова, А. А. Коваленко, В. Н. Коновалов, О. В. Костарева, Л. В. Кочетова, А. Ю. Крапошина, О. С. Круглова, Е. Ю. Кузнецова, М. Г. Мамаева, В. А. Мосина, Л. В. Николаева, С. Ю. Никулина, А. В. Новиков, И. Г. Носков, Н. Б. Осетрова, Н. Ю. Павлова, Т. М. Парфенова, М. М. Петрова, А. А. Поздняков, Г. Н. Полстяная, Е. А. Пронина, И. В. Романова, И. А. Соловьева, Е. А. Теппер, Ю. Г. Трофимович, О. В. Тутынина, В. Б. Цхай, Д. В. Черданцев, И. И. Черкашина, А. А. Чернова, С. В. Чубарова, В. А. Чупахина, Н. Ю. Шимохина, С. Ю. Штарик, Н. М. Яметова

Редактор: д-р мед. наук А. Н. Наркевич

Рецензенты: заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФГАОУ ВО «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта» д-р мед. наук, проф. А. И. Пашов; заместитель главного врача по лечебной работе КГБУЗ «Городская больница №7» Т. В. Максимчук

**Лечебное дело** : сборник ситуационных задач для Л53 государственной итоговой аттестации обучающихся по специальности 31.05.01 Лечебное дело / сост. Н. В. Аксютина, Д. А. Аникин, И. И. Барон [и др.] ; под ред. А. Н. Наркевича. – Красноярск : тип. КраГМУ, 2022. – 271 с.

В сборнике ситуационных задач для государственной итоговой аттестации обучающихся по специальности 31.05.01 Лечебное дело представлены задачи, отражающие особенность клинических проявлений, методов диагностики различных нозологий, а также способствуют усвоению особенностей терапии приведенных заболеваний.

Сборник составлен в соответствии с ФГОС ВО (Приказ № 95 от 09 февраля 2016 г.) и учебным планом по специальности 31.05.01 Лечебное дело.

Утверждено к печати ЦКМС КрасГМУ (протокол № 3 от «10» ноября 2022 г.).

УДК 616.1/.9(076.1)

ББК 53.5

© ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, 2022

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>п/п</b>	<b>Раздел</b>	<b>стр.</b>
<b>1.</b>	<b>Ситуационные задачи по терапии</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>Ситуационные задачи по хирургии</b>	<b>142</b>
<b>3.</b>	<b>Ситуационные задачи по акушерству и гинекологии</b>	<b>209</b>

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕРАПИИ

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

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

#### Вопросы:

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

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №1

1. Иммуноглобулин-позитивный мембранопролиферативный гломерулонефрит (МБПГН) I типа. ХБП С4 А3. Вторичная нефрогенная анемия легкой степени тяжести. Вероятно, наличие мутации CFHR5 (CFHR 5 – complement factor H related proteins) являлось основой для провоцирующего действия стрептококковой инфекции.

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

3. Для диагностики иммуноглобулин-позитивного МБПГН в соответствии с мировыми стандартами необходимо сочетание нескольких методов морфологического исследования прижизненных биоптатов почечной ткани: световой микроскопии, иммуноморфологии, ультраструктурного анализа (трансмиссионной электронной микроскопии). При проведении иммуноморфологического исследования диагностически значимым считается интенсивность отложения продукта реакции на иммуноглобулины А, М, G и на С3 в структурах гломерул  $\geq 2+$  как при флуоресцентной, так и при светооптической (в проходящем свете) микроскопиях. При отсутствии возможности проведения ультраструктурного анализа (электронной микроскопии), морфологический диагноз должен быть сформулирован на основании данных световой микроскопии и иммуноморфологии. При I типе МБПГН при электронной микроскопии выявляются субэндотелиальные и мезангиальные депозиты, полулуния более чем в 20% клубочков, тубуло-интерстициальный склероз. Наличие иммуноглобулинов и С1q-, С2-, С4-, С3-фракций комплемента указывает на иммуноглобулинпозитивный вариант МБПГН.

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

5. В случаях нефротического синдрома и прогрессирующего ухудшения функции почек, применяют комбинацию циклофосфида (2-2,5 мг/кг в сутки) или микофенолата мофетила (1,5-2 г/сут.) в сочетании с низкими дозами преднизолона (40 мг/сут.) лучше по альтернирующей схеме в течение 6 месяцев (рекомендации KDIGO). При БПНС с наличием полулуний более чем в 50% клубочков рекомендуется плазмаферез, пульс-терапия метилпреднизолоном с последующим пероральным приемом циклофосфида в сочетании с преднизолоном (схему см. выше). При наличии тубуло-интерстициального склероза могут быть назначены аспирин (975 мг/день) и дипиридамол (325 мг/день). Ренопротективная терапия (и-

АПФ, блокаторы АТ1-рецепторов, статины, диета), нормализация АД (не выше 130/80 мм рт. ст.), препараты железа.

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

Больная, 33 года, обратилась с жалобами на повышение температуры тела до 37,6°C, кожные высыпания, боли в мелких суставах кистей. Из анамнеза известно, что месяц назад были первые роды. При осмотре кожные высыпания по типу ливедо. При аускультации: дыхание везикулярное, хрипов нет; сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧДД 11 в мин., АД 140/90 мм.рт.ст., ЧСС - 90 уд/мин. При пальпации живот мягкий, безболезненный по всем отделам. Печень по краю реберной дуги. Общий анализ крови: гемоглобин 101 г/л, Эр-3,37×10<sup>12</sup>/л; Лейкоциты -3,1×10<sup>9</sup>/л; Лимфоциты - 1,0×10<sup>9</sup>/л, Тромбоциты - 112×10<sup>9</sup>/л, СОЭ - 45 мм/ч. ОАМ: цвет – соломенно-желтый, уд.вес - 1010, белок - 0,256 г/л, эритроциты измененные - 20-50 в п/зр., лейкоциты – 12-18 в п/зр., эритроцитарные цилиндры +++. Б/х анализ крови: мочевины 6,9 ммоль/л, креатинин 413,2 мкмоль/л, К 4,9 ммоль/л. Коагулограмма: АЧТВ - 12,1 сек. (25,4-36,9), фибриноген 6,9 г/л (2-4), антитромбин III, % активности – 63 % (83-128). АТ к кардиолипину суммарные Ig G+A+M – 45 отн.ед./мл (<12). СКФ (СКД-ЕР1): 51 мл/мин/1,73 кв.м.

### Вопросы:

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

## ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №2

1. Активный волчаночный нефрит (ВН) с выраженным мочевым синдромом. ХБП С3а А2. Мочевой синдром, синдром иммунологической напряженности, синдром экстраренальных проявлений СКВ.

2. Биопсия почки для гистологической верификации класса ВН. Иммунологические исследования (антиядерные АТ, АТ к двухспиральной

ДНК (анти-ДНК), АТ к экстрагируемым ядерным антигенам (Ro, La, Sm, рибонуклеопротеиду), АТ к компоненту комплемента С1q (анти-С1q-АТ), определение общей гемолитической активности комплемента СН 50 и его фракций; АТ к фосфолипидам: АТ к  $\beta$ 2-GP1, волчаночный антикоагулянт — лабораторные маркёры АФС), б/х крови (общий белок, Fe, Са, мочева кислота, липидограмма), электрофорез белков сыворотки.

3. Морфологическая картина при ВН с выраженным мочевым синдромом представлена пролиферативными и мезангиальными формами ВН (классы II, III, реже IV). Наиболее выражены гломерулярные изменения (мезангиальная гиперклеточность, расширение мезангия, пролиферация эндотелиальных клеток, изменения базальных мембран капилляров), в некоторых случаях выявляются участки некроза капиллярных петель и полулуния. При иммуногистохимическом исследовании в клубочках выявляют отложения IgG, часто в сочетании с IgM и IgA, ранних компонентов комплемента – С3, С4, особенно С1q, фибрина. Характерным признаком ВН считают тубулоретикулярные включения в клетках эндотелия капилляров клубочка, напоминающие парамиксовирусы.

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

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

5. Тактика лечения ВН зависит от гистологического класса ВН. Всем пациентам с ВН любого класса следует проводить лечение гидроксихлорохином (в максимальной суточной дозе 6-6.5мг/кг идеального веса тела), если нет специфических противопоказаний к этому препарату. Пациентам с классом II ВН и протеинурией <1г/сутки иммуносупрессивную терапию следует проводить в зависимости от внепочечных проявлений СКВ. С нефропротективной целью показано назначение ингибиторов АПФ или

блокаторов АТ1-рецепторов. Класс III ВН: 1) индукционная (инициальная) терапия: циклофосфамид (ЦФ) внутривенно в дозе 500 мг каждые 2 недели в течение 3 мес. (суммарная доза 3г) или препараты микофеноловой кислоты (МФК) (микофенолата мофетил [ММФ] в целевой дозе 3г/сутки в течение 6 месяцев, или микофенолат натрия в эквивалентной дозе) в сочетании с ГКС в виде в/в «пульсов» метилпреднизолона в дозе 500-750 мг в течение 3 последовательных дней, и затем преднизолон внутрь 1.0-0.5мг/кг/сутки в течение 4 недель с постепенным снижением до  $\leq 10$ мг/сутки к 4-6 месяцам; 2) поддерживающая (последующая) терапия: азатиоприн (1,5-2,5 мг/кг/сутки) или ММФ (1-2г/сутки в два приема), и низкие дозы кортикостероидов внутрь (эквивалентным  $\leq 10$ мг/сутки преднизолона). Препараты кальция и витамина D. Учитывая наличие антифосфолипидных АТ показано назначение ацетилсалициловой кислоты.

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

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3**

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

онемение нижних конечностей. Употребляет в пищу слабосоленую и свежемороженую рыбу. К врачам ранее не обращалась.

Общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы выраженной бледности, лёгкая желтушность кожи и склер лимонного оттенка. Лицо одутловато. Рост – 166 см, масса тела 68 кг. В лёгких везикулярное дыхание. ЧДД 20 в минуту. Границы сердца смещены влево на 1 см, тоны немного приглушены, ЧСС - 98 в минуту, АД - 124/84 мм рт. ст. Язык малинового цвета, сосочки сглажены. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется, селезёнка не увеличена. Общий анализ крови: гемоглобин 56 г/л, Эритроциты –  $1,27 \times 10^{12}/л$ ; Лейкоциты –  $3,7 \times 10^9/л$ ; Тромбоциты –  $191 \times 10^9/л$ , СОЭ – 25 мм/ч.

### **Вопросы:**

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

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №3**

1. В12-дефицитная анемия тяжелой степени
2. Дифиллоботриоз
3. Анемический, синдром поражения ЖКТ при В-12дефицитной анемии, синдром поражения ЦНС при В-12дефицитной анемии:
4. Гемолитической анемией, апластической анемией, анемией при дефиците фолиевой кислоты, онкопатологией.
5. Пациентам с установленным диагнозом В12 дефицитной анемии проводится терапия лекарственными препаратами витамина В12 – цианокобаламином (витамин В12) в дозе 1000 мкг в/м 1 раз в неделю в течение 4 недель и потом 1000 мкг 1 раз в месяц (продолжительность 4-8 недель). Если доступны пероральные или сублингвальные формы, дозировка составляет 1000-2000 мкг в день.

Длительность терапии цианокобаламином, как правило, определяется тяжестью В12-дефицитной анемии. После регресса анемии, лейкопении, тромбоцитопении и всех морфологических аномалий эритроцитов курс

лечения цианкобаламином продолжается еще 10-14 дней с целью создания «запасов» витамина В12 в печени.

При подозрении на дифиллоботриоз пациентам также необходимо выполнить анализ стула и при подтверждении диагноза назначить лечение Празиквантелом (Бильтрицидом) 10 мг/кг внутрь однократно.

Ранняя диагностика В12-дефицитной анемии, своевременное начало лечения и адекватное диспансерное наблюдение после ликвидации анемии, обеспечивают благоприятный прогноз заболевания вне зависимости от возраста пациента.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4**

Больная С, 64 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на наличие безболезненных опухолевидных эластичных образований по боковой поверхности шеи и в подмышечных областях, а также на тяжесть в левом подреберье при быстрой ходьбе, повышенную потливость днем и ночные поты на протяжении последних двух месяцев, выраженную общую слабость. Похудела на 7 кг за последние три месяца. Вышеуказанные жалобы появились около года назад и постепенно нарастали.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пальпируются конгломераты увеличенных подчелюстных, шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов, при пальпации – эластичные, безболезненные, малоподвижные, кожа над ними не изменена, симметрично увеличены: шейные и подчелюстные до 2-3 см, подмышечные до 4-5 см, паховые до 4 см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, хрипов не слышно, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ЧСС – 78 ударов в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, край эластичный, безболезненный.

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

#### **Вопросы:**

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?
4. Как проводится лечение данного заболевания? Какие классы препаратов или подходы используются в лечении?
5. От чего зависит прогноз данного заболевания?

#### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №4**

1. Хронический лимфолейкоз (ХЛЛ)
2. Диагноз ХЛЛ поставлен на основании:
  - клинических данных (пожилой возраст, жалобы на выраженную общую слабость, дневную и ночную потливость, потерю веса и увеличение лимфоузлов);
  - объективных данных (симметричное увеличение лимфоузлов, при пальпации они безболезненные, тестоватой или эластичной консистенции, подвижные, кожа над ними не изменена, характерно наличие спленомегалии);
  - лабораторных данных (в общем анализе крови лейкоцитоз с абсолютным лимфоцитозом и крайне характерный признак – тени Боткина-Гумпрехта).
3. Для уточнения диагноза необходимо выполнить:
  - биохимический анализ крови
  - коагулограмма
  - стерильная пункция (в пунктате костного мозга будет значительное увеличение количества лимфоцитов) и иммунофенотипическое исследование костного мозга
  - МСКТ органов грудной клетки, брюшной полости и таза (для внутригрудных, внутрибрюшных, забрюшинных и тазовых лимфоузлов, селезенка); при отсутствии доступа к МСКТ выполняется УЗИ брюшной полости и рентгенография органов грудной клетки;
  - эксцизионная биопсия лимфоузла (гистологическое и иммуногистохимическое исследование).
4. Для верификации диагноза показана консультация гематолога, а лечение проводится в специализированном отделении гематологии.

Всем пациентам с ХЛЛ перед началом 1-й и всех последующих линий терапии рекомендуется проведение цитогенетического исследования методом FISH на наличие определенных мутаций (делецию 17p, мутаций гена TP53, делецию (11q), трисомию 12, и делецию (13q)).

Лечение чаще всего проводится следующими классами препаратов:

- ингибиторы тирозинкиназ (ибрутиниб, акалабрутиниб)
- ингибиторы белка Bcl-2 (венетоклакс)
- моноклональные антитела (ритуксимаб, обинутузумаб)
- химиопрепараты (бендамустин, циклофосфамид, флударабин)

Также некоторым пациентам может проводиться аллогенная трансплантация костного мозга.

5. Прогноз ХЛЛ зависит от стадии заболевания, его ответа на лечение и общего состояния пациента. Полное выздоровление, к сожалению, невозможно, однако при хорошем ответе на лечение пациенты находятся в достаточно длительной ремиссии. Большинство пациентов (85%) с диагнозом ХЛЛ живет больше 5 лет.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5**

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

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное Рост – 172 см, масса тела – 105 кг. ИМТ – 35,59 кг/м<sup>2</sup>. Окружность талии – 115 см, окружность бедер – 123 см. Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, ЧСС – 82 уд. в мин., АД – 130/84 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не

увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

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

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

### **Вопросы:**

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

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №5**

1. Подагра. Острый артрит I плюсне-фалангового сустава правой стопы, первая атака. Экзогенно-конституциональное ожирение 2 степени. Гиперлипидемия (гиперхолестеринемия, гипертриацилгрицеридемия).

2. Диагноз «подагра» установлен на основании жалоб больного на сильную боль в плюсне-фаланговом суставе I пальца правой стопы, припухлость I пальца правой стопы, гиперемию кожи над суставом,

повышение температуры тела до 37,5°C; данных анамнеза (накануне был в гостях у друга, где употреблял мясо и красное вино в большом количестве, боль возникла впервые, внезапно, около 6 часов утра и локализовалась преимущественно в области I плюсне-фалангового сустава правой стопы); данных объективного обследования (при осмотре I плюсне-фалангового сустава правой стопы: кожные покровы над I плюсне-фаланговым суставом резко гиперемизированы, горячие на ощупь, отёк сустава распространяется на соседние мягкие ткани, пальпация сустава резко болезненна, движения и ходьба практически невозможны. Интенсивность боли по шкале ВАШ - 7 баллов); стадия подагры на основании анамнеза заболевания (боль возникла впервые, внезапно) и на основании данных лабораторного исследования (повышение уровня мочевой кислоты). Диагноз «экзогенно-конституциональное ожирение (ЭКО)» установлен на основании показателя ИМТ ( $>35,59$  кг/м<sup>2</sup>). Диагноз «гиперлипидемия» установлен на основании повышения общего холестерина, повышения уровня ТГ и снижения уровня ЛПВП.

Критерии диагностики подагры:

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

Пациент подлежит диспансерному наблюдению. Группа ДН ЗБ.

3. Пациенту рекомендовано: рентгенография I плюсне-фаланговых суставов обеих стоп - для определения стадии подагры; общий анализ мочи + альбуминурия - для выявления кристаллов уратов, поражения почек; пункция I плюсне-фалангового сустава для исследования суставной жидкости -

выявление кристаллов моноуратов натрия; ревматологические пробы: ревматоидный фактор, АЦЦП - для исключения ревматоидного артрита; биохимические показатели: аминотрансферазы, креатинин крови - с целью персонификации фармакотерапии и уточнения коморбидного статуса пациента.

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

Обучение больного правильному образу жизни (уменьшение веса тела при ожирении, диета, уменьшение приёма алкоголя, особенно пива) - ключевой аспект лечения. Ограничение в пищевом рационе богатых пуринами продуктов животного происхождения и снижение массы тела способствует снижению сывороточного уровня мочевой кислоты, а алкоголь, особенно пиво, является независимым фактором риска для подагры. Лечение острого приступа подагрического артрита. НПВП и Колхицин могут быть эффективны в терапии острого приступа артрита и являются первой линией терапии. Высокие дозы Колхицина приводят к побочным эффектам, а низкие дозы (например, 0,5 мг 3 раза в день) могут быть достаточны у ряда пациентов. Удаление синовиальной жидкости и введение внутрисуставно длительно действующих глюкокортикоидов может быть эффективным и безопасным лечением острого приступа артрита. Антигиперурикемическая терапия показана больным с острыми атаками. Проведение антигиперурикемической терапии показано при неэффективности нефармакологических методов лечения. Решение о подобной терапии должно быть принято индивидуально, учитывая баланс между пользой и потенциальными рисками, и согласовано с больным. Целью антигиперурикемической терапии является предупреждение образования и растворение имеющихся кристаллов моноурата натрия, это достигается поддержанием уровня МК ниже точки супернасыщения сыворотки уратами (<360 мкмоль/л), так как предотвращение образования и растворение уже имеющихся кристаллов моноурата натрия возможно при достижении

указанного сывороточного уровня мочевой кислоты. Профилактика суставных атак в течение первых месяцев антигиперурикемической терапии может достигаться Колхицином (0,5-1,0 грамм в день) и/или НПВП (с гастропротекцией при показании). И Колхицин и НПВП имеют потенциально серьезные побочные эффекты, и их назначение предопределяет необходимость соотносить потенциальную пользу и вред. При наличии противопоказаний и/или неэффективности НПВП и Колхицина для профилактики приступов артрита в первые месяцы антигиперурикемической терапии возможно назначение ингибиторов Интерлейкина-1. Данному пациенту назначена следующая терапия - немедикаментозная: питание при подагре предусматривает снижение общего калоража. Необходимо уменьшить поступление в организм экзогенных пуринов и животных жиров. Жиры снижают экскрецию мочевой кислоты почками.

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

Исключают из пищевого рациона: печёнку, почки, жирные сорта мяса, мясные бульоны, копчёности, горох, бобы, чечевицу, шпинат, цветную капусту, шпроты, сельдь. Следует ограничить потребление мяса до 2-3 раз в неделю, при этом лучше употреблять его в отварном виде. Медикаментозная терапия: Колхицин 0,0005 г по 2 таблетки каждые 2 часа, затем на 2 и 3 дни 2 таблетки; 4 день - 1 таблетка вечером; следующие дни - 1 таблетка вечером с ужином до купирования атаки. НПВП (ингибиторы ЦОГ-2 (Нимесулид 100 мг по 1 таблетке 2 раза в день после еды), после купирования острой подагрической атаки - Аллопуринол 300 мг 1 таблетка 1 раз в сутки принимать до нормализации уровня мочевой кислоты сыворотки крови.

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

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6

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

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

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

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

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

Биохимический анализ крови: креатинин – 108 мкмоль/л, мочевины - 8,8 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, альбумины - 45%,  $\alpha_1$  – 4%,  $\alpha_2$  – 15%,  $\beta$  – 9%,  $\gamma$  - 27%, фибриноген – 6,3 г/л. Антитела к ДНК и антинуклеарный фактор – более 200 Ед/мл.

### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Назовите критерии диагностики установленного Вами заболевания. Подлежит ли пациент диспансерному наблюдению, если да, то какая группа ДН у него будет?
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 6 месяцев регулярной терапии и соблюдения рекомендаций: эритроциты -  $4,4 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 119 г/л, тромбоциты –  $210 \times 10^9$ /л, лейкоциты -  $5,1 \times 10^9$ /л, глюкоза натощак – 4,9 ммоль/л, общий холестерин – 4,9 ммоль/л, креатинин – 108 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕПІ) = 60,3 мл/мин; суточная потеря белка – 0,240 г/сут. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. Возможна ли реабилитационная терапия?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №6**

1. Системная красная волчанка, подострое течение, высокой степени активности с поражением кожи (эритема, фотосенсибилизация), суставов (артралгии, артрит), почек (люпус-нефрит), крови (тромбоцитопения, анемия, лейкопения).
2. Диагноз «системная красная волчанка (СКВ)» установлен на основании жалоб больной на наличие эритематозной сыпи в области скул, лихорадки, суставного синдрома, данных анамнеза (пациентка отмечает аллергическую реакцию на инсоляцию в течение 2 лет); установление течения СКВ основано на анамнезе заболевания (в дебюте конституциональные симптомы, неспецифическое поражение кожи и суставов, периодические обострения, развитие полиорганной симптоматики в течение 2 лет с момента появления первых симптомов). Степень активности

СКВ установлена на основании наличия проявлений артрита, протеинурии (0,856 г/сут.), высыпаний на коже (эритематозная сыпь на скулах), алопеции (диффузное выпадение волос), повышенного содержания антител к двуспиральной ДНК (более 200 ЕД/мл), тромбоцитопении ( $100 \times 10^9/\text{л}$ ), лейкопении ( $1,6 \times 10^9/\text{л}$ ), поражения почек (протеинурия, снижение СКФ).

Пациент подлежит диспансерному наблюдению. Группа ДН 3Б.

3. Пациентке рекомендовано:

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

4. Глюкокортикостероиды короткого действия (Преднизолон или Метилпреднизолон). Данная группа препаратов наиболее эффективная для лечения СКВ. При высокой степени активности СКВ с целью достижения быстрого эффекта показана пульс-терапия (500-1000 мг Метилпреднизолона внутривенно капельно в течение трёх дней). Цитостатические иммунодепрессанты (Циклофосфан или Мофетиламикофенолат) назначаются больным СКВ при прогрессирующем течении, высокой активности, сопровождающимся поражением жизненно важных органов и систем. Цитостатики являются важнейшим компонентом лечения СКВ, особенно при угрожающем течении с поражением почек, ЦНС, генерализованном васкулите, альвеолите. После проведения дообследования к терапии подключить прием моноклональных антител к B<sub>L</sub>yS (Белимумаб) по 10 мг\кг в стационаре (0-14-28 день) и далее в амбулаторных условиях ежемесячно в течение не менее 6 месяцев.

5. Оставить терапию глюкокортикостероидами без изменений, продолжить динамическое наблюдение. При достижении улучшения, снижения активности болезни - доза ГК может быть медленно уменьшена (Преднизолон по 1/4 таблетки 7-10 дней) до поддерживающей, которая варьирует в зависимости от течения болезни, поражения того или иного

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

### **Лечебная физическая культура**

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

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

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

### **Физиотерапия**

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

## **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7**

Больной И., 56 лет, инженер. У больного во время работы на дачном участке внезапно возникло ощущение частого беспорядочного сердцебиения, сопровождающееся слабостью, неприятными ощущениями в области сердца. Вызвал СМП, доставлен в приемное отделение больницы. Из анамнеза выяснилось, что подобные ощущения сердцебиения, которые возникали чаще во время физической нагрузки отмечает на протяжении последнего года. Данные эпизоды сердцебиения были кратковременными и проходили самостоятельно в состоянии покоя без каких-либо усилий со стороны больного. В поликлинику обращался в связи с ОРВИ. По данным амбулаторной карты стало известно, что на протяжении последних двух лет

артериальное давление при осмотрах всегда было нормальным, неоднократно было выявлено повышенное содержание в крови общего холестерина до уровня 7,6 ммоль/л, при этом в анализах преобладало содержание липопротеидов низкой плотности.

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

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



### Вопросы:

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

## ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ № 7

1. Диагноз больного: ИБС, Фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма. Основанием для диагностики фибрилляции предсердий являются-данные аускультации – тоны сердца неритмичные, имеют не постоянную звучность, выявлен маркер диагностики фибрилляции предсердий- дефицит пульса: ЧСС-112 в минуту, пульс на лучевых артериях 98, неритмичный (дефицит пульса-14 сокращений в минуту), ЭКГ – ритм ФП, ЧСС 76-150 в мин.

2. План дообследования больного: ЭКГ в динамике, Холтеровское мониторирование ЭКГ, ЭХОКГ, электрофизиологическое исследование сердца, лабораторные показатели: гормоны щитовидной железы, повторить липидный спектр, коагулограмма, сахар крови, креатинин.

3. Исключить фибрилляцию предсердий, как синдром при ревматических пороках, тиреотоксикозе, кардиомиопатиях.

4. Лечение: 1) Снять пароксизм ФП при структурных заболеваниях миокарда - в/в амиодарон, без структурных поражений возможно в/в-новокаиномид, пропafenон.

2) Для противорецидивного лечения пароксизмов ФП на амбулаторном этапе-у больных со структурными изменениями миокарда- амиодарон, бета-адреноблокаторы, без- поражения миокарда- пропafenон, соталол.

3) Профилактика тромбоэмболического синдрома: при сумме баллов по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc 2 и более - рекомендовать данному больному прием антикоагулянтов постоянно, предпочтительно из группы пероральных прямых антикоагулянтов, например, апиксабан по 0,005 мг 2 раза в сутки.

5. Рекомендовать больному пожизненно соблюдение диеты с низким содержанием холестерина в сочетании с постоянным приемом статина с достижением целевого уровня ХСЛПНП не > 1,4 ммоль/л.

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №8

Больной В., 52-лет, инженер. Обратился к участковому врачу с жалобами на эпизоды сжимающего характера боли с локализацией за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть, возникающие при быстрой ходьбе через 200 метров, купируемые приёмом 1-2 таблетки нитроглицерина при остановке через 2-3 минуты. Боли в сердце впервые появились около 3-х лет назад. Принимает нитроглицерин для купирования болей, эпизодически

при учащении болевого синдрома кардикет по 0,02 два раза в день на протяжении 2-3 дней, считая, что этим самым профилактирует появление боли в сердце. Все эти годы принимает параллельно аспирин по 0,075 в обед днем. За последние десять дней снизилась переносимость физической нагрузки: приступы болей при быстрой ходьбе появляются уже на расстоянии около 100 метров, вынужден ходить медленнее, останавливаться чаще для отдыха. Больной курит около 20 лет, по 1 пачке в день. Наследственность: отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда, мать страдает гипертонической болезнью. Общее состояние больного удовлетворительное, нормостенической конституции. Периферических отёков нет. ЧДД - 18 в минуту, в лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии не изменены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 80 удара в мин. АД - 136/80 мм рт. ст. Печень не пальпируется. Липиды крови: общий холестерин - 6,8 ммоль/л; триглицериды - 1,7 ммоль/л. ЭКГ в покое: ритм - синусовый, ЧСС - 82 удара в минуту, ЭОС не отклонена. Единичная желудочковая экстрасистола. ВЭМ-проба, проведенная полгода назад выявила: при выполнении первой ступени нагрузки появилась сжимающего характера боль за грудиной, сопровождающаяся появлением депрессии сегмента ST до 3 мм в I, II и грудных отведениях V2-V6, депрессия исчезла в восстановительном периоде. Врач направил больного на КАГ по двухдневному МЭСу в ККБ. Коронароангиография: стеноз в/3 левой коронарной артерии - 70%, стеноз с/3 огибающей артерии - 85%. От проведения оперативного лечения больной тогда отказался.

### **Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Что произошло с больным за эти десять дней.
3. Какова тактика дальнейшего ведения больного.
4. Назначьте медикаментозную терапию на амбулаторном этапе, после выписки из стационара.
5. Полно ли определен объем исследования липидного спектра

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №8**

1. Диагноз: ИБС, нестабильная стенокардия.
2. У больного с клиникой стабильной стенокардией напряжения, подтвержденной положительной пробой ВЭМ, произошло прогрессирование

стабильной стенокардии напряжения в нестабильную, т.е. развился один из вариантов ОКС без подъема интервала ST. Обоснование: на протяжении десяти дней снизилась переносимость физической нагрузки: приступы болей при быстрой ходьбе стали появляться уже на расстоянии не 200, а 100 метров, больной вынужден ходить медленнее и чаще останавливаться, т.е. произошла динамика боли за период в течение до 4-х последних недель, но при этом изменений на ЭКГ не произошло.

3. Больной нуждается в госпитализации в стационар.

4. Ограничить физическую активность. Антитромботическая терапия: двойная антитромбоцитарная терапия: к аспирину подключить клопидогрель, (первая доза- 300 мг, затем 0,075), первые два дня – антикоагулянт-эноксапарин п/к (1мг/кг каждые 12 часов). Двойную антитромбоцитарную терапию продолжить до года. В антиангинальную терапию включить бета-адреноблокатор, оттитровать дозу, на которой ЧСС снизится с 82 сокращений до 55-60 в минуту. Назначить терапию статином, дозу оттитровать до эффективной по достижению уровня ХСЛНП, равного или менее 1,4 ммоль/л.

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

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9**

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

Считал себя относительно здоровым. Периодически фиксировались повышенные цифры АД до 16/90 мм рт.ст, принимал капотен ситуационно. АД регулярно не контролировал. ОНМК и ОИМ ранее отрицает. Впервые дискомфорт в груди заметил около года назад при быстрой ходьбе в гору, боль прошла после прекращения нагрузки. Стал ограничивать нагрузку, ходил медленнее. В последующем стал отмечать появление неприятных ощущений в груди при подъеме по лестнице выше 3 этажа, быстрой ходьбе. Предположил, что это связано с курением и бронхами, уменьшил число

выкуриваемых сигарет. К врачу не обращался. При медленной ходьбе и в покое болей не было, но при увеличении темпа возникал дискомфорт. За последние полгода частота, длительность и интенсивность болей не изменилась. Наследственность: у матери была АГ. Вредные привычки: курит 25 лет, по 5-7 сигарет в день, алкоголь употребляет редко в малых дозах. Ведет малоподвижный образ жизни

Общее состояние удовлетворительное. Рост 171 см, вес 89 кг, ИМТ 30,44 кг/м<sup>2</sup>. Окружность талии – 104 см. В легких – дыхание везикулярное. ЧД = 16 в 1 минуту. Тоны сердца умеренно приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты.. ЧСС – 86 уд. в 1 минуту. АД – 130/85 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Печень и селезенка не увеличены.

При обследовании: ОАК: гемоглобин 144 г/л, Лей- 7,03X10<sup>9</sup>, Эр- 4,95 x10<sup>12</sup>, Тр- 280x10<sup>9</sup>, СОЭ- 8 мм/ч.

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

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

### **Вопросы:**

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

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №9**

1. Синдром стенокардии, артериальной гипертонии, метаболический синдром (АГ, дислипидемия, абдоминальное ожирение).

2. ИБС. Стабильная стенокардия напряжения 2 ф.кл.

Гипертоническая болезнь III ст. Ожирение I ст.

Диагноз «ИБС» установлен на основании жалоб больного на приступы болей, характерных для типичной стенокардии по локализации, провоцирующим и купирующим боль факторам. Диагноз «стабильная стенокардия» установлен на основании данных анамнеза – продолжительность болей около года, за это время частота, длительность и

интенсивность болей не изменилась. Согласно классификации Канадского кардиологического общества, установлен II ФК стабильной стенокардии, которому соответствуют приступы стенокардии при обычной нагрузке: быстрой ходьбе на расстояние более 500 метров, подъёму по лестнице (более 1-2 пролетов). Гипертоническая болезнь 3 стадии – т.к. имеется ассоциированное клиническое состояние, риск соответственно очень высокий. Ожирение 1 ст – по ИМТ-30,4

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

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

Нагрузочные пробы – Тредмилл-тест или стресс-ЭхоКГ.

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

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

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

5. Контрольные амбулаторные осмотры больному со стабильной ИБС на первом году лечения рекомендуется проводить каждые 4-6 месяцев. Разработка индивидуальных тренировок с учетом переносимости физических нагрузок

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10

Мужчина, 56 лет. Поступил в кардиологическое отделение 17.05.2018

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

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

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

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



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

Анамнез жизни: Работа связана с эмоциональным напряжением (руководитель). Женат, имеет сына. Семейный анамнез: У сестры артериальная гипертензия. Не курит, алкоголь употребляет редко. Физкультурой не занимается. Диет не придерживается. Сахарный диабет 2 типа, принимает метформин. Уровень гликемии в норме. Аллергии нет. Варикозная болезнь вен нижних конечностей.

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

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

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

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

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

Анализ мочи: без особенностей

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

### **Вопросы:**

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

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №10**

1. Гипертонический, нарушения ритма сердца, метаболический. Диагноз: Гипертоническая болезнь III ст. Риск 4. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. Сахарный диабет 2 тип. Ожирение II ст.

2. Холтеровское мониторирование ЭКГ, ЭхоКГ, ДС брахиоцефальных артерий.

3. Расчет риска ТЭО по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc - АГ, сахарный диабет – 2 балла – показана антикоагулянтная терапия.

4. Варфарин по контролем МНО (целевой уровень МНО от 2,0 до 3,0) или ПОАК – Дабигатран 150 мг 2 раза в день, или ривароксабан 20 мг 1 раз в день, или апиксабан 5 мг 2 раза в день. Контроль кровотечений. Доза зависит

от СКФ.

5. Для купирования приступа возможно использование пропafenона 150 мг по 3-4 табл однократно перорально.

Для профилактики ТЭО варфарин или ПОАК.

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

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

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

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11**

Женщина, 36 лет, обратилась к участковому терапевту по поводу ОРВИ, при обследовании в капиллярной крови глюкоза крови 5,8 ммоль/л. Сахарный диабет отрицает. У бабушки сахарный диабет 2 типа. Одни роды 10 лет назад, во время беременности гестационный сахарный диабет, компенсировала диетой, ребенок родился весом 4200 г,

Питание повышенное, Подкожная клетчатка развита избыточно с преимущественным отложением на животе. Рост - 168 см, вес - 96 кг. ИМТ 34. кг/м<sup>2</sup>, ОТ 98 см. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной влажности. В лёгких при перкуссии - ясный лёгочной звук. Дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая - правый край грудины, верхняя- верхний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии, ЧСС - 72 ударов в минуту. Тоны ритмичные, ясные, шумов нет, 72 в минуту. Пульс ритмичный, 72 в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах, печень по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется, почки не пальпируются, синдром поколачивания - отрицательный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, эластичная, узловые образования не определяются.

Данные обследования.

Гликированный гемоглобин 6,2%.

Пероральный глюкозотолерантный тест 08.00 - 5,8 ммоль/л 10.00 - 8,9 ммоль/л

**Вопросы:**

1. Какой диагноз можно выставить?
2. Назовите факторы риска развития сахарного диабета 2 типа у данной пациентки?
3. Какие изменения образа жизни необходимы для профилактики сахарного диабета 2 типа?
4. Какую медикаментозную терапию можно назначить пациентке?
5. Какой специалист и с какой периодичностью наблюдает пациента с таким диагнозом? Какие обследования проводятся в период динамического наблюдения?

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №11**

1. Нарушенная толерантность к углеводам Абдоминальное ожирение 1 ст. ИМТ 34 кг/м<sup>2</sup>.
2. Гестационный сахарный диабет, вес ребенка при рождении 4200, сахарный диабет у бабушки, абдоминальное ожирение.
3. Снижение массы тела на 5–7 % от исходной, увеличение физической активности до 150 мин в неделю. К физической активности умеренной интенсивности относятся быстрая ходьба, плавание, велосипед, танцы. длительностью не менее 30 мин в большинство дней недели. Рекомендации по питанию в целом не отличаются от таковых при СД 2
4. Табл. Метформин по 850 мг 2 раза в день
5. Наблюдение у врача-терапевта не реже 1 раза в год. Вес (ИМТ), окружность талии, статус курения; глюкоза плазмы натощак и через 2 часа после нагрузки

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12**

На приеме у терапевта в поликлинике мужчина 56 лет с жалобами на сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание, онемение, зябкость, снижение чувствительности пальцев ног.

Пять лет назад при профилактическом осмотре выявлено повышение сахара крови натощак 7,5 ммоль/л, рекомендовано определение уровня гликированного гемоглобина и консультация эндокринолога. Так как

пациента ничего не беспокоило от дальнейшего обследования отказался. Самостоятельно перестал есть сладкое. У матери сахарный диабет 2 типа. Периодически измерял глюкозу крови ее глюкометром, сахар крови натошак 8-10 ммоль/л, после еды не контролировал. За это время похудел на 7 кг, в течение года беспокоят жгучие боли в ногах, преимущественно в ночное время, онемение, зябкость, снижение чувствительности пальцев ног. Неделю назад сахар крови по глюкометру 15 ммоль/л, обратился в поликлинику.

При осмотре: питание повышенное, Подкожная клетчатка развита избыточно с преимущественным отложением на животе. Рост - 174 см, вес - 105 кг. ИМТ 34.6 кг/м<sup>2</sup>, ОТ 108 см. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, сухие, тургор снижен. В лёгких при перкуссии - ясный лёгочной звук. Дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая - правый край грудины, верхняя-верхний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии, ЧСС - 76 ударов в минуту. Тоны ритмичные, ясные, шумов нет, 76 в минуту. Пульс ритмичный, 76 в минуту, АД - 130/80 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах, печень по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется, почки не пальпируются, синдром поколачивания - отрицательный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, эластичная, узловые образования не определяются.

Данные обследования.

Общий анализ мочи: цвет - жёлтый, удельный вес - 1032, белок – 0,376 г/л, сахар - 2%, ацетон -, эпителий – 0-1 в поле зрения, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты – 0-1 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 12,6 ммоль/л, АСТ - 24 Ед/л, АЛТ - 28 Ед/л, Гликированный гемоглобин 8,2%.

СПБ 0,345 г/л, СКФ СКD-EPI 67 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>.

### **Вопросы:**

1. Выставить предположительный диагноз.
2. Какие хронические осложнения основного заболевания можно предположить у данного пациента? На основании каких данных?
3. Назвать и обосновать целевой уровень гликированного гемоглобина у данного пациента.

4. Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения у данного пациента.

5. Назвать приоритетные группы сахароснижающих препаратов для лечения этого пациента. Приведите пример комбинации из двух сахароснижающих препаратов.

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №12**

1. Сахарный диабет 2 типа Целевой гликированный гемоглобин 7%  
Осл. Диабетическая полинейропатия. Диабетическая нефропатия ХБП С2 А3.  
Фон. Абдоминальное ожирение 2 ст ИМТ 34.2 кг/м<sup>2</sup>

2. Диабетическая полинейропатия – на основании жалоб пациента на жгучие боли в ногах, преимущественно в ночное время, онемение, зябкость, снижение чувствительности пальцев. Диабетическая нефропатия ХБП С2 А3 – на основании лабораторных данных – СРБ 0,345 г/л, СКФ СКД-ЕР1 67 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>.

3. Пациент среднего возраста, нет атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний и/или риска тяжелой гипогликемии.

4. Вес (ИМТ), окружность талии, статус курения АД, гликированный гемоглобин, клинический анализ крови. креатинин, мочевины, мочевого кислоты, калий, натрий, кальций, общий белок, общий холестерин, ХЛНП, ХЛВП, триглицериды, АСТ, АЛТ, билирубин. СРБ, консультация врача-офтальмолога с проведением биомикроскопии глазного дна под мидриазом, комплексное обследование стоп, ЭКГ.

5. Метформин, арГПП-1, иНГЛТ-2. Метформин 1000 мг 2 раза в день, Т. Дапаглифлозин 10 мг 1 раз в день, утром.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13**

Мужчина 50 лет, менеджер на крупной фирме, вес 98 кг, рост 172 см, окружность талии 110 см, курит 12-15 сигарет в день. АД при обследовании 156/98 мм рт.ст. - выявлено впервые. Отец обследуемого умер в возрасте 52 лет от инфаркта миокарда, у матери – ожирение, сахарный диабет.

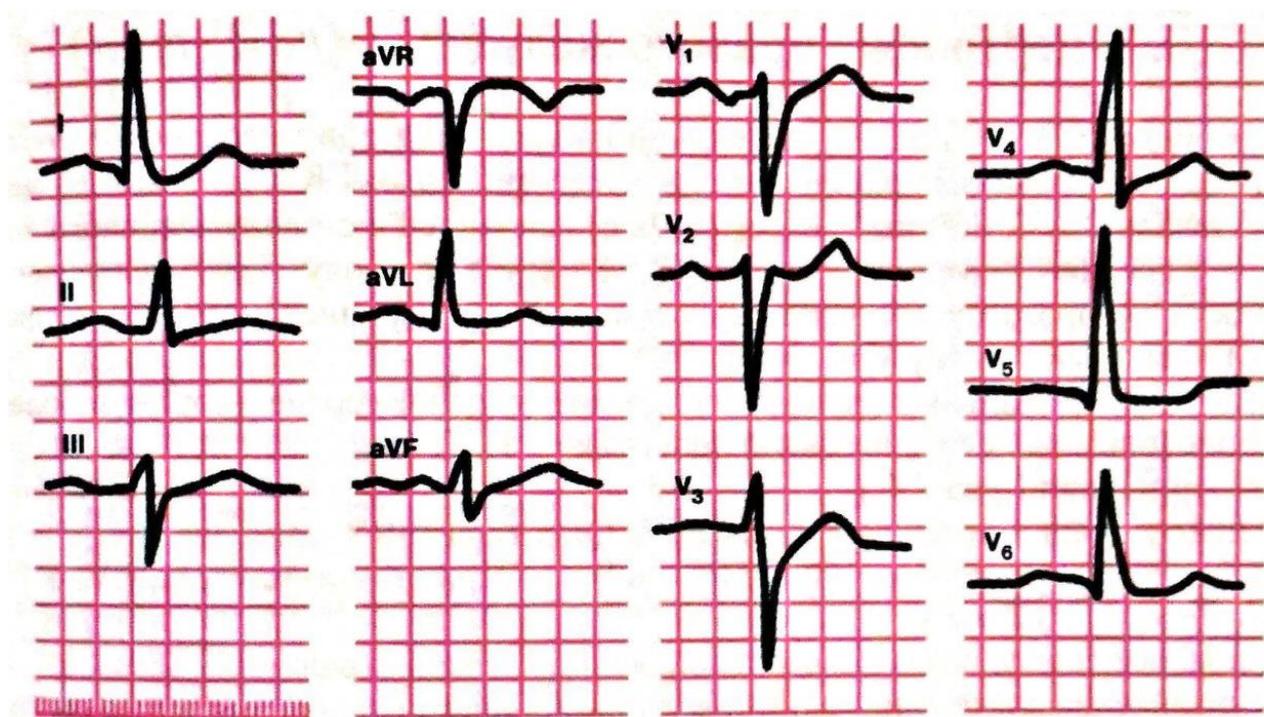
При обследовании выявлено:

В ОАК: Лейкоциты  $6,8 \cdot 10^9/\text{л}$ , Эритроциты  $4,49 \cdot 10^{12}/\text{л}$ , Гемоглобин  $142 \text{ г/л}$ , Тромбоциты  $254 \cdot 10^9/\text{л}$ , Нейтрофилы  $59,7\%$ , Лимфоциты  $28,2\%$ , Эозинофилы  $1,6\%$ , Базофилы  $0,30\%$ , Незрелые гранулоциты  $0,2\%$ , СОЭ  $25 \text{ мм/ч}$ .

В б/х анализе крови: Билирубин общий  $6,0 \text{ мкмоль/л}$ , Билирубин прямой  $5,7 \text{ мкмоль/л}$ , Билирубин непрямой  $0,3 \text{ мкмоль/л}$ , С-реактивный белок  $8,0 \text{ г/л}$ , Мочевина  $6,7 \text{ ммоль/л}$ , Общий белок  $74,8 \text{ г/л}$ , Креатинин  $110 \text{ мкмоль/л}$ , СКФр= $67 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$ , Глюкоза  $4,7 \text{ ммоль/л}$ , АСТ  $35,0 \text{ ЕД/л}$ , АЛТ  $43,0 \text{ ЕД/л}$ , Калий  $3,98 \text{ ммоль/л}$ , Натрий  $139 \text{ ммоль/л}$ , Хлор  $105 \text{ ммоль/л}$ , Кальций  $2,7 \text{ ммоль/л}$ , Хол.:  $6.18 \text{ ммоль/л}$  Триггл:  $2.88 \text{ ммоль/л}$ ; ЛПВП:  $0.77 \text{ ммоль/л}$ ; ЛПОНП:  $1.32 \text{ ммоль/л}$ ; ЛПНП:  $4.10 \text{ ммоль/л}$ .

Анализ мочи: без особенностей. Тест-полоски на альбуминурию (+ +).

На ЭКГ:



### Вопросы:

1. Какие факторы риска имеются у пациента.
2. Опишите ЭКГ
3. Диагноз.

4. Временная нетрудоспособность при ГБ.
5. Диспансеризация.

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №13

1. Отягощенная наследственность по ИБС, курение, метаболический синдром (АГ, ожирение (ИМТ – 33.1 кг/м<sup>2</sup>), дислипидемия).

2. На ЭКГ – ритм синусовый, признаки ГЛЖ: горизонтальное положение электрической оси сердца (угол  $\alpha=0^\circ$ ). В левых грудных отведениях увеличена амплитуда зубца R ( $R_{V_4}=19$  мм,  $R_{V_5}=23$  мм, причем  $R_{V_5} > R_{V_4}$ ). В правых грудных отведениях увеличена амплитуда зубца S ( $R_{V_5} + S_{V_2} = 42$  мм). Имеются признаки поворота сердца вокруг продольной оси против часовой стрелки. Интервал внутреннего отклонения в отведении  $V_6$  равен 0,06 с.

3. Гипертоническая болезнь 1 степени, 2 стадии (ГЛЖ), риск 3. Гипертоническая нефропатия. ХБП С2 А3. Метаболический синдром.

4. Обоснованием временной нетрудоспособности при ГБ является гипертонический криз.

5. Диспансерное наблюдение у участкового терапевта пожизненно.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14

Больной З., 43 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на утомляемость, слабость, головные боли, одышку при ходьбе, боли в области коленных суставов, возникающие по утрам при спуске по лестнице.

Анамнез болезни: больным себя считает около 4 лет, когда появились выше перечисленные жалобы, однако за медицинской помощью не обращался, занимался самолечением, принимая настои трав, периодически (1-2 раза в год) - массаж суставов и туловища.

Анамнез жизни. Перенес обычные детские инфекционные заболевания, в 14-летнем возрасте - перелом костей голени. С подросткового и юношеского возраста наблюдалась прибавка веса в большей степени, чем у сверстников, что связывал с хорошим питанием и малоподвижным образом жизни. Работал бухгалтером, последние 6 лет - заместителем главного бухгалтера предприятия. Мать страдает сахарным диабетом, отец умер в 52-летнем возрасте от инфаркта миокарда. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Женат, имеет 2 детей.

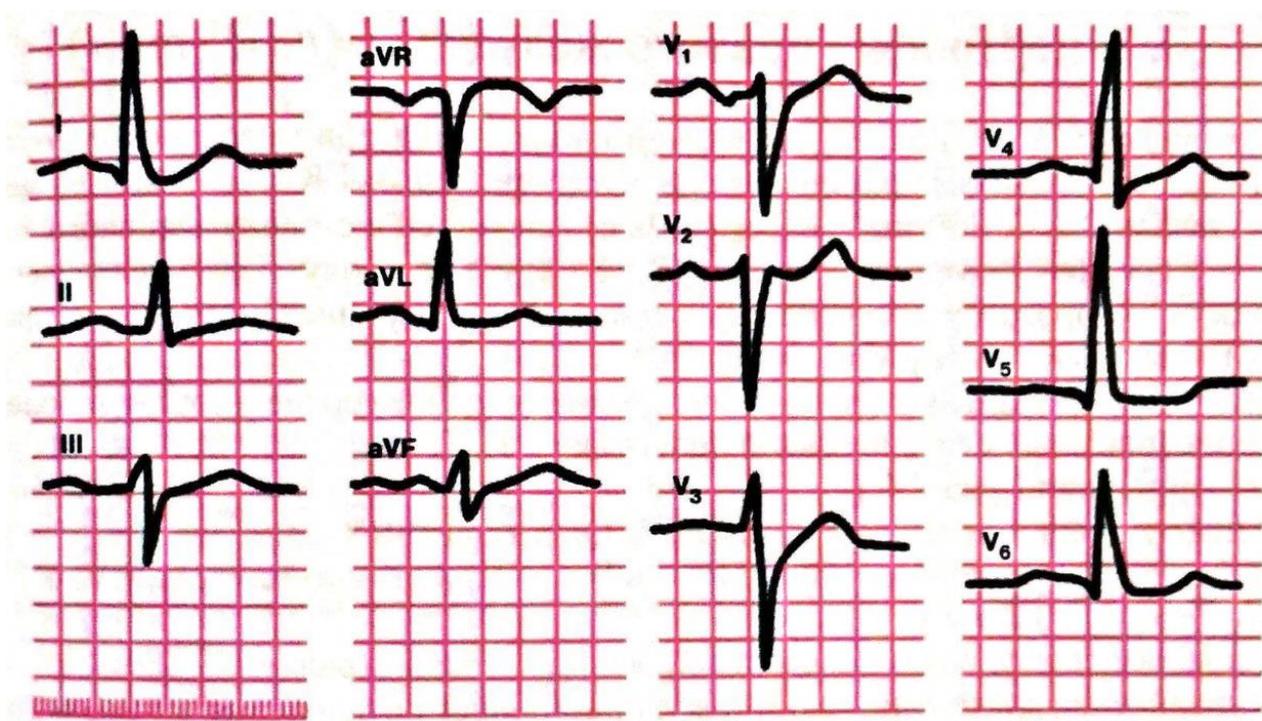
Объективный статус: состояние удовлетворительное, активен, правильного телосложения, повышенного питания. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет. Тонус мышц нормальный. Суставы обычной формы, движения не ограничены, «хруст» в коленных суставах при движении. Рост 181 см, вес - 106 кг, окружность талии 113 см, окружность бедер 109. Дыхательная система: носовое дыхание свободное, частота дыханий 18 в 1 минуту. Пальпация грудной клетки безболезненная, голосовое дрожание умеренно ослаблено над всей поверхностью легких. Перкуторно - легочный звук, аускультативно - дыхание везикулярное с обеих сторон, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система: область сердца не изменена, верхушечный толчок не пальпируется. Перкуторно: правая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца у верхушки умеренно приглушены, акцент II тона над аортой, ЧСС 84 в минуту, ритм правильный. АДd=s 165/95 мм рт.ст. Пищеварительная система: язык и слизистая полости рта розового цвета, чистые. Живот увеличен в объеме, симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий. Пальпация органов брюшной полости затруднена за счет избыточной подкожно-жировой клетчатки. Размеры печени по Курлову 10 x 9 x 8 см. Размеры селезенки 8 x 6 см.

Общий анализ крови: эритроциты -  $4,6 \times 10^{12}/л$ , Нб - 143 г/л, лейкоциты -  $7,5 \times 10^9/л$ , Э - 3%, П - 2%, С - 64%, Л - 25%, М — 6%, СОЭ 23 мм в час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1021, белок - 0,03 г/л, эпителий - единичный, эр. - отсутствуют.

Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л, альбумины - 59%, глобулины - 41%, билирубин общий - 16 мкмоль/л, прямой - 14 мкмоль/л, непрямой - 2 мкмоль/л, глюкоза - 6,3 ммоль/л, общий холестерин - 6,8 ммоль/л, содержание фибриногена 5,2 г/л.

ЭКГ:



**Вопросы:**

1. Выделите основные клинические синдромы.
2. Опишите ЭКГ.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Наметьте план дополнительных исследований, необходимых для подтверждения диагноза.
5. Диспансеризация.

## ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №14

1. Основные синдромы:

- артериальной гипертензии;
- хронической сердечной недостаточности;
- абдоминального ожирения;
- нарушений липидного обмена;
- нарушений углеводного обмена.

2. На ЭКГ – ритм синусовый, признаки ГЛЖ: горизонтальное положение электрической оси сердца (угол  $\alpha=0^\circ$ ). В левых грудных отведениях увеличена амплитуда зубца R ( $R_{V_4}=19$  мм,  $R_{V_5}=23$  мм, причем  $R_{V_5} > R_{V_4}$ ). В правых грудных отведениях увеличена амплитуда зубца S ( $R_{V_5} + S_{V_2} = 42$  мм). Имеются признаки поворота сердца вокруг продольной оси против часовой стрелки. Интервал внутреннего отклонения в отведении  $V_6$  равен 0,06 с.

3. Гипертоническая болезнь III стадии, II степени, риск 4 (очень высокий). Хроническая сердечная недостаточность I стадии, II функциональный класс. Ожирение I степени. Дислипидемия. Преддиабет. Деформирующий остеоартроз коленных суставов.

4. Исследование крови на холестерин липопротеинов низкой плотности, холестерин липопротеинов высокой плотности, триглицериды, креатинин, СКФр, мочевую кислоту, гликозилированный HbA1c, инсулин, уровень N-концевого пропептида натрийуретического гормона (B-типа).

Исследование мочи на альбуминурию.

Пероральный глюкозо-толерантный тест с 75 г глюкозы.

ЭхоКГ.

5. Диспансерное наблюдение у участкового терапевта пожизненно.

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15

Пациент 38 лет, слесарь, обратился к участковому терапевту с жалобами на постоянную тяжесть в области правого подреберья, нарушение

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

Лабораторно: В развернутом анализе крови без особенностей. Биохимический анализ крови - АЛТ 70 МЕ/л, АСТ 130 МЕ/л, ГГТ 180 МЕ/л, щелочная фосфатаза 142 МЕ/л, билирубин общий 40 ммоль/л, билирубин прямой 28 ммоль/л, билирубин непрямой 12 ммоль/л, общий белок 60 г/л, альбумины 32 г/л, глобулины 26 г/л, липидный профиль без особенностей, ПВ 62%. HBsAG, anti-HCV - отриц.

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

### **Вопросы:**

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

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №15**

1. Цирроз печени алкогольной этиологии, класс В по Чайлд-Пью, фиброз по METAVIR F4. Синдром портальной гипертензии (умеренный асцит, воротная вена 16 мм, селезеночная вена 10 мм); синдром печечно-клеточной недостаточности (гипоальбуминемия, снижение ПВ, печеночная энцефалопатия 1-2 степени тяжести); синдром холестаза (повышение ГГТ, ЩФ, общего билирубина); синдром цитолиза (АЛТ 70 МЕ/л, АСТ 130 МЕ/л).

2. Билирубин – 2 балла, альбумины - 2 балла, асцит – 2 балла, энцефалопатия – 2 балла (инверсия сна), ПВ 1 балл (5-7 баллов - класс А, 8-10 баллов - класс В, > 11 баллов - класс С по Чайлд-Пью).

3. Синдромы: портальной гипертензии (расширение воротной и селезеночной вен, асцит), цитолиза (повышение АЛТ, АСТ, ГГТ), холестаза (ЩФ, ГГТ, билирубин), печечно-клеточной недостаточности (гипоальбуминемия, энцефалопатия).

4. Коагулограмма (ориентировочного исследования системы гемостаза): МНО, протромбиновый индекс%, фибриноген, протромбин, протромбиновое (тромбопластиновое) время, Д-димер, антитромбин III в крови пациентам с ЦП для оценки коагуляционного статуса, функции печени; железо сыворотки, трансферрин, церулоплазмин, ГЦК (гепатоцеллюлярная карцинома);

копрограмма; кал на скрытую кровь;

Креатинин пациентам с ЦП для оценки функции почек.

Общий анализ мочи (исключения мочевого инфекции);

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС) с целью оценки размера вен пищевода и желудка и исключения пятен васкулопатии, как стигм высокого риска кровотечения.

5. Биопсия печени показана.

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16

Пациент 45 лет, по профессии программист, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распиравания в эпигастральной области после приёма пищи, изжогу, отрыжку кислым, тошноту. Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трёх лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию). При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ -  $32,0 \text{ кг/м}^2$ . Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. ЭФГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют чёткие границы, гиперемированы, отёчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие *H. pylori* – положительный.

### Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

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

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №16

1. Обострение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с *Helicobacter pylori*, с локализацией на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки одиночная малая (0,5 см) язва. Рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Впервые выявленная. Средней степени тяжести.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ): I стадия. Хронический фарингит стадия ремиссии. Ожирение 1 степени (ИМТ - 32,0 кг/м<sup>2</sup>).

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, гиперемизованы, 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/м<sup>2</sup>, который соответствует 1 степени 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.

Рентгеноскопия желудка, проводится с целью выявления анатомических особенностей и патологических изменений желудка и ДПК.

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, жареных 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 № 17

Больная Н. 41 года обратилась к терапевту поликлиники с жалобами на повышение температуры до 38,5°C, слабость, боли в горле при глотании.

Анамнез: в контакте с инфекционными больными не была., заболела остро 3 дня назад – повысилась температура до 38°C, стала беспокоить боль в горле при глотании. Принимала жаропонижающие с положительным эффектом – температура снизилась до 37°C, однако боль в горле продолжала беспокоить. Через 2 дня у больной усилились боли в горле при глотании, больше справа, появилась боль в правом ухе, затруднение при глотании и при открывании рта, общее недомогание, температура вновь повысилась до 38°C,

При осмотре: состояние больной средней тяжести. Температура тела 38°C. Кожные покровы обычной окраски, без высыпаний. Периферических отеков нет, Голос имеет гнусавый оттенок, открывание рта затруднено. При осмотре ротоглотки отмечается гиперемия, отечность глоточных миндалин (больше справа), Нёбные миндалины I степени гипертрофии, покрыты налётом беловатого цвета, налет легко снимается, растирается между шпателями, инфильтрация паратонзиллярной области справа, асимметрия зева за счёт смещения правой миндалины медиально. Язычок резко отечен и смещён несколько влево. . Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон до 1,5 см, плотные, умеренно болезненные, не спаяны между собой и окружающими тканями. Дыхание в лёгких везикулярное, проводится во все

отделы, ЧД – 20 в мин. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС=90 ударов в минуту. АД=100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Стул регулярный, оформленный.

### **Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Назначьте лечение.
4. Назначьте обследование, обоснуйте.
5. Ориентировочный срок временной нетрудоспособности.

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА № 17**

1. Основной диагноз:

Лакунарная ангина.

Диагноз «лакунарная ангина» поставлен на основании клинической картины:

- 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); гиперемия небных миндалин и наличие налётов беловатого цвета, которые легко снимаются и растираются между шпателями.

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.

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.

2.1 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, мирамистином).

Системное лечение:

- антибиотики широкого спектра, например, Амоксициллин/Клавуланат 875/125 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. Бактериологическое исследование мазка миндалин (для выделения возбудителя ангины и дифференциальной диагностики с дифтерией). 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). Консультация оториноларинголога для определения метода лечения паратонзиллярного абсцесса.

5. 13-14 дней

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 18

Основная часть:

Мужчина 55 лет впервые обратился к врачу общей практики с целью диспансеризации. Он отрицает наличие каких-либо хронических заболеваний и не принимает никаких лекарственных средств. Его отец умер в возрасте 74 лет от острого инфаркта миокарда., мать жива, ей в настоящее время 80 лет, получает лечение по поводу артериальной гипертензии. У него есть младшие родные брат и сестра, в отношении которых он утверждает, что они не страдают никакими хроническими заболеваниями. В анкете указал, что курит до 1 пачки сигарет в день, не употребляет алкоголь, никогда не применял наркотические средства, ведет малоподвижный образ жизни, работает финансовым советником, питается нерационально- любит сладкую, соленую и жирную пищу.

При физикальном исследовании: в лёгких при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны, шумов нет. ЧСС - 85 ударов в минуту. АД - 180/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень не увеличена. Отёков нет. Рост 170 см, масса тела 86 кг, индекс массы тела (ИМТ) 29,8 кг/м<sup>2</sup>, окружность талии 98 см.

### **Вопросы:**

1. Какие дополнительные исследования в рамках первого этапа диспансеризации следует провести данному пациенту (после опроса на выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития)?
2. Какие исследования необходимо провести для выявления суммарного сердечно-сосудистого риска у данного пациента?
3. Оцените, каков суммарный сердечно-сосудистый риск для данного пациента (по SCORE)?

По результатам дополнительных исследований в рамках первого этапа

диспансеризации у данного пациента уровень общего холестерина крови 8,0 ммоль/л. На ЭКГ синусовый ритм, признаки гипертрофии левого желудочка.

4. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
5. Какие рекомендации по изменению образа жизни Вы дадите пациенту?

### ЭТАЛОН ОТВЕТА № 18

1. Определение уровня общего холестерина в крови, глюкозы в крови, определение абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска, ЭКГ, флюорография легких, 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. Абсолютный сердечно сосудистый риск по SCORE рассчитывается с учетом возраста пациента (55 лет), пола (мужской), курения (да), уровня систолического АД (180 мм рт. ст.) и уровня холестерина крови (8.0 ммоль/л), а также уровня холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) (необязательный параметр). Для данного пациента абсолютный риск составляет 23.7% поскольку все модифицируемые факторы риска находятся выше целевых значений.
4. Наиболее вероятный диагноз «гипертоническая болезнь III стадии. АГ3 степени, очень высокого риска». Наличие ЭКГ синусовый ритм, признаки гипертрофии левого желудочка. свидетельствует о III стадии гипертонической болезни, уровень артериального давления 180/100 мм рт. ст. соответствует 3 степени повышения АД; при стратификации риска с учётом факторов риска- гиперхолестеринемии, избыточная масса тела, курение - это соответствует очень высокому риску.

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  $ИМТ \leq 25 \text{ кг/м}^2$ . 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 ( $\geq 5$  порций), без учета картофеля.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №19**

Больной С. 43 года заболел остро, отмечает недомогание, повышение температуры тела до 37,8 °С, непродуктивный кашель, острые колющие боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе и кашле, отмечает облегчение болей в положении на правом боку. Работает на стройке, два дня назад отмечал небольшую травму грудной клетки справа. С вышеописанными жалобами обратился к участковому врачу-терапевту. Объективно: бледность кожных покровов, дыхание поверхностное, ЧДД 25 в минуту, небольшое отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. При сравнительной перкуссии легких перкуторный звук неизменен - ясный легочный, при топографической перкуссии – уменьшение подвижности нижнего легочного края справа. При аускультации легких: ниже угла лопатки справа дыхание ослабленное везикулярное, там же на вдохе и выдохе выслушивается шум, напоминающий скрип новой кожи,

усиливающийся при надавливании фонендоскопа. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки:



**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите объем дообследования, необходимый для уточнения диагноза.
4. С какими заболеваниями требуется провести дифференциальную диагностику данного состояния?
5. Через три дня пациент отмечает уменьшение болей в грудной клетке и кашля, но появилась выраженная одышка при незначительной физической нагрузке, при клиническом осмотре определяется притупление перкуторного тона, резкое ослабление везикулярного дыхания и голосового дрожания в нижних отделах правого легкого. Какое инструментальное исследование следует выполнить повторно и с какой целью?

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №19**

1. Закрытая травма грудной клетки. Осл: Посттравматический правосторонний сухой плеврит.

2. Симптоматика сухого плеврита характеризуется болями в грудной клетке, локализующимися на пораженной стороне и усиливающимися при глубоком дыхании и кашле, уменьшающимися в положении лежа на больном боку, сухим кашлем, субфебрилитетом, симптомами интоксикации (общая слабость, недомогание). Диагностическими критериями сухого плеврита служат клинические и объективные данные: отставание в акте дыхания больной стороны, при аускультации - шум трения плевры на фоне ослабленного дыхания, а также рентгенологические признаки и 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. Межреберная невралгия. Острый холецистит.

5. Рентгенография или КТ органов грудной клетки. Для подтверждения появления экссудативного плеврита справа.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №20**

Больная Т., 35 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на одышку, приступы удушья после физической нагрузки и ночью, сопровождающиеся слышимыми на расстоянии хрипами, кашлем с выделением небольшого количества вязкой мокроты, после чего наступает облегчение. Впервые стала отмечать подобные явления около двух лет назад, во время простудных заболеваний, не обследовалась. Приступы удушья снимала ингаляцией Сальбутамола (3-4 раза в сутки). В течение последнего месяца симптомы возникают ежедневно, ночью до 3-х раз в неделю, нарушают работоспособность и сон. Ухудшение связывает с переходом на новую работу - медицинской сестрой в процедурном кабинете стационара, при контакте с пенициллином, дома самочувствие улучшалось. В анамнезе: аллергический ринит, оперирована по поводу острого аппендицита три года назад. Гемотрансфузий не было. Вредных привычек нет. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа бледно-розового цвета, высыпаний нет, слизистые чистые, физиологической окраски. Язык влажный.

Лимфоузлы не увеличены. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно – дыхание жесткое, выслушиваются рассеянные сухие хрипы по всем полям, при форсированном выдохе - свистящие хрипы. Частота дыхательных движений – 18 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритмичны. АД - 120/80 мм рт. ст. Пульс – 70 ударов в минуту, хорошего наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Периферических отеков нет.

Анализ крови: гемоглобин – 128 г/л, эритроциты –  $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $4,9 \times 10^9$  /л, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, эозинофилы – 8%, моноциты – 6%, лимфоциты – 17%; СОЭ - 16 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин - 12,4 мкм/л; общий белок - 74 г/л, мочевины - 5,3 ммоль/л.

Анализ мочи: удельный вес - 1026, белок - отриц., эпителий - 1-2 в поле зрения.

Анализ мокроты: вязкая, слизистая, без запаха. При микроскопии: слизистая, лейкоциты - 5-6, плоский эпителий – ед., эозинофилы - 12-15 в поле зрения, спирали Куршмана, ед. альвеолярные макрофаги. ВК - отриц. (3-кратно).

Данные спирографии: исходно ЖЕЛ - 80%, ОФВ1 - 60%, ФЖЕЛ - 75%. Через 15 минут после ингаляции 400 мкг Сальбутамола: ОФВ1 - 84%.

Рентгенография грудной клетки:



### **Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения (назовите необходимые группы лекарственных препаратов).

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №20**

1. Бронхиальная астма, смешанная, персистирующая, средней степени тяжести, обострение.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб больной на приступы удушья и одышку после физической нагрузки и ночью, на кашель с выделением небольшого количества вязкой мокроты; анамнеза жизни (приступы повторяются после физической нагрузки, во время простудных заболеваний, при контакте с пенициллином, в ночные часы; приступы удушья снимала ингаляцией Сальбутамола 3-4 раза в сутки; приступы возникают ежедневно, ночные симптомы 3 раза в неделю. Данных объективного исследования: перкуторно в легких - коробочный оттенок, аускультативно – дыхание жесткое, сухие хрипы по всем легочным полям, свистящие при форсированном выдохе. Данных лабораторных методов (мокрота вязкая, лейкоциты - 5-6 в поле зрения, эозинофилы - 12-15 в поле зрения, спиральи Куршмана). Данных инструментальных методов исследования: спирометрия - ЖЕЛ - 80%, ОФВ1 - 60%, ФЖЕЛ - 75% от должного, критерием обратимости бронхиальной обструкции служит прирост ОФВ1  $\geq 15\%$ , у данной пациентки обструкция является обратимой; рентгенографии ОГК: инфильтративных теней не определяется, повышена прозрачность легочных полей, уплощение и низкое стояние диафрагмы, усиленный легочный рисунок, увеличены корни легких.

3. Исследование функции внешнего дыхания: спирометрия (определение объема форсированного выдоха за 1 секунду - ОФВ1 и форсированной жизненной емкости легких - ФЖЕЛ). Тест с бронхолитиком (тест на обратимость бронхообструкции). Оценка аллергологического статуса (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 легких характерно длительное предшествующее курение или наличие других факторов риска, медленное нарастание респираторных симптомов, постоянное или интермиттирующее покашливание днем, 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  $\beta$ -2-агонистами. Альтернатива: ингаляционные глюкокортикостероиды в средних или высоких дозах или ингаляционные глюкокортикостероиды в низких дозах в сочетании с блокаторами лейкотриеновых рецепторов. Ингаляционные  $\beta$ -2-агонисты быстрого действия (Сальбутамол, Фенотерол) при потребности или комбинация ингаляционных глюкокортикостероидов в низких дозах в сочетании с  $\beta$ -2-агонистами длительного действия (Формотерол).

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №21**

Женщина 24 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, повышение температуры тела до  $39,2^{\circ}\text{C}$ , тянущие боли в поясничной области, частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах. Из анамнеза известно, что считает себя больной с 14 лет, когда впервые отметила появление вышеуказанных жалоб, был диагностирован острый пиелонефрит, проведено лечение. В последующие 2 года неоднократно госпитализировалась с аналогичными жалобами, выставлен диагноз хронического пиелонефрита. В 16 лет больной было предложено санаторно-курортное лечение, которое дало положительные результаты. Ухудшение состояния около 2 недель назад, когда после переохлаждения появились озноб, повышение температуры тела до  $39^{\circ}\text{C}$ , сильные приступообразные боли в поясничной области, которые иррадиировали вниз живота и сопровождалась частым болезненным мочеиспусканием. При осмотре: состояние удовлетворительное, рост - 175 см, вес - 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски, отеков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, при пальпации

безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа. В анализах крови: лейкоциты -  $8,9 \times 10^9$ , СОЭ - 36 мм/час, мочевины - 4,3 ммоль/л, креатинин - 72,6 мкмоль/л, общий белок - 46 г/л, СКФ - 92 мл/мин. Общий анализ мочи: удельный вес – 1009, белок – 0,5 г/л, лейкоциты 20-25 в поле зрения, слизь ++, клетки плоского эпителия до 5 в поле зрения. Обзорная и экскреторная урография – почки расположены обычно, теней конкрементов не выявлено. Имеется грибовидная деформация чашечек, шейки вытянуты, лоханка атонична. Контуры почек неровные, снижено накопление контраста справа. Уродинамика не нарушена.

**Вопросы:**

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

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №21**

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

2. Диагноз «пиелонефрит» установлен на основании жалоб (на слабость, повышение температуры тела до  $39,2^{\circ}\text{C}$ , тянущие боли в поясничной области, частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах; данные анамнеза (острый пиелонефрит, который перешел 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 системы 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 пиелонефрит (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, большое количество лейкоцитов в моче. ХПБ 1 стадии установлена на основании уровня СКФ 92 мл/мин, что соответствует 1 стадии ХБП.

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

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

5. Антибактериальная терапия - продолжительность терапии составляет от 5 дней до 2 недель. Начинать лечение предпочтительнее с парентерального введения антибиотиков, переходя на пероральные. Из современных препаратов применяются фторхинолоны, Таваник (Левифлоксацин) 250-500 мг 1 раз в сутки или  $\beta$ -лактамы. Используют также III и IV поколение цефалоспоринов, полусинтетические или уреидопенициллины, монобактамы, пенымы и ингибиторы  $\beta$ -лактамазы. Цефтриаксон (2 г x 1 раз в сутки внутримышечно), Цефазолин (1 г x 3 раза в сутки), Амоксициллин (0,5-1 г x 3 раза в сутки внутримышечно, 0,25 или 0,5 г x 3 раза в сутки внутрь), Ипиенем/Циластин (0,5 г/0,5 г x 3 раза в сутки внутримышечно), Амоксициллин/Клавулановая кислота (Амоксиклав, Аугментин 1 г x 3 раза в сутки внутривенно, 0,25-0,5 г x 3 раза в сутки внутрь), Ампициллин/Сульбактам (Сульталин) по 0,5 x 2 раза в сутки. 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 – 500,0, раствор глюкозы 5% в/в капельно - 250,0). Средства, улучшающие почечный кровоток (Трентал). Спазмолитики (Но-шпа, Баралгин). Антикоагулянты (Ксарелта, Элеквис). Диета - ограничить острые, пряные, жареные, копченые продукты, приправы. Ограничение поваренной соли до 3 г в сутки.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №22

Мужчина 43 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на периодически появляющуюся головную боль в затылочной области. Боли беспокоят около месяца на фоне напряженного рабочего графика (ночные дежурства), курит примерно 20 лет до 15 сигарет в день. Головные боли участились в течение последней недели, при измерении АД 150–160/90 мм. рт. ст. Родители страдают гипертонической болезнью, отец в 45 лет перенес инсульт. Объективно: состояние удовлетворительное. Масса тела повышена ожирение по абдоминальному типу, рост - 172 см, вес - 86 кг. Объем талии - 105 см, объем бедер - 92 см. Отеков нет. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца ясные ритмичные, перкуторно границы относительной тупости сердца в пределах нормы. АД – 150/90 мм. рт. ст., ЧСС – 92 удара в минуту. Живот мягкий безболезненный, печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный, дизурических явлений нет. Стул в норме. Клинический анализ крови: гемоглобин – 145 г/л; эритроциты –  $4,9 \times 10^{12}$ ; лейкоциты -  $7,0 \times 10^9$ ; СОЭ – 15 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1018, белок – нет, в мочевом осадке лейкоциты – 2-4 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,3 ммоль/л, мочевая кислота – 500 мкмоль/л, креатинин – 78 мкмоль/л, глюкоза натощак – 5,8 ммоль/л. Микроальбуминурия: 25 мг/сут. СКФ 95 мл/мин. ЭКГ: ритм синусовый, признаки гипертрофии миокарда ЛЖ, очаговых изменений нет.

#### Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие группы антигипертензивных препаратов Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Через 6 месяцев регулярной антигипертензивной терапии (комбинация Амлодипина в дозе 5 мг/сутки и ингибитора АПФ Эналаприла 20 мг/сутки) + соблюдение диеты – АД в пределах 120–130/70–80 мм рт. ст., мочевая кислота – 300 мкмоль/л, креатинин – 78 мкмоль/л; альбуминурия – 0 мг/сутки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №22

1. Артериальная гипертония II стадии, II степени, риск ССО 3. Избыточная масса тела (ИМТ 29). Гиперлипидемия, гиперурикемия (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 боли в затылочной области в течение месяца); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приема. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (почек - МАУ, сердца - ГЛЖ). Степень риска ССО поставлена на основании наличия метаболического синдрома, ХБП. Диагноз «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, повышение уровня холестерина, 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. Определение уровня ЛПНП и ЛПВП.

4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II и антагонисты кальция. Выбор препарата из этих групп основан на нефропротективных свойствах ингибиторов АПФ и антагонистов рецепторов

к ангиотензину II, нейтральных метаболических эффектах этих групп препаратов; предпочтительно назначить Лозартан - обладает урикозурическим эффектом.

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

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №23**

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 отягощён. 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.

#### **Вопросы:**

1. Предварительный диагноз.

2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.
3. План лечебных мероприятий.
4. Проведение врачебно-трудовой экспертизы (ВТЭ), противопоказанные виды труда.
5. Укажите показания к неотложной госпитализации у пациента.

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №23**

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  $\beta_2$ -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  $\beta_2$ -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 №24

Женщина 52 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на постоянную сухость во рту, жажду, частое мочеиспускание, общую слабость, кожный зуд. Считает себя больной в течение полугода, когда появилась сухость во рту, жажда. Неделю назад появился кожный зуд, что и заставило обратиться к врачу. Работает поваром в детском учреждении. В анамнезе - 5 лет хронический панкреатит. Мама страдала сахарным диабетом. При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ - 36 кг/м<sup>2</sup>. Окружность талии – 106 см, окружность бедер – 109 см. Кожные покровы чистые, на руках следы расчёсов. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные. ЧСС - 70 ударов в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет В анализах: глюкоза крови натощак - 6,8 ммоль/л, общий холестерин - 6,1 ммоль/л, ТГ - 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 1,0 ммоль/л.

### Вопросы:

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

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №24

1. Сахарный диабет тип 2, целевое значение HbA1c < 7,0%. Ожирение 2 степени. Гиперлипидемия (метаболический синдром).
2. Повторное определение гликемии в последующие дни, пероральный глюкозотолерантный тест, определение HbA1c.

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

4. Рекомендуется ограничение калорийности рациона с целью умеренного снижения массы тела. Это так же обеспечит положительный эффект в отношении гликемического контроля, липидов. Необходимо максимальное ограничение жиров (прежде всего животного происхождения) и сахаров; рекомендовано умеренное потребление сложных углеводов (крахмал) и белков. Рекомендовать употребление углеводов в составе овощей, цельнозерновых, молочных продуктов. Важно включить в рацион продукты богатые моно- и полиненасыщенными жирными кислотами (рыба, растительное масло).

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

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №25**

Мужчина 60 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на интенсивные боли в эпигастральной области через 20 минут после еды и проходящие через 1-2 часа, изжогу, тошноту, рвоту, приносящую облегчение, похудел за месяц на 7 кг. Боли в эпигастрии беспокоят около 2 месяцев.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. В лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Положительный симптом Опенховского (боль при поколачивании остистых отростков VII-XII позвонков). Печень по краю рёберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезёнка не пальпируется.

Развернутый анализ крови: Hb 97 г/л, Eг  $3,8 \times 10^{12}$  /л, L  $9,5 \times 10^9$  Ед/л, СОЭ 20 мм/ч.

Проведена фиброгастроуденоскопия: в средней трети желудка язвенный дефект 3 см в диаметре, взята биопсия.

**Вопросы:**

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

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №25**

1. Впервые выявленная язвенная болезнь желудка. Обострение: язва тела желудка 3 см в диаметре. Анемия легкой степени.
2. Предварительный диагноз установлен на основании характерных жалоб больного, данных осмотра, развернутого анализа крови и ФГДС.
3. Учитывая клиническую картину и анемию, следует провести дифференциальную диагностику язвенной болезни с раком желудка, симптоматической язвой желудка, синдромом Золлингера-Эллисона, болезнью Крона.
4. ФГДС с биопсией 6-8 фрагментов (исключить рак желудка, *H. pylori*). 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 Грегерсена).
5. Лечение:

- Ингибиторы протонной помпы – базисная группа препаратов для лечения кислотозависимых заболеваний (Омепразол, Лансопразол, Эзомепразол, Пантопразол, Рабепразол).
- Антациды (Маалокс, Алмагель, Фосфалюгель и т. п.) – симптоматическая терапия.
- Прокинетики (Этаприд) – влияет на тонус нижнего пищеводного сфинктера, улучшают антродуоденальную координацию.
- При выявлении *H. Pylori* – эрадикационная терапия (Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день+ Кларитромицин 500 мг 2 раза в день в течение 14 дней).
- При подтверждении рака желудка – консультация врача-онколога.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №26

Женщина 53 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на изжогу, боли за грудиной, появляющиеся после еды и физической нагрузки. Курит в течение 20 лет. Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет, после значительного уменьшения физической активности, отмечает постоянное увеличение массы тела. Боли усиливаются при наклонах (прополка грядок) и в горизонтальном положении (после обильного ужина). Изжога беспокоит около 20 лет. Не обследовалась. Боли за грудиной беспокоят в течение 2 месяцев.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Индекс массы тела (ИМТ) – 39 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски, чистые. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезёнка не пальпируется. По ЭКГ – диагноз ОКС исключен.

Проведена ФГДС: в нижней трети пищевода выявлены эрозии, занимающие около 40% окружности пищевода.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальную диагностику?
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Дайте немедикаментозные рекомендации больному.
5. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №26**

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Эзофагит II степени. Ожирение II степени.  
Стриктура пищевода, кровотечение из язв пищевода, пищевод Баррета, аденокарцинома пищевода, ИБС, ОКС.
2. Диагноз «гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ)» установлен на основании жалоб больной на изжогу, боли за грудиной, данных анамнеза (изжога более 20 лет). Степень эзофагита установлена на основании эндоскопической картины. Степень ожирения – на основании данных ИМТ.
3. Пациенту рекомендовано: проведение рентгеноскопии пищевода и желудка для исключения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы; проведение суточной внутрипищеводной рН-метрии для определения критериев патологического рефлюкса; проведение проб с физической нагрузкой (исключить ИБС).
4. Частое дробное питание 5-6 раз в день, ужин за 2 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. Прекращение курения. Избегать приём препаратов, снижающих тонус нижне-пищеводного сфинктера (теофиллины, нитраты, ингибиторы

кальциевых каналов, антидепрессанты), вызывающих воспаление слизистой пищевода и желудка (НПВС).

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 №27**

К участковому врачу-терапевту обратился больной 52 лет с жалобами на систематический кашель с отделением скудного количества слизистой мокроты, преимущественно в утренние часы, одышку с затруднением выдоха, возникающую при обычной физической нагрузке, снижение массы тела. Из анамнеза известно, что пациент курит с 20-летнего возраста по 30 сигарет в день, работает наборщиком в типографии. В течение предшествующих 5 лет беспокоит хронический кашель, в последние 2 года присоединились прогрессирующая одышка при ходьбе, которая незначительно ограничивает физическую работоспособность, снижение массы тела. Два месяца назад перенес простудное заболевание, на фоне которого отметил значительное усиление кашля и одышки, амбулаторно принимал Азитромицин. Самочувствие улучшилось, но сохраняется выраженная одышка, в связи с чем обратился в поликлинику. В течение последнего года подобных эпизодов с усилением кашля и одышки, кроме указанного, не отмечалось. Перенесённые заболевания: правосторонняя пневмония в 40-летнем возрасте, аппендэктомия в детском возрасте. Аллергологический анамнез не отягощен. Объективный осмотр: общее состояние удовлетворительное, пониженного питания, рост - 178 см, вес - 56 кг. Кожные покровы лица розового цвета, отеков нет. Грудная клетка бочкообразной формы, при перкуссии легких – коробочный звук, при аускультации легких – диффузно ослабленное везикулярное дыхание, частота дыхательных движений – 21 в минуту, SpO<sub>2</sub> - 94%. Тоны сердца ритмичные, пульс - 88 ударов в минуту, акцент II тона над легочной

артерией. АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см.

**Вопросы:**

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

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №27**

1. Хроническая обструктивная болезнь легких, преимущественно эмфизематозный фенотип, клиническая группа В, стадия обострения. Эмфизема легких. ДН I.

2. Диагноз поставлен на основании:

- жалоб пациента на хронический кашель со скудной слизистой мокротой и прогрессирующую одышку экспираторного характера;

- данных анамнеза (наличия факторов риска развития ХОБЛ: длительного стажа табакокурения (индекс курильщика = 48 пачка/лет) и профессиональных факторов;

- данных объективного осмотра (признаки эмфиземы - бочкообразная форма грудной клетки, коробочный звук при перкуссии легких, диффузное ослабление везикулярного дыхания; прогрессирующего снижения массы тела как системного проявления ХОБЛ).

Клиническая группа В по классификации GOLD выставлена на основании наличия одного обострения в год и наличия многих симптомов

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 легких в прямой и боковой проекции для исключения альтернативного диагноза и серьёзных сопутствующих заболеваний, выявления гиперинфляции; - ЭКГ для исключения альтернативного диагноза, для исключения признаков легочного сердца.

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. Препаратами первой линии являются длительно действующие длительнодействующие антихолинергические средства (тиотропия бромид) или длительно действующие  $\beta_2$ -агонисты (формотерол). При неэффективности можно использовать их комбинацию или использовать теофиллины. Короткодействующие  $\beta_2$ -агонисты (сальбутамол, фенотерол) назначаются по потребности. Для снижения риска обострений ХОБЛ проводится ежегодная вакцинация от гриппа. Необходимо проведение вакцинации от пневмококковой инфекции. Реабилитация проводится всем пациентам с диагнозом ХОБЛ. Реабилитация при ХОБЛ включает: физические тренировки, дыхательную гимнастику, нутритивную поддержку для уменьшения симптомов, улучшения качества жизни и повышения физического и эмоционального участия в повседневной жизни.

5. Пациенты с ХОБЛ наблюдаются врачом первичного звена здравоохранения (участковый врач-терапевт, врач общей практики) по группе III диспансерного наблюдения не реже 1-3 раз в год (согласно приказу №168н от 15 марта 2022г. «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»). Диспансерное наблюдение устанавливается пожизненно. Врач первичного звена производит комплексную оценку симптомов, данных истории заболевания, истории жизни пациента. Также производится оценка факторов риска ХОБЛ (вредные привычки, профессиональный путь пациента, условия жизни). Начальное обследование пациента осуществляется врачом первичного звена: изучение тяжести жалоб пациента с использованием шкал mMRC, CAT, исследование функции внешнего дыхания с бронхолитической пробой, рентгенографическое обследование органов грудной клетки. Врач-терапевт, врач общей практики предписывает симптоматическую терапию КДБА или КДБА/КДАХ. Осмотр врачом-пульмонологом проводится по показаниям. Врач-пульмонолог формулирует диагноз в соответствии с актуальной версией клинических рекомендаций, проводит дообследование пациента при наличии показаний, определяет необходимую схему лечения больного ХОБЛ и респираторной реабилитации, включая нутритивную и респираторную поддержку. Контроль эффективности предписанного плана лечения

производится через 1, 3, 12 месяцев в первый год, далее ежегодно. При необходимости проводится осмотр врачами других специальностей, например врачом-оториноларингологом.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №28**

Мужчина, 40 лет, проходит профилактический медицинский осмотр в рамках диспансеризации. Предъявляет жалобы на периодический возникающий кашель по утрам с отхождением небольшого количества слизистой мокроты. В анамнезе – частые ОРВИ. Хронические заболевания пациент отрицает. Пациент курит в течение 20 лет по 20 штук в день (индекс курильщика - 20 пачка/лет). При объективном осмотре: состояние удовлетворительное, нормостенического телосложения, ИМТ – 24 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При аускультации легких: дыхание везикулярное по всем полям, хрипов нет. При аускультации сердца: тоны сердца ясные, ритмичные, шумов не выслушивается. ЧСС - 70 ударов в мин., АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон. Отеков нет. В биохимическом анализе крови: общий холестерин – 4,8 ммоль/л, глюкоза крови - 5,2 ммоль/л. ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 75 ударов в минуту, ЭОС не отклонена. Абсолютный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE = 1% (умеренный).

Вопросы:

1. Определите группу здоровья пациента. Обоснуйте свой ответ.
2. Нуждается ли пациент в направлении на второй этап диспансеризации? Какое обследование необходимо провести? Обоснуйте свой ответ.
3. Перечислите спирометрические признаки бронхиальной обструкции. Опишите тактику врача при выявлении бронхообструкции.
4. Составьте план индивидуального профилактического консультирования.
5. Напишите, какое дополнительное обследование проводится для дифференциальной диагностики ХОБЛ и бронхиальной астмы. Обоснуйте свой ответ.

## ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №28

1. Группа здоровья I, так как у пациента умеренный абсолютный 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<sub>1</sub> до 80% и ниже от должного; индекс Тиффно (ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ)<70%.

При выявлении признаков Пациенту показано обследование за рамками диспансеризации для уточнения диагноза ХОБЛ: развернутый анализ крови, анализ мокроты, цитологическое исследование мокроты на атипичные клетки, спирометрия с исследованием обратимости бронхиальной обструкции, рентгенография легких в прямой и боковой проекции, пульсоксиметрия. При подтверждении диагноза ХОБЛ для оценки выраженности симптомов необходимо провести тестирование по одному из опросников (шкала одышки mMRC, тест САТ) и определить риск обострений. Тест САТ состоит из 8 вопросов. Он позволяет по бальной системе (от 0 до 40) оценить ухудшение состояния пациента с ХОБЛ.

4. Пациенту необходимо рекомендовать отказ от курения, так как курение – основной фактор риска развития ХОБЛ. Пациентам с ХОБЛ показана ежегодная вакцинация против гриппа и профилактика ОРВИ, так как вирусные инфекции провоцируют обострение ХОБЛ. Методы профилактики ОРВИ: закаливание, рациональное питание, достаточный 8-9 часовой сон, соблюдение гигиены.

5. Для дифференциальной диагностики ХОБЛ с бронхиальной астмой проводится проба с бронхолитиком. Обструкция бронхов считается обратимой, если прирост ОФВ<sub>1</sub> после введения бронхолитика составляет более чем 15% от исходных показателей.

Обратимая обструкция бронхов характерна для бронхиальной астмы, но не для ХОБЛ.

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №29

Мужчина 37 лет страдающий бронхиальной астмой, пришел на очередной диспансерный осмотр к врачу-терапевту участковому. В течение последних 4 месяцев состояние больного стабильное, получает базисную терапию: низкие дозы ингаляционных ГКС и длительно действующий  $\beta_2$ -агонист (Флутиказонапропионат 100 мкг + Сальметерол 50 мкг (в виде комбинированного ингалятора) 2 раза в день), по потребности Сальбутамол 1 раз в 2-3 недели. Жалоб не предъявляет, приступы астмы редкие (1 раз в 2-3 недели), ночных приступов нет, ограничения физической активности не отмечает. При осмотре: состояние удовлетворительное, телосложение нормостеническое. ИМТ – 22 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 15 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 74 в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Периферических отёков нет. Общий анализ крови – без патологии. При спирометрии – ОФВ1=87%.

### Вопросы:

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

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №29

1. Бронхиальная астма, среднетяжёлое течение, контролируемая.
2. Диагноз «бронхиальная астма» у больного установлен по анамнезу (он состоит на диспансерном учёте по этому заболеванию, принимает контролирующую терапию). Степень тяжести установлена на основании того, что у пациента астма контролируется на фоне терапии в объёме 3 ступени (низкие дозы ингаляционных глюкокортикоидов в комбинации с длительно действующими  $\beta_2$ -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. Пациенту 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  $\beta_2$ -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 6 месяцев, врачом-пульмонологом и врачом-аллергологом 1 раз в 6 месяцев (на усмотрение врача-терапевта), 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 пациенту не показано, так как у него отсутствуют признаки стойкой утраты трудоспособности: нет нарушений основных функций организма, в частности нет признаков дыхательной недостаточности, сохранена способность к основным категориям жизнедеятельности человека (активность больной не ограничена из-за астмы).

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №30**

Больной М. 29 лет. Обратился на прием к врачу терапевту в поликлинику по месту прикрепления с жалобами на кашель со скудным отхождением слизистой мокроты, насморк с обильным отхождением слизистой мокроты, першение в горле, переходящее в легкий болевой

синдром при глотании твердой пищи, повышение температуры тела до 38,5 С однократно в вечернее время.

Из анамнеза известно, что болен в течении 4 дней, после переохлаждения. Контакты с инфекционными больными отрицает. Проживает один. В дебюте заболевания отмечает повышение температуры тела до 37,2 С, першение в горле, легкий насморк. Какой-либо терапии не принимал. На 3 й день заболевания отмечает появления кашля с отхождением вязкой слизистой мокроты в скудном количестве, повышения температуры тела до 38.5 С. Разово принял парацетомол, сироп « Синекод» (бутамират) по 15 мл 2 раза в день (с целью купирования кашля, принял 3 дозы).

Самостоятельно сдал развернутый анализ крови, СРБ, прошел рентгенография органов грудной клетке.

Учитывая эпидемиологическую обстановку связанную с covid-19, по рекомендации знакомого врача-терапевта в, частном порядке сделал МСКТ органов грудной клетки в день обращения к Вам.

**Рентгенография органов грудной клетки:** сердце и легкие без патологий

**Описание МСКТ:** Легкие расправлены. Справа отмечается наличие множественных участков уплотнения легочной ткани по типу "матового стекла" в нижней доли. Бронхи 1-3 порядка проходимы. Внутригрудные лимфоузлы не увеличены. Средостение структурно, не смещено. Жидкости в плевральной полости с обеих сторон не выявлено. Костно-деструктивной патологии в области обследования не выявлено. Примерный объем выявленных изменений в лёгких: КТ 1

**Развернутый анализ крови:**

WBC Лейкоциты	4.05	10 <sup>9</sup> /л	(4.00 - 9.00)
RBC Эритроциты	4.68	10 <sup>12</sup> /л	(3.90 - 4.70)
HGB Гемоглобин	139	г/л	(120 - 140)
HCT Гематокрит	<b>44.0 &gt;</b>	%	(36.0 - 42.0)
MCV Средний объем эритроцитов	94.0	фл	(80.0 - 100.0)
MCH Среднее содержание гемоглобина в эритроц.	29.7	пг	(27.0 - 31.0)
MCHC Средняя концентрация гемоглобина в эритроц.	316	г/л	(300 - 380)
RDW-SD Станд.отклонение размера эритроц. от сред.зн.	44.3	фл	(35.0 - 46.0)
PLT Тромбоциты	166	10 <sup>9</sup> /л	(150 - 420)

MPV Средний объем тромбоцитов	10.3	фл	(7.0 - 11.0)
P-LCR Крупные тромбоциты	28.60	%	(15.00 - 35.00)
PCT Тромбокрит	0.170	%	(0.150 - 0.400)
Скорость оседания эритроцитов	<b>38</b>	Мм\ч	(2-15)
	<b>относительные</b>		<b>абсолютные</b>
Нейтрофилы	<b>42.5</b> <	%	(50.0 - 70.0)
Лимфоциты	<b>46.90</b> >	%	(19.00 - 37.00)
Моноциты	10.40	%	(3.00 - 13.00)
Эозинофилы	<b>0.00</b> <	%	(0.50 - 5.00)
Базофилы	0.20	%	(0.00 - 1.00)
			<b>1.72</b> < 10 <sup>9</sup> /л (2.00 - 7.00)
			1.9 *10 <sup>9</sup> /л (1.2 - 3.0)
			0.42 10 <sup>9</sup> /л (0.20 - 1.00)
			0.00 10 <sup>9</sup> /л (0.00 - 0.50)
			0.01 10 <sup>9</sup> /л (0.00 - 0.20)

### **C-рактивный белок:**

**7.70** > мг/л (0.00 - 5.00)

**Объективно:** Зев гиперемирован, миндалины не увеличены, налетов нет. Пальпация проекции придаточных пазух носа б\болезненна, наклоны головы вперед без чувства «распирания». Температура тела 37,5 С. ЧДД 15-16 дыхательных движений в минуту. Аускультативно в легких хриопв нет, отмечается жесткость дыхания в нижних отделах справа. SpO2 97%. Функции гемодинамики: пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения с ЧСС 89 ударов в минуту, АД 130\80 мм.рт.ст.

Живот мягкий, при пальпации б\болезненный. Диурез сохранен, дневной приблждает над ночным. Симптом «12 ребра» отрицательный с обеих сторон. Стул 1 раз в день, оформлен.

### **Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Определите тактику дальнейшего ведения пациента: амбулаторно\ госпитализация в пульмонологический стационар.
4. План лечения пациента. Необходимо ли назначение а\бактериальной терапии.
5. Определите тактику ведения пациента.

## ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №30

1. Внебольничная, правосторонняя полисегментарная пневмония, средней степени тяжести ДН 0

2. Учитыв данные МСКТ (участки уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла», объем поражений КТ 1) можно с уверенностью говорить о развивающейся у пациента правосторонняя полисегментарная пневмония пневмонии. В виду того, что в анамнезе не отмечено госпитализаций в стационар, заболевание носит внебольничный характер. Отсутствия одышки в покое, показателей сатурации 97% (вариант нормы) позволяет исключить развитие клиники острой дыхательной недостаточности.

3. Учитывая отсутствие клиники развивающегося сепсиса, подтверждаемую лабораторными показателями, а так же отсутствие клиники развития острой дыхательной недостаточности пациент не нуждается в экстренной госпитализации в стационар.

4. Отменить прием препарата «Синекод», так как он является противокашлевым препаратом центрального действия. Противовирусная терапия: Капс. Ингавирин 90 мг по 1 капсуле 1 раз в день; муколитическая терапия: Таб. Ацетилцистеин 600 мг 2 раза в день (последний прием не позднее 3 часов до сна); ИПП: Капс Омепразол 20 мг по 1 капсуле 2 раза в день; Симптоматическая терапия: Раствор морской воды промывать нос до 4-х раз в день; Спрей Гексэтидин по 2 впрыска в полость рта 3 раза в день; Таб. Парацетамол 0,5 мг по 1 таб. до 2-х раз в день после приема пищи при повышении температуры тела выше 37,9 С.

В настоящий момент антибактериальная терапия не показана в виду отсутствия признаков бактериального характера заболевания в лабораторных показателях (отсутствие лейкоцитоза, повышение уровня СРБ не превышает 3-х норм, сниженей уровня нейтрофилов) Так же о вирусной этиологии пневмонии может говорить факт отсутствия выявленной патологии по данным рентгенологического обследования и выявленным по данным МСКТ.

При положительном результате мазка на covid-19 коррекция терапии согласно актуальным рекомендация по ведению пациента с covid-19.

5. Подача экстренного извещения об инфекционном заболевании по форме 058/у. Взятие мазка на вирус гриппа и covid-19 с целью подтверждения\исключения вирусного генеза заболевания. Лабораторный контроль каждые 3 дня. Динамическое наблюдение пациента ежедневно в

первые 3-5 дней с момент постановки диагноза, при благоприятном течении заболевания можно перейти на динамическое наблюдение через день. Контроль МСКТ органов грудной клетки через 7-10 дней. При ухудшении состояния пациента, отрицательной динамики по данным лабораторных показателей и увеличение объема поражения легочной ткани по данным МСКТ решение вопроса о госпитализации пациента в профильный стационар.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №31**

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

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

Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост - 178 см, вес - 74 кг. Окружность талии - 98. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура 39,1°C. Грудная клетка нормостеническая. При глубоком дыхании некоторое отставание в дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД - 24 в минуту. SpO<sub>2</sub> - 91%. Справа по лопаточной линии отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации справа ниже угла лопатки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 112 ударов в минуту. АД - 102/64 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову - 9×8×7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный, без примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

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

### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор. Назовите критерии адекватности терапии.
5. Через 72 часа на фоне лечения сохраняются признаки интоксикации, лихорадка (температура  $37,9^{\circ}C$ ), ЧДД - 22 в мин., имеется гнойная мокрота. В общем анализе крови: лейкоциты -  $11 \times 10^9/л$ , нейтрофилы - 82%, юных форм - 7%. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №31**

1. Внебольничная пневмония (возбудитель не уточнён) в средней и нижней долях правого лёгкого, тяжелое течение, осложненная ОДН I ст.
2. Стадия начала болезни обычно выражена очень отчётливо. Заболевание возникло остро, среди полного здоровья внезапно появился озноб, отмечается повышение температуры тела  $39^{\circ}C$ , боли в грудной клетке при кашле, головная боль, сухой кашель, общая слабость. Отмечается одышка с ЧДД - 24 в 1 минуту, укорочение перкуторного звука, ослабление везикулярного дыхания справа в нижней доли, лейкоцитоз - более  $14,2 \times 10^9/л$ , палочкоядерный сдвиг влево до юных форм, рентгенологические признаки - инфильтрация лёгочной ткани.
3. Пациенту рекомендовано: общий анализ крови с определением уровня эритроцитов, гематокрита, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы: на 2-3 день и после окончания антибактериальной терапии; биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин, альбумин, креатинин, мочевины, глюкоза, электролиты, фибриноген, СРБ, ПКТ): при поступлении и

через 1 неделю при наличии изменений или клиническом ухудшении; пульсоксиметрия при поступлении и в динамике; исследование газов артериальной крови: ежедневно до нормализации показателей; рентгенография органов грудной клетки: в динамике (при отсутствии эффективности стартовой антибактериальной пневмонии через 48-72 часа, через 3-4 недели оценка динамики разрешения пневмонии); электрокардиография в стандартных отведениях; общий анализ мокроты и бактериологическое исследование мокроты для определения возбудителя пневмонии и определения чувствительности последнего к антибактериальным препаратам; мокрота на кислотоустойчивые микроорганизмы. Бактериологическое исследование крови; уровень прокальцитонина (коррелирует с тяжестью состояния пациента, прогнозом и этиологией – выше при бактериальной инфекции); экспресс-тесты по выявлению пневмококковой и легионеллезной антигенурии.

4. Пациента необходимо госпитализировать. Режим постельный. При ОДН: кислородотерапия. При тяжелой внебольничной пневмонии (ВП) назначение антибиотиков должно быть неотложным. Пациент без факторов риска инфицирования *P. aeruginosa* и аспирации. Препаратами выбора являются внутривенное введение препаратов (Цефтриаксон 2,0 г в/в, в/м каждые 12-24 ч, или Цефотаксим 1,0-2,0 г в/в, в/м каждые 6-8 ч, или Цефепим 2,0 г в/в каждые 8 ч, или Цефтаролин 0,6 г в/в каждые 12 ч или , Эртапенем 1 г в/в или в/м каждые 24 ч) или ингибиторзащищённые пенициллины (Амоксициллин/Клавуланат 1,2 г внутривенно капельно 3 раза в сутки) в комбинации с внутривенными макролидами (Кларитромицин 0,5 г в/в каждые 12 ч, Азитромицин 500 мг внутривенно капельно 1 раз в сутки). Через 3 дня при нормализации температуры переход на пероральный приём препарата этого же класса: Амоксициллин/Клавуланат 1 г 2 раза в сутки. Первоначальная оценка эффективности стартового режима антибактериальной терапии должна проводиться через 48-72 часа после начала лечения. Критерии адекватности антибактериальной терапии: температура тела ниже 37,5°C; отсутствие интоксикации; отсутствие дыхательной недостаточности (ЧДД - менее 20 в минуту); отсутствие гнойной мокроты; количество лейкоцитов в крови - менее  $10 \times 10^9/\text{л}$ , нейтрофилов - менее 80%, юных форм - менее 6%; отсутствие отрицательной динамики на рентгенограмме. Амброгексал 0,3 г 3 раза в день перорально.

Инфузионная терапия в количестве 1,5-2 л в сутки на период выраженной интоксикации.

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

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №32**

Пациент К. 52 лет. Жалобы на усиление одышки экспираторного характера при незначительной физической нагрузке (умывании, одевании), сопровождающуюся свистом в грудной клетке; на приступообразный кашель с увеличением количества – до 20 мл в сутки в утренние часы и гнойности мокроты, повышение температуры до 37,9°C.

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

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

Объективно: кожные покровы влажные, диффузный цианоз.

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

Общий анализ крови: эритроциты -  $4,48 \times 10^{12}/л$ , Нв -165 г/л, Нt - 50%, лейкоциты -  $8,1 \times 10^9/л$ , эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты - 25%, моноциты – 4%, СОЭ - 28 мм/час.

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

По пульсоксиметрии сатурация кислорода - 88%.

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

### **Вопросы:**

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

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №32**

1. Хроническая обструктивная болезнь лёгких, IV, крайне тяжёлого течения, смешанный фенотип, класс D, тяжелое обострение 1 типа по Anthonisen. ОДН 2ст.

2. Длительное предшествующее курение табака - индекс курения 45 пачка/лет – фактор риска хронической обструктивной болезни лёгких. Симптомы медленно прогрессируют. Увеличение объёма и гнойности мокроты, усиление одышки, лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево свидетельствуют об обострении инфекционного характера. По оценке одышки опросником – 4 балла, ОФВ1 - менее 50%, обострения 2 раза за прошедший год – свидетельствуют о выраженности симптомов и высоком риске обострения, и пациент будет отнесён к группе Д. По ФВД отсутствует обратимая бронхиальная обструкция. Прирост в бронхолитической пробе - менее 12%, снижение индекса ОФВ1/ФЖЕЛ - менее 70%. ОФВ1 - 27% - 4 степень.

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

4. Диета ОВД. Режим общий. Отказ от курения. Малопоточная кислородотерапия не менее 15 часов в сутки через кислородный концентратор. Терапия инфекционного обострения: Беродуал 0,5 мл – 1 мл + Хлорид натрия 0,9% - 2мл×4 раза в день через небулайзер (комбинациям-холиноблокатора и β2-адреномиметика). Рекомендуется назначение системных или ингаляционных ГКС. Обычно рекомендуется курс терапии пероральным преднизолоном в дозе 30-40 мг/сут в течение 5-7 дней. Более безопасной альтернативой системным ГКС при обострении ХОБЛ являются ингаляционные формы ГКС, назначаемые через небулайзер. Мукоактивные препараты: Амброксол - 30 мг 3 раза в день или ацетилцистеин по 600мг 1раз 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.

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

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №33**

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

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

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

Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Тест связывания чисел – 40 сек. Рост – 178 см, вес – 62 кг. Кожа обычной влажности, желтушная. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры иктеричны. Отёки стоп и нижней трети голеней. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объёме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. При

пальпации мягкий, чувствительный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову - 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневый, без патологических примесей. Размеры селезёнки - 15×12 см.

Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча тёмно-жёлтая.

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

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

Фиброгастродуоденоскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст.

Ультразвуковое исследование брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры чёткие и неровные. Паренхима неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 16 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Гепатикохоледох не расширен. Селезёнка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезёнки –  $36,1 \text{ см}^2$ . Свободная жидкость в брюшной полости.

### **Вопросы:**

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

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №33**

1. Цирроз печени алкогольной этиологии, класс С по Чайлду-Пью. Портальная гипертензия: спленомегалия, ВРВП I ст., v. Portae -16мм. Асцит. Гиперспленизм (тромбоцитопения). Печеночно-клеточная недостаточность I-

II ст. (гипоальбуминемия), энцефалопатия смешанная (печеночная + алкоголь).

2. У больного выявлены желтуха, цитоллиз, «печёночные знаки»: малиновые ладони, «сосудистые звёздочки», синдром портальной гипертензии (гепатоспленомегалия, асцит, варикозное расширение вен пищевода, передней брюшной стенки, расширение портальной вены), признаки печёночной недостаточности (гипоальбуминемия, гипокоагуляция). По данным УЗИ – паренхима печени, неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Алкогольный анамнез свидетельствует о наиболее вероятной этиологии цирроза печени. Класс С выставлен согласно классификации Чайльд-Пью – 11 баллов. Снижение скорости теста связывания чисел свидетельствует о I степени печёночной энцефалопатии. Тромбоцитопения в данной ситуации связана с гиперспленизмом.

3. Анализы крови: коагулограмма, общий белок, креатинин, мочевины, калий, натрий, ГГТ, ЩФ, амилаза, маркеры вирусных гепатитов HBsAg, антитела к HCV, ВИЧ - инфекции. Общий анализ мочи, копрограмма. ЭКГ. Рентген лёгких.

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

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

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №34

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

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

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

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

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

Биохимический анализ крови: креатинин – 118 мкмоль/л, мочевины - 8,8 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, альбумины - 45%,  $\alpha_1$  – 4%,  $\alpha_2$  – 15%,  $\beta$  – 9%,  $\gamma$  - 27%, фибриноген – 6,3 г/л. Антитела к ДНК и антинуклеарный фактор – более 200 Ед/мл.

### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 12 месяцев регулярной терапии и соблюдения рекомендаций активности заболевания нет, больная получает преднизолон 15 мг/с, азатиоприн и гидроксихлорохин. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №34**

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

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

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

крови: иммунологический анализ крови с определением компонентов комплимента, антитела к антигену Смита (a-Sm), гемостазиограмма.

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

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

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №35**

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

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

Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,5°C. Кожные покровы бледные, обычной влажности. На коже нижних

конечностей - экхимозы; петехии на коже плеч, предплечий; в ротовой полости – единичные петехиальные элементы. При аускультации дыхание везикулярное, ЧДД – 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 92 удара в минуту. АД – 100/65 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

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

### **Вопросы:**

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

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №35**

1. Острый лейкоз, I атака. Анемия средней степени тяжести. Тромбоцитопения. Геморрагический синдром.

2. Диагноз «острый лейкоз» поставлен на основании клинических данных: геморрагического, анемического синдромов, интоксикации. Основными диагностическими критериями являются лабораторные данные: в общем анализе крови - панцитопения (лейкопения, анемия средней степени тяжести, тромбоцитопения), наличие бластных клеток, симптом лейкемического «провала». Основными исследованиями для уточнения диагноза являются: общий анализ крови (панцитопения, наличие бластов, лейкемический «провал»); стерильная пункция (20% и более бластных клеток в миелограмме); цитохимическое исследование и иммунофенотипирование бластов (определение варианта лейкоза), цитогенетическое исследование костного мозга (определение прогностически благоприятных и/или неблагоприятных цитогенетических дефектов); диагностическая люмбальная пункция (для исключения нейролейкемии); УЗИ внутренних органов (с целью уточнения степени лейкозной инфильтрации печени и селезёнки).

3. 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 нейролейкемии. При остром лимфобластном лейкозе используется 8- недельная программа Хольцера (Преднизолон, Винкристин, Циклофосфан, Аспарагиназа, 6- Меркаптопурин, Цитозар), при остром миелобластном лейкозе – терапия по протоколу «7+3»(Рубомицин, Цитозар). Сопроводительная терапия: дезинтоксикационная, противорвотная, гемостатическая терапия, заместительная терапия компонентами крови, антибактериальная, противогрибковая, противовирусная терапия по требованию. При плохом прогностическом индексе в фазе ремиссии заболевания показано проведение аллогенной трансплантации костного мозга.

4. 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), поражение эпителия слизистых оболочек (мукозит), энтеро-, кардио-, гепатотоксичность, алопеция.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №36**

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

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

облегчения, что и послужило причиной вызова бригады скорой помощи.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ – 32 кг/м<sup>2</sup>. Окружность талии (ОТ) – 106 см. Лицо гиперемировано. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, акцент II тона на аорте. Левая граница сердца – на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. ЧСС – 90 ударов в минуту, АД - 190/120 мм рт. ст. на обеих руках. Живот участвует в дыхании, мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков нет. Физиологические отправления не нарушены. Заключение ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС – 90 ударов в минуту, индекс Соколова – Лайона – 38 мм.

### **Вопросы:**

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

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №36**

1. Гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия 3 степени. Гипертрофия левого желудочка. Риск 4 (очень высокий). Неосложнённый гипертонический криз. Ожирение 1 степени. Курение - 30 пачка-лет.

2. Диагноз «гипертоническая болезнь» (ГБ) установлен на основании данных анамнеза (нестабильность АД, пациент отмечает повышение АД в течение 10 лет). Стадия ГБ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней – ГЛЖ на ЭКГ. Установление степени артериальной гипертензии (АГ) основано на цифрах АД. Степень риска поставлена на основании наличия АГ 3 степени. Неосложнённый гипертонический криз - быстрое повышение АД до 180/120 мм рт. ст. и выше с клинической симптоматикой, но не сопровождающееся острым клинически значимым

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

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

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 окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической ретинопатии (отёк соска зрительного нерва, кровоизлияния и экссудаты сетчатки); дуплексное сканирование сонных артерий для оценки толщины комплекса интима-медиа, поиска атеросклеротических бляшек; определение скорости пульсовой волны (СПВ) – оценка поражения артерий и аорты. При подозрении на симптоматические АГ показано обследование на их выявление.

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

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №37**

Пациент П. 29 лет, обратился к врачу в поликлинике с жалобами на неоформленный стул с примесью крови до 10-12 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, похудание на 7 кг за 3 месяца.

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

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 36,7°C. Кожные покровы бледные, влажные. Рост – 175 см, вес – 58 кг. В лёгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в

минуту. При аускультации – ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 98 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. (D=S). При осмотре живот симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в левой фланговой и левой подвздошной области. Печень по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезенки – 6×4 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

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

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

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

### **Вопросы:**

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

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №37**

1. Язвенный колит, впервые выявленный, левостороннее поражение, среднетяжелая атака. Постгеморрагическая железодефицитная анемия, средней степени тяжести.

2. Диагноз «язвенный колит» (ЯК) установлен на основании характерных клинических проявлений – диарея с примесью слизи, крови, данных колоноскопии - слизистая нисходящей, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте с

колоноскопом, сосудистый рисунок смазан. В ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.

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

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

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

5. При положительном ответе терапия продолжается до 6 – 8 недель.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №38

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

#### Ответы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
5. Абсолютные противопоказания к проведению тромболизиса.

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №38

1. ИБС: острый с Q, с подъемом ST инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб на боли в эпигастральной области, сопровождающиеся слабостью, потливостью, тошнотой; данных анамнеза: после приема Нитроглицерина сублингвально боли уменьшились; данных клинико-лабораторного исследования: на снятой ЭКГ выявлен глубокий патологический зубец Q в III и aVF отведениях; сегмент ST в этих же отведениях приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец T.

3. Клинический анализ крови; биохимические маркеры некроза миокарда; ЭХО- КГ; КАГ.

4. Первичное ЧКВ (ангиопластика + стентирование) или Тромболизис; обезболивание; антиагреганты; антикоагулянты; β-адреноблокаторы; статины, ингибиторы АПФ.

5. Абсолютные противопоказания к тромболитической терапии:

- -ранее перенесенный геморрагический инсульт или нарушение мозгового кровообращения неизвестной этиологии;
- ишемический инсульт в предшествующие 6 месяцев;
- повреждения или новообразования ЦНС,
- артериовенозные мальформации ЦНС;
- недавняя серьезная травма, хирургическое вмешательство, травма головы, желудочно-кишечное кровотечение (в течение предыдущего месяца);
- известные геморрагический диатез или кровоточивость;
- расслоение аорты (заподозренное или подтвержденное);
- пункция некомпенсируемых сосудов, биопсия печени, спинномозговая пункция в течение предыдущих 24 часов.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №39

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

В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 10 лет с максимальными цифрами артериального давления 180/90 мм рт.ст. Регулярно лекарственные препараты не принимал. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет.

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

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

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

#### **Вопросы:**

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

#### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №39**

1. Острый коронарный синдром с подъёмом сегмента ST по нижней стенке левого желудочка. Гипертоническая болезнь III стадии, риск 4.
2. Диагноз «ОКС» поставлен на основании жалоб пациента на типичные ангинозные боли, продолжающиеся около 2 часов, не

купирующиеся приёмом Нитроглицерина; характерных изменений ЭКГ: подъём сегмента ST > 2 мм в более чем в двух смежных отведениях. Диагноз «гипертоническая болезнь» (ГБ) 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. Риск ССО определён в соответствии со степенью повышения АД и наличия ассоциированного клинического состояния.

3. Пациенту требуется экстренная госпитализация. Необходим вызов бригады интенсивной терапии. Учитывая то, что транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии составляет менее 120 минут с момента первого медицинского контакта, наиболее целесообразной тактикой является выполнение первичного ЧКВ.

4. На догоспитальном этапе: Нитроминт п/я 1 доза, Морфин 1 мл в/в дробно, Аспирин 250 мг разжевать, Клопидогрель - 300 мг внутрь, прямые антикоагулянты в/в болюсно – Гепарин 5 тыс. ЕД.

5. Данных недостаточно. Диагноз может быть установлен на госпитальном этапе при обнаружении в крови специфических маркеров некроза миокарда - КФК-МВ, высокочувствительных сердечных тропонинов и/или при наличии характерной ЭКГ-динамики и/или обнаружение зон гипокинеза по нижней стенке ЛЖ, тромба в правой коронарной артерии при КАГ.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №40**

Больной А. 67 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, плохой аппетит, затруднение при глотании, одышку при минимальной физической нагрузке (вставание с кровати, одевание), отеки ног, постоянные, несколько увеличивающиеся к вечеру.

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

При осмотре: состояние больного тяжёлое, значительная бледность и умеренная иктеричность кожи и слизистых оболочек, выражены

одутловатость лица, отеки голеней. Сознание ясное, речь замедлена. Лимфоузлы не увеличены. В нижних отделах легких небольшое количество влажных хрипов. Сердце увеличено на 2 см влево от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, систолический негрубый шум над всеми точками. Пульс – 109 в 1 мин, ритмичный. АД – 90/60 мм рт. ст. Язык ярко-красный, гладкий, с трещинами. Неврологический статус: дистальные гиперстезии, повышение глубоких сухожильных рефлексов, снижена сила мышц нижних конечностей.

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

Отрицательный зубец T в V4-V6 отведениях.

Анализ крови: эритроциты -  $1,1 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 47 г/л, цп-1,3, MCV - 110 fL, лейкоциты -  $3,0 \times 10^9/л$ , тромбоциты -  $105 \times 10^9/л$ , ретикулоциты - 0,1%, СОЭ – 23 мм/ч, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 58%, лимфоциты – 31%, моноциты – 5%, эозинофилы – 2%, базофилы – 0%, анизоцитоз (макроцитоз), пойкилоцитоз, мегалоциты, тельца Жоли, кольца Кэбота.

### **Вопросы:**

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

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №40**

1. В-12 дефицитная анемия, тяжелой степени. Фуникулярный миелоз. В-12 индуцированная миокардиодистрофия, гипертрофия левого желудочка, блокада правой ножки пучка Гиса, ХСН II Б - IIIА, ФК III-IV.

2. Диагноз «В-12 дефицитная анемия, тяжелой степени. Фуникулярный миелоз» выставлен на основании жалоб (общая слабость, плохой аппетит, затруднение при глотании); наличия желтухи, полинейропатии; данных объективного осмотра (ярко-красный, гладкий, с трещинами язык, гипотония (АД - 90/60), тахикардия (Ps - 109 в минуту)); лабораторных исследований (панцитопения, гиперхромная, макроцитарная, гипорегенераторная анемия), тельца Жоли, кольца Кэбота). Диагноз «В-12 индуцированная миокардиодистрофия, ХСН II Б - IIIА, ФК III-IV (по NYHA), гипертрофия

левого желудочка, блокада правой ножки пучка Гиса» выставлен на основании жалоб (одышка при минимальной физической нагрузке (вставание с кровати, одевание), 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 Т в V4-V6 отведениях).

3. Биохимический анализ крови с определением фракций билирубина (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, аплазии, а так же выявление мегалобластического типа кроветворения, характерного для В12ДА).

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

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

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №41**

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

Из анамнеза известно, что употребляет героин в течение 4 лет

(инъекции в локтевые вены, область паха). За 2 недели до госпитализации отметил повышение температуры до 39,5°C. В качестве жаропонижающих больной принимал нестероидные противовоспалительные препараты. Через 3 суток температура снизилась до 37,2–37,4°C, самочувствие несколько улучшилось. Однако через 10 дней лихорадка возобновилась, в связи с чем пациент был госпитализирован.

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

В анализах: эритроциты –  $3,3 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 118 г/л, лейкоциты –  $14,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 15%, СОЭ – 46 мм/ч, альбумин сыворотки крови - 29 г/л, креатинин - 66 мкмоль/л, СКФ – 92 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>, СРБ – 110 мг/л (в норме – до 5 мг/л). В общем анализе мочи: удельный вес – 1016, эритроциты – 0-1 в поле зрения.

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

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

### **Вопросы:**

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

терапия. Обоснуйте свой выбор.

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

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №41

1. Первичный острый стафилококковый инфекционный эндокардит. Недостаточность трикуспидального клапана 3 степени. ХСН IIА, ФК 3, с сохраненной фракцией выброса.
2. Диагноз основного заболевания не вызывает сомнений: наблюдались 2 больших (трикуспидальная недостаточность, вегетации на трикуспидальном клапане и положительная гемокультура) и 2 малых (фебрильная лихорадка, «входные ворота» в виде в/в употребления наркотиков) диагностических критерия инфекционного эндокардита, а также лабораторные признаки синдрома системного воспалительного ответа.
3. Пациенту рекомендовано: проведение повторного общего анализа крови и посева крови, общего анализа мочи, биохимические анализы крови (функциональные пробы печени, электролиты, железо, ферритин, прокальцитонин), маркеры вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции; рентгенография грудной клетки, ЭКГ, ЭхоКГ в динамике; УЗ-исследование почек; консультации врача-кардиохирурга, врача-нарколога.
4. С момента постановки диагноза – немедленная госпитализация. Исключить приём наркотических средств. Применение антибактериальной терапии острого инфекционного эндокардита, вызванного оксациллинчувствительным штаммом золотистого стафилококка. Пациенту должна быть назначена антибактериальная терапия в соответствии с чувствительностью микроба к антибиотику: Цефтриаксон в дозе 2 г/сутки в/в в сочетании с Амикацином – 1 г/сут в течение 10 дней. В последующем - лечение Цефтриаксоном в указанной дозировке продолжать до 4-6 недель.
5. Через 6 недель регулярной антибактериальной терапии температура должна стойко нормализоваться, гемокультура в посевах крови не выделяться. Продолжить динамическое наблюдение. Учитывая большие размеры вегетаций, скорее всего потребуются протезирование трикуспидального клапана

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №42

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

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

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

Общий анализ крови: эритроциты –  $3,6 \times 10^{12}$ , Нв – 129 г/л, тромбоциты –  $200 \times 10^9$ /л, лейкоциты –  $39 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 2%, лимфоциты – 92%, моноциты – 4%, СОЭ – 30 мм/ч, тени Боткина-Гумпрехта – 1-2 в поле зрения.

### Вопросы:

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

## ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №42

1. Хронический лимфолейкоз, II стадия по Rai.
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 с иммунофенотипированием (дифференциальный диагноз с другими лимфомами).

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

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

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №43**

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

Считает себя больной около 5 месяцев, когда появились боли в суставах и их припухание, утренняя скованность в течение 1 часа. За медицинской помощью не обращалась, лечилась нестероидными противовоспалительными мазями без улучшения. В течение последнего

месяца боли и отечность суставов усилились, утренняя скованность сохраняется весь день, субфебрильная температура тела. Похудела за период болезни на 3 кг. Нетрудоспособна.

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

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

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

Биохимические анализы крови: глюкоза – 3,2 ммоль/л, общий билирубин – 15 мкмоль/л, креатинин – 54 мкмоль/л; СРБ – 32,2 мг. Ревматоидный фактор - 62 МЕ/мл (в норме до 15 МЕ/мл). Антитела к ДНК – отрицательные. АЦЦП >200 Ед/мл.

На рентгенографии кистей, стоп: суставные щели умеренно сужены на уровне проксимальных суставов кистей, околоуставной остеопороз.

### **Вопросы:**

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

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №43

1. Ревматоидный артрит, серопозитивный по РФ и АЦЦП, ранняя стадия, ранняя стадия, высокая степень активности, 2 рентгенологическая стадия (неэрозивный), ФК-3.

2. Диагноз «ревматоидный артрит (РА)» установлен на основании жалоб больной на симметричные боли в суставах кистей, наличие утренней скованности; данных анамнеза (пациентка отмечает появление болевого и суставного синдромов 3 месяца назад); установление степени РА основано на количестве болезненных и припухших суставов при осмотре, данных ВАШ и СОЭ, в дальнейшем степень активности заболевания требует уточнения по формуле DAS 28. Стадия РА установлена на основании рентгенографии суставов кистей и стоп.

3. Пациенту рекомендовано: рентгенография грудной клетки (исключить поражение лёгких), УЗ-исследование суставов (синовит, теносиновит).

4. Учитывая высокую активность заболевания и отсутствие эффекта от предшествующей терапии НПВП, показано назначение преднизолона в дозе 10-20 мг/с с последующей возможной отменой. В качестве базисной терапии - препарат «первой линии» Метотрексат 10 мг/нед с последующей эскалацией дозы. Назначается МТ в комбинации с фолиевой кислотой в дозе 5 мг/неделю. При непереносимости метотрексата – назначение лефлуномида или сульфасалазина.

5. С учётом недостаточной эффективности Метотрексата в адекватной дозе в течение 6 месяцев рекомендуется применение генно-инженерных препаратов, напр., ингибитора ФНО- $\alpha$  (напр., инфликсимаба).

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №44

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

Начало заболевания связывает с тем, что накануне вечером отмечал с друзьями праздник, были погрешности в диете – прием острой и жирной

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

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

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

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

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

От ФГДС больной отказался.

### **Вопросы:**

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

## ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №44

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

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

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

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

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

4. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - свойственны язвенный анамнез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие поносов, сезонность боли, связь боли с приёмом пищи, «голодные» боли. Заболевание характеризуется

гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически - наличием ниши, при фиброгастроскопии - наличием язвенного дефекта. Дисфункция сфинктера Одди - характеризуется болью тупого характера в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, лопатку. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда - напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение содержания холестерина,  $\beta$ -липопротеинов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров).

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

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №45**

Мужчина 33 лет обратился к участковому врачу-терапевту с жалобами на приступы удушья, возникающие 1-2 раза в месяц в дневные часы, с затруднённым выдохом, сопровождающиеся свистящими хрипами и тяжестью в груди, приступообразным кашлем с трудноотделяемой слизистой мокротой.

Из анамнеза известно, что приступы появились около полугода назад, отмечаются в течение всего года, появляются при контакте с домашней пылью, пылью растений, шерстью животных, резких запахах, прекращаются самостоятельно или после приёма сальбутамола 1-2 вдоха. У бабушки больного также были подобные приступы удушья. В течение трёх лет в мае-июне отмечает слезотечение, заложенность носа, чихание.

Состояние пациента удовлетворительное, частота дыхания – 18 в мин. SpO<sub>2</sub> 96%. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При аускультации выслушивается небольшое количество сухих свистящих рассеянных хрипов на выдохе. Тоны сердца ритмичные, ясные, 78 ударов в минуту, АД – 118/78 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах.

Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

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

Спирометрия: прирост ОФВ1 после ингаляции Сальбутамола – 22%.

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

### **Вопросы:**

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

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №45**

1. Бронхиальная астма, атопическая форма, лёгкое течение. Поллиноз с проявлениями аллергического риноконъюнктивита.

2. Диагноз «бронхиальная астма» установлен на основании жалоб больного на приступы удушья экспираторного характера, в том числе ночные, купирующиеся сальбутамолом, 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. Атопический характер астмы подтверждается наличием поллиноза, наследственностью, эозинофилией в общем анализе крови и мокроте, повышением общего IgE в сыворотке крови и отсутствием очаговых или инфильтративных теней в

лёгких на рентгенограмме. Легкое течение соответствует редкой частоте приступов 1-2 раза в месяц.

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

4. Низкие дозы фиксированной комбинации ИГКС-БДБА «по потребности»: Будесонид-формотерол 160/4,5 мкг для купирования приступов и симптомов в режиме «по потребности».

5. Продолжить базисную терапию. Назначить визит последующего наблюдения через 3 месяца для оценки эффективности терапии и возможной её коррекции при необходимости.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №46**

Больной 25 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на отеки лица, век, туловища, конечностей, снижение количества выделяемой за сутки мочи, слабость, головную боль.

Из анамнеза известно, что страдает хроническим тонзиллитом. Подобные симптомы впервые появились 2 года назад, длительно лечился в нефрологическом отделении, был диагностирован хронический гломерулонефрит с транзиторным нарушением функции почек, нефробиопсия не проводилась, получал преднизолон 60 мг/сут с положительным эффектом, функция почек нормализовалась, был выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. После выписки у врача не наблюдался, не лечился, хотя отмечал периодически отеки на лице. В течение 2-х недель, после обострения хронического тонзиллита, отмечает ухудшение состояния в виде появления отеков, снижения количества выделяемой мочи. При осмотре: кожные покровы и слизистые оболочки обычной окраски, чистые. Отеки ног до уровня бедер: симметричные, равномерные, умеренной плотности. Отечность лица и кистей рук. Суставы не изменены, движения в них в полном объеме. Лимфатические узлы не пальпируются. При аускультации в легких дыхание везикулярное, хрипы не прослушиваются. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД – 150/95 мм рт. ст., ЧСС – 92 удара в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Стул регулярный.

Мочеиспускание свободное, безболезненное. Диурез 700 мл/сут. Покалывание по поясничной области безболезненное с обеих сторон.

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

Биохимическое исследование: общий белок крови – 35,6 г/л, альбумины – 23%, мочевины – 8,8 ммоль/л, креатинин – 142 ммоль/л, холестерин общий – 9 ммоль/л, триглицериды – 3,76 ммоль/л, билирубин общий – 5,9 ммоль/л, АлТ – 19 Ед/л, АсТ – 23 Ед/л, мочевая кислота – 280 мкмоль/л, глюкоза – 5,3 ммоль/л. СКФ (по СКD-EPI) – 58,3 мл/мин.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1023, белок – 5,4 г/л, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты измененные – 4-5 в поле зрения, гиалиновые цилиндры – 2-3 в поле зрения, бактерии отсутствуют.

### **Вопросы:**

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

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №46**

1. Нефротический синдром.
2. Хронический гломерулонефрит, нефротический вариант, стадия обострения, ХБП С3А.
3. Проведение УЗИ органов брюшной полости и почек, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография органов грудной клетки, определение электролитов, коагулограмма, определение суточной протеинурии, пробы Зимницкого, исследование глазного дна, пункционная биопсия почек.
4. Ранняя госпитализация в период обострения хронического гломерулонефрита. Необходимо исключить потребление NaCl на все время сохранения АГ и отеков. Суточное потребление жидкости не должно

превышать суточный диурез больного более чем на 200-300 мл, а при выраженных отеках быть менее величины суточного диуреза. Снижение белковой нагрузки до 0,8 г/кг/сут. Основное лечение состоит из четырёхкомпонентной схемы, включающей в себя глюкокортикостероиды (Преднизолон в дозе 1 мг/кг/сут но не более 120 мг/сут. Такая доза назначается в течение 8-12 недель с последующим постепенным (по ¼ табл. в 2-3 дня) снижением дозы и переходом на поддерживающую терапию (15-20 мг/сут), которая проводится длительно (общая продолжительность терапии не менее 6 месяцев)); цитостатики (Циклофосфан в дозе 2 мг/кг/сут или Циклоспорин в дозе 2-5 мг/кг/сут, или Азатиоприн в дозе 2 мг/кг/сут); антикоагулянты (Гепарин 10 тыс. ЕД/сут- применяется только в случае высокого риска тромбозов, при НС с уровнем альбумина < 20 г/л и перед введением «пульса» ГКС); антиагреганты (Курантил 300-400 мг/сут). Дополнительно: петлевые диуретики, ингибиторы АПФ / блокаторы рецепторов ангиотензина II, блокаторы кальцевых каналов, статины под контролем липидного спектра.

5. Временная нетрудоспособность – 60-75 дней. Диспансерному наблюдению подлежат больные с любой формой ХГН. Они включаются в III группу диспансерного наблюдения и состоят на диспансерном наблюдении в течение всей жизни. Диспансерный осмотр – не реже 1 раза в 3 месяца. При каждом посещении им проводят тонометрию, взвешивание, собираются сведения о суточном диурезе. 2 раза в год исследуют ОАМ и ОАК, суточную протеинурию (по показаниям), проводят развернутое биохимическое исследование крови (мочевина, креатинин, глюкоза, холестерин, общий белок, альбумин, печеночные показатели, электролиты), пробы Зимницкого и Реберга. Не реже 1 раза в год их консультирует стоматолог, окулист, ЛОР-специалист.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №47**

Больная В, 20 лет обратилась к участковому врачу-терапевту с жалобами на боли в поясничной области, учащенное мочеиспускание, озноб.

Из анамнеза известно, что с подросткового возраста, после эпизодов переохлаждения, периодически отмечает тупые боли внизу живота, на этом фоне бывает субфебрильная температура; иногда отмечается болезненное

мочеиспускание. После приема противовоспалительных препаратов отмечается исчезновение симптомов, к врачу не обращалась.

При осмотре: кожные покровы обычной окраски, температура 37,7°C. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыхательных движений – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 82 в минуту. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочеиспускание учащено и болезненно. Отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин – 112 г/л, эритроциты –  $4,4 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $18,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 9%, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 22%, моноциты – 9%, СОЭ – 28 мм/час.

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

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

#### **Вопросы:**

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

#### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №47**

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

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

4. Определение чувствительности микрофлоры мочи к антибиотикам.

5. Наблюдение врача-нефролога, врача-терапевта участкового по месту жительства, санация хронических очагов инфекции. Контроль общего анализа мочи 1 раз в месяц, внеочередной контроль общего анализа мочи при интеркуррентных заболеваниях. Противорецидивное лечение после обострения в течение 1 года с применением растительных уросептиков. Сцинтиграфия почек через 6 месяцев после купирования атаки пиелонефрита

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №48**

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

Из анамнеза известно, что в возрасте 14 лет после перенесенного ОРВИ у пациента появились отёки лица, субфебрильная температура, сохранявшаяся в течение 3-4 месяцев, изменения в моче (наличие белка в моче). Лечился у педиатра около года «от нефрита», получал преднизолон (дозу не помнит). Последний год чувствовал себя хорошо, заметных отёков не было. Во время медосмотра выявлено повышение АД - 140/90 мм рт ст и пастозность лица. Было рекомендовано обратиться в поликлинику по месту жительства для обследования и верификации диагноза.

При осмотре: нормального телосложения, ИМТ = 21 кг/м<sup>2</sup>, кожа бледная, сухая, имеются следы расчесов на руках, пояснице, туловище, отёки лица и кистей рук. Язык сухой, с коричневатым налетом. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1,5 см от срединно-ключичной линии. Пульс - 76 ударов в минуту, высокий. АД - 140/90 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом 12

ребра отрицательный с обеих сторон. Отмечает уменьшение выделяемой мочи. Отеков на нижних конечностях нет.

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

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

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

### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы?
3. Какие препараты следует рекомендовать пациенту в качестве нефропротективной терапии и почему?
4. Диспансеризация пациентов с данной формой заболевания.
5. Принципы реабилитации при данной форме заболевания.

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №48**

1. Предварительный диагноз: «Хронический гломерулонефрит, латентная форма, ремиссия. ХБП 3а, А2. Симптоматическая артериальная гипертензия 1 ст, риск 3. Анемия легкой степени нефрогенного характера.

2. Дополнительно: УЗИ почек и УЗДС сосудов почек. Для установки диагноза «ХБП» необходимо наличие следующих критериев: выявление любых клинических маркеров повреждения почек, подтвержденных 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/1,73м<sup>2</sup>, сохраняющееся в течение трёх и более месяцев, вне зависимости от наличия других признаков повреждения почек. Так как в условии задачи нет данных о наличии снижения СКФ и альбуминурии в

течение 3 и более месяцев, для подтверждения диагноза «ХБП» необходимо провести повторно все обследования через 3 месяца.

3. 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.

4. Диспансеризация пациентов с латентной формой хронического гломерулонефрита и впервые выявленной ХБП 3а, А2 включает: повторное обследование через 3 месяца для определения стадии ХБП, а далее осмотр 1 раз в 6 месяцев с проведением обследования: измерение АД, развернутый анализ крови, общий анализ мочи, суточная альбуминурия (протеинурия); биохимический анализ крови: общий белок, креатинин, СКФ, общий холестерин и липидный профиль, глюкоза, калий, натрий, кальций, фосфор, мочевиная кислота; глазное дно, ЭКГ; консультация уролога, гинеколога, ЛОР, стоматолога и др (для выявления очагов хр.инфекции). При снижении отн. плотности мочи ниже 1,015 следует проводить 1 р/год пробу Зимницкого; при остаточной микрогематурии - пробу Нечипоренко. 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. Медицинская реабилитация при латентной форме хронического гломерулонефрита с ХБП 3а, А2 включает: лечебное питание (диета № 7 с индивидуальным дозированием поваренной соли, жидкости и белка; включением в рацион арбузов, винограда и яблок; исключением консервированных продуктов, острых приправ и алкогольных напитков); регулярные аэробные нагрузки; санаторно-курортное лечение (вне обострения) в санаториях местного значения с использованием щелочных минеральных вод, фитотерапии, психотерапии, ЛФК; санацию очагов инфекции.

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №49

Больной М. 54 лет, менеджер. Обратился к участковому врачу-терапевту с жалобами на давящие боли за грудиной, иррадиирующие в левое плечо, возникающие при ходьбе около 100 метров, иногда в покое, купирующиеся сублингвальным приемом нитроглицерина через 2-3 минуты, одышку, сердцебиение при незначительной физической нагрузке. Вышеописанные боли впервые появились около 4х лет назад. Принимает Нитроглицерин для купирования болей, Аспирин кардио 100 мг 1 табл. утром, Эфокс-лонг 50 мг. Принимал статины около трех лет, последний год не принимает. За последние полгода снизилась толерантность к физической нагрузке. Больной курит около 30 лет, по 1 пачке в день. Наследственность: отец умер в возрасте 58 лет от инфаркта миокарда.

Общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Периферических отеков нет. ЧДД - 16 в минуту, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии: правая - правый край грудины IV межреберье, верхняя - III межреберье, левая - на 1,0 см кнутри от левой среднеключичной линии V межреберье. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над аортой. ЧСС - 82 удара в мин. АД - 136/80 мм рт. ст. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом 12 ребра отрицательный с двух сторон.

Липиды крови: общий холестерин - 6,8 ммоль/л; триглицериды - 1,7 ммоль/л; холестерин липопротеинов низкой плотности - 4,9 ммоль /л; холестерин липопротеинов высокой плотности - 0,9 ммоль /л.

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

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

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

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

**Вопросы:**

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

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №49**

1. ИБС: Стенокардия напряжения III ф. кл. ХСН с сохраненной ФВ (57%), I ст., 2 ф. кл. Дислипидемия.

2. Диагноз «ИБС: Стенокардия напряжения III ф. кл.» поставлен на основании: характера боли – давящая, локализации боли – за грудиной, иррадиации – в левое плечо, условий возникновения боли – связь с физической нагрузкой (боли возникают при ходьбе около 100 м, иногда в покое – это характерно для III ф. кл. стенокардии), купирование болей Изокетом спрей – в течение 2-3 минут. Боли за грудиной отмечает в течение 4х лет, последние полгода - снижение толерантности к физической нагрузке, следовательно, стенокардия стабильная. Диагноз «ХСН с сохраненной ФВ (57%, I ст., 2 ф. кл.» выставлен на основании того, что симптомы ХСН (одышка, сердцебиение) появляются при умеренной физической нагрузке; в покое гемодинамика не нарушена. По ЭхоКГ ФВ левого желудочка 57% (от 50% - сохраненная ФВ). Дислипидемия по лабораторным данным.

3. Возраст: мужчины старше 40 лет, женщины старше 50 лет или с ранней менопаузой; курение вне зависимости от количества; артериальная гипертензия (АД >140/90 мм.рт.ст. или постоянный прием антигипертензивных препаратов); сахарный диабет II типа (глюкоза крови натощак более 6,0 ммоль/л (110 мг/дл)); раннее начало ИБС у ближайших родственников (отягощенная наследственность) (инфаркт миокарда или нестабильная стенокардия у мужчин в возрасте <55 лет, у женщин <65 лет), семейная гиперлипидемия по данным анамнеза (Ia, Ib и III типы ДЛП); абдоминальное ожирение (окружность талии у мужчин >94 см, у женщин >80 см, ИМТ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>); хроническое заболевание почек (ХПН со снижением

СКФ < 60 мл/мин или гломерулонефрит, тубулоинтерстициальный нефрит, пиелонефрит, структурные патологии почек).

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

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

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №50**

Больная 28 лет направлена врачом-терапевтом участковым в клинику с жалобами на резкую слабость, головокружение, мелькание мушек перед глазами, одышку при физической нагрузке, периодически возникающие колющие боли в области сердца, склонность к употреблению мела, теста.

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

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

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

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

### **Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз больной.
2. Чем может быть обусловлен систолический шум на верхушке сердца?
3. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо назначить больной для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение. Обоснуйте выбор терапии.
5. Какие рекомендации Вы могли бы дать пациентке по вторичной профилактике заболевания?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №50**

1. Хроническая железодефицитная анемия средней степени тяжести на фоне меноррагий.

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

3. Анализ крови биохимический (общий белок, альбумин, общий билирубин, прямой билирубин, АСТ, АЛТ, креатинин, мочевины, щелочная фосфатаза, гамма-глутаминтранспептидаза), Общий анализ мочи, кал на скрытую кровь трёхкратно, гинекологическое исследование, УЗИ почек и внутренних органов, эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта (включая ЭФГДС, ректороманоскопию и колоноскопию), ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, УЗИ щитовидной железы

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

5. Лицам с ранее излеченной железодефицитной анемией при наличии условий, угрожающих развитием рецидива железодефицитной анемии (обильные менструации, ЯБ, геморрой и др.), проводится профилактика анемии препаратами железа (двухвалентного). Рекомендуется профилактический курс длительностью 6 недель (суточная доза железа 40 мг), затем проводятся два шестинедельных курса в год или приём 30-40 мг железа ежедневно в течение 7-10 дней после менструации. Кроме того, необходимо ежедневно употреблять не менее 100 грамм мяса.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №51**

Больной 55 лет, обратился к участковому врачу-терапевту с жалобами на частые головные боли, головокружение, неприятные ощущения в левой половине грудной клетки. Болен около 6 лет, периодически регистрируется повышение АД до 180/100 мм.рт.ст., эпизодически принимает Капотен и Фуросемид.

Курит по пачке сигарет в день около 20 лет, отмечает частое

злоупотребление алкоголем. Работа связана с частыми командировками. Наследственность: у матери гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа.

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

В лабораторных анализах крови: липидный профиль: общий холестерин – 7,4 ммоль/л; триглицериды – 2,6 ммоль/л; холестерин липопротеидов низкой плотности – 5,2 ммоль/л.

### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний присутствуют у больного?
3. Составьте план дополнительного обследования больного.
4. Какие немедикаментозные рекомендации Вы сделаете в первую очередь?
5. Какие диуретики можно рекомендовать пациенту в составе комбинированной терапии?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ 51**

1. Диагноз: Артериальная гипертония 2 стадии 3 степени. Гиперлипидемия. Ожирение II ст. Риск 4 (очень высокий). Целевое АД 130-139/<80 мм.рт.ст.

2. Факторы риска:

- Семейный и индивидуальный анамнез АГ
- Гиперхолестеринемия
- Курения
- Диетические привычки и употребление поваренной соли (частые командировки исключают наличие режима питания и дня)
- Употребление алкоголя
- Режим физической активности

3. План обследования:

- 1) Суточное мониторирование АД для оценки суточного профиля АД;
- 2) ЭКГ;

3) ЭхоКГ для оценки поражения органа-мишени (выявление гипертрофии левого желудочка, систолической и диастолической функции сердца);

4) лабораторное обследование (общие анализы крови и мочи; анализ крови на содержание креатинина, мочевины, глюкозы, калия, натрия);

5) исследование сосудов глазного дна;

6) УЗИ почек для оценки поражения органа-мишени;

7) ЦДС сосудов головного мозга (для выявления поражений органа-мишени).

4. Немедикаментозные рекомендации:

- Ведение дневника питания.

- Избегать жирных, сладких блюд, отдавать предпочтение овощам, фруктам, злаковым и хлебу грубого помола.

- Потребление белка — 1 г/кг массы тела в сут., углеводов — до 50 г/ сут., жиров — до 80 г/сут.

- Диета с ограничением соли до 5 г/сут;

- Ограничение употребления алкоголя до 30 мл/сут. в пересчете на абсолютный этанол. Крепкие спиртные напитки лучше заменить красными сухими винами;

- Регулярные физические упражнения;

- Снижение массы тела;

- Прекращение курения;

- Снятие стресса (релаксация), модификация условий окружающей среды, достаточный сон не менее 7 ч в сут.

5. Диуретики:

- Хлорталидон, Индапамид (противопоказаны при подагре и бессимптомной гиперурикемии)

- Торасемид

- менее предпочтителен Гипотиазид (тиазидные и тиазидоподобные диуретики могут способствовать повышению инсулинорезистентности и риска развития СД).

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №52

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

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

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

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, Ht 38%, СОЭ – 10 мм/ч, лейкоциты –  $5,2 \times 10^9$ /л; лейкоформула: палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, лимфоциты - 27, моноциты - 5.

Биохимический анализ крови: АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 32 ед/л. Диастаза мочи – 64 ед. Кал на скрытую кровь – реакция отрицательная.

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

### **Вопросы:**

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

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ 52**

1. Язвенная болезнь луковицы ДПК, с локализацией язвы на задней стенке луковицы ДПК d 0,7 см, впервые выявленная, обострение. Рубцово-язвенная деформация луковицы ДПК. *H. pylori*(+).

2. Экзогенные факторы: нервно-психические воздействия, психоэмоциональный стресс; травмы, заболевания головного мозга; алиментарный фактор; приём лекарственных препаратов (НПВП, ГК и др.); инфицирование *Helicobacter pylori*. Эндогенные факторы: наследственная предрасположенность (увеличение массы обкладочных клеток); гиперпродукция гастрина, нарушение нервной и гуморальной регуляции желудочного кислотовыделения, повышение выработки пепсиногена и пепсина, нарушение гастродуоденальной моторики.

3. Показаниями к плановой госпитализации пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки служат резко выраженная клиническая картина заболевания с упорным (более 7 дней) болевым синдромом, наличие в желудке изъязвлений, требующих дифференциальной диагностики между доброкачественными язвами и раком желудка, обострение язвенной болезни с наличием осложнений в анамнезе, язвенная болезнь с сопутствующими заболеваниями.

4. Осложнения:

- 1) кровотечение;
- 2) перфорация;
- 3) пенетрация;
- 4) стеноз;
- 5) малигнизация.

5. Лечение: Диета, частое, дробное питание. Эрадикационная терапия: Омез 40 мг 2 раза в день (за 20-30 мин. до еды) + Кларитромицин 500 мг 2 раза в день (после приема пищи) + Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день после приема пищи - 14 дней. При непереносимости пенициллинов классическая четырехкомпонентная схема: висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 раза в сутки до еды за 30 минут + омепразол 20 мг 1 капс 2 раза в день за 30 минут до еды + тетрациклин 500 мг 4 раза в сутки после еды + метронидазол по 500 мг 3 раза в сутки после еды в течение 10 дней. После отмены антибиотиков – продолжить прием ИПП в дозе 40мг/сут. – 4-6 недель.

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №53

В кардиологическое отделение госпитализирован больной К. 28 лет, автослесарь. Жалобы на одышку при ходьбе до 100 м, усиление одышки в горизонтальном положении, сердцебиение, общую слабость, отеки на ногах. В течение 3 месяцев нарастает одышка, слабость, неделю назад заметил перебои в работе сердца, появились отёки на ногах.

Из перенесённых заболеваний отмечает ОРЗ, аппендэктомия в детском возрасте, грипп 3 года назад.

Объективно: общее состояние тяжёлое. Кожа бледная. Отёки голеней, стоп. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Притупление перкуторного звука в нижних отделах лёгких. Дыхание везикулярное, в нижних отделах крепитирующие хрипы, ЧДД - 26 в минуту. Верхушечный толчок в VI межреберье на 4 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - II межреберье по левой среднеключичной линии, левая совпадает с верхушечным толчком. Тоны сердца приглушены, “ритм галопа”, систолический шум на верхушке и в V точке аускультации, ЧСС – 92 удара в 1 минуту, пульс – 92 в 1 мин. АД - 100/80 мм рт. ст. Размеры печени по Курлову - 14×11×10 см.

Общий анализ крови: гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты -  $4,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 10 мм/ч. При рентгенографии органов грудной клетки выявлен синдром кардиомегалии. Эхо-КГ: дилатация левого и правого желудочков, предсердий, диффузный гипокинез стенок левого желудочка, фракция выброса - 28%. ЭКГ: Ритм синусовый с ЧСС 90 ударов в минуту. Полная блокада левой ножки п.Гиса. Одиночные желудочковые экстрасистолы.

### Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие изменения миокарда выявляются при гистологическом исследовании при данном заболевании?
3. Назначьте лечение данному пациенту.
4. Какие хирургические методы лечения возможны у данного пациента?
5. Какие показатели необходимо мониторировать при диспансерном наблюдении?

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ 53

1. Наиболее вероятный диагноз: Дилатационная кардиомиопатия. Выставляется на основании выявленной кардиомегалии при объективном осмотре, рентгенографии, данных ЭхоКГ, диффузного гипокинеза стенок ЛЖ, низкой ФВ, по ЭКГ - ПБЛНПГ. Возможно в исходе перенесенного вирусного миокардита (в анамнезе – грипп 3 года назад). ХСН IIБ стадии, III ФК, со сниженной фракцией выброса 28%.

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

3. Показаны ингибиторы АПФ (или блокаторы рецепторов ангиотензина II), с последующим переводом на АРНИ (Сакубитрил+Валсартан),  $\beta$ -адреноблокаторы (Бисопролол или Метопролола-сукцинат, Карведилол), антагонисты минералкортикоидных рецепторов (Спиронолактон или Эплеренон), ИНГЛТ-2 (Дапаглифлозин) 10 мг. Диуретики (торасемид или фуросемид+ АМКР+ацетазоламид по 3 дня через 2-3 недели). При выявлении желудочковых аритмий – амиодарон.

4. Имплантация кардиовертера-дефибриллятора (для профилактики внезапной сердечной смерти – учитывая низкую фракцию выброса), ресинхронизирующая терапия. При отсутствии эффекта от оптимальной медикаментозной терапии – трансплантация сердца.

5. Контроль веса, ЧСС, АД. Контроль лабораторных показателей: ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови (билирубин, АЛТ, АСТ, креатинин, мочевины, электролиты крови), расчет СКФ не реже 1 раз в 6 месяцев. NTproBNP не реже 1 раз в 12 месяцев или при дестабилизации состояния. Контроль тиреоидных гормонов – при назначении амиодарона. ЭКГ, ЭхоКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ не реже 1 раз в 6 месяцев. Динамическое наблюдение в кабинете хронической сердечной недостаточности.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №54

Больная 39 лет, обратилась к участковому-терапевту с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, эпизоды удушья, возникающие в горизонтальном положении, отеки

голеней и стоп, ощущение перебоев в работе сердца в течение последних 3 месяцев, тяжесть в правом подреберье.

Из анамнеза известно, что в возрасте 17 лет был выявлен ревматический порок сердца – недостаточность митрального клапана. Регулярно кардиологом не наблюдалась. Оперативного лечения не проводилось. Значимое ухудшение самочувствия в течение 2 недель.

При осмотре: состояние тяжелое. Акроцианоз. Отеки голеней и стоп. ЧДД - 24 в минуту. SaO<sub>2</sub> 94%. При сравнительной перкуссии легких справа ниже угла лопатки отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации ослабленное везикулярное дыхание, в нижних отделах – небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Левая граница сердца - на 3 см снаружи от средне-ключичной линии в VI межреберье. Аускультативная картина: I сердечный тон ослаблен. III тон на верхушке, пансистолический шум на верхушке.

Ритм сердечных сокращений неправильный, ЧСС - 103 удара в минуту. Ps 88 в мин. АД - 110/65 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме за счет ненапряженного асцита, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 13×12×10 см. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край ее закруглен, слегка болезненный. На ЭКГ ритм неправильный, зубцы P отсутствуют, наличие волн f.

### **Вопросы:**

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

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №54**

1. Ведущий синдром хронической сердечной недостаточности по большому и малому кругам кровообращения. Помимо этого имеются синдромы клапанных поражений и аритмический.

2. Хроническая ревматическая болезнь сердца: ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана. Постоянная форма фибрилляции предсердий, тахисистолический вариант. ХСН II Б ст., IV ф.кл. по NYHA.

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

4. Диспансерное наблюдение терапевта и кардиолога, терапия, направленная на купирование сердечной недостаточности: Ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, антагонисты минералокортикоидных рецепторов, петлевой диуретик, сердечные гликозиды, ангиагреганты. Учитывая декомпенсацию СН- выдать направление на госпитализацию.

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

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №55**

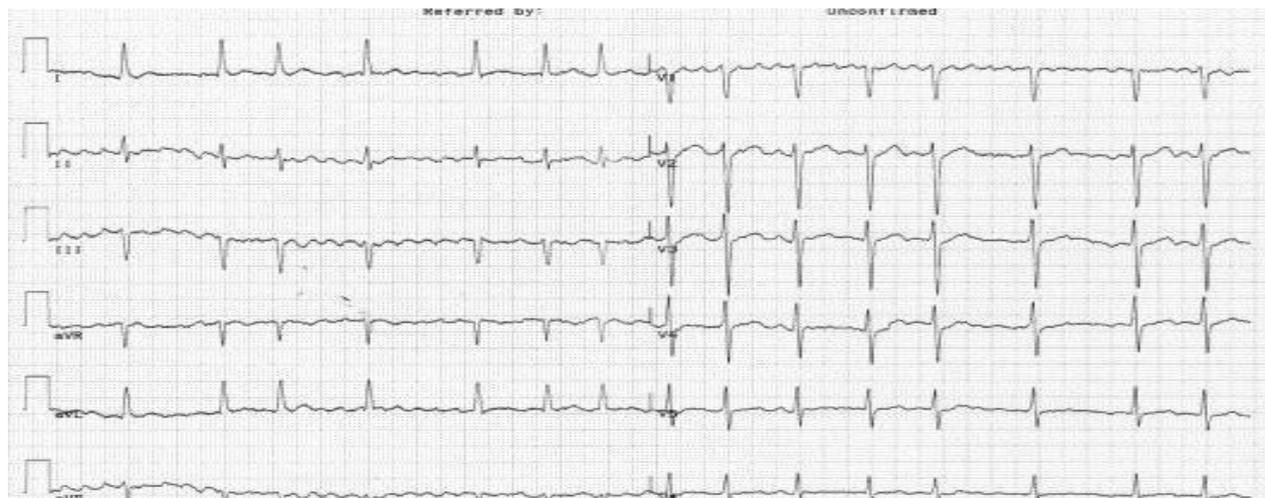
Больная Б. 38 лет поступила в клинику около 5 дней с жалобами на появление одышки при обычных физических нагрузках, повышение утомляемости, учащённого неритмичного сердцебиения, а так же появлении умеренных отеков на н\к.

В детстве страдала частыми анги́нами, которые прекратились в подростковом возрасте; тонзиллэктомия не проводилась. Ежегодно переносит острую респираторную вирусную инфекцию (ОРВИ), неоднократно отмечала появление герпетической сыпи на губах. За месяц до появления указанных жалоб перенесла опоясывающий герпес, по поводу которого проводилась симптоматическая терапия.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37,5°C, озноба нет. Конституция нормостеническая. Кожные покровы чистые. Отеки до нижней трети голени. ЧДД - 22 в минуту, дыхание жёсткое в базальных отделах, хрипов нет. ЧСС - 115 ударов в минуту, ритм неправильный, дефицит пульса - до 10 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены.

В анализах крови: СРБ - 10,6 мг/л, АСЛО - 125 МЕ/л (норма 0-125 МЕ/л).

ЭКГ:



**Вопросы:**

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

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №55**

1. Фибрилляция предсердий (мерцательная аритмия). О наличии фибрилляции предсердий свидетельствуют отсутствие зубца P, неправильный ритм (неодинаковые интервалы RR), а так же наличие волн f. Положительная полярность комплекса QRS в отведениях I и aVF свидетельствует о нормальном расположении ЭОС.
2. Наиболее вероятный диагноз - «неревматический (инфекционно-аллергический, вирусный) 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, а так же

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

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

5. Первочередные лечебные мероприятия включают: назначение  $\beta$ -адреноблокаторов и назначение антикоагулянтной терапии. Назначение  $\beta$ -адреноблокаторов показано с целью урежения желудочкового ответа и облегчения переносимости аритмии. Показаний к экстренной электроимпульсной терапии (ЭИТ) (выраженной гемодинамической нестабильности) также нет. Необходимо проведение ЧПЭХОКС с целью исключения тромбоз ушка левого предсердия (УЛП). При отсутствии

тромбов УЛП необходимо начать попытку восстановления синусового ритма. Лечение СН: иАПФ, АРНИ, диуретики. Решение вопроса о назначении эмпирической терапии.

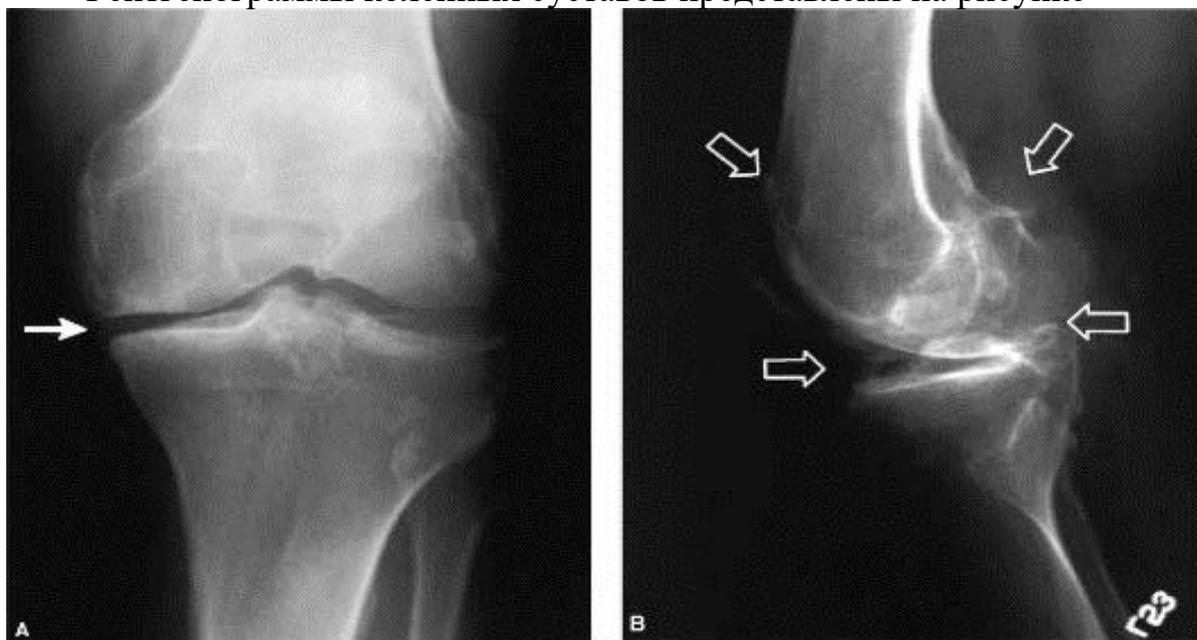
### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №56

Пациентка В. 58 лет обратилась в поликлинику с жалобами на периодически возникающие боли в левом коленном суставе, стартового и нагрузочного характера, усиливающиеся к вечеру, хруст при активных движениях в левом коленном суставе. Боли впервые появились около 1 года назад и постепенно нарастали. ВАШ 2-3 балла. В анамнезе: Сахарный диабет 2 типа, компенсированный. Ожирение 2ст алиментарного генеза.

При осмотре: суставы внешне не изменены, деформации и дефигурации не отмечаются. Объем активных и пассивных движений в коленных суставах без особенностей. Атрофии мышц нет.

Развернуты и биохимический анализы крови: без отклонений от нормальных значений. СОЭ - 22 мм/ч. РФ - отрицательный.

Рентгенограммы коленных суставов представлены на рисунке



#### Вопросы:

1. Какие изменения видны на рентгенограммах?
2. Предположите наиболее вероятный диагноз. Ответ обоснуйте.
3. Какие существуют факторы риска данного заболевания.
4. Перечислите группы препаратов для симптоматической и базисной терапии данного заболевания. Ответ обоснуйте.

5. Назначьте лечение больной в данной клинической ситуации. Выбор обоснуйте.

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ 56

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

2. Предварительный диагноз: Первичный остеоартрит левого коленного сустава R ст. 2. ФНО.

Обоснование диагноза: характерные жалобы больной (механический характер болей, боли стартового характера, крепитация в суставе при активном движении), возраст больной, данные рентгенографии левого коленного сустава (сужение суставной щели, субхондральный склероз, остеофиты), отсутствие явной лабораторной активности и отсутствие иммунологической напряженности.

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

4. Симптоматическая терапия: препараты группы НПВС (пероральные, инъекционные и топические формы). Купируют в кратчайшие сроки воспаление, обезболивающее действие. Базисная терапия: препараты SYSADOA (Хондроитин сульфат, Глюкозамин сульфат, комбинированные препараты (хондроитина сульфат + глюкозамина сульфат)), неомыляемые соединения авокадо и сои, Диацереин. Это медленнодействующие препараты обладают умеренно выраженным действием на боль, кроме того, обладают хондропротективными свойствами. Отличительная особенность - время наступления эффекта в течение 6-8 недель от начала лечения, первичный курс не менее 6 месяцев и далее курсы необходимо повтять по 1-2 месяца 1-2 раза в год.

5. Рекомендации по терапии:

Немедикаментозные методы лечения: снижение массы тела, обучение правильному механизму движений, рекомендации по оптимизации физической активности, ЛФК, плавание, использование средств «малой» ортопедии (стельки, наколенники), физиотерапия. Медикаментозная терапия: использование топических НПВП (мази, гели), препараты SYSADOA на срок

не менее 6 месяцев. При недостаточном эффекте следующий шаг - назначение таблетированных и внутримышечных форм НПВП, при сохранении симптомов - внутрисуставно препарат гиалуроновой кислоты). Внутрисуставное введение глюкокортикоидов в данной ситуации не показано. Оно показано лишь при наличии симптомов экссудативного воспаления. Частота внутрисуставного введения не должна превышать 2-3 раз в год.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №57**

Больной Ф. 78 лет вызвал участкового врача на дом с жалобами на дискомфорт за грудиной. При более подробном опросе отмечает жалобы на чувство сердцебиения, перебои в работе сердца, общую слабость, одышку. Давность приступа более недели.

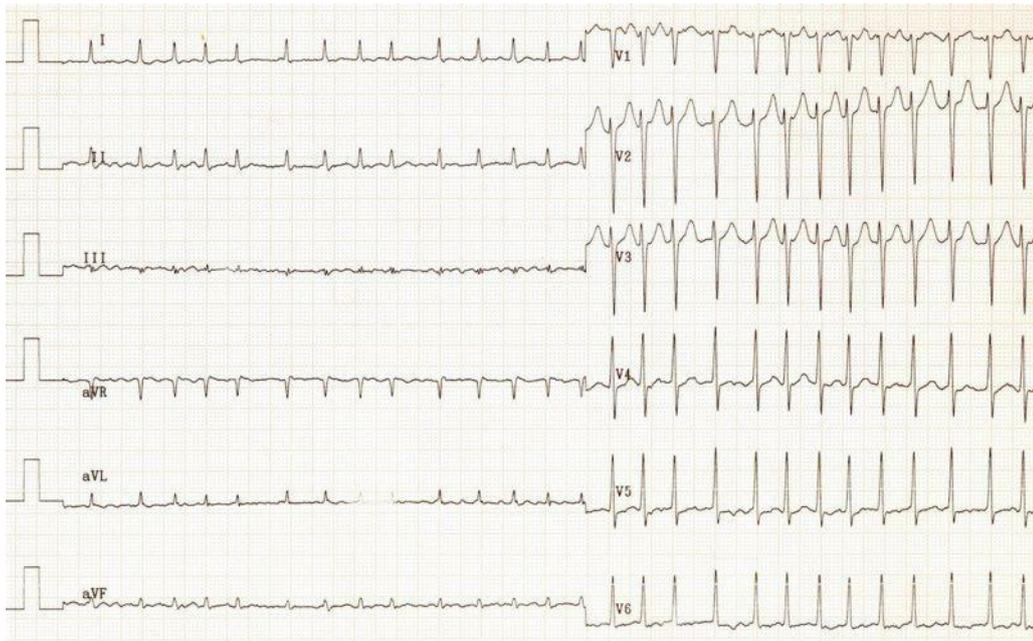
Из анамнеза известно, что схожие приступы стали беспокоить последние шесть месяцев, продолжительностью от несколько минут до суток, проходят самостоятельно при перемене положения тела. Так же в течение нескольких лет ухудшилась память, появились эпизоды повышения АД до 160/90 мм рт.ст. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно лечение не принимал. В молодом возрасте перенес язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки. В настоящее время – пенсионер, работал преподавателем в вузе. Вредных привычек не имеет.

При осмотре состояние больного средней степени тяжести. Телосложение правильное, рост – 168 см, вес – 70 кг. Форма грудной клетки коническая, дыхание свободное через нос. Заметна пульсация шейных вен. ЧДД – 20 в мин. При перкуссии звук ясный, легочный, границы легких в пределах нормы. При аускультации дыхание жесткое, хрипов нет.

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

Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется, размеры по Курлову – 11x10x8 см.

Вызванной бригадой СМП записана ЭКГ:



### Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какова дальнейшая тактика ведения пациента?
3. Какие дополнительные методы обследования вы назначите больному? Обоснуйте ответ.
4. На основании каких параметров оценивается риск развития инсульта и системных тромбоэмболий (ТЭО) у данного больного? Является ли необходимым назначение антикоагулянтов у данного больного?
5. Перечислите состояния, ассоциирующиеся с нарушением сердечного ритма выявленного у данного пациента. Какие из них можно выделить у данного больного.

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ 57

1. На основании жалоб, анамнеза, объективного осмотра, зарегистрированной ЭКГ, у больного персистирующая форма фибрилляции предсердий.
2. Госпитализация, так как у пациента впервые выявленная фибрилляция предсердий. Учитывая, что пароксизм более недели и пациент не получает антикоагулянтную терапию, восстановление синусового ритма возможно только после дообследования.
3. Учитывая признаки застоя по малому кругу, необходимо провести рентгенография легких. ЭхоКГ для исключения органической патологии сердца, уточнение декомпенсации СН. ЧП ЭХО КГ для исключения тромбоза

ушка левого предсердия. ФГДС для исключения рецидива язвенной болезни ДПК. Суточное мониторирование ЭКГ для выявления формы нарушения ритма сердца. Лабораторное обследование: ОАК, Коагулограмма, Маркеры некроза миокарда.

4. Определение риска развития инсульта и системных тромбоэмболий проводится согласно шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc. С учётом возраста пациента, наличия АГ риск ТЭО по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc > 2 баллов (3 балла), что является основанием для назначений антикоагулянтной терапии.

5. С фибрилляцией предсердий ассоциируются: структурное заболевание сердца, возраст, артериальная гипертония, клинически выраженная сердечная недостаточность, тахиаритмическая кардиомиопатия, поражение клапанов сердца, первичные кардиомиопатии, ишемическая болезнь сердца, нарушение функции щитовидной железы, избыточная масса тела и ожирение, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь лёгких, апноэ во время сна, хроническая болезнь почек, язвенная болезнь. Из известных на момент осмотра больного состояний, ассоциирующихся с фибрилляцией предсердий, являются возраст и артериальная гипертония.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №58**

При проведении диспансеризации у женщины 57 лет (вес 99,3 кг, рост 163 см) выявлено: гликемия натощак 6,8 ммоль/л, в общем анализе мочи (ОАМ) – уд.вес 1015, желтая, прозрачная, белок – 0,15 г/л, сахар ++++, эритроциты 1-2 в п/зр, лейкоциты 3-5 в п/зр, эпителий плоский 3-5 в п/зр.

На момент осмотра жалоб активно не предъявляет. В течение последних 3 лет периодически отмечала повышение АД до 140/90 – 150/95 мм рт. ст. Гипотензивную терапию не получала. Семейный анамнез: мать – 69 лет страдает АГ, СД 2 типа; отец – умер в 60 лет, ИМ. Акушерский анамнез: 2 беременности, 2 родов, во время второй беременности был диагностирован гестационный сахарный диабет, коррекция проводилась диетотерапией. При анкетировании наличие соматической патологии отрицает. Вредные привычки отрицает.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Телосложение правильное. ИМТ – 37 кг/м<sup>2</sup>. Окружность талии – 104 см. Кожные покровы обычного цвета, чистые. Видимые слизистые бледно-розовые. Периферические л/узлы не пальпируются. Дыхание везикулярное,

хрипов нет. ЧДД = 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 72 в мин. Гемодинамика стабильная. АД – 145/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень – по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования пациента.
4. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Какой сахароснижающий препарат Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ 58**

1. Сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный. Целевой уровень гликированного гемоглобина ( $HbA1c$ )  $\leq 7\%$ . Экзогенно-конституциональное ожирение 2 ст. (ИМТ = 37 кг/м<sup>2</sup>) по абдоминальному типу (ОТ = 104 см). Гипертоническая болезнь I степени, риск 4. ХБП смешанного характера (диабетическая, гипертоническая).

2. Диагноз «сахарный диабет» установлен на основании результатов анализов (гипергликемия - 6,8 ммоль/л, глюкозурия). Целевой уровень  $HbA1c \leq 7\%$ , так как возраст пациентки 52 года, нет сердечно-сосудистых атеросклеротических заболеваний и нет риска тяжелой гипогликемии. Диагноз Гипертоническая болезнь (ГБ) установлен на основании данных анамнеза (пациентка отмечает повышение АД в течение 3 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Степень риска ССО поставлена на основании наличия сахарного диабета. Возможно наличие хронической болезни почек (ХБП) вследствие диабетического поражения почек - диабетической нефропатии и длительного анамнеза ГБ, а также, наличия в общем анализе мочи - протеинурии (0,15 г/л). Ожирение 2 ст., так как ИМТ = 37 кг/м<sup>2</sup>.

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 эндокринолога, офтальмолога, невролога, проведение суточного мониторирования АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ, дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий.

4. На старте гипотензивной терапии необходимо использовать комбинацию: иАПФ или (при непереносимости иАПФ), блокаторы рецептора к ангиотензину II в сочетании с тиазидоподобными диуретиками. Выбор препарата из этих групп основан на их нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ХБП I-III стадии, с диабетической нефропатией.

5. Препарат из группы бигуанидов - Метформин с целью снижения продукции глюкозы печенью и инсулинорезистентности. С учетом ожирения 2 степени, ХБП рекомендованы препараты агонистов ГПП -1 (семаглутид, дулаглутид).

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №59**

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

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

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

На ЭКГ зарегистрировано: синусовый ритм, подъем сегмента ST > 0,2 мВ в отведениях II, III, aVF. Транспортная доступность до стационара

неотложной кардиологии, располагающего возможностью проведения первичного ЧКВ – 30 мин.

**Вопросы:**

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

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ 59**

1. Острый коронарный синдром с подъёмом сегмента ST в нижней стенке левого желудочка. Артериальная гипертензия III стадии, III степени, риск 4.

2. Диагноз «ОКС» поставлен на основании жалоб пациента на типичные ангинозные боли, продолжающиеся около 2 часов, не купирующиеся приёмом Нитроглицерина; характерных изменений ЭКГ: подъём сегмента ST  $>0,2$  м в более чем в двух смежных отведениях для мужчины старше 40 лет. Диагноз «артериальная гипертензия» (АГ) установлен на основании данных анамнеза (повышение АД в последние 10 лет), стадия АГ установлена на основании наличия ОКС, свидетельствующего о заболевании сердца как ассоциированном клиническом состоянии. Постановка степени АГ основана на цифрах повышения АД в анамнезе и при объективном осмотре. Риск ССО определён в соответствии со степенью повышения АД и наличия ассоциированного клинического состояния.

3. Пациенту требуется экстренная госпитализация. Необходим вызов бригады скорой медицинской помощи - бригады интенсивной терапии. Учитывая то, что транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии составляет менее 120 минут с момента первого медицинского контакта, наиболее целесообразной тактикой является выполнение первичного ЧКВ.

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

5. Данных достаточно. Применительно к инфаркту миокарда с подъемом сегмента ST лабораторное подтверждение некроза миокарда с помощью исследования уровня тропонинов носит формальный характер и имеет непервостепенное значение. Определение маркеров повреждения необходимо для окончательного подтверждения диагноза, но первичная лечебная стратегия строится на основании клинической картины и ЭКГ. Все основные решения по оказанию помощи пациенту с ИМпST не зависят от лабораторного подтверждения. Более того, важнейшие решения, например решение о введении тромболитика или проведении первичного ЧКВ, не должны откладываться до получения информации об уровне тропонина.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №60**

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

Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет у пациента повышается артериальное давление, максимально до 170 и 90 мм рт. ст. Курит 20 сигарет в сутки в течение последних 20 лет. В течение месяца впервые отметил появление загрудинных болей после интенсивной физической нагрузки и проходящих в покое. Не обследовался, лечение не получал. Наследственность: мать – 76 лет, страдает артериальной гипертензией, перенесла инфаркт миокарда, отец – умер в 55 лет от инфаркта миокарда.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Рост – 168 см, вес – 90 кг, ИМТ – 32 кг/м<sup>2</sup>. Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент второго тона на аорте, ритм

правильный. АД – 160 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 92 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 22 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печеночной тупости по Курлову - 11×9×8 см. Периферических отеков нет.

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

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

### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Каков выбор стратегии реперфузии миокарда в данном случае?
4. Какие препараты Вы рекомендуете пациенту в качестве пероральной антитромбоцитарной терапии?
5. Мероприятия по вторичной профилактике нежелательных сердечно-сосудистых событий у данного пациента?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №60**

1. ИБС. Острый коронарный синдром с элевацией сегмента ST передней перегородки, верхушки, боковой стенки левого желудочка. Гипертоническая болезнь III стадии, артериальная гипертензия 2 степени, риск 4. ХБПС3аА2. Экзогенно-конституциональное ожирение 1 степени (ИМТ = 32 кг/м<sup>2</sup>).

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

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

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

Диагноз «ХБП» установлен на основании стойкого снижения скорости клубочковой фильтрации в интервале 45-59 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (ХБПС3а), повышенной альбуминурии более 30 мг/сут (А2), данные симптомы персистируют более 3 месяцев.

Стадия ожирения установлена в соответствии с рассчитанным индексом массы тела.

3. Предпочтительная стратегия реперфузии – чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ). В условиях, когда первичное ЧКВ не может быть вовремя проведено, следует рассмотреть реперфузию с помощью тромболизиса, который может быть начат уже догоспитальном этапе 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 P2Y<sub>12</sub> 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. Вторичная профилактика должна включать немедикаментозные мероприятия по управлению факторами риска (исключить табакокурение, избегать пассивного курения, рационально питаться с целью снижения веса, уменьшения артериального давления и уровня холестерина; контроль глюкозы в крови, расширение физической активности) и медикаментозные средства (прием бета-адреноблокаторов, а если они не переносятся — блокаторов кальциевых каналов длительного действия, ингибиторов АПФ у пациентов с достоверной систолической дисфункцией левого желудочка, антиагрегантных препаратов, статинов).

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ХИРУРГИИ

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

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

#### **Вопросы:**

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

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №1

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

2. Срединная лапаротомия.

3. Ношение бандажа, ограничение физической нагрузки на мышцы брюшного пресса (до 6 месяцев), профилактика запоров.

4. От видимой границы некроза кишки следует отступить на 30-40 см в проксимальном направлении и на 15-20 см – в дистальном.

5. «Конец в конец» (наиболее оптимальный вариант), «бок в бок», «конец в бок».

## **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2**

Вы дежурный врач-хирург многопрофильного стационара. Машиной СМП доставлен пациент 30 лет. Из анамнеза установлено следующее. Считает себя больным около 3 часов, когда внезапно без видимых причин появились резкая слабость, потливость, дважды была рвота типа «кофейной гущи», дважды был жидкий стул чёрного цвета. Обратился в службу скорой помощи. При осмотре: общее состояние средней степени тяжести, в сознании, адекватен, кожные покровы бледные, ЧСС 98 в мин, АД 105/75 мм рт. ст.; живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации – мягкий, незначительно болезненный при глубокой пальпации в эпигастрии; при ректальном осмотре – на перчатке следы жидкого кала чёрного цвета.

### **Вопросы:**

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

## **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №2**

1. Желудочно-кишечное кровотечение из верхних отделов ЖКТ (основные возможные источники кровотечения: язвы желудка и ДПК (наиболее частый источник), эрозии, опухоли, синдром Мэллори-Вейсса, варикозно расширенные вены пищевода и желудка).

2. Срочно выполнить ФГДС (не позднее 1,5 часов от момента поступления в стационар).

3. Показатели анализа крови (гемоглобин, эритроциты, гематокрит, цветной показатель), ЧСС, АД, шоковый индекс Альговера (ЧСС/АДс).

4. Промыть желудок холодной водой через зонд (при необходимости), выполнить эндоскопический гемостаз («золотой стандарт» – аргоноплазменная коагуляция; другие методы – диатермокоагуляция, клипирование), далее проводить комплексный «консервативный гемостаз» с

целью профилактики рецидива кровотечения (ингибиторы протонной помпы болюсно по схеме, ингибиторы фибринолиза, этамзилат, хлористый кальций, свежезамороженная плазма), коррекция водно-электролитного баланса, коррекция анемии, симптоматическое лечение.

5. Продолжающееся кровотечение при неэффективности эндоскопического гемостаза.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3**

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

#### **Вопросы:**

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

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №3**

1. Эндоскопический гемостаз может быть осуществлён одним из следующих методов: АПК, аппликационный метод вяжущими и обволакивающими средствами (феррокрил, раствор азотнокислого серебра и др.); инъекционный метод – инъекционное введение в область кровоточащей язвы (паравазально или интравазально) различных склерозирующих и сосудосуживающих препаратов (спирт 50%, раствор адреналина,

полидоканола или этоксисклерола и др.); электрокоагуляция – термоактивные способы эндоскопической остановки кровотечения, основанные на том, что действие высокой температуры приводит к коагуляции белков тканей, сжатию просвета сосуда и уменьшению кровотока. К таким методам относят лазеротерапию, мультиполярную электрокоагуляцию, термокоагуляцию; клипирование – эндоскопическая методика позволяет осуществить механическую остановку кровотечения наложением клипсы на кровоточащий сосуд.

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

3. Гастротомия (пилородуоденотомия) с прошиванием кровоточащего сосуда и ушиванием язвенного дефекта (максимально щадящее хирургическое вмешательство); дистальная резекция 2/3 по Бильрот-I или Бильрот-II (в модификации Гофмейстера-Финстерера); иссечение язвы (экономная резекция) с пилоро- или дуоденопластикой и ваготомией.

4. На выбор объёма хирургического вмешательства влияют: тяжесть общего состояния больного, особенности источника кровотечения (локализация и размер язвы, оценка язвенного анамнеза, наличие других осложнений язвенной болезни), возраст, сопутствующая патология, квалификация хирургической бригады. Основная цель операции: надёжная остановка кровотечения (хирургический гемостаз).

5. Дэмпинг-синдром, синдром приводящей петли, пептическая язва анастомоза, железодефицитная анемия.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4**

К хирургу поликлиники обратилась больная, 57 лет, с жалобами на тошноту, чувство «тяжести» в правом подреберье, рвоту, метеоризм. В анамнезе хронический калькулезный холецистит. Желтухи нет. При осмотре: состояние больной удовлетворительное; живот мягкий, незначительно болезненный в правом подреберье; симптомы Ортнера, Кера, Щёткина-Блумберга отрицательные. При пальпации определяется увеличенный, умеренно болезненный при глубокой пальпации желчный пузырь.

Температура тела не изменена. В показателях общего анализа крови изменений не отмечается.

**Вопросы:**

1. Предварительный диагноз? Тактика хирурга поликлиники.
2. Какие обследования необходимо выполнить больной для уточнения диагноза?
3. Какие изменения характерны для данной патологии по данным УЗИ брюшной полости?
4. Вид и объём лечения?
5. Прогноз?

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №4**

1. Водянка желчного пузыря. Срочно направить больную в хирургический стационар.
2. УЗИ, ФГДС, клинические и биохимические анализы крови, мочи, ЭКГ.
3. Увеличенный желчный пузырь, истончённые растянутые стенки желчного пузыря, конкременты в полости пузыря, наличие вклиненного камня в шейке или протоке пузыря.
4. Больной показано хирургическое лечение в срочном порядке - лапароскопическая холецистэктомия.
5. Прогноз для жизни и трудоспособности – благоприятный.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5**

На приём к хирургу поликлиники обратился больной Ш. 23 лет с жалобами на боль в правой подвздошной области, тошноту, рвоту, жидкий стул, повышение температуры тела до 38,7 °С. Болеет в течение суток. При осмотре: состояние больного средней степени тяжести, в сознании, кожные покровы бледно-розового цвета; живот не вздут, симметричный, при пальпации болезненный и напряжённый в правой подвздошной области. Симптомы Воскресенского, Ровзинга, Ситковского положительные. Симптом Щёткина-Блюмберга положительный в правой подвздошной области. ОАК: лейкоциты  $15 \times 10^9$ /л, СОЭ 26 мм/ч. ОАМ – без патологии.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?

2. Тактика хирурга поликлиники?
3. Перечислите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать данную патологию в первую очередь?
4. Тактика хирурга приёмного отделения стационара? Дополнительные диагностические мероприятия?
5. Вид и объём лечения?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №5**

1. Острый аппендицит, осложнённый местным перитонитом.
2. Вызвать бригаду «скорой медицинской помощи» для транспортировки больного в хирургический стационар.
3. Острый холецистит, острая кишечная инфекция, перфоративная язва желудка (ДПК), острый панкреатит.
4. Госпитализация в хирургическое отделение, экстренная операция: аппендэктомия, дренирование брюшной полости (предпочтение следует отдавать лапароскопическому доступу). УЗИ брюшной полости, при необходимости – диагностическая лапароскопия.
5. Кратковременная подготовка к операции, предоперационная антибиотикопрофилактика, премедикация, экстренная операция (не позднее 2 часов от момента установления диагноза), после операции – голод до суток, инфузионная терапия по показаниям, антибиотикотерапия, профилактика ВТЭО на основе оценки риска, терапия раневой боли, стимуляция работы ЖКТ, местное лечение (перевязки), физиолечение.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6**

Больная Н., 20 лет, заболела 3 дня назад, когда появились боли в правой подвздошной области. Самостоятельно принимала ципрофлоксацин и кетопрофен. Боли стали менее интенсивными, но полностью не прошли. Обратилась к хирургу поликлиники на 5-й день от начала заболевания. Состояние больной средней степени тяжести. Температура 37,3 °С, пульс 92 уд/мин. В правой подвздошной области пальпируется образование 6х6 см плотноэластической консистенции, неподвижное, с чёткими границами, умеренно болезненное. Симптом Щёткина-Блумберга отрицательный. Лейкоциты крови  $12,0 \times 10^9/\text{л}$ .

### **Вопросы:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Тактика хирурга поликлиники?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию? Какие диагностические данные можно получить при ректальном и вагинальном обследовании данной больной?
5. Лечебная тактика? Какой исход данной патологии возможен у больной?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №6**

1. Аппендикулярный инфильтрат.
2. Вызвать бригаду СМП и срочно направить больную в хирургический стационар.
3. Осмотр, пальпация живота, клинические анализы, УЗИ брюшной полости, КТ брюшной полости, осмотр гинеколога.
4. Опухоль слепой кишки, правосторонняя tuboовариальная воспалительная опухоль, абсцесс брюшной полости. Ректально и вагинально на высоте пальца может определяться болезненный инфильтрат.
5. Экстренная госпитализация в хирургическое отделение. Операция противопоказана. Консервативное лечение: антибиотикотерапия, спазмолитики, НПВП, физиолечение (после проведения ФКС и исключения опухоли слепой кишки). Возможные исходы: а) рассасывание инфильтрата с клиническим выздоровлением (дальнейшая тактика: выписка из стационара, плановая аппендэктомия в сроки 2-3 месяца); б) абсцедирование инфильтрата (дальнейшая тактика: экстренная операция – внебрюшинное вскрытие, дренирование абсцесса; продолжение лечения в хирургическом отделении, выписка из стационара, плановая аппендэктомия в сроки 3-4 месяца).

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7**

Больной находится на стационарном лечении в хирургическом отделении по поводу аппендикулярного инфильтрата. В процессе консервативного лечения усилилась боль в правой подвздошной области и появились ознобы. При осмотре: состояние больного средней степени

тяжести, пульс 94 уд/мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в правой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины отрицательные. По данным УЗИ брюшной полости: в правой подвздошной ямке определяется инфильтрат, размером 8x8 см, с зоной размягчения, очагами пониженной и повышенной эхогенности в центре. ОАК: лейкоциты  $22 \times 10^9$ /л, СОЭ 29 мм/ч.

**Вопросы:**

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

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №7**

1. Абсцедирование аппендикулярного инфильтрата.
2. Больному показано оперативное лечение в срочном порядке.
3. Вскрытие, дренирование абсцесса брюшной полости. Аппендэктомия противопоказана.
4. ФКС с биопсией.
5. Вскрытие абсцедирующего аппендикулярного инфильтрата внебрюшинным доступом.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №8**

Мужчина 43 лет, страдает язвенной болезнью ДПК, диагноз установлен 4 года назад. В течение недели отмечает интенсивные голодные и ночные боли. Внезапно появились резкая слабость, холодный пот, исчезли боли. Обратился в службу СМП. Машиной СМП доставлен в хирургический стационар. При обследовании: АД 90/60 мм рт. ст., в анализе крови: эритроциты  $4,1 \times 10^{12}$ /л, Нв 140 г/л, при пальцевом ректальном исследовании установлено, что кал обычного цвета.

**Вопросы:**

1. Что случилось с больным?
2. С чем связано исчезновение болей?

3. Как объяснить нормальные показатели анализа крови?
4. Какой кал будет через 1-2 суток?
5. Как подтвердить диагноз? Лечебная тактика? Прогноз? Рекомендации по ведению больных с язвенной болезнью на амбулаторном этапе?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №8**

1. У больного, предположительно, возникло острое кровотечение из дуоденальной язвы.
2. Боли исчезли из-за устранения кровью кислотно-пептического агрессивного фактора на слизистую в области язвы.
3. Нормальные показатели крови можно объяснить небольшой продолжительностью кровотечения на момент обращения в лечебное учреждение, а также централизацией кровообращения при геморрагическом шоке и последующим депонированием.
4. Жидкий дёгтеобразный кал чёрного цвета со специфическим запахом (мелена).
5. Диагноз подтверждается эндоскопическим исследованием (ФГДС). При кровотечении – метод эндоскопического гемостаза, консервативная противоязвенная терапия, гемостатическая. Для жизни благоприятный, для трудоспособности благоприятный. Наблюдение гастроэнтеролога, контроль ФГДС, противоязвенная терапия, соблюдение диеты.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9**

Скорую помощь вызвал пациент 19 лет. Врач скорой помощи увидел его лежащим на правом боку, стонущим и скрежещущим зубами. Заболел около 20 минут назад. Последнюю неделю у пациента была выраженная изжога. При осмотре больной стонет, глаза выражают испуг, просит скорейшей помощи; холодный пот, бледен; колени приведены к животу. Пульс 56 в мин. АД 90/40 мм рт. ст. Дыхательные экскурсии неглубокие, тахипное. Тоны сердца ритмичные, патологических шумов не слышно. Попытка уложить на спину увенчалась успехом на короткое время, больной принимает прежнее положение. Передняя брюшная стенка в дыхании не участвует, пальпация живота болезненная, резкое напряжение мышц

передней брюшной стенки во всех отделах. При перкуссии живота чётко определить печёночную тупость не удаётся.

**Вопросы:**

1. Действия врача скорой помощи?
2. Ваш диагноз?
3. Основные обследования, которые должен назначить врач-хирург в стационаре?
4. Объём оказания помощи в хирургическом стационаре?
5. Вторичная профилактика?

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №9**

1. Холод на живот. Срочная транспортировка в хирургический стационар. При длительной транспортировке возможно введение назогастрального зонда.

2. Перфорация полого органа брюшной полости (наиболее вероятно, перфорация гастродуоденальной язвы).

3. Обзорная рентгенография брюшной полости («симптом серпа» – абсолютный признак наличия свободного газа в брюшной полости – серповидная полоска воздуха между диафрагмальной поверхностью правой доли печени и правым куполом диафрагмы), ФГДС (показана при отсутствии «симптома серпа» на рентгенограмме брюшной полости; позволяет обнаружить перфоративную язву), ЭКГ (прежде всего, для исключения инфаркта миокарда), определение группы крови и Rh, ОАК, ОАМ.

4. Данная патология является абсолютным показанием к экстренной операции. Операция выбора – ушивание перфоративной язвы по одному из существующих способов (основные три: ушивание двухрядным швом, по Опелю-Поликарпову, по Неймарку). Доступы: открытый (верхнесрединная лапаротомия) или лапароскопический. Полное название операции: Лапаротомия/лапароскопия, ревизия, биопсия из края язвы (рекомендуется при желудочной локализации язвы), ушивание перфоративной язвы желудка/ДПК, санация, дренирование брюшной полости. По показаниям (например, при наличии, помимо перфорации, признаков пилородуоденального стеноза) может быть рекомендована резекция желудка по одной из описанных методик (Бильрот I, Бильрот II).

5. Диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога, ФГДС-контроль, противоязвенная терапия, соблюдение диеты.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10**

Больная 52 лет страдает язвенной болезнью ДПК в течение 9 лет. Последнюю неделю отмечает интенсивные голодные и ночные боли. 7 часов назад появилась интенсивная боль в эпигастрии. Обратилась в службу СМП. Врач бригады СМП при осмотре пациентки установил, что общее состояние тяжёлое, пульс 58 в мин., АД 90/60 мм рт. ст., при пальпации живота отмечаются резкая болезненность во всех отделах, напряжение мышц брюшной стенки.

#### **Вопросы:**

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

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №10**

1. Срочная транспортировка в хирургический стационар.
2. Перфорация полого органа брюшной полости (прежде всего, следует предположить перфоративную язву ДПК).

3. Обзорная рентгенография брюшной полости («симптом серпа» – абсолютный признак наличия свободного газа в брюшной полости – серповидная полоска воздуха между диафрагмальной поверхностью правой доли печени и правым куполом диафрагмы), ФГДС (показана при отсутствии «симптома серпа» на рентгенограмме брюшной полости; позволяет обнаружить перфоративную язву ДПК).

4. Данная патология является абсолютным показанием к экстренной операции. Операция выбора – ушивание перфоративной язвы ДПК по одному из существующих способов (основные три: ушивание двухрядным швом, по Оппелю-Поликарпову, по Неймарку). Доступы: открытый (верхнесрединная лапаротомия) или лапароскопический. Полное название операции: Лапаротомия/лапароскопия, ревизия, ушивание перфоративной язвы ДПК, санация, дренирование брюшной полости. По показаниям (например, при

наличии, помимо перфорации, признаков пилородуоденального стеноза) может быть рекомендована резекция желудка по одной из описанных методик (Бильрот I, Бильрот II).

5. Диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога, ФГДС-контроль, соблюдение диеты.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11**

В приёмное отделение многопрофильного стационара машиной СМП в экстренном порядке доставлена пациентка 43 лет. Из анамнеза установлено, что пациентка в течение 7 лет страдает язвенной болезнью ДПК, последние 5 дней отмечает интенсивные голодные и ночные боли, самостоятельно начала принимать омепразол, сегодня около 4 часов назад появилась выраженная нестерпимая боль в эпигастрии. Дежурный врач-хирург при первичном осмотре пациентки выявил следующее: пульс 56 в мин., АД 85/60 мм рт. ст.; живот не вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации определяются выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки и резкая болезненность во всех отделах живота.

#### **Вопросы:**

1. Предварительный диагноз, о котором должен подумать врач-хирург в первую очередь?
2. Что будет определяться у данной больной при перкуссии живота?
3. Какие исследования необходимо провести прежде всего? Что при этом будет определяться?
4. Лечебная тактика?
5. Прогноз?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №11**

1. Язвенная болезнь ДПК, осложнённая перфорацией.
2. Исчезновение печёночной тупости, тимпанический звук над печенью.
3. Обзорная рентгенография брюшной полости («симптом серпа» – абсолютный признак наличия свободного газа в брюшной полости – серповидная полоска воздуха между диафрагмальной поверхностью правой доли печени и правым куполом диафрагмы), ФГДС (показана при отсутствии

«симптома серпа» на рентгенограмме брюшной полости; позволяет обнаружить перфоративную язву ДПК).

4. Данная патология является абсолютным показанием к экстренной операции. Операция выбора – ушивание перфоративной язвы по одному из существующих способов (основные три: ушивание двухрядным швом, по Опелю-Поликарпову, по Неймарку). Доступы: открытый (верхнесрединная лапаротомия) или лапароскопический. Полное название операции: Лапаротомия/лапароскопия, ревизия, ушивание перфоративной язвы ДПК, санация, дренирование брюшной полости. По показаниям (например, при наличии, помимо перфорации, признаков пилородуоденального стеноза) может быть рекомендована резекция желудка по одной из описанных методик (Бильрот I, Бильрот II).

5. Прогноз для жизни благоприятный. Необходимо учесть, что если было ушивание, возможен рецидив, а значит после операции следует пройти комплексное обследование и лечение у гастроэнтеролога. Прогноз для трудоспособности также благоприятный. Необходимо диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога, ФГДС-контроль.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12**

В дежурный хирургический стационар машиной скорой помощи доставлена пациентка 32 лет. При первичном осмотре дежурный врач-хирург установил, что пациентка жалуется на схваткообразные нелокализованные боли в животе, тошноту, задержку отхождения газов и стула; из анамнеза установлено, что боли в животе появились 4 часа назад после обильного приёма пищи, 2 года назад перенесла операцию по поводу острого аппендицита (в правой подвздошной области имеется сформированный рубец после лапаротомии по Волковичу-Дьяконову), после операции неоднократно беспокоили боли в животе, которые проходили самостоятельно.

#### **Вопросы:**

1. О каком заболевании следует подумать в первую очередь?
2. Какие диагностические мероприятия помогут уточнить диагноз?
3. Вид лечения?
4. Объём операции при данной патологии?
5. Прогноз для жизни и трудоспособности?

## ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №12

1. Спаечная болезнь брюшной полости. Острая спаечная кишечная непроходимость (это то, о чём следует думать прежде всего, с учётом настороженности в отношении острой хирургической патологии). Однако, в связи с тем, что после выполненной ранее аппендэктомии «неоднократно беспокоили боли в животе, которые проходили самостоятельно», настоящий приступ также (теоретически) может прекратиться (без операции, на фоне консервативного лечения), и тогда диагноз будет формулироваться как «Спаечная болезнь брюшной полости. Функциональное нарушение (дискинезия) кишечника» (это вопрос дифференциальной диагностики).

2. Характерная клиническая картина: жалобы на схваткообразные боли в животе, задержку отхождения газов и стула, тошноту и рвоту; острое начало после погрешности в диете; анамнез перенесенной полтора года назад операции по поводу острого аппендицита; физикальные данные: вздутие живота, видимая перистальтика, болезненность, пёстрый перкуторный звук, аускультативные симптомы (шум плеска – симптомы Матье и Склярова, шум падающей капли – симптом Спасокукоцкого); симптом Обуховской больницы (по И.И. Грекову) – при пальцевом исследовании прямой кишки определяется слабость анального жома и баллонообразная растянутая и пустая ампула прямой кишки. Обзорная рентгенография брюшной полости (чаши Клойбера).

3. Дифференцированная лечебная тактика: при наличии признаков перитонита показана операция в экстренном порядке; при отсутствии признаков перитонита: срочная госпитализация в хирургическое отделение, консервативное лечение (диета – голод, назогастральная декомпрессия – установка желудочного зонда, инфузионная терапия, спазмолитики, прокинетики, очистительные клизмы), на фоне консервативного лечения необходимо провести динамическое рентген-контрастное исследование ЖКТ («пассаж бария по кишечнику», проба Шварца); при отсутствии эффекта от проводимого консервативного лечения показана операция в срочном порядке.

4. Срединная лапаротомия, рассечение спаек, ликвидация кишечной непроходимости, назоинтестинальная интубация тонкой кишки, дренирование брюшной полости.

5. Прогноз благоприятный.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13**

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

#### **Вопросы:**

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

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №13**

1. Острый холецистит. Срочно направить пациента на госпитализацию в хирургическое отделение.
2. УЗИ органов брюшной полости, клинические и биохимические анализы крови.
3. Увеличение размеров желчного пузыря (продольный размер более 8 см, поперечный размер более 4 см), утолщение стенки более 3 мм с признаками её отека и нарушением эхоструктуры, наличие блокирующего конкремента в шейке желчного пузыря в случае острого калькулёзного холецистита, наличие перивезикального жидкостного скопления.
4. При остром холецистите, осложнённом перитонитом или при установлении диагноза обтурационного или деструктивного острого холецистита, показана операция в экстренном порядке. При отсутствии эффекта от консервативной терапии на протяжении 24 часов от момента поступления в стационар показана операция в срочном порядке. При улучшении состояния на фоне консервативной терапии пациентам молодого и зрелого возраста, без выраженной сопутствующей патологии, со сроком

заболевания не более 72 часов, с отсутствием грубых рубцово-инфильтративных изменений в области шейки желчного пузыря и патологии внепечёночных желчных протоков по данным УЗИ, показана ранняя операция. Во всех случаях, операция выбора – холецистэктомия. Имеется три варианта доступа: лапароскопическая холецистэктомия (наиболее предпочтительный вариант, вариант выбора), холецистэктомия из минидоступа, открытая холецистэктомия из широкого лапаротомного доступа. Выбор и смену способа операции при выявлении осложняющих холецистэктомию обстоятельств должен определять оперирующий врач-хирург. Операцию следует заканчивать дренированием брюшной полости. Вид, количество и локализацию установки дренажей определяет оперирующий хирург исходя из конкретной клинической ситуации.

5. Холецистэктомия в плановом порядке при выявлении желчнокаменной болезни.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14**

В приёмное отделение многопрофильного стационара самостоятельно обратился мужчина 48 лет с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, многократную рвоту съеденной пищей с примесью желчи. Заболел остро после приёма жирной пищи. Ранее подобных симптомов не отмечал. При осмотре: состояние больного средней степени тяжести, язык сухой, густо обложен белым налётом. Пульс 108 уд/мин. АД 135/85 мм рт. ст. Живот участвует в акте дыхания, умеренно вздут. При пальпации живот умеренно болезненный и напряжённый в правом подреберье и эпигастральной области. Симптомы Мюсси-Георгиевского, Мерфи – положительные, Мейо-Робсона, Мондора, Щёткина-Блумберга – отрицательные. Газы отходят. По данным УЗИ брюшной полости: желчный пузырь размером 10х6 см, стенка желчного пузыря с двойным контуром, конкрементов в желчном пузыре не определяется, холедох 6 мм, диффузные изменения печени и поджелудочной железы.

1. Предположительный диагноз?
2. Тактика врача стационара?
3. Какие ещё обследования необходимо выполнить больному?
4. Объём лечебных мероприятий?
5. Методы профилактики данной патологии?

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №14

1. Острый бескаменный холецистит.
2. Срочная госпитализация в хирургическое отделение.
3. Клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, определение группы крови и Rh, ФГДС (по показаниям), ЭКГ.
4. В данном случае следует выставить диагноз «деструктивный острый холецистит». Больному показана операция в экстренном порядке. Операция выбора: лапароскопическая холецистэктомия.
5. Соблюдение диеты.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15

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

#### **Вопросы:**

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

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №15

1. Желчнокаменная болезнь. Эмпиема желчного пузыря.
2. Экстренная госпитализация больного в хирургический стационар; транспортировка бригадой «скорой медицинской помощи».
3. Клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, определение группы крови и Rh, ФГДС (по показаниям), ЭКГ. Экстренная операция: лапароскопическая холецистэктомия.
4. Для жизни – благоприятный, для трудоспособности – благоприятный.

5. Устранение факторов риска, которые могут привести к заболеванию. Соблюдение режима труда и отдыха, диета. При выявлении желчнокаменной болезни – своевременная холецистэктомия в плановом порядке.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16**

Больной 50 лет поступил в стационар с жалобами на интенсивные боли в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку, тошноту, рвоту желчью; боли в нижних отделах правой половины грудной клетки ноющего характера, сухой кашель, субфебрильную температура до 37,5 °С. Заболел 3 дня назад, когда появились боли в грудной клетке и в правом подреберье. Объективно: при аускультации справа в нижних отделах лёгкого по задней поверхности ослабленное дыхание. Живот умеренно болезненный и напряжённый в правом подреберье; симптомы Ортнера, Мерфи, Кера – положительные, Щёткина-Блюмберга – отрицательный. Пациенту выполнены развёрнутый анализ крови, общий анализ мочи, рентгенография органов грудной клетки. С диагнозом правосторонняя нижнедолевая пневмония пациент госпитализирован в пульмонологическое отделение. После проведенной консервативной терапии состояние больного ухудшилось: усилилась боль в животе, появилось вздутие живота, увеличился лейкоцитоз.

#### **Вопросы:**

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

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №16**

1. Острый деструктивный холецистит, нижнедолевая правосторонняя пневмония.
2. УЗИ брюшной полости, биохимический анализ крови.
3. Больному показана экстренная операция: лапароскопическая холецистэктомия.
4. Для жизни – благоприятный, для трудоспособности – благоприятный.

5. Для профилактики пневмонии – профилактика переохлаждения, для профилактики острого холецистита – соблюдение диеты.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №17**

Бригадой Медицины катастроф с места ДТП в реанимационный зал приёмного отделения больницы доставлен пациент 37 лет. При поступлении сознание угнетено до сопора, гемодинамика нестабильная: АД 78/45 мм рт. ст., ЧСС 118 в мин., кожные покровы бледные. Бригадой СМП установлен периферический катетер и проведена интубация трахеи, начата инфузия адреналина. Проведено УЗИ брюшной полости по FAST протоколу, где выявлено большое количество жидкости в брюшной полости во всех отделах, также выявлена неоднородность паренхимы печени в проекции правой доли с наличием жидкости в над- и подпечёночном пространстве и организованных сгустков.

#### **Вопросы:**

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

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №17**

1. Автодорожная травма. Закрытая травма живота. Разрыв печени? Продолжающееся внутрибрюшное кровотечение. Гемоперитонеум. Геморрагический шок.

2. Экстренная операция под эндотрахеальным наркозом: срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, остановка кровотечения (ушивание печени или атипичная резекция), дренирование брюшной полости.

3. Шоковый индекс Альговера (ЧСС/АДс) – 1,5. Тяжёлая кровопотеря.
4. Разрыв полых органов брюшной полости.
5. Прошивание, ушивание, атипичная резекция печени, спленэктомия, коагуляция, применение гемостатических губок, пластинок и гелей.

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18

В приёмное отделение травмоцентра 3 уровня бригадой СМП доставлен пациент с места ДТП, был сбит на пешеходном переходе автомобилем. Пациент в сознании, жалуется на слабоинтенсивные боли во всех отделах живота. При объективном осмотре: живот не вздут, ограниченно участвует в акте дыхания, на передней брюшной стенке послеоперационный рубец от мечевидного отростка до пупка, при пальпации отмечается болезненность в левом подреберье и в левых отделах живота. По результатам FAST протокола УЗИ: выявлена свободная жидкость в проекции селезёнки и по левому боковому каналу, неоднородный контур селезёнки, наличие гематомы селезенки 4x5 см. В общем анализе крови гемоглобин 102 г/л. Гемодинамика стабильная: АД 110/70 мм рт. ст., ЧСС 95 в мин.

### Вопросы:

1. Посчитайте индекс Альговера, оцените степень кровопотери.
2. Тактика дежурного хирурга?
3. Сформулируйте диагноз.
4. Обоснуйте оперативный доступ и объём операции.
5. Рекомендации после выписки?

## ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №18

1. Шоковый индекс Альговера (ЧСС/АДс) – 0,9. Лёгкая степень тяжести кровопотери.
2. Экстренная операция: срединная лапаротомия, рассечение спаек, ревизия органов брюшной полости, спленэктомия, дренирование брюшной полости.
3. Автодорожная травма. Закрытая травма живота. Разрыв селезёнки. Внутрибрюшное кровотечение. Гемоперитонеум. Спаечная болезнь брюшной полости (возможна).
4. Срединная лапаротомия. Наличие спаечного процесса от прошлых операций. Лапароскопия не показана. Спленэктомия в виду наличия её разрыва.
5. Соблюдение диеты, перевязки, снять швы (если не сняты в стационаре), ограничение физической нагрузки на мышцы брюшного пресса в течение 2 месяцев.

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №19

В приёмный покой районной больницы доставлен пациент. Со слов пациента около 3 часов назад упал с высоты 4 метров на рабочем месте (проводил сварочные работы на высоте), после чего почувствовал боль в нижних отделах живота, болезненное и учащенное мочеиспускание со скудным количеством мочи, наличие алой крови в моче. При поступлении состояние средней тяжести. Объективно: АД 130/80 мм рт. ст., ЧСС 86 в мин. Локально: Живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации резко болезненный над лоном и в нижних отделах, симптомы раздражения брюшины положительные в нижних отделах живота. В ОАМ: макрогематурия – эритроциты сплошь покрывают поля зрения. В ОАК гемоглобин 142 г/л. По данным УЗИ брюшной полости: наличие однородной свободной жидкости межпетельно в нижних отделах живота и малом тазу, мочевого пузыря спавшийся. По установленному мочевому катетеру поступает скудное количество геморрагической мочи.

### Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какую пробу необходимо провести для уточнения диагноза?

Опишите методику.

3. Тактика хирурга.
4. Предполагаемый объём операции?
5. Рекомендации после выписки?

## ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №19

1. Производственная травма. Кататравма. Закрытая травма живота. Внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря.

2. Проба Зельдовича: по катетеру в мочевой пузырь вводят 300 мл жидкости и затем точно измеряют объём выделившейся по этому же катетеру жидкости. При разрыве мочевого пузыря выделившийся объём жидкости значительно меньше введённого. Вместе с тем, иногда при внутрибрюшинном разрыве мочевого пузыря количество выделившейся по катетеру жидкости в 2-3 раза превышает количество введённой. Это бывает при проникновении катетера через дефект в стенке мочевого пузыря в брюшную полость и по катетеру начинает выделяться моча, ранее попавшая

в полость брюшины. Эта ситуация также свидетельствует в пользу разрыва мочевого пузыря.

3. Показана экстренная операция с целью ревизии брюшной полости и мочевого пузыря.

4. Нижнесрединная лапаротомия, ревизия, ушивание мочевого пузыря, санация и дренирование брюшной полости, эпицистостомия.

5. Ведение пациента на 2 катетерах (уретральный и эпицистостомический), удаление уретрального катетера через 2 недели после операции, решение об удалении эпицистостомического катетера на амбулаторном этапе, амбулаторное наблюдение хирурга (уролога).

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №20**

В приёмное отделение больницы бригадой СМП доставлен пациент 36 лет. Около 12 часов назад упал с квадроцикла, ударился животом о руль, после травмы за медицинской помощью не обращался. После падения отмечает появление слабых болей в животе, которые постепенно стали постоянными, интенсивными, локализовались во всех отделах живота, повысилась температура тела до 37,7 °С, появились слабость, недомогание, вздутие живота. Самостоятельно принимал таблетки «найз» и «кетонал», со слабым обезболивающим эффектом. Вызвал скорую помощь. При поступлении пациент в сознании, гемодинамика стабильная: АД 120/70 мм рт. ст., ЧСС 95 в мин. При осмотре: живот умеренно вздут, ограниченно участвует в акте дыхания, болезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины положительные. В ОАК: лейкоцитоз  $19,0 \times 10^9/\text{л}$ , палочкоядерные нейтрофилы 14%. По данным УЗИ органов брюшной полости: наличие свободной жидкости межпечельно во всех отделах с толщиной слоя от 0,6 до 1,2 см. На обзорной рентгенограмме брюшной полости: наличие свободного газа под обоими куполами диафрагмы.

#### **Вопросы:**

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

## ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №20

1. Автодорожная травма. Закрытая травма живота. Перфорация (разрыв) полого органа брюшной полости. Распространённый перитонит.

2. Экстренная операция.

3. Широкая срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости, забор воспалительного экссудата из брюшной полости для выполнения бактериологического исследования, выявление травматического дефекта кишечной стенки (источника перитонита), ликвидация источника перитонита (в зависимости от локализации, количества и размеров дефекта/ов кишки, а также выраженности перитонита и тяжести состояния больного: ушивание дефекта кишечной стенки, выведение колостомы, резекция кишки с наложением или без наложения первичного анастомоза), санация брюшной полости, назоинтестинальная интубация тонкой кишки, дренирование брюшной полости, решение вопроса о методе дальнейшего ведения брюшной полости (полузакрытый или полукрытый – метод программированных санационных релапаротомий).

4. Декомпрессия полых органов брюшной полости (назогастральный зонд, назоинтестинальная интубация тонкой кишки, трансанальная интубация толстой кишки, мочевого катетер), «декомпрессионная лапаростома» (временное ушивание лапаротомной раны редкими наводящими швами с захватом только кожи, с оставлением, при необходимости, диастаза между краями раны).

5. Применение «полукрытого метода» ведения брюшной полости (метода «программированных релапаротомий» или «этапных санаций брюшной полости») при тяжёлых формах перитонита показано в случаях, когда: 1. тяжесть общего состояния больного не позволяет выполнить необходимый объём операции в рамках одного вмешательства (тактика/стратегия «damage control» при перитоните; невозможность полноценной хирургической санации всех источников перитонита, сомнительная жизнеспособность кишечника, необходимость отсроченных анастомозов и т.п.) или 2. выполнение одной первичной операции не может обеспечить стойкое обратное развитие перитонита из-за выраженности патологических изменений в брюшной полости (каловый перитонит, анаэробный перитонит, выраженные гнойно-фибринозные наложения, нагноение лапаротомной раны и т.п.).

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №21

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

### Вопросы:

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

## ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №21

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

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №22

В хирургический стационар по СМП поступил пациент 32 лет в тяжёлом состоянии. Считает себя больным на протяжении 3-х дней, когда на фоне полного здоровья появились тупые постоянные боли в эпигастральной области, отмечал однократную рвоту, повышение температуры тела до 37,6 °С. Принимал Алмагель А, Кетанов, на фоне чего болевой синдром уменьшился. В течение последующих 2-х дней отмечал повышение температуры тела до 38,4 °С, появление болей в правой подвздошной области, тошноту, снижение аппетита. Продолжал принимать Кетанов, Парацетамол. На фоне усиления болей вызвал СМП. При осмотре отмечается бледность кожных покровов, акроцианоз, температура тела 39,3 °С, ЧСС – 99 уд/мин, АД – 100/60 мм рт. ст. Больной малоподвижен, заторможен. Язык

обложен коричневым налётом, сухой, живот вздут, болезненный во всех отделах. При пальпации определяются напряжение мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы Воскресенского, Менделя, сомнительный симптом Щёткина-Блюмберга.

**Вопросы:**

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

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №22**

1. Перфоративный острый аппендицит. Разлитой гнойный перитонит.
2. Абдоминальный сепсис. Бактериально-токсический (септический) шок. СПОН.
3. ОАК, ОАМ, биохимия крови (общий белок и его фракции, С-реактивный белок, глюкоза, АЛТ, АСТ, фибриноген, ЛДГ), прокальцитонин крови. Обзорная рентгенография и УЗИ органов брюшной полости, КТ ОБП, диагностическая лапароскопия с решением вопроса о возможности выполнить оперативное лечение из лапароскопического доступа.
4. Учитывая состояние больного, необходима предоперационная подготовка, включающая инфузию водно-солевых растворов для компенсации водно-электролитного баланса, повышения ОЦК, борьбу с гиповолемией. Хирургическое вмешательство по жизненным показаниям после инфузионной подготовки: срединная лапаротомия, аппендэктомия с последующей ревизией органов брюшной полости, санация и дренирование брюшной полости, в зависимости от тяжести поражения брюшной полости решить вопрос о необходимости наложения лапаростомы с целью программированных санаций брюшной полости. После операции пациент, в зависимости от исходного статуса перитонита, должен лечиться в соответствующем отделении (хирургическое/реанимационное), в зависимости от тяжести абдоминального сепсиса и СПОН на фоне базовой (антибактериальная, инфузионная, стресс-протекторная) терапии проводится

коррекция функций жизненно важных органов, ИВЛ, кардиотоническая поддержка.

5. Приём на фоне болей в животе обезболивающих препаратов, что способствовало позднему обращению пациента за медицинской помощью и прогрессированию патологического процесса с развитием системного воспаления.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №23**

Больной 67 лет, доставлен в приёмный покой скорой помощи в тяжёлом состоянии. 2,5 суток назад появились резкие, постоянного характера боли в верхних отделах живота, тошнота, однократная рвота. Принимал для облегчения болей алкоголь, через двое суток интенсивность болевого синдрома стихла, однако появились головокружение, выраженная слабость. Объективно: температур тела 38,5 °С, пульс 109 уд/мин, АД 95/60 мм рт. ст., больной эйфоричен, несколько заторможен. Живот вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации болезненный во всех отделах, симптомы Щёткина-Блюмберга, Воскресенского, Спигарного положительные. В анамнезе язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в течение 8 лет, ЖКБ – в течение 20 лет.

#### **Вопросы:**

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

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №23**

1. Прикрытая перфоративная язва двенадцатиперстной кишки. Разлитой гнойный перитонит. Абдоминальный сепсис. Бактериально-токсический (септический) шок. СПОН.

2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости в вертикальном положении (появление свободного газа в брюшной полости), ФГДС (при отсутствии свободного газа в брюшной полости по результатам обзорной рентгенографии органов брюшной полости), УЗИ органов брюшной полости

для исключения деструктивного воспаления желчного пузыря, в сомнительных случаях – диагностическая лапароскопия.

3. Экстренное оперативное вмешательство – верхне-срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, ушивание язвы ДПК, холецистэктомия в случае наличия признаков обтурационного острого холецистита, санация и дренирование брюшной полости, лапаростомия. В послеоперационном периоде пациент должен лечиться в соответствующем отделении (реанимационное/хирургическое), в зависимости от тяжести абдоминального сепсиса и СПОН на фоне базовой (антибактериальная, инфузионная, ИПП, стресс-протекторная) терапии проводится коррекция функция жизненно важных органов, ИВЛ, кардиотоническая поддержка, экстракорпоральная детоксикация. Программированные санации брюшной полости до купирования явлений перитонита (но не более 3-4 санаций, с переходом на тактику «релапаротомия по требованию»).

4. Развитием третьей фазы патологического процесса при перитоните, прогрессирование симптомов интоксикации и уменьшение выраженности локальных проявлений. Стадия развития тяжёлого сепсиса.

5. Отсутствие печёночной тупости и появление высокого тимпанита над печенью. Связано с появлением в брюшной полости свободного газа.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24**

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

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

**Вопросы:**

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

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №24**

1. Острое нарушение мезентериального кровообращения с развитием перитонита.

2. Стадия ишемии (6-12 часов); стадия инфаркта (12-24 часа); стадия перитонита (18-36 часов).

3. Внезапная интенсивная абдоминальная боль + спонтанное опорожнение кишечника (рвота и диарея), пожилой возраст, наличие сердечно-сосудистых заболеваний (мерцательная аритмия, атеросклероз, гипертония).

4. Обзорная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ ОБП, УЗ-доплерография, цветное доплеровское картирование, ангиография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (наличие тромба), КТ/МСКТ органов брюшной полости, диагностическая лапароскопия.

5. Резекция некротизированной части кишечника, санация и дренирование брюшной полости, при необходимости – наложение стомы, реваскуляризация по показаниям.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №25**

К хирургу поликлиники обратилась больная 48 лет. Жалуется на боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо; кожные покровы и склеры желтушные. Боли появились после приема жирной пищи. В анамнезе ЖКБ. При осмотре состояние больной средней степени тяжести, живот мягкий, болезненный в правом подреберье; определяется положительный симптом Ортнера; симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный; температура тела субфебрильная, общий билирубин 68 мкмоль/л; прямой билирубин 61 мкмоль/л. В общем анализе крови: лейкоциты -  $12 \times 10^9$ /л, СОЭ - 17 мм/ч.

### **Вопросы:**

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

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ 25**

1. Желчнокаменная болезнь, осложненная холедохолитиазом, механической желтухой. Экстренно направить больную в хирургический стационар.
2. Причина желтухи в обтурации общего желчного протока камнем.
3. Для уточнения диагноза необходимо произвести УЗИ брюшной полости, ФГС. ЭРХПГ, клинические и биохимические анализы. При наличии признаков расширения холедоха, дистального блока холедоха - ЭПСТ. При эффективной ЭПСТ (восстановление желчеоттока) возможна лапароскопическая холецистэктомия. При неразрешающейся желтухе - лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха, брюшной полости.
4. Острый панкреатит, гепатит, стеноз БДС, опухоль головки поджелудочной железы.
5. После выписки из стационара, рекомендовано санаторно-курортное лечение сроком на 21 день с продлением больничного листа; после выписки с больничного листа, ограничения физической нагрузки сроком до 3-х месяцев; соблюдение диеты.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №26**

Больная 54 года находится на лечении в хирургическом отделении. Поступила в стационар с болями в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, сухость во рту, тошноту. Боли начались после употребления жирной пищи 3 дня назад. В анамнезе – подобные боли отмечала неоднократно в течение 4 лет, возникающие после нарушения диеты. Ранее

был установлен диагноз (подтвержденный данными УЗИ) – ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Взята на плановую операцию – лапароскопическая холецистэктомия. Во время операции хирургами обращено внимание на гипертензию холедоха (диаметр 1,2 см).

**Вопросы:**

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

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №26**

1. Сделать интраоперационно холангиографию.
2. При возникновении технических трудностей выполнить конверсию (лапаротомию), холедохотомию, холедохолитоэкстракцию; далее либо наружное дренирование холедоха, либо наложение билиодигестивного анастомоза (например холедохо-еюно анастомоза).
3. Не выяснено – сопровождался ли какой-либо из ранее болевых приступов желтухой?
4. При наличии или ранее возникающей желтухе обязательно следует выполнять РХПГ – ретроградную холангио-панкреатографию.
5. Красноярское Загорье, Учум.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №27**

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

пальпируется. Общий билирубин - 175 мкмоль/л. Прямой билирубин - 135 мкмоль/л.

**Вопросы:**

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

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №27**

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

2. УЗИ печени, РХПГ.

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

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

5. Нетрудоспособность 45-50 дней.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №28**

Больной Б., 36 лет, поступил в приёмное отделение стационара с жалобами на сильные боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при вдохе, одышку, общую слабость. Считает себя больным в течение 2 часов, когда был сбит легковым автомобилем, после чего отметил появление боли в правой половине груди, затруднение вдоха, нехватку воздуха, резкое усиление боли при перемене положения, головокружение.

Общее состояние больного тяжелое. Кожа и видимые слизистые бледные, цианотичные, кожа покрыта липким потом. Грудная клетка асимметричная, правая половина отстает в акте дыхания. Определяются множественныессадины на правой боковой поверхности, визуально определяется смещение участка грудной стенки во время дыхания. Пальпация правой половины грудной клетки вызывает резкую болезненность, определяется костная крепитация в местах двойных переломов V-VIII ребер и подкожная крепитация в виде «хруста снега». Пальпация левой половины – без особенностей. При перкуссии справа в нижних отделах – укорочение и притупление перкуторного звука, выше – тимпанит, слева - легочный звук; границы сердца в пределах нормы. Аускультативно: тоны сердца приглушены, ритмичные, над левым легким - везикулярное дыхание, над правым – дыхание практически не проводится. Пульс - 128 ударов в 1 минуту, АД – 90/45 мм рт. ст. Число дыхательных экскурсий – 36 в 1 минуту. На обзорной рентгенограмме ОГК справа определяются переломы V-VI-VII-VIII ребер по передней и задней подмышечной линиям. Лёгкое коллабировано на 1/3 объёма, нижние отделы лёгочного поля справа гомогенно затемнены до уровня VI ребра с чёткой горизонтальной границей. Дополнительные исследования. Анализ крови: эритроц. -  $3,0 \times 10^{12}/л$ , Нв - 86 г/л, лейкоц. -  $12,8 \times 10^9/л$ , п/я - 10%, с/я - 75%, лимф. - 10%, мон. - 5%, СОЭ - 4 мм/час.

**Вопросы:**

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

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №28**

1. Закрытая травма грудной клетки с повреждением легкого. Переломы V-VIII ребер справа, окончательный. Средний гемоторакс справа. Пневмоторакс справа I ст. Подкожная эмфизема справа. Травматический, геморрагический шок.

2. Видеоторакоскопия, УЗИ плевральной полости.

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

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

5. Благоприятный.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №29**

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

#### **Вопросы:**

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какие экстренные мероприятия необходимо провести?
4. Какова Ваша дальнейшая тактика?
5. Какие показания к экстренной торакотомии?

## ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №29

1. Данные объективного осмотра позволяют остановиться на следующем диагнозе: закрытая травма грудной клетки с разрывом левого лёгкого, напряжённый пневмоторакс слева, острая дыхательная недостаточность, прогрессирующая медиастинальная эмфизема. Травма органов брюшной полости?

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

3. В первую очередь необходимо разрешить напряжённый пневмоторакс (критическое состояние больного) — произвести плевральную пункцию слева.

4. Плевральная пункция подтвердила диагноз напряжённого пневмоторакса слева. Постоянное поступление воздуха в плевральную полость — показание для немедленного дренирования левой плевральной полости или проведения торакоскопии. Для исключения повреждений органов брюшной полости- лапароцентез или лапароскопия.

5. Продолжающееся внутривнутриплевральное кровотечение, разрыв бронха.

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №30

Больной, 21 года, поступил в больницу через 24 часа с момента драки (в драке получил удар ножом в область переднебоковой поверхности живота справа). При поступлении состояние тяжёлое, кожные покровы бледные; тошнота, рвота; язык сухой, живот не участвует в акте дыхания, при пальпации - дефанс, положительный симптом Щёткина-Блюмберга во всех отделах. Выслушивается вялая перистальтика, газы не отходят, стула не было. АД 110/70 мм рт. ст., ЧСС 110 уд. в мин., Нб 140 г/л, Нт 47%. Status localis: на переднебоковой стенке живота справа имеется колото-резаная рана 2,5x1,5 см. При ПХО: раневой канал идёт спереди назад и сверху вниз, проникая в брюшную полость.

### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Тактика?
3. Лечение?
4. Прогноз?

## 5. Реабилитация?

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №30

1. Проникающее колото-резанное ранение брюшной полости. Повреждение полого органа. Распространённый перитонит.
2. Предоперационная подготовка в течение 2 часов и затем экстренная лапаротомия с решением вопроса об объёме операции.
3. Инфузионная терапия, антибиотики, спазмолитики, анальгетики, антикоагулянты, симптоматическая терапия; перевязки.
4. Прогноз благоприятный.
5. Ограничение физической нагрузки в течение 3-х месяцев, санаторно-курортное лечение.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №31

Юноша, 16 лет, поступил через 19 часов после падения с дерева и удара животом о землю. Ненадолго терял сознание. Через 4 часа после травмы был стул, мочился самостоятельно, дважды была рвота, ночь почти не спал ввиду болей. Общее состояние тяжелое, бледен. Пульс - 100 ударов в минуту, АД - 100/60 мм рт. ст. Язык суховат; живот немного вздут, поверхностно участвует в акте дыхания, при пальпации - напряжение и болезненность в области левого подреберья. Симптом Щёткина-Блюмберга положительный. В отлогих местах живота свободной жидкости не определяется. Селезеночная тупость несколько увеличена. Гемоглобин - 90 г/л.

#### Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Как уточнить диагноз?
3. Тактика?
4. Возможные оперативные доступы?
5. Прогноз для жизни и трудоспособности?

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №31

1. Разрыв селезенки. Внутрибрюшное кровотечение.
2. Лапароцентез, УЗИ, КТ, лапароскопия.
3. Экстренная операция - лапаротомия, ревизия, спленэктомия.

4. Левосторонний косой подреберный; верхнесрединная лапаротомия - самый распространенный.

5. Для жизни и трудоспособности прогноз благоприятный. Рекомендовано ограничение физ. нагрузки в течение 3 месяцев, перевязки, санаторно-курортное лечение.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №32**

На прием к хирургу поликлиники обратилась больная К., 26 лет, с жалобами на распирающие боли в левой молочной железе, повышение температуры тела до 39,5 °С, слабость. Из анамнеза: считает себя больной в течение недели, месяц назад были срочные первые роды, кормит грудью. При осмотре в левой молочной железе определяется инфильтрат 7х6 см, болезненный, в области инфильтрата – отёк, гиперемия, определяется флюктуация; в правой подмышечной области пальпируются болезненные лимфоузлы размером 2х2 см.

#### **Вопросы:**

1. Предварительный диагноз и тактика хирурга?
2. Дополнительные методы исследования, необходимые для уточнения диагноза?
3. Дифференциальная диагностика?
4. Хирургическая тактика и объём лечения?
5. Первичная профилактика?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №32**

1. Острый гнойный интрамаммарный лактационный мастит, подмышечный лимфаденит слева.
2. УЗИ, КТ, развёрнутый анализ крови.
3. Необходимо дифференцировать с лактостазом.
4. Госпитализация в хирургический стационар, экстренная операция - вскрытие, санация, дренирование мастита. Терапия: антибиотики, спазмолитики, физиолечение, перевязки, НПВС.
5. Профилактика трещин сосков, соблюдение гигиены, сцеживание.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №33**

Больная Л., 43 лет, поступила с жалобами на тяжесть и распирающие боли в эпигастральной области и правом подреберье, усиливающиеся после приёма пищи. Эти ощущения постепенно нарастают и вскоре завершаются обильной рвотой желчью (иногда с примесью пищи), приносящей заметное облегчение. Рвота возникает примерно 2-3 раза в неделю. Также отмечает заметное похудание. Объективно: асимметрия живота за счёт выбухания в правом подреберье, лёгкая желтушность склер. В анамнезе резекция желудка по Бильрот 2.

#### **Вопросы:**

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Дополнительные методы исследования?
3. Тактика лечения?
4. Прогноз?
5. Трудоспособность?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №33**

1. Синдром приводящей петли.
2. Рентгенконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта, УЗИ.
3. Реконструкция гастроюнального анастомоза (наложение межкишечного анастомоза) или решение вопроса о резекции желудка с новым анастомозом.
4. Качественное выполнение корригирующего хирургического вмешательства позволяет добиться достаточно хорошего прогноза.
5. Сохранена.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №34**

В стационар доставлена больная В., 37 лет, с жалобами на боль в правой молочной железе, слабость, повышение температуры тела до 39,5 °С, гнойные выделения из соска. Из анамнеза: срочные роды 2 месяца назад, кормит грудью. Считает себя больной в течение 5 дней. При объективном исследовании в правой молочной железе определяется инфильтрат 6х6 см, болезненный, флюктуация не определяется. В области инфильтрата – отек,

гиперемия. Подмышечные лимфоузлы справа размером 2x1 см, болезненные, подвижные, без признаков абсцедирования.

**Вопросы:**

1. Предварительный диагноз? С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
2. Классификация заболевания?
3. Дополнительные методы исследования, необходимые для уточнения диагноза?
4. Тактика и объем лечения?
5. Первичная профилактика?

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №34**

1. Острый гнойный лактационный интрамаммарный мастит, подмышечный лимфаденит справа. Необходимо дифференцировать с лактостазом.

2. Классификация в зависимости от локализации гнойного содержимого в молочной железе: субареолярный; подкожный; интрамаммарный; ретромаммарный.

3. УЗИ, КТ, развернутый анализ крови, тонкоигольная аспирационная биопсия под контролем УЗИ.

4. Госпитализация в хирургический стационар, экстренная операция-вскрытие, санация, дренирование мастита. Терапия: антибиотики, спазмолитики, физиолечение, перевязки, НПВС.

5. Профилактика трещин сосков, соблюдение гигиены, сцеживание.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №35**

Больной О., 67 лет, поступил с жалобами на сильное похудание, частые поносы, понижение трудоспособности, импотенцию, раздражительность, бессонницу. После приёма пищи отмечает приступы сердцебиения, одышки, слабости, головокружения, потливости, при попытке встать наступает обморок. Приступы продолжаются до 2 часов. В анамнезе операция на желудке 5 лет назад.

**Вопросы:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Классификация данного заболевания по степеням тяжести?

3. Методы исследования?
4. Тактика лечения?
5. Прогноз?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №35**

1. Демпинг-синдром 3 степени тяжести (тяжёлая степень).
2. Лёгкая, средняя и тяжёлая степени тяжести:

лёгкая: возникает эпизодически только после приёма сладких и молочных блюд, приступ длится не более 30 мин., пульс учащается не более чем на 15 ударов в мин., потеря веса 0-5 кг, трудоспособность сохранена, приступы предупреждаются диетой;

средняя: возникает после приёма любой пищи, приступ длится более 30 мин (до 60 мин), пульс учащается не более чем на 30 ударов в мин., потеря веса до 10 кг, трудоспособность снижена, консервативное лечение даёт временный эффект;

тяжёлая: возникает после каждого приёма любой пищи, приступ длится 1,5-3 часа, пульс учащается более чем на 30 ударов в мин., потеря веса более 10 кг, трудоспособность утрачена, консервативное лечение неэффективно.

3. ФГДС (оценка диаметра гастроеюнального анастомоза), диагностическая проба Фишера (оценка наличия и выраженности характерных для демпинг-синдрома симптомов после приёма внутрь 150 мл 50% раствора глюкозы), рентгенконтрастное исследование (быстрая эвакуация контраста («сброс») из культи желудка и ускоренный его пассаж по тонкой кишке), характерная гликемическая кривая после углеводной нагрузки.

4. Реконструктивная гастродуоденопластика (интерпозиция между культей желудка и ДПК тонкокишечного сегмента, так называемая редуоденизация, то есть включение (возврат) ДПК в пассаж содержимого по ЖКТ).

5. Инвалидность 2 гр.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №36**

Вы – врач-хирург многопрофильного стационара. У вас на лечении в течение 6 суток находится больной 57 лет с диагнозом «ЖКБ. Острый флегмонозный холецистит». 5 дней назад в срочном порядке ввиду

неэффективности проводимого консервативного лечения больному была выполнена операция «Лапароскопическая холецистэктомия, дренирование подпечёчного пространства брюшной полости». Ранний послеоперационный период протекал без осложнений, дренаж из брюшной полости был удалён на 3 сутки. Сегодня на утреннем обходе вы установили, что с ночи у больного появилась гипертермия до 39 °С, усилилась боль в животе. При осмотре: состояние больного тяжёлое, язык сухой, живот болезненный и напряжённый в правом подреберье. В развёрнутом анализе крови – лейкоциты  $18,4 \times 10^9/\text{л}$ , в лейкоцитарной формуле – 11% палочкоядерных нейтрофилов.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Методы обследования необходимые для уточнения диагноза?
3. Как будете лечить больного?
4. Сроки нетрудоспособности?
5. Рекомендации по лечению на амбулаторном этапе?

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №36**

1. Подпечёчный абсцесс.
  2. УЗИ брюшной полости; рентгенография подпечёчного и поддиафрагмального пространств, КТ.
  3. Лапаротомия, санация, дренирование подпечёчного пространства.
  4. Общая нетрудоспособность от 45 до 50 дней.
  5. Наблюдение у врача хирурга (соблюдение режима труда и отдыха).
- После выписки из стационара, рекомендовано санаторно-курортное лечение («Учум», «Красноярское Загорье») сроком на 21 день с продлением больничного листа; после выписки с больничного листа ограничение физических нагрузок сроком до 3-х месяцев; соблюдение диеты.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №37**

Врач скорой помощи осматривает женщину 48 лет, которая предъявляет жалобы на сильные боли в верхних отделах живота опоясывающего характера с иррадиацией в спину, многократную неукротимую рвоту, не приносящую облегчения. Боли связывает с употреблением в пищу жирной рыбы. При осмотре: состояние больной

средней тяжести, кожные покровы обычной окраски, температура 36,7 °С, пульс - 110 в минуту, АД 100/60 мм рт. ст., язык влажный. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Перитонеальные симптомы отрицательные.

**Вопросы:**

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Перечислите патогномичные симптомы заболевания, которые можно выявить при пальпации живота.
3. Определите тактику врача скорой помощи.
4. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования показаны больной в стационаре?
5. Какие задачи решает инструментальная диагностика при данной патологии?

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №37**

1. Острый панкреатит.
2. Триада Мондора: тошнота, рвота, вздутие живота, положительный симптом Воскресенского и Мейо Робсона.
3. Транспортировка и госпитализация в хирургический стационар.
4. РАК, трансамилаза крови, диастаза мочи, УЗИ брюшной полости, при необходимости МСКТ.
5. Позволяет определить степень повреждения поджелудочной железы и выбрать тактику ведения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №38**

Во время операции в брюшной полости обнаружен мутный с нитями фибрина выпот, петли кишечника гиперемированы, в мелкоклеточных кровоизлияниях, покрыты плёнками фибрина. На сальнике и париетальной брюшине имеются пятна стеаринового некроза. При вскрытии сальниковой сумки в ней обнаружен аналогичный выпот, забрюшинная клетчатка, брыжейка поперечно-ободочной кишки отёчны. Головка поджелудочной железы тёмно-красного цвета, на всём остальном протяжении железа тёмно-красного цвета отёчна, дольчатый рисунок не прослеживается.

1. Какое заболевание у больного?
2. Какова должна быть тактика врача?

3. Какой объём хирургического лечения?
4. Назначьте послеоперационное лечение.
5. План обследования данного пациента до операции?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №38**

1. Смешанный панкреонекроз.
2. Краткая предоперационная подготовка. Оперативное лечение.
3. Лапаротомия, оментобурсостомия, холецистостомия, НИИТКа, дренирование сальниковой сумки и забрюшинного пространства, дренирование брюшной полости.
4. Лечение в условиях палаты интенсивной терапии или реанимационного отделения: инфузионная терапия, препараты соматостатина, антибактериальная терапия, обезболивающие препараты и т.д.
5. РАК, ОАМ, БАК, коагулограмма, УЗИ брюшной полости, ФГДС, обзорная рентгенограмма брюшной полости, МСКТ с болюсным контрастированием.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №39**

Больная 45 лет заболела остро, после приема обильной жирной пищи. Появились сильные, опоясывающие боли в эпигастральной области, тошнота, частая рвота. Объективно: больная тучная, кожные покровы бледные, пульс до 100 в минуту, ритмичный, АД 115/80 мм рт. ст. Живот вздут, больше за счет эпигастрия, резко болезнен в эпигастрии и правом подреберье. Умеренное напряжение мышц в эпигастрии, положительные симптомы Воскресенского, Мейо-Робсона. В анализе крови лейкоцитоз  $13,2 \times 10^9/\text{л}$ , диастаза мочи 1024 Ед/л, температура  $37,0^\circ\text{C}$ .

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Как лечить больную?
3. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования показаны больной в стационаре?
4. Перечислите показания к оперативному лечению острого панкреатита.
5. Виды операций, выполняемых при остром панкреатите.

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №39

1. У больной острый панкреатит. Ферментативная интоксикация средней степени тяжести.

2. Необходима экстренная госпитализация. Начать срочную комплексную дезинтоксикационную терапию. Строгий постельный режим. Голод. Паранефральная двусторонняя блокада. Обезболивание (Морфин не вводить!). Спазмолитики (платифилин, папаверин). Наладить внутривенное капельное введение жидкостей: электролиты, коллоиды, ингибиторы протеаз. Для борьбы с парезом кишечника - сифонные клизмы.

3. РАК, трансамилаза крови, диастаза мочи, УЗИ брюшной полости, при необходимости МСКТ.

4. Безуспешность консервативной терапии; перитонит; случаи, когда острый панкреатит осложнен холециститом, холангитом и гнойным процессом (абсцесс, флегмона забрюшинного пространства); панкреонекроз.

5. Резекционные (это удаление части некротизированной поджелудочной), органосохраняющие (это абдоминализация поджелудочной, некрэктомия или секвестрэктомия). Используют малоинвазивные технологии – это лапароскопическую санацию и дренирование брюшной полости при наличии ферментативного перитонита или чрескожную пункцию при формировании в забрюшинном пространстве острых жидкостных образований.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №40

Больной 37 лет доставлен в стационар через 12 часов с момента появления многократной рвоты желчью и резких опоясывающих болей в верхней половине живота. Заболевание связывает с приемом алкоголя и жирной пищи. При осмотре: состояние тяжелое, бледность кожных покровов, акроцианоз, живот вздут, ограничено участие в дыхании, напряжен и резко болезненный в эпигастральной области. Перкуторно – укорочение звука в отлогих местах живота. Положительные симптомы Щёткина-Блюмберга и Мейо-Робсона. Пульс - 96 в минуту, слабого наполнения. Температура 37,2 °С, АД - 95/60 мм рт. ст., лейкоцитоз -  $17,3 \times 10^9/\text{л}$ .

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Ваши лечебные мероприятия и их обоснование?

4. Опишите симптом Мейо-Робсона.
5. О чем свидетельствует наклонность к гипотонии у больного?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №40**

1. Панкреонекроз. Распространённый перитонит.
2. Необходимы биохимический анализ крови с выполнением прокальцитонинового теста, УЗИ брюшной полости, МСКТ или МРТ.
3. Больному показана госпитализация в отделение интенсивной терапии и реанимации с назначением интенсивной терапии с применением препаратов октреотида, карбапенемов, коррекции водно-электролитных нарушений и кислотно-щелочного дисбаланса, с оценкой эффективности лечения через 6-12 часов и при неэффективности терапии – оперативное лечение. Доступ и объем вмешательства – в зависимости от результатов лабораторного и инструментального исследования (наличия признаков инфицирования некроза, его распространенности).
4. Симптом Мейо-Робсона – болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночном углу.
5. О тяжести течения заболевания, а также о том, что клиническая картина заболевания соответствует периоду гемодинамических нарушений и панкреатогенного шока.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №41**

Больной, 35 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение, чёрный дёгтеобразный стул. При поступлении состояние средней тяжести. Печень не увеличена. Селезёнка выступает из-под реберного края на 5 см, плотная. Рвоты не было. ФЭГДС: гастроэзофагеальные варикозные вены пищевода и желудка с распространением на кардиальный и субкардиальные отделы малой кривизны желудка, диаметр отдельных вен более 5 мм, с плоскими красными пятнами в центре розовой ареолы, единичные с точечными кровоизлияниями. Из клинического анализа крови: гемоглобин - 101 г/л, эритроциты -  $3,4 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты -  $6,1 \times 10^9/л$ , тромбоциты -  $180 \times 10^9/л$ . Из анамнеза: 1,5 года назад перенёс операцию по поводу тупой травмы живота с ушибами печени и поджелудочной железы.

### **Вопросы:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какое осложнение возникло у больного? Используя современные классификации, оцените картину, описанную на ФЭГДС.
3. Исследования, необходимые для подтверждения и постановки диагноза?
4. Лечение?
5. Реабилитация и диспансеризация?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №41**

1. Портальная гипертензия со спленомегалией, варикозное расширение вен пищевода и желудка III степени с явлениями эрозивного эзофагита и высоким риском кровотечения из них.

2. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Оценка данных ФЭГДС: по степени выраженности – варикозно расширенные вены III степени; по локализации относятся к I типу; по выраженности васкулопатии и риску кровотечения – относятся к тяжёлой васкулопатии с высоким риском кровотечения.

3. Лабораторные методы исследования: клинический анализ крови (цитопения при синдроме гиперспленизма; анемия), биохимический анализ крови, коагулограмма (гипокоагуляция), исследование маркёров вирусных гепатитов. Инструментальные методы исследования: УЗИ органов брюшной полости, ФЭГДС.

4. Восполнение ОЦК с целью восстановления гемодинамики и улучшения функции почек, антибиотикофилактика, терлипрессин, октреотид (снижают давление в системе портальной вены); при наличии высокого риска и продолжающемся кровотечении из изолированных варикозных вен пищевода и вен желудка 1-го типа (до 8-10 мм в диаметре) рекомендовано предпринять попытку эндоскопического лечения: преимущественно лигирование источника кровотечения при условии его удовлетворительной визуализации, а также возможно использование склеротерапии, выполнение комбинированного лигирования нейлоновыми петлями; при невозможности лигирования источника кровотечения рекомендована установка зонда-обтуратора (зонд Блэкмора) и продолжение интенсивной консервативной терапии с возмещением кровопотери,

применением терлипрессина и октреотида.

5. Восстановительное лечение в амбулаторных условиях. Прекращение приёма алкоголя, исключение воздействия гепатотоксичных веществ, исключение приёма лекарственных средств без назначения врача, умеренная физическую активность с ограничением выраженных физических нагрузок, прогулки на свежем воздухе, энтеральное и парентеральное питание растворами белков при снижении синтетической функции печени, коррекция билиарной и первичной/вторичной панкреатической недостаточности, ограничение приёма натрия с пищей. Профилактика варикозных кровотечений – назначение неселективных бета-адреноблокаторов или эндоскопическое лигирование варикозных вен. Посещение гастроэнтеролога 1 раз в 3 месяца, терапевта. МСЭК.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №42

В кардиологическом отделении находится пациент С. с впервые выявленным нарушением ритма сердца по типу фибрилляции предсердий, проходит курс антиаритмической терапии. На 4 сутки пребывания в стационаре появились постоянные тянущие боли в левом подреберье. При дообследовании по данным УЗИ органов брюшной полости – свободной жидкости в брюшной полости не выявлено, селезёнка увеличена 14,0x6,0 см, контур чёткий и ровный, паренхима неоднородная в нижнем полюсе с гипоэхогенным сигналом клиновидной формы. В клиническом анализе крови: лейкоциты –  $8,0 \times 10^9$ /л, п/я – 1%. В биохимическом анализе крови без изменений.

#### **Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз, поясните.
2. Какой метод исследования необходим для подтверждения диагноза?

Опишите ожидаемую картину.

3. Варианты исхода данной патологии?
4. Тактика хирурга?

5. В каком случае показана активная хирургическая тактика и какой вариант вмешательства предпочтителен?

## ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №42

1. Инфаркт селезёнки. В основе этого заболевания лежит тромбоэмболия ветвей селезёночной артерии. Источником, в данном случае эмбологенного, тромбоза являются левые отделы сердца на фоне фибрилляции предсердий (в ушке левого предсердия формируется тромб).

2. МСКТ брюшной полости с контрастированием: Спленомегалия 14,0x14,0x6,0 см, в задне-нижнем отделе клиновидной формы гиподенсивный участок, не накапливающий контраст во все фазы исследования; КТ-картина сегментарного инфаркта селезёнки.

3. Постепенное рассасывание с замещением рубцовой тканью и фиброз; размягчение зоны инфаркта с формированием ложной кисты селезёнки; инфицирование инфаркта приводит к абсцедированию.

4. Консервативная терапия, динамическое наблюдение.

5. В случае абсцедирования – перкутанная пункция абсцесса, сегментарная резекция селезёнки.

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №43

Больной В., 29 лет, жалуется на сильные боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при вдохе, одышку, общую слабость, наличие кровотокающей раны в правой половине грудной клетки, головокружение. Считает себя больным в течение 1 часа, когда получил удар острым предметом в правую половину груди. Общее состояние больного тяжелое. Вынужденное положение – полусидя. Кожа и видимые слизистые бледноватые, акроцианоз, кожа покрыта липким потом. Грудная клетка симметричная, правая половина в акте дыхания не участвует. По задне-подмышечной линии справа в VI-м межреберье определяется колото-резанная рана 2,0x0,3 см с ровными краями, острыми углами и незначительным кровотечением, при кашле – сброс воздуха. Пальпация левой половины грудной клетки безболезненная, при пальпации правой половины – определяется умеренная болезненность в области раны. При перкуссии над левой половиной грудной клетки – лёгочный звук, справа – притупление во всех отделах; границы сердца смещены влево. Аускультативно: тоны сердца чистые, ритмичные, над левым лёгким – везикулярное дыхание, справа – дыхание не проводится. Пульс – 108 ударов в 1 мин., пониженного наполнения и напряжения, АД – 90/60 мм рт. ст., ЧДД

– 24 в 1 мин. По данным обзорной рентгенограммы ОГК: справа ниже переднего отрезка IV ребра лёгочное поле затемнено. Анализ крови: эритроц. –  $3,2 \times 10^{12}/л$ , Нв – 102 г/л, лейкоц. –  $15,8 \times 10^9/л$ , п/я – 14%, с/я – 72%, лимф. – 8%, мон. – 6%, СОЭ – 14 мм/ч.

**Вопросы:**

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

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №43**

1. Проникающее колото-резанное ранение грудной клетки справа. Средний правосторонний гемоторакс. Геморрагический шок II ст.

2. Учитывая признаки проникающего ранения и проведенной рентгенографии, показано в экстренном порядке оперативное лечение. Необходимы: группа крови, Rh-фактор, общие анализы крови и мочи, коагулограмма, биохимия крови (белок, билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза, креатинин, мочевины, амилаза).

3. Необходимо определить пробу Рувилуа-Грегуара. При положительной пробе показана торакотомия. При отрицательной пробе, учитывая ранение в зоне, не опасной по ранению сердца, возможны торакоскопия с оценкой повреждения и дренирование правой плевральной полости в VII-VIII межреберье по задне-подмышечной линии. При отсутствии признаков торакоабдоминального ранения – продолжить консервативную гемостатическую и противошоковую терапию, при наличии – диагностическая лапаротомия, ПХО раны. После эвакуации крови – выполнить контрольную R-графию (скопию) органов грудной клетки. Контроль анализа крови. При отделении по дренажу более 150 мл крови в час при положительной пробе Рувилуа-Грегуара – торакотомия.

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

5. Благоприятный.

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №44

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

### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
3. Тактика лечения?
4. В чём состоит сущность плеврэктомии в хирургии хронических эмпием плевры с наличием лёгкого?
5. Сроки нетрудоспособности после плеврэктомии по поводу эмпиемы?

## ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №44

1. Несостоятельность культи левого главного бронха, осложнённая острой эмпиемой остаточной плевральной полости слева.

2. Необходимо дренирование плевральной полости с исследованием гнойного экссудата (бактериологическое исследование, антибиотикограмма, на атипичные клетки, КУМ). ФБС, МСКТ органов грудной клетки. После стихания явлений острого воспалительного процесса: выполнить бронхографию, плеврографию.

3. Дренирование плевральной полости по Бюлау. Стабилизация состояния с помощью санации плевральной полости и консервативной инфузионной терапии. При микросвищах возможно использование эндоблокаторов. При полной несостоятельности культи и отсутствии тенденции к закрытию свища – реторакотомия слева, реампутация культи бронха с закрытием культи с использованием оментобронхопластики или миоbronхопластики.

4. В достижении облитерации плевральной полости за счёт удаления

шварт, находящихся на лёгком и костальной плевре, с последующим расправлением лёгкого.

5. 4-6 месяцев.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №45**

К хирургу поликлиники по месту жительства обратился пациент 40 лет. Из анамнеза установлено, что 4 месяца назад в результате автокатастрофы он получил сочетанную закрытую травму груди и живота, находился на стационарном лечении, после выписки из стационара в участковую поликлинику не обращался. Согласно данным из представленной выписки, пациент находился на лечении в хирургическом отделении в течение 9 дней, перенёс операции «Диагностический лапароцентез» и «Торакоцентез слева, дренирование левой плевральной полости», заключительный клинический диагноз: «Сочетанная автодорожная травма. Закрытая травма грудной клетки слева, перелом VII-VIII рёбер слева, гемопневмоторакс слева. Закрытая травма живота, ушиб передней брюшной стенки». Последний месяц постоянно беспокоят одышка, затруднение дыхания, которые усиливаются при физической нагрузке, кашель, боль в левом подреберье.

#### **Вопросы:**

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

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №45**

1. Посттравматическая левосторонняя диафрагмальная грыжа.
2. Пациента следует направить для обследования и лечения в хирургический стационар. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции и боковой. МСКТ органов грудной клетки и брюшной полости. Рентгенконтрастное исследование верхних отделов ЖКТ в положении Тренделенбурга. ФГС, УЗИ органов брюшной полости. При затруднении постановки диагноза возможно использование лапароскопии,

при невозможности провести лапароскопию, диагностический пневмоперитонеум. ЭКГ с целью исключения сердечной патологии.

3. Оперативное лечение. Если это ложная диафрагмальная грыжа: трансторакальная или трансабдоминальная пластика диафрагмы. При ГПОД: лапароскопия с крурорафией и фундопликацией по Ниссену.

4. ГЭРБ, ахалазия, кардиоспазм, релаксация диафрагмы, ИБС.

5. Диета (питание небольшими порциями, после еды не ложиться), ингибиторы протонной помпы, антацидные средства, прокинетики, ограничение физических нагрузок при травматических грыжах 3-4 мес., после лапаротомии ношение бандажа.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №46**

Больная И., 37 лет. Жалобы на острые боли за грудиной, усиливающиеся при глотании, дисфагию, лихорадку до 38 °С, одышку, общую слабость. Считает себя больной в течение 12 часов, когда во время еды проглотила рыбу кость. Обратилась в больницу по месту жительства, где при ЭФГС была обнаружена кость, находившаяся в поперечном положении в грудном отделе пищевода. Во время исследования кость удалось сдвинуть с места, создано впечатление, что она проскочила в желудок, после чего больная была отпущена домой. Боли за грудиной уменьшились, однако через 8 часов вновь усилились, появились боли в межлопаточной области, ухудшилось самочувствие, усилилась дисфагия. Повторно обратилась за медицинской помощью. Общее состояние больной тяжёлое. Кожа и видимые слизистые бледноватые, влажные. Температура тела 38,6 °С. Грудная клетка симметричная, обе половины участвуют в акте дыхания. Пальпация грудной клетки безболезненная, костной крепитации нет. При перкуссии грудной клетки над лёгкими лёгочный звук; границы сердца в пределах нормы. Аускультативно: тоны сердца приглушены, ритмичные, над лёгкими – везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах. Пульс 100 ударов в 1 мин., АД 140/80 мм рт. ст., ЧДД 24 в 1 мин. В анализе крови: эритроц. –  $4,6 \times 10^{12}/л$ , Нв – 136 г/л, лейкоц. –  $16,8 \times 10^9/л$ , п/я – 14%, с/я – 78%, лимф. – 5%, мон. – 3%, СОЭ - 14 мм/ч.

#### **Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Назначьте необходимые дополнительные исследования.

3. Тактика лечения?
4. Что является характерным рентгенологическим симптомом данной патологии?
5. Какой доступ применяется при верхне-заднем медиастините?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №46**

1. Перфорация грудного отдела пищевода. Острый задний медиастинит.
2. Рентгенконтрастное (с использованием водорастворимого контраста) исследование пищевода в прямой и боковой проекциях. КТ органов грудной клетки.
3. Лечение оперативное – возможно при отсутствии гнойного медиастинита и эмпиемы плевры установка вакуум дренажа в просвет пищевода, с кормлением через зонд с проведением торакоскопии и дренированием плевральной полости. При выраженном медиастините и эмпиеме плевры – боковая торакотомия в V-VI межреберье, медиастинотомия, санация, дренирование плевральной полости, средостения, ушивание перфорации. Во всех случаях многокомпонентная интенсивная терапия, промывание гнойной полости антисептиками.
4. Расширение границ средостения, наличие полости с уровнем жидкости, пневмомедиастинум, но не абсолютные. Затёк контрастного вещества из пищевода.
5. Шейный боковой по В.И. Разумовскому.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №47**

Больной С., 27 лет. Доставлен бригадой скорой помощи в приёмное отделение хирургического стационара. Жалобы на боли в правой половине грудной клетки, выраженная одышка в покое, общая слабость, головокружение. Вышеперечисленные жалобы появились внезапно 2 часа назад. Объективно: больной синюшный, при перкуссии лёгких перкуторный звук справа – коробочный, слева – ясный лёгочный. При аускультации дыхание справа резко ослаблено, слева без особенностей, ЧДД 28 в мин. Тоны сердца ясные, на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях правое лёгкое тотально коллабировано.

### **Вопросы:**

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

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №47**

1. Спонтанный правосторонний пневмоторакс III ст. (по Лукомскому) или тотальный пневмоторакс.

2. Возможно для уточнения диагноза МСКТ, но для первичного решения тактики ведения достаточно и рентгенографии. Лабораторные анализы: ОАК, биохимия крови, группа крови и резус, ОАМ.

3. Видеоторакоскопия справа в экстренном порядке или дренирование плевральной полости справа по Бюлау. При отсутствии расправления лёгкого на дренаже в течение 3-х суток – торакоскопия/торакотомия справа с решением вопроса об объёме операции на операционном столе (например, атипичная аппаратная резекция лёгкого).

4. Верхушечный (до 1/6 объёма – полоска воздуха, располагающаяся в куполе плевральной полости выше ключицы); малый (до 1/3 объёма – полоска воздуха не более 2 см паракостально); средний (до 1/2 объёма – полоска воздуха 2-4 см паракостально); большой (свыше 1/2 объёма – полоска воздуха более 4 см паракостально); тотальный (лёгкое полностью коллабировано); отграниченный (при спаечном процессе в плевральной полости).

5. По Бюлау пассивное (троакарное или с помощью зажима). Дренирование производится во II межреберье по средне-ключичной линии, к дренажной трубке подключается банка Боброва.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №48**

Больная 56 лет находится на лечении в реанимационном отделении многопрофильного стационара, без сознания, на ИВЛ через эндотрахеальную трубку. Объём вдоха составляет 800 мл, частота дыхания 12 в мин., доля вдыхаемого кислорода 50%. Давление в конце выдоха положительное, составляет 100 мм вод. ст. Внезапно у больной возникла тахикардия с

множественными экстрасистолами, снизилось АД и развилась гипоксия. При аускультации лёгких: справа дыхание не выслушивается.

**Вопросы:**

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

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №48**

1. Пневмоторакс справа. Основная причина возникновения – скорее всего, ятрогенный (причина баротравма), но также нельзя исключить и спонтанный пневмоторакс.

2. Рентгенография грудной клетки (экстренно). При стабилизации состояния возможно проведение МСКТ лёгких для уточнения диагноза и исключения буллёзной эмфиземы.

3. Перевод закрытого пневмоторакса в открытый сперва установка иглы во II межреберье по средне-ключичной линии, с обязательным экстренным дренированием плевральной полости по Бюлау.

4. Напряжённый пневмоторакс с возможным развитием экстракардиальной тампонады сердца. Поздние: ригидное лёгкое, эмпиема плевры, бронхиальный свищ.

5. Адекватное дренирование плевральной полости, активная аспирация, антибактериальная терапия, при отсутствии расправления лёгкого в течение более 3-х суток необходимо поставить вопрос об оперативном лечении.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №49**

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

увеличилось, появился неприятный гнилостный запах, в мокроте появились прожилки крови, усилились боли в левом боку. Состояние больного тяжёлое, кожа бледная, влажная. Над лёгкими слева ниже угла лопатки укорочение перкуторного звука, дыхание здесь ослаблено с бронхиальным оттенком, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, пульс 100 в мин. АД 90/60 мм рт. ст. Анализ крови: гемоглобин 130 г/л, лейкоциты  $14,0 \times 10^9$ /л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 50 мм/ч. При рентгеноскопии грудной клетки: слева в нижней доле с переходом на верхнюю долю неоднородная инфильтрация с множеством просветлений в виде полостей без чётких границ, корни лёгких не изменены.

**Вопросы:**

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

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №49**

1. Острая гангрена нижней доли левого лёгкого, осложнённая кровохарканьем.

2. Рак лёгкого (в первую очередь), туберкулёз лёгких (возможно гангренозный абсцесс). Особенное внимание нужно уделить клиническим симптомам: лихорадка, мокрота, её количество, запах, кровохарканье, интоксикация, рентгенологические методы исследования, анализ крови. При абсцессах отмечают две стадии: инфильтрат, а затем распад. Умеренное СОЭ без сдвига влево.

3. Рентгенологические и топографические исследования, анализ крови, белок, исследование мокроты. Лечение – санация трахеобронхиального дерева, антибиотикотерапия, противоиноксикационная терапия, гемостатики, в конечном итоге – оперативное лечение резекция нижней доли, возможно пульмонэктомия. При массивном кровотечении по экстренным показаниям оперативное лечение.

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

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №50**

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

#### **Вопросы:**

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

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №50**

1. Основной диагноз: Острый абсцесс верхней доли левого лёгкого. Осложнение: Пиопневмоторакс слева.

2. Дополнительное обследование не требуется, требуется экстренное дренирование плевральной полости по Бюлау. В последующем исследования экссудата на атипичные клетки, КУМ, посев на флору и антибиотикограмму, проведение ФБС, МСКТ.

3. Показано дренирование левой плевральной полости по Бюлау. Санация плевральной полости растворами антисептика с активной аспирацией. Адекватная антибактериальная терапия с учётом посева отделяемого на флору. Инфузионная, дезинтоксикационная, посиндромная терапия.

4. Показаний к радикальному хирургическому лечению нет.

5. При благоприятном исходе заболевания нетрудоспособность длится около 2 месяцев.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №51**

Больной 52 лет длительное время страдает ахалазией кардии. Госпитализирован в плановом порядке для проведения курса баллонной пневмокардиодилатации. После очередного сеанса кардиодилатации у

больного появились боли за грудиной, подъём температуры, крепитация воздуха на шее.

**Вопросы:**

1. Какое осложнение произошло?
2. Как подтвердить диагноз?
3. Возможно ли консервативное ведение больного?
4. Какое оперативное вмешательство показано?
5. Какое оперативное вмешательство показано, если осложнению несколько суток?

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №51**

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

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №52**

Больной, 39 лет, доставлен в хирургическое отделение городской клинической больницы «скорой помощью» с пищеводно-желудочным кровотечением. Общее состояние тяжёлое, больной в сознании, речь несвязанная. В приёмном покое была скудная рвота «кофейной гущей». Со слов соседей, вызвавших бригаду «скорой медицинской помощи», страдает алкоголизмом. Объективно: температура тела 37 °С, АД 100/60 мм рт. ст., пульс 100 ударов в мин.; живот мягкий, безболезненный, печень выступает

из-под края рёберной дуги на 3 см, плотная, край заострѐн.

**Вопросы:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
3. Лечение на догоспитальном и госпитальном этапах?
4. Перечислите основные противопоказания для трансплантации печени?
5. Реабилитация и диспансеризация?

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №52**

1. Алкогольный цирроз печени, портальная гипертензия. Варикозно расширенные вены пищевода и желудка? Печѐночная энцефалопатия? Алкогольный абстинентный синдром? Осложнения: пищеводно-желудочное кровотечение.

2. Лабораторные методы исследования: клинический и биохимический анализы крови, коагулограмма, исследование уровня С-реактивного белка и прокальцитонина, исследование маркѐров вирусных гепатитов. Инструментальные методы исследования: УЗИ органов брюшной полости, ФЭГДС (оценка наличия варикозных вен и источника кровотечения), МСКТ брюшной полости с внутривенным контрастированием (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний). Оценка признаков ССВО (SIRS) для исключения инфекционного осложнения и уточнения жизненного прогноза.

3. В машине скорой помощи: внутримышечно и внутривенно гемостатическая терапия, инфузионная терапия. В стационаре: продолжение восполнения ОЦК с целью восстановления гемодинамики и улучшения функции почек: применение плазмозамещающих препаратов и белковых фракций плазмы (кровезаменителей и препаратов плазмы крови) (коллоидных) и/или растворов, влияющих на водноэлектролитный баланс (кристаллоидных растворов); антибиотикопрофилактика; терлипрессин, октреотид; при наличии высокого риска и продолжающемся кровотечении из изолированных варикозных вен пищевода и вен желудка 1-го типа (до 8-10 мм в диаметре) рекомендовано предпринять попытку эндоскопического лечения: преимущественно лигирование источника кровотечения при условии его удовлетворительной визуализации, а также возможно

использование склеротерапии, выполнение комбинированного лигирования нейлоновыми петлями; при невозможности лигирования источника кровотечения рекомендована установка зонда-обтуратора (зонд Блэкмора) и продолжение интенсивной консервативной терапии.

4. Внепечёночные злокачественные заболевания, метастатические поражения, активная ВИЧ-инфекция, тяжёлые сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации, активный алкоголизм, наркомания, внепечёночный сепсис, тяжёлые заболевания сердечно-сосудистой системы, психологическая и социальная несостоятельность больного.

5. Восстановительное лечение в амбулаторных условиях, прекращение приёма алкоголя, исключение воздействия гепатотоксичных веществ, исключение приёма лекарственных средств без назначения врача, умеренная физическая активность с ограничением выраженных физических нагрузок, прогулки на свежем воздухе, энтеральное и парентеральное питание растворами белков при снижении синтетической функции печени, коррекция билиарной и первичной/вторичной панкреатической недостаточности, ограничение приёма натрия с пищей. Профилактика варикозных кровотечений – назначение неселективных бета-адреноблокаторов или эндоскопическое лигирование варикозных вен. Посещение гастроэнтеролога 1 раз в 3 месяца, терапевта. МСЭК.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №53**

К врачу поликлиники обратился больной, 49 лет, с жалобами на возникшую 4 дня назад желтуху и кожный зуд. Предшествующего эпизода болей в животе не отмечает. В течение последних 2 лет ощущает слабость, стал быстро уставать, после еды стала возникать тяжесть в животе, похудел на 10 кг. При осмотре: состояние средней тяжести, лицо осунувшееся. Кожные покровы и видимые слизистые желтушные, на коже следы расчёсов. Пульс - 88 уд. в мин., АД - 120/80 мм рт. ст. Язык обложен серым налётом, влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени выступает из-под рёберной дуги на 2 см. Положительный симптом Курвуазье.

#### **Вопросы:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?

3. Методы подтверждения диагноза?
4. Лечение данного больного при подтверждении диагноза?
5. Сроки временной утраты трудоспособности?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №53**

1. Дистальный блок холедоха. Опухоль поджелудочной железы? Механическая желтуха.

2. Дифференциальный диагноз следует проводить с заболеваниями желчевыводящих путей (холедохолитиаз, стриктура большого дуоденального сосочка, опухоли внепечёночных желчных протоков), доброкачественными опухолями поджелудочной железы, хроническим панкреатитом, раком головки поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки, большого дуоденального сосочка и терминального отдела общего желчного протока.

3. Лабораторные исследования: повышение СОЭ, умеренная анемия, гипопропротеинемия, повышение билирубина, щелочной фосфатазы, трансаминаз, обнаружение опухолевых маркёров СА-19-9 (в норме до 37 Ед, при злокачественных опухолях ПЖ возрастает в десятки и сотни раз) и СА 494 (в норме отсутствует). Инструментальные методы диагностики: контрастная рентгенография брюшной полости (можно выявить деформацию и смещение желудка кпереди, смещение и разворачивание «подковы» двенадцатиперстной кишки, сдавление ее нисходящей ветви с дефектом наполнения по внутреннему контуру), наиболее информативны УЗИ, КТ, МРТ, РХПГ. Окончательный диагноз устанавливается по данным чрескожной биопсии под контролем УЗИ с последующим гистологическим исследованием.

4. Больного необходимо направить в хирургический стационар для подтверждения диагноза и определения характера опухоли. В случае доброкачественного процесса - энуклеация опухоли. Если опухоль злокачественная, то решение вопроса о возможности проведения радикальной операции (панкреатодуоденальная резекция с удалением регионарных лимфоузлов и формированием панкреатоеюноанастомоза, холедохоеюноанастомоза и гастроеюноанастомоза) или паллиативной (наложение обходных анастомозов). В дальнейшем химиотерапия и лучевая терапия.

5. Сроки нетрудоспособности: стационарный этап в случае

панкреатодуоденальной резекции - до 1,5 месяцев, в дальнейшем больничный лист продлевается на весь период лучевой или химиотерапии. МСЭК, рациональное трудоустройство.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №54**

Больной Х., 37 лет, доставлен в больницу бригадой «Скорой медицинской помощи». Предъявляет жалобы на спастическую боль в животе, слизь с кровью в кале, поносы (до 15 раз в сутки), общую слабость. При эндоскопическом исследовании толстой кишки обнаружено неравномерное утолщение слизистой оболочки, наличие узких язв-трещин, сужение просвета кишки (картина «булыжной мостовой»). В анализах лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, увеличение СОЭ, анемия, повышение активности в крови белков острой фазы воспаления.

#### **Вопросы:**

1. Предварительный диагноз?
2. Необходимые диагностические мероприятия?
3. Дифференциальная диагностика?
4. Хирургическая тактика и объём лечения?
5. Третичная профилактика?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №54**

1. Болезнь Крона.
2. Биопсия стенки толстой кишки, гистологическое исследование биоптата.
3. Ишемический колит, НЯК, псевдомембранозный колит, рак кишечника, синдром раздраженной толстой кишки, лучевой проктит.
4. Консервативное лечение: диетотерапия (стол 4), инфузионная терапия, сульфасалазин, антибиотики, спазмолитики, витаминотерапия, гормоны, иммуномодуляторы. При неэффективности лечения и развития осложнений – оперативное лечение (удаление всего пораженного участка кишки: от гемиколэктомии до тотальной колэктомии).
5. Профилактика осложнений.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №55**

К хирургу поликлиники обратился больной, 60 лет, с жалобами на диарею до 4 раз в сутки, выделение крови, слизи из прямой кишки, боль в левой половине живота, повышение температуры к вечеру до 37 °С, выраженную слабость. Болеет в течение 2 месяцев. В анамнезе дивертикулёз толстой кишки. Кожные покровы бледные. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 80 уд. в мин. Пальпаторно толстый кишечник спазмирован, болезненный во всех отделах. В левой подвздошной области нечетко пальпируется плотное, болезненное образование до 10x15 см., не смещается. При пальцевом исследовании прямой кишки тонус сфинктера снижен. Стенки прямой кишки не изменены. На перчатке слизь. RRS до 25 см: осмотр болезненный, видимая слизистая атрофична, в просвете большое количество слизи с примесью гноя.

#### **Вопросы:**

1. Какой диагноз Вы поставите? Тактика хирурга поликлиники?
2. План обследования?
3. Дифференциальная диагностика? Осложнения?
4. Объем лечебных мероприятий?
5. Профилактика?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №55**

1. Дивертикулит. Направление больного в хирургический стационар.
2. Ирригоскопия, колоноскопия.
3. Неспецифический язвенный колит, болезнь Крона. Перфорация, кровотечение, внутренний свищ.
4. Консервативная терапия: сульфасалазин, антибиотики, нестероидные противовоспалительные препараты, гормоны.
5. Нормализация стула. Диета. Санаторно-курортное лечение.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №56**

К хирургу поликлиники обратился больной К., 39 лет, с жалобами на многократные (до 15 раз в сутки) интенсивные позывы на дефекацию с выделением небольшого количества жидкого кала или кровянистой слизи из прямой кишки, боль в левой половине живота. Болеет в течение 6 месяцев. Отмечает ухудшение состояния после стрессовой ситуации. При осмотре:

состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. АД - 120/70 мм рт. ст. пульс - 96 уд. в мин. Пальпаторно толстый кишечник спазмирован, болезненный в левых отделах. При пальцевом исследовании прямой кишки тонус сфинктера сохранен. На перчатке кровь со слизью. RRS до 22 см: осмотр резко болезненный, видимая слизистая покрыта гнойным налётом с примесью крови, определяются множественные поверхностные эрозии, единичные язвы покрытые фибрином, активное контактное кровотечение.

**Вопросы:**

1. Предварительный диагноз? Тактика хирурга поликлиники?
2. Дифференциальный диагноз.
3. Дополнительные методы обследования?
4. Объём лечебных мероприятий?
5. Первичная профилактика?

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №56**

1. Язвенный проктосигмоидит. Направить больного в хирургический стационар.
2. Болезнь Крона, лучевой проктит, псевдомембранозный колит.
- 3 Колоноскопия с биопсией.
4. Консервативная терапия: диета 4, инфузионная терапия, антибиотики, сульфасалазин, спазмолитики, гормоны, иммуномодуляторы, витамины, эубиотики. местная терапия.
5. Профилактика стресса, диета, санаторно-курортное лечение.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №57**

К хирургу консультативной поликлиники краевой больницы обратился мужчина 45 лет с жалобами на практически постоянные тупые боли в правом подреберье. Из анамнеза установлено, что мужчина длительное время жил в Казахстане, по профессии охотник, боли в правом подреберье отмечает в течение нескольких лет. При осмотре пациента врач-хирург установил, что в правом подреберье пальпируется округлое туго-эластическое, умеренно болезненное, интимно связанное с печенью образование размером около 15x10 см.

### **Вопросы:**

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

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №57**

1. Предположительный диагноз: эхинококкоз печени.
2. План обследования: основные методы - УЗИ, КТ. Серологические тесты: проба Кацони, реакция латекс-агглютинации, реакция прямой гемагглютинации.
3. Тактика хирурга: эхинококкэктомия; резекция печени; обработка полости (глицерин-формалиновый 2-4% раствор, гипертонический раствор, лазерная и электрокоагуляция, ультразвуковая кавитация, горячий пар), методы закрытия и дренирования полости –капитонаж, пластика стенками кисты или сальником.
4. Дифференциальный диагноз: альвеококкоз, цирроз печени, первичный рак печени, метастазы, гуммозный сифилис, абсцессы и гемангиомы печени.
5. Сроки временной утраты трудоспособности после эхинококкэктомии - 120 сут, МСЭЖ.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №58**

В приёмное отделение неотложного стационара доставлена пациентка 39 лет с жалобами на выраженные постоянные боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в поясницу и подреберья, тошноту и рвоту, не приносящую облегчение. Данные жалобы возникли впервые. Из анамнеза известно, что пациента сутки назад употребляла коньяк и жареную свинину. При поступлении состояние пациентки средней степени тяжести. Живот умеренно вздут, ограниченно участвует в акте дыхания. При пальпации резкая болезненность в эпигастрии и левом подреберье. Симптомы Мейо-Робсона и Воскресенского положительные. Лабораторно отмечается повышение уровня липазы крови – 1015 Ед/л, диастазы мочи – 4862 Ед/л, лейкоцитоза нет.

### **Вопросы:**

1. Предварительный диагноз?
2. Какие этиологические факторы привели к данному состоянию?
3. Какие дополнительные методы обследования помогут уточнить диагноз?
4. Ультразвуковые признаки данной патологии?
5. Тактика хирурга стационара?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №58**

1. Острый панкреатит.
2. Алкогольный, алиментарный.
3. УЗИ органов брюшной полости, МСКТ брюшной полости с контрастированием (с целью дифференциальной диагностики панкреонекроза).
4. Нечёткие контуры поджелудочной железы, увеличение размеров поджелудочной железы, наличие жидкости в сальниковой сумке, наличие парапанкреатической инфильтрации.
5. Госпитализация в хирургический стационар для консервативной терапии. Назначают антисекреторную терапию (октреотид), противорвотную (метоклопрамид), противоязвенную (омепразол), спазмолитическую (дротаверин), инфузионную терапию, НПВС с целью обезболивания.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №59**

Бригадой скорой помощи в приемный покой доставлен пациент С. 56 лет в бессознательного состояния с диагнозом «Кома неясного генеза». Со слов родственников пациент длительно в течение недели употреблял алкоголь, был обнаружен в бессознательном состоянии. При поступлении АД 80/50 мм рт. ст., ЧСС 115 в мин., сатурация 95%. Локально живот вздут, не участвует в акте дыхания. При пальпации напряжен во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины оценить невозможно в силу бессознательного состояния. Аускультативно перистальтика единичными волнами. По уретральному катетеру моча не получена. В биохимическом анализе крови – амилаза крови 19 Ед/л, липаза крови 112 Ед/л, глюкоза 28 ммоль/л, кетоз ++++. По данным УЗИ брюшной полости – наличие свободной жидкости во всех отделах живота толщиной 2-4 см., наличие жидкости в

сальниковой сумке до 3 см, поджелудочная железа визуализации недоступна из-за вздутия. Проведено МСКТ брюшной полости с контрастированием, где диагностировано – отсутствие накопления контраста в области тела и хвоста поджелудочной железы, жидкость в брюшной полости, парапанкреатическая инфильтрация забрюшинной клетчатки с наличием нескольких жидкостных скоплений от 1,5 до 2 см.

**Вопросы:**

1. Предположительный диагноз
2. Какие осложнения развились у данного пациента?
3. Тактика врача приёмного покоя?
4. Показано ли оперативное лечение? В каком объёме?
5. Какие обследования необходимо провести для уточнения характера и степени осложнений?

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №59**

1. Острый тяжёлый (деструктивный) панкреатит. Асептический панкреонекроз. Парапанкреатическая инфильтрация.
2. Панкреатогенный шок. СПОН. Сахарный диабет, декомпенсация. Ферментативный перитонит.
3. Госпитализация в стационар. Проведение патогенетической терапии: назначают антисекреторную терапию (октреотид), противорвотную (метоклопрамид), противоязвенную (омепразол), спазмолитическую (дротаверин), инфузионную терапию, НПВС с целью обезболивания, антибактериальную. Проведение интенсивной терапии в условиях реанимации (ИВЛ, гемофильтрация, инсулинотерапия и др.).
4. В данном случае у пациента имеется ферментативный перитонит, в связи с чем показано проведение санационной лапароскопии.
5. КЩР, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, СКФ, ионограмма), общий анализ крови. Исследование перитонеальной жидкости на концентрацию амилазы. Гликемический профиль, уровень кетонов крови и мочи.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №60**

На приём к хирургу-гастроэнтерологу обратился пациент К., 45 лет. Пациента беспокоят умеренные боли в верхних отделах живота, которые

возникают после приема пищи и усиливаются при употреблении жирной пищи, тошнота и вздутие живота. В течение последних 10 лет пациент злоупотребляет алкоголем. Обследован в плановом порядке. В биохимическом анализе крови – липаза 17 Ед/л, амилаза 33 Ед/л, глюкоза 8,9 ммоль/л. По данным УЗИ брюшной полости – структурные изменения поджелудочной железы, неравномерное расширение главного панкреатического протока до 7-8 мм, в паренхиме поджелудочной железы и просвете вирсунгового протока наличие конкрементов (кальцинатов?) до 2-3 мм.

**Вопросы:**

1. Предварительный диагноз и его осложнения?
2. Главный этиологический фактор данного заболевания?
3. Какие методы обследования необходимы для уточнения диагноза и его осложнений?
4. Показано ли оперативное лечение и в каком объеме?
5. Профилактика данной патологии?

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №60**

1. Хронический калькулёзный панкреатит. Сахарный диабет 1 типа.
2. Алкогольная этиология.
3. МСКТ брюшной полости с контрастированием, МР-холангиопанкреатография – для уточнения органических изменений поджелудочной железы. Гликемический профиль, кетоны крови и мочи, гликозилированный гемоглобин – для уточнения функциональных нарушений (степени тяжести сахарного диабета).
4. Показано. Объем операции – продольная панкреатоеюностомия.
5. Отказ от алкоголя, соблюдение диеты.

## **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ**

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1**

У многорожавшей женщины, 39 лет, произошли преждевременные роды мертвым плодом весом 1700 г. Шевеление плода не ощущала в течение последних 2-х недель. Страдает гипертонической болезнью II ст. Послед выделился через 5 минут, цел. Ранний послеродовой период осложнился кровотечением. Общая кровопотеря 1000,0 мл. Введены утеротоники, произведено ручное обследование полости матки с дальнейшим проведением баллонной тампонады матки. Кровотечение уменьшилось, но не прекратилось.

#### **Вопросы:**

1. Диагноз?
2. Причины гибели плода?
3. Причина кровотечения?
4. Дальнейшая тактика?
5. На что направлена первичная профилактика осложнения, вызвавшего антенатальную гибель плода?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ № 1**

1. Преждевременные роды. Ранний послеродовой период. ДВС-синдром. Антенатальная гибель плода. Гипертоническая болезнь II ст. Ручное обследование полости матки. Баллонная тампонада матки. Кровотечение.

2. Вероятнее всего хроническая плацентарная недостаточность на фоне ГБ.

3. Синдром мертвого плода.

4. Лапаротомия, хирургическая деваскуляризация матки, наложение компрессионных швов на матку (при наличии показаний), инфузионно-трансфузионная терапия и лечение ДВС-синдрома. При неэффективности проводимых мероприятий выполнение тотальной гистерэктомии с трубами с дренированием малого таза и брюшной полости.

5. Планирование беременности с предгравидарной коррекцией соматической патологии, в данном случае - гипертонической болезни.

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

В сроке 37 недель у повторнородящей без родовой деятельности внезапно появились кровянистые выделения, с чем она и обратилась в женскую консультацию. Состояние удовлетворительное, в крови умеренно выраженная анемия. Матка с четкими контурами, безболезненная при пальпации, в нормальном тоне. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 130 в мин. Воды не изливались. АД 100/60. Отеков нет. Последняя беременность была год назад, закончилась мед.абортом, осложнившимся эндометритом. Лечилась в стационаре. Врач с целью оценки источника кровотечения провел пальцевое влагалищное исследование. Кровотечение усилилось.

### Вопросы:

1. Диагноз?
2. Какие ошибки допущены врачом и тактика на данном этапе?
3. С чем следует дифференцировать данную патологию?
4. Возможные осложнения при данной патологии?
5. Подберите метод контрацепции данной пациентке.

## ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №2

1. Беременность 39 недель. Предлежание плаценты. Кровотечение. Отягощенный акушерский анамнез.
2. Вагинальное исследование было противопоказано. На данном этапе требуется экстренная госпитализация машиной скорой помощи в стационар.
3. ПОНРП, разрыв матки.
4. Кровотечение во время беременности, родов, в послеродовом и раннем послеродовом периодах, геморрагический шок, эмболия о/водами, ДВС - синдром.
5. Чарозетта в непрерывном режиме, по 1 таблетки 1 раз в день, до окончания периода лактации.

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

Роженица К., 22 лет, поступила в родильное отделение с доношенной беременностью (39 нед. и 3 дня) и началом родовой деятельности (схватки в течении 2-х часов). Во время беременности женскую консультацию посещала нерегулярно. При последнем посещении консультации в 38 недель отмечены

повышение АД до 145/95 - 150/95 мм рт. ст., пастозность голеней. От госпитализации отказалась. В родильный дом женщина доставлена бригадой скорой помощи в сроке беременности 39-40 недель с жалобами на боли в области затылка, лба, надчревной области, понижение зрения. При осмотре АД 160/95 - 165/90 мм рт. ст., пульс 88 ударов в минуту. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Схватки по 30 секунд, через 4 минуты, умеренной силы, ВДМ - 37 см, ОЖ - 101 см.

Матка вне схватки расслабляется полностью, положение плода продольное предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. С/тоны плода ясные, ритмичные до 142 ударов в минуту. Размеры таза: 26-29-31-21 см.

При вагинальном осмотре: Шейка матки сглажена, края податливые. Раскрытие маточного зева 2,5-3 см. Плодный пузырь цел, вскрылся во время осмотра, излилось умеренное количество светлых околоплодных вод. Предлежит головка, плотно прижата ко входу в мал.таз. Мыс не достижим, Сd >12.5см.

В общем анализе мочи белок 3,0 г/л.

**Вопросы:**

1. Диагноз?
2. Какие были допущены ошибки?
3. Тактика врача?
4. Схема терапии сульфатом магния при ПЭ.
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №3**

1.Срочные роды 1, в 39нед и 3 дня. I период родов. Тяжелая преэклампсия. Преждевременный разрыв плодных оболочек.

2. Необходима было госпитализировать в роддом в 38 недель, при обращении пациентки в ЖК (вызвать бригаду скорой помощи в женскую консультацию).

3. Госпитализация в отделении анестезиологии и реанимации, стабилизация состояния путем проведения базовой терапии преэклампсии (противосудорожная терапия сульфатом магния, антигипертензивная терапия, инфузионная терапия), непрерывный мониторинг состояния матери и плода, родоразрешение после стабилизации состояния в течение 6-24 ч.

4. Ввести магния сульфат 25% - 16 мл внутривенно медленно (за 10 мин) и

100 мл через инфузомат со скоростью 1 г/ч. (инфузия только раствора магния сульфата), разбавленная 0,9%- раствором натрия хлорида.

5. Регулярное посещение ЖК. Заблаговременное купирование соматической патологии. Своевременная диагностика, госпитализация и лечение.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4**

Пациентка В., 25 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на отсутствие беременности в течение 4-х лет. Половая жизнь с 20 лет. В анамнезе 1 беременность – медицинский аборт в сроке 7 недель беременности, осложненный эндометритом, сальпингоофоритом- стационарное лечение. Гинекологические заболевания в анамнезе: Острый постабортный эндометрит, сальпингоофорит. Объективно: астенического телосложения, пониженного питания. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.212

Бимануальное исследование: тело матки отклонено кзади, нормальной величины и формы, безболезненное, подвижное. Придатки матки с обеих сторон тяжистые, чувствительные при пальпации. Своды влагалища глубокие, свободные. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

По результатам ультразвука-маточные трубы изменены, двухсторонний сактосальпинкс.

#### **Вопросы:**

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования больной.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Лечебная тактика?
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

#### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №4**

1. Бесплодие вторичное, трубно-перитонеальный фактор.
2. Спермограмма мужа, мазки на ИППП, гормональный профиль, лапароскопия, хромосальпингоскопия, гистероскопия, биопсия эндометрия.
3. Внематочная беременность, объемные образования яичников.
4. Проведение двухсторонней тубэктомии, в дальнейшем рекомендовано ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение).

5.Профилактика и своевременное лечение ИППП, адекватная контрацепция (профилактика абортотв).

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5

Больная А., 23 лет, доставлена в гинекологический стационар с жалобами на боли внизу живота справа в течение 3 дней, слабость, головокружение. Боли иррадиируют в прямую кишку. Из анамнеза: Последняя менструация 1,5 месяца назад. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа бледная, температура 37,4°С, пульс 83 удара в минуту, АД 100/70 мм.рт. ст. Живот не вздут, мягкий, при пальпации болезненный в нижних отделах, больше справа. При влагалищном исследовании: матка несколько увеличена, смещение ее вызывает болезненность. Слева придатки матки не определяются. Справа от матки пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции с нечеткими контурами, болезненное, ограниченное в подвижности. Выделения скудные, темно-коричневого цвета. Экспресс-тест с мочой на ХГ положительный.

#### Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план дообследования больной для уточнения диагноза.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика в случае подтверждения предполагаемого диагноза?
5. В чем заключаются реабилитационные мероприятия?

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №5

1. Прервавшаяся эктопическая (трубная) беременность справа по типу трубного аборта.
2. Тест на ХГ, УЗИ гениталий, развернутый анализ крови, кульдоцентез, лапароскопия.
3. Аппендицит, апоплексия яичника, острое воспаление придатков матки, перекрут ножки опухоли яичника.
4. Экстренное оперативное лечение.
5. Прием КОК в течение 6 месяцев, проведение

противовоспалительной и общеукрепляющей терапии, физиолечение. Санаторно-курортное лечение.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6**

Пациентка О., 24 лет, доставлена в гинекологический стационар машиной «скорой помощи» с жалобами на острые боли внизу живота, возникшие около 6 часов назад внезапно, на фоне физической нагрузки; сухость во рту, повышение температуры до 37,8°C. Из анамнеза: менструации с 12 лет, регулярные, через 28 дней, по 3 дня. Последняя менструация началась в срок 12 дней назад. Живет половой жизнью с 20 лет, контрацепция – презерватив. Гинекологические заболевания в анамнезе отрицает. Объективно: кожные покровы обычной окраски, чистые. Язык сухой. АД 110/70 мм.рт.ст., пульс 88 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. Здесь же положительны симптомы раздражения брюшины. При влагалищном обследовании: влагалище свободное, шейка коническая, зев закрыт, тело матки не увеличено; придатки слева не пальпируются, справа и кзади от матки пальпируется опухолевидное образование, эластической консистенции, подвижное, резко болезненное, до 10 см в диаметре. Своды глубокие.

#### **Вопросы:**

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план обследования больной для уточнения диагноза.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика?
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №6**

1. Перекрут ножки опухоли яичника.
2. Развернутый и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, тест на ХГ, УЗИ гениталий, лапароскопия.
3. Острый аппендицит, эктопическая беременность, перекрутмиоматозного узла на ножке, опухоль кишечника.
4. Экстренное оперативное лечение.

5. Проведение профилактических осмотров с целью своевременной диагностики опухолей яичников, своевременное консервативное и оперативное их лечение.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7**

Первородящая, 21 лет. С 3-х суток послеродового периода отмечалось повышение температуры 37,5°C, ознобы. При осмотре на 7-е сутки отмечается увеличение в объеме правой молочной железы, в области ареолы отек, гиперемия, болезненность, уплотнение 5,0×7,0 см, с размягчением и флюктуацией в центре. При пункции в области размягченного участка молочной железы получен гной. Вагинально: патологии не выявлено.

#### **Вопросы:**

1. Диагноз?
2. Ошибки, допущенные врачом?
3. Ваша тактика?
4. Какова тактика в отношении лактации и реабилитационные мероприятия при данной патологии?
5. Где должен находиться ребенок после родоразрешения и в чем заключается его правильное кормление?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №7**

1. Послеродовый период 7-е сутки. Правосторонний гнойный мастит.
2. Не проводилось лечение лактостаза с третьих суток и не проводилась антибактериальная терапия при повышении температуры.
3. Консультация хирурга. Перевод в гнойное хирургическое отделение, Вскрытие абсцесса и дренирование. Противовоспалительная, антибактериальная терапия.
4. Лактация сохраняется.
5. Ребенок находится в отделении «Мать и дитя». Кормление грудью осуществляется по «требованию» здоровой молочной железой.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №8**

Первородящая, 22 лет, поступила с родовой деятельностью, беременность доношенная. Окружность живота 96 см, высота стояния дна матки 38 см. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна

над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, справа ниже пупка, ритмичное, 124. Воды целые. Размеры таза 25–26–30–15 см. Через 3 часа после поступления излились околоплодные воды. Вагинально: раскрытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет, головка прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере, большой и малый роднички на одном уровне, мыс достигается согнутым пальцем. Симптом Вастена положительный. Контракционное кольцо пальпируется на 4 см ниже пупка. При полном открытии и хорошей родовой деятельности нет поступательного движения головки в течение 3-х часов.

**Вопросы:**

1. Диагноз?
2. Были ли допущены ошибки врачом женской консультации при ведении беременной?
3. Были ли допущены ошибки врачом родильного дома?
4. Тактика врача в ведении роженицы в сложившейся ситуации?
5. Профилактика анатомически узкого таза?

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №8**

1. Срочные роды I. Второй период родов. Плоскорихитический таз Шст. Клинический узкий таз. Угрожающий разрыв матки.

2. Да. Беременная с узким тазом II ст. должна быть госпитализирована за 2 недели до родов для подготовки к родоразрешению путем операции кесарева сечения в плановом порядке.

3. При наличии анатомического узкого таза II ст., при доношенной беременности допустимо только оперативное родоразрешение путем операции кесарево сечение.

4. Снять родовую деятельность интубационным наркозом. Родоразрешить операцией кесарево сечение в экстренном порядке.

5. Полноценное питание ребенка, подростка в течении жизни. Адекватные физические нагрузки. Своевременная диагностика и лечение соматических заболеваний.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9**

Родильница, 27 лет, на третьи сутки после родов жалуется на слабость, повышение температуры до 38,5°C. В родах отмечался длительный

безводный промежуток (20 часов). Антибактериальная терапия не проводилась. При влагалищном исследовании: шейка формируется, цервикальный канал свободно пропускает палец за пределы внутреннего зева. Матка до 17–18 недель, при пальпации чувствительна, контуры четкие. Выделения из матки обильные, мутные с гнилостным запахом. Своды свободные, глубокие. Придатки без особенностей.

**Вопросы:**

1. Диагноз?
2. Какая допущена ошибка?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
4. План лечения?
5. Профилактика послеродовых гнойно-септических заболеваний.

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №9**

1. Поздний послеродовой период 3-и сутки. Острый эндометрит.
2. Не проводилась антибиотикотерапия в родах после 18 часов безводного промежутка.
3. УЗИ, гистероскопия, развернутый и биохимический анализ крови в динамике.
4. Внутриматочный лаваж, антибактериальная терапия, инфузионная терапия, витамины, иммунокорректоры, дезинтоксикационная терапия.
5. Своевременное лечение соматической патологии; санация ротовой полости и хронических воспалительных заболеваний; адекватная контрацепция и исключения аборт; профилактика и минимизация родового травматизма.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10**

Пациентка 25 лет обратилась к гинекологу с жалобой на ноющие боли внизу живота. Боли появились после лечения на курорте и беспокоят в течение года. Из анамнеза: менструации с 18 лет, редкие скудные; первичное бесплодие в течение 6 лет. Дедушка пациентки болел легочным туберкулезом. При осмотре: кожные покровы бледные, температура тела 37°C, пульс 78 в мин, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Гинекологический статус: матка уменьшена в размерах, ограниченно

подвижная, безболезненная. Придатки матки с обеих сторон болезненные, несколько увеличенные, плотной консистенции.

**Вопросы:**

1. Предположительный диагноз?
2. Где и каким врачом пациентка дообследуется и проходит лечение туберкулеза гениталий?
3. Составьте план дообследования больной.
4. В чем заключается лечение больной в случае подтверждения диагноза?
5. Реабилитационные мероприятия после основного курса терапии?

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №10**

1. Хронический сальпингоофорит (не исключается генитальный туберкулез). Нарушение менструального цикла. Бесплодие первичное.

2. Врачом акушером-гинекологом в противотуберкулезном диспансере.

3. Общеклинические анализы крови и мочи, мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Туберкулинодиагностика. Гистеросальпингография. Гистероскопия с биопсией эндометрия. Бактериологическое исследование содержимого полости матки. Рентгенография легких. УЗИ органов малого таза. Лапароскопия с биопсией яичников и маточных труб.

4. Лечение проводят в стационаре назначением противотуберкулезной химиотерапии, общеукрепляющей и иммуномодулирующей терапии, физиолечения. По показаниям - хирургическое лечение.

5. Проведение 2-3 курсов физиолечения, рассасывающей и общеукрепляющей терапии, санаторно-курортное лечение.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11**

Молодая нерожавшая женщина заболела остро на второй день после медицинского аборта (кюретаж полости матки в 9 недель беременности). Жалобы на недомогание, повышение температуры тела до 39°C, однократный озноб. Вызвала «скорую помощь» и доставлена в гинекологический стационар. При обследовании отмечают тахикардия, бледность кожных покровов, повышение количества лейкоцитов до 12,0 х

109 /л, ускорение СОЭ до 35 мм в час. Живот обычной формы, мягкий, болезненный при пальпации над лоном. При бимануальном исследовании: тело матки в anteflexio, несколько больше нормы, мягковатой консистенции, подвижное, умеренно болезненное. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Параметрии не изменены, своды свободные, безболезненные. Выделения скудные, кровянистые без запаха.

**Вопросы:**

1. Предварительный диагноз?
2. Необходимое обследование больной?
3. С чем проводится дифференциальная диагностика?
4. Какова лечебная тактика?
5. Реабилитационные мероприятия?

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №11**

1. Постабортный эндометрит.
2. Общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ органов малого таза.
3. О. аппендицит, внематочная беременность, воспаление придатков матки.
4. Начать с комплексной противовоспалительной терапии (антибактериальная терапия, инфузии кристаллоидов, антигистаминные препараты) в течение 6-12 часов, затем оценить эффект от проводимой терапии. При наличии остатков плодного яйца в полости матки (по УЗИ) – гистероскопия.
5. Контрацепция КОК, витамины, седативные препараты, 2-3 курса противовоспалительной и общеукрепляющей терапии, физиолечение.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12**

Женщина 37 лет, на приеме с супругом. Жалобы на отсутствие беременности при регулярной половой жизни без контрацепции в течении 5 лет. Не обследовались.

Из анамнеза: менструации с 12 лет, по 5дней, цикл 30 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Последняя менструация была 10 дней назад. Половую жизнь ведет с 18 лет. Беременностей не было.

Гинекологические заболевания: в 19 лет была хламидийная инфекция, получила лечение.

При влагалищном осмотре: шейка матки цилиндрическая, наружный зев закрыт, выделения слизистые. Матка нормальных размеров, плотная. Придатки с двух сторон определяются в виде тяжей, безболезненные при пальпации.

**Вопросы:**

1. Предполагаемый диагноз?
2. Составьте план обследования для уточнения диагноза.
3. Какова лечебная тактика?
4. Какова профилактика данного заболевания?
5. Что такое прегравидарная подготовка?

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №12**

1. Бесплодие I, трубно-перитонеальный фактор?
2. Гормональный профиль на 3-5 д м ц (ФСГ, ЛГ, Пролактин, АМГ, Эстрадиол, ТТГ, ат к ТПО), Спермограмма и МАР-тест для супруга, проходимость маточных труб, Фолликулогенез. УЗИ органов малого таза на 5-7дмц. ПЦР на ИППП.
3. После дообследования, при наличии трубно-перитонеального фактора бесплодия (непроходимость маточных труб) – лечение бесплодия с применением ВРТ (ЭКО).
4. Использование барьерных методов контрацепции. Своевременное обследование и лечение ИППП, ВЗОМТ.
5. Комплекс мер по подготовке супружеской пары к беременности, направленный на снижение риска осложнений беременности и родов.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13**

В отделение патологии поступила беременная с доношенной беременностью. В анамнезе 2-е срочных родов, затем 2 мед.аборта, осложненных метроэндометритом. При осмотре: Рост 163 см, вес 84 кг, АД 140/90 мм рт.ст. На нижних конечностях отеки. ОЖ 104 см. ВДМ 37 см. Положение плода продольное, предлежит головка над входом в малый таз. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные 140 в мин. Анализ мочи без патологии. По УЗИ обращает внимание: Плацента по передней стенке,

больше слева, степень зрелости II - III. Нижний край плаценты перекрывает внутренний зев. Вод достаточно количество.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план ведения беременной.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какое осложнение может быть при родоразрешении? Какова в таком случае акушерская тактика? Причина данного осложнения?
5. Реабилитация в послеродовом периоде?

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №13**

1. Беременность 40 недель. Умеренно выраженная преэклампсия. Полное предлежание плаценты. ОАА.
2. На данном этапе – полное клинико-лабораторное обследование. Родоразрешение - плановое кесарево сечение.
3. Консультации узких специалистов. КТГ.
4. Невозможность отделить плаценту при ее приращении. Тактика – иссечение участкаращения с выполнением метропластики. При невозможности выполнения метропластики - гистерэктомия. Причина - ОАА.
5. Назначение гормональной контрацепции, профилактика аборт, профилактика воспалительных заболеваний органов малого таза.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14**

Беременная, 21 год. Беременность первая. На учет по беременности встала с 8 недель. Наблюдалась регулярно. В сроке 36 недель появилась легкая пастозность голеней. В течение 4-х дней лечилась амбулаторно (разгрузочная диета, мочегонные травы). В момент осмотра: через 3 дня беременность соответствует сроку 35 недель. АД 180/120 мм рт.ст. Была однократная рвота. Указаний на повышение давления ранее и на заболевание почек нет. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата к входу в малый таз. Матка в тонусе. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 134 в мин.

**Вопросы:**

1. Диагноз?
2. Тактика врача?

3. Показано ли срочно родоразрешение и что нужно провести до родоразрешения?
4. Лечение после родоразрешения?
5. Какими льготами пользуется беременная при ранней явке в женскую консультацию? И какие льготы у данной женщины в послеродовом периоде?

#### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №14**

1. Беременность 36-37 недель. Тяжелая преэклампсия. Преждевременный разрыв плодных оболочек. ЗВРП.
2. Срочная госпитализация машиной скорой помощи в стационар.
3. Показано. Антигипертензивная терапия (управляемая нормотония), начать инфузионную терапию.
4. Противосудорожная терапия магния сульфатом. Антигипертензивная терапия.
5. Женщина, взятая на учет по беременности в срок до 12 недель согласно справки ж/к получает единовременное пособие в размере МРОТ в отделе социального обеспечения по месту жительства. В послеродовом периоде данной женщине положено дополнительно 16 дней (преэклампсия).

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15**

У первородящей 22 лет, в течение нескольких дней головная боль, плохое самочувствие. До этого во время беременности чувствовала себя здоровой. При осмотре: отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки. Артериальное давление 190/100 мм рт.ст. Наружное исследование: тазовое предлежание, схватки через 4-5 минут, сердцебиение плода слева выше пупка, 140 в минуту. Размеры таза: 26–28–30–20 см. Влагалищное исследование: открытие полное, плодный пузырь цел, прощупывается слева и спереди левая ножка. Задняя поверхность лона и крестцовая впадина свободны. При производстве влагалищного исследования возник первый припадок судорог, продолжающийся 3–4 мин, с потерей сознания.

#### **Вопросы:**

1. Оцените состояние роженицы при поступлении.
2. Какой период родов?
3. Причина, спровоцировавшая припадок?
4. Что делать?

5. Профилактика данного осложнения беременности?

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №15

1. Состояние тяжелое – эклампсия.

2. Второй.

3. Роженица поступила с тяжелой преэклампсией. Вагинальный осмотр у таких пациенток должен проводиться при адекватном обезболивании, на фоне противосудорожной, седативной, гипотензивной терапии.

4. Начать лечение преэклампсии – магниезиальная, гипотензивная, седативная терапия. Интубация, наркоз, экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения.

5. Таб. Ацетилсалициловой кислоты 150 мг с 12 нед беременности.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16

К гинекологу в женскую консультацию обратилась пациентка 41 года с жалобами на тянущие боли в низу живота, сукровично-гноевидные выделения из половых путей, повышение температуры тела до 37,5°C. Из анамнеза: заболела остро, на 5-й день после произведенной офисной гистероскопии с биопсией эндометрия по поводу подозрения на наличие аденомиоза. В анамнезе 1 срочные роды и 4 медицинских аборта, один из которых осложнился острым эндометритом, острым аднекситом, по поводу чего получала лечение в стационаре. При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала обильные сукровично-гноевидные выделения. Вагинально: шейка матки цилиндрическая, наружный зев закрыт, тело матки чуть больше нормальных размеров, плотная, болезненная, с четкими контурами. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды без особенностей.

#### Вопросы:

1. Предварительный диагноз?

2. План дообследования больной?

3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

4. Лечение?

5. Профилактика данного заболевания?

## ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №16

1. Обострение хронического эндометрита.
2. Общеклинические анализы крови и мочи, анализ крови на RW и ВИЧ, мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала на ИППП методом ПЦР. УЗИ органов малого таза.
3. Воспаление придатков матки, патология эндометрия.
4. Лечение проводится в условиях стационара: комплексная противовоспалительная терапия (инфузионная, антибактериальная, нестероидные противовоспалительные, антигистаминные, обезболивающие препараты), утеротоники, с последующим назначением иммуномодуляторов и физиолечения.
5. Своевременная диагностика и адекватное лечение воспалительных заболеваний матки, применение контрацептивных средств, диагностика и лечение ИППП.

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №17

На прием к гинекологу женской консультации обратилась женщина 25 лет с жалобами на нарушение менструального цикла. Менструации с 14 лет, по 5-6 дней, умеренные, безболезненные, не регулярные, с задержками до 45 дней. ИМТ 32. На лице acne vulgaris. Отмечается рост черных, остовых волос на задней поверхности бедра, в паховых складках, по передней линии живота, вокруг сосков, на верхней губе. При гинекологическом осмотре: без особенностей. По УЗИ органов малого таза обращает на себя внимание чрезмерное развитие фолликулярного аппарата яичников (количество фолликулов более 20), увеличение объема яичников.

### Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. План дообследования больной?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Лечение?
5. С помощью каких методов исследования возможно проследить наличие/отсутствие овуляции?

## ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №17

1. Синдром поликистозных яичников.
2. Гормональный профиль на 3-5 д м ц: ФСГ, ЛГ, Пролактин, Эстрадиол, Тестостерон, 17-ОНПрогестерон, ИСА, ГСПГ. Биохимический анализ крови: индекс НОМА, глюкоза, инсулин, гликированный гемоглобин. Консультация эндокринолога.
3. Аденогенитальный синдром (врожденная дисфункция коры надпочечников). Гиперпролактинемия. Идиопатический гирсутизм.
4. Редукционная диета. Препараты для снижения массы тела (Глюкофаж), при отсутствии желаний планировать беременность – оральные контрацептивы с антиандрогенным эффектом (Ярина, Белара и др.) Планирование беременности при ановуляции и проходимость маточных труб – индукция овуляции Клостилбегитом, Гонадотропинами, при неуспешности или в сочетании с трубным фактором – ЭКО.
5. Мочевой тест на овуляцию, измерение базальной температуры, фолликулогенез, определение уровня прогестерона на 21-23 д м ц.

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18

К гинекологу в женскую консультацию обратилась пациентка 16 лет с жалобами на кровянистые выделения из половых путей в течение 10 дней, слабость. Менструации с 15 лет, нерегулярные, с задержками до 45-50 дней. ИМТ 18. Занимается художественной гимнастикой. Объективно: больная бледная, астеничного телосложения. При осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, выделения – кровянистые в умеренном количестве. Вагинально: шейка коническая. Тело матки нормальных размеров, плотная, безболезненная. Придатки не определяются. Влагалищные своды глубокие, безболезненные. Нг 110 г/л.

### Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Тактика врача женской консультации?
3. План дообследования больной?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

## ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №18

1. АМК-О

2. При отсутствии органической патологии (Миома, эндометриоз, полип, коагулопатия) консервативная медикаментозная терапия: транексамовая кислота, НПВС, оральные контрацептивы-гормональный гемостаз(фемоден, линдинет). Препараты железа. При отсутствии эффекта – госпитализация.

3. УЗИ органов малого таза, Клинический анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, консультация гематолога.

4. Другие АМК. С угрозой прерывания беременности, маточной или эктопической. Патология шейки матки.

5. Наблюдение 1 раз в месяц до стабилизации м.ц., эхография органов малого таза 1 раз в 3-6 мес, ведение менограммы, поддержание массы тела. Нормализация режима труда и отдыха.

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №19

Беременность пятая, роды третьи. Последние три месяца консультацию не посещала. Схватки начались 13 часов тому назад и были интенсивными, околоплодные воды отошли 7 часов назад. При осмотре: таз 26–28–30–20 см. Положение плода поперечное. Сердцебиение плода не выслушивается. При влагалищном исследовании: определяется отечная ручка, находящаяся во влагалище, раскрытие маточного зева полное, во входе в таз вклинился плечевой пояс плода.

### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Какие ошибки допущены врачом женской консультации?
3. Что делать?
4. Проводится ли в настоящее время комбинированный поворот, исправляющий поперечное положение плода?
5. Будет ли оплачен родовой сертификат за роды у данной женщины врачу?

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №19

1. Срочные роды III. II период родов. Преждевременный разрыв плодных оболочек. Запущенное поперечное положение плода. Интранатальная гибель плода.

2. При поперечном положении плода показана дородовая госпитализация за 2 недели до предполагаемого срока родов для планового оперативного родоразрешения.

3. Эндотрахеальный наркоз, выполнение плодоразрушающей операции - декапитации.

4. Учитывая перинатальное акушерство и возможные осложнения для плода, в настоящее время не проводится.

5. В данном случае имеет место врачебная ошибка, родовой сертификат медицинскому учреждению и персоналу не оплачивается.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №20

Срочные вторые роды у женщины 33 лет. Из анамнеза: данная беременность пятая. Первая закончилась срочными родами живым ребенком. Три последующие – медицинскими абортами. Последний – осложнился метроэндометритом. После рождения ребенка прошло 1,5 часа. Признаков отделения последа нет. Кровотечения нет.

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Что делать?
3. Причина осложнения?
4. Возможные варианты исхода родов?
5. Где должен находиться ребенок после родоразрешения и правильное его кормление?

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №20

1. Срочные роды II. III период родов. Полное плотное прикрепление плаценты? ОАА.

2. Ручное отделение плаценты и выделение последа в условиях развернутой операционной и готовностью к восполнению кровопотери.

3. Аборты в анамнезе.

4. а) отделение плаценты возможно; б) приращение плаценты - ручное отделение плаценты невозможно – лапаротомия, тотальная или субтотальная гистерэктомия без придатков.

5. Ребенок находится в отделении «Мать и дитя». Кормление грудью осуществляется по «требованию».

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №21**

В стационар поступила первобеременная С., 22 лет с направлением из женской консультации. Анамнез: росла здоровым ребенком. Месячные с 13 лет, по 4 дня, через 28 дней, безболезненные, в умеренном количестве. Последняя менструация была 12 недель назад. Под наблюдением врача женской консультации находится около 2 недель по поводу рвоты беременной. За это время потеряла в весе 5 кг. В моче повторно обнаруживается ацетон. Беременная при поступлении жалуется, что последние сутки рвота была 17 раз (ночью 4 раза). Температура при поступлении – 37,7°C. Пульс - 110 в минуту.

#### **Вопросы:**

1. Диагноз?
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику данного осложнения беременности?
3. Какой симптом отражает тяжесть состояния?
4. Акушерская тактика?
5. Какими льготами пользуется беременная при ранней явке в женскую консультацию?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №21**

1. Беременность 10 недель. Рвота беременной тяжелой степени.
2. Заболевания ЖКТ, отравление, токсоинфекция, заболевания печени.
3. Наличие ацетона в моче. Кратность рвоты.
4. Интенсивная инфузионно-трансфузионная, десенсибилизирующая, общеукрепляющая, витаминотерапия, гепатопротекторы, противорвотные в течение 1–2 суток, при отсутствии эффекта - прерывание беременности.
5. Женщина, взятая на учет по беременности в срок до 12 недель, согласно справки ж/к, получает единовременное пособие в размере МРОТ в

отделе социального обеспечения по месту жительства.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №22**

В гинекологическое отделение многопрофильной больницы доставлена больная с жалобами на слабость, тошноту. По дороге в больницу была кратковременная потеря сознания, однократная рвота. Из анамнеза: пациентка 27 лет, имела 4 беременности, 2 срочных родов, 2 мед.аборта.. От беременности не предохранялась. Последняя менструация была 6 недель назад. Объективно: кожа и видимые слизистые бледные. Пульс 110 уд/мин. А/Д 95/60 мм.рт.ст. Живот умеренно вздут, симптомы раздражения брюшины положительные. При влагалищном исследовании: шейка сформирована, наружный зев закрыт. Матка немного больше нормы, плотная, придатки определить не удастся из-за резкой болезненности сводов. Задний свод нависает. Выделения слизистые.

#### **Вопросы:**

1. Предварительный диагноз?
2. Составьте план обследования больной.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика?
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №22**

1. Прервавшаяся внематочная беременность.
2. УЗИ органов малого таза, кульдоцентез, лапароскопия, развернутый анализ крови, анализ крови на групповую принадлежность и Rh –фактор, б/х анализ крови, определение ХГ.
3. Апоплексия яичника, обострение хронического воспаления придатков матки, о. аппендицит.
4. Экстренное оперативное лечение.
5. Использование надежных средств контрацепции, своевременное и адекватное лечение воспалительных заболеваний придатков матки.

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №23

В гинекологическое отделение поступила пациентка 26 лет с жалобами на интенсивные тянущие боли внизу живота с иррадиацией на прямую кишку. Из анамнеза: боли появились внезапно во время полового акта. Менструации регулярные, через 28–30 дней, по 5 дней. Последняя менструация началась 2 недели назад. Контрацепция – барьерная. Объективно: кожные покровы обычной окраски, влажные. Температура тела 36,6°C, пульс 84 удара в минуту, хорошего наполнения; АД 115/75 мм. рт. ст. Язык влажный. Живот обычной формы, не вздут, мягкий, незначительно болезненный в области гипогастрия. Симптомов раздражения брюшины нет. При влагалищном исследовании: матка нормальных размеров и консистенции, безболезненная. Справа придатки четко не пальпируются из-за резкой болезненности. Слева придатки не определяются. Движения за шейку матки умеренно болезненны. Влагалищные своды глубокие, пальпация правого бокового свода умеренно болезненна. Выделения слизистые.

### Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. Составьте план обследования больной.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Какова лечебная тактика?
5. Составьте план реабилитационных мероприятий.

## ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №23

1. Апоплексия правого яичника.
2. Развернутый анализ крови, биохимический анализ крови, гемостазиограмма, общий анализ мочи, УЗИ органов малого таза, определение ХГ в моче, кульдоцентез, лапароскопия.
3. Дифференциальная диагностика должна осуществляться со всеми заболеваниями, приводящими к клинической картине острого живота - эктопическая беременность, воспаление придатков матки, острый аппендицит. Окончательно диагноз устанавливается при лапароскопии.
4. Лечение пациенток с апоплексией яичника зависит от формы заболевания и тяжести внутрибрюшного кровотечения. При болевой форме и

незначительной внутрибрюшной кровопотере (менее 150 мл) без признаков нарастания кровотечения можно проводить консервативную терапию при динамическом наблюдении за пациенткой. При алгической форме – консервативная терапия (постельный режим, НПВС, гемостатики); при анемической форме – только экстренное оперативное лечение. Оперативное вмешательство при апоплексии яичника должно быть максимально щадящим: ушивание яичника.

5. Профилактика относится к предупреждению повторной апоплексии яичника. Необходим прием КОК (монофазные низко- или микродозированные) в течение 3-6 менструальных циклов, проведение 2-3 курсов общеукрепляющего и противовоспалительного лечения, физиотерапии.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24

Больная 19 лет, поступила в стационар с жалобами на резкие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, внутреннюю поверхность бедра, тошноту, однократную рвоту, понос до трёх раз в сутки, повышение температуры тела до 38,5°C, озноб, слабость. Из анамнеза: половая жизнь регулярная, без контрацепции. В течение последнего месяца имела 5 половых партнёров. Последняя менструация в срок. Заболела остро на 7-ой день менструального цикла, когда появились указанные выше симптомы. При осмотре: занимает вынужденное положение. Лежит на правом боку с приведёнными к животу ногами. АД 110/70 мм рт.ст. PS 115 в 1 мин, температура тела 38,9°C. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот умеренно вздут, резко болезненный в гипогастральной области, особенно справа, где определяется положительный симптом Щёткина-Блюмберга. При осмотре в зеркалах: шейка матки с явлениями эндоцервицита, выделения из цервикального канала гнойные, обильные. При влагалищном исследовании: тело матки и придатки пропальпировать не удаётся из-за резкого напряжения мышц передней брюшной стенки. Тракции шейки матки болезненные. Задний свод влагалища нависает, резко болезненный.

#### Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную

диагностику?

3. Какие дополнительные методы исследования помогут уточнить диагноз?

4. Лечение?

5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №24**

1. Острый эндоцервицит, эндометрит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит.

2. Дифференциальная диагностика должна осуществляться со всеми заболеваниями, приводящими к клинической картине острого живота - острый аппендицит, аппендикулярный инфильтрат, кишечная непроходимость, эктопическая беременность.

3. Развёрнутый анализ крови с подсчётом лейкоцитарной формулы. Биохимический анализ крови, гемостазиограмма, общий анализ мочи, УЗИ органов малого таза, определение ХГ в моче. Микроскопическое исследование влагалищных мазков на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы. Культуральное исследование + ПЦР отделяемого цервикального канала (уретры). УЗИ органов малого таза и брюшной полости. МРТ. Лапароскопия (строго по показаниям).

4. Цель лечения - ликвидация гнойного процесса (очага) в брюшной полости. Для лечения ВЗОМТ используется антимикробная, противовоспалительная, инфузионно-трансфузионная, антикоагулянтная, десенсибилизирующая терапия, терапия противогрибковыми препаратами системного действия. При наличии гнойного tuboovarialного образования, отсутствии эффекта от проводимой медикаментозной терапии – оперативное лечение. Принцип хирургического лечения: своевременный и адекватный объем хирургического вмешательства, направленный на удаление очага деструкции, с максимальным сохранением ткани яичников у пациенток репродуктивного возраста.

5. В рамках профилактики ВЗОМТ рекомендованы: ранняя диагностика ИППП для предотвращения ВЗОМТ (проведение ежегодного скрининга у всех сексуально активных женщин с риском заражения ИППП; применения методов барьерной контрацепции для снижения риска инфицирования ИППП.

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №25

В родовое отделение поступила первородящая 35 лет. Роды первые в сроке беременности 40 недель. При вагинальном осмотре выявлена сглаженная шейка матки и открытие маочного зева 4 см. По УЗИ - дихориальная диамниотическая двойня. Положение первого плода продольное, предлежат ягодицы, прижаты ко входу в малый таз; положение второго плода поперечное, головка справа. Сердцебиение плодов ясное, 140 ударов в минуту. Размеры таза: 23 – 26 – 29 – 17 см. Диагональная конъюгата 10,5 см. Индекс Соловьева 14,5 см.

### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Тактика?
3. Как определяется степень сужения таза?
4. Какие были допущены ошибки в ведении беременной?
5. Классификация многоплодной беременности, основанная на количестве плодов, типе хориальности и количестве амниотических полостей

## ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №25

1. Срочные роды I в 35 лет. Первый период родов. Общеравномерносуженный таз II ст. сужения. Дихориальная диамниотическая двойня. Тазовое предлежание первого плода. Поперечное положение второго плода.

2. Учитывая первые роды в 35 лет, общеравномерносуженный таз II степени сужения, тазовое предлежание первого плода и поперечное положение второго плода целесообразно родоразрешить женщину путем операции кесарева сечения.

3. Степень сужения таза определяется по величине истинной конъюгаты.

4. Необходима была дородовая госпитализация. Кроме того, II степень сужения таза + тазовое предлежание первого плода при многоплодной беременности - это показание к родоразрешению путем операции кесарева

сечения в плановом порядке.

5. Дихориальная диамниотическая двойня - у каждого плода своя плацента и амниотическая полость. Монохориальная диамниотическая двойня - плацента общая для обоих плодов, две амниотические полости. Монохориальная моноамниотическая двойня - у плодов общие плацента и амниотическая полость.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №26**

В родильный дом на носилках из женской консультации доставлена 32-летняя женщина, где ей по поводу тазового предлежания в сроке беременности 34-35 недель производили наружный профилактический поворот плода на головку по Архангельскому. Беременность 6-я, предстоят 3-и роды. 3 предшествующие беременности закончились мед. абортами, б/о. Во время проведения наружного поворота женщина пожаловалась на сильную нарастающую боль в животе. Общее состояние при поступлении тяжелое, кожные покровы бледные, цианоз губ, АД 70/40 мм рт. ст. Пульс 110, слабого наполнения. Матка напряжена, контуры четкие, болезненность по левому ребру матки, где определяется локальное выпячивание. Части плода пальпируются с трудом. Сердцебиение плода не выслушивается.

#### **Вопросы:**

1. Диагноз?
2. Причина возникновения данного осложнения?
3. С какой патологией необходимо дифференцировать возникшее осложнение?
4. Каковы должны быть дальнейшие действия врача?
5. Профилактика тазовых предлежаний плода?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №26**

1. Беременность 34-35 недель. Тазовое предлежание плода. Поворот плода по Архангельскому. ПОНРП. Геморрагический шок III ст. Антенатальная гибель плода. ОАА.

2. Произведение наружного поворота плода на головку в условиях женской консультации.

3. Разрыв матки (насильственный).

4. Лапаротомия, кесарево сечение в экстренном порядке с последующим решением вопроса об объеме операции. Предпочтение отдается ушиванию разрыва матки, при невозможности – гистерэктомия. Инфузионная терапия в объеме не менее 200 % от объема кровопотери. Инфузионную терапию при послеродовом кровотечении рекомендовано начинать незамедлительно со сбалансированных кристаллоидных растворов. При массивной кровопотере рекомендуется как можно раньше начать реализацию «протокола массивной трансфузии» с соотношением компонентов - донорские эритроциты: всежзамороженная плазма: тромбоконцентрат: криопреципитат - 1:1:1:1; факторы (концентраты факторов) свертывающей системы. Рекомендовано введение транексамовой кислоты в составе комплексной терапии послеродового кровотечения.

5. Беременным пациенткам не рекомендовано применение каких-либо методов профилактики тазового предлежания плода, так как ни один из методов профилактики тазового предлежания плода не доказал свою эффективность.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №27**

В женскую консультацию обратилась повторнобеременная по поводу внезапно начавшегося кровотечения из влагалища в сроке беременности 35 недель. Беременность пятая, предстоят первые роды. В анамнезе три медицинских аборта и один самопроизвольный выкидыш. Состояние средней тяжести, АД 90/50 мм рт. ст., пульс 110 уд/мин. Обращает внимание бледность кожных покровов. Матка не напряжена, безболезненна. Положение плода поперечное. Сердцебиение плода приглушено, 165 уд/мин. При осмотре в зеркалах: шейка матки чистая, во влагалище сгустки крови. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, наружный зев закрыт. Через своды определяется пастозность.

#### **Вопросы:**

1. Диагноз?
2. Какова предположительная причина данных осложнений?
3. Тактика врача женской консультации?
4. Тактика врача родовспомогательного учреждения?
5. Мероприятия первичной профилактики возникшего осложнения беременности?

## ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №27

1. Беременность 35 недель. Полное предлежание плаценты. Кровотечение. Геморрагический шок II ст. Острая гипоксия плода. Поперечное положение плода. ОАА.

2. Причина предлежания плаценты - ОАА; причина поперечного положения плода - предлежание плаценты.

3. Срочная госпитализация в родильный дом машиной «скорой помощи». Вагинальный осмотр в условиях женской консультации категорически противопоказан.

4. Осмотр в условиях развернутой операционной. Экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения. Объем операции решается на операционном столе (в случае приращения предлежащей плаценты – метропластика или гистерэктомия). Инфузионно-трансфузионная терапия.

5. Поскольку предлежание плаценты чаще возникает у многорожавших женщин с внутриматочными вмешательствами в анамнезе, снижение числа абортов, частоты КС за счёт рационального ведения родов, адекватная контрацепция будут способствовать снижению частоты неправильного прикрепления плаценты.

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №28

Пациентка 26 лет предъявляет жалобы на гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании в течение 3 дней. Повышение температуры тела не отмечала. Половой жизнью живет нерегулярно, постоянного партнера не имеет. Менструальный цикл не нарушен. При осмотре: живот обычной формы, при пальпации мягкий. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки гиперемирована, обильные гнойно-слизистые выделения. При бимануальном исследовании: матка нормальных размеров, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их пальпации безболезненна.

### **Вопросы:**

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план дообследования больной.
3. Какие лечебные мероприятия необходимы?
4. Причины развития заболевания у данной больной?
5. Дифференциальная диагностика?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №28**

1. Вагинит. Цервицит. Острый уретрит (не исключается специфической этиологии).

2. Мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала на ИППП методом ПЦР. Анализ крови на RW и ВИЧ. Общий анализ мочи, посев мочи с антибиограммой. Узи органов малого таза.

3. Медикаментозное лечение желательно назначать после определения возбудителя и его чувствительности к антибиотикам. Антибактериальная, местносанирующая терапия с учетом выделенного возбудителя.

4. Большое количество половых партнеров, отсутствие барьерной контрацепции.

5. Проводят дифференциальную диагностику специфического и неспецифического процессов на основании результатов бактериоскопического и бактериологического исследований.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №29**

У больной К., 39 лет, внезапно на работе развился приступ острых болей в нижних отделах живота. Менструальный цикл не нарушен, последняя менструация 18 дней назад. В анамнезе 3 родов. В течение 5 лет пациентка находится на диспансерном наблюдении по поводу миомы матки. Последний раз гинекологом осматривалась 1,5 года назад. Со слов больной - было предложено оперативное лечение, от которого больная отказалась. При

поступлении в стационар: АД 120/80 мм рт.ст., пульс 90 уд/мин., удовлетворительного наполнения. Живот болезненный в нижних отделах, над лоном пальпируется нижний полюс плотной опухоли, исходящей из малого таза. Бимануальное исследование: матка увеличена до 14-15 недель беременности, бугристая за счет множества узлов, один из них спереди, 13×8 см, резко болезненный при пальпации. Клетчатка малого таза не инфильтрирована. Шейка матки без патологических изменений.

**Вопросы:**

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план обследования больной для уточнения диагноза.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика?
5. В чем заключается скрининг и профилактика данного заболевания?

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №29**

1. Миома матки больших размеров с нарушением трофики миоматозного узла.

2. Развернутый анализ крови, общий анализ мочи, б/х анализ крови, гемостазиограмма, УЗИ органов малого таза с доплерографией.

3. Эктопической беременностью, перекрутом ножки опухоли яичника, опухолью мочевого пузыря или кишечника с нарушением трофики, саркомой матки, с солидными опухолями яичников, образованиями забрюшинного пространства и брюшной полости.

4. Начинают с консервативной противовоспалительной и инфузионной терапии, после улучшения состояния больной и/или в случае неэффективности консервативной терапии - оперативное лечение (гистерэктомия).

5. УЗИ органов малого таза 1 раз в год начиная с 25 лет. Риск развития миомы матки снижен при длительном приеме КОК, у многорожавших женщин, у женщин без аборт и выскабливаний слизистой оболочки

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №30**

В гинекологическое отделение машиной «скорой помощи» доставлена больная 25 лет, с жалобами на резкие боли внизу живота справа, нарушение

менструального цикла, тошноту, головокружение, слабость. Из анамнеза: половая жизнь с 22 лет, в браке, без контрацепции. Единственная беременность закончилась самопроизвольным выкидышем в 10 недель, осложнившимся метроэндометритом. Последняя menses 6 недель назад.

Заболела остро. Среди полного благополучия при подъёме тяжести появились резкие боли внизу живота, потеряла сознание. При осмотре: АД 90/60 мм рт.ст., PS 110 в мин, ритмичный, слабого наполнения. Кожа и видимые слизистые бледные. Живот умеренно вздут, симптом Щёткина-Блюмберга положительный. При влагалищном исследовании: Шейка матки коническая. Матка обычных размеров. Придатки не определяются. Задний свод влагалища нависает. Осмотр значительно затруднён из-за резкой боли и напряжения мышц передней брюшной стенки. Движения за шейку матки и пальпация заднего свода особенно болезненны. Выделения слизистые, светлые.

**Вопросы:**

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
4. Лечение?
5. Реабилитация?

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №30**

1. Трубная беременность, прервавшаяся по типу разрыва маточной трубы. Геморрагический шок II ст. ОАА.

2. Маточная беременность. Апоплексия яичника. Разрыв капсулы кистомы яичника. Острый аппендицит. Острый аднексит. Разрыв печени и селезёнки.

3. Анализ мочи на ХГЧ, УЗИ органов малого таза и брюшной полости, кульдоцентез. Развернутый анализ крови, общий анализ мочи, гемостазиограмма, биохимический анализ крови.

4. Цель лечения –хирургический гемостаз, устранение внематочной беременности. Лапаротомия/лапароскопия. Сальпингэктомия/линейная

сальпинготомия. Инфузионно-трансфузионная (кристаллоиды, коллоиды, донорские эритроциты, всежзамороженная плазма, тромбоконцентрат, криопреципитат; факторы (концентраты факторов) свертывающей системы) и гемостатическая терапия (транексамовая кислота 1-2 г).

5. В послеоперационном периоде - прием КОК 3-6 месяцев, проведение 2-3 курсов противовоспалительной и общеукрепляющей терапии, физиолечения. Санаторно-курортное лечение.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №31**

Повторнобеременная 24 года. В анамнезе 1 срочные роды, б/о. Данная беременность протекала без осложнений. Со слов пациентки чувствовала себя хорошо. В последнюю неделю отметила появление отеков на ногах. За всю беременность прибавила в весе 15 кг. При осмотре: самочувствие удовлетворительное, жалоб не предъявляет. ОЖ 97 см. ВДМ 36 см. Сердцебиение плода - 140 в минуту, ясное, ритмичное. Имеются отеки голеней. АД - 160/110 мм рт. ст. В моче – 3,65 г/л белка.

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Тактика?
3. Как расценить прибавку в весе, равную 15 кг?
4. Что нужно дополнительно знать, чтобы достоверно оценить степень тяжести преэклампсии?
5. Первичная профилактика данного осложнения беременности?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №31**

1. Беременность 36 недель. Тяжелая преэклампсия.
2. Госпитализация в родильный дом. Проведение магниальной, гипотензивной терапии. Проведение лабораторного обследования (развернутый анализ крови, биохимический анализ крови, гемостазиограмма, общий анализ мочи, суточная потеря белка, исследование уровня креатинина в моче с расчетом отношения альбумин/креатинин), оценка состояния плода (УЗИ, КТГ, доплерометрия). После проведенного клинко-лабораторного исследования и стабилизации гемодинамики родоразрешение.

3. Прибавка в весе патологическая (за счет отеков).

4. Исходные цифры АД, соматический статус до беременности, данные клинико-лабораторных методов обследования (суточная потеря белка, трансаминазы и тд), данные, отражающие состояние плода.

5. Назначение низких доз аспирина (150 мг в день), начиная с 12 нед до 37 недель. Беременным с низким потреблением кальция (<600 мг в день) - назначение его в виде препаратов - не менее 1 грамма в день.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №32**

Машиной «скорой помощи» в родильный дом доставлена беременная 37 лет, в тяжелом состоянии. АД 90/50 мм рт ст. Пульс - 100 уд/в минуту, ритмичный, малый. Кожные покровы бледные. Женщина жалуется на сильную слабость. Беременность пятая, 37-38 недель. Три первые беременности закончились нормальными срочными родами. Четвертые роды 2 года тому назад закончились операцией кесарева сечения по поводу сильного кровотечения на фоне предлежания плаценты при сроке беременности 36-37 недель. Послеоперационный период протекал с лихорадкой, нагноением послеоперационной раны передней брюшной стенки. Выписана на 21-й день после операции с живым ребенком. Сегодня дома после подъема тяжести почувствовала резкие боли в животе, на короткое время потеряла сознание, вследствие чего была вызвана машина «скорой помощи». При поступлении: сердцебиение плода выслушать не удалось. Схватки отсутствуют. Предлежащая часть не определяется. Контуры матки не определяются. Хорошо прощупываются по передней брюшной стенке мелкие части плода.

#### **Вопросы:**

1. Диагноз?
2. Тактика?
3. Признаки несостоятельности рубца на матке.
4. Причина несостоятельности рубца у данной пациентки?
5. Профилактика разрывов матки у женщин с предыдущим кесаревым сечением в анамнезе?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №32**

1. Беременность 37-38 недель. Рубец на матке после операции кесарева

сечения. Полный свершившийся гистопатический разрыв матки по рубцу. Антенатальная гибель плода. Геморрагический шок II ст.

2. Лапаротомия, кесарево сечение в экстренном порядке с последующим решением вопроса об объеме операции на операционном столе. Объем оперативного вмешательства зависит от обширности травмы (при разрыве матки только в области рубца после извлечения плода рубец иссекают и зашивают матку), а также от объема кровопотери, состояния гемостаза. Инфузионно-трансфузионная (кристаллоиды, коллоиды, донорские эритроциты, всежзамороженная плазма, тромбоконцентрат, криопреципитат; факторы (концентраты факторов) свертывающей системы) и гемостатическая терапия (транексамовая кислота 1-2 г).

3. К признакам несостоятельности рубца на матке относятся: при УЗИ – толщина рубца 2 мм и менее, неравномерное критическое истончение зоны рубца на матке с признаками деформации, формирование «ниш»; клинически - явления болезненности при надавливании трансвагинальным ультразвуковым датчиком, наличие у беременной локальной болезненности при пальпации рубца на матке после КС, наличие кровянистых выделений из половых путей или гипоксии плода по данным КТГ

4. Эндометрит, нагноение послеоперационной раны после предыдущей операции кесарева сечения вызвали глубокие гистопатические деструктивные изменения миометрия.

5. Профилактика разрывов матки заключается в определении состоятельности рубца на матке во время планирования беременности (по данным УЗИ, МРТ, гистероскопии)

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №33**

В родильный дом поступила повторнородящая с родовой деятельностью в течение 6 часов. Роды срочные, третьи. Околоплодные воды излились 4 часа тому назад. Схватки через 4-5 минут по 30-35 секунд, средней силы. При осмотреразмеры таза 25-28-31-20. Положение плода продольное. Предлежащая часть крупная, мягкая, прижата ко входу в малый

таз. Сердцебиение плода - 138 уд в минуту, ясное, слева на уровне пупка. Подтекают воды с примесью мекония. Через 4 часа сердцебиение плода - 100-110 уд в минуту, глуховатое, временами аритмичное. Влагалищное исследование: открытие зева полное, ягодичицы на тазовом дне, межвертельная линия в прямом размере, выделяется меконий.

**Вопросы:**

1. Диагноз?
2. Оцените состояние плода при поступлении?
3. Оценка таза матери.
4. Есть ли условия для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути? Метод родоразрешения?
5. Мероприятия первичной профилактики тазовых предлежаний?

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №33**

1. Срочные роды III. Второй период родов. Чисто ягодичное предлежание. Острая гипоксия плода.

2. Удовлетворительное.

3. Нормальные размеры таза.

4. Есть (нормальные размеры таза, отсутствие плодного пузыря, полное открытие маточного зева, расположение ягодичиц на дне малого таза, живой плод). Экстракция плода за тазовый конец.

5. Беременным пациенткам не рекомендовано применение каких-либо методов профилактики тазового предлежания плода, тк ни один из методов профилактики тазового предлежания плода не доказал свою эффективность.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №34**

В гинекологическое отделение многопрофильной больницы доставлена пациентка Н., 17 лет, с жалобами на интенсивные тянущие боли внизу живота, больше справа, иррадиирующие в прямую кишку. Из анамнеза: заболела остро, около 5 часов назад, после полового акта, когда появились вышеперечисленные жалобы. В течение последних 3-х месяцев находилась на диспансерном учете в женской консультации по поводу кисты правого яичника, получала противовоспалительную терапию. Беременностей в анамнезе не было. Контрацепция – презерватив. При осмотре: АД 110/70 мм рт.ст., PS 82 в мин, ритмичный, хорошего наполнения. Кожа и видимые

слизистые обычной окраски. Живот симметричный обычной формы, не вздут, мягкий болезненный при глубокой пальпации в нижних отделах. Симптом Щёткина–Блюмберга отрицательный. При влагалищном исследовании: Шейка матки коническая. Матка обычных размеров, плотная, безболезненная. Справа определяется увеличенный до 4-5 см, болезненный яичник, слева придатки не определяются. Осмотр несколько затруднён из-за боли и напряжения мышц передней брюшной стенки. Движения за шейку матки и пальпация заднего свода болезненны. Выделения слизистые, светлые. С диагностической целью произведен кульдоцентез, получено 25 мл серозно-геморрагической жидкости.

**Вопросы:**

2. Предположительный диагноз?
3. Необходимое обследование больной?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. Лечение.
6. Профилактика данного заболевания?

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №34**

1. Разрыв кисты правого яичника.
2. УЗИ гениталий, развернутый анализ крови, определение ХГЧ, лапароскопия.
3. Эктопическая беременность, апоплексия яичника, о. хирургическая патология с внутрибрюшным кровотечением, почечная колика.
4. Консервативная терапия: постельный режим, холод на низ живота, гемостатики, спазмолитики, обезболивающие препараты. С 1-го дня менструации - КОК.
5. Своевременная диагностика и адекватное лечение хронического воспаления придатков матки, опухолей яичников, нарушений гормонального гомеостаза, прием КОК с целью контрацепции.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №35**

Пациентка Б., 27 лет, обратилась в гинекологическое отделение с жалобами на сильные постоянные тянущие боли в нижних отделах живота, слабость, головокружение. Заболела остро, во время занятия спортом

появились вышеперечисленные жалобы. В анамнезе 1 роды без осложнений, контрацепция – барьерная. Менструальная функция не нарушена, последняя менструация началась 18 дней назад, в срок. Страдает хроническим аднекситом. 6 месяцев назад во время УЗИ выявлено опухолевидное образование левого яичника (тонкостенное, с однородной анэхогенной внутренней структурой) по поводу чего от дальнейшего обследования и лечения отказалась.

Объективно: кожные покровы бледные, чистые. Температура тела 37,2°C, пульс 98 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. АД 100/70 мм.рт.ст. Язык сухой. Живот не вздут, напряжен и болезнен в нижних отделах. Положительны симптомы раздражения брюшины. При влагалищном обследовании: влагалище свободное, шейка цилиндрическая, зев закрыт, тело матки не увеличено; придатки справа не пальпируются, слева от матки определяется опухолевидное образование, тестоватой консистенции, подвижное, резко болезненное, до 5-6 см в диаметре. Задний влагалищный свод несколько уплощен, пальпация его болезненна.

#### **Вопросы:**

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план обследования больной для уточнения диагноза.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика?
5. Профилактика доброкачественных образований яичников?

#### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №35**

1. Разрыв капсулы опухоли левого яичника.
2. Развернутый и биохимический анализ крови, гемостазиограмма, общий анализ мочи, тест на ХГ, УЗИ органов малого таза, кульдоцентез, лапароскопия.
3. Эктопическая беременность, перекрут опухоли яичника или миоматозного узла на ножке, нарушение трофики миоматозного узла, опухоль кишечника, кишечная непроходимость, апоплексия яичника.
4. При получении крови во время кульдоцентеза - экстренное оперативное лечение, в остальных случаях возможна консервативная тактика

(постельный режим, гемостатики, спазмолитики, обезболивающие препараты)

5. Профилактика возникновения доброкачественных образований яичников четко не разработана. Ежегодное проведение диспансерного осмотра с консультацией врача гинеколога и УЗИ органов малого таза.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №36**

Пациентка 22 лет обратилась с жалобами на нерегулярный менструальный цикл с менархе и множественные акне на лице и спине. Беременность в настоящее время не планирует. Из анамнеза: менархе в 16 лет, с задержками менструации до 60-90 дней. Наследственная предрасположенность: сахарный диабет 2 типа у бабушки. При общем осмотре обращает внимание повышенный рост стержневых волос на молочных железах и по средней линии передней брюшной стенки. При обследовании: по данным УЗИ М-ЭХО - 4 мм, объем правого яичника 15 см<sup>3</sup>, левого яичника – 14 см<sup>3</sup>, в каждом яичнике более 10 фолликулов диаметром 5-6 мм. По данным гормонального обследования: ФСГ – 5,2 МЕ/мл, ЛГ – 8,8 МЕ/мл, эстрадиол – 11 ммоль/мл, пролактин в норме, ТТГ в норме; тестостерон, ДГЭА-сульфат в норме; 17-ОН прогестерон в норме. Фенотип без особенностей, ИМТ в норме.

#### **Вопросы:**

1. Предполагаемый диагноз
2. С какими заболеваниями будете дифференцировать?
3. План обследования
4. Лечение
5. Профилактику каких заболеваний следует проводить данной категории пациентов?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №36**

1. Диагноз: СПКЯ (олиго/ановуляция, гирсутизм, поликистозная морфология)
2. Вторичная аменорея (функциональная гипоталамическая аменорея); ПНЯ (преждевременная недостаточность яичников); врожденная дисфункция коры надпочечников; гиперпролактинемия, гипо-/гипертиреоз.
3. Исключение инсулинорезистентности (глюкозотолерантный тест, индекс Ното); глазное дно + поля зрения, МРТ головного мозга, УЗИ молочных желез.

4. Использование КОК монофазных, низкодозированных с антиандрогенным эффектом вплоть до планирования беременности.

5. Помимо коррекции менструального, необходимо проводить профилактику гиперплазии и рака эндометрия, в перспективе терапию бесплодия, профилактику остеопороза и ССЗ.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №37**

Пациентка 28 лет обратилась к гинекологу с жалобами на нерегулярный менструальный цикл с возраста менархе, обильные со сгустками и болезненные менструации, отмечает также сухость кожи, слабость, головокружения после менструации, ухудшение памяти, концентрации внимания, выпадение волос. Анамнез: менструации с 12 лет, по 9-10 дней, через 24-38 дней, обильные, болезненные со сгустками. Средства гигиены меняет каждые 1,5-2 часа в первые 2-3 дня менструации. Беременность отрицает и не планирует. Контрацепция барьерная. Курит в течение 5 лет по 1-2 сигареты в сутки. Наследственность – у отца инсульт в 56 лет, у бабушки сахарный диабет 2 типа. Объективно: ИМТ – 22 кг/м<sup>3</sup>, АД – 100/70 мм рт.ст. Кожные покровы чистые, бледные, гирсутизма нет. При влагалищном исследовании патологии не выявлено. Выделения обильные менструальные.

#### **Вопросы:**

1. Предполагаемый диагноз.
2. Алгоритм диагностики ОМК
3. Показания для биопсии эндометрия
4. Показания для гистероскопии
5. Лечение и реабилитация ОМК

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №37**

1. Аномальное маточное кровотечение по типу обильного менструального кровотечения (меноррагии). Хроническая постгеморрагическая анемия.
2. – Установить факт именно маточного кровотечения (в зеркалах при PVI)
  - Исключить беременность (тест ХГ)
  - Оценить степень выраженности дефицита железа (клинический анализ крови, уровень ферритина)
  - Проанализировать каждую из составляющих классификации PALM и COEIN

- Гормоны крови
- УЗИ гениталий (диагностический метод первой линии)
- биопсия эндометрия по показаниям; гистероскопия по показаниям.

3. Биопсия эндометрия – при повторяющихся межменструальных кровотечениях, в возрасте старше 45 лет или более молодом при наличии факторов риска.

4. Гистероскопию проводят, если результат УЗИ не убедителен или есть подозрения на внутриматочную патологию.

5. Комбинированный оральный контрацептив (для остановки кровотечения по 1 т. каждые 8 часов); Кровоостанавливающие препараты (транексамовая кислота внутрь или в/в до 3-х грамм в сутки); Железосодержащие препараты.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №38**

Пациентке 25 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на бесплодие, редкие менструации – 3-4 мес., избыточный рост волос на груди, передней брюшной стенке; жирность кожи, акне на лице. Бесплодие в течение 2 лет. При обследовании в сыворотке крови отмечено повышение тестостерона, ЛГ – выше нормы, ФСГ в норме, кортизол в норме.

#### **Вопросы:**

1. Наиболее вероятный диагноз
2. Алгоритм обследования пациентки.
3. С чем необходимо дифференцировать?
4. План лечения
5. Прогноз заболевания

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №38**

1. Бесплодие I эндокринного генеза. СПКЯ – синдром поликистозных яичников (гирсутизм, олигоменорея, клинические проявления гиперандрогении)

2. Обследование супружеской пары:

- мужу спермограмма
- жене УЗИ гениталий, фолликулогенез, проверка проходимости маточных труб (ГСГ, ХСС), гистероскопия по показаниям (подозрения на внутриматочную патологию)

3. С вирилизующими опухолями яичников.

4. При подтверждении диагноза: КОК с антиандрогенным эффектом, индукция овуляции (кломистилбегит).
5. При адекватной терапии – благоприятный.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №39**

К врачу женской консультации обратилась пациентка 38 лет с жалобой на бесплодие в течение 7 лет. Менструация с 13 лет по 5 дней безболезненная, умеренная через 28 дней. Муж здоров 40 лет, обследован – нормоспермия. В анамнезе у пациентки хронический аднексит с частыми рецидивами, неоднократное лечение в стационаре. Гормоны сыворотки крови в пределах нормы. ИМТ 26 кг/м<sup>2</sup>. При осмотре на УЗИ гениталий заподозрен гидросальпинкс.

#### **Вопросы:**

1. Предполагаемый диагноз.
2. С чем необходимо дифференцировать?
3. План обследования.
4. План лечения.
5. Прогноз

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №39**

1. Бесплодие, трубно-перитонеальный фактор, хронический аднексит с образованием гидросальпинкса.
2. Синдром истощения яичников, преждевременная недостаточность яичников (ПНЯ).
3. Диагностическая лапароскопия + хромосальпингоскопия, анализ крови на АМГ (фолликулярный резерв)
4. При подтверждении диагноза – saniрующая сальпингоэктомия с последующим ВРТ (ЭКО)
5. При своевременном и адекватном лечении- благоприятный.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №40**

Повторнородящая 25 лет, поступила в родильный дом. Беременность доношенная. Схватки начались 26 часов тому назад. Околоплодные воды излились за 2 часа до начала родовой деятельности. Женщина утомлена, пульс 104 уд/мин, ритмичный. АД 110/60 мм рт.ст. Температура 38,8°С.

Выделения из влагалища гнойные, с неприятным запахом. Наружные размеры таза: 25-26-31-18 см. Схватки через 6-7 минут, по 25-30 секунд, слабые. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода не прослушивается. Вагинально: шейка матки сглажена, открытие 6 см, диагональная конъюгата 10,5 см.

**Вопросы:**

1. Диагноз?
2. С какого осложнения начались роды?
3. Ошибки в ведении женщины врачом женской консультации?
4. Что делать?
5. В чем будет заключаться вторичная профилактика развившегося осложнения родов, опасного последующими гнойно-септическими осложнениями в послеродовом периоде?

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №40**

1. Срочные роды II. I период родов. Преждевременный разрыв плодных оболочек. Первичная слабость родовой деятельности. Хориоамнионит. Интранатальная гибель плода. Плоскорихитический таз I ст. сужения.
2. С преждевременного разрыва плодных оболочек
3. Учитывая анатомически узкий таз - показана дородовая госпитализация в 38 недель.
4. Плодоразрушающую операцию. Краниотомия.
5. Необходимо начать антибактериальную терапию лечебным курсом с целью профилактики дальнейшего распространения инфицирования, т.к. на фоне длительного безводного промежутка и течения родов развился хориоамнионит.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №41**

10 октября в 6:00 в родильный дом поступила пациентка с излившимися околоплодными водами в 2:00 и регулярной родовой деятельностью с 4:00. Последняя менструация 1-5 января. В анамнезе хронический эндометрит в течение 6 лет с ежегодными обострениями. Беременность не планировалась, наступила через 2 года от начала половой жизни без контрацепции. В 16:00 родила мальчика (по шкале Апгар 9-10

баллов). Через 20 минут после рождения ребенка, без признаков отделения плаценты, из половых путей появились кровянистые выделения в объеме 400 мл и продолжаются.

**Вопросы:**

1. Диагноз?
2. Тактика ведения?
3. Возможные причины развившегося осложнения?
4. Какие клинические параметры новорожденного оцениваются по шкале Апгар?
5. Как можно было профилактировать данное осложнение?

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №41**

1. Срочные роды 1 в 40 недель 2 дня. Третий (последовый) период. Дородовое излитие околоплодных вод. Патология прикрепления плаценты (частичное плотное прикрепление плаценты? Частичное приращение плаценты?) Отягощенный гинекологический анамнез (хронический эндометрит)
2. Ручное отделение плаценты и выделение последа при внутривенной анестезии, введение 10ЕД окситоцина в момент окончания манипуляции, антибиотикопрофилактика гнойно-септических осложнений во время проведения манипуляции, оценка общей кровопотери для решения вопроса о необходимости инфузионно-трансфузионной терапии.
3. Хронический эндометрит (вероятно этиопатогенетическая терапия не проводилась)
4. Сердцебиение (ЧСС/мин), дыхание, мышечный тонус, рефлекторная возбудимость (пяточный рефлекс), цвет кожных покровов.
5. Планирование беременности после излечения хронического воспалительного процесса органов малого таза и достижения оптимального состояния эндометрия (толщина более 8 мм с хорошей васкуляризацией) для наилучшей имплантации плодного яйца.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №42**

В родильный дом поступила роженица с регулярной родовой деятельностью в течение 12 часов и излившимися 16 часов назад

околоплодными водами. Беременность первая, срок - 39 недель. Размеры таза роженицы 25-27-31-17, индекс Соловьева 17. Схватки через 3 минуты по 40-50 секунд. Положение плода продольное, предлежание головное, головка прижата ко входу в малый таз. Положительный признак Вастена. Сердечные тоны плода 90 ударов в минуту, глухие. Данные внутреннего акушерского исследования: открытие маточного зева полное, головка прижата ко входу в малый таз, на головке выраженная родовая опухоль. Крестцовый мыс достижим. Диагональная конъюгата = 10,5см.

**Вопросы:**

1. Диагноз?
2. Тактика ведения?
3. Чему равна истинная конъюгата (*conjugata vera*) в данном случае?
4. Чему равна нормальная частота сердечных сокращений плода и какими способами она оценивается?
5. Как можно было профилактировать данное осложнение? Показана ли была дородовая госпитализация?

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №42**

1. Срочные роды 1 в 39 недель. Второй период родов. Дородовое излитие околоплодных вод. Анатомически узкий таз II степени (простой плоский таз). Клинически узкий таз. Острая гипоксия плода, декомпенсация.
2. Экстренное кесарево сечение, готовность к оказанию реанимационных мероприятий новорожденному.
3. 8 см по наружным размерам таза (наружная конъюгата 17см минус константа 9 см); 8,5 см по диагональной конъюгате (диагональная конъюгата 10,5см минус константа 2 см при индексе Соловьева 16 и более)
4. Нормальная ЧСС плода находится в пределах 110-160 ударов в минуту, она переменчива, сердечные тоны ясные и ритмичные. Оценивается аускультативно (акушерский стетоскоп) или при проведении кардиомониторного исследования.

5. Пациентке с анатомически узким тазом II степени показана дородовая госпитализация в 39 недель для планового родоразрешения путем кесарева сечения.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №43**

В женскую консультацию обратилась пациентка для подтверждения беременности. Жалоб нет. В анамнезе нерегулярные менструации с задержками до 46-50 дней. Данная беременность первая, непланируемая, наступила через 14 месяцев после отмены контрацепции. Срок беременности по дате последней менструации 9 недель. Данные внутреннего акушерского осмотра: шейка матки визуально не изменена, матка увеличена до 7 недель беременности, безболезненная, область придатков с обеих сторон без особенностей. Выделения слизистые. Проведено УЗИ органов малого таза: в полости матки плодное яйцо, эмбрион соответствует 7 неделям беременности, сердечные тоны плода не определяются. Желтое тело в правом яичнике 8×8 мм без локусов кровотока.

#### **Вопросы:**

1. Диагноз?
2. Тактика ведения?
3. Возможные причины данной ситуации?
4. Возможные осложнения?
5. Реабилитация пациентки?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №43**

1. Беременность 9 недель неразвивающаяся (замершая). Нарушение менструального цикла по типу олигоменореи в анамнезе.
2. Госпитализация в гинекологическое отделение. Цель госпитализации – медикаментозное прерывание беременности - медикаментозный аборт с применением мифепристона и последующим назначением мизопростола.
3. Нарушение менструального цикла, по-видимому, с недостаточностью прогестерона, отсутствие подготовки к беременности, отсутствие гестагеновой поддержки во время беременности.
4. Кровотечение, неполный аборт, озноб, температура, инфекционные осложнения, аллергические реакции.

5. Контроль опорожнения матки, УЗИ полости матки после первой менструации, курс реабилитации матки – противовоспалительная, физиотерапия. Поиск причин неразвивающейся беременности. Планирование беременности и предгравидарная подготовка.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №44**

Пациентка 30 лет обратилась в женскую консультацию для подтверждения беременности. Последняя менструация 12 недель назад, тест на наличие в моче ХГЧ положительный. Беременность не планировалась. Жалобы на гомогенные обильные выделения с неприятным запахом из половых путей в течение 6 месяцев. В анамнезе беременностей не было. При осмотре: слизистая влагалища без воспалительных явлений, на стенках влагалища обильные гомогенные густые выделения беловато-серого цвета, рН = 5,5. В мазке на степень чистоты влагалища единичные лейкоциты, плоский эпителий пластами, ключевые клетки более 20%.

#### **Вопросы:**

1. Диагноз?
2. Тактика ведения пациентки?
3. Какие акушерские осложнения возможны для беременности при наличии данной патологии
4. Нормальные показатели рН влагалища при беременности?
5. Дифференциальная диагностика?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №44**

1. Беременность 12 недель. Бактериальный вагиноз.
2. Обследование в рамках клинического протокола «Нормальная беременность»

#### **Терапия БВ:**

- Метронидазол 500 мг × 2 раза в сутки в течение 7 дней peros;
- Восстановление рН влагалища препаратами молочной или аскорбиновой кислоты (вагинальный путь введения);
- Нормализация микрофлоры влагалища с помощью лактобацилл (вагинальный путь введения).

3. При отсутствии терапии пациентка относится в группу риска Преждевременных родов.
4. В норме pH влагалища во время и вне беременности менее 4,5
5. Другие урогенитальные заболевания, обусловленные патогенными микроорганизмами ( N. Gonorrhoeae, T. Vaginalis, C. Trachomatis, M. Genitalium); Условно-патогенными микроорганизмами (грибами рода Candida);

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №45**

Пациентка 40 лет с жалобами на постоянные боли внизу живота тянущего характера в течение года, предменструальных скудных кровянистых выделений в виде «мазни» в течение 4-х дней, болезненные половые контакты. При регулярной половой жизни без использования средств контрацепции, беременность отсутствует в течение 5 лет, не обследовалась. При осмотре: слизистая влагалища и шейки матки без воспалительных изменений, pH –метрия влагалища = 4,5, матка шаровидная, увеличена до 6 недель, безболезненная при пальпации, область придатков без особенностей.

#### **Вопросы:**

1. Предполагаемый диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Необходимые обследования для подтверждения диагноза?
4. Лечение?
5. Реабилитация?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №45**

1. Аденомиоз, хроническая тазовая боль, первичное бесплодие.
2. Миома матки, хронический эндометрит, внутриматочная патология (гиперплазия эндометрия)
3. УЗИ органов малого таза вагинальным датчиком, МРТ матки, гистероскопия (исключение внутриматочной патологии), использование визуальной аналоговой шкалы боли для характеристики выраженности шкалы боли.

4. После верификации диагноза – монотерапия прогестагенами в непрерывном режиме не менее 6 месяцев для атрофии железистого эпителия и децидуализации стромального компонента.
5. Консультация медицинского психолога для оценки психо-эмоционального состояния, использование техник релаксации, имбилдинга, гимнастики в воде, медицинский массаж, акупунктура.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №46**

В приемный покой родильного дома поступила роженица 30 лет с регулярной родовой деятельностью в течение 4-х часов, околоплодные воды не изливались. Срок беременности 40 недель. ОЖ – 88 см, ВДМ – 32 см, положение плода продольное, головка над входом в малый таз. Жалобы на головную боль распирающего характера, АД 160/95, 155/100 мм рт ст., Матка вне схваток расслабляется, безболезненная, патологических выделений из половых путей нет.

#### **Вопросы:**

1. Диагноз?
2. Акушерская тактика?
3. Дифференциальная диагностика?
4. Какое обследование необходимо?
5. Особенности ведения послеродового периода у данной пациентки?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ 46**

1. Срочные роды 1 в 40 недель. Первый период родов. Тяжелая преэклампсия. Задержка внутриутробного роста плода.
2. – венозный доступ;
  - в ведение сульфата магния 25% 16 мл в течение 16 минут, далее продолжить терапию со скоростью 1-2 грамма сухого вещества в час;
  - антигипертензивная терапия – табл. Допегит 250 мг внутрь;
  - вагинальный осмотр и взятие крови, мочи для проведения лабораторного исследования – в условиях операционной;
  - аускультация плода;
  - экстренное родоразрешение путем кесарева сечения
3. Хроническая артериальная гипертензия, гестационная гипертензия, синдром «белого халата».

4. Общий анализ мочи (потеря белка), клинический анализ крови, биохимические показатели (белок, сахар, билирубин общий, прямой, АЛТ, АСТ, креатинин, мочевины), коагулограмма, общеклиническое обследование перед абдоминальным родоразрешением.
5. Продолжить терапию преэклампсии в послеродовом периоде, введение раствора сернокислой магнезии 25% в течение суток, антигипертензивная терапия, при выписке – передать для патронажа на дому в женскую консультацию, консультация терапевта.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №47**

Первобеременная 32 года, поступила в родильный дом в 32 недели 3 дня с жалобами на головную боль, заложенность в ушах, резкое уменьшение количества выделяемой мочи в течение последних суток (менее 500 мл). АД при поступлении 150/90, 150/100 мм рт ст. Со слов пациентки, повышение АД было в течение последних 7 дней, к врачу не обращалась. По результатам проведенного скрининга 1 триместра, пациентка имеет риск развития преэклампсии до 34-х недель 1:80. Живот увеличен за счет беременной матки, ОЖ 80, ВДМ 28см, положение плода продольное, головка над входом в малый таз. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные 150 уд/мин. Околоплодные воды не изливались.

#### **Вопросы:**

1. Диагноз?
2. Акушерская тактика?
3. Какое дополнительное обследование показано?
4. Дифференциальная диагностика?
5. Профилактика преэклампсии во время беременности?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №47**

1. Беременность 32 недели 3 дня. Тяжелая преэклампсия. Задержка роста плода.
2. – венозный доступ;
  - в ведение сульфата магния 25% 16 мл в течение 16 минут, далее продолжить терапию со скоростью 1-2 грамма сухого вещества в час;
  - антигипертензивная терапия – табл. Допегит 250 мг внутрь;
  - госпитализация в ПИТ;

- аускультация плода, КТГ, УЗИ матки, оценка маточно-плацентарного кровотока;
  - проведение профилактики РДС плода дексаметазоном;
  - экстренное родоразрешение путем КС.
3. ОАМ, контроль суточного диуреза, РАК, биохимический анализ крови, коагулограмма, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства беременной, УЗИ плода, доплерометрия, КТГ.
4. Хроническая артериальная гипертензия; гестационная артериальная гипертензия; HELLP-синдром.
5. Ацетилсалициловая кислота 150 мг вечером ежедневно с 13 по 36 неделю беременности.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 48**

Беременная 22 лет, доставлена в родильный дом. Срок беременности 36 недель, родовой деятельности нет. Жалобы на боли в эпигастрии и правом подреберье, тошнота. АД 150/100, 160/110 мм рт ст, белок в разовой порции мочи 5грамм, ЛДГ (лактатдегидрогеназа) 700 ме/л, АЛТ - 100, АСТ – 400, тромбоцитопения до 60. Матка в нормальном тонусе, положение плода продольное, предлежит головка, сердечные тоны плода ясные ритмичные 155 уд в минуту.

#### **Вопросы:**

1. Диагноз?
2. Тактика ведения?
3. Как изменится терапии при анурии в данной клинической ситуации?
4. Выбор метода анестезии у данной пациентки?
5. Дифференциальная диагностика?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ № 48**

1. Беременность 36 недель. Тяжелая преэклампсия. HELLP-синдром.
2. Базовая терапия преэклампсии.  
Лечение и родоразрешение в учреждении 3 уровня или вызов АРКЦ «на себя».  
Оперативное родоразрешение при общей анестезии.

Лечение внутрисосудистого гемолиза (Гидрокарбонат натрия 4%-200 мл + кристаллоиды 60 мл/кг + стимуляция диуреза салуретиками)

Коррекция коагулопатии (тромбомасса + СЗП 30 мл/кг + криопреципитат 1 доза на 10 кг веса пациентки + рекомбинантный активированный фактор VII 90 мкг/кг)

3. Отмена введения сернокислой магнезии и инфузионной терапии, почечная заместительная терапия (гемофильтрация, гемодиализ)
4. Оперативное родоразрешение при общей анестезии. Низкий уровень тромбоцитов – противопоказание для региональной анестезии.
5. Холангит, гепатит, панкреатит, язва желудка, острая жировая дистрофия печени.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №49**

В раннем послеродовом периоде (15 минут после рождения последа) из половых путей единовременно выделилось при проведении массажа матки 400 мл крови, кровотечение продолжается. Матка мягкая, на 4 см ниже пупка. Роды в 40 недель 4 дня, вес новорожденного 4400 гр. В анамнезе у пациентки 1 медицинский аборт, 1 неразвивающаяся беременность в сроке 9 недель.

#### **Вопросы:**

1. Диагноз?
2. Акушерская тактика?
3. Возможные причины данного осложнения?
4. Перечислить причины кровотечений в раннем послеродовом периоде
5. Реабилитация?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №49**

1. Ранний послеродовой период после срочных родов первых в 40 недель 4 дня. Крупный плод. Гипотоническое кровотечение. Отягощенный акушерский анамнез.
2. Окситоцин 10ЕД + раствор хлорида натрия 0,9% 1000 мл в/в; транексамовая кислота 1000 мг в/в; ручное обследование полости матки под внутривенной анестезией для исключения остатков плацентарной ткани; при неэффективности мероприятий – баллонная тампонада матки; инфузионная терапия при наличии показаний; при

неэффективности мероприятий – лапаротомия под общей анестезией, наложение компрессионных швов на матку, инфузионно-трансфузионная терапия, коррекция гемостаза.

3. Крупный плод и отягощенный акушерский анамнез.
4. Травма, Ткань (остатки плацентарной ткани в матке), Тонус (гипотония, атония матки, Тромб (патология гемостаза)
5. Объем реабилитационных мероприятий зависит от объема мероприятий, необходимых для остановки кровотечения.

Профилактика анемии (контроль гемоглобина, ферритина) лечение анемии – препаратами железа.

Профилактика послеродовых гнойно-септических заболеваний.

Контрацепция в период лактации.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №50**

В женскую консультацию обратилась пациентка 38 лет с жалобами на обильные менструации в течение последнего года (с необходимостью смены прокладок каждые 3 часа). Менструации через 25 дней по 6 дней. Отмечает снижение работоспособности, ломкость ногтей, сухость кожи, выпадение волос. Контрацепция – презерватив. В анамнезе 1 роды. Планирует беременность через 1 год.

#### **Вопросы:**

1. Диагноз?
2. План обследования?
3. Показания для биопсии эндометрия?
4. Лечение?
5. Выбор метода контрацепции в данной ситуации?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №50**

1. Хронические аномальные маточные кровотечения по типу обильных менструальных кровотечений. Хроническая ЖДА?
2. Проведение физикального исследования по стандартным принципам пропедевтики.

Исключение беременности.

Клинический анализ крови, ферритин, ТТГ (есть клинические маркеры гипотиреоза), цитологическое исследование микропрепарата шейки

- матки, УЗИ органов малого таза, МРТ органов малого таза(при необходимости верификации сочетанной патологии эндо- и миометрия), биопсия эндометрия, при указании на очаговую патологию – биопсию проводить под гистероскопическим контролем.
3. Биопсия эндометрия – при повторяющихся межменструальных кровотечениях, в возрасте старше 45 лет или более молодом при наличии факторов риска.
  4. Транексамовая кислота в дозе 3г в сутки в течение 4-х дней, НПВС, терапия препаратами железа при анемии, ВМС-ЛНГ (Мирена) при незаинтересованности в беременности, КОК у пациентки, нуждающейся в контрацепции; при АМК и органической патологии – лечение согласно Клиническим рекомендациям соответствующей патологии.
  5. Комбинированные оральные контрацептивы или спираль ВМС-ЛНГ (Мирена)

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 51**

Пациентка 55 лет с жалобами на выраженную сухость во влагалище, зуд и жжение, дискомфорт при мочеиспускании, невозможность половых контактов из-за сухости слизистой влагалища, ночные мочеиспускания до 3-х раз. Менопауза в 50 лет. В анамнезе 2 родов. Гинекологические заболевания отрицает. Соматически здорова. При осмотре слизистая НПО и влагалища бледная, сухая, рН 6,0, шейка матки без видимой патологии.

#### **Вопросы:**

1. Диагноз?
2. План обследование?
3. Дифференциальная диагностика?
4. Терапия?
5. Реабилитация, оценка эффективности терапии?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ 51**

1. Постменопауза 5 лет. Генитоуринарный менопаузальный синдром (ГУМС). Вульвовагинальная атрофия. Никтурия.
2. Исследование влагалищного отделяемого на бактериальный вагиноз.

Культуральное исследование влагалищного отделяемого на анаэробные и факультативно-аэробные микроорганизмы.

Цитология микропрепара шейки матки.

ПЦР ВПЧ шейки матки.

УЗИ органов малого таза.

Маммография.

Общий анализ мочи.

3. Воспалительные заболевания влагалища. Бактериальный вагиноз. Воспалительные заболевания мочевыделительной системы. Предраковые и фоновые заболевания вульвы и влагалища.
4. Эстриол вагинально ежедневно 0,5-0,03 мг в виде монотерапии 4 недели, по мере исчезновения симптомов переход на 1-2 раза в неделю длительно.  
Комбинация лиофилизированных лактобактерий + 0,2мг эстриола + 2,0мг прогестерона (Триоженаль).
5. Оценка эффективности через 1-2 месяца, далее через 6 месяцев в течение 1 года, далее 1 раз в год.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №52**

Пациентка 32 года, жалобы на постоянные тянущие боли внизу живота, усиливающиеся во время менструации, болезненные менструации, темные мажущие выделения из половых путей за 3 дня до менструации и 3 дня после менструации. Половая жизнь отсутствует. При осмотре: слизистая наружных половых органов, влагалища и шейки матки без видимой патологии, матка увеличена до 6 недель, шаровидная, плотная, чувствительная при пальпации. Придатки с обеих сторон без особенностей. Своды свободные.

#### **Вопросы:**

1. Диагноз?
2. Дополнительные методы обследования?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Лечение?
5. Мониторинг качества лечения?

## ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №52

1. Аденомиоз (внутренний эндометриоз, эндометриоз матки)
2. УЗИ органов малого таза вагинальным датчиком, лапароскопия (верификация заболевания, исключение наружного эндометриоза, при наличии – определение степени распространенности процесса), гистероскопия (исключение внутриматочной патологии), использование визуальной аналоговой шкалы боли для характеристики выраженности шкалы боли.
3. Миома матки, беременность, хронический эндометрит, внутриматочная патология, фоновые и предраковые заболевания шейки матки.
4. После верификации диагноза – монотерапия прогестагенами в непрерывном режиме не менее 6 месяцев для атрофии железистого эпителия и децидуализации стромального компонента.
5. Диспансерное наблюдение на фоне терапии каждые 6 месяцев, УЗИ органов малого таза

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №53

Пациентка 49 лет с жалобами на постоянное чувство тяжести в нижних отделах живота. Менструации регулярные по 5 дней через 28 дней, обильные. В анамнезе 2 родов. В течение 5 лет имеет диагноз «миома матки», терапию не получала. Последний прием гинеколога 11 месяцев назад – диагностировано увеличение матки до 6 недель, по УЗИ миоматозный узел 4 типа (FIGO)/. Соматически здорова. При осмотре: слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, тело матки увеличено до 12 недель, плотное, бугристое. Придатки с обеих сторон без особенностей. Своды свободные. Выделения светлые.

### Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Дополнительные методы диагностики?
3. С какими заболеваниями проводить дифференциальную диагностику?
4. Лечение?
5. Показания для оперативного лечения миомы матки?

## ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ 53

1. Интрамуральная миома матки, быстрорастущая.

2. УЗИ малого таза, общеклиническое обследование, цитологическое исследование мазка шейки матки на атипичные клетки, биопсия эндометрия.
3. Аденомиоз, саркома, вторичные изменения в узле в результате нарушения кровообращения (отек, некроз, гиалиноз)
4. Хирургическое лечение в плановом порядке в первую фазу менструального цикла в объеме гистерэктомия без придатков.
5. Аномальные маточные кровотечения; хроническая тазовая боль, снижающая качество жизни; сдавление смежных органов; размеры миомы более 12 недель; быстрый рост опухоли (более чем на 4 недели в течение 1 года); подслизистое расположение узла; шеечное, перешеечное расположение узла; нарушение кровообращения в узле.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №54**

В гинекологический стационар доставлена пациентка с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, кровотечение из половых путей, головокружение. Осмотр: состояние средней тяжести, обусловлено кровопотерей, кожа и слизистые бледные, АД 110/60 мм рт ст, пульс 100 уд/мин. Гинекологический осмотр: во влагалище образование белесоватого цвета, 7см в диаметре, с ножкой, уходящей в полость матки. Обильные кровянистые выделения из полости матки. Тело матки увеличено до 5-6 недель, плотное, придатки без особенностей, своды свободные. В анализе крови гемоглобин = 76 г/л.

#### **Вопросы:**

1. Предположительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Лечение?
4. Какие методы исследования необходимо провести?
5. Реабилитация?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ № 54**

1. Миома матки с родившимся субмукозным узлом. Кровотечение. Постгеморрагическая анемия 2 степени.
2. Прервавшаяся внематочная беременность. Патология эндометрия. Рак эндометрия. Рак шейки матки.

3. Оперативное лечение в экстренном порядке. Энуклеация родившегося субмукозного узла, гистероскопия.
4. УЗИ малого таза, цитология отделяемого шейки матки, кольпоскопия, общеклинические обследования перед оперативным лечением.
5. Лечение постгеморрагической анемии препаратами железа. КОК или ВМС-ЛНГ.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 55**

Пациентка 25 лет с жалобами на задержки менструаций до 3-х месяцев начиная с менархе, рост жестких волос на коже белой линии живота и вокруг сосков, акне на коже лица, груди, спины. Рост 165, вес 65. Половая жизнь нерегулярная. Контрацепцией не пользуется, беременностей в анамнезе не было. Последняя менструация началась 45 дней назад. Тест ХГЧ отрицательный. УЗИ малого таза: матка нормальных размеров и формы, толщина эндометрия 4мм, яичники увеличены до 11 см кубических, в каждом яичнике до 20 фолликулов размерами 3-5мм.

#### **Вопросы:**

1. Диагноз?
2. Тактика ведения пациентки на данном этапе?
3. Дополнительное обследование?
4. Лечение?
5. Тактика при планировании беременности?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №55**

1. Синдром поликистозных яичников, классический фенотип (А)
2. Назначение монофазного КОК на 1 цикл для получения менструальноподобной реакции, необходимой для проведения исследования половых гормонов (оцениваются на 2-4 день от начала менструации).
3. Уровень свободного тестостерона, ФСГ, ЛГ, пролактин, ТТГ, глюкоза, оральная тест-толерантность глюкозы с 75гр. сухого вещества, гликированный гемоглобин.
4. При незаинтересованности в беременности – монофазные КОК согласно критериям приемлемости ВОЗ. Данной пациентке рекомендован КОК с антиандрогенным эффектом.

5. Отмена контрацепции, стимуляция овуляции, гестагеновая поддержка с ранних сроков беременности.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №56**

Пациентка 28 лет с жалобами на отсутствие беременности в течение 2-х лет при регулярной половой жизни без использования контрацепции. Менструации регулярные по 5 дней через 28 дней, умеренные, безболезненные. В анамнезе: острый двусторонний аднексит специфической этиологии (гонорея) в 20 лет, проходила стационарное лечение. Осмотрена: слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, матка нормальных размеров и формы, безболезненная при пальпации. С обеих сторон в области придатков выраженная «тяжистость», маточные трубы пальпируются в едином конгломерате с яичниками. Выделения слизистые.

#### **Вопросы:**

1. Диагноз предположительный?
2. Необходимое обследование?
3. Рекомендации половому партнеру?
4. Планирование беременности при данном генезе бесплодия?
5. Что, в данном случае, послужило причиной развившейся патологии?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №56**

1. Женское бесплодие трубного происхождения.
2. Исследование уровня прогестерона на 7-й день после предполагаемой овуляции (исключить ановуляторный генез бесплодия). УЗИ органов малого таза (исключить маточный генез бесплодия). Биопсия эндометрия (исключить патологию эндометрия). Гормоны крови 2-4 день от начала менструации ( АМГ, ФСГ, ЛГ, Пролактин, ТТГ). Цитологическое исследование мазка шейки матки. Обследование на исключение ИППП. Диагностическая лапароскопия, гистероскопия, хромосальпингоскопия.
3. Направление мужа к андрологу-репродуктологу (спермограмма) для исключения мужского фактора бесплодия.
4. Направление в Центр ВРТ к врачу-репродуктологу для выбора программы вспомогательной репродуктивной технологии.

5. Перенесенный острый аднексит гонорейной этиологии.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №57**

В родильный дом поступила беременная по направлению врача женской консультации на родовую госпитализацию с дихориальной диамниотической двойней. Срок беременности 37 недель 4 дня. Жалоб не предъявляет. При осмотре: Живот увеличен за счет беременной матки, ОЖ 100, ВДМ 42, матка в нормальном тонусе, положение плодов продольное, предлежит тазовый конец первого плода. Сердечные тоны плодов: 1-го плода справа выше пупка 144 уд/мин, 2-го плода слева выше пупка 134 уд/мин. Тоны ясные, ритмичные. В клиническом анализе крови беременной гемоглобин = 97 г/л.

#### **Вопросы:**

1. Диагноз?
2. Тактика родоразрешения?
3. Сроки родоразрешения при многоплодной беременности двойней?
4. Показания к родоразрешению путем кесарева сечения при многоплодной беременности?
5. Ведение раннего послеродового периода после влагалищных родов двойней?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ № 57**

1. Беременность 37 недель 4 дня. Дихориальная диамниотическая двойня. Тазовое предлежание первого плода. Анемия беременной 1 степени.
2. Плановое кесарево сечение в 37-38 недель. Показание: неголовное предлежание первого плода.
3. При неосложненной беременности монохориальной двойней родоразрешение в 36-37 недель. При неосложненной беременности дихориальной двойней родоразрешение в 37-38 недель.
4. Моноамниотические двойни. Неголовное предлежание первого плода. Три и более плодов.
5. Продленная индукция окситоцина 2,5 ЕД/ч в течение 2-х часов. Осмотр родовых путей, восстановление целостности при наличии

разрывов. Контроль тонуса матки, выделений, пульса, артериального давления, жалоб роженицы.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №58**

На вторые сутки после вагинальных срочных родов у роженицы жалобы: общее недомогание, температура тела 38°C градусов, боли внизу живота, кровянистые лохии с неприятным, зловонным запахом. Матка на 2 см ниже пупка, болезненная при пальпации. В родах проводилось родоусиление окситоцином по поводу первичной слабости родовой деятельности. Общая продолжительность родов 19 часов. При осмотре: Матка мягкая, болезненная, внутренний зев проходим для пальца, лохии кровянистые, зловонные.

#### **Вопросы:**

1. Предположительный диагноз?
2. Дополнительные методы исследования?
3. Лечение?
4. Показано ли в данном случае прекращение лактации?
5. Показания для проведения антибактериальной терапии в акушерстве?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ № 58**

1. Поздний послеродовой период 2-е сутки после срочных родов. Первичная слабость родовой деятельности. Родоусиление окситоцитом. Послеродовой эндометрит.
2. Клинический анализ крови. Биохимический анализ крови: белок, сахар, билирубин, мочевины, креатинин, АЛТ, АСТ. Биохимические маркеры септических заболеваний: СРБ, прокальцитонин. Бак. посев отделяемого из матки, бак. посев крови. УЗИ малого таза (полость матки, исключение остатков плацентарной ткани).
3. Перевод в отделение гинекологии. Антибактериальная терапия эмпирически до результатов бак. посевов. Окситоцин 5 ЕД × 2 раза в сутки. Симптоматическая терапия.
4. Лактация сохраняется и поддерживается.
5. Основание: наличие инфекционного процесса. Схема: лечебная. Лихорадка в родах и послеродовом периоде; хориоамнионит; ДИОВ +

недоношенная беременность; патогенные микроорганизмы в половых путях.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 59**

В раннем послеродовом периоде, через 10 минут после рождения последа, из половых путей появились кровянистые выделения, в течение 5 минут кровопотеря составила 1500 мл. Матка мягкая, припальпации кратковременно приходит в тонус, быстро расслабляется. Родильница бледная, АД 90/50, 80/50 мм рт ст, пульс 100 уд/мин. Общая кровопотеря в родах 1900 мл. Общая продолжительность родов 3 часа 30 минут.

#### **Вопросы:**

1. Диагноз?
2. Акушерская тактика?
3. Причины кровотечений в раннем послеродовом периоде?
4. Фармакологические методы для сокращения матки?
5. Примерный объем инфузионно-трансфузионной терапии, который должен быть выполнен в данной ситуации?

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №59**

1. Ранний послеродовой период после срочных быстрых родов. Гипотоническое кровотечение. Массивное послеродовое кровотечение.
2. Позвать на помощь врача анестезиолога-реаниматолога и второго врача акушера-гинеколога. Поставить в известность зав.отделением, поставить пациентку на учет в АРКЦ. Транспортировка в операционную, дальнейшее лечение в развернутой операционной. Транспортировка – не прекращая инфузии, мониторинга и ингаляции кислорода. Проверить проходимость дыхательных путей, подключить кислород через лицевую маску. Положение Тренделенбурга. Установить второй венозный катетер. Анализ крови клинический, АЧТВ, фибриноген, ПТИ. Включить систему обогрева пациентки. Заказать препараты крови(эритроцитарной массы, плазмы, тромбомассы). Коррекция гемостаза: криопреципитат, свежемороженая плазма, рекомбинантный активированный фактор VII.

3. Травма, Тромб (патология гемостаза), Тонус (гипотония или атония матки), Ткань (остатки плацентарной ткани в матке)
4. Окситоцин 10ЕД (максимальная суточная доза при массивном акушерском кровотечении 60ЕД). Карбетоцин (Пабал) – агонист окситоцина длительного действия (1 доза = 100мкг). Мизопростол 1000 мкг ректально.
5. Плазмалит или NaCl 0,9% - 2000 мл  
Гелофузин 1500 мл  
СЗП 1000 мл  
Криопреципитат 10 доз  
Эритроцитарная масса – при снижении гемоглобина ниже 70 г/л  
Тромбомасса – при снижении тромбоцитов ниже 50 000

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №60**

Повторнобеременная 38 лет с наличием в анамнезе двух абортов, предстоят третьи роды. Размеры таза 26-28-31-21 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 146 уд/мин. В родах 18 часов, безводный промежуток 6 часов. Схватки через 3 минуты по 40 секунд, болезненные. Симптом Вастена положительный. Контракционное кольцо на 1 см ниже пупка. Нижний сегмент болезненный при пальпации. Вагинально: раскрытие маточного зева полное, головка плотно прижата ко входу в малый таз, лицевая линия в правом косом размере, подбородок сзади у крестца, лоб кпереди у лога. Мыс не достигим.

#### **Вопросы:**

1. Диагноз?
2. Причина сложившейся акушерской ситуации?
3. Тактика врача в сложившейся ситуации?
4. Развитие каких осложнений возможно в данной ситуации?
5. Где проводится реабилитация родильниц после оперативных вмешательств и беременных высокой группы риска?

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №60

1. Срочные роды третьи. Второй период родов. Задний вид лицевого предлежания. Клинически узкий таз. Угрожающий разрыв матки. Отягощенный акушерский анамнез.
2. Предлежание плода – задний вид лицевого предлежания, является причиной клинического несоответствия в родах.
3. Наркоз, экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения.
4. Разрыв матки, интранатальная гибель плода, геморрагический и болевой шок, смерть роженицы.
5. В условиях женской консультации и участковой поликлиники.

---

Типография КрасГМУ  
Подписано в печать 14.11.2022. Заказ № 20033

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