

Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

Кафедра терапии ИПО

Терапия

сборник ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к
сертификационному экзамену врачей курсантов, обучающихся по
специальности
040122 – Терапия

Красноярск
2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

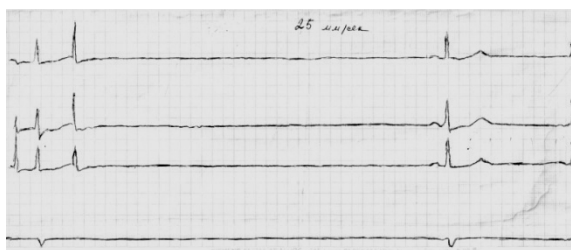
Введение	3
1. Раздел 1. «Болезни сердечно-сосудистой системы»	
1.1. Тема «Методы диагностики в кардиологии»	
1.2. Тема «Ишемическая болезнь сердца»	
1.3. Тема «Гипертоническая болезнь и симптоматические гипертонии»	
1.4. Тема «Синдром вегетативной дисфункции»	
1.5. Тема «Инфекционный эндокардит»	
1.6. Тема «Сердечная недостаточность»	
1.7. Тема «Нарушения ритма сердца и проводимости: тахикардии»	
1.8. Тема «Нарушения ритма сердца и проводимости: брадикардии»	
1.9. Тема «Нарушения ритма сердца и проводимости: сложные нарушения ритма»	
2. Раздел 2. «Болезни органов дыхания»	
2.1. Тема «Пневмония»	
2.2. Тема «ХОБЛ»	
2.3. Тема «Бронхиальная астма»	
2.4. Тема «Нагноительные заболевания легких»	
2.5. Тема «Интерстициальные заболевания легких»	
2.6. Тема «Дыхательная недостаточность»	
2.7. Тема «Хроническое легочное сердце»	
3. Раздел 3. «Болезни органов пищеварения»	
3.1. Тема «Хронические гастриты»	
3.2. Тема «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки»	
3.3. Тема «Заболевания желчевыделительной системы»	
3.4. Тема «Хронические гепатиты»	
3.5. Тема «Циррозы печени»	
3.6. Тема «Хронические панкреатиты»	
3.7. Тема «Хронические воспалительные заболевания кишечника»	
4. Раздел 4. «Ревматические болезни»	
4.1. Тема 4.1. «Диффузные заболевания соединительной ткани»	
4.2. Тема 4.2. «Системные васкулиты»	
5. Раздел 5. «Болезни почек»	
5.1. Тема «Гломерулонефриты»	
5.2. Тема «Хроническая почечная недостаточность»	

5.3. Тема «Пиелонефрит»	
6. Раздел 6. «Эндокринные заболевания»	
6.1. Тема «Сахарный диабет»	
6.2. Тема «Болезни щитовидной железы»	
7. Раздел 7. «Болезни органов кроветворения»	
7.1. Тема «Анемии»	
7.2. Тема «Гемобластозы»	
8. Эталоны ответов к ситуационным задачам	
Раздел 1. «Болезни сердечно-сосудистой системы»	
Раздел 2. «Болезни органов дыхания»	
Раздел 3. «Болезни органов пищеварения»	
Раздел 4. «Ревматические болезни»	
Раздел 5. «Болезни почек»	
Раздел 6. «Эндокринные заболевания»	
Раздел 7. «Болезни органов кроветворения»	

Раздел 1. «Болезни сердечно-сосудистой системы».

Тема 1.1.: «Методы диагностики в кардиологии».

Задача 1.1.1.



Мужчина 37 лет жалуется на периодически возникающие головокружения. Приступы головокружений обычно провоцируются интенсивной физической нагрузкой. Пациент в течение длительного времени занимался профессиональным спортом (лёгкой атлетикой). В течение последних 7 лет завершил карьеру профессионального спорта, в настоящее время работает тренером. Физически активен. За неделю до своего обращения в клинику занимался обычным утренним бегом и на короткое время потерял сознание, что и заставило его обратиться к медикам. При объективном осмотре какой либо явной патологии выявить не удалось. Границы сердца в норме, ЧСС – 62 в 1 мин, тоны ясные, ритмичные, АД 120/80 мм рт. ст. Проведена проба с в/в введением атропина, проба отрицательная. Проведён тест с медикаментозной вегетативной блокадой – тест отрицательный. На ВЭМ – толерантность к физической нагрузке высокая, данных за ишемию миокарда не выявлено, ЧСС учащалась адекватно уровню физической нагрузки. При ЧПСП при навязывании частого ритма появилось раннее АВ блокирование («точка Венкебаха» при частоте навязывания 100 имп/мин), ВВФСУ – 6600 мсек – рис.

1. Ваш диагноз.
2. Что, по Вашему мнению, явилось причиной развития патологии синусового узла?
3. Есть ли показания к имплантации ЭКС?
4. Какой тип ЭКС предпочтительнее в данном клиническом случае и почему?
5. Укажите верхние границы нормы для ВВФСУ.

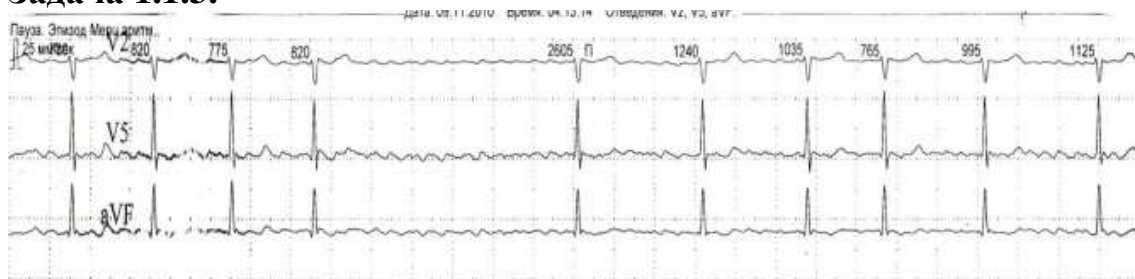
Задача 1.1.2.



В клинику обратился мужчина 57 лет с жалобами на периодически возникающие боли за грудиной сжимающего характера. Боли имели продолжительность до 10 – 15 мин и не прослеживалось их чёткой связи с физической нагрузкой. Нитраты также не оказывали существенного влияния на боль и вызывали «приливы» к голове и интенсивные головные боли. В связи с этим пациент старался не принимать эти препараты. На ЭКГ, сделанной при поступлении – фиксировалась полная блокада левой ножки пучка гиса (ПБЛНПГ), что делало ЭКГ – диагностику ишемии миокарда весьма затруднительной. Проведена ЭхоКС: полости сердца нормальных размеров. Нет признаков гипертрофии и дискинезии стенок левого желудочка. При проведении коронароангиографии – признаков значимой обструкции коронарных артерий не было выявлено. Общий холестерин, липопротеиды низкой и высокой пролтности, а также триглицериды были в пределах нормы. При проведении ЧПСЛП удалось на короткое время «убрать» признаки ПБЛНПГ в отведениях *dorsalis* и *inferior* в отведениях по НЭБУ, что позволило диагностировать ишемию миокарда.

1. Ваш диагноз.
2. Какой из проведённых диагностических тестов оказался наиболее информативным?
3. Укажите основные показания к проведению ЧПСЛП.
4. Укажите основные противопоказания к проведению ЧПСЛП.
5. Укажите критерии ишемии миокарда по данным ЧПСЛП.

Задача 1.1.3.

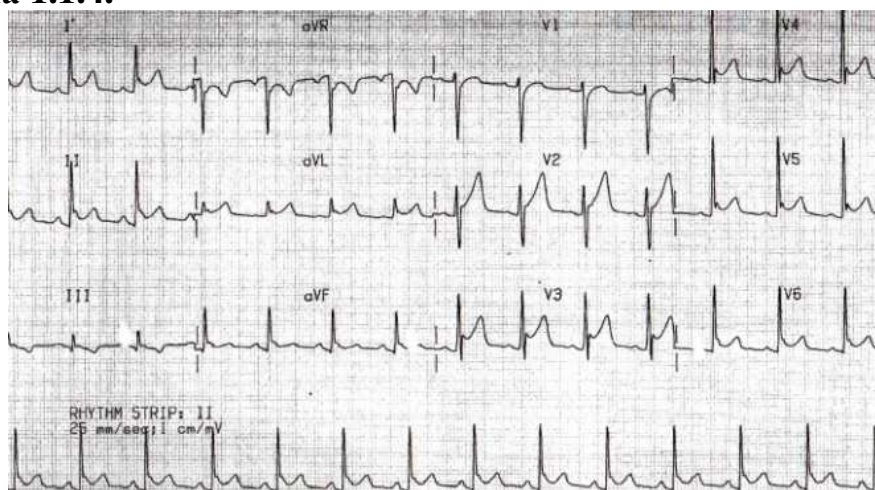


Женщина 32 лет обратилась в клинику с жалобами на головокружение и эпизод потери сознания. Из анамнеза: головокружения появились год назад, за 3 дня до обращения в клинику был зафиксирован эпизод потери сознания. Три года назад у пациентки при случайном обследовании была выявлена нормосистолическая форма фибрилляции предсердий. В этот период она никаких жалоб не предъявляла и от дальнейшего обследования отказалась. При проведении суточного амбулаторного (холтеровского) ЭКГ – мониторингирования была зафиксирована следующая картина – рис.

1. Что вы увидели на отрезке ЭКГ при проведении суточного амбулаторного (холтеровского) ЭКГ – мониторингирования?

2. С чем связаны, по Вашему мнению, эпизоды головокружения и эпизод потери сознания у нашей пациентки?
3. Необходимы ли в рассматриваемом клиническом случае абляция АВ соединения и имплантация ЭКС?
4. Какой тип ЭКС предпочтительнее в рассматриваемом случае?
5. Перечислите какой категории больных необходимо проведение суточного амбулаторного (холтеровского) мониторингирования.

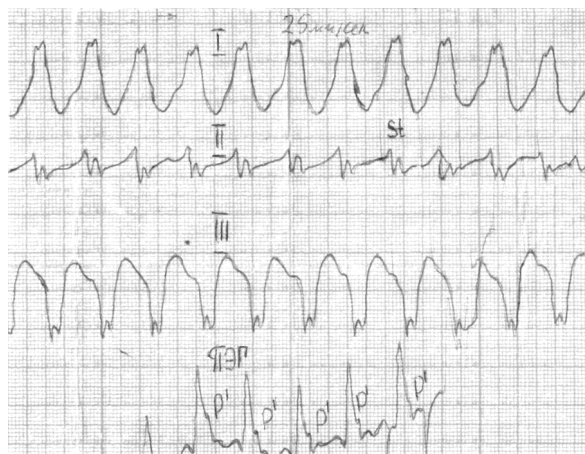
Задача 1.1.4.



Мужчина в возрасте 23 лет жалуется на боли за грудиной, почти постоянного характера, резко усиливающиеся при изменении положения тела. Боли не снимаются от приёма нитратов под язык, ослабевают лишь после инъекций анальгетиков. Больному снята ЭКГ (см. рис.)

1. Ваш диагноз.
2. Укажите ЭКГ – признаки острого перикардита.
3. По каким ЭКГ – признакам можно провести дифференциальный диагноз инфаркта миокарда и острого перикардита?
4. Укажите ЭКГ – признаки тампонады сердца.
5. Перечислите эхокардиоскопические признаки тампонады сердца.

Задача 1.1.5.

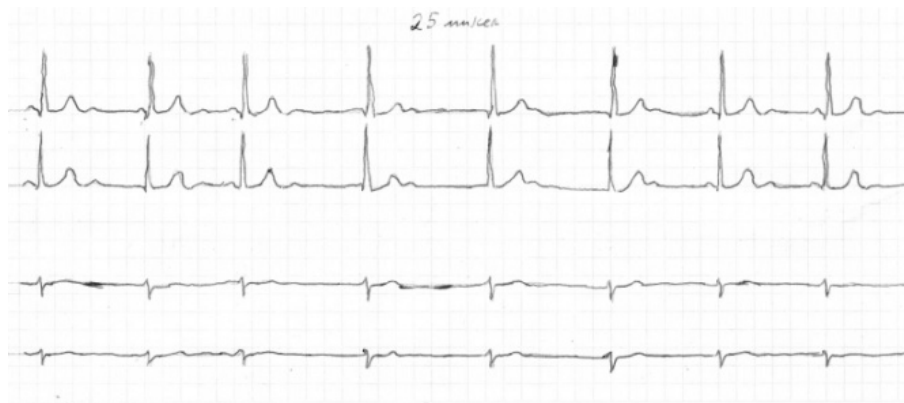


Пациент 28 лет жалуется на сердцебиения. При объективном осмотре: правильного телосложения, границы сердца в норме, тоны приглушены, ритмичные, ЧСС 120 в 1 мин. Шумы не выслушиваются. АД – 120/80 мм рт. ст. Больному была сделана обычная ЭКГ – первые 3 отведения ЭКГ на рис. Комплексы QRS деформированы, уширены, зубцы Р не определялись. Первоначальный диагноз – желудочковая пароксизмальная тахикардия (ПТ). Однако у клиницистов появились сомнения в диагнозе и при повторном приступе тахикардии – вновь была сделана ЭКГ с дополнительным пищеводным отведением – рис.

1. Ваш диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Назовите основные дифференциально-диагностические отличия суправентрикулярной ПТ от желудочковой.
4. Какова методика проведения пищеводной ЭКГ?
5. Перечислите преимущества пищеводного отведения ЭКГ от обычного.

Задача 1.1.6.

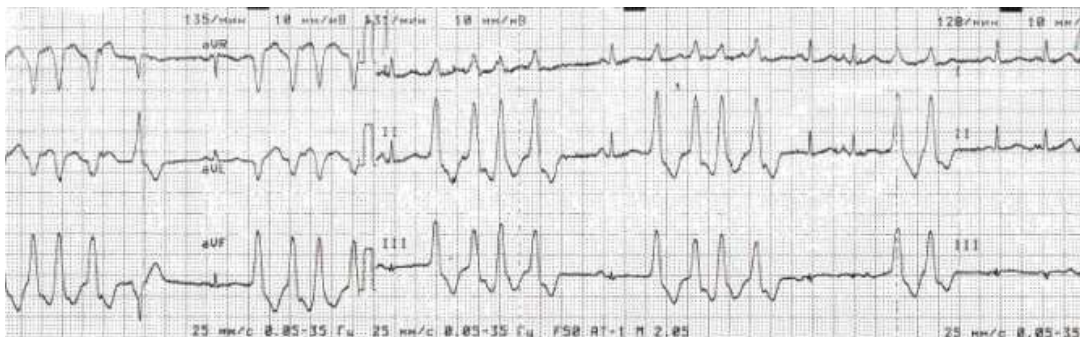
Пациент, 36 лет, жалоб не предъявляет. При объективном осмотре: тоны сердца аритмичные, ЧСС 43 в мин, АД 120/80 мм рт. ст., признаков ХСН нет. При проведении пробы с атропином, максимальное учащение ритма – 95 в мин, проба отрицательная. ЭКГ – см. рис.



1. Ваш диагноз.
2. С чем связаны изменения на ЭКГ?
3. Нужен ли пациенту ЭКС?
4. Какие обследования необходимо сделать больному для выявления причин гиперваготонии?
5. Какие препараты можно использовать для коррекции имеющихся у пациента нарушений сердечного ритма и внутрисердечной проводимости?

Задача 1.1.7.

Пациентка 72 лет жалуется на перебои в работе сердца, одышку при физической нагрузке (реже в покое), боли за грудиной сжимающего и давящего характера, возникающие при незначительной физической нагрузке (ходьба на расстоянии 100 метров, подъём по лестнице на 2 – ой этаж). Кроме того, больная отмечает отёчность голеней к концу дня. Из анамнеза: перенесла 2 инфаркта миокарда, гипертоническая болезнь в течение 20 лет, сахарный диабет II типа в течение 10 лет. Сахарный диабет компенсирован, принимает таблетированные сахароснижающие препараты. На обычной ЭКГ – частая желудочковая экстрасистолия. На ЭКГ, сделанной при проведении суточного ЭКГ – мониторинга – частая, групповая, залповая желудочковая экстрасистолия, «пробежки» ЖТ – см. рис.



1. Ваш диагноз.
2. Нужна ли пациентке коронароангиография?
3. Перечислите показания к экстренной коронароангиографии и в какие сроки она выполняется?
4. Перечислите показания и укажите сроки выполнения неотложной коронароангиографии.
5. Перечислите показания к выполнению плановой коронароангиографии.

Задача 1.1.8.

Пациент 38 лет длительное время страдает гипертоническим синдромом. В анамнезе какое то заболевание почек. Гипертонический синдром отличается стойкостью и резистентностью к гипотензивной

терапии. Субъективно больной почти не чувствует повышения АД. Объективно на момент осмотра: нормального телосложения, удовлетворительного питания. Уже перкуторно отмечается расширение границы сердца влево: левая граница сердца определяется на 1,0 см кнаружи от срединно-ключичной линии. ЧСС – 90 в минуту, пульс ритмичный, АД – 180/110 мм рт. ст. По ЭхоКС: значительная гипертрофия межжелудочковой перегородки – 16 мм, задней стенки левого желудочка – 15 мм, полость левого желудочка увеличена. По результатам суточного мониторирования АД (СМАД) – цифры систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) в дневное и ночное время почти не различаются (суточный индекс менее 0%), класс «Night peaker».

1. У больного больше данных за гипертоническую болезнь или за симптоматическую артериальную гипертензию?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести пациенту для уточнения генеза артериальной гипертензии?
3. Какие гипотензивные препараты можно применять у пациента?
4. Если у пациента скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин, требуется ли коррекция дозы некоторых гипотензивных препаратов?
5. Приведите показания к проведению СМАД.

Задача 1.1.9.

Пациент 34 лет, наркоман. За 3 недели до настоящей госпитализации почувствовал «потрясающие» ознобы с повышением температуры тела до 39 градусов С. Через 1 сут присоединились сильнейшие боли в поясничной области и макрогематурия. Пациент скорой медицинской помощью был доставлен в специализированную урологическую клинику с подозрением на мочекаменную болезнь, осложнённую почечной коликой. При своём первичном осмотре хирург – уролог исключил мочекаменную болезнь и несмотря на высокую лихорадку, в госпитализации больному было отказано. Всё это время больной находился дома, продолжал лихорадить не получая никаких антибактериальных препаратов. За сутки до настоящей госпитализации у больного внезапно появились боли в грудной клетке, кашель и кровохарканье. С подозрением на острую внебольничную пневмонию с деструкцией больной был доставлен в клинику. Состояние при поступлении было расценено как крайне тяжёлое. Имела место выраженная одышка с частотой дыхательных движений (ЧДД) до 28 в мин в состоянии покоя. Определялось притупление перкуторного звука в нижних отделах правого и левого лёгкого. В крови – умеренный лейкоцитоз (10000) с палочкоядерным сдвигом (8%), ускоренным СОЭ (до 50 мм в час), анемией (гемоглобин – 108 г/л). В моче: протеинурия – белка 300 мг/л, эритроцитурия – эритроцитов 10 – 12 в поле зрения,

лейкоцитурия – лейкоцитов 8 – 10 в поле зрения. На рентгенографии органов грудной клетки – картина полисегментарной пневмонии справа и слева с очагами распада. На трансторакальной ЭхоКС, сделанной через 1 сут после поступления пациента в стационар выявлена недостаточность трикуспидального клапана с выраженной регургитацией, однако вегетаций не было выявлено. На следующий день проведена доплеровская ЭхоКС с пищеводным датчиком – выявлены 3 вегетации (максимальная размером до 15 мм) на створках трикуспидального клапана.

1. Ваш диагноз.
2. В какие сроки делать забор крови для посева?
3. Какие антибактериальные препараты необходимо вводить больному немедленно (ещё до получения результатов посева крови)?
4. Есть ли у пациента показания к немедленному хирургическому вмешательству на клапанном аппарате?
5. Назовите основные показания для чреспищеводной ЭхоКГ.

Задача 1.1.10.

Больной 71 года поступил в клинику с жалобами на фебрильную температуру с ознобами и проливными потами в ночное время, похудание на 7 кг за время болезни, выраженную слабость. За 3 недели до начала заболевания амбулаторно проведено удаление кариозного зуба. В течение 7 дней после удаления сохранялось воспаление десны в области удалённого зуба. Спустя 5 дней после экстракции зуба развился озноб с повышением температуры тела до 39 °С. Первоначально подозревался грипп, но, несмотря на лечение, сохранялась температура 38-39 °С с ознобами и проливными потами. Пациент был направлен на обследование в кардиологическое отделение.

Из анамнеза выяснено, что с 20 летнего возраста у пациента диагностируется ХРБС, митральный стеноз. Спустя 35 лет развился первый пароксизм фибрилляции предсердий, а в последующем - постоянная форма фибрилляции предсердий. С того же времени повторяются эпизоды тромбоэмболий с тромбэктомиями (из артерий правой и левой голени) за 2 года до настоящей госпитализации перенёс операцию – резекция части тонкой кишки по поводу тромбоза брыжеечной артерии.

При поступлении состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, чистые. Пульс 102 в минуту, аритмичный, удовлетворительного наполнения. Над сердцем выслушивалась мелодия митрального стеноза, систолический шум на верхушке, проводящийся в левую подмышечную область, протодиастолический шум по левому краю грудины. АД 115/80 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Температура тела в день госпитализации и в последующие дни – 39 °С.

Заподозрен вторичный подострый ИЭ, произведено 5 посевов крови на стерильность. Анализ крови в день госпитализации: Нб – 123 г/л, Эр. $4,0 \times 10^{12}/л$, л. $9,2 \times 10^9/л$, п. 11%, с. – 72%, лимф – 11%, мон. – 6%, СОЭ 46 мм/ч. Биохимические показатели сыворотки крови нормальные, анализ мочи без патологии. ЦИК – 200ед., IgA- 2,1 г/л, IgM – 1,03 г/л, IgG – 6,4 г/л. ЭКГ: фибрилляция предсердий, постоянная форма, блокада правой ножки пучка Гиса, признаки коронарной недостаточности. ЭхоКГ: выраженный митральный стеноз, площадь атриовентрикулярного отверстия 1,9 см², кальциноз створок, митральная регургитация III степени. На створках митрального клапана дополнительные грубо вибрирующие эхо – структуры, размером 5-6 мм. в левом предсердии – пристеночный тромб. Уплотнение створок аортального клапана, аортальная регургитация II степени. Ультразвуковое исследование селезёнки: увеличена в размерах – 12,2×6,2 см без очаговых изменений. Во всех 5 посевах крови получен рост *E. faecalis* (энтерококка, чувствительного к ампициллину, малочувствительного к пенициллину и нечувствительного к остальным антибиотикам).

1. Выделите ведущие синдромы и симптомы заболевания.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Укажите первичные ворота инфекции.
4. Укажите антибактериальные препараты предпочтительные в представленном клиническом случае.
5. Показано ли больному немедленное хирургическое вмешательство?

Тема 1.2.: «Ишемическая болезнь сердца».

Задача 1.2.1.

Пациент 64 лет предъявляет жалобы на боли за грудиной сжимающего и давящего характера. Боли возникают при быстрой ходьбе (темп два такта в секунду) по ровной местности на расстоянии 200-300 метров, при подъеме по лестнице более чем на два пролета. Нитроглицерин в виде таблеток под язык купирует боли в течение 3 – 4 минут. Указанные жалобы появились около 1 года назад. ЧСС – 78 в мин, АД – 130/85 мм рт.ст.

1. Ваш диагноз?
2. Какие методы обследования назначите больному?
3. Препараты каких групп вы назначите пациенту?
4. Оправданно ли назначение статинов?
5. Целесообразно ли немедленно направление больного на коронарографию?

Задача 1.2.2.

Больной Н., 58 лет при поступлении в кардиологическое отделение предъявлял жалобы на жгучие боли за грудиной с иррадиацией в левую лопатку при ходьбе на 100-200 м, подъеме на 1 этаж лестницы, одышку при ходьбе. Боли купируются в покое или после приема нитроглицерина в течение 1-2 минут. Загрудинные боли беспокоят в течение 8 лет. Три года назад перенес крупноочаговый инфаркт миокарда. Ухудшение отмечает в течение 2 месяцев, когда приступы стенокардии стали более интенсивными и возникали при меньшей физической нагрузке, а также в состоянии покоя. Постоянно принимает аспирин, бисопролол, кардикет, аторвастатин, эналаприл. Объективно: Состояние относительно удовлетворительное. Положение активное. Повышенного питания. Пастозность голеней и стоп. Над легкими перкуторно-легочный звук. Аускультативно - дыхание везикулярное. Границы относительной тупости сердца: левая - на 1,5 см кнаружи от левой средне-ключичной линии, правая - по правому краю грудины, верхняя - на уровне III ребра. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 150/100 мм рт.ст. Частота сердечных сокращений - 80 в минуту. Живот безболезненный. Печень - по краю реберной дуги.

Анализ крови и мочи - без патологии, за исключением нарушенных показателей липидного обмена: общий холестерин - 6,0 ммоль/л, ХСЛПНП - 2,8 ммоль/л.

Электрокардиограмма: Ритм синусовый. Горизонтальное положение электрической оси сердца. Патологический зубец Q в отведениях II, III, AVF. R в V5-V6 > R в V4.

Результаты проведения велоэргометрии: при нагрузке мощностью 75 Вт у больного возник приступ стенокардии. На электрокардиограмме зарегистрировано косонисходящее снижение сегмента ST на 2 мм в отведениях V2-V4.

Эхокардиография: аорта уплотнена, толщина межжелудочковой перегородки - 1,1 см, толщина задней стенки левого желудочка - 1,1, левый желудочек: конечный диастолический размер - 5,8 см, конечный систолический размер - 5,0 см, правый желудочек - 2,3 см, левое предсердие - 3,8 см, фракция выброса - 42%. Определяются зоны гипокинезии в области задней стенки левого желудочка.

1. Ваша интерпретация электрокардиограммы.
2. О чем свидетельствует показатель фракции выброса по ЭхоКГ 42%?
3. Сформулируйте диагноз.
4. Оцените адекватность получаемой терапии.
5. Показана ли данному больному коронарография?

Задача 1.2.3.

Больная Д., 53 лет при поступлении в кардиологическое отделение предъявляет жалобы на жгучие боли за грудиной длительностью 10-15

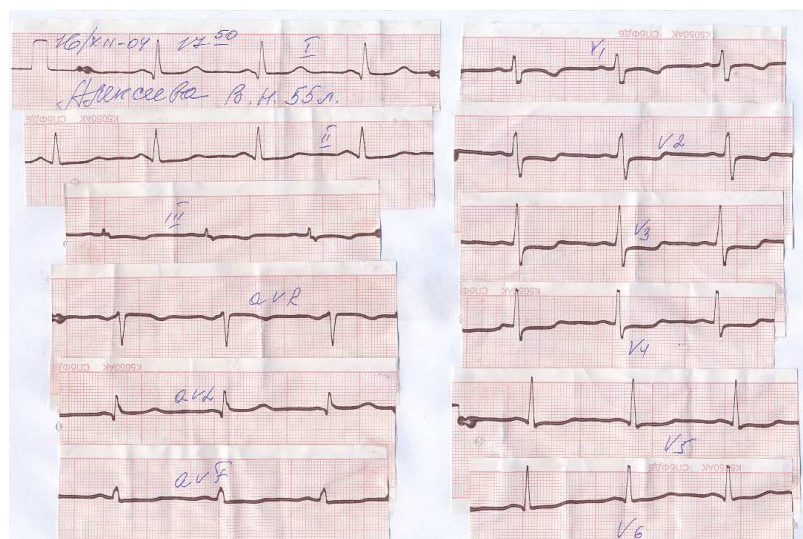
минут, возникающие чаще ночью, в предутренние часы. Больна в течение года. Физическую нагрузку переносит хорошо. При возникновении загрудинных болей нитроглицерин не эффективен. Объективно: Состояние относительно удовлетворительное. Положение активное. Нормостеник. Отеков нет. Над легкими перкуторно - легочный звук. Аускультативно – дыхание везикулярное. Границы относительной тупости сердца: левая – по левой средне-ключичной линии, правая – по правому краю грудины, верхняя – на уровне III ребра. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 125/75 мм рт.ст. Частота сердечных сокращений - 78 в минуту. Живот безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9-8-7 см. Анализы крови и мочи – без патологии.

Электрокардиограмма: ритм синусовый. Угол альфа +40, PQ-0,24 с, QRS-0,10с. Холтеровское мониторирование электрокардиограммы: в ночное время было зарегистрировано кратковременное (в течение 10 минут) смещение вверх от изоэлектрической линии сегмента ST, куполообразно сливающегося с зубцом Т в отведениях V1-V4. Велоэргометрическая проба: больная достигла субмаксимальной частоты сердечных сокращений при нагрузке мощностью 150 Вт. Изменений на ЭКГ зарегистрировано не было. Эхокардиография: аорта не изменена, левое предсердие-3,0см, левый желудочек: конечный диастолический размер - 4,5см, конечный систолический размер – 3,8см, правый желудочек – 2,2см, фракция выброса 65%.

1. Оцените данные ЭКГ, ЭхоКГ, ВЭМ.
2. О чем свидетельствует холтеровское мониторирование?
3. Назовите ведущий патогенетический механизм данного заболевания.
4. Сформулируйте диагноз.
5. Какая группа препаратов является ведущей при лечении? Какая группа лекарств, применяемых при стенокардии, противопоказана больному?

Задача 1.2.4.

Б-ная А., 59 лет, длительно страдающая гипертонией (до 160/100 мм рт.ст.), впервые ощутила сжимающие загрудинные боли в покое длительностью около 1 часа. Вызвала скорую помощь, боль купирована внутривенным введением морфина, доставлена в приемное отделение. При поступлении – ЧСС 80 в мин, АД – 140/90 мм рт.ст. ЭКГ представлена на рисунке.



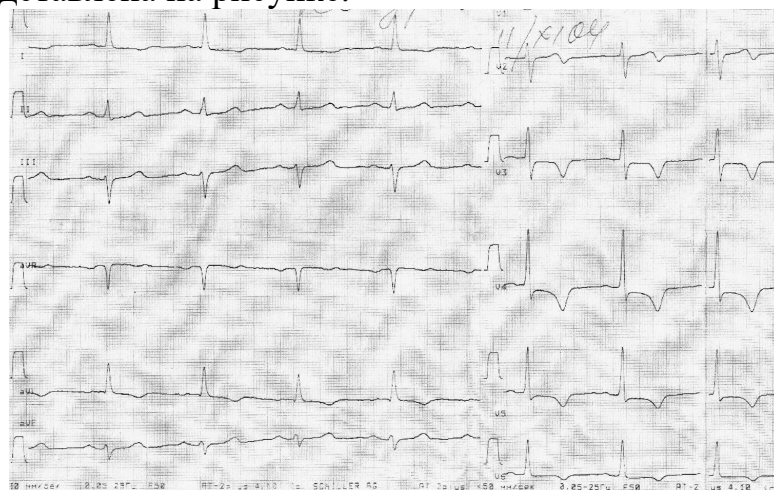
1. Сформулируйте диагноз?
2. Какие важнейшие биохимические показатели следует определить у больной?
3. Препараты каких групп вы назначите пациентке?
4. Показана ли экстренная коронарография?
5. Показан ли данной больной тромболизис?

Задача 1.2.5.

У больного 60 лет в течение 2 лет отмечаются загрудинные боли утром при ходьбе, быстро проходящие при остановке или приеме нитроглицерина. Регулярно не лечился. Курит по 10 сигарет в день. 2 часа назад развились интенсивные боли за грудиной, не полностью купировавшиеся нитроглицерином. Попутным транспортом доставлен в приемное отделение. В анамнезе – язвенная болезнь ДПК, последнее обострение – 10 лет назад.

Объективно: рост - 170 см, масса тела - 80 кг, АД - 120/80 мм рт. ст. Пульс - 80 в минуту, ритмичный. Во время осмотра усилились загрудинные боли, потребовавшие применения морфина.

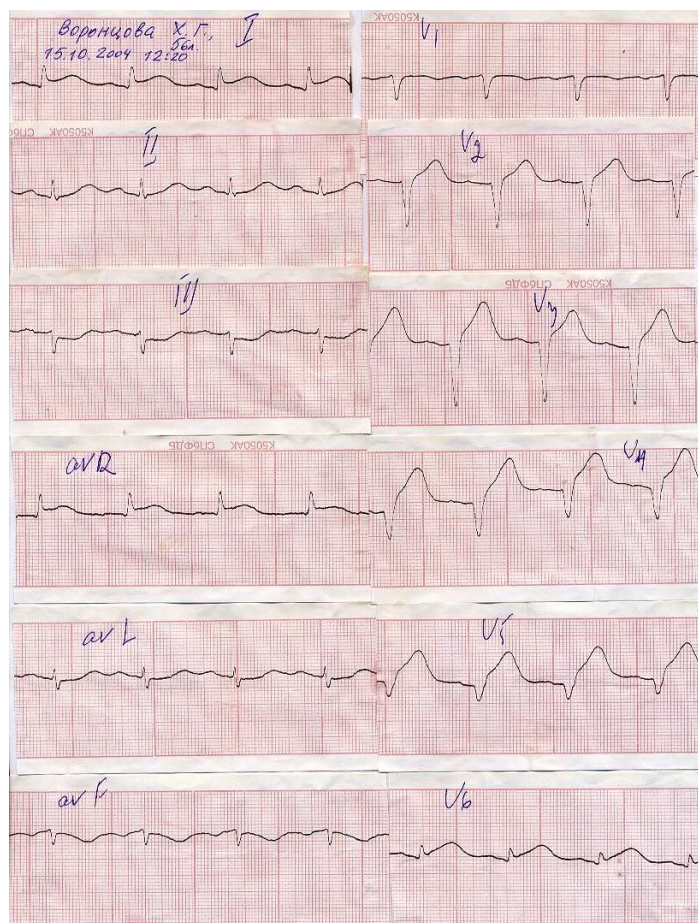
ЭКГ представлена на рисунке.



1. Сформулируйте диагноз.
2. Позволяет ли ЭКГ картина дифференцировать нестабильную стенокардию от острого инфаркта миокарда?
3. Какие биохимические показатели следует исследовать у больного для исключения (подтверждения) острого инфаркта миокарда?
4. Назначьте медикаментозную терапию (с указанием пути введения и дозировки).
5. Является ли язвенная болезнь в анамнезе противопоказанием для антикоагулянтов у данного больного?

Задача 1.2.6.

У больной 56 лет с 6-месячным анамнезом сжимающих болей в области сердца при физической нагрузке средней интенсивности, 2 недели назад боли стали возникать при небольшой нагрузке. В день поступления болевой приступ развился в покое, во время работы на даче, за 3,5 часа до поступления. Не купировался нитроглицерином, сопровождался холодным потом, слабостью. Больная госпитализирована попутным транспортом. Из сопутствующих заболеваний – гипертоническая болезнь (до 170/105 мм рт.ст.), язвенная болезнь ДПК. Кровотечений не было. Объективно при поступлении – ЧДД – 16 в мин, в легких хрипов нет. ЧСС – 80 в мин, АД – 155/100 мм рт.ст. Тропонин Т на момент поступления (качественный метод) – отрицателен. ЭКГ представлена на рисунке.



1. Поставьте наиболее вероятный диагноз? Определите локализацию поражения.
2. О чем может свидетельствовать отрицательный тропониновый тест при поступлении?
3. Что предшествовало данному заболеванию?
4. Является ли больная кандидатом для тромболизиса?
5. В случае наличия возможности беспрепятственной доставки в лабораторию чрескожных коронарных вмешательств чему отдать предпочтение у данной больной?

Задача 1.2.7.

Больной 45 лет, гипертоник, доставлен в отделение кардиореанимации по поводу острого трансмурального переднеперегородочного инфаркта миокарда. Через 1 час после поступления в стационар появилась внезапная интенсивная загрудинная боль, вскоре присоединилась одышка до 32 в минуту, снижение АД со 160/100 до 100/70 мм рт. ст., тахикардия до 120 уд/мин. В нижних отделах легких появились влажные хрипы, в 3-4-м межреберье по левому краю грудины – пальпаторно симптом «кошачьего мурлыканья», аускультативно – интенсивный систолический шум в сочетании с ритмом галопа.

1. Какое осложнение наиболее вероятно развилось у больного?

2. Какой неинвазивный метод обследования с наибольшей точностью подтвердит диагноз?
3. При подтверждении диагноза куда следует немедленно перевести больного?
4. Препараты каких групп следует добавить к общепринятой терапии перед и во время транспортировки?
5. Каков прогноз?

Задача 1.2.8.

Из стационара выписался больной 49 лет с острым инфарктом миокарда, передней и боковой стенки. Через 45 дней после развития ОИМ появились длительные, многочасовые боли в грудной клетке по передней поверхности умеренной интенсивности, субфебрильная температура, шум трения перикарда, увеличение СОЭ, эозинофилия до 11%. Динамика изменений ЭКГ при этом без особенностей.

1. Какое наиболее вероятное осложнение развилось у больного?
2. Какие инструментальные методы исследования следует назначить пациенту?
3. Какова тактика ведения?
4. Нуждается ли больной в усилении антиангинальной терапии?
5. Каков прогноз развившегося осложнения?

Задача 1.2.9.

Больной 57 лет, доставлен СМП по поводу интенсивных болей в груди через 2 часа после дебюта болевого синдрома, продолжавшегося более 1 часа. Боли давящие, сжимающие, загрудинные, иррадиирующие в шею, челюсть, левое плечо, не успокаивающиеся в сидячем положении и после приема нитроглицерина, не связаны с дыханием. В течение 10 лет отмечает повышение АД до 190/110 мм рт. ст. 2 года назад перенес субарахноидальное кровоизлияние.

Объективно: ЧД - 20 в минуту, в легких хрипов нет. Пульс - 80 в минуту, ритмичный. АД - 150/90 мм рт. ст. В остальном без особенностей. По ЭКГ – ритм синусовый, R в V5-V6 > R в V4, зубец Q шириной до 0,04 сек и подъем сегмента ST в II, III, aVF отведениях до 3 мм, депрессия сегмента ST в отведениях I, aVL, V2-V4. Врачом скорой помощи введены морфин в/м, нефракционированный гепарин 10 000 Ед в/в, лидокаин 400 мг в/м, верапамил 0,25% - 2 мл в/в, даны внутрь аспирин 250 мг (разжевать), клопидогрел 300 мг, метопролол 50 мг.

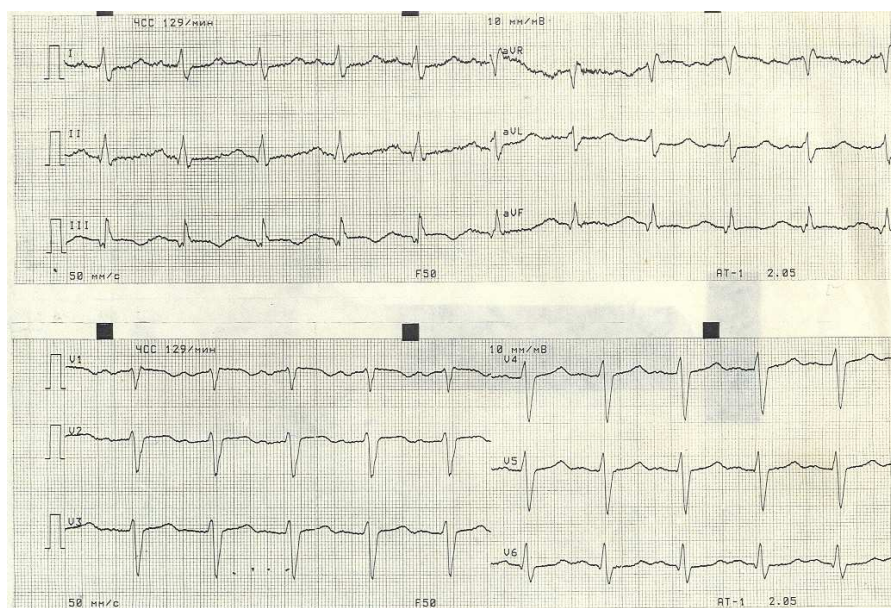
1. Ваш диагноз?
2. Оцените проведенные лечебные мероприятия на догоспитальном этапе.
3. Имеются ли показания для тромболиза? Противопоказания?
4. Подходит ли больной для экстренного проведения чрескожного коронарного вмешательства?

5. Какова рекомендуемая продолжительность двойной антитромбоцитарной терапии у данного больного?

Задача 1.2.10.

Больная Л., 54 лет, доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение с подозрением на острый нижний Q-инфаркт миокарда с жалобами на умеренные боли по передней поверхности грудной клетки, одышку в покое, общую слабость. Указанные жалобы появились внезапно около 2 часов назад. 2 недели назад выписалась из гинекологического отделения после оперативного лечения по поводу миомы матки. Ранее болей в грудной клетке никогда не было.

На момент осмотра – состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. ЧДД – 28 в мин. Аускультативно в легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС – 129 в мин, ритм правильный. АД – 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. Тропониновый тест – отрицательный. ЭКГ представлена на рисунке.



1. Согласны ли вы с выставленным врачом скорой помощи диагнозом «острый инфаркт миокарда»?
2. О каком ином диагнозе следует подумать в первую очередь?
3. Какой важнейший неинвазивный метод способен подтвердить диагноз?
4. О чем свидетельствует в данном случае патологический Q в III, aVF отведениях в сочетании с глубокими S в I, V1-V6 отведениях и (-) T в отведениях III, aVF?
5. Показан ли данной больной тромболизис?

Тема 1.3. «Гипертоническая болезнь и симптоматические гипертензии».

Задача 1.3.1.

В приемно-диагностическое отделение обратилась женщина 44 лет с жалобами на интенсивные головные боли, головокружения, мелькание «мушек» перед глазами. Периодически имеют место головокружения. Из анамнеза известно, что подъем АД имеют место в течение 8 лет с максимальными цифрами 220/110 мм рт. ст. Детально не обследовалась. Гипотензивную терапию (ингибиторы АПФ, мочегонные препараты) принимает нерегулярно. Однако, при приеме гипотензивных препаратов более или менее регулярно, АД хорошо снижается. Объективно на момент осмотра АД – 200/110 мм рт.ст., пульс – 78, ритмичный. По ЭКГ – ритм синусовый, горизонтальное положение электрической оси, сумма зубцов R в V5 + S в V1 составляет 42 мм. Известно также, что у больной имеет место наследственная отягощенность по гипертонической болезни (этим заболеванием страдает отец больной).

1. Ваш диагноз?
2. О чем свидетельствует показатель суммы зубцов R в V5 + S в V1 42 мм?
3. Каковы неотложные мероприятия.
4. Какие методы обследования следует провести больной?
5. Назначьте плановую гипотензивную терапию. Каков целевой уровень снижения АД у данной пациентки?

Задача 1.3.2.

На прием к терапевту обратилась женщина 41 года (рост – 168 см, масса тела – 74 кг) с жалобами на постоянно повышенные цифры АД (180/120, 170/115 мм рт. ст.). Больная не чувствует повышение АД. Повышенное АД плохо поддается гипотензивной терапии. Из анамнеза известно, что в течение 8 лет у пациентки в моче находят повышенное содержание белка и эритроцитурию. Специально поэтому поводу нигде не обследовалась. АД 170/110 мм рт. ст., пульс – 72 в мин, ритмичный. Определяется небольшая отечность под глазами. В исследованиях мочи – небольшая протеинурия (суточная потеря белка не более 1,0 грамма), небольшая эритроцитурия (в поле зрения в среднем 6 – 8 эритроцитов). По ЭКГ – признаки гипертрофии левого желудочка со вторичными изменениями процессов реполяризации. По эхокардиоскопии выраженная гипертрофия левого желудочка, умеренная дилатация левого предсердия, нарушение диастолической функции левого желудочка. Развернутый анализ крови без особенностей, креатинин сыворотки – 78 мкмоль/л, глюкоза плазмы – 4,4 ммоль/л, суточный диурез не более 1,5 литров.

1. Ваш диагноз?

2. Рассчитайте клиренс креатинина по формуле Кокрофта-Гаулта. Какой стадии ХБП это соответствует?
3. Какие дополнительные методы обследования следует провести больной?
4. Какую плановую терапию вы назначите данной пациентке?
5. Каков целевой уровень снижения АД?

Задача 1.3.3.

Больная 46 лет обратилась к терапевту с жалобами на появившиеся 3 месяца назад приступы головных болей, сопровождающихся тошнотой, иногда рвотой, сердцебиением, дрожью во всем теле.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Тоны громкие, ритмичные, акцент II тона над аортой. Пульс - 90 в минуту. Печень не увеличена, отеков нет. АД - 210/115 мм рт. ст. (между приступами АД - 130/80 мм рт. ст.).

1. К какому варианту гипертонического криза (осложненный, неосложненный) относится данный случай?
2. Возможная причина артериальной гипертензии?
3. Какие методы обследования позволят подтвердить (исключить) данное заболевание?
4. Ваши неотложные мероприятия?
5. Какова дальнейшая тактика ведения больной?

Задача 1.3.4.

Больной Г., 18 лет, направлен в стационар на дообследование по линии военкомата с жалобами на частые головные боли, одышку при подъеме на 4-5 этаж. Уровень АД на обеих руках 180/110 мм рт.ст. Пульс – 78 в мин, ритмичный. Пульсация на артериях нижних конечностей снижена. Грубый систолический шум в прекардиальной и межлопаточной области. ЭКГ – ритм синусовый, гипертрофия левого желудочка со вторичными изменениями процессов реполяризации. Рентгенография грудной клетки – аортальная конфигурация сердца, узуры на нижнем крае ребер.

1. Какова наиболее вероятная причина повышения АД у больного?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какие методы обследования следует провести больному для подтверждения диагноза?
4. Какова дальнейшая тактика ведения больного?
5. Чем грозит пациенту отказ от медицинской помощи?

Задача 1.3.5.

Больная М, 38 лет, была направлена на стационарное лечение по поводу недавно выявленной нелеченной артериальной гипертензии. При поступлении: жалобы на головную боль, мышечную слабость,

парестезии в конечностях, постоянную жажду. В анамнезе: хронические запоры, острый пиелонефрит 4 года назад.

Объективно: масса тела – 58 кг, рост – 168 см. Состояние относительно удовлетворительное. Периферических отеков нет. Над легкими перкуторно - ясный легочный звук. Аускультативно - дыхание везикулярное. Частота дыханий - 18 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, редкие экстрасистолы. АД лежа – 165/105 мм рт.ст., стоя – 150/100 мм рт.ст. Пульс 78 в минуту. Живот безболезнен. Диурез – 3 литра в сутки.

Общий анализ крови и мочи – без патологии, за исключением низкого удельного веса мочи – 1004.

Биохимический анализ крови: натрий – 166 ммоль/л, калий – 2,7 ммоль/л, креатинин – 80 мкмоль/л, мочева кислота – 230 ммоль/л, белок – 69 г/л, содержание ренина – 2,5 нг/мл ($N - 3,35 \pm 0,25$ нг/мл).

На электрокардиограмме: ритм синусовый. Единичные преждевременные сокращения в виде появляющихся комплексов PQRS с неизменным QRS и неполной компенсаторной паузой. $RI + SIII = 30$ мм, $R V5, V6 = 28$ мм, $S V1 = 12$ мм. $R V6 > R V5 > R V4$. Определяется сглаженность зубца Т и появление волны U.

Лечащий врач назначил больной терапию: бисопролол 5 мгсут, гипотиазид 12,5 мгсут.

1. Какова наиболее вероятная причина артериальной гипертензии?
2. Какие дополнительные исследования показаны для уточнения диагноза?
3. Ваша интерпретация электрокардиограммы.
4. Оцените назначенное лечение.
5. Ваши рекомендации по лечению.

Задача 1.3.6.

Женщина 30 лет обратилась с жалобами на интенсивные продолжительные головные боли. Ранее за медицинской помощью не обращалась. Самостоятельно принимала анальгетики. Наследственность не отягощена.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Нормостеник. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Отеков нет. В легких перкуторно – ясный легочный звук. Аускультативно - дыхание везикулярное. Частота дыханий - 18 в минуту. Границы относительной тупости сердца: слева - на 1,0 см кнаружи от левой средне-ключичной линии, справа - по правому краю грудины. Тоны сердца звучные, ритмичные, акцент II тона во II межреберье справа от грудины. АД 210/100 мм рт.ст. (на правой и левой руке). Пульс 80 в минуту. Слева и справа в околопупочной области

выслушивается систолический шум. Живот мягкий, безболезненный. Анализы крови и мочи – без патологии.

Содержание ренина плазмы – 6,0 нг/мл (N=3,1-3,6). Электрокардиограмма: ритм синусовый. RV5=28мм, SV1=12мм. RV6>RV5>RV4. Для уточнения генеза артериальной гипертензии была проведена аортография с ангиографией почечных артерий. Правая и левая почечные артерии имели гофрированный вид в виде «ниток бус». Участки сужения составляли от 75 до 80%. Для коррекции АД больной были назначены ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, которые оказались неэффективны.

1. Какова причина артериальной гипертонии у больной?
2. Сформулируйте развернутый диагноз.
3. Дайте интерпретацию ЭКГ.
4. Показаны ли данной пациентке ингибиторы АПФ?
5. Каковы подходы к терапии данного заболевания?

Задача 1.3.7.

Больная 55 лет предъявляет жалобы на головные боли, мелькание мушек перед глазами, сердцебиение, чувство тревоги, плохой сон. В течение 5 лет находят повышение АД - 155/95 мм рт. ст. На момент осмотра - пульс - 80 в минуту, ритмичный, тоны ясные, дующий систолический шум на вершухе. АД – 185/110 мм рт.ст. ЭКГ - без особенностей. Толщина «интима-медиа» сонных артерий – 1,0 мм. У матери больной - гипертоническая болезнь.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования следует провести больной?
3. Каковы неотложные мероприятия.
4. Какую плановую терапию вы назначите данной пациентке?
5. Каков целевой уровень снижения АД в долгосрочном плане?

Задача 1.3.8.

Мужчина 30 лет, обратился по поводу тяжелых головных болей. Болен 5 месяцев. 2 года назад перенес травму с повреждением селезенки и левого легкого. Объективно: рост - 175 см, масса тела - 95 кг. АД - 210/100 мм рт. ст. Пульс - 80 в минуту, ритмичный. Слева в околопупочной области выслушивается систолический шум.

1. Вероятная причина артериальной гипертензии?
2. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Какие уровни ренина и альдостерона плазмы ожидаются?
4. Препараты выбора для лечения?
5. Показания к оперативному лечению?

Задача 1.3.9.

Вызов к больному 66 лет. 1 час назад начался приступ инспираторного удушья с ощущением kloкотания в груди и кашлем с выделением пенистой кровянистой мокроты. В течение 15 лет артериальная гипертензия до 210/100 мм рт. ст. 3 года назад перенес инфаркт миокарда. Нерегулярно принимает адельфан по 1 таблетке в день. Объективно: цианоз губ, акроцианоз, холодный пот. Ортопноэ, ЧД - 36 в минуту. В легких влажные крупнопузырчатые хрипы по всем полям. Тоны сердца приглушены, ритм галопа. Пульс - 110 в минуту, ритмичный, напряженный. АД - 230/140 мм рт. ст. В остальном без особенностей.

На дому начато лечение: дибазол с папаверином в/в, фуросемид 80 мг внутрь, строфантин 0.05% 0.5 мл в/в, кровопускание 200 мл, кислород из подушки. Состояние не улучшается. АД - 210/130 мм рт. ст. Пульс - 130 в минуту.

1. Сформулируйте полный диагноз.
2. Оцените проведенную терапию.
3. Наметьте Ваш план неотложной терапии.
4. Что необходимо назначить пациенту в долгосрочном плане?
5. В каком дообследовании нуждается больной?

Задача 1.3.10.

У беременной при сроке беременности 22 недели впервые в жизни начало повышаться АД до уровня 150/95 мм рт.ст. Помимо легкой отечности стоп, других жалоб нет. Белок в моче отрицательный. Наследственность отягощена по гипертонической болезни.

1. К какому типу АГ следует отнести данное повышение АД?
2. Сформулируйте полный диагноз АГ в соответствии с Российскими Клиническими Рекомендациями по диагностике и лечению артериальной гипертензии у беременных (2010 г.).
3. Можно ли данное состояние расценить как проявление преэклампсии?
4. Показана ли данной больной гипотензивная терапия?
5. Если да, что является препаратом первого ряда?

Тема 1.4.: «Синдром вегетативной дисфункции».

Задача 1.4.1.

Больная, 45 лет поступила в клинику с жалобами на приступообразную ноющую и колющую боль в области сердца, без четкой связи с нагрузкой, перебои в работе сердца, чувство неудовлетворённости вдохом. Больна в течении нескольких лет, связывает начало заболевания с психоэмоциональным перенапряжением. По ЭКГ зарегистрирована редкая предсердная экстрасистолия. Больную

пугали перебои в работе сердца, в связи с чем она резко ограничила физическую активность. Назначенные по этому поводу в клинике антиаритмические препараты оказались неэффективны. При поступлении состояние квалифицировалось как удовлетворительное: границы сердца в норме, тоны ясные, ритмичные, АД 120/80 мм рт. ст. По ЭКГ на фоне синусового ритма фиксировалась редкая предсердная экстрасистолия.

1. Назовите ведущие клинические синдромы и симптомы заболевания.
2. Сформулируйте диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо прежде всего проводить дифференциальный диагноз?
4. Укажите препараты, наиболее предпочтительные у данной больной.
5. Какой, по вашему мнению, прогноз в рассматриваемом случае?

Задача 1.4.2.

Больной 40 лет поступил в клинику с преположительным диагнозом ИБС, стенокардия. При поступлении беспокоила постоянная боль в области сердца, одышка при физической нагрузке и в покое, чувство нехватки воздуха, быстрая утомляемость, раздражительность, боязнь за своё здоровье, страх смерти. Пациент много лет руководит музыкальным ансамблем. Первые симптомы заболевания появились за 3 года до настоящей госпитализации. Им предшествовала (по мнению пациента) интенсивная работа (гастроли) и перенесённая ОРВИ. Какого – либо эффекта от приёма нитратов не отмечалось. Состояние при поступлении расценивалось как удовлетворительное. Симптомов нарушения кровообращения не отмечалось. Сердце не расширено, тоны ясные. АД 130/80 мм рт. ст. Пульс в покое 80 уд/мин, ритмичный, хорошего наполнения. По ЭКГ – ритм синусовый без каких либо патологических изменений. При ВЭМ – признаков ишемии миокарда не выявлено. Коронароангиография – без патологии.

1. Выделите ведущие синдромы и симптомы заболевания
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие препараты наиболее предпочтительны в данной клинической ситуации?
5. Какие мероприятия можно предложить больному в плане реабилитации?

Задача 1.4.3.

Больной 49 лет, в прошлом спортсмен высокого класса, амбулаторно обследован в клинике. Беспокоила давящая боль в области

сердца после физической нагрузки и в покое, длительностью 15 – 30 мин. Без явного эффекта от нитроглицерина. Указанная симптоматика стала беспокоить за 3 мес. До настоящего обследования. Она имела место после физических перегрузок. При объективном обследовании: состояние расценивалось как удовлетворительное. Сердце не расширено, тоны ясные, ритмичные, шумов и акцентов не определялось. АД – 128/90 мм рт. ст. По ЭКГ в покое – патологии не выявлялось. ВЭМ – снижения ST не выявила. Депрессии сегмента ST не было выявлено и при проведении амбулаторного ЭКГ – мониторинга.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Перечислите препараты, наиболее предпочтительные у данного пациента.
3. Какие, по Вашему мнению, были допущены упущения при обследовании пациента?
4. Как Вы считаете, необходима ли у данного пациента коронароангиография?
5. Укажите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз.

Задача 1.4.4.

Больной 39 лет поступил в клинику с жалобами на длительную ноющую и давящую боль в области сердца и за грудиной, приступообразно усиливающуюся, но без чёткого эффекта на приём нитроглицерина. По поводу этих болей вызвал скорую помощь, доставившую пациента в стационар. Из анамнеза: считает себя больным в течение 2 лет, когда появились вышеуказанные боли в области сердца, к которым вскоре присоединились чувство нехватки воздуха, чувство «внутренней дрожи». С этого же времени отмечает уменьшение толерантности к физическим нагрузкам. Тем не менее, при поступлении состояние было оценено как удовлетворительное. Больной производит впечатление человека, серьёзно опасющегося за своё здоровье (при малейших неприятных ощущениях в области сердца обязательно вызывает дежурный персонал). При обследовании: сердце не увеличено, тоны незначительно приглушены, шумов и акцентов нет. АД 125/85 мм рт. ст., пульс 80 уд/мин, ритмичный, хорошего наполнения. КФК и тропониновый тест отрицательные. По ЭКГ – без патологии.

1. Ваш диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. На основании каких признаков был снят диагноз острого инфаркта миокарда?
4. Нужна ли в данном клиническом случае коронароангиография?
5. Какие препараты можно использовать при лечении пациента?

Задача 1.4.5.

Больной 45 лет, шахтёр, поступил в клинику с жалобами на длительную ноющую боль в области сердца, периодически значительно усиливающуюся. Приём нитроглицерина не давал отчётливого эффекта. Боль сопровождалась выраженным психическим возбуждением и неадекватной физической активностью (больной «метался» по палате), страхом смерти. Из анамнеза: болен 4 года, начало заболевания связывает с внезапной смертью отца. С этого времени у больного появились вышеуказанные болезненные ощущения. Кроме того, у больного резко снизилась работоспособность, был вынужден сменить работу. Повторные исследования ЭКГ не выявили каких – либо патологических изменений. При поступлении – состояние ближе к удовлетворительному. Сердце не увеличено, тоны ясные, шумы не выслушиваются. АД 120/85 мм рт. ст., пульс 68 уд/мин, ритмичный, хорошего наполнения. Из лабораторных исследований: холестерин общий – 5,3 ммоль/л, липопротеиды низкой и высокой плотности, а также триглицериды в норме. По ЭКГ – без патологических изменений. При проведении ВЭМ на пороговой нагрузке (900 кгм/мин) выявлена косовосходящая депрессия сегмента ST глубиной менее 1 мм, продолжительностью менее 0,08 сек в отведениях V4-V6. Коронароангиография не выявила патологических изменений.

1. Ваш диагноз.
2. Почему результаты пробы с физической нагрузкой позволяют усомниться в диагнозе ИБС?
3. Укажите, какие клинические признаки заболевания не укладываются в ИБС.
4. Какие группы препаратов целесообразно использовать для лечения пациента?
5. Какой, по Вашему мнению, прогноз у больного?

Задача 1.4.6.

Больной 23 лет поступил в клинику с жалобами на неопределённые боли в области сердца, возникающие без видимых причин, однако, усиливающиеся при чрезмерном физическом напряжении. Стал себя считать больным за 6 месяцев до госпитализации, когда при интенсивных занятиях спортом стали появляться вышеуказанные ощущения. По ЭКГ – выявлены инфарктоподобные изменения в переднеперегородочной области. Объективно: состояние ближе к удовлетворительному, границы сердца не расширены, тоны ясные, шумы не выслушиваются, пульс 72 уд/мин, ритмичный удовлетворительного наполнения, АД 120/75 мм рт. ст. Рентгенография грудной клетки – без патологии. ВЭМ: проба на ИБС отрицательная, толерантность к физической нагрузке высокая. Коронароангиография не выявила

патологических изменений. По ЭхоКГ – выраженная гипертрофия межжелудочковой перегородки (толщина 24 мм).

1. Ваш диагноз
2. Почему клиническая картина заболевания не укладывается в диагноз ИБС?
3. Какие клинические признаки позволяют исключить диагноз НЦД?
4. Можно ли пациенту в дальнейшем заниматься спортом?
5. Какой прогноз у данного пациента?

Задача 1.4.7.

Больной 44 лет, хорошо физически развитый и активно занимающийся спортом, получил ожоги нижних конечностей, в связи с чем 3 месяца лечился в стационаре, соблюдая постельный режим. Вскоре после выписки из стационара стали возникать неприятные ощущения в области сердца и за грудиной. Больной чувствовал жжение, давление в области сердца. Через некоторое время появились приступы, сопровождающиеся удушьем, сердцебиением, резкой слабостью, головокружением, страхом смерти. Неоднократно во время приступов вызывал скорую медицинскую помощь. Врачи скорой помощи подозревали стенокардию, инфаркт миокарда, однако повторно регистрируемые ЭКГ патологии не выявляли. По рекомендации врачей больной постоянно имел при себе нитроглицерин и систематически им пользовался (до 10 таблеток в сутки). Хуже себя пациент чувствовал лёжа в постели. При минимальных эмоциональных и физических нагрузках у больного возникала синусовая тахикардия до 150 уд/мин, одышка, чувство нехватки воздуха. Лечился бета – адреноблокаторами, психотропными средствами без отчётливого эффекта. Нагрузочный тест, стресс – эхокардиография – без патологии. На ФГС обнаружена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

1. Ваш диагноз?
2. Какие клинические признаки не укладываются в картину НЦД?
3. Какие клинические признаки не укладываются в картину ИБС?
4. Почему нитроглицерин оказывал у больного положительный, но краткосрочный эффект?
5. С чем связано ухудшение состояния больного в положении лёжа в постели?

Задача 1.4.8.

Больная 34 лет предъявляла жалобы на сердцебиения в покое, резко усиливающиеся при физической нагрузке, сильную слабость, чувство нехватки воздуха, одышку при ходьбе. Считает себя больной с 14 лет после перенесённого «гриппа». В школе освобождалась от уроков физкультуры в связи с подозрением на хроническую ревматическую

болезнь сердца (ХРБС). С этого же времени появились склонность к тахикардии и плохая переносимость физических нагрузок. В 19 – летнем возрасте в связи с длительным субфебрилитетом и тахикардией, что расценивалось как проявления ХРБС получала лечение глюкокортикостероидами без существенного эффекта. При неоднократно проводимых ЭхоКГ – данных за порок сердца не выявлялось, признаков миокардита не обнаруживали. В клинике был назначен корданум по 50 мг 3 раза в день, наступило урежение пульса до 70 уд/мин, увеличилась толерантность к физическим нагрузкам.

1. Укажите ведущие клинические синдромы и симптомы заболевания
2. Ваш предварительный диагноз?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать НЦД?
4. Какие препараты целесообразно принимать пациентке?
5. На основании каких признаков диагноз ХРБС поставлен под сомнение?

Задача 1.4.9.

Больной 28 лет, врач, в последние 2 года стал ощущать нехватку воздуха, «комки» в горле с невозможностью сделать полный вдох. Отмечает непереносимость душных помещений, неприятные ощущения в области сердца, сердцебиения. У больного появилась раздражительность, снизилась работоспособность. Больно стал предполагать у себя патологию сердца, щитовидной железы или лёгких. При обследовании патологии этих органов не выявлено. ЭКГ проба с гипервентиляцией резко положительная. Выяснилось, что больной с детства играл на тромбоне, окончил музыкальную школу, однако в последнее время в связи с недостатком свободного времени полностью оставил занятия музыкой. Больному разъяснили безвредность имеющихся у него симптомов; дан совет регулярно играть на тромбоне. Вскоре жалобы исчезли.

1. Выделите ведущие синдромы и симптомы, имеющие место у больного.
2. Ваш диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие медикаментозные препараты можно применять у пациента?
5. Какой прогноз у пациента?

Задача 1.4.10.

Больная 33 лет обратилась на приём к терапевту с жалобами на боли в коленных суставах, ограничения движения в них, слабость, субфебрилитет. Из анамнеза: 5 лет назад перенесла реактивный с

поражением правого коленного сустава. Заболевание сопровождалось выраженной симптоматикой: болью и припухлостью в области правого коленного сустава, субфебрилитетом, признаками активности по лабораторным исследованиям крови. Была выявлена триггерная инфекция – хламидия трахоматис. Отмечалась положительная реакция на антиген гистосовместимости HLA-B27. Однако после проведённого в течении нескольких месяцев лечения, признаки активности реактивного артрита были полностью купированы. В течение 3 – х лет чувствовала себя удовлетворительно. 2 года назад после нервно эмоционального стресса (развод с мужем) – появились полиартралгии (без признаков артрита) и нормальными показателями крови. Наблюдалась тахикардия с ЧСС до 130 в 1 мин, субфебрилитет. Все показатели крови и мочи оказались в норме. Иммунологическая реакция на триггерную инфекцию отрицательная. В дальнейшем у больной появилась выраженная депрессия, стали помогать только антидепрессанты.

1. Укажите основные клинические синдромы и симптомы.
2. Ваш диагноз.
3. С каким заболеванием необходимо дифференцировать НЦД?
4. Укажите наиболее предпочтительные препараты для лечения больной.
5. Какой, по Вашему мнению, прогноз у пациентки?

Тема1.5.: «Инфекционный эндокардит».

Задача 1.5.1.

Больной, 29 лет при поступлении предъявлял жалобы на боли в грудной клетке, одышку, повышение температуры до 40, 1⁰С . До госпитализации в течении недели отмечал повышение температуры тела до 38, 2 – 39 ⁰ С, прогрессирующую одышку, кашель с мокротой и с примесью крови. Из анамнеза: в течение 2 лет страдает героиновой наркоманией. При поступлении: состояние тяжёлое, в сознании, ЧДД – 28 в 1 мин., АД 120/ 60 мм рт. ст., ЧСС – 148 в 1 минуту, ритм правильный. При аускультации: выслушиваются влажные хрипы над всей поверхностью лёгких, дыхание ослаблено. В V межреберье слева выслушивается систолический шум.Сут. диурез – 800 мл. Анализ крови: эритроциты $2,5 \times 10^{12}$, Hb – 77 г/л, лейкоциты $8,2 \times 10^9$, палочкоядерные 12%, СОЭ 65 мм/час. Общий белок 54, 0 г/л, мочевины 17, 01 ммоль/л, креатинин 0, 128 ммоль/л, скорость КФ – 60 мл/мин. Определяется протеинурия с суточной потерей белка – 1000 мг/сут., эритроцитурия, умеренная лейкоцитурия. Посев крови - высеян золотистый стафилококк. Данные рентгенологического исследования лёгких: картина двусторонней полисегментарной пневмонии с множественными фокусами инфильтрации. Жидкость в правой плевральной полости и боковых синусах. Допплеровская ЭхоКГ: на створках трикуспидального

клапана лоцируются вегетации, подвижные, размерами 26,3 – 17,6 мм и 20,4 – 15,6 мм.

1. Выделите ведущие клинические синдромы и симптомы.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Сформулируйте диагноз.
4. Какие антибиотики необходимо назначить больному в первую очередь?
5. Необходимо ли больному срочное хирургическое вмешательство?

Задача 1.5.2.

Больной, 20 лет поступил в стационар с жалобами на боль в грудной клетке, связанную с фазами дыхания, кашель, одышку. В течение 5 дней отмечает повышение температуры до 39⁰ С с ознобами и потливостью. Из анамнеза: опиатная наркомания. Объективно: состояние тяжёлое, кожные покровы бледные с синюшным оттенком, дыхание поверхностное с ЧДД 30 в 1 мин. При аускультации определяются влажные хрипы в нижних отделах обоих лёгких, притупление перкуторного звука на уровне V межреберья с обеих сторон. АД 100/60 мм рт. ст., ЧСС 145 в 1 мин., ритм правильный. Выслушивается систолический шум в точке Боткина и на верхушке сердца. Данные рентгенологического исследования: инфильтрация пневмонического характера с очагами деструкции в нижних долях обоих лёгких. Посев крови: рост золотистого стафилококка, чувствительного к цефалоспорином, ванкомицину. Анализ крови: Hb 106 г/л, эритроциты $3,5 \times 10^{12}$, лейкоциты $12,2 \times 10^9$. Лейкоцитарная формула: палочкоядерные 22%. СОЭ 70 мм/час. Общий белок 48, 9 г/л. Допплерографическое исследование: ранний систолический пролапс МК, митральная регургитация I степени. На створках трикуспидального клапана лоцируется вегетация размером 2,2 × 1,6 см. Дилатация полости правого предсердия и правого желудочка. Снижение сократимости миокарда ЛЖ. При ультразвуковом исследовании определяется гепатоспленомегалия.

1. Выделите ведущие клинические синдромы и симптомы.
2. Сформулируйте диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Укажите наиболее предпочтительную схему антибактериальной терапии у данного больного.
5. Укажите, необходимо ли больному срочное хирургическое вмешательство.

Задача 1.5.3.

Больная 36 лет поступила в клинику с жалобами на головокружение, слабость, повышение температуры тела до 37, 8 градусов С в вечерние часы. Из анамнеза: у пациентки с 6 – летнего возраста на фоне частых ангин выслушивался систолический шум над сердцем. Между тем, пациентка субъективно чувствовала себя хорошо: болей в сердце не отмечала, физическую нагрузку переносила хорошо. В 26 лет при ЭхоКГ выявили ПМК. За 6 мес до поступления в клинику перенесла ишемический инсульт. В анамнезе наблюдались две беременности: одна закончилась родами, другая – искусственным прерыванием. Объективно на момент поступления: состояние средней тяжести, кожа бледная, ливедо и отёков не наблюдалось. В лёгких – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в 1 мин. При аускультации – над верхушкой сердца ослабление I тона, выслушивается III тон, грубый систолический шум с иррадиацией в левую подмышечную область, дующий диастолический шум в зоне Боткина и во II межреберье справа от грудины, ослабление II тона. Наблюдалась умеренная спленомегалия. При лабораторном обследовании: Нв – 84 г/л, тромбоциты 170×10^9 /л, СОЭ 49 мм/час, креатинин 0,130 ммоль/л. В анализах мочи – умеренная протеинурия (0, 78г/сут), периодически макрогематурия. При иммунологическом исследовании наблюдалось значительное повышение С-реактивного протеина, ЦИК – 357ед, антитела к кардиолипину. Посев крови: выявлен рост гемолизующей E. Coli. ЭхоКГ: определялись вегетации, фиброз и кальциноз створок аортального и митрального клапанов, аортальная и митральная регургитация II степени, дилатация левого предсердия и левого желудочка. КТ головного мозга – лакунарный инфаркт лобной доли. УЗИ органов брюшной полости – спленомегалия, инфаркт селезёнки. Во время пребывания в стационаре у больной развился повторный эпизод тромбоэмболии в сосуды головного мозга с летальным исходом.

1. Выделите ведущие клинические синдромы и симптомы.
2. Какие заболевания могут вызвать вышеуказанную симптоматику?
3. Сформулируйте диагноз.
4. Назначьте наиболее оптимальную антибактериальную терапию.
5. Укажите наиболее вероятную причину смерти пациентки.

Задача 1.5.4.

Мужчина 41 г. при поступлении в клинику предъявлял жалобы на кашель и одышку в горизонтальном положении, давящие боли в области сердца, слабость, повышение температуры до 37, 3⁰ С. Из анамнеза: с детства отмечал частые носовые кровотечения. В 40 – летнем возрасте дважды наблюдались тромбозы глубоких вен голени. За месяц до поступления в клинику заметил одышку и кашель при физической нагрузке и в горизонтальном положении. На этом фоне произошло

внезапное резкое снижение зрения на левый глаз. Диагностировано преретинальное кровоизлияние левого глаза. Спустя неделю появилась лихорадка до 38, 6° С с ознобами; аускультативно у верхушки сердца выслушивался систолический, а над аортой – диастолический шум. При объективном осмотре: состояние средней тяжести, кожа бледная, умеренный акроцианоз, сетчатое ливедо на конечностях. В лёгких – без особенностей. Перкуторно расширена левая граница сердца. При аускультации: приглушение I тона, отсутствие II тона, систолический шум над верхушкой, интенсивный диастолический шум в зоне Боткина-Эрба и во II межреберье справа от грудины. АД 100/40 мм рт. ст., ЧСС 90 в 1 мин., ритм правильный. Периферические отёки не определялись. Лабораторные исследования: Hb 84 г/л, тромбоциты 108×10^9 /л, СОЭ 60 мм в час, протеинурия до 88 г/л, периодически фиксируемая лейкоцитурия, эритроцитурия. Иммунологические исследования: повышение СРП, ЦИК, антител к кардиолипину. Посев крови: роста микроорганизмов не дал. ЭхоКГ: выявлены «старые» вегетации и фиброз створок аортального клапана, аортальная регургитация III ст.; дилатация ЛЖ; ФВ – 49%. УЗИ органов брюшной полости – спленомегалия.

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Обозначьте круг заболеваний для проведения дифференциального диагноза.
3. Какие признаки свидетельствуют в пользу АФС?
4. Какие признаки свидетельствуют в пользу ИЭ?
5. Сформулируйте клинический диагноз.

Задача 1.5.5.

Пациентка, 29 лет, направлена гинекологом для уточнения клапанной патологии сердца. При поступлении в клинику предъявляет жалобы на периодические подъёмы АД до 160/120 мм рт. ст. С подросткового возраста страдала тромбофлебитом глубоких вен голеней. Имела две беременности, обе закончились выкидышами в сроке 12 – 13 недель. В 28 лет перенесла ишемический инсульт в вертебробазилярном бассейне с глазодвигательными и координаторными расстройствами. С 29 лет эпизодически повышается АД до 160/120 мм рт. ст.

Объективно: выраженное сетчатое ливедо в области верхних и нижних конечностей и спины. Аускультативно в зоне Боткина и на основании сердца прослушивается систолический шум. ЭхоКГ: ПМК I ст. с регургитацией I ст. Вегетации не выявлены. При лабораторном обследовании: изменений в общем анализе крови не выявлено, 3 – кратные посевы крови отрицательные, LE клетки и антитела к ДНК не обнаружены. Отмечены высокий титр антител к кардиолипину класса IgG и положительная проба на волчаночный антикоагулянт.

1. Выделите ведущие синдромы и симптомы.

2. Укладывается ли больная в клинику ИЭ?
3. Укажите клинические признаки, свидетельствующие в пользу АФС.
4. Какой патологией клапанного аппарата обусловлен систолический шум на основании сердца и в зоне Боткина?
5. Сформулируйте клинический диагноз.

Задача 1.5.6.

Мужчина, 21г. Поступил в клинику с жалобами на резко выраженную общую слабость, боли в суставах, мышцах, эпигастральной области. Заболел накануне вечером вскоре после очередной в/в инъекции героина. Почувствовал озноб, боли во всём теле, повысилась температура до 40°C . Состояние при поступлении тяжёлое. В сознании, но заторможен, кожа бледная, ЧДД – 24 в 1 мин, отмечалось укорочение перкуторного звука в базальных отделах лёгких с обеих сторон, при аускультации – дыхание везикулярное, ослабленное, рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, тахикардия с ЧСС 120 в 1 мин, ритм правильный, АД 100/60 мм рт. ст. В динамике через несколько дней возник грубый систолический шум над мечевидным отростком грудины и верхушкой сердца, а рентгенологически в лёгких с обеих сторон были зафиксированы множественные мелкоочаговые тени. Одновременно появились признаки СН по большому кругу: отёки стоп и голеней, увеличение печени. Общий анализ крови – Hb 80 г/л, лейкоциты $8,3 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерный сдвиг до 18%, СОЭ 23 мм в час. Анализ мочи: белок 0,68 г/л, эритроциты изменённые 5-10 в поле зрения, лейкоциты 6-10 в поле зрения. Мочевина крови 12,1 ммоль/л, креатинин 0,15 ммоль/л, КФ – 60 мл/мин. ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 120 в 1 мин, признаки гипертрофии и перегрузки правого желудочка. ЭхоКГ: правые камеры сердца расширены, на задней створке трикуспидального клапана имеется гиперэхогенное образование размером $0,6 \times 0,8$ см с чётким неровным контуром. ФВ составила 56%. Посев крови выявил рост метициллинрезистентного золотистого стафилококка.

1. Выделите ведущие синдромы и симптомы заболевания.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Почему в данном клиническом случае ИЭ обозначается как первичный?
4. Закономерно ли поражение трёхстворчатого клапана у данного пациента?
5. Назначьте антибактериальную терапию с учётом возбудителя.

Задача 1.5.7.

Больной 37 лет поступил в кардиологическое отделение с жалобами на подъём температуры до $39-40^{\circ}\text{C}$ с ознобами, общую слабость. О наличии порока сердца известно с 35 летнего возраста, когда

был выявлен врождённый порок сердца (ВПС) – коарктация аорты в сочетании с двустворчатым аортальным клапаном. Тогда же было проведено оперативное лечение: непрямая истмопластика, протезирование аортального клапана. Послеоперационный период протекал с длительной фебрильной температурой, «подавленной» тремя курсами антибиотиков широкого спектра действия. Температура тела нормализовалась спустя 3 недели. После выписки из кардиохирургического стационара через 4-5 дней возобновился подъём температуры, в связи с чем больной был повторно госпитализирован. При поступлении состояние в целом оценивалось как удовлетворительное. Чреспищеводная ЭхоКГ: на опорном кольце протеза аортального клапана лоцируется тромб $2,7 \times 1,1$ см, а также более мелкие тромботические массы. Из лабораторных показателей о наличии воспалительного процесса свидетельствовало только увеличение СОЭ до 38 мм/ч. Узи брюшной полости выявило умеренное увеличение селезёнки.

1. Выделите ведущие синдромы и симптомы заболевания
2. Сформулируйте клинический диагноз
3. Почему в данном клиническом случае выставлен диагноз вторичного ИЭ?
4. Укажите причины развития ИЭ у рассматриваемого больного.
5. Укажите наиболее необходимые лечебные мероприятия.

Задача 1.5.8.

Больная 17 лет поступила в клинику с жалобами на приступообразный сухой кашель, сопровождающийся болями в грудной клетке, фебрильную лихорадку, слабость. Из анамнеза: заболела остро за 2 недели до госпитализации, когда после переохлаждения развился потрясающий озноб с последующим повышением температуры тела до 40^0 С и проливным потом. Через неделю к сохраняющейся высокой температуре присоединился приступообразный сухой кашель. За сутки до госпитализации на рентгенографии лёгких выявлена полисегментарная деструктивная пневмония в S_2 и S_6 правого лёгкого. Из анамнеза также выяснено, что за год до госпитализации пристрастилась к в/в введению героина. При поступлении: ЧСС до 100 в мин. Тоны сердца звучные, шумы не выслушиваются. АД 115/70 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, ослабленное над верхушкой правого лёгкого. Печень и селезёнка не пальпируются. Температура тела – 40^0 С. Анализ крови при поступлении: Hb 114 г/л, эр 3, $61 \times 10^{12}/л$, л $24,4 \times 10^9/л$, п 8%., СОЭ 54 мм/ч. КТ органов грудной клетки: в обоих лёгких до 10 кольцевидных воздушных полостей размером от 5 до 10 мм, с несколько размытыми инфильтрированными стенками толщиной 2 – 3 мм. В проекции S_6 , S_9 , S_{10} справа и S_9 слева определялись инфильтративные изменения лёгочной паренхимы, а в S_3 справа – формирующаяся полость

диаметром до 2 мм. ЭхоКГ: трикуспидальная регургитация II степени, дополнительных образований на створках клапанов не выявлено. Посев крови: выделен золотистый стафилококк. Больной был назначен ванкомицин 2 г/сут в\в. На 3-й день применения препарата, температура тела стойко нормализовалась. Через 1 месяц от начала заболевания на повторной ЭхоКГ выявилось увеличение трикуспидальной регургитации до III степени и вегетации на трикуспидальном клапане, размерами до 15 мм.

1. Выделить ведущие синдромы заболевания.
2. Сформулируйте диагноз.
3. С чем связано развитие полисегментарной деструктивной пневмонии?
4. С чем связана локализация вегетаций на трикуспидальном клапане?
5. Когда проводить хирургическое вмешательство, согласно рекомендациям ESC, 2009.

Задача 1.5.9.

Больной 57 лет поступил в клинику с жалобами на общую слабость, снижение аппетита, одышку в состоянии покоя. Из анамнеза: более 10 лет назад было проведено оперативное лечение – протезирование аортального клапана по поводу ревматического порока. В послеоперационном периоде нерегулярно принимал варфарин, неоднократно отмечались эпизоды тромбоэмболии в сосуды головного мозга и почечные артерии. За 3 недели до госпитализации произведена экстракция зуба на фоне приёма 2 таблеток варфарина. МНО не контролировалась. Через 2,5 недели после экстракции появились подъёмы температуры тела до 38-39 °С с ознобами и потами. Спустя 4 дня был доставлен скорой медицинской помощью с места работы в стационар по месту жительства с обильным носовым кровотечением, которое было остановлено путём передней тампонады. При поступлении в кардиологическое отделение: состояние тяжёлое, ритм сердца неправильный, систолический шум над всеми почками аускультации, АД 70/40 мм рт. ст., на допаминовой поддержке – 110-115/60 мм рт. ст.. Печень выступает из - под края рёберной дуги на 2 см, край плотный, периферические отёки не определяются. Фиксируется также увеличение селезёнки. На ЭКГ - фибрилляция предсердий. На ЭхоКГ выявляется умеренная параклапанная фистула аортального протеза, ФВ 55,9%. Чреспищеводная ЭхоКГ – диагностирован тромбоз протеза. УЗИ брюшной полости – гепатоспленомегалия. Спустя 2 недели от момента госпитализации произошло внезапное нарушение речи – диагностировано ОНМК в бассейне левой внутренней сонной артерии. Спустя 10 дней – повышение температуры тела до 40-41 °С, резкая общая слабость вплоть до простратии, больной был адинамичен, истощён,

черты лица заострены. Одновременно появилась кровь в мокроте, а спустя несколько дней на ЭКГ стала регистрироваться выраженная перегрузка правых камер сердца, при этом значительного усиления одышки не отмечалось. Учитывая кровохарканье и данные ЭКГ, была заподозрена ТЭЛА. Из лабораторных данных заслуживают внимания: анемия (Hb 93 г/л), лейкопения ($3,4 \times 10^9$ без выраженных изменений лейкоцитарной формулы), снижение тромбоцитов до $76,0 \times 10^9/\text{л}$, ускорение СОЭ до 48 мм в час. В анамнезе мочи: белок 0,03 г/л, периодически эритроцитурия. При явлениях нарастающей СН наступила смерть больного.

1. Выделите ведущие синдромы и симптомы заболевания
2. Сформулируйте клинический диагноз на вскрытие.
3. Укажите причины развития вторичного подострого ИЭ.
4. С какими заболеваниями прежде всего необходимо дифференцировать ИЭ?
5. Что явилось непосредственной причиной смерти пациента?

Задача 1.5.10.

Больной 46 лет поступил в клинику с жалобами на подъём температуры тела до $38,5^\circ\text{C}$ с ознобами и потом, общую слабость, кашель со слизистой мокротой. Данная симптоматика появилась за 1 месяц до госпитализации. Из анамнеза: в детстве суставные боли, диагностирована ХРБС, сложный аортальный порок с преобладанием недостаточности. В 20 летнем возрасте произведено протезирование аортального клапана, состояние в течение многих лет оставалось относительно удовлетворительным, но больной часто алкоголизировался. За 1 месяц до госпитализации во время очередной алкоголизации, произошла травма (падение с сотрясением головного мозга). На следующий день отмечалась слабость, тошнота, неоднократная рвота кровью; больной был доставлен в хирургическое отделение по месту жительства с диагнозом синдромом Меллори-Вейса, желудочное кровотечение. После остановки кровотечения пациент был переведён с установленным подключичным катетером в наркологическое отделение, где катетер не использовался по назначению. Через 5 дней, по возвращении в хирургический стационар, катетер был удалён, а на следующий день повысилась температура тела до $40,1^\circ\text{C}$. В дальнейшем подъёмы температуры сохранялись, несмотря на проводимую комплексную терапию: антибиотики (оксациллин, цефазолин, клафоран, метронидазол, гентамицин), гордокс, антистафилококковый γ – глобулин. Нарастала общая слабость, АД снизилось до 90/60 мм рт. ст. Отмечена отрицательная лабораторная динамика: снижение гемоглобина до 75 г/л, эритроцитов до $2,3 \times 10^{12}/\text{л}$, лимфоцитов до 14%, увеличение СОЭ до 60мм/ч, появление сдвига лейкоцитарной формулы влево до миелоцитов. Неоднократные посевы

крови роста микрофлоры не выявили. В кардиологическом отделении, куда больной был переведён из хирургического, был обнаружен очаг инфекции со стороны полости рта – кариозные зубы и через 10 дней с момента госпитализации под в/в наркозом произведена экстракция семи зубов. Продолжалась антибактериальная терапия (клафоран, роцефин, ванкомицин) в качестве подготовки к запланированному репротезированию аортального клапана по поводу протезного ИЭ. Данный диагноз был подтверждён ЭхоКГ: обнаружено подвижное образование 14,4×5 мм без чётких контуров в выходном отделе ЛЖ, без признаков нарушения функции протеза и при сохранной сегментарной кинетике ЛЖ. Кроме того, имелись симптомы ИЭ нативного МК – вегетации 16×9 мм в области основания передней створки, митральная регургитация II степени. Однако, непосредственно перед оперативным вмешательством больной внезапно потерял сознание, электроимпульсной терапией удалось восстановить сердечную деятельность, но ненадолго. Зарегистрирована смерть.

1. Выделите ведущие синдромы и симптомы заболевания.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Укажите непосредственную причину смерти больного.
4. Что явилось непосредственной причиной развития ИЭ?
5. Почему в данном случае ИЭ является вторичным?

Тема 1.6.: «Сердечная недостаточность».

Задача 1.6.1.

Больной К., 54 лет поступил в кардиологическое отделение с жалобами на одышку в покое, сердцебиение, усиливающееся при ходьбе, перебои в работе сердца, ноющие боли в левой половине грудной клетки при ходьбе и в покое, без эффекта от приема нитроглицерина, отеки ног.

Из анамнеза: считает себя больным в течение 10-12 месяцев, когда появились и постепенно стали нарастать: одышка, сердцебиение, перебои в работе сердца, отеки на ногах. К врачам не обращался. Последние 12 месяцев какими-либо простудными, инфекционными, аллергическими заболеваниями не болел.

Объективно: Состояние тяжелое, сознание ясное. Акроцианоз, положение - ортопное. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах выслушиваются единичные влажные хрипы. Перкуторно левая граница сердца - в 6 межреберье по переднеподмышечной линии, правая - на 2 см кнаружи от правого края грудины. Тоны сердца приглушены, аритмичны. АД 110/65 мм рт.ст., частота сердечных сокращений - 100 в 1 минуту. Живот увеличен в объеме за счет асцита. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Отеки стоп, голеней, бедер.

Общий анализ крови: гемоглобин - 132 г/л, лейкоциты - $7,2 \times 10^9$ /л, формула – без особенностей, СОЭ- 9 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, альбумины – 37 г/л, билирубин – 22 мкмоль/л, реакция непрямая, АЛТ, АСТ, КФК-МВ – в пределах нормы.

Общий анализ мочи: уд. вес – 1018, белка нет, лейкоциты – 2-3 в п/зр.

ЭКГ больного представлена на рисунке.



По ЭхоКГ аорта не изменена, диаметр аорты - 3,1см, левое предсердие - 4,2см, правое предсердие - 4,5см, конечный диастолический размер левого желудочка 6,7см, толщина задней стенки левого желудочка 0,8см, фракция выброса 30%.

1. Ваша интерпретация электрокардиограммы.
2. Ваша интерпретация показателей эхокардиографии.
3. Какие синдромы являются ведущими в клинической картине заболевания?
4. Поставьте клинический диагноз.
5. Принципы терапии.

Задача 1.6.2.

Больной 65 лет. Дважды (6 лет и 2 года назад) перенес инфаркт миокарда, в настоящее время беспокоит одышка при ходьбе по комнате. Пульс 100 в мин, ритмичный. Границы сердца расширены влево на 3 см от средне-ключичной линии, тоны сердца глухие. Акцент II тона над легочной артерией. Систолический шум на верхушке. АД – 110/70 мм рт.ст. Влажные хрипы в нижних отделах легких. Печень +2 см из-под края реберной дуги.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Наметьте план обследования.
3. Наметьте план лечения.
4. С чем может быть связан систолический шум на верхушке?

5. Чем можно объяснить акцент II тона над легочной артерией?

Задача 1.6.3.

Больная 52 лет, длительное время страдает гипертонической болезнью (до 240/120 мм рт.ст.), регулярной терапии не получала. Около года назад впервые обратила внимание на появление одышки при ходьбе. Значительное ухудшение состояния в течение последнего месяца – одышка стала выраженной, при малейшей физической нагрузке (ходьба по комнате. Объективно: ЧДД – 20 в минуту. В лёгких выслушиваются единичные влажные хрипы в нижних отделах. ЧСС – 88 в минуту, экстрасистолия до 4-5 в мин. Печень – по краю реберной дуги, почки, селезенка не пальпируются. ЭКГ – ритм синусовый, горизонтальное положение электрической оси, частая предсердная экстрасистолия, выраженная гипертрофия левого желудочка, гипертрофия левого предсердия. ЭхоКГ – фракция выброса – 62%, симметричная гипертрофия левого желудочка (до 1,4 см), увеличение полости левого предсердия (до 4,5 см), полость ЛЖ не увеличена, индекс E/A диастолического трансмитрального кровотока 0,6.

1. Какому функциональному классу по NYHA соответствует имеющаяся у больной хроническая сердечная недостаточность (ХСН)?
2. Проявлением систолической или диастолической дисфункции ЛЖ является имеющаяся клиническая картина?
3. Сформулируйте полный клинический диагноз.
4. Препараты каких групп вы назначите пациентке?
5. Чем угрожает наличие дилатации левого предсердия в сочетании с частой предсердной экстрасистолией у данной больной?

Задача 1.6.4.

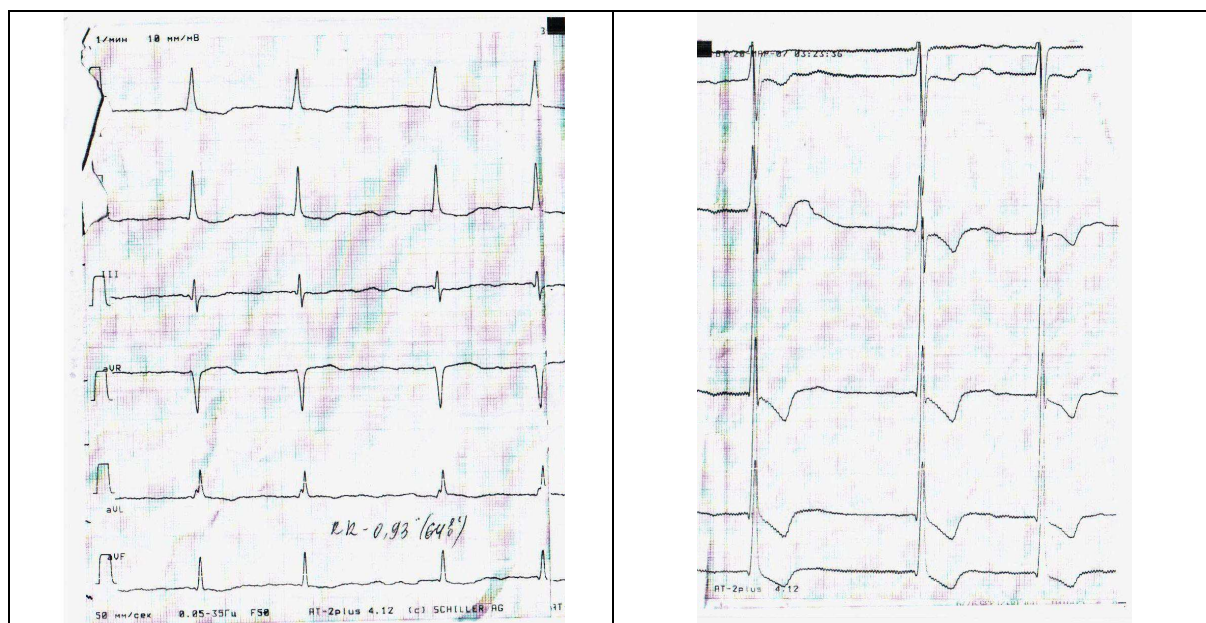
Больной 52 лет, без вредных привычек, на протяжении 5 лет страдает гипертонической болезнью с повышением АД максимально до 160/100 мм рт.ст., по поводу которой успешно принимал комбинированную терапию ингибитор АПФ + диуретик (эналаприл 20 мг/сут + гипотиазид 12,5 мг/сут), АД контролировалось на уровне <130/80 мм рт.ст. Течение заболевания изменилось последний год. Возникла первоначально пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, которая быстро перешла в постоянную (перманентную) форму. Первый приступ ФП сопровождался выраженной сердечной декомпенсацией в виде одышки в покое, хрипами в легких, ощущаемых самим больным и врачом скорой помощи. После коррекции в терапии одышка уменьшилась, прошли хрипы в легких, но полностью явления сердечной недостаточности не исчезли, имели тенденцию к постепенному нарастанию, последние 2 месяца присоединились отеки на

нижних конечностях. Болей в грудной клетке никогда не было. Наследственность не отягощена.

Объективно при поступлении в стационар – состояние тяжелое. Астенического телосложения. Акроцианоз. ЧДД – 24 в мин в покое. В легких дыхание везикулярное, в ниже-боковых отделах в небольшом количестве влажные мелкопузырчатые хрипы. Граница сердца перкуторно не увеличены. Тоны достаточной звучности, аритмичные. ЧСС – 102 в мин. АД 125/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень (+) 3 см из-под реберного края, почки, селезенка не пальпируются. Отечность голеней и стоп.

Анализы крови (в том числе печеночные пробы, белки, показатели азотистого обмена, липидный профиль, сахар), мочи – без патологии.

ЭКГ представлена на рисунке – в динамике по сравнению с записью 2-годичной давности резко возросли признаки гипертрофии левого желудочка (критерий Соколова-Лайона 51).



По ЭхоКГ – толщина МЖП – 1,1 см, и задней стенки ЛЖ – 1,2 см, выраженная гипертрофия верхушечного отдела ЛЖ, полость ЛЖ не расширена, дилатация левого предсердия до 5,3 см, ФВ ЛЖ – 64%, нарушена диастолическая функция ЛЖ, признаки легочной гипертензии (СДЛА – 52 мм рт.ст.).

1. К какому типу (систолическому или диастолическому) следует отнести имеющуюся у больного ХСН?
2. Можно ли объяснить имеющиеся ЭКГ- и ЭхоКГ- изменения наличием гипертонической болезни?
3. Правомочно ли расценивать в качестве этиологического фактора фибрилляции предсердий и ХСН безболевой формы ИБС?

4. Что в таком случае является причиной ХСН? Сформулируйте полный диагноз.
5. Препараты какой группы вы бы назначили данному пациенту?

Задача 1.6.5.

По направлению медицинской комиссии РВК в стационар поступил подросток призывного возраста (17 лет). При поступлении предъявлял жалобы на одышку при ускоренной ходьбе, часто – учащенное сердцебиение, быструю утомляемость. При физикальном обследовании выявлено наличие систолического шума на верхушке сердца, шум не связан с I тоном, не носит проводного характера. Внутрисистолический щелчок. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено. По ЭКГ – ритма синусовый, гипертрофия левого желудочка и левого предсердия. При эхокардиоскопическом исследовании выявлен пролапс митрального клапана 3 степени с регургитацией ⁺⁺⁺, миксоматозная дегенерация створок митрального клапана, толщина МЖП в диастолу 1,1 см, задней стенки ЛЖ – 1,2 см, левое предсердие расширено до 4,0 см, фракция выброса (по Тейхольцу) – 52%.

1. Правомочно ли выставить больному диагноз ХСН?
2. Какая стадия сердечной недостаточности по Василенко-Стражеско имеет место у больного?
3. Какой функциональный класс сердечной недостаточности по Нью-Йоркской классификации?
4. Сформулируйте полный диагноз.
5. Какова тактика ведения пациента?

Задача 1.6.6.

Больной 54 лет обратился с жалобами на постепенно нарастающую одышку, сначала при физической нагрузке, затем в покое, сердцебиение, отеки на ногах, увеличение в размерах живота, тяжесть в правом подреберье, увеличение языка, приведшее к нарушению речи, общую слабость, повышенную утомляемость, ощущение «ползания мурашек» в области стоп, головокружение при резком вставании с постели. Заболел около 6 месяцев назад, без явных провоцирующих факторов. До этого чувствовал себя абсолютно здоровым, регулярно проходил медосмотры (по профессии – летчик). Вредные привычки отрицает. Первоначально заметил увеличение языка, окружающие обратили внимание на невнятность речи. В последующем постепенно нарастала одышка, последние 3 месяца присоединились отеки на ногах, увеличился в размерах живот.

Объективно при поступлении – состояние тяжелое. Акроцианоз. ЧДД – 22 в мин, в легких в нижних отделах – влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧСС – 108 в мин, АД – 100/70 мм рт.ст. Тоны приглушены,

ритмичные. Живот увеличен в объеме за счет умеренного асцита, печень (+) 4 см, почки, селезенка не пальпируются. Отеки голеней, стоп.

Общий анализ крови: гемоглобин – 137 г/л, лейкоциты – $9,3 \times 10^9$ /л, формула – без особенностей, тромбоциты – 194×10^9 /л, СОЭ – 10 мм/ч. Биохимический анализ крови: билирубин общий – 28 мкмоль/л, прямой – 5,3, АЛТ и АСТ – в пределах нормы, креатинин – 108 мкмоль/л, калий – 4,3 ммоль/л, натрий – 147 ммоль/л, белки крови – 62 г/л, альбумины – 30 г/л. Общий анализ мочи – уд. вес – 1018, белок – 36 мг/л, лейкоциты – ед. в п/зр. Больной детально обследован на предмет опухоли, но результат оказался отрицательным.

По ЭКГ обращал на себя внимание низкий вольтаж ЭКГ (см. рис.).



По ЭхоКГ – выраженное утолщение стенок ЛЖ (до 1,6 – 1,7 см), гранулярное свечение миокарда, полость ЛЖ не увеличена, ФВ ЛЖ – 62%, нарушена диастолическая функция ЛЖ, расширено левое предсердие до 5,1 см. Умеренный перикардальный выпот. На рентгенограмме грудной клетки – застойные явления в легких, незначительный билатеральный плевральный выпот.

По УЗИ – гепатомегалия, диффузные изменения в печени.

1. Можно ли имеющиеся симптомы расценить как проявление ХСН?
2. Какая стадия сердечной недостаточности по Василенко-Стражеско имеет место у больного? Какой функциональный класс сердечной недостаточности по Нью-Йоркской классификации?
3. Для каких заболеваний характерна выраженная диспропорция между ЭхоКГ (выраженная «гипертрофия ЛЖ») и ЭКГ-картиной (низкий вольтаж ЭКГ)?
4. Чем, на Ваш взгляд, объясняется увеличение языка?

5. Каков основной диагноз и поражение каких систем отмечается у данного пациента?

Задача 1.6.7.

В приемное отделение поступил больной 66 лет. 1 час назад начался приступ инспираторного удушья с ощущением kloкотания в груди и кашлем с выделением пенистой кровянистой мокроты. В течение 15 лет артериальная гипертензия до 210/100 мм рт. ст. 3 года назад перенес инфаркт миокарда. Нерегулярно принимает эналаприл 10 мг/сут, иногда гипотиазид 12,5 мг/сут.

Объективно: цианоз губ, акроцианоз, холодный пот. Больной возбужден. Ортопноэ, ЧД - 30 в минуту. В легких повсюду влажные крупнопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм галопа. Пульс - 110 в минуту, ритмичный, напряженный. АД - 230/140 мм рт. ст. В остальном без особенностей.

1. Можно ли расценить ухудшение состояния пациента как гипертонический криз? Если да, то какого типа?
2. Какое жизнеугрожающее осложнение развилось у больного?
3. Сформулируйте полный диагноз.
4. Ваши неотложные действия?
5. Адекватна ли плановая терапия? Внесите коррекцию.

Задача 1.6.8.

На приеме пациент 54 лет, жалуется на одышку при незначительной физической нагрузке, склонность к сердцебиению, отеки голеней и стоп. Указанная симптоматика нарастает постепенно в течение 1 года, по мнению самого пациента, беспричинно. Боли в сердце нечастые, обычно ноющего характера, по несколько часов, не связаны с физической нагрузкой. Не работает. На вопрос об употреблении алкоголя отвечает: «как все». Наследственность не отягощена.

Объективно: видимый на глаз тремор рук. Гиперемия и одутловатость лица. Склеры инъекцированы. ЧДД – 20 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца увеличены во все стороны. Тоны приглушены, патологический III тон («ритм галопа»). ЧСС – 112 в мин, АД – 145/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 4 см, край ровный, уплотнен. Почки, селезенка не пальпируются. Отеки голеней и стоп.

В анализах крови – макроцитоз при нормальных показателях гемоглобина, лейкоцитов, тромбоцитов и СОЭ, повышение уровня билирубина до 34 ммоль/л (прямой 12), АЛТ, АСТ в 2 раза выше верхней границы нормы. В анализах мочи – без особенностей.

По ЭКГ – синусовая тахикардия, вольтаж снижен, неспецифические нарушения процессов реполяризации.

По ЭхоКГ – дилатация всех полостей сердца, ФВ ЛЖ – 32%.

1. Какова стадия ХСН у больного по классификации Василенко-Стражеско?
2. Каков функциональный класс ХСН по Нью-Йоркской классификации?
3. Что, наиболее вероятно, явилось причиной развития ХСН? Обоснуйте.
4. Наметьте тактику ведения.
5. Каков прогноз?

Задача 1.6.9.

У больной 35 лет, страдающей неходжкинской лимфомой и прошедшей очередной курс полихимиотерапии в условиях онкодиспансера с применением циклофосфана, доксорубина, винкристина и преднизолона, появились жалобы на одышку при минимальной физической нагрузке, сердцебиение, перебои в работе сердца.

На ЭКГ – синусовая тахикардия, частые предсердные экстрасистолы, снижение вольтажа, инверсия зубцов Т до 3 мм в отведениях I, II, aVL, V1-V6.

По ЭхоКГ – умеренное расширение всех полостей сердца, ФВ 38%. Тропониновый тест (+).

1. Какому функциональному классу соответствует развившаяся сердечная недостаточность?
2. Проявлением чего является указанная симптоматика?
3. Какой препарат – наиболее вероятный этиологический фактор?
4. Что назначите больной?
5. Возможно ли обратное развитие симптоматики?

Задача 1.6.10.

Больной 79 лет, в анамнезе 2 перенесенных Q-инфаркта миокарда, аневризма левого желудочка, предъявляет жалобы на одышку при ходьбе по комнате, сердцебиение, повышенную утомляемость. Боли в грудной клетке отсутствуют.

Объективно при обследовании: акроцианоз, ЧДД – 20 в мин, в легких в нижних отделах незвучные влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 92 в мин, ритм правильный. АД – 128/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги. Почки, селезенка не пальпируются. Периферических отеков нет.

Получает эгилок (метопролола тартрат), гипотиазид (50 мг/сут), дигоксин (0,125 мг/сут).

1. Какой стадии имеющаяся сердечная недостаточность по классификации Василенко-Стражеско?
2. Какому функциональному классу соответствует ХСН?

3. Сформулируйте полный диагноз.
4. Оцените назначенную терапию.
5. Проведите коррекцию лечения.

Тема 1.7.: «Нарушения ритма сердца и проводимости: тахикардии».

Задача 1.7.1.

В клинику поступил молодой человек (возраст – 19 лет) по направлению медицинской комиссии РВК с жалобами на периодически возникающее сердцебиение, с ЧСС по пульсу 180 в минуту. Сердцебиения возникали редко, в среднем 1 раз в 2 – 3 месяца. Событие не дольше нескольких минут (проходили самостоятельно). Пароксизм сердцебиений не имел чёткой связи с физической нагрузкой или нервно – эмоциональными стрессами. Наследственный анамнез отягощён: у отца также наблюдались пароксизмальные нарушения ритма. Во время одного из пароксизмов он скончался в возрасте 42 лет. Объективно при поступлении: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Перкуторно – границы сердца не изменены, тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 72 удара в минуту. По эхокардиографии – полости сердца не увеличены, признаков гипертрофии миокарда левого желудочка не было. На амбулаторном ЭКГ – мониторингировании пароксизмы не зафиксированы. Велоэргометрию пациент перенёс хорошо, пароксизмы не были спровоцированы. Уровень физической работоспособности оказался высоким. По ЭКГ фиксированы следующие изменения: укорочение интервала P – Q (0,08”), пологая дельта – волна определялась в начальной части QRS, в грудных отведениях расширение комплекса QRS (более 0,12”). На чреспищеводной электростимуляции (при частоте навязывания ритма 190 в одну минуту), была спровоцирована пароксизм суправентрикулярной тахикардии с частотой до 190 в минуту.

1. Выделите ведущие синдромы заболевания.
2. Поставьте диагноз.
3. Какие антиаритмические препараты можно использовать у данного пациента для предотвращения пароксизмов тахикардий?
4. Нужна ли пациенту консультация хирурга-аритмолога?
5. В чём будет заключаться помощь хирурга-аритмолога у данного пациента?

Задача № 1.7.2.

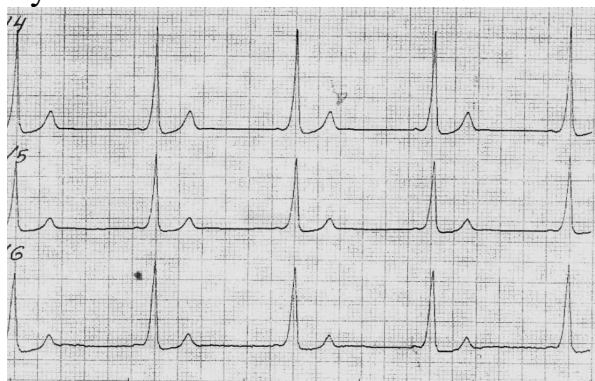
В поликлинику на приём к кардиологу обратился мужчина 35 лет с жалобами на сердцебиение, резкую слабость с отделением холодного пота. Из анамнеза: всегда себя считал здоровым. В юности активно

занимался спортом, имеет спортивный разряд по лёгкой атлетике. Ухудшение состояния в течение последних двух месяцев, когда появились приступы сердцебиений с эпизодами резкой слабости, вплоть до потери сознания. Приступы сердцебиения в среднем до 1 раза в неделю, продолжительностью до 2 – 3 минут. Из анамнеза выяснено, что отец и дед больного умирали скропостижно в молодом возрасте. Объективно: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы обычной окраски. Перкуторно границы сердца в норме. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 72 в минуту, АД 125/80 мм рт. ст. Каких – либо признаков сердечной недостаточности при объективном осмотре у больного не выявлялось. По ЭКГ – вариант нормы. По ЭхоКГ – полости сердца не увеличены, признаков гипертрофии миокарда левого желудочка нет. На амбулаторном ЭКГ – мониторингировании зафиксированы эпизоды преходящей полной блокады правой ножки пучка Гиса с подъёмом сегмента ST до 1.0 мм в отведениях V1 – V3. Консультирован хирургом – аритмологом, рекомендовано электрофизиологическое исследование. При проведении электрофизиологического исследования на высокой частоте электрокардиостимуляции, спровоцирован пароксизм желудочковой тахикардии с частотой 150 в минуту, который купировался самостоятельно в течении 30 секунд. Тем не менее, в этот период наблюдалось значительное снижение АД – до 90/60 мм рт. ст

1. Выделите ведущие синдромы заболевания.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какие антиаритмические препараты можно рекомендовать больному?
4. Нужна ли пациенту консультация хирурга-аритмолога.
5. В чём будет заключаться хирургическая помощь данному больному?

Задача № 1.7.3.

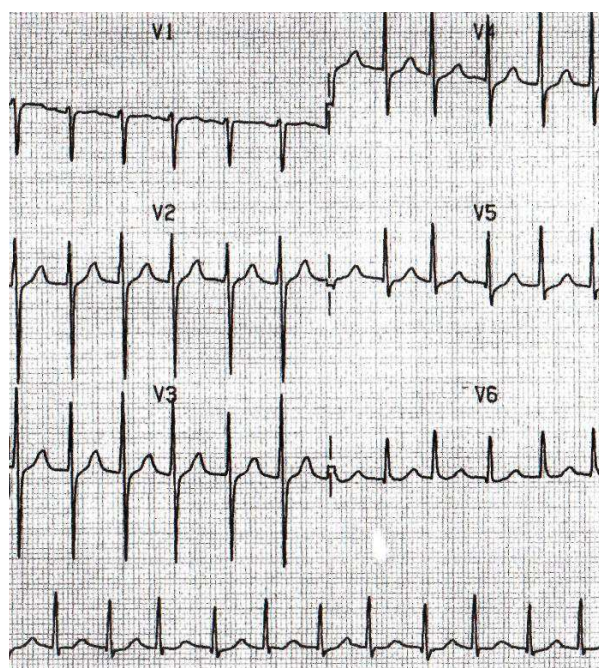
Пациент 18 лет госпитализирован в клинику по направлению РВК. При поступлении предъявлял жалобы на периодически возникающие сердцебиения (в среднем 1 раз в неделю). Возникновение сердцебиений не связано с физической активностью. Больному была сделана ЭКГ, представленная на рисунке.



1. Ваш предварительный диагноз
2. Какие методы дополнительного обследования необходимо провести у больного для уточнения диагноза?
3. Какие препараты можно использовать для консервативного лечения?
4. В чём заключается оперативное лечение?
5. Можно ли признать пациента годным к военной службе?

Задача № 1.7.4.

Пациентка 66 лет поступила в клинику с жалобами на одышку, сердцебиения, боли за грудиной сжимающего характера, возникающие при незначительной физической нагрузке, нередко и в покое, отёки ног. Из анамнеза: страдает сердцебиением в течении 3 лет с периодическим ухудшением состояния. На рисунке представлена ЭКГ больной при поступлении. По ЭхоКГ – размеры сердца увеличены, левое предсердие – 6,0 см.



1. Ваш предварительный диагноз.
2. Если смысл пациентке нормализовывать ритм?
3. Какие препараты можно использовать для контроля частоты желудочковых сокращений?
4. Насколько обязательно назначение пациентке варфарина?
5. Насколько обязательно назначение пациентке дигоксина?

Задача № 1.7.5.

У женщины 48 лет наблюдалась желудочковая экстрасистолия.

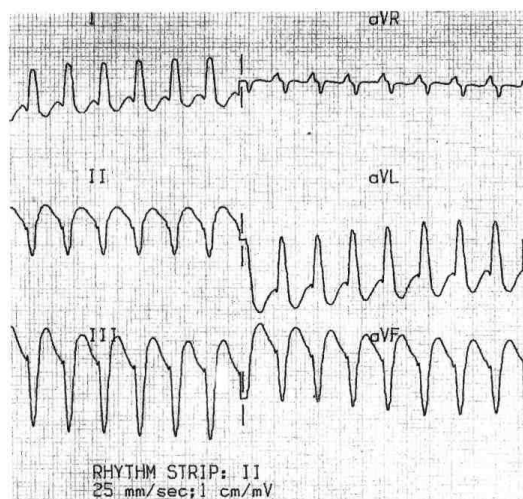
При этом пациентка была вполне сохранна. Не было никаких явных проявлений стенокардии, ХСН. Отец пациентки умер в молодом возрасте от инфаркта миокарда. В крови фиксировались повышенные цифры общего холестерина (6,8 ммоль/л), липопротеидов низкой плотности. При проведении ВЭМ на высоте нагрузки появились «пробежки» желудочковой тахикардии – рис.



1. Ваш предварительный диагноз.
2. Дальнейший план обследования больной.
3. План лечения.
4. Какие антиаритмические препараты более предпочтительны для подавления желудочковой экстрасистолии?
5. Какой, по Вашему мнению, прогноз у пациентки?

Задача № 1.7.6.

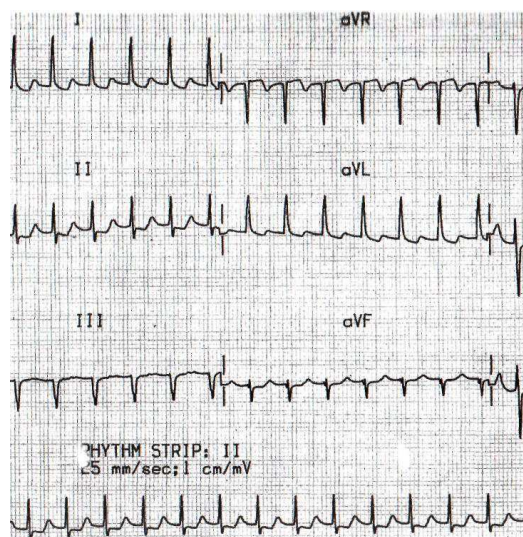
Женщина 78 лет доставлена в отделение интенсивной терапии с умеренным головокружением и одышкой. Из анамнеза известно, что клиника ИБС, стенокардии напряжения в течение 5 лет. За 1 год до настоящей госпитализации перенесла инфаркт миокарда. Объективно: ЧСС – 160 в 1 мин, тоны глухие, ритмичные, АД 90/50 мм рт. ст. В лёгких – единичные влажные хрипы в нижних отделах, печень выступает из – под края рёберной дуги на 2 см, небольшие отёки голеней. Снята ЭКГ – рис.



1. Какое нарушение ритма имеет место у больной?
2. Ваш предварительный диагноз.
3. Какие препараты наиболее предпочтительны для купирования имеющей место пароксизмальной тахикардии?
4. Какие препараты категорически нельзя использовать для купирования данной пароксизмальной тахикардии?
5. В случае неэффективности антиаритмических препаратов, какие можно использовать нефармакологические методы восстановления ритма?

Задача № 1.7.7.

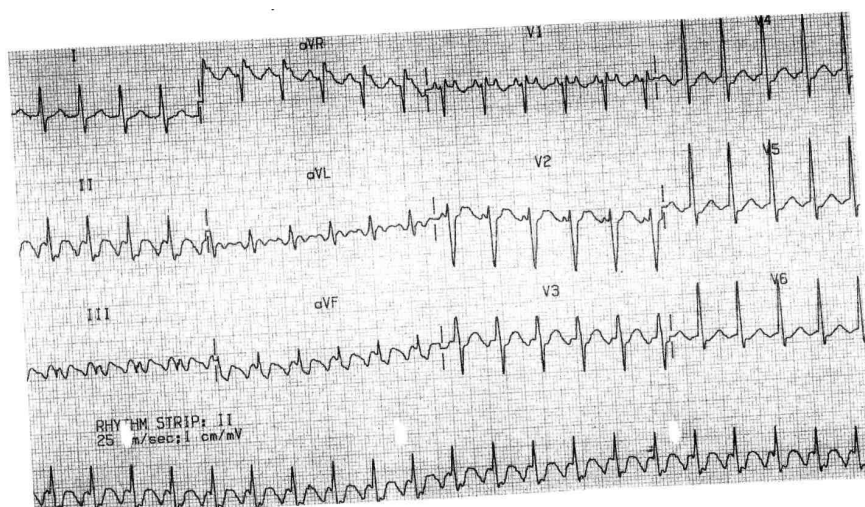
В клинику обратился мужчина 48 лет с жалобами на сердцебиение. Из анамнеза известно, что пароксизмы сердцебиений беспокоят больного довольно часто – в среднем 1 раз в месяц. Чаще всего они провоцируются физическими нагрузками. Объективно: больной сохраненный, каких либо явных проявлений ХСН нет. ЧСС – 158 в 1 мин, тоны ритмичные, АД – 110/70 мм рт. ст. Снята ЭКГ, на которой выявлена пароксизмальная тахикардия с ЧСС – 158 в 1 мин, депрессия сегмента ST до 1,5 мм горизонтального характера во II отведении, V4 – V6.



1. Какой пароксизм имеет место у больного (суправентрикулярный или желудочковый)?
2. Какие признаки позволяют дифференцировать суправентрикулярную пароксизмальную тахикардию от желудочковой?
3. Ваш предварительный диагноз.
4. План обследования больного.
5. Какие препараты наиболее предпочтительны в данном клиническом случае для купирования пароксизма?

Задача № 1.7.8.

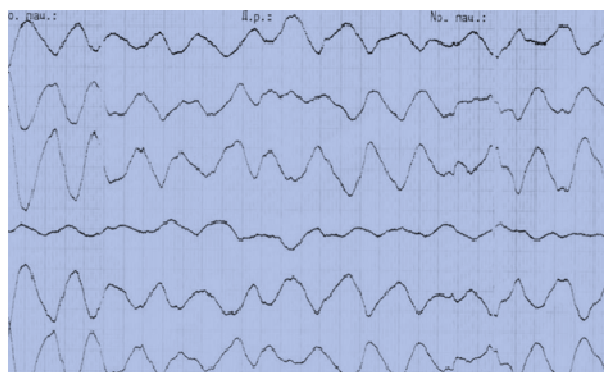
Мужчина 43 лет обратился в клинику с жалобами на сердцебиение. Ранее ничем не болел. Пароксизм сердцебиений возник впервые в жизни. Объективно на момент осмотра: гемодинамические показатели в норме. Проявлений ХСН нет. АД 120/80 мм рт. ст. Перед приступом сердцебиений длительное время инсолировался на солнце. По ЭхоКГ – размеры камер сердца в норме. Снята ЭКГ – рис.



1. На представленной ЭКГ пароксизм суправентрикулярной тахикардии или ритмированная форма трепетания предсердий?
2. Каковы неотложные мероприятия для нормализации ритма?
3. Какие фармацевтические препараты можно использовать для нормализации ритма?
4. Нужно ли пациенту перед нормализацией ритма вводить гепарин?
5. Нужно ли больному какое-то время после нормализации ритма принимать варфарин?

Задача № 1.7.9.

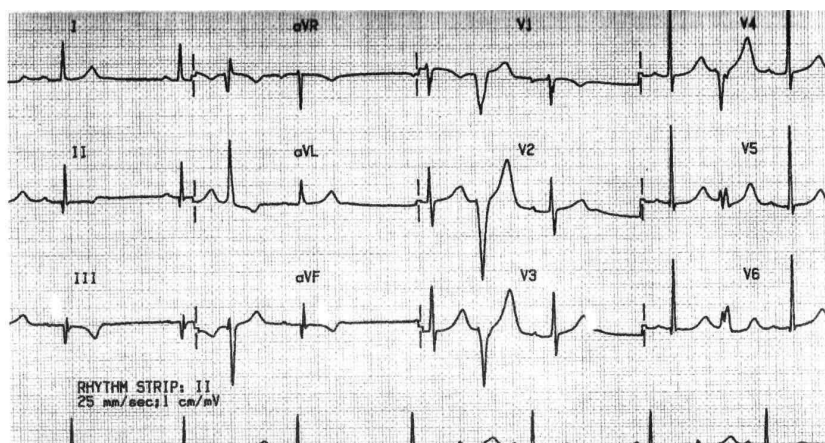
Больной 58 лет, находившийся в инфарктном отделении, внезапно потерял сознание. Кожа стала серого цвета, покрылась липким потом. Сердечные тоны перестали выслушиваться, аАД не определялось, зрачки на свет не реагировали. Экстренно снята ЭКГ – рис.



1. На представленной ЭКГ желудочковая тахикардия или трепетание желудочков?
2. Какие ЭКГ – признаки указывают на трепетание желудочков?
3. Какие клинические признаки указывают на трепетание желудочков?
4. Неотложные мероприятия.
5. Можно ли на фоне трепетания желудочков вводить антиаритмические препараты в/в?

Задача № 1.7.10.

Мужчина 53 лет не предъявляет никаких жалоб. При прохождении профилактического осмотра на ЭКГ выявлена редкая желудочковая экстрасистолия, которую больной не чувствует. Объективно: признаки патологии органов кровообращения не определяются, каких либо проявлений ХСН нет. Липиды крови в норме. ВЭМ – толерантность к физическим нагрузкам высокая, признаков коронарной недостаточности не выявлено. Представлена ЭКГ с желудочковой экстрасистолией – рис.

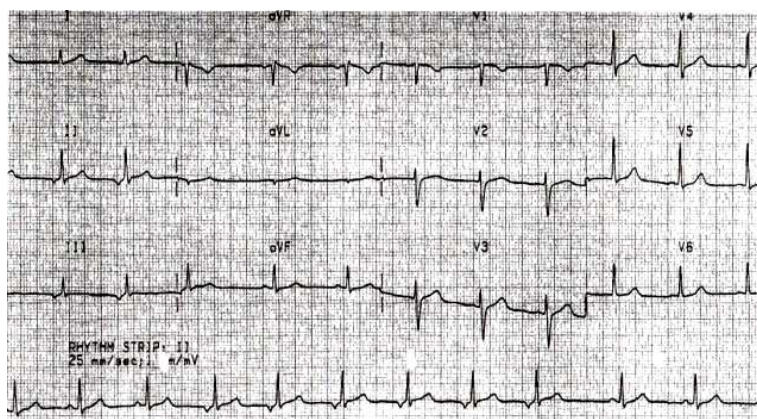


1. Какие желудочковые экстрасистолы определяются на ЭКГ?
2. Нуждается ли пациент в антиаритмической терапии?
3. Есть ли необходимость пациенту проводить амбулаторное ЭКГ-мониторирование
4. Нужна ли пациенту радиоизотопная сцинтиграфия миокарда, вентрикулография ?
5. Нужна ли пациенту коронароангиография?

Тема 1.8.: «Нарушения ритма сердца и проводимости: брадиаритмии».

Задача 1.8.1.

Школьница 16 лет, активно занимается спортом (имеет разряд по баскетболу), жалоб не предъявляет. При случайном ЭКГ – обследовании выявлено нарушение ритма – миграция водителя ритма с синусового узла к атриовентрикулярному узлу – рис. При объективном осмотре – какой-либо патологии со стороны сердечно-сосудистой системы не выявлено.

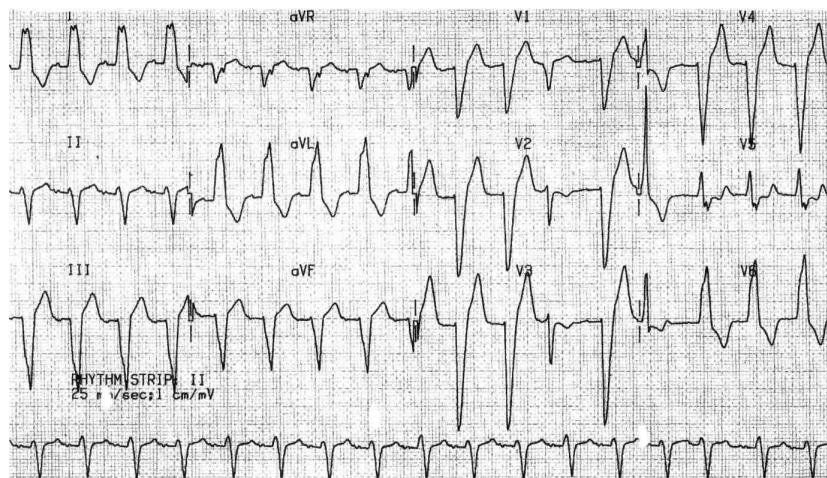


1. Ваш диагноз.
2. Связано ли, по Вашему мнению, представленное нарушение ритма и проводимости с какими – то органическими изменениями в синусовом или атриовентрикулярном узлах?

3. Связано ли представленное нарушение ритма с усиленным занятием физической культуры?
4. Есть ли необходимость в проведении диагностической атропиновой пробы?
5. Требуется ли в представленном клиническом случае медикаментозная терапия?

Задача 1.8.2.

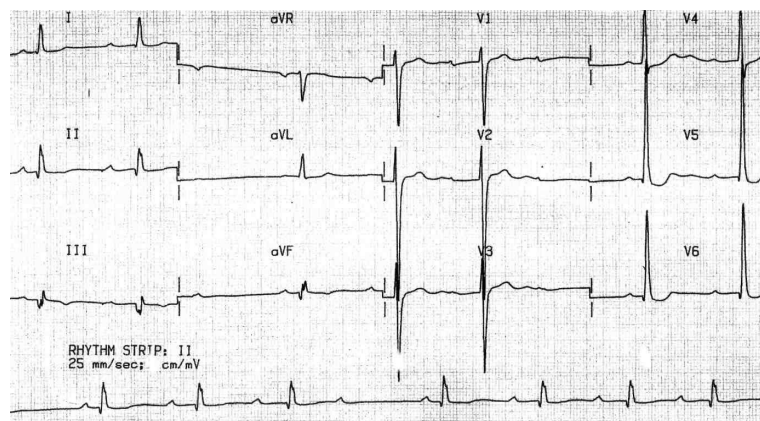
В клинику обратилась женщина 70 лет. Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке. В покое постоянной одышки нет, но периодически приступы сердечной астмы. В течение 10 лет клиника ИБС, стабильной стенокардии напряжения. Инфаркт миокарда перенесла 3 года назад. Длительное время (более 20 лет) страдает гипертонической болезнью. По ЭКГ, снятой в приёмном отделении – ритм синусовый с ЧСС 107 в 1 мин, имеет место блокада ножки. При анализе старых ЭКГ выяснено, что блокада появилась 3 года назад. При объективном осмотре – выслушиваются застойные хрипы в нижних отделах лёгких справа и слева, АД 140/100 мм рт. ст. На голенях отёчность. По ЭхоКС: увеличение левых отделов сердца (особенно левого желудочка), признаки умеренной гипертрофии левого желудочка, участки гипокинезии в области передней стенки левого желудочка.



1. Какое нарушение проводимости на представленной ЭКГ?
2. Назовите отличительные признаки блокады.
3. С чем связано, по Вашему мнению, появление блокады у пациентки?
4. Ваш клинический диагноз.
5. Какие препараты противопоказаны больной из-за нарушения проводимости?

Задача 1.8.3.

Мужчина 66 лет обратился в клинику с жалобами на периодически возникающие головокружения без приступов потери сознания. Головокружения чаще провоцируются физической нагрузкой, реже – нервно – эмоциональным перенапряжением. В среднем головокружения возникают один раз в 7 – 10 дней. Головокружения обычно возникают на короткий период (несколько секунд). Из анамнеза: страдает ИБС, стабильной стенокардией напряжения II ФК. Ангинозные приступы бывают редко. По натуре – человек активный, занимает крупную административную должность. Работать приходится очень много, часто – в ночное время. Из сопутствующей патологии – в течении последних 5 лет отмечаются эпизоды повышения АД с максимальными цифрами до 160/100 мм рт. ст. Гипертензионный синдром хорошо контролируется медикаментозными препаратами. В плановом порядке принимает бета-адреноблокатор (метопролол сукцинат), ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) – престариум, индапамид ретард. При объективном осмотре: состояние ближе к удовлетворительному. Границы сердца в норме, Чсс – 58 в минуту, пульс неритмичный, АД 130/80 мм рт. ст. Сделана ЭКГ, на которой выявлено нарушение атриовентрикулярной проводимости, в связи с чем госпитализирован в кардиологическое отделение.

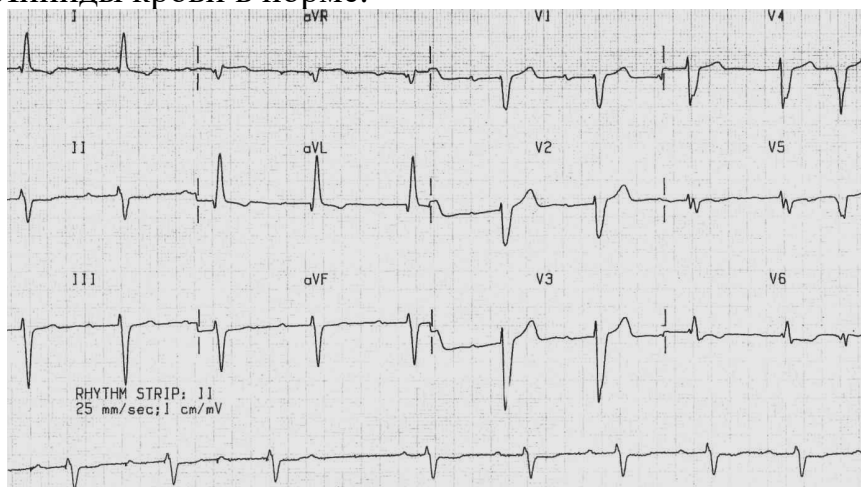


1. Какая разновидность атриовентрикулярной (АВ) блокады имеет место у больного?
2. Ваш клинический диагноз.
3. Что, по Вашему мнению, явилось причиной АВ блокады?
4. Какие из используемых пациентом препаратов необходимо отменить?
5. Ваша дальнейшая тактика в отношении больного.

Задача 1.8.4.

При случайном обследовании у мужчины 73 лет выявлено нарушение АВ проводимости. Никаких жалоб пациент не предъявлял. Из анамнеза выяснено, что пациент в течение 10 лет болен гипертонической болезнью с умеренным повышением АД (максимальные цифры до

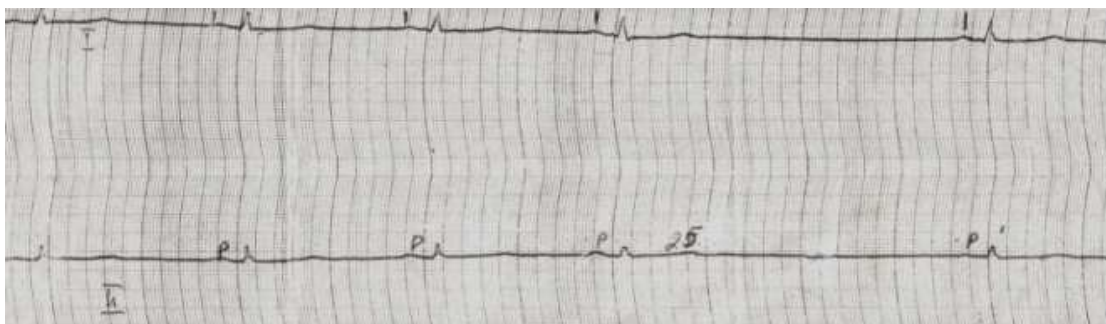
150/95 – 100 мм рт. ст). При объективном осмотре – данных за ХСН нет. На рис представлена ЭКГ больного. При ЭхоКС исследовании – камеры сердца не увеличены, имеет место умеренная гипертрофия левого желудочка. Липиды крови в норме.



1. Какое имеет место нарушение АВ проводимости на представленной ЭКГ?
2. Ваш диагноз.
3. Есть в данном клиническом случае необходимость в приёме антиаритмических препаратов?
4. Есть ли абсолютные показания к имплантации ЭКС?
5. Нужно ли пациенту наблюдение врача-аритмолога?

Задача 1.8.5.

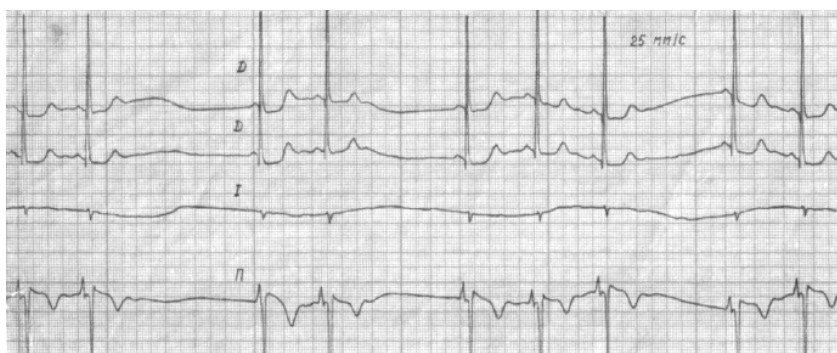
Женщина 55 лет обратилась в клинику с жалобами на частые головокружения, эпизоды потери сознания. Головокружения беспокоят 2 года, часто при этом фиксируется редкий пульс (со слов пациентки до 40 в минуту). Никогда нигде не обследовалась. В течение последних 3 месяцев появились синкопальные состояния с потерями сознания до нескольких секунд. Первоначально приступы потери сознания повторялись с периодичностью 1 раз в месяц. В последний месяц эти приступы участились до 2 раз в неделю. Пациентка, кроме того, страдает гипертонической болезнью с максимальными подъёмами АД до 160/100 мм рт. ст. АД хорошо контролируется гипотензивными препаратами. Принимает эналаприл (ренитек) в суточной дозе 10 мг. При объективном осмотре – каких – либо признаков ХСН нет. ЧСС – 50 вмин, АД 122/80 мм рт. ст. На ЭКГ, снятой в приёмно – диагностическом отделении фиксируется нарушение синоатриальной проводимости с паузами асистолии для желудочков до 4 секунд – рис.



1. Какая разновидность синоатриальной блокады (САБ) имеет место у больной?
2. Ваш диагноз.
3. Есть ли у пациентки абсолютные показания к имплантации ЭКС?
4. До имплантации ЭКС какие антиаритмические препараты можно применять?
5. Какой тип ЭКС лучше всего подходит пациентке?

Задача 1.8.6.

Мужчина 59 лет обратился в клинику с жалобами на периодически возникающие головокружения без потери сознания. Головокружения возникают редко (в среднем 1 раз в 2 месяца), в основном провоцируются физическими нагрузками. Кроме того у больного в течении последних 3-х лет клиника ИБС, стабильно стенокардии напряжения II ФК. Объективно: больной вполне сохранный, признаков застойной ХСН нет. ЧСС 55-60 в мин, тоны аритмичные, АД 120/80 мм рт. ст. На ЭКГ, снятой в приёмно-диагностическом отделении (одно отведение с пищеводным датчиком) фиксируется нарушение синоатриальной проводимости – рис.

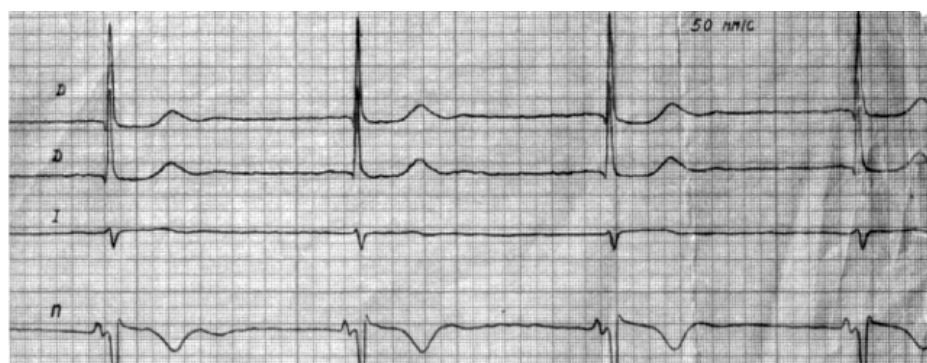


1. Какая разновидность САБ имеет место у больного?
2. Ваш диагноз.
3. Какой план дообследования?
4. Какие результаты амбулаторного ЭКГ-мониторирования будут указывать на необходимость имплантации ЭКС?
5. Какие результаты чреспищеводной электрической стимуляции

левого предсердия (ЧЭСЛП) будут указывать на необходимость имплантации ЭКС?

Задача 1.8.7.

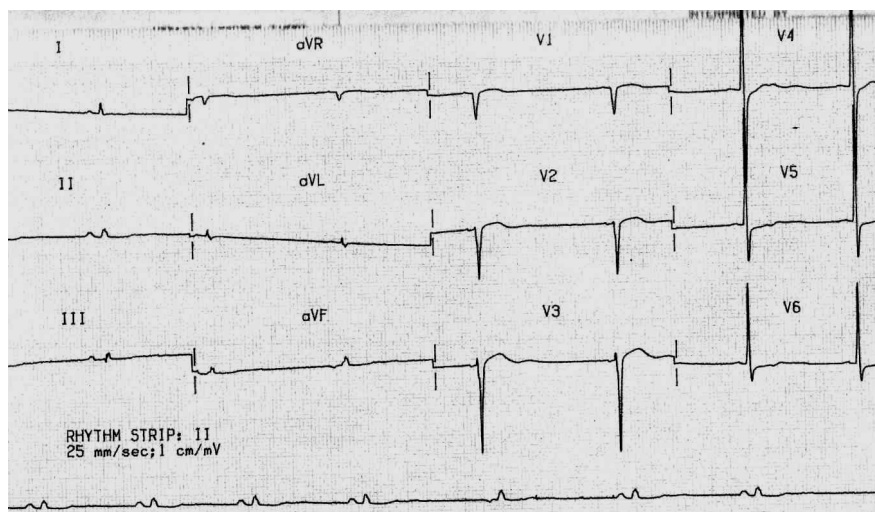
У больного 60 лет, страдающего ИБС, стабильной стенокардией II ФК, постоянно фиксируется выраженная и стойкая синусовая брадикардия с урежением ритма до 38 в минуту – рис. Больной не жалуется на головокружение, приступов потери сознания также не наблюдалось. При физикальном обследовании: пациент сохранный, признаков ХСН нет.



1. Ваш диагноз.
2. Требуется ли пациенту имплантация ЭКС?
3. Какие методы углублённого обследования можно провести у пациента для уточнения степени поражения синусового узла?
4. Возможно ли пациенту для лечения стабильной стенокардии применить бета-адреноблокаторы?
5. Какие препараты можно использовать в данной ситуации для улучшения работы синусового узла?

Задача 1.8.8.

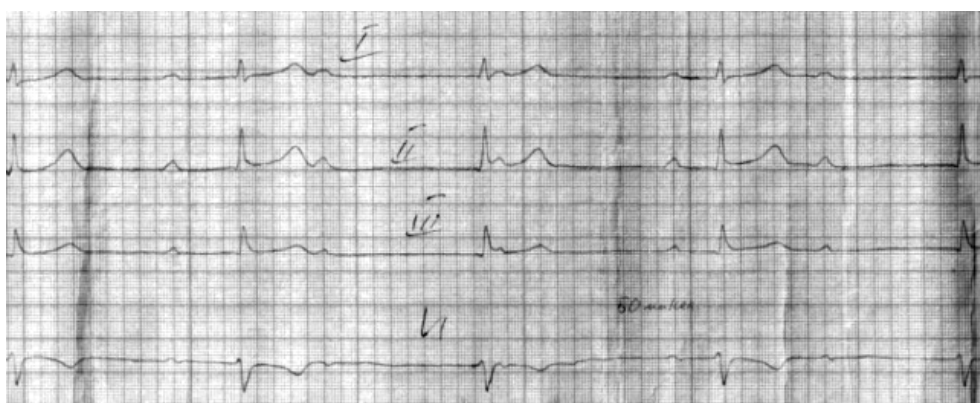
Мужчина 64 лет, жалоб не предъявляет. Наблюдается по поводу ИБС, стабильной стенокардии II ФК. На ЭКГ регистрируется постоянная синусовая брадикардия с ЧСС до 54 в 1 мин, периодически паузы «ареста синусового узла», протяжённостью до 1300мсе. В паузе определяются выскальзывающие нижнепредсердные комплексы.



1. Ваш диагноз.
2. Подлежит ли представленная синусовая брадикардия медикаментозной терапии?
3. Нужно ли подавлять выскальзывающий нижнепредсердный эктопический ритм?
4. Какую роль играет выскальзывающий комплекс?
5. Есть ли необходимость в имплантации ЭКС?

Задача 1.8.9.

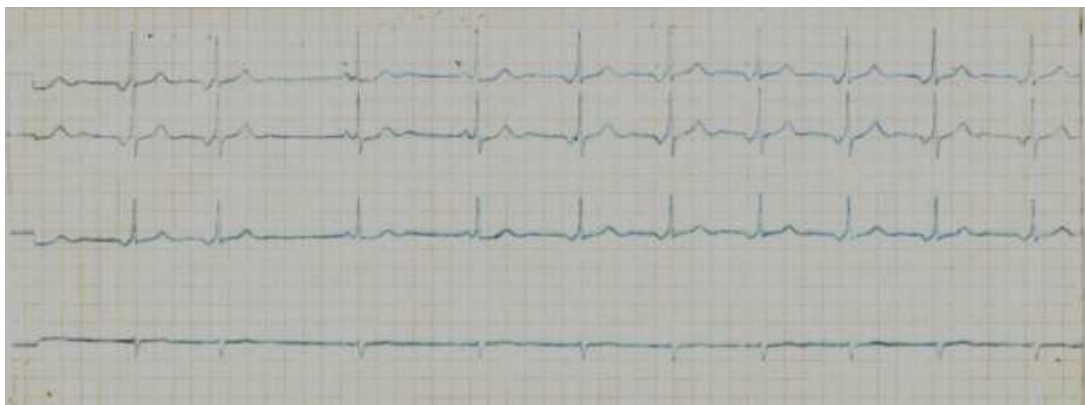
Подросток 16 лет поступил на обследование по направлению медицинской комиссии РВК. Жалоб при поступлении не предъявлял. На ЭКГ – полная поперечная блокада с частотой синусового ритма – 58 вмин, желудочкового ритма – 42 в мин. При объективном осмотре каких либо проявлений сердечной недостаточности нет. Пациент хорошо переносит физические нагрузки.



1. Ваш диагноз.
2. Укажите причину полной поперечной блокады.
3. Нужен ли в данном случае ЭКС?
4. Каков прогноз у пациента?
5. Какой тип ЭКС необходим данному пациенту?

Задача 1.8.10.

Молодой человек 24 лет поступил на обследование по направлению медицинской комиссии РВК. Жалоб при поступлении не предъявлял. При объективном осмотре определялась дыхательная аритмия с тенденцией к брадикардии с ЧСС – 54 в мин. По ЭКГ – миграция водителя ритма от синусового узла к предсердиям.



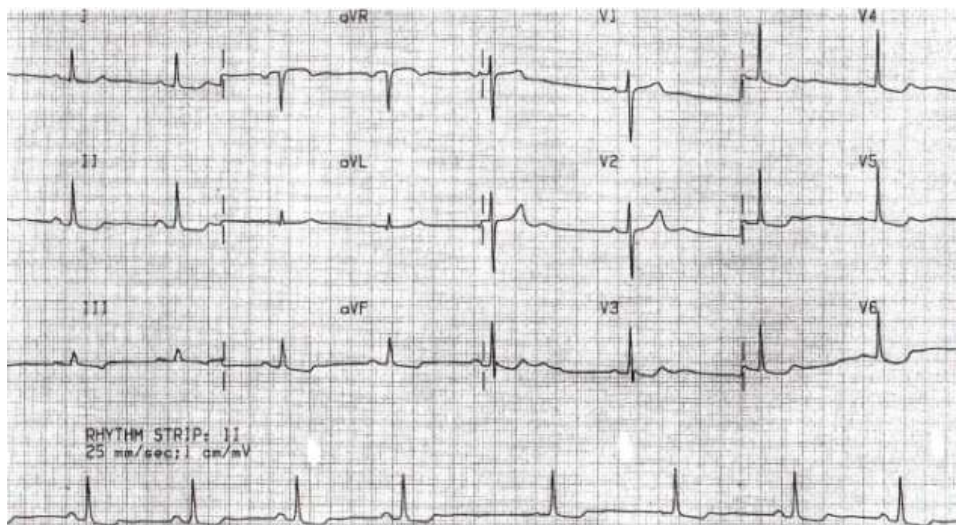
1. Ваш диагноз.
2. Какие необходимо сделать дополнительные методы обследования?
3. Каков генез представленного нарушения ритма?
4. Требуется ли данное нарушение ритма медикаментозной терапии?
5. Есть ли необходимость в имплантации ЭКС?

Тема 1.9.: «Нарушения ритма сердца и проводимости: сложные нарушения ритма».

Задача 1.9.1.

Женщина 77 лет. Жалоб не предъявляет. На ЭКГ – упорная умеренная синусовая брадикардия с ЧСС – 58 в 1 мин. На некоторых участках ЭКГ фиксируются периоды «ареста» синусового ритма с паузами до 1900 мсек и выскальзывающими сокращениями из нижнего отдела правого предсердия – рис. С ЧСС для желудочкового ритма – 50 в 1 мин. На в\в введение атропина из расчёта 0,02 мг/кг массы тела – максимальное ускорение ритма до 80 в минуту (проба положительная). При проведении медикаментозной вегетативной блокады – максимальное учащение синусового ритма – 65 в мин (при должной по возрасту – 74 в мин (проба положительная). Из анамнеза жизни: в течении 6 лет клиника ИБС, стабильной стенокардии напряжения III ФК. В течении 20 лет – гипертензионный синдром с максимальными подъёмами АД до 190/100 мм рт. ст. АД хорошо контролируется медикаментозными препаратами. Бета-адреноблокаторы, амиодарон,

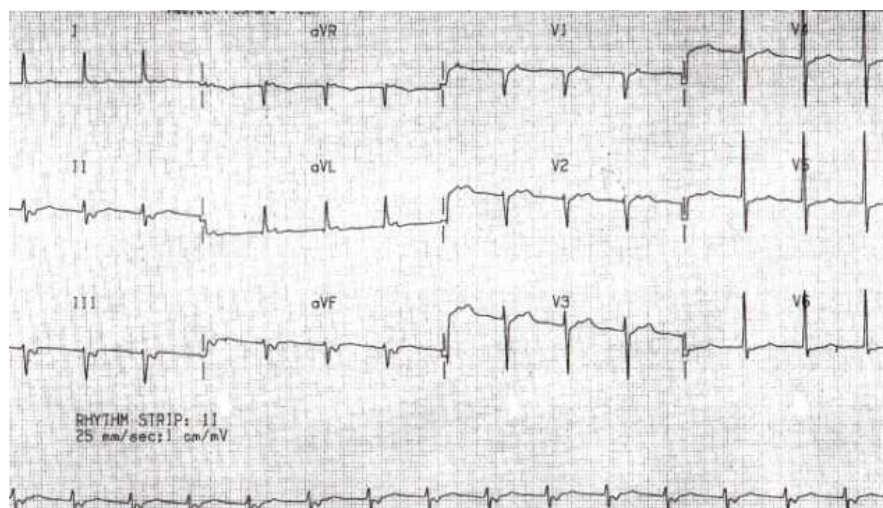
антагонисты ионов кальция из группы верапамила пациентка не получает.



1. Ваш диагноз.
2. На чём основан диагноз?
3. Каковы основные этиологические факторы развития СССУ?
4. Почему на фоне синусовых пауз (эпизодов «ареста» синусового ритма) у пациентки нет приступов синкопе и пресинкопе?
5. Нужна ли в данном клиническом случае медикаментозная коррекция СССУ?

Задача 1.9.2.

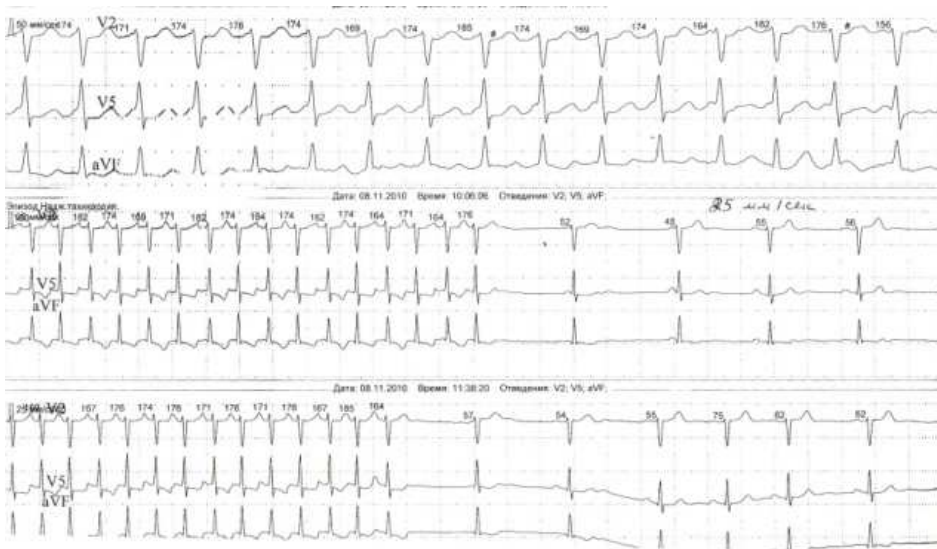
Мужчина 65 лет без явных проявлений ИБС, гипертонической болезни в течение 2 – х лет наблюдался по поводу выраженной синусовой брадикардии с урежением ритма до 40 в минуту. Во время значительного урежения ритма у пациента имели место головокружения без эпизодов потери сознания. Решался вопрос об имплантации ЭКС. Однако, спустя некоторое время головокружения самопроизвольно прекратились, но появились сердцебиения с ЧСС до 96 в мин. ПО ЭКГ – рис зафиксирован ускоренный узловой ритм с частотой - 96 в мин.



1. Ваш диагноз.
2. С чем связано «самоизлечение» СССУ?
3. Нужна ли в дальнейшем имплантация ЭКС?
4. Какой тип ЭКС предпочтительнее в рассматриваемом случае?
5. Поможет ли пациенту медикаментозная коррекция?

Задача 1.9.3.

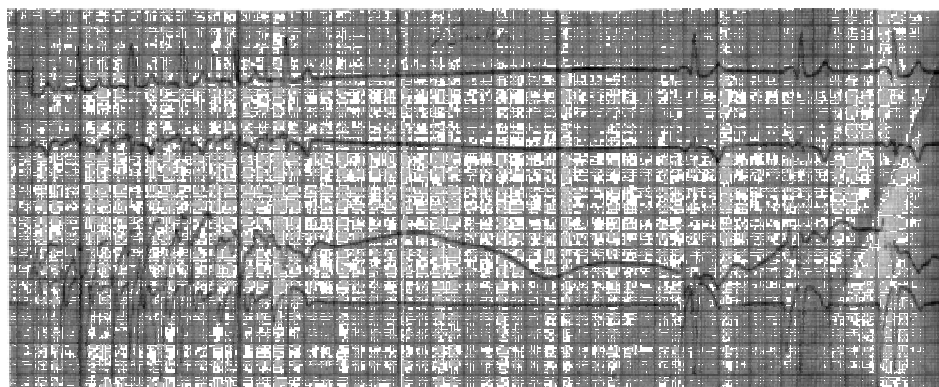
В клинику обратилась женщина 42 лет с жалобами на головокружения без потери сознания, приступы сердцебиений. Каких – либо явных проявлений фоновых заболеваний – ИБС, гипертонической болезни, ХСН у пациентки не наблюдалось. При проведении пробы с дозированной физической нагрузкой на велоэргометре отмечалась «хронотропная некомпетентность» - отсутствие должного учащения синусового ритма. Проба с атропином и медикаментозная вегетативная блокада были положительные. При проведении чреспищеводной стимуляции левого предсердия, максимальная величина ВВФСУ составила 2000 мсек (1400 мсек – верхняя граница нормы). При проведении суточного амбулаторного ЭКГ-мониторирования – на фоне синусовой брадикардии и миграции водителя ритма по предсердиям, зафиксирован эпизод тахисистолической формы фибрилляции предсердий – рис.



1. Ваш диагноз.
2. Какие антиаритмические препараты желательно применять у больной для купирования эпизодов фибрилляции предсердий?
3. Необходимо ли в плановом порядке назначение варфарина?
4. Понадобится ли в перспективе имплантация ЭКС?
5. Какой тип ЭКС более предпочтителен?

Задача 1.9.4.

В клинику обратился мужчина 55 лет с жалобами на частые головокружения, эпизоды потери сознания. При объективном осмотре обращал на себя внимание редкий пульс – 42 в минуту. Каких – либо явных проявлений ИБС, гипертонической болезни, ХСН не отмечалось. На диагностической ЧПСП выявлено удлинение ВВФСУ до 4200 мсек – рис.



1. Ваш диагноз.
2. Есть ли у пациента абсолютные показания к имплантации ЭКС?
3. Какой тип ЭКС наиболее предпочтителен в данном случае?
4. Оправдано ли назначение варфарина в плановом порядке?
5. Эффективна ли консервативная медикаментозная терапия в

данном случае?

Задача 1.9.5.

Женщина 43 лет, жалоб не предъявляет. Работает медицинской сестрой. На ЭКГ, сделанной во время профилактического медицинского осмотра выявлена синоатриальная блокада II степени, тип I с паузами асистолии для желудочков – 2000 мсек – рис. Атропиновая проба и медикаментозная вегетативная блокада положительные. При суточном амбулаторном ЭКГ-мониторировании выявлено несколько эпизодов синоатриальной блокады II степени I типа с паузами асистолии для желудочков 1800 – 2000 мсек. При проведении ЧПСПП – максимальная величина ВВФСУ – 1800 мсек. Каких либо явных проявлений ИБС, гипертонической болезни, ХСН у пациентки выявлено не было.

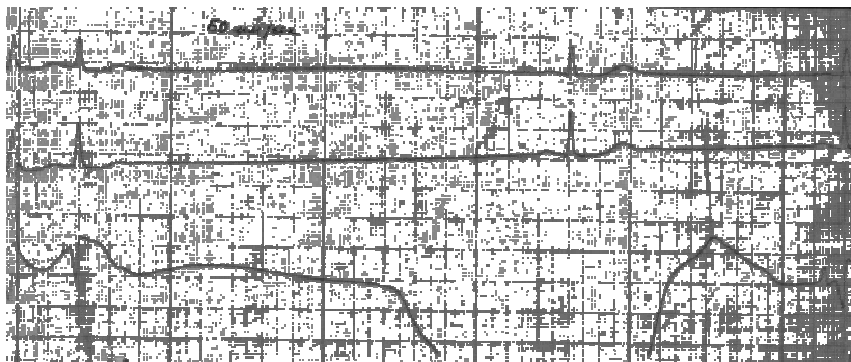


1. Ваш диагноз.
2. Есть ли показания к имплантации ЭКС?
3. Какие препараты можно использовать в качестве консервативной терапии?
4. Нужно ли в плановом порядке использовать варфарин?
5. Какой прогноз у пациентки?

Задача 1.9.6.

В клинике наблюдается мужчина 62 лет с жалобами на частые головокружения, периодически потери сознания (в среднем 1 раз в 2 – 3 месяца). В анамнезе в течение 5 лет клиника ИБС, стабильной стенокардии напряжения II ФК. Кроме того, больной перенёс 2 инфаркта миокарда, последний за 1 год до настоящей госпитализации. В течении последних 6 месяцев стал отмечать у себя редкий пульс (до 44 ударов в 1 мин). Объективно на момент осмотра: сердечные тоны ритмичные, брадикардия с ЧСС – 52 в 1 мин, АД 125/85 мм рт. ст В лёгких чисто, печень у края рёберной дуги, периферических отёков нет. В клинике была проведена проба с в/в введением атропина, проба положительная, ритм участился только до 78 в 1 мин. Проба с дозированной физической нагрузкой на велоэргометре выявила "хронотропную некомпетентность»,

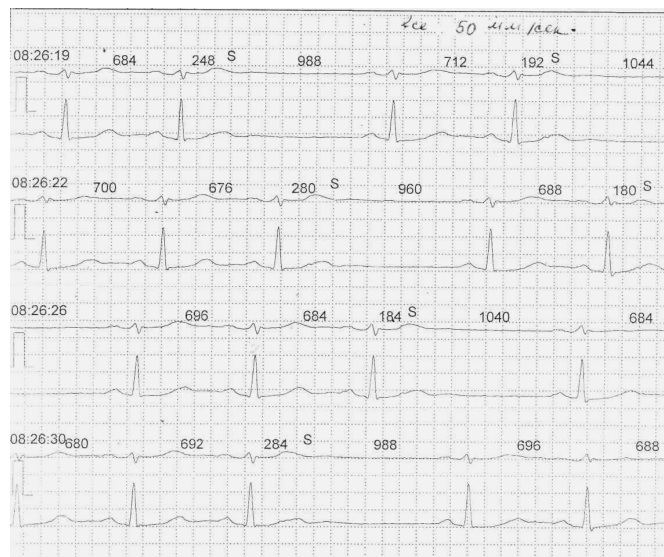
толерантность к физическим нагрузкам средняя, признаков ишемии нет. При проведении ЧПСПП, обнаружено увеличение ВВФСУ до 3400 мсек.



1. Ваш диагноз.
2. Что, по Вашему мнению, явилось ведущей причиной развития СССУ в данном клиническом случае?
3. Укажите верхнюю границу нормы для ВВФСУ.
4. Есть ли абсолютное показание к имплантации ЭКС у рассматриваемого больного?
5. Какой тип ЭКС желателен в данном клиническом случае?

Задача 1.9.7.

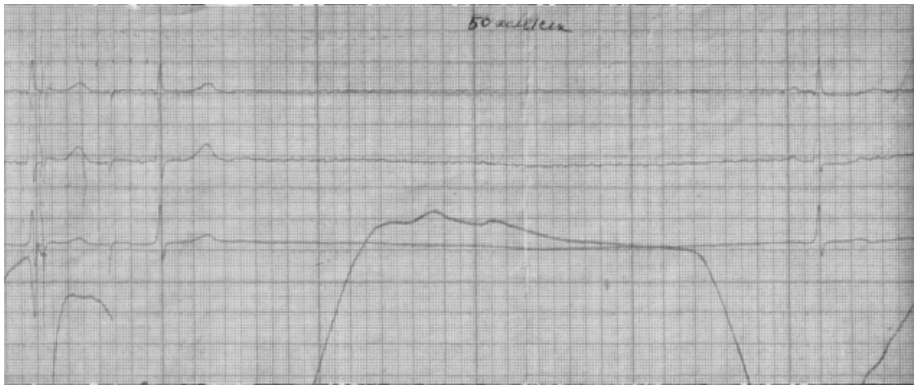
Пациентка в возрасте 54 лет поступила в клинику с жалобами на эпизоды головокружения. Приступов потери сознания не отмечала. Из анамнеза: в течение 8 лет наблюдается повышение АД с максимальными цифрами до 190/110 мм рт. ст. В настоящее время АД хорошо контролируется престариумом (5мг/сут) и индапамидом (1,5 мг/сут). Холестерин крови – 6,3 ммоль/л. Объективно на момент осмотра: сердечные тоны аритмичные, ЧСС – 56 в 1 мин, АД – 130/90 мм рт. ст. Какие – либо проявления ХСН не выявлены. На обычной ЭКГ определяется умеренная синусовая брадикардия с частотой синусового ритма – 55 в 1 мин. Признаков коронарной недостаточности нет. По ЭхоКС определяется умеренное увеличение левого желудочка и незначительная гипертрофия межжелудочковой перегородки. Проба с атропином, вводимым в/в – отрицательная (синусовый ритм участился до 95 в 1 мин). Тем не менее, медикаментозная вегетативная блокада оказалась положительная, истинный ритм синусового узла был реже должного по возрасту. При проведении ВЭМ – отмечалась «хронотропная некомпетентность». На суточном ЭКГ – мониторингировании выявлена синоатриальная блокада II степени, II типа с максимальными паузами для синусового ритма до 960 мсек. При проведении ЧПСПП – максимальная величина ВВФСУ составила 1600 мсек, тем не менее после медикаментозной вегетативной блокады этот показатель снизился до 1120 мсек.



1. Выставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз между СССУ и вегетативной дисфункцией синусового узла.
3. Нужна ли в данном случае имплантация ЭКС?
4. Какие препараты можно предложить пациентке для консервативного лечения?
5. Каков, по Вашему мнению, прогноз в данном клиническом случае?

Задача 1.9.8.

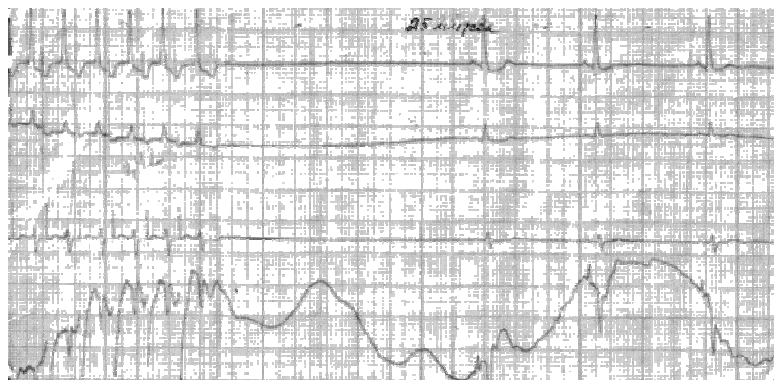
В клинике наблюдается мужчина в возрасте 71 года. Поступил с жалобами на частые головокружения, приступы потери сознания до нескольких секунд. Приступы головокружения появились 6 лет назад, эпизоды потери сознания стали беспокоить больного в течение последнего года. Страдает ИБС, стабильной стенокардией напряжения III ФК. Два года назад перенёс инфаркт миокарда. При объективном осмотре обращала на себя внимание выраженная синусовая брадикардия со снижением ЧСС до 44 в 1 мин, АД – 130/70 мм рт. ст. Явных признаков застойной ХСН на момент осмотра выявлено не было. Проба с атропином положительная. Проба с медикаментозной вегетативной блокадой также положительная. По ВЭМ – снижение «хронотропного резерва сердца». На суточном ЭКГ – мониторингировании выявлены эпизоды урежения синусового ритма до 35 в 1 мин. Во время столь выраженного урежения, больной чувствовал головокружение. При проведении ЧПСПП выявлено значительное увеличение ВВФСУ – до 4240 мсек. Кроме того, во время проведения ЧПСПП выявлялась ранняя АВ блокада, которая имела место при частоте навязывания ритма – 110 в 1 мин (нижняя граница нормы – 140 в 1 мин).



1. Ваш диагноз.
2. Необходим ли больному ЭКС?
3. Какой тип ЭКС предпочтительнее в данном клиническом случае?
4. Какое основное заболевание явилось причиной развития СССУ?
5. Каков прогноз у больного?

Задача 1.9.9.

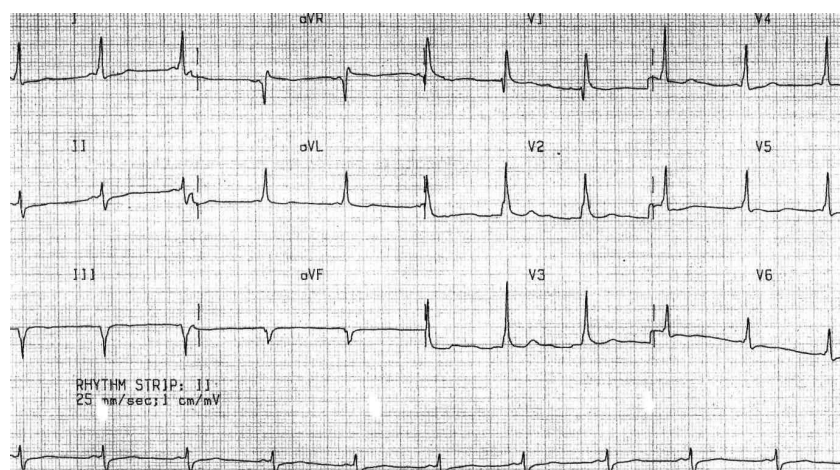
Больной 65 лет предъявляет жалобы на периодически возникающие головокружения, дважды отмечает эпизоды потери сознания продолжительностью до 2 мин. Головокружения беспокоят более 10 лет. Приступы потери сознания наблюдаются в течении последних 6 месяцев. Больной вполне сохранный, явной клиники стенокардии нет. А/Д никогда не поднималось. При физикальном обследовании каких-либо признаков ХСН не отмечалось. Обращала на себя внимание выраженная брадикардия с ЧСС 41 в мин. На амбулаторном суточном ЭКГ-мониторировании резко преобладала синусовая брадикардия, причём в ночное время ритм урежался до 33 в мин. Несколько раз фиксировались эпизоды синоатриальной блокады с паузами асистолии до 2500 мсек. Проба с атропином была положительная – максимальное учащение ритма до 82 в мин. При проведении ВЭМ: толерантность к физическим нагрузкам высокая, но на высоте пороговой нагрузки у больного появилась депрессия сегмента ST до 0,5 мм горизонтального характера, при этом он не испытывал ангинозных болей. Отмечалось отсутствие должного учащения синусового ритма на физическую нагрузку – имела место «хронотропная некомпетентность». При ЧПСПП – максимальная величина ВВФСУ составила 3700 мсек. Определялась скрытая АВ блокада (точка «Венкебаха» составила 100 имп/мин).



1. Ваш диагноз.
2. На каком основании у больного выявлена скрытая АВ блокада?
3. Есть ли у больного абсолютные показания к имплантации ЭКС?
4. Какой тип ЭКС необходим для больного?
5. Можно ли больному назначить бета-адреноблокаторы и если можно, то при каких обстоятельствах?

Задача 1.9.10.

В клинику обратился мужчина 34 лет с жалобами на периодически возникающие сердцебиения, сопровождавшиеся болью в грудной клетке, чувством нехватки воздуха. Сердцебиения беспокоят в течение 8 лет. Первоначально они были достаточно редкими (не чаще 1 – 2 раз в год). В течение последних 3 – 4 месяцев эти приступы участились (до 2 – 3 раз в месяц), стали более продолжительными. При поступлении была сделана ЭКГ, на которой отмечалось резкое укорочение интервала P-Q, наличие дельта – волны в следующих ЭКГ – отведениях: I, II, V2 – V6 отведениях – рис.



1. Ваш предварительный диагноз.
2. План обследования больного.
3. Какой из диагностических тестов является наиболее информативным в выявлении рассматриваемого заболевания?
4. В чём заключается хирургическое лечение заболевания?
5. Какие медикаментозные препараты способны купировать

приступы тахикардии при рассматриваемой патологии?

Раздел 2. «Болезни органов дыхания».

Тема 2.1. «Пневмония».

Задача 2.1.1.

Участковый врач был вызван на дом к больному 38 лет, у которого накануне появилась лихорадка до $38,5^{\circ}\text{C}$, кашель с небольшим количеством мокроты, боли в левом боку при глубоком дыхании и кашле. До этого был вполне здоров. В прошлом заболеваний легких не было. Курит 10 сигарет в день. Аллергия к пенициллину.

При обследовании врач обнаружил признаки очаговой пневмонии слева в нижней доле. Пульс 82 в мин. АД 120/75 мм.рт.ст., температура $37,8^{\circ}\text{C}$.

1. Степень тяжести пневмонии?
2. Какие признаки пневмонии мог обнаружить врач?
3. Обязательна ли госпитализация?
4. Какое антибактериальное лечение показано?
5. Какие дополнительные исследования показаны?

Задача 2.1.2.

Больной 32 лет, поступил с жалобами на кашель с выделением мокроты ржавого цвета, боли в правом боку при дыхании, озноб, повышение t до 39°C , одышку. Заболел остро, накануне, после охлаждения.

Состояние больного тяжелое, ЧДД 40 в мин., при перкуссии справа спереди ниже IV ребра и сзади от середины лопатки притупление перкуторного звука. Выслушивается бронхиальное дыхание, усиленная бронхофония. Пульс 96 уд/мин, АД 90/60 мм.рт.ст., t $38,8^{\circ}\text{C}$.

1. Какой процесс в легких?
2. Какое исследование необходимо для подтверждения диагноза?
3. Вероятный возбудитель? Как его выявить?
4. Какое антибактериальное лечение предпочтительно?
5. Тактика лечения?

Задача 2.1.3.

Больной 30 лет, перенес ОРВИ, через неделю усилился кашель, t $37,5^{\circ}\text{C}$, недомогает. Лечился самостоятельно бисептолом. К врачу обратился через неделю.

Объективно: состояние удовлетворительно. В легких в области S10 справа жесткое дыхание, усиление голосового дрожания, единичные влажные хрипы.

Р-логически: выявляется очаговое затемнение в S10 справа, СОЭ – 20 мм/час, L – $6,0 \times 10^9/\text{л}$.

1. Выделить синдромы?
2. Ваш диагноз?
3. Наиболее вероятный возбудитель?
4. Выписать антибиотик первого выбора?
5. Выписать альтернативный антибиотик?

Задача 2.1.4.

У больного, 23 лет, 2 дня назад появился озноб, сухой кашель, боль в левом боку, усиливающаяся при глубоком дыхании и кашле, появилась t до $38,5-39^{\circ}\text{C}$.

Из анамнеза: курит в течение 5 лет, последний год беспокоит кашель по утрам, иногда с отделением слизистой мокроты.

Объективно: лицо бледное, лихорадочный румянец слева, герпетические высыпания на губах. ЧДД 28 в мин. При дыхании отмечается отставание грудной клетки слева. Слева ниже угла лопатки определяется усиление голосового дрожания, притупление перкуторного звука, на высоте вдоха выслушивается крепитация.

1. Выделить синдромы?
2. Сформулировать диагноз?
3. Определить место лечения?
4. Назначить лечение?
5. Назначить обследование?

Задача 2.1.5.

Больной 40 лет, поступил с жалобами на кашель с выделением гнойной мокроты с прожилками крови (иногда сгустки), одышку, повышение t до 39°C . Заболел остро 5 дней назад.

Объективно: состояние тяжелое, ЧДД 32 в мин. В легких справа в задне-нижних отделах укорочение перкуторного звука, звонкие мелкопузырчатые влажные хрипы.

На R-грамме: затемнение справа соответственно нижней доли, несколько полостей с уровнем жидкости.

В анализе крови: нейтрофильный лейкоцитоз до $18 \times 10^9/\text{л}$.

1. Выделить синдромы, сформулировать диагноз?
2. Вероятный возбудитель? Как его выявить?
3. Какое антибактериальное лечение показано?
4. Что следует контролировать в процессе лечения?
5. Какой метод лечения следует обсудить помимо антибиотиков?

Задача 2.1.6.

22-летний военнослужащий обратился с жалобами на сильную головную боль, сухой кашель, недомогание, повышение температуры тела до 38°, которые появились три дня назад и постепенно нарастают. При рентгенографии выявлено усиление легочного рисунка в прикорневой области нижней доли левого легкого. Ранее случай сходного заболевания наблюдался у другого военнослужащего этой части.

1. Предположительный диагноз?
2. Определите степень тяжести заболевания?
3. Наиболее вероятная причина болезни?
4. Показания к госпитализации?
5. Стандарт антибиотикотерапии?

Задача 2.1.7. В воинской части отмечено массовое заболевание военнослужащих, протекающее с малопродуктивным кашлем, выраженными явлениями интоксикации и субфебрильной температурой. Наиболее частые рентгенологические находки – двустороннее усиление легочного рисунка в прикорневых областях, полиморфные очаги воспалительной инфильтрации. Антибактериальная терапия амоксициллином, цефалоспоридами оказалась неэффективной.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Степень тяжести заболевания?
3. Вероятная этиология заболевания?
4. Показания для госпитализации?
5. Антибактериальная терапия?

Задача 2.1.8.

Больной Б., 16 лет, госпитализирован в средне-тяжёлом состоянии с жалобами на кашель с жёлтой мокротой до 50 мл. в сутки, боль в правой половине грудной клетки при дыхании и кашле, повышение температуры тела до 39°C, ознобы. Болен на протяжении 3-х недель. Принимал жаропонижающие с кратковременным эффектом. Из анамнеза известно наличие повторных пневмоний с локализацией в нижней и средней долях правого лёгкого. При осмотре: укорочение перкуторного тона, ослабление дыхания, в умеренном количестве влажные хрипы над средней долей правого лёгкого, жесткое дыхание над остальными отделами лёгких. ЧДД 20 в 1мин., АД 110/70 мм рт. ст., ЧСС 96 в 1мин. На рентгенограммах в проекции средней доли справа инфильтрация с чёткой нижней границей, в проекции нижней доли справа усиленный деформированный лёгочный рисунок.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Что необходимо выяснить при сборе анамнеза?
3. Какое исследование показано для уточнения диагноза?

4. Необходимые лабораторные исследования?
5. Показания для назначения антибиотиков?

Задача 2.1.9.

Участковый врач был вызван на дом к больному 38 лет, у которого накануне появилась лихорадка до 38,5°С, кашель с небольшим количеством жёлтой мокроты боли в левом боку при глубоком дыхании и кашле. В прошлом заболеваний легких не было. При обследовании над нижними отделами левого лёгкого укорочен перкуторный тон, усилена бронхофония, ослаблено дыхание, единичные крепитации. ЧДД 24 в мин.. ЧСС 83 в мин., АД 120/76 мм.рт.ст., температура тела 37,5°С.

1. Ваш диагноз?
2. Определите степень тяжести заболевания?
3. Рекомендованные дополнительные исследования?
4. Какие признаки обнаружит врач при дополнительном обследовании?
5. Определите место лечения?

Задача 2.1.10.

У больного с длительной стероидной терапией по поводу СКВ диагностирован инфильтрат в легком с вялым течением, эпизодическое кровохаркание, после курса лечения пенициллином состояние не улучшилось, более того, инфильтрация увеличилась по площади, развился дисбактериоз.

1. Какие заболевания следует дифференцировать в данном случае?
2. Наиболее вероятный диагноз?
3. Какое исследование исключит абсцедирующую пневмонию?
4. Какое исследование исключит инфаркт-пневмонию?
5. Какое исследование исключит аллергическую пневмонию?

Тема 2.2.: «ХОБЛ».

Задача 2.2.1.

На прием в поликлинику обратился мужчина, 65 лет, с жалобами на сухой кашель преимущественно в ночное и утреннее время. Иногда по утрам откашливается 2-3 плевка светлой мокроты. Никогда не болел воспалением легких, простудным заболеваниям не подвержен, даже после значительных охлаждений оставался здоровым. Курит в течение 40 лет по 1-1,5 пачки сигарет в день. Лет 5 назад стал отмечать одышку при нагрузке, кашель в утреннее время с отделением нескольких плевков слизистой мокроты. Особенно выраженными одышка и кашель стали в последний год, из-за кашля стал просыпаться ночью. Объективно: грудная клетка бочкообразной формы, межреберные промежутки расширены. Нижние границы легких опущены на два ребра.

Подвижность нижнего легочного края по всем линиям ограничена до 2-3 см. Дыхание ослабленное, “ ватное “, выдох не удлинен, выслушиваются единичные сухие незвучные хрипы. Частота дыханий в покое 20 в минуту. Границы сердца не изменены, ритм сердца правильный. ЧСС 70 ударов в минуту. Печень не увеличена, отеков нет.

1. Выделите ведущие клинические синдромы?
2. Сформулируйте диагноз?
3. Наметьте план обследования?
4. Рекомендации по профилактике?
5. Рекомендации по лечению?

Задача 2.2.2.

В легочное отделение поступила больная с жалобами на постоянный надсадный кашель, чаще сухой, иногда принимающий приступообразный характер. По утрам после приступа кашля отделяется 3-5 плевков слизисто-гнойной мокроты. Давность заболевания около года. Трижды за это время после переохлаждения отмечает ухудшение состояния, что выражалось в повышении температуры до 38° С, недомогании. Кашель в эти периоды усиливался, количество мокроты не увеличивалось, но она становилась гнойной. Объективно: границы легких не изменены, подвижность нижнего легочного края 7 см. Перкуторно звук легочный. В легких дыхание везикулярное с бронхиальным оттенком, выдох несколько удлинен, прослушиваются незвучные рассеянные сухие и единичные влажные хрипы. Со стороны сердца изменений не выявлено. Застойных явлений нет.

1. Выделите ведущие синдромы?
2. Сформулируйте диагноз?
3. План обследования?
4. План лечения?
5. Рекомендации по «базисной» терапии?

Задача 2.2.3.

Больной в течение многих лет кашляет, последние 3 года с выделением слизисто-гнойной мокроты до 100 мл в сутки, одышка при ходьбе, периодически субфебрильная температура. Курит в течение 20 лет. Объективно: пониженного питания. В легких перкуторный звук с коробочным оттенком, жесткое дыхание, рассеянные сухие басовые хрипы, внизу справа крупнопузырчатые влажные.

1. Какие заболевания можно предположить?
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Какой основной механизм одышки?
4. Какие методы лечения можно рекомендовать?
5. Какие методы профилактики можно рекомендовать?

Задача 2.2.4.

Больной 55 лет, поступил по поводу одышки смешанного инспираторного и экспираторного характера даже при небольшой физической нагрузке, небольшой кашель. Болен около двух лет, в течение которых отмечалось постепенное увеличение одышки, иногда субфебрильная температура. Похудел на 8 кг. Объективно: цианоз, акроцианоз, пальцы в виде "барабанных палочек". В легких ослабленное везикулярное дыхание с укорочением вдоха и выдоха. Крепитирующие хрипы с обеих сторон под лопатками, усиливаются при глубоком дыхании. ЧД - 28 в минуту. Пульс - 98 в минуту. Печень у края реберной дуги. Рентгенография грудной клетки: диффузная сетчатая деформация легочного рисунка, распространенные двухсторонние инфильтративные тени, понижение прозрачности в области нижних легочных полей.

1. Определите степень дыхательной недостаточности (ДН)?
2. Какие заболевания необходимо дифференцировать в первую очередь?
3. Рентгенологические методы подтверждения диагноза?
4. Неинвазивные методы подтверждения диагноза?
5. Инвазивные методы подтверждения диагноза?

Задача 2.2.5.

Пациент М., 40 лет, поступил в клинику с жалобами на кашель, одышку при физической нагрузке и отделение слизисто-гнойной мокроты. Подобные симптомы болезни возникают весной и осенью в течение последних лет. Одышка усиливается. В легких слышны сухие свистящие хрипы. На флюорографии легких – без патологии.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С чем проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие методы функционального обследования необходимо провести?
4. Какие методы лабораторного обследования необходимо провести?
5. Какие группы лекарств можно рекомендовать?

Задача 2.2.6.

Больной 47 лет работает поваром, курит с 14 лет. В течение 4 лет беспокоит надсадный кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, одышка при нагрузке. Грудная клетка бочкообразной формы, надключичные пространства выбухают. Голосовое дрожание ослаблено с обеих сторон. Перкуторно коробочный звук. Дыхание жесткое с удлиненным выдохом, в боковых отделах дискантовые хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе. При функциональном исследовании снижение ОФВ₁, отношение ОФВ₁/ФЖЕЛ = 60% .

1. Сформулируйте предположительный диагноз?

2. Что такое ОФВ₁?
3. Что такое ОФВ₁/ФЖЕЛ?
4. Процент снижения ОФВ₁/ФЖЕЛ, характерный для ХОБЛ?
5. Перечислите 4 механизма бронхообструктивного синдрома?

Задача 2.2.7.

В легочное отделение поступила больная, 62 лет, с жалобами на удушье, длящееся вторые сутки, отеки ног. Десять лет назад перенесла двустороннее воспаление легких, после чего кашель не прошел и беспокоил больную постоянно, носил сухой надсадный характер. Часто после переохлаждения кашель усиливался, появлялась единичными плевками мокрота слизисто-гнойного характера, одышка. Пять лет назад появились приступы удушья, во время которых больная садилась, упираясь руками о край кровати. Приступы сопровождались дистанционными хрипами, к концу приступа отделялась мокрота слизисто-гнойного характера. Приступы снимались приемом эфедрина. Последние три года часто одышка сопровождалась удушьем, не снимаемым в течение нескольких дней. Тогда же появлялись отеки на ногах, тяжесть в правом подреберье, усиливалась постоянная одышка. При осмотре обращает на себя внимание диффузный цианоз, экспираторная одышка. Слизистая глаз инъецирована. Грудная клетка бочкообразной формы, нижние края легких опущены на 2 ребра. Перкуторно - коробочный звук, дыхание резко ослаблено, масса сухих хрипов. Правая граница сердца увеличена на 2 см вправо. ЧСС 100 в минуту, АД 150/90 мм рт.ст. Пальпируется печень на 4 см ниже реберного края.

1. Выделите ведущие синдромы?
2. Предварительный диагноз?
3. Сформулируйте осложнения?
4. План обследования?
5. План лечения?

Задача 2.2.8.

Больной поступил с приступом одышки, удушья. В течение 10 лет страдает хроническим бронхитом с частыми обострениями. Последние 3 года присоединились приступы удушья с затрудненным выдохом, после которых в межприступных периодах сохраняется затрудненное дыхание, кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, повышение температуры тела. Приступы частично купируются внутривенным введением эуфиллина. Объективно: бочкообразная грудная клетка, коробочный звук, жесткое дыхание, рассеянные дискантовые хрипы, усиливающиеся на выдохе.

1. Какой диагноз более вероятен?
2. Необходимый дифференциальный диагноз?

3. Какое функциональное исследование наиболее информативно?
4. Какое лечение показано кроме применения бронхолитиков?
5. Какое обследование необходимо провести для проведения антибактериального лечения?

Задача 2.2.9.

Больной 67 лет страдает ХОБЛ среднетяжелого течения с наличием эмфиземы, БА с частыми обострениями на фоне ОРВИ и желудочковой экстрасистолией на фоне постинфарктного кардиосклероза.

1. Наиболее вероятный тип ХОБЛ?
2. Наиболее вероятная форма БА?
3. Какое функциональное исследование наиболее информативно по легочной патологии?
4. Какое функциональное исследование наиболее информативно по кардиальной патологии?
5. Средство выбора для купирования приступов экспираторного удушья?

Задача 2.2.10.

Больной поступил с тяжелым удушьем. В течение 10 лет страдает хроническим бронхитом с частыми обострениями. Последние 3 года присоединились приступы удушья с затрудненным выдохом, после которых в межприступных периодах сохраняется затрудненное дыхание, кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, повышение температуры тела. Приступы купируются внутривенным введением эуфиллина. Объективно: бочкообразная грудная клетка, коробочный звук, жесткое дыхание, рассеянные дискантовые хрипы, усиливающиеся на выдохе.

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать?
2. Наиболее информативное диагностическое исследование?
3. Какая форма обострения бронхиальной обструкции?
4. Какое лечение показано кроме применения бронхолитиков?
5. Какое обследование необходимо провести для проведения антибактериального лечения?

Тема 2.3.: «Бронхиальная астма».

Задача 2.3.1.

Больной поступил в пульмонологическое отделение с частыми усиливающимися приступами удушья. Страдает бронхиальной астмой в течение 12 лет, возникшей после повторно перенесенной пневмонии. Три года назад при обострении заболевания принимал преднизолон внутрь в течение месяца по 20 мг в сутки. Ухудшение состояния последние 2

недели после заболевания гриппом. Состояние больного ухудшалось постепенно, увеличивалась потребность в бронхолитиках (до 10-14 ингаляций беротека в последние 3 дня, вместо обычных 2-3 раз в сутки). Кашель стал малопродуктивным. ОФВ1-45,5%, ОФВ1/ФЖЕЛ -83%.

1. Ваш диагноз?
2. Степень тяжести обострения?
3. Тактика ведения?
4. Лекарственная терапия?
5. Рекомендации после купирования обострения?

Задача 2.3.2.

Студент жалуется на периодические приступы экспираторного удушья с кашлем и ощущением хрипов и свиста в груди. Болен 2 года. Приступы возникают чаще ночью и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Лекарства не принимал. В весеннее время с детства отмечает аллергический ринит. Курит по 1.5 пачки в день. У матери - бронхиальная астма. При объективном и рентгенологическом исследовании патологии не обнаружено. В анализе крови: эозинофилия - 6%.

1. Какая форма бронхиальной астмы и почему?
2. Какое предупредительное лечение Вы рекомендуете?
3. Какое лечение при очередном приступе удушья?
4. Патофизиология приступа удушья?
5. Трудоспособность?

Задача 2.3.3.

Больная поступила с жалобами на приступы удушья с затрудненным выдохом, кашель с трудно-отделяемой мокротой. С детства частые бронхиты, обострения в весенне-осенний период года. На протяжении последних 5 лет приступы удушья с затрудненным выдохом, купируются ингаляциями сальбутамола. Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура - 37.6°C. ЧД - 20 в минуту. Над легкими коробочный звук, дыхание жесткое с удлиненным выдохом, повсюду сухие дискантовые хрипы. Пульс - 90 в минуту. АД - 140/90 мм рт. ст.

1. Перечислите признаки бронхиальной обструкции?
2. Какая форма бронхиальной астмы при данном обострении, определите степень тяжести обострения?
3. Как объяснить подъем АД во время приступа удушья?
4. Какие исследования необходимы для оценки состояния больной?
5. Лечебная тактика?

Задача 2.3.4. У больной с тяжёлой стероидозависимой бронхиальной астмой на фоне ОРВИ – обострение. Базисная терапия вне обострения включала высокие дозы ИГКС (бекламетазон 1500 мкг и 2 таблетки СГКС (преднизолон).

1. С какого дня острой инфекции при ОРВИ начинается обострение БА?
2. Какую терапию следует назначить с первых катаральных симптомов?
3. Какую дозу СГКС надо дать больному и на сколько дней?
4. Какую дозу ИГКС надо дать больному и на какой срок?
5. Для повышения клинического эффекта терапии ИГКС при плохо контролируемом течении БА какой препарат лучше добавить?

Задача 2.3.5.

Больная 58 лет, в менопаузе, вес 50 кг. курит, злоупотребляет кофе принимает по поводу бронхиальной астмы 2 таблетки преднизолона в течении года и симбикорт 160мкг/4,5 мкг. Беспокоят боли и чувство усталости в спине в положении лёжа и стоя не купируются НПВП. При денситометрии показатели МПК (минеральная плотность кости) в поясничном отделе: Т – индекс – 2,8; Z – индекс - 0,5.

1. Какие факторы риска остеопороза у больной?
2. Для ГКС индуцированного остеопороза наиболее типичными местами переломов являются
3. Какой метод диагностики остеопороза наиболее достоверен?
4. Какие показатели МПК указывают на наличие остеопороза?
5. Показания к денситометрии у данной больной?

Задача 2.3.6.

Больной отмечает аллергию на пыльцу растений. В течение последних 3 лет появились приступы экспираторного удушья в весенне-летнее время. Приступы сопровождались обильным выделением из носа, слезотечением, крапивницей. Мокрота светлая. Кожные пробы выявили аллергию на пыльцу ясеня, дуба. В остальное время года состояние удовлетворительное. Грудная клетка в межприступный период конической формы, перкуторно легочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет.

1. Какая патология предшествовала БА?
2. Какая форма БА имеется у больной?
3. Какие могут быть характерные изменения в анализе мокроты?
4. Какая группа лекарств показана с профилактической целью?
5. Какая группа лекарств показана «по требованию»?

Задача 2.3.7.

В течение 3 лет у больного при употреблении цитрусовых и при физической нагрузке возникают приступы удушья. Проходят самостоятельно, иногда пользуется эуфиллином. При обращении к врачу чувствует себя удовлетворительно. Приступа удушья нет. Дыхание везикулярное.

1. Вероятный диагноз?
2. Какие методы обследования провести для выявления обструкции бронхов?
3. Какие неинструментальные методы могут подтвердить диагноз?
4. Какие инструментальные методы могут подтвердить диагноз?
5. Какая степень начальной терапии показана пациенту?

Задача 2.3.8.

У больного С., 25 лет, в период цветения трав возникают приступы удушья. Заподозрена бронхиальная астма.

1. Какие формы аллергической патологии следует рассматривать?
2. Какая скрининг-диагностика наиболее информативна в данном случае?
3. Какое функциональное обследование необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Какой тест подтвердит диагноз БА?
5. Какое обследование показано для уточнения патогенеза БА?

Задача 2.3.9.

Больная М. много лет страдает бронхиальной астмой средней степени тяжести. Ухудшение отмечает при смене погоды: изменении атмосферного давления, ветре, пурге, снегопаде и т. п. Выходя из тёплого помещения на холод, закрывает нос ладошкой из-за резкого затруднения дыхания. Реагирует бронхоспазмом на стрессы, резкие запахи. При пользовании аэрозольными ингаляторами допускает ошибки – не всегда верно координирует вдох с нажатием колпачка ингалятора. Иногда пользуясь ИГКС развивается стоматит, кандидоз.

1. Особенности течения бронхиальной астмы у этой больной
2. Наиболее оптимальные ингаляторы для этой больной
3. Для профилактики кандидоза, стоматита у больной, что можно посоветовать?
4. При кандидозе что использовать?
5. При тяжёлом приступе удушья, в какой дозе вводить этой больной эуфиллин?

Задача 2.3.10.

Больная - медицинская сестра в процедурном кабинете стационара. Два года назад при контакте с пенициллином стала отмечать першение в

горле, заложенность носа, затем присоединился приступообразный кашель, а позднее - приступы удушья. Дома самочувствие улучшалось. Аллергических и легочных заболеваний в анамнезе нет. При осмотре: состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные. Над легкими перкуторный звук с легочным оттенком. Дыхание везикулярное, хрипов нет. По другим органам - без особенностей.

1. Как оценить приступы удушья?
2. Какое исследование может подтвердить диагноз?
3. Можно ли это заболевание отнести к разряду профессиональных?
4. Как подтвердить это предположение?
5. Какая документация необходима для подтверждения диагноза профессионального заболевания?

Тема 2.4.: «Нагноительные заболевания легких».

Задача 2.4.1.

Больной. 39 лет, поступил с жалобами на кашель с мокротой, кровохарканье, боли в левой половине грудной клетки при дыхании, повышение температуры до 39 С, потливость, слабость. Заболел остро 10 дней назад, когда повысилась температура до 39 С, появился озноб, затем присоединились указанные выше жалобы. Кашель вначале был сухой, мучительный, затем появилась скудная мокрота. За три дня до поступления в стационар количество мокроты заметно увеличилось, в мокроте появились прожилки крови, усилились боли в левом боку. Принимал сульфаниламиды и аспирин. При поступлении: состояние средней тяжести, кожа бледная, влажная. Периферические лимфоузлы не увеличены. Над легкими слева ниже угла лопатки укорочение перкуторного звука, дыхание здесь ослаблено с бронхиальным оттенком, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, пульс 100 уд/мин. АД 90/60 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, влажный. Печень - у края реберной дуги.

Анализ крови : гемоглобин 130 г/л; эритроциты 4,0; лейкоциты 14,0; формула: метамиелоциты 5%, палочкоядерные нейтрофилы 13%, сегментоядерные нейтрофилы 70%, лимфоциты 10%, моноциты 2%, СОЭ 50 мм/ч, токсическая зернистость нейтрофилов.

При рентгеноскопии грудной клетки: слева в нижней доле полость размером 5 x 6 см с перифокальным воспалением. Корни легких не изменены.

1. Поставьте наиболее вероятный клинический диагноз?
2. Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Наметьте план обследования больного?
4. Напишите план лечения?

5. Каков прогноз заболевания?

Задача 2.4.2.

Больной 29 лет. Жалобы на боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе, кашель с выделением обильной мокроты с запахом, лихорадка до 39-40⁰С с ознобами и потом. Заболел остро 3 дня назад, 6 месяцев назад перенес вирусный гепатит. Злоупотребляет алкоголем и курением. Не работает в течение года.

Объективно: масса тела 53 кг., рост 170 см. В легких справа под лопаткой притупление, ослабленное дыхание и бронхофония. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке и у основания мечевидного отростка, усиливающийся на вдохе. Пульс 110 в мин. АД 110/80 мм.рт.ст. На правом предплечье и левом плече следы инъекций и лимфангита. Анализ крови: Hb 136 г/л, L 20·10⁹/л, нейтроф. 85%, лимф. 10%, мон. 5%.

При R-графии грудной клетки: справа в нижней доле выпот, выше 2 округлых затемнения с уровнем жидкости. ЭКГ норма.

1. Каков вероятный характер плеврального выпота и почему?
2. Как объяснить изменения на левой руке?
3. Как объяснить данные аускультации сердца?
4. Какие методы подтверждения диагноза?
5. Антибиотикотерапия?

Задача 2.4.3. У больного 40 лет, на фоне повышения t до 40⁰С, озноба, кашля со зловонной мокротой, появились острые боли в правой половине грудной клетки 2 дня назад, стала быстро нарастать одышка.

При R-исследовании обнаружен абсцесс в S6 справа, гидропневмоторакс.

1. Выделить синдромы?
2. Механизм выпота?
3. Диагноз?
4. Этиологическая терапия?
5. Патогенетическое лечение?

Задача 2.4.4.

Больной поступил с жалобами на кашель с выделением гнойно-кровянистой мокроты, одышкой, повышением температуры до 39⁰С. Заболел остро 5 дней назад. Объективно: состояние тяжелое, одышка (32 в минуту). В легких справа в задненижних отделах укорочение перкуторного звука, звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. На рентгенограмме затемненные справа соответственно нижней доле несколько полостей с уровнем. Лейкоциты крови – 18,2 в формуле - сдвиг влево.

1. Диагноз заболевания легких и его обоснование?

2. Вероятный возбудитель? Как его выявить?
3. Какое антибактериальное лечение показано?
4. Что следует контролировать в процессе лечения?
5. Какой метод лечения следует обсудить помимо антибиотиков?

Задача 2.4.5.

Больной 6 месяцев назад перенес правостороннюю пневмонию с длительной высокой лихорадкой и последующим фебрилитетом. Беспокоит кашель с отделением 100-150 мл в сутки гнойной мокроты неприятного запаха. Голосовое дрожание в нижнем отделе справа усилено, там же притупленно-тимпанический звук, бронхиальное дыхание, крупно- и среднепузырчатые хрипы.

1. Вероятная причина нагноительного синдрома?
2. Чем обусловлены длительная лихорадка и фебрилитет?
3. Что может быть обнаружено на рентгенограмме легких?
4. Какой элемент в мокроте свидетельствует о распаде легочной ткани?
5. Какой метод лечения показан?

Задача 2.4.6.

Больная, 35 лет, поступила в тяжелом состоянии с температурой 40-41 °С и утренним падением температуры больше, чем на один градус; ознобами, потами, резкой слабостью. Больна две недели после криминального аборта. Через неделю от начала болезни появился кашель с гнойной мокротой и запахом до 200 мл в сутки, возникло кровохарканье. Стала нарастать одышка, больная похудела. Объективно : состояние тяжелое. бледный цианоз, пониженное питание, тахипноэ. В легких голосовое дрожание усилено над обеими нижними полями, перкуторный звук укорочен, дыхание жесткое, звучные разнокалиберные влажные хрипы. АД 100/60 мм рт.ст. Пульс 110 уд/мин., ритмичен. Пальпируются увеличенная печень и селезенка.

1. Предварительный диагноз?
2. Ваш план обследования?
3. Ваш план лечения?
4. Место лечения?
5. Какие методы введения антибактериальных препаратов показаны в данном случае?

Задача 2.4.7.

У больного жалобы на боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе, кашель с выделением обильной мокроты с запахом, лихорадка до 39-40°С с ознобами и потом. Заболел остро 3 дня назад. 6 месяцев назад перенес вирусный гепатит. Злоупотребляет алкоголем и курением. Не работает в течение года.

Объективно: масса тела 53 кг, рост 170 см. В легких справа под лопаткой притупление, ослабленное дыхание и бронхофония. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке и у основания мечевидного отростка, усиливающийся на вдохе. Пульс - 110 в мин. АД - 110/80. На правом предплечье и левом плече следы инъекций и лимфангита. Анализ крови: гемоглобин - 136 г/л, лейкоц. – 20,6 нейтр. – 85% лимф. - 10, мон. - 5%. При рентгенографии грудной клетки: справа внизу выпот, выше - два округлых затемнения с уровнем жидкости. ЭКГ - норма.

1. Каков вероятный характер плеврального выпота и почему?
2. Как объяснить изменения на левой руке?
3. Как объяснить данные аускультации сердца?
4. Какие методы подтверждения диагноза?
5. Антибактериальная терапия?

ЗАДАЧА 2.4.8.

У больной с острой абсцедирующей пневмонией ухудшилось состояние - в мокроте со зловонным запахом, которую откашливала больная, появилось большое количество алой пенистой крови. Объективно : больная бледна, одышка до 25 в минуту, пульс 100 уд/мин. АД 110/60 мм рт.ст. Голосовое дрожание справа над нижней долей усилено, легочный звук укорочен, дыхание жесткое, выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы.

1. Чем объяснить кровохарканье?
2. Неотложные мероприятия на догоспитальном этапе?
3. Неотложные мероприятия на госпитальном этапе?
4. Полурадикальные методы остановки легочного кровотечения?
5. Показания к оперативному лечению?

Задача 2.4.9.

У больного, 28 лет, в течение 3-х дней отмечается высокая лихорадка до 38-39⁰С, снижающаяся после отхаркивания обильной (150-200мл) застоявшейся мокроты со зловонным запахом.

Из анамнеза: в детстве пневмонии, с 20-тилетнего возраста диагностирован хронический бронхит. В течение последнего года отмечает появление одышки при физической нагрузке.

На R-грамме: усиление легочного рисунка, ячеистость в средней доле слева.

1. Выделить синдромы?
2. О каком заболевании можно думать, прежде всего?
3. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Какое исследование подтвердит диагноз вне обострения?
5. Лечение?

Задача 2.4.10.

У больного периодически с детства в весенне-осенний период кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, субфебрилитет. Последние 3 года часто периоды фебрильной температуры, отделение гнойной мокроты. Отделение мокроты зависит от положения тела. Изменения ногтевых фаланг. Отставание и западение левой половины грудной клетки при дыхании, притупление перкуторного звука, жесткое дыхание, участки средне-пузырчатых хрипов в зоне притупления, уменьшающихся при откашливании. Рентгенологически: уменьшение объема нижней доли слева, деформация легочного рисунка по крупно-ячеистому типу, кистовидные просветления. Анализ крови: гемоглобин 136 г/л лейкоциты 9,4 СОЭ - 38 мм. Моча: белок - 26 г/л. Общий белок крови - 56 г/л.

1. Вероятный диагноз?
2. Какой процесс в легких слева?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Причина протеинурии?
5. Какое исследование показано для уточнения легочного процесса?

Тема 2.5.: «Интерстициальные заболевания легких».

Задача 2.5.1.

Б-ная Е., 50 лет, бухгалтер, поступила в клинику с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и ходьбе, сухой кашель, боли в грудной клетке сзади в верхнем отделе и между лопатками. Болеет на протяжении 3-х лет. В эти же годы страдала поллинозом с клиническими проявлениями заболевания в весенне-летний период. Одышка наиболее выражена в осеннем сезоне года. Обследована в противотуберкулезном диспансере, где на основании рентгенограммы был диагностирован диссеминированный туберкулез легких, назначена медикаментозная терапия, от которой больная отказалась.

При аускультации легких в нижних отделах, больше сзади жесткое дыхание, звучные крепитации. Клинический анализ крови без отклонений от нормы. Показатели функции внешнего дыхания в норме. PaO_2 – 69,8 мм.рт.ст., $PaCO_2$ – 40,8 мм.рт.ст., SaO_2 – 94,2%.

На обзорной рентгенограмме грудной клетки: понижение прозрачности легочных полей в кортикальной зоне и в нижних отделах за счет линейных теней, исходящих от корня, и наличия по ходу их мелких узелков; расширение тени основных ветвей легочной артерии; расширение тени сердца, преимущественно за счет правого желудочка (выбухание легочного конуса) с увеличением второй дуги справа.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Рентгенологическое заключение?
3. Характер течения патологического процесса в легких?
4. Осложнения заболевания?
5. Степень ДН?

Задача 2.5.2.

Больная 40 лет жалуется на выраженную усталость, слабость особенно в утренние часы, непродуктивный кашель, дискомфорт и боль в грудной клетке, боли в суставах, лихорадка. На коже бедра узловатая эритема, рентгенологически – двусторонняя лимфаденопатия корней лёгких. Больна около месяца. В анализах крови лейкопения, СОЭ 45, гипергаммаглобулинемия. Спирография без изменений.

1. Предположительный диагноз
2. Какие необходимы обследования для подтверждения диагноза?
3. Этиология заболевания.
4. Дифференциальный диагноз .
5. Лечение конкретного больного.

Задача 2.5.3.

Б-ная П., 63 года, поступила в клинику на обследование с жалобами на одышку, сухой кашель, резкое ограничение физической активности, кашель. Полгода назад был диагностирован остеохондроз поясничного отдела позвоночника, по поводу которого на протяжении 2-х недель ежедневно внутривенно вводился баралгин, внутрь принимала анальгетики. Вскоре повысилась температура тела, появился кашель. В легких рентгенологически были обнаружены признаки пневмонии, по поводу которой проводилась массивная терапия в виде повторных курсов антибиотиков в сочетании с нестероидными противовоспалительными препаратами, повторно использовался баралгин. Состояние не улучшалось. С предполагаемым опухолевым заболеванием легкого направлена в онкодиспансер, где рентгенологически обнаруженные изменения были расценены как метастазы опухолевого заболевания. Направлена в клинику. При поступлении с учетом рентгенологической картины подтверждено предположение о метастатическом раке легких.

В анамнезе: в последние 15 лет страдает гипертонической болезнью, в связи с чем несистематически принимает клофелин, раунатин.

При обследовании: над грудной клеткой ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. АД 220/110 мм рт. ст. Кровь: СОЭ 25 мм/ч, лейкоц. $5,2 \times 10^9/\text{л}$ (Э – 2, П – 0, С – 75, Л – 21, М – 2), Нв – 150 г/л.

На предоставленное обзорной рентгенограммы легких: на фоне усиленного рисунка легких, более выраженного в нижних отделах, с

обеих сторон множественные, овальной формы, средней интенсивности тени до 2 см. в диаметре; корни расширены, малоструктурны; тень сердца расширена влево за счет увеличения левого желудочка, имеет аортальную конфигурацию; расширение тени восходящей аорты. В первые 2 недели пребывания в клинике проведено расширенное рентгенологическое и эндоскопическое исследование внутренних органов на предмет выявления опухолевого заболевания. Состояние не улучшалось, температура тела была субфебрильной, нарастали симптомы дыхательной недостаточности. Онкологический диагноз снят.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Причина рентгенологических изменений со стороны сердца?
3. Чем обусловлены клинические симптомы заболевания?
4. Чем опровергается диагноз пневмонии?
5. Что необходимо использовать в лечении?

Задача 2.5.4.

Б-ной Е., 43 лет, поступил в клинику с жалобами на постоянную одышку, непереносимость даже малой физической нагрузки, кашель, преимущественно сухой, небольшое кровохарканье, сердцебиения. В школьные годы перенес ревматизм, был диагностирован митральный порок сердца. Одышка, кашель, периодически кровохарканье появились в последние 5 лет, обнаружена мерцательная аритмия.

На обзорной рентгенограмме грудной клетки: тень сердца расширена преимущественно за счет увеличения левого желудочка и левого предсердия со сглаженной талией и выбуханием легочного конуса правого желудочка; выраженное расширение тени основных ветвей легочных артерий. Прозрачность легочных полей снижена за счет усиления легочного рисунка, наличия линейных теней (Керли) с большим количеством узелковых небольшого диаметра образований, расположенных преимущественно в прикорневой зоне и нижних отделах. Справа горизонтальная тень утолщенной междолевой плевры. Двустороннее увеличение бронхопульмональных лимфатических узлов. При биопсии легких – альвеолярные макрофаги, содержащие детриты гемосидерина, участки пневмофиброза различной степени.

1. Рентгенологический диагноз по органам дыхания?
2. Рентгенологический диагноз по сердцу?
3. Чем обусловлено кровохарканье?
4. Чем обусловлена одышка?
5. Окончательный диагноз?

Задача 2.5.5.

Пациента Д., 50 лет, в течение последних 6 лет беспокоят выраженная одышка. При исследовании заподозрен идиопатический фиброзирующий альвеолит.

Первоначальные методы исследования необходимые для верификации диагноза?

1. Клинический метод.
2. Рентгенологический метод.
3. Эндоскопический метод.
4. Лабораторный метод.
5. Морфологический метод.

Задача 2.5.6.

У больной 50 лет с наличием в анамнезе туберкулёза лёгких (лечение в течение двух лет, снята с диспансерного учёта 5 лет назад) появились лихорадка, кашель с небольшим количеством мокроты, одышка. Рентгенологически на фоне посттуберкулёзного пневмосклероза верхней доли левого лёгкого – участки неомогенного затемнения. Проводится дифференциальный диагноз между туберкулёзным процессом и пневмонией неспецифического характера.

1. До получения данных дополнительного обследования наиболее целесообразно назначение: а) цефазолина; б) рифампицина; в) гентамицина; г) фтивазида в сочетании с цефазолином.
2. Вероятный диагноз.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Какое дополнительное обследование для уточнения диагноза.
5. Дальнейшая тактика ведения.

Задача 2.5.7.

В терапевтическое отделение доставлен больной 68 лет в тяжелом состоянии. При обследовании выявлен диагноз. ИБС, стабильная стенокардия III фк., постинфарктный кардиосклероз, НК III ст. При R-исследовании: в области верхушек легких плотные единичные кальцинаты, в правой плевральной полости – жидкость. Анализ плеврального содержимого: d 1010, проба Ривальта (-), лимфоцитов 40%, нейтрофилов 10%, эозинофилов 3%, единичные эритроциты.

1. Какие исследования показаны по кардиологическому диагнозу?
2. Какие исследования показаны по легочному диагнозу?
3. Каков характер плевральной жидкости?
4. Какая причина накопления жидкости?
5. Как оценить очаговые изменения в легких?

Задача 2.5.8.

У больного 40 лет острое повышение температуры до 40°, одышка, сухой кашель, иногда с выделением небольшого количества слизистой мокроты. При осмотре – цианоз губ. Кончиков пальцев рук. Перкуторно лёгочный с тимпаническим оттенком звук, аускультативно жёсткое дыхание, мелкие влажные хрипы, особенно в паравертебральном

пространстве. Селезёнка и печень немного увеличены. Выраженный лабильный пульс и тахикардия. Туберкулиновые пробы ложноотрицательные, со стороны крови лейкоцитоз, моноцитоз, эозинопения, нейтрофильный сдвиг влево, повышенная СОЭ. В моче – белок. Рентгенологическая картина милиарного туберкулёза: в первые дни заболевания выражается диффузным понижением прозрачности лёгких со смазанностью сосудистого рисунка, появлением мелкопетливой сетки вследствие воспалительного уплотнения межуточной ткани. Только на 7-10 день болезни на обзорной рентгенограмме можно увидеть множественные, округлой формы, хорошо отграниченные и расположенные цепочкой очаги размером с просыное зерно, с последующим тотальным симметричным обсеменением лёгочных полей в обоих лёгких мелкими однотипными очагами.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Наиболее информативное рентгенологическое дообследование?
4. Наиболее информативное лабораторное дообследование?
5. Выберите правильную формулировку диссеминированного туберкулёза органов дыхания?

Задача 2.5.9.

Больной Б., 49 лет, машинист тепловоза. Поступил в клинику с жалобами на одышку, редкий кашель, преимущественно сухой, боли в грудной клетке сзади в верхнем отделе и между лопатками, почти не связанные с дыханием. Эти симптомы появились около 5 лет назад и постепенно прогрессируют. В последние 3 года отмечает частые простудные заболевания. Наблюдался у врача поликлиники с диагнозом «хронический бронхит». Состояние ухудшилось 2 недели назад, после перенесенного острого респираторного заболевания. В легких с обеих сторон прослушивается жесткое дыхание с малым количеством непостоянных незвучных высокочастотных (сухих) хрипов, в нижних отделах крепитация. PaO_2 – 57 мм.рт.ст., $PaCO_2$ – 39 мм.рт.ст., SaO_2 – 91,3%. СОЭ – 12 мм/ч, лейкоц. – $4,4 \times 10^9$ /л, эр. – $5,5 \times 10^{12}$ /л. Обзорная рентгенограмма грудной клетки: легочные поля уменьшены в объеме как за счет сужения их с нечетко прослеживаемым респираторным отделом по периферии из-за диффузного сетчатого паутиноподобного фиброза, так и за счет высокого стояния куполов диафрагмы (IV межреберье справа, V ребро слева), с уплощением их и почти полным редуцированием синусов; легочный рисунок с обеих сторон диффузно усилен, с петлистыми и ячеистыми образованиями («усохшие», «мумифицированные» легкие); тень сердца с выбуханием 2-ой дуги слева (легочный конус), расширение 2-ой дуги справа (увеличение правых отделов); выраженное расширение тени основных ветвей

легочной артерии. Из-за уменьшения легочных полей по соотношению к тени сердца создается ложное впечатление о больших размерах сердца.

1. Как сформулировать предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходим дифференциальный диагноз?
3. Какие функциональные исследования наиболее показаны?
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Как сформулировать окончательный диагноз?

Задача 2.5.10.

Больная, 35 лет, поступила в тяжелом состоянии с температурой 40-41°C и утренним падением температуры больше, чем на один градус; ознобами, потами, резкой слабостью. Больна две недели после криминального аборта. Через неделю от начала болезни появился кашель с гнойной мокротой и запахом до 200 мл в сутки, возникло кровохарканье. Стала нарастать одышка, больная похудела. Объективно: состояние тяжелое, бледный цианоз, пониженное питание, тахипноэ. В легких голосовое дрожание усилено над обеими нижними полями, перкуторный звук укорочен, дыхание жесткое, звучные разнокалиберные влажные хрипы. АД 100/60 мм рт.ст. Пульс 110уд/мин., ритмичен. Пальпируются увеличенные печень и селезенка.

1. Предварительный диагноз?
2. Наиболее правильная терминология пневмонии?
3. Ваш план лечения?
4. Какие методы введения антибактериальных препаратов показаны в данном случае?
5. Наиболее оптимальная комбинация антибиотиков?

Тема 2.6.: «Дыхательная недостаточность».

Задача 2.6.1.

На прием в поликлинику обратился мужчина, 66 лет, с жалобами на сухой кашель преимущественно в ночное и утреннее время. Иногда по утрам откашливается 2-3 плевка светлой мокроты. Никогда не болел воспалением легких, простудным заболеваниям не подвержен, даже после значительных охлаждений оставался здоровым. Курит в течение 40 лет по 1-1,5 пачки сигарет в день. Лет 5 назад стал отмечать одышку при нагрузке, кашель в утреннее время с отделением нескольких плевков слизистой мокроты. Особенно выраженными одышка и кашель стали в последний год, из-за кашля стал просыпаться ночью. Объективно: грудная клетка бочкообразной формы, межреберные промежутки расширены. Нижние границы легких опущены на два ребра. Подвижность нижнего легочного края по всем линиям ограничена до 2-3

см. Дыхание ослабленное, “ ватное “, выдох не удлинён, выслушиваются единичные сухие незвучные хрипы. Частота дыханий в покое 20 в минуту. Границы сердца не изменены, ритм сердца правильный. ЧСС 70 ударов в минуту. Печень не увеличена, отеков нет.

1. Выделите ведущие клинические синдромы.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Наметьте план обследования.
4. Рекомендации по профилактике.
5. Рекомендации по лечению.

Задача 2.6.2.

Б-ная С., 45 лет. На протяжении 70 дней находилась в краевой туберкулезной больнице с ошибочно диагностированным туберкулезом легких при безуспешно проводимой интенсивной лекарственной терапии. Отмечалась полисистемность поражения: лихорадка, миокардит, полиартрит, васкулит кожи, гастрит. Потеря массы тела за период заболевания составила 14 кг, больная из-за одышки и интоксикации была лишена возможности самообслуживания и самостоятельно менять положение на койке. В крови: ускорение СОЭ (43-55 мм/ч), лейкоцитоз ($9,5-14,0 \times 10^9/\text{л}$), эозинофилия (18-42%).

На обзорной рентгенограмме грудной клетки: массивная неоднородная инфильтрация левого легкого, наиболее выраженная в нижнем и среднем отделе, уменьшение легочного поля (гиповентиляция), смещение тени средостения влево, высокое стояние купола диафрагмы; интенсивное неоднородное затемнение верхнего отдела правого легкого с расширением тени корня легкого и усилением легочного рисунка.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Обоснование предварительного диагноза?
3. Степень ДН?
4. Что подтверждает предварительный диагноз?
5. Необходимая лекарственная терапия?

Задача 2.6.3.

У больной, 62 лет, последние два года периодически, обычно вечером, когда она, поужинав, ложится спать, возникает удушье, которое сопровождается болями за нижним концом грудины и отрыжкой пищей. Боли и удушье проходят при приеме спазмолитиков (папаверин, но-шпа). Удушье прекращается, когда больная встает с постели. При значительной физической нагрузке возникает одышка.

1. Чем обусловлено удушье у больной?
2. С чем проводить дифференциальный диагноз?
3. Инструментальное обследование?
4. Укажите степень дыхательной недостаточности?

5. Укажите наиболее информативный метод дополнительного исследования?

Задача 2.6.4.

Больной 55 лет, поступил по поводу одышки смешанного инспираторного и экспираторного характера даже при небольшой физической нагрузке, небольшой кашель. Болен около двух лет, в течение которых отмечалось постепенное увеличение одышки, иногда субфебрильная температура. Похудел на 8 кг. Объективно: цианоз, акроцианоз, пальцы в виде "барабанных палочек". В легких ослабленное везикулярное дыхание с укорочением вдоха и выдоха. Крепитирующие хрипы с обеих сторон под лопатками, усиливаются при глубоком дыхании. ЧД - 28 в минуту. Пульс - 98 в минуту. Печень у края реберной дуги. Рентгенография грудной клетки: диффузная сетчатая деформация легочного рисунка, распространенные двухсторонние инфильтративные тени, понижение прозрачности в области нижних легочных полей.

1. Определите степень дыхательной недостаточности (ДН)?
2. Какие заболевания необходимо дифференцировать в первую очередь?
3. Рентгенологические методы подтверждения диагноза?
4. Другие неинвазивные методы подтверждения диагноза?
5. Инвазивные методы подтверждения диагноза?

Задача 2.6.5.

Больной С. 32 года заболел внезапно. Потрясающий озноб, повышение температуры до 40°. Кашель сначала сухой, затем с вязкой ржавой мокротой. Выраженная одышка, боль в грудной клетке справа усиливается при дыхании, сердцебиение, ЧСС 120 в минуту. АД 80/55 мм рт.ст. На губах и крыльях носа герпес. ЧДД 38. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. В лёгких справа в нижнее - задних отделах дыхание не выслушивается, перкуторно – тупой звук. Сатурация кислорода по пульсоксиметрии – 85%.

1. Предположительный диагноз?
2. Какие необходимы обследования для подтверждения диагноза?
3. Дальнейшая тактика ведения больного?
4. Возможный возбудитель заболевания?
5. Возможные осложнения?

Задача 2.6.6.

Больной в течение многих лет кашляет, последние 3 года с выделением слизисто-гнойной мокроты до 100 мл в сутки, одышка при ходьбе, периодически субфебрильная температура. Курит в течение 20 лет. Объективно: пониженного питания. В легких перкуторный звук с

коробочным оттенком, жесткое дыхание, рассеянные сухие базовые хрипы, внизу справа крупнопузырчатые влажные.

1. Какие заболевания можно предположить?
2. Степень ДН?
3. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Какой основной механизм одышки?
5. Какие методы лечения можно рекомендовать?

Задача 2.6.7.

Больной, 80 лет, доставлен в больницу в сопорозном состоянии с диагнозом "нарушение мозгового кровообращения". со слов родственников последние семь дней после однократного повышения температуры до 39⁰с состояние ухудшилось, почти не ел, много пил, не вставая с постели, и ни на что не жаловался. температура по вечерам поднималась до 37,6⁰с., сутки назад появилась спутанность сознания. в контакт почти не вступает, загружен, дезориентирован. очаговой неврологической и менингеальной симптоматики нет, кожа влажная. число дыханий 28 в минуту. слева под углом лопатки участок влажных хрипов. тоны сердца приглушены, ЧСС 96 уд/мин. АД 90/60 мм.рт.ст. другой патологии не выявлено. в анализе крови лейкоциты 12,0, п/я нейтрофилов 16%, СОЭ 38 мм. в моче белок 0,06 г/л, лейкоциты 1-3 в п/зр.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Лабораторные исследования?
4. Инструментальные исследования?
5. Степень ДН?

Задача 2.6.8.

Больная поступила по поводу некупирующегося приступа экспираторного удушья. Приступы удушья в течение 15 лет, купировались ингаляциями бета-стимуляторов. В течение последней недели лихорадка, кашель с выделением мокроты зеленоватого цвета, учащение приступов удушья. Принимала эуфиллин по 1 свече 3 раза в день и ингаляции сальбутамола до 6-8 раз в сутки. Последний приступ удушья продолжался более 8 часов. Объективно: больная беспокойная, возбуждение, обильный пот, цианоз. ЧД - 30 в минуту, поверхностное, с участием вспомогательной мускулатуры. Грудная клетка бочкообразной формы, дыхание ослаблено, хрипов нет. АД - 120/70 мм рт. ст. Пульс - 120 в минуту. Температура - 38⁰С. РаСО₂ - 58 мм рт. ст.; РаО₂ - 47 мм рт. ст.; рН артериальной крови - 7.21; НСО₃ - 30 ммоль/л. Гематокрит - 55%. Лейкоцитов - 13000, нейтрофилов 85%. Масса тела - 60 кг.

1. Дайте характеристику газов крови, КЩС, гематокрита?

2. Назначьте терапию на сутки (препараты, дозы, пути и частоту введения)?
3. Рекомендации по дальнейшему ведению?
4. Назначьте антибактериальную терапию?
5. Что делать при неэффективности лечения?

Задача 2.6.9.

Больная Н., страдает тяжёлой экзогенной бронхиальной астмой с ДН II степени тяжести. Во время декретного отпуска по беременности заболела ОРВИ осложнившимся обострением хронического бронхита, постоянно находится в квартире, где имеются животные, на шерсть которых у больной аллергия.

1. Какие антибиотики противопоказаны при беременности?
2. Препараты выбора для лечения бактериальной инфекции?
3. Какие имеются факторы риска ухудшения течения БА в данном случае?
4. Противопоказано ли вынашивание беременности у больной?
5. Какие ГКС категорически исключаются при беременности?

Задача 2.6.10.

У больной, 35 лет, после перенесенного гриппа на фоне начинающегося выздоровления вновь появился озноб, субфебрильная температура до 37,5-37,7⁰с, усилился кашель с отделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, появилась одышка до 30 в мин., неопределённые болевые ощущения в грудной клетке. При физикальном исследовании справа ниже угла лопатки локально выслушивается жесткое дыхание с бронхиальным оттенком. В анализе крови лейкоцитоз.

1. Основной диагноз заболевания?
2. Осложнение основного заболевания?
3. Что, кроме одышки подтвердит степень дыхательной недостаточности?
4. Место лечения больной?
5. Необходимость антибиотикотерапии?

Тема 2.7.: «Хроническое легочное сердце».

Задача 2.7.1.

В пульмонологическое отделение поступила больная, 62 лет, с жалобами на удушье, длящееся вторые сутки, отеки ног. Десять лет назад перенесла двустороннее воспаление легких, после чего кашель не прошел и беспокоил больную постоянно, носил сухой надсадный характер. Часто после переохлаждения кашель усиливался, появлялась единичными плевками мокрота слизисто-гнойного характера, одышка.

Пять лет назад появились приступы удушья, во время которых больная садилась, упираясь руками о край кровати. Приступы сопровождались дистанционными хрипами, к концу приступа отделялась мокрота слизисто-гнойного характера. Приступы снимались приемом эфедрина. Последние три года часто одышка сопровождалась удушьем, не снимаемым в течение нескольких дней. Тогда же появлялись отеки на ногах, тяжесть в правом подреберье, усиливалась постоянная одышка.

При осмотре обращает на себя внимание диффузный цианоз, экспираторная одышка. Слизистая глаз инъецирована. Грудная клетка бочкообразной формы, нижние края легких опущены на 2 ребра. Перкуторно - коробочный звук, дыхание резко ослаблено, масса сухих хрипов. Правая граница сердца увеличена на 2 см вправо. ЧСС 100 в минуту, АД 150/90 мм рт.ст. Пальпируется печень на 4 см ниже реберного края.

1. Выделите ведущий клинический синдром?
2. Выделите значимые сопутствующие синдромы?
3. Сформулируйте предварительный диагноз?
4. Наметьте план обследования?
5. Наметьте план лечения?

Задача 2.7.2.

Больной К., 48 лет, поступил в клинику с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при небольшой физической нагрузке, кровохарканье и боли в правом боку при дыхании, головокружение, которые появились сутки назад. Одышку ощущает в течение 2-х лет после перенесенной простуды. На протяжении этого времени кровохарканье и интенсивные боли в боку повторялись трижды. С момента появления одышки появились отеки на ногах. 1 год назад признан инвалидом II группы.

При осмотре: Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, акроцианоз, отеки ног, небольшие отеки на пояснице, вздутые шейные вены, умеренная иктеричность склер. ЧД-24 в 1 минуту. Над легкими перкуторно-легочный звук. Аускультативно-жесткое дыхание, сухие свистящие хрипы по всем полям. В нижне-задних отделах легких-влажные хрипы; справа по аксиллярной линии - непостоянный шум трения плевры. Верхушечный толчок разлитой, пальпируется в 5 межреберье по передней подмышечной линии. Границы относительной тупости сердца: левая - по передней подмышечной линии, правая- на 1,0 см кнаружи от правого края грудины. При аускультации тоны глухие, ритмичные; акцент II тона над легочной артерией. Частота сердечных сокращений- 100 в минуту. Систолический шум у верхушки, проводящийся в подмышечную область и к мечевидному отростку. АД-100/70 мм рт.ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 6 см. Край плотный, закругленный, чувствительный при пальпации.

Общий анализ крови: Эритроциты- $4,3 \times 10^{12}/л$ Гемоглобин-138г/л
Лейкоциты- $7,2 \times 10^9/л$ Сегментоядерные- 73% Эозинофилы- 3%
Базофилы- 2% Лимфоциты- 17% Моноциты- 5% СОЭ- 7 мм/ч .

Общий анализ мочи: соломенно-желтая, удельный вес-1013, белок-0,033‰, единичные эритроциты и лейкоциты в поле зрения.

Биохимический анализ крови: Общий белок-72 г/л Альбумины-40 г/л Глобулины-32 г/л Серомукоиды-28 ед Билирубин-32 мкмоль/л С-реактивный белок + Протромбиновый индекс-80%.

Электрокардиограмма: зубец Р отсутствует. Беспорядочные волны f. Расстояния R-R различны. Электрическая ось отклонена вправо, глубокий S в I; Q в III, подъем RS-T в III, AVF, V1-V2; снижение RS-T в I, AVL, V5-V6, высокий, остроконечный Р в II, III, AVF.

Фонокардиограмма: на верхушке - голосистолический шум, ослабленный 1 тон, патологический 111 тон.

Эхокардиограмма: аорта не изменена, левое предсердие-3,3 см; правый желудочек - 3,1 см; конечный диастолический размер левого желудочка -6 см, фракция выброса-42%. Тромб в правом предсердии. Допплероэхография: признаки митральной и трикуспидальной регургитации.

При исследовании биоптата миокарда: гипотрофия мышечных волокон, большое количество фиброзной ткани. Р-графия легких: справа-инфильтрация легочной ткани конусовидной формы с вершиной, направленной к корню легкого.

1. Выделите синдромы, характерные для данного заболевания?
2. Оцените данные инструментальных методов исследования?
3. Обоснуйте и сформулируйте диагноз?
4. Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Каковы принципы лечения данного заболевания?

Задача 2.7.3. В легочное отделение поступила больная, 62 лет, с жалобами на одышку, удушье, отеки ног. В анамнезе - двустороннее воспаление легких, после чего кашель не прошел и беспокоил больную постоянно, носил сухой надсадный характер. Часто после переохлаждения кашель усиливался, появлялась единичными плевками мокрота слизисто-гнойного характера, одышка. Пять лет назад появились приступы удушья, сопровождающиеся дистанционными хрипами, к концу приступа отделялась мокрота слизисто-гнойного характера. Приступы снимались приемом эуфиллина, астмопента, эфедрина. Последние три года часто одышка сопровождалась удушьем, не снимаемым в течение нескольких дней. Тогда же появлялись отеки на ногах, тяжесть в правом подреберье, усиливалась постоянная одышка. При осмотре обращает на себя внимание диффузный цианоз, экспираторная одышка. Слизистая глаз инъецирована. Грудная клетка

бочкообразной формы, нижние края легких опущены на 2 ребра. Перкуторно - коробочный звук, дыхание резко ослаблено, масса сухих хрипов. Правая граница сердца увеличена на 2 см вправо. ЧСС 100 в минуту, АД 150/90 мм рт.ст. Пальпируется печень на 4 см ниже реберного края.

1. Выделите ведущие синдромы?
2. Сформулируйте диагноз?
3. Определите стадию легочного сердца?
4. Наметьте план обследования?
5. Наметьте план лечения?

Задача 2.7.4.

Б-ной Б., 49 лет, заядлый курильщик, поступил в клинику с жалобами на одышку, редкий кашель, преимущественно сухой, боли в грудной клетке сзади в верхнем отделе и между лопатками, почти не связанные с дыханием. Эти симптомы появились около 5 лет назад и постепенно прогрессируют. В последние 3 года отмечает частые простудные заболевания. Наблюдался у врача поликлиники с диагнозом «хронический бронхит». Состояние ухудшилось 2 недели назад, после перенесенного острого респираторного заболевания.

В легких с обеих сторон прослушивается жесткое дыхание с малым количеством непостоянных незвучных высокочастотных (сухих) хрипов, в нижних отделах дыхание ослаблено. РаО₂ – 57 мм.рт.ст., РаСО₂ – 39 мм.рт.ст., SaO₂ – 91,3%. СОЭ – 12 мм/ч, лейкоц. – $9,4 \times 10^9/\text{л}$, эр. – $5,5 \times 10^{12}/\text{л}$.

Обзорная рентгенограмма грудной клетки: легочные поля увеличены в объеме за счет расширения их с нечетко прослеживаемым респираторным отделом по периферии. Легочный рисунок с обеих сторон диффузно усилен, тень сердца с выбуханием 2-ой дуги слева (легочный конус), расширение 2-ой дуги справа (увеличение правых отделов); выраженное расширение тени основных ветвей легочной артерии.

1. Предположительный диагноз?
2. Наличие осложнений?
3. Степень дыхательной недостаточности?
4. Рентгенологический диагноз?
5. Выраженность сердечной недостаточности?

Задача 2.7.5.

Больная Е., 50 лет, поступила в клинику с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и ходьбе, сухой кашель, боли в грудной клетке сзади в верхнем отделе и между лопатками. Больна на протяжении 3-5 лет. В эти же годы страдала аллергическим ринитом с клиническими проявлениями заболевания в весенне-летний период.

Одышка наиболее выражена в осеннем сезоне года. Обследована в противотуберкулезном диспансере, где на основании рентгенограммы был диагностирован диссеминированный туберкулез легких, назначена медикаментозная терапия, от которой больная отказалась. При аускультации легких в нижних отделах, больше сзади жесткое дыхание, звучные крепитации. Клинический анализ крови без отклонений от нормы. Показатели функции внешнего дыхания в норме. PaO_2 – 69,8 мм.рт.ст., $PaCO_2$ – 40,8 мм.рт.ст., SaO_2 – 94,2%.

На обзорной рентгенограмме грудной клетки: понижение прозрачности легочных полей в кортикальной зоне и в нижних отделах за счет линейных теней, исходящих от корня, и наличия по ходу их мелких узелков; расширение тени основных ветвей легочной артерии; расширение тени сердца, преимущественно за счет правого желудочка (выбухание легочного конуса) с увеличением второй дуги справа.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Что подтверждает вероятность диагноза?
3. Рентгенологический диагноз?
4. Осложнения?
5. Выраженность сердечной недостаточности?

Задача 2.7.6.

У больного в течение многих лет, страдающего болезнью Бехтерева, несколько лет назад появилась одышка. Отмечает деформацию грудной клетки, уменьшение её дыхательной экскурсии. Перкуторно – коробочный звук, при аускультации – ослабленное дыхание. ЧДД – 20 в мин. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над легочной артерией. ЧСС – 80 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

1. Какое осложнение основного заболевания можно предположить?
2. Какие функциональные методы могут подтвердить диагноз?
3. Какие инструментальные исследования могут подтвердить диагноз?
4. Какой наиболее информативный показатель для подтверждения диагноза?
5. Как его получить?

Задача 2.7.7.

Больной К., 68 лет, поступил в клинику с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при небольшой физической нагрузке, боли в правом боку при дыхании, головокружение. Одышку ощущает в течение многих лет, связывает с повторными переохлаждениями. На протяжении этого времени отмечает повторяющиеся кровохаркание и интенсивные боли в боку. С момента появления одышки появились отеки на ногах.

При осмотре: Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, акроцианоз, отеки ног, небольшие отеки на пояснице, вздутые шейные вены, умеренная иктеричность склер. ЧД-24 в 1 минуту. Над легкими перкуторно-легочный звук. Аускультативно-жесткое дыхание, сухие свистящие хрипы по всем полям. В нижне-задних отделах легких-влажные хрипы; справа по аксиллярной линии - непостоянный шум трения плевры. Верхушечный толчок разлитой, пальпируется в 5 межреберье по передней подмышечной линии. Границы относительной тупости сердца: левая - по передней подмышечной линии, правая- на 1,0 см кнаружи от правого края грудины. При аускультации тоны глухие, ритмичные; акцент II тона над легочной артерией. Частота сердечных сокращений- 100 в минуту. Систолический шум у верхушки, проводящийся в подмышечную область и к мечевидному отростку. АД-100/70 мм рт.ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 6 см. Край плотный, закругленный, чувствительный при пальпации.

Общий анализ крови: Эритроциты- $4,3 \times 10^{12}/л$ Гемоглобин-138г/л Лейкоциты- $7,2 \times 10^9/л$ Сегментоядерные- 73% Эозинофилы- 3% Базофилы- 2% Лимфоциты- 17% Моноциты- 5% СОЭ- 7 мм/ч.

Общий анализ мочи: соломенно-желтая, удельный вес-1013, белок-0,033%, единичные эритроциты и лейкоциты в поле зрения.

Биохимический анализ крови: Общий белок-72 г/л Альбумины-40 г/л Глобулины-32 г/л Серомукоиды-28 ед Билирубин-32 мкмоль/л С-реактивный белок + Протромбиновый индекс-80%.

Электрокардиограмма: зубец Р отсутствует. Расстояния R-R различны. Электрическая ось отклонена вправо, глубокий S в I; Q в III, подъем RS-T в III, AVF, V1-V2; снижение RS-T в I, AVL, V5-V6, высокий, остроконечный Р в II, III, AVF. Фонокардиограмма: на верхушке - голосистолический шум, ослабленный I тон, патологический III тон. Эхокардиограмма: аорта не изменена, левое предсердие-3,3 см; правый желудочек - 3,1 см; конечный диастолический размер левого желудочка -6 см, фракция выброса-42%. Тромб в правом предсердии. Допплероэхография: признаки митральной и трикуспидальной регургитации.

Р-графия легких: справа-инфильтрация легочной ткани конусовидной формы с вершиной, направленной к корню легкого.

1. Выделите синдромы, характерные для данного заболевания?
2. Оцените данные инструментальных методов исследования?
3. Обоснуйте и сформулируйте диагноз?
4. Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Каковы принципы лечения данного заболевания?

Задача 2.7.8.

Б-ная Е., 50 лет, поступила в клинику с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и ходьбе, сухой кашель, боли в грудной клетке сзади в верхнем отделе и между лопатками. Больной себя считает на протяжении нескольких последних лет, ухудшение состояния после перенесенной ОРВИ. Одышка наиболее выражена в осеннем сезоне года. Обследована в противотуберкулезном диспансере, где предположительно был диагностирован диссеминированный туберкулез легких, однако в последующем диагноз не подтвердился.

При аускультации легких в нижних отделах, больше сзади жесткое дыхание, звучные крепитации. Клинический анализ крови без отклонений от нормы. Показатели функции внешнего дыхания в норме. PaO_2 – 69,8 мм.рт.ст., $PaCO_2$ – 40,8 мм.рт.ст., SaO_2 – 94,2%.

На обзорной рентгенограмме грудной клетки: повышение прозрачности легочных полей. В кортикальной зоне усиление легочного рисунка за счет линейных теней, исходящих от корня. Расширение тени основных ветвей легочной артерии; расширение тени сердца, преимущественно за счет правого желудочка (выбухание легочного конуса) с увеличением второй дуги справа.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Рентгенологическое заключение?
3. Характер течения патологического процесса в легких?
4. Осложнения заболевания?
5. Степень ДН?

Задача 2.7.9.

Больная доставлена в отделение реанимации и интенсивной терапии с потерей сознания. В анамнезе бронхиальная астма в течение 15 лет, гормонозависимая. Дважды лечилась в реанимации. Кожные покровы цианотичны, дыхание поверхностное, при аускультации резкое ослабленное, справа ниже угла лопатки участок, где дыхание не проводится. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс - 120 в минуту. АД - 80/40 мм рт. ст. Рефлексы не определяются. $PaCO_2$ - 58 мм рт. ст.; PaO_2 - 47 мм рт. ст.; pH артериальной крови - 7.21; HCO_3^- - 30 ммоль/л. Гематокрит - 55%.

1. Определите степень тяжести обострения БА?
2. Дайте характеристику газов крови и КЩС, гематокрита?
3. Какие осложнения ожидаются со стороны сердца?
4. Назначьте интенсивную терапию?
5. Что необходимо контролировать в процессе лечения?

Задача 2.7.10.

Больной 55 лет, поступил по поводу одышки смешанного инспираторного и экспираторного характера даже при небольшой физической нагрузке, небольшой кашель. Болен около нескольких последних лет, в течение которых отмечалось постепенное увеличение одышки, иногда субфебрильная температура. Похудел на 8 кг. Объективно: цианоз, акроцианоз, пальцы в виде "барабанных палочек". В легких ослабленное везикулярное дыхание с укорочением вдоха и выдоха. Крепитирующие хрипы с обеих сторон под лопатками, усиливаются при глубоком дыхании. ЧД - 28 в минуту. Пульс - 98 в минуту. Печень у края реберной дуги. Рентгенография грудной клетки: диффузная сетчатая деформация легочного рисунка, распространенные двухсторонние инфильтративные тени, понижение прозрачности в области нижних легочных полей, расширение тени основных ветвей легочной артерии; расширение тени сердца, преимущественно за счет правого желудочка (выбухание легочного конуса) с увеличением второй дуги справа.

1. Определите степень компенсации легочного сердца?
2. Какие заболевания необходимо дифференцировать в первую очередь?
3. Рентгенологические методы подтверждения диагноза?
4. Другие инструментальные методы подтверждения диагноза?
5. Инвазивные методы подтверждения диагноза?

Раздел 3. «Болезни органов пищеварения».

Тема 3.1.: «Хронические гастриты».

Задача 3.1.1.

Больной К., 60 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на снижение аппетита, практически постоянные ноющие боли в эпигастриальной области, усиливающиеся после приема пищи, тошноту, слабость. С 20-летнего возраста страдает хроническим Н.р.-ассоциированным гастритом. Эрадикация проводилась, оценка полноты эрадикации – нет. Объективно: пониженного питания, кожа бледная, периферические лимфоузлы не увеличены. Отмечается умеренная болезненность при пальпации в эпигастриальной области. Симптом Менделя положительный. Печень и селезенка не пальпируются, размеры не увеличены. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы – явной патологии нет, ЧСС до 69 уд. в минуту.

Гемоглобин 115 г/л, лейкоциты $7 \cdot 10^9$ в 9/л: п/я- 5%, с/я -68%, э – 1% л – 23%, м – 3%, СОЭ -18 мм/час. При ФГС – отчетливая контурация сосудистого рисунка, СОЖ бледная, тусклая. Язв, эрозий в желудке и луковице ДПК не найдено.

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2. Нужны ли дополнительные исследования для подтверждения диагноза?
3. Что ВЫ ожидаете получить при морфологическом исследовании СОЖ?
4. Тактика ведения
5. Прогноз?

Задача 3.1.2.

У 22-летней студентки мединститута с детства страдает хроническим атрофическим гастритом, при иммуноферментном анализе 10 лет назад находили антитела к париетальным клеткам. При проведении гастропанели -значительное увеличение сывороточного гастрина а базальную фазу. Принимала мезим -форте, в течение 10 лет ФГС не проводилась. Несколько месяцев назад появились неприятные ощущения в эпигастральной области непосредственно после еды, легкая тошнота.

Некоторое время отметила раннее насыщение и тот факт, что появилось отвращение к пище. Обнаружила у себя разлитую болезненность при пальпации эпигастральной области. Значительно ухудшается аппетит, появилась слабость. За 3 недели похудела на 2 кг. Курит. Дед больной с материнской стороны умер в молодом возрасте от рака желудка. При осмотре: больная подавлена, язык обложен белым налетом. Живот мягкий, при глубокой пальпации отмечается болезненность в эпигастральной области, симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не пальпируются, размеры не увеличены. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы – отклонений от нормы не обнаружено.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования больной.
3. Рекомендуемая врачебная тактика при обследовании
4. Группы абсолютного риска развития рака желудка?
5. Тактика ведения больных с тяжелой дисплазией СОЖ?

Задача 3.1.3.

Больная У., 57 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в эпигастрии, возникающие сразу после приема пищи, плохой аппетит, тошноту, периодическую диарею. Больна в течение 16 лет, когда впервые появились боли в эпигастрии, изжога. При обследовании на УЗИ- явления хронического холецистита, на ФГС- явления поверхностного преимущественно антрального гастрита с эрозиями СО. Принимала антациды, желчегонные, обострения лечила сама растворами ромашки, антацидами, ферментами поджелудочной железы.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура 36,4⁰С. Пониженного питания. В легких без патологии. ЧСС 70 ударов в

минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, симптом Менделя положительный. При обследовании: рентгенография органов грудной клетки - без патологии, УЗИ брюшной полости – печень, селезенка не увеличены, стенка ЖП – 0,45 см, ПЖ-контуры неровные, 2,4*2,8*1,9 см

ФГС - СОЖ бледная, тусклая. Единичные эрозии в СО антрального отдела. Луковица ДПК – без патологии.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования больной.
3. Рекомендуемая врачебная тактика при обследовании
4. Что Вы понимаете под термином «атрофия СОЖ»?
5. Тактика ведения больных с тяжелой дисплазией СОЖ?

Задача 3.1.4.

Больной М., 27 лет, поступил в клинику с жалобами на боль в верхней половине живота, выраженную изжогу, тошноту, периодическую рвоту. Заболел год назад после пищевого отравления. В последний месяц интенсивность клиники возросла. При осмотре: состояние удовлетворительное. Частота пульса 64 удара в минуту. АД - 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации болезненный в эпигастрии. Печень, селезенка не увеличены. На ФГС – СОЖ и луковицы ДПК гиперемированы, отечны. В антральном отделе желудка множественные эрозии.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы дополнительного обследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Что Вы понимаете под термином «Кишечная метаплазия»?
4. Назовите 2 фенотипа хронического гастрита
5. Тактика ведения?

Задача 3.1.5.

Больная М., 58 лет, находилась на лечении по поводу артрита. Получала НПВП. После 5-дневного лечения стала отмечать появление болей в подложечной области сразу после приема пищи. Ранее НПВП не получала. Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. В легких без особенностей. Сердце в размерах не увеличено, тоны ритмичные, ЧСС 82 в мин., АД 140/90 мм рт ст. Язык обложен белесоватым влажным налетом, при пальпации живота отмечается напряжение мышц и болезненность в подложечной области. Симптом Менделя положительный. Печень и селезенка не пальпируются, Ан. крови: эр. 4, $5 \cdot 10^{12}$ \л, Нб 122 г/л, СОЭ 25 мм/час, лейкоциты. $7,2 \cdot 10^9$ \л, Э-2%, П-4%, Л-15%, С-70%, М-9%, ретикулоциты-1%. Экстренная ФГС – наличие острых мелких эрозий в антральном и пилорическом отделе желудка.

1. Укажите причину изъязвлений в пилорическом отделе желудка.
2. Назовите факторы риска НПВП – ассоциированных гастропатий.
3. Ваш диагноз?
4. Тактика ведения.
5. Назовите препарат выбора при лечении НПВП-ассоциированных гастропатий.

Задача 3.1.6.

Больной Н., 34 лет, предъявляет жалобы на боли в эпигастрии постоянного характера вне связи с приемом пищи, впервые появившиеся 5 месяцев назад.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледноваты. Пониженного питания. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧСС - 68 ударов в минуту, АД - 150/90 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптом Менделя положительный. Печень и селезенка не увеличены. При обследовании: на ФГДС – выявляются узелки, утолщенные складки слизистой и эрозии во всех отделах желудка. Морфологические данные – пангастрит, выраженная лимфоцитарная инфильтрация только СО.

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для верификации диагноза?
3. Особенности морфологической картины данного гастрита в отличие от неатрофического Н.р.-ассоциированного?
4. С какой патологией чаще всего сочетается лимфоцитарный гастрит?
5. О чем свидетельствует снижение пепсиногена 1 ниже порогового уровня?

Задача 3.1.7.

Больной П., 24 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на боли в эпигастрии, появляющиеся сразу после приема пищи, Боли впервые появились несколько месяцев назад. В течение нескольких лет страдает бронхиальной астмой.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледноваты. Пониженного питания. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧСС - 78 ударов в минуту, АД - 130/90 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптом Менделя положительный. Печень и селезенка не увеличены. При обследовании: на ФГДС –отечность и гиперемия антрального отдела желудка. Язв, эрозий в желудке и луковице ДПК не найдено. Морфологические данные – выраженная инфильтрация эозинофилами всех слоев стенки желудка преимущественно антрального отдела.

1. Ваш диагноз?
2. Какой процент приходится на долю особых форм ХГ (эозинофильного, лимфоцитарного, гранулематозного)
3. Особенности морфологической картины данного гастрита в отличие от других?
4. С какой патологией чаще всего сочетается эозинофильный гастрит?
5. О чем свидетельствует значительное повышение уровня сывороточного гастрина ?

Задача 3.1.8.

Больная 46 лет, поступила с жалобами на чувство тяжести в подложечной области, отрыжку "тухлым яйцом", периодические поносы. Два месяца назад была прооперирована по поводу субкомпенсированного язвенного стеноза привратника. Объективно; кожа обычной окраски, органы дыхания и кровообращения без патологии. Язык густо обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, болезненный в подложечной области. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови: НЬ - 110 г/л, лейкоциты - $6.8 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 3 мм/час. На ФГС – СО культи желудка бледная, тусклая, имеется выраженный рефлюкс в культю желчи. Язв, эрозий нет, анастомоз проходим.

1. Предварительный диагноз?
2. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести пациентке?
3. Что может быть обнаружено при гастробиопсии?
4. Какие классификации ХГ Вы знаете?
5. Лечебная тактика?

Задача 3.1.9.

Больной В., 58 лет, предъявляет жалобы на тяжесть в эпигастрии после приема пищи, периодическую рвоту, съеденной пищей, слабость. При осмотре: состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы бледно-розовые. Пониженного питания. ЧСС - 68 ударов в минуту, АД - 110/60 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, симптом Менделя положительный. Печень и селезенка не увеличены. Общий анализ крови: Эр. - $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$; НЬ – 110 г/л; Лейкоциты - $7,4 \times 10^9/\text{л}$; СОЭ - 12 мм/час. На ФГС – отек и гиперемия СО преимущественно антрального отдела желудка, где визуализируются множественные эрозии. Слизистая луковицы ДПК отечна, гиперемирована. Дыхательный тест – Н.р. «+».

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы дополнительной диагностики следует использовать для подтверждения диагноза?
3. Мультифокальный гастрит – это?

4. 4.Атрофия, метаплазия, дисплазия – ассоциированные процессы?
5. Тактика ведения больного.

Задача 3.1.10.

Больная А., 45 лет, жалуется на чувство тяжести и распирания в эпигастрии сразу после приема пищи, пониженный аппетит, общую слабость, запоры, чередующиеся с поносами. Более 10 лет лечилась по поводу какого-то заболевания желудка. На диспансерном наблюдении не состоит. Ухудшение состояния отмечает в течение недели после серьезного нарушения пищевого режима. За врачебной помощью не обращалась.

Объективно: состояние удовлетворительное. Нормального питания. Кожа чистая. Периферические лимфоузлы не увеличены. Со стороны сердца и легких без патологии. Язык влажный, обложен белым налетом, сосочки сглажены. Живот внешне не изменен, активно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, слегка болезнен в подложечной области. Симптом Менделя положительный. Печень у края реберной дуги.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.
5. Дайте определение дисплазии.

Тема 3.2. «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки».

Задача 3.2.1.

Женщина в возрасте 52г страдает язвенной болезнью желудка (язва пилорического отдела) в течение 7 лет. Обострения возникали регулярно весной и осенью. Проводились курсы антисекреторной терапии фамотидином, омепразолом с положительным клиническим и эндоскопическим эффектом.

Полгода назад при эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) обнаружена язва угла желудка 0,9* 0,6 см в Д, получен положительный результат быстрого уреазного теста на *Helicobacter pylori*. Назначен курс эрадикационной терапии метронидазолом, субсалицилатом висмута и омепразолом на протяжении 10 дней. При повторной ЭГДС через 2 недели язва зарубцевалась. Результат уреазного теста – отрицательный.

При ЭГДС через 6 мес в области перехода тела желудка в антральный отдел выявлены глубокая язва с неровными краями и утолщение складок желудка вокруг язвы. Результат гистологического исследования: аденокарцинома средней степени дифференцировки.

1. Назовите основные ошибки, допущенные при назначении эрадикационной терапии.
2. Назовите ошибки при обследовании больной в период предыдущей госпитализации.
3. Кишечная метаплазия является предраковым изменением СОЖ?
4. Есть ли необходимость в проведении антигеликобактерной терапии у данной больной после резекции желудка?
5. Что Вы понимаете под термином «сuspициозная» язва?

Задача 3.2.2.

Больной С., 42 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на жгучую боль в подложечной области, изжогу, тошноту, повторную рвоту пищей с примесью крови, общую слабость. Заболел после погрешности в диете и приема алкоголя. В течение нескольких лет наблюдался по поводу хронического гастрита. Курит, злоупотребляет спиртными напитками.

При осмотре общее состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые бледные, пониженного питания. В легких без патологических изменений. Над верхушкой сердца и над аортой выслушивается дующий систолический шум, ЧСС 90 уд/мин, АД 100/70 мм рт.ст. Язык обложен белесоватым влажным налетом, при пальпации живота отмечается незначительное напряжение брюшных мышц в подложечной области и болезненность в пилорoduоденальной зоне. Симптом Менделя положительный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эр. $2,6 \cdot 10^{12}$ /л, Hb - 68 г/л, СОЭ - 28 мм/ч, лейкоциты $9,6 \cdot 10^9$ /л, Э-3%, Ю-2%, П-8%, С-76%, Л-15%, М-2%, ретикулоциты-3%. рентгеноскопия органов грудной клетки и желудка: легкие и сердце без патологии; гастродуоденит.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С каким заболеванием необходимо дифференцировать?
3. Какое дополнительное исследование необходимо произвести с целью установления окончательного диагноза?
4. Какое осложнение заболевания возникло у больного вследствие кровопотери?
5. Укажите вид необходимого лечения и на что оно должно быть направлено?

Задача 3.2.3.

Больной Н., 46 лет, плотник, поступил в гастроэнтерологическое отделение больницы с жалобами на чувство тяжести и ноющую боль в подложечной области, общую слабость, тошноту, позывы на рвоту, однократную рвоту «кофейной гущей» после возвращения с работы. Причиной своего заболевания считает поднятие тяжестей на работе. В

течение последних трех лет наблюдался по поводу язвенной болезни желудка. Язва локализовалась на большой кривизне, биопсия злокачественных клеток не обнаружила.

При осмотре общее состояние больного удовлетворительное.

Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, нормального питания. В легких и со стороны сердечно-сосудистой системы патологии не обнаружено. Язык слегка обложен белесоватым влажным налетом, при поверхностной пальпации живота отмечается незначительное напряжение брюшных мышц и болезненность в подложечной области, симптом Менделя положительный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эр. $4,3 \cdot 10^{12}$ /л, Hb - 78 г/л, СОЭ 36 мм/ч, лейкоциты $7,2 \cdot 10^9$ /л, Э-2%, П-3%, С-60%, Л-25%, М-2%. Рентген-исследование: легкие и сердце в пределах возрастной нормы.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С каким заболеванием необходимо дифференцировать?
3. Какое дополнительное исследование необходимо произвести с целью установления окончательного диагноза?
4. Укажите ближайшую и отдаленную цель в лечении Вашего больного.
5. Дайте определение «суспициозной» язвы.

Задача 3.2.4.

В хирургическое отделение горбольницы поступил больной Т., 47 лет, с жалобами на жгучие приступообразные боли в подлопаточной области и за грудиной, срыгивание, упорную изжогу, усиливающуюся после еды, особенно в положении лежа и при наклонах туловища вперед. Вечером накануне была рвота «кофейной гущей». Больным считает себя в течение 5-6 лет, при неоднократном поликлиническом исследовании заболевание расценивалось как ИБС и гастрит. Однако ФГС никогда не проводил.

Объективно: общее состояние больного удовлетворительное, нормального питания, кожные покровы и видимые слизистые розовой окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается. Сердечные тоны ритмичные, слегка приглушены, ЧСС 68 в мин., АД 130/80 мм рт.ст. Язык обложен белесоватым влажным налетом, при поверхностной и глубокой пальпации живота отмечается напряжение брюшных мышц и резкая болезненность в подложечной области. Печень и селезенка не увеличены. Ан. крови: эр. $2,5 \cdot 10^{12}$ /л, Hb 76 г/л, СОЭ 15 мм/ч, лейкоциты $7,2 \cdot 10^9$ /л, Э-2%, П-4%, С-68%, Л-23%, М-3%.

Ан. мочи: уд. вес 1020, белок и сахар не найдены, микроскопия осадка – патологии не найдено.

ЭКГ: ритм синусовый, 64 уд. в минуту, метаболические изменения в миокарде.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Какое дополнительное исследование необходимо произвести с целью получения более широкой информации о характере изменений в пищеводе, желудке?
4. В чем заключается причина диагностических ошибок и лечения на предыдущих этапах?
5. Тактика ведения.

Задача 3.2.5.

Больной Н., 28 лет, находился на лечении в ревматологическом отделении по поводу ревматоидного артрита. Получает НПВП, ГКС. После 7-дневного лечения стал отмечать появление мучительной изжоги и болей в подложечной области после приема пищи спустя 1-1,5 часа. Ревматоидным артритом страдает 3 года.

Объективно: общее состояние больного удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. В легких без особенностей. Сердце в размерах не увеличено, тоны ритмичные, ЧСС 82 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Язык обложен белесоватым влажным налетом, при пальпации живота отмечается напряжение мышц и болезненность в подложечной области и пилородуоденальной зоне. Печень и селезенка не пальпируются, Ан. крови: эр. 2, $5 \cdot 10^{12}$ /л, Hb 112 г/л, СОЭ 25 мм/час, лейкоциты $7,2 \cdot 10^9$ /л, Э-2%, П-4%, Л-15%, С-70%, М-9%, ретикулоциты-1%. Экстренная ФГС–наличие кровоточащих язв и эрозий в пилорическом отделе желудка.

1. Укажите причину изъязвлений в пилорическом отделе желудка.
2. Назовите факторы риска НПВП – ассоциированных гастропатий
3. Сформулируйте диагноз сопутствующего заболевания и возникшего осложнения.
4. Ваша тактика при лечении данного больного
5. Назовите препарат выбора при лечении НПВП-ассоциированных язв.

Задача 3.2.6.

Больной М., 54 лет, длительно страдающий язвенной болезнью с локализацией язвы в желудке, обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, постоянные боли в эпигастриальной области, похудание, периодически к вечеру повышение температуры тела до 37,8 С. Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые бледные. В легких без особенностей. Сердце в размерах не увеличено, тоны ритмичные, ЧСС 102 в мин., АД 90/60 мм рт.ст. Язык обложен белесоватым влажным налетом, при пальпации живота отмечается напряжение мышц и болезненность в подложечной области.

Печень плотная, выступает на 2-2,5 см из-под края реберной дуги, край круглый, селезенка не пальпируется, Ан. крови: эр. 2, $5 \cdot 10^{12}$ \л, Hb 92 г/л, СОЭ 35 мм/час, лейкоциты. $10,2 \cdot 10^9$ \л, Э-2%, П-4%, Л-10%, С-75%, М-9%, ретикулоциты-1%.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Как Вы объясните развитие гепатомегалии у пациента?
3. Какие дополнительные исследования необходимо произвести с целью получения более широкой информации?
4. Назовите преканцерозные болезни желудка.
5. Тактика ведения.

Задача 3.2.7.

У больного Г, 35 лет, длительно страдающего язвенной болезнью с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки, в последнее время изменилась клиническая картина: появилась тяжесть в области желудка после пищи, тошнота, обильная рвота накануне съеденной пищей во второй половине дня, неприятный запах изо рта, потеря веса. Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые бледные. В легких без особенностей. Сердце в размерах не увеличено, тоны ритмичные, ЧСС 102 в мин., АД 90/60 мм рт ст. Язык обложен белесоватым влажным налетом, при пальпации живота отмечается напряжение мышц и болезненность в подложечной области. Печень плотная, выступает на 2-2,5 см из-под края реберной дуги, край круглый, селезенка не пальпируется, Ан. крови: эр. 2, $5 \cdot 10^{12}$ \л, Hb 92 г/л, СОЭ 35 мм/час, лейкоциты. $10,2 \cdot 10^9$ \л, Э-2%, П-4%, Л-10%, С-75%, М-9%, ретикулоциты-1%.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Как Вы объясните развитие гепатомегалии у пациента?
3. Какие дополнительные исследования необходимо произвести с целью получения более широкой информации?
4. Назовите преканцерозные болезни желудка.
5. Тактика ведения.

Задача 3.2.8.

Больной 43 лет, водитель такси. Жалобы на боли в эпигастральной области справа, чаще натощак, уменьшаются после приема пищи, изжога, кислые отрыжки. Болен в течение 3 месяцев. Курит 20 лет по 1-1,5 пачки сигарет в день. В течение 10 лет - хронический бронхит. 5 лет - ревматоидный артрит, по поводу которого часто принимал нестероидные противовоспалительные средства.

Объективно: лучезапястные суставы утолщены, без признаков воспаления. Язык обложен. В легких жесткое дыхание, сухие хрипы на вдохе. Пульс - 92 в минуту. При ФГС обнаружен дуоденит, язва луковицы двенадцатиперстной кишки 3х4 см в диаметре, антрум-

гастрит. Назначено лечение: альмагель по 1 ст. л. 3 раза в день после еды, омепразол по 20 мг вечером после еды, вентер по 1,0 х 4 раза в день.

1. Диагноз?
2. Какие дополнительные исследования еще действительно необходимы?
3. Оцените рациональность назначений?
4. Ваши предложения по коррекции лечения?
5. В каком случае необходимо рентгенологическое исследование желудка и ДПК?

Задача 3.2.9.

Больной М., 38 лет, предъявляет жалобы на повторную рвоту 2 раза в сутки, слабость, похудание на 12 кг за последние 4 мес. В течение 10 лет страдает язвенной болезнью, всегда лечился сам, не обследовался. При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы с землистым оттенком. Пониженного питания. Тургор кожных покровов снижен. ЧСС - 88 ударов в минуту, АД - 110/60 мм. рт. ст. Живот втянут, при пальпации мягкий, безболезненный, в эпигастральной области, перкуторно нижняя граница желудка на уровне гребешковой кости. При пальпации области желудка - шум плеска. Общий анализ крови: Эр. - $2,8 \cdot 10^{12}/л$; Нб - 100 г/л; Лейкоциты - $10,4 \cdot 10^9/л$; СОЭ - 42 мм/час.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы дополнительной диагностики следует использовать для подтверждения диагноза?
3. З.С какими заболеваниями следует дифференцировать данный случай?
4. Где чаще всего локализуется рак желудка?
5. Тактика ведения больного.

Задача 3.2.10.

У больного рвота пищей, съеденной накануне, тухлая отрыжка, тошнота. Похудание. Болел язвенной болезнью 8 лет. Данные симптомы появились в течение полугода. Объективно: больной резко пониженного питания, сухие кожные покровы. При пальпации живота – «шум плеска» и болезненность в эпигастральной области, больше в пилорoduodenальной зоне.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дообследование.
3. Консультация какого специалиста необходима в данном случае?
4. Какова лечебная тактика в отношении данного больного?
5. Показаны ли в лечении прокинетики?

Тема 3.3. «Заболевания желчевыделительной системы».

Задача 3.3.1.

У больного 28 лет, при поступлении жалобы на подъем температуры до 38°C, интенсивный кожный зуд, желтушность кожных покровов. Из анамнеза выявлено, что около месяца назад больной употреблял строганину из речной рыбы. В анализе крови выявлена эозинофилия (25%), лейкоцитоз (10,2), ускоренная СОЭ.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Выделите основные клинические синдромы и симптомы заболевания.
3. Какое дообследование нужно больному?
4. Какая терапия показана больному?
5. Какова тактика дальнейшего динамического наблюдения после лечения?

Задача 3.3.2.

У больной 35 лет жалобы на боли в правом подреберье после приема жирной пищи и при эмоциональных нагрузках, продолжительностью не более 30 минут, проходят самостоятельно. Подобная симптоматика беспокоит с юности. Желтухи, повышения температуры при этом не бывает. Объективно: кожа и слизистые обычного цвета. Со стороны легких и сердца изменений нет. Язык не обложен. Живот при пальпации безболезненный. Печень и селезенка увеличены. Анализ мочи и крови без изменений. Билирубин 12 мкмоль/л непр. Динамическое УЗИ: желчный пузырь V 60 мм³, после приема желчегонного завтрака сократился до 29 мм³, теней конкрементов, полипов не обнаружено. Дуоденальное исследование - без особенностей; паразитов не обнаружено. ЭФДС, рентгеноскопия желудка в пределах нормы.

1. Диагноз и его обоснование?
2. Какая форма данной патологии вероятна?
3. Что свидетельствует в пользу данного варианта нарушения?
4. Лечебная тактика?
5. Перечислите препараты, рекомендуемые при данной патологии.

Задача 3.3.3.

Больной 52 лет, из города Ачинска. Болен в течение полугода: беспокоят боли в эпигастрии, в правом подреберье, эпизоды опоясывающих болей, чередование запоров с поносами. В городской больнице г.Ачинска проведен курс лечения по поводу обострения хронического панкреатита: инфузии, спазмолитиков, ферменты, биопрепараты. Одновременно был диагностирован хронический остеохондроз, грыжа диска поясничного отдела позвоночника, по поводу чего пролечился в неврологическом отделении. Однако не смотря на

проводимую терапию оставался упорный болевой синдром, в связи с чем обратился в специализированное ГЭО ГKB №20 г.Красноярска. При поступлении –упорные боли в эпигастрии, правом и левом подреберьях. В легких- дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны умеренно приглушены, ритмичные., ч.с.с.78 в мин., АД 140-90 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, болезненность в точке желчного пузыря, эпигастрии, в зоне Шоффара. Клинический и биохимический анализы крови без патологии. Ф.Г.С.- хронический гастрит. УЗИ органов брюшной полости: умеренная гепатомегалия, желчный пузырь 98-38мм, уплотнение его стенки, холедох - 10мм, поджелудочная железа - 35-32-30мм, в кале - стеаторея, креаторея. Курс инъекций сандостатина оказался неэффективным.

1. Учитывая клинико-anamnestические данные, о какой патологии можно думать?
2. Ваш предварительный диагноз? Обоснуйте.
3. Какие данные УЗИ диктуют необходимость дальнейшего дообследования?
4. Какое дообследование показано данному больному?
5. Возможные диагностические варианты при дообследовании.

Задача 3.3.4.

Женщина 32 лет, обратилась с жалобами на приступообразные боли в правом подреберье, возникающие после эмоционального напряжения, в предменструальный период, иногда после приема острой или холодной пищи. Боли снимались приемом таблеток валерианы и но-шпы. При пальпации живота – чувствительность в точке желчного пузыря, по УЗИ желчный пузырь 5х2,5 см, стенка 2,5 мм, не уплотнена. Просвет свободный. Дуоденальное зондирование: порция «В» 60 мл, время истечения 16 минут. Анализ крови без особенностей.

1. Предварительный диагноз.
2. Чем обусловлены боли в предменструальный период?
3. Какие эхографические критерии определяют характер патологического процесса в желчном пузыре?
4. Какие показатели дуоденального зондирования важны в данном случае?
5. Тактика ведения больной.

Задача 3.3.5.

Больной А., 20 лет, любитель рыбалки, жалуется на боли в правом подреберье, горечь во рту, тошноту, слабость, субфебрильную температуру, кожный зуд. Заболел около 6 месяцев назад после поездки к родственникам в Балахтинский район. Лечение амбулаторно желчегонными и антибиотиками без эффекта. При осмотре: субиктеричность кожных покровов и слизистых, мелкоточечная сыпь со

следами расчесов. По УЗИ – растянутый желчный пузырь, эховзвесь, конкрементов в желчном пузыре нет, холедох 4 мм. В анализе крови Л – $8,2 \times 10^9$, п – 8, э – 14, с – 52, л – 20, м – 6, СОЭ – 32 мм/час.; Повышение непрямого билирубина до 53 мкмоль/л.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какова тактика обследования?
3. Уточняющие методы обследования.
4. Принципы терапии.
5. Дальнейшая тактика ведения после лечения.

Задача 3.3.6.

У пациента 42 лет, во время медицинского осмотра при поступлении на работу обнаружены полипы желчного пузыря 6мм и 4мм, желчный пузырь 68 мм×31мм, стенка его 2,5мм, уплотнена, наличие эховзвеси. Биохимический и клинический анализы крови без патологии. Отмечает периодически неприятные ощущения в правом подреберье, склонность к запорам, метеоризм.

1. Ваш диагноз?
2. О чем свидетельствует уплотненная стенка желчного пузыря по УЗИ?
3. О чем свидетельствует наличие эховзвеси в желчном пузыре?
4. Ваша тактика ведения полипоза желчного пузыря.
5. Принципы терапии на данном этапе.

Задача 3.3.7.

Пациент 59 лет, наблюдается по поводу полипоза желчного пузыря в течение 7 лет. Диагностированы полипы размером 7мм и 10мм. В течение последнего года отмечается увеличение размера полипа с 10мм до 11мм. Второй полип остался прежних размеров: 7мм. Пузырь растянут: 9,8мм×40мм. Стенка не утолщена, уплотнена. При этом ухудшения состояния не отмечает. Биохимический и клинический анализ крови без патологии.

1. Чем обусловлена необходимость динамического наблюдения за полипами?
2. Возможная тактика ведения данного больного.
3. Ведущие факторы риска, определяющие показания к оперативному лечению у данного больного.
4. Необходимое дообследование для исключения неопластического перерождения полипов.
5. Принципы терапии на данном этапе.

Задача 3.3.8.

Женщина 35 лет обратилась с жалобами на боли в верхнем правом квадранте живота после обильной пищи, вздутие живота. Из анамнеза

известно, что подобные приступы уже бывали, сопровождаются тошнотой и рвотой. Снимала их самостоятельно приемом но-шпы. Пять лет назад лапаротомия по поводу удаления кисты правого яичника. Осмотрена гинекологом. Острой гинекологической патологии нет. На обзорной рентгенограмме брюшной полости свободного газа нет, чаш Клойбера нет. На УЗИ выявлены дополнительные структуры в желчном пузыре, 2мм и 6мм, с наличием эхотени, общий желчный проток 8 мм. Биохимия крови и общий анализ крови без патологии. Сопутствующих хронических заболеваний нет.

1. Ваш диагноз?
2. О чем свидетельствует отсутствие свободного газа в брюшной полости у данной пациентки?
3. О чем свидетельствует отсутствие чаш Клойбера у данной пациентки?
4. Тактика ведения данной пациентки: оперативное или консервативное лечение?
5. Детализируйте выбранный способ терапии и объясните его выбор.

Задача 3.3.9.

Больная 43года. Жалуется на эпизодические приступообразные боли после еды в правом верхнем квадранте живота, сопровождающиеся тошнотой, иногда рвотой. Полгода назад перенесла холецистэктомию по поводу ЖКБ. На момент осмотра показатели биохимического и клинического анализов крови в норме. По УЗИ холедох 8 мм; поджелудочная железа 28-21-19мм. ФГС – хронический гастрит.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Дифференциальный диагноз
3. Тактика ведения
4. Показано ли дообследование, если да, то какое?
5. Принципы медикаментозной терапии.

Задача 3.3.10.

Больная 43 лет, жалуется на эпизодические приступообразные боли в правом верхнем квадранте живота, сопровождающиеся тошнотой, иногда рвотой. Полгода назад перенесла холецистэктомию по поводу ЖКБ. На момент осмотра отмечается подъем прямого билирубина до 83мкмоль/л и ЩФ до 1,5 норм. По УЗИ холедох 12 мм; поджелудочная железа 28-21-19мм. ФГС – хронический гастрит.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Дообследование для верификации диагноза.
4. Эндоскопическая тактика.
5. Принципы хирургической тактики.

Тема 3.4. «Хронические гепатиты».

Задача 3.4.1.

Больного Б., 1982 года рождения, в 5-летнем возрасте через несколько месяцев после аденоидэктомии стали беспокоить выраженная слабость, снижение аппетита. После выраженной инсоляции слабость усиливалась, появлялась истеричность склер. Госпитализирован в стационар по месту жительства, где впервые выявлено увеличение печени и селезенки. Изменения лабораторных показателей за тот период неизвестны. Был установлен диагноз хронического активного гепатита и начато лечение преднизолоном в суточной дозе 20 мг с последующим снижением и полной отменой препарата в течение 6 месяцев. Отмечалась некоторая положительная динамика, однако после отмены преднизолона состояние вновь ухудшилось, появилась желтуха.

При последующих госпитализациях – диагноз хронический АИГ, назначаемая гормонотерапия с непродолжительным положительным эффектом. В 17-летнем возрасте был направлен в одну из клиник г. Красноярск, где при обследовании найдено увеличение печени и селезенки, истеричность склер, 3-кратное увеличение уровня билирубина за счет прямого, 5-кратное увеличение активности АЛТ, повышение уровня общего белка до 92 г/л, гамма-глобулинов – до 36 г/л, неизмененные уровни альбуминов и протромбина, отсутствие HBs Ag и других сывороточных маркеров вирусных гепатитов, ANA – отрицательные. Вновь заболевание было расценено как хронический активный гепатит с формированием цирроза печени и возобновлена терапия преднизолоном. Морфологическое исследование печени не проводилось и, несмотря на непрерывную терапию гормонами, сохранялись лабораторные признаки активности печеночного процесса. Через несколько месяцев сформировалось варикозное расширение вен пищевода, асцит, спленомегалия (18,8 см по длинику), отмечено снижение уровня альбуминов (30 г/л) и протромбинового индекса (41-68%), тромбоцитопения ($80 \cdot 10^9$ в 9/л).

1. Ваш предположительный диагноз и почему он наиболее вероятен?
2. Какие дополнительные методы исследования следует провести?
3. Какие не характерные черты предполагаемого заболевания имеются у данного пациента?
4. С какой патологией нужно провести дифференциальный диагноз?
5. Необходимые лечебные мероприятия?

Задача 3.4.2.

Больной Х., 33 лет впервые отметил появление лихорадки до 39 С с ознобом, примесь крови в стуле, боли в животе в околопупочной области, диареи 3-4 раза в сутки, похудание за 2 недели перед поступлением. В настоящее время появилась истеричность склер, кожный зуд. При поступлении состояние средней тяжести, имеется желтушность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, следы расчесов на коже. При пальпации отмечается болезненность вокруг пупка, печень увеличена на 2 поперечных пальца из-под края реберной дуги, край закруглен, плотно-эластической консистенции, селезенка не пальпируется. Тахикардия до 90 ударов в минуту, ритм сохранен, АД – 110/70 мм рт ст. Патологии со стороны системы органов дыхания не выявлено.

Результаты дополнительных методов исследования: Нв – 110 г/л, эр – $3,0 \times 10^{12}$ /л, Л – $3,9 \times 10^9$ /л, СОЭ – 55 мм/ч. Общий билирубин крови: 93,4 мкмоль/л, прямой – 80 мкмоль/л, непрямой – 13,3 мкмоль/л, тимоловая проба – 44 ед. Общий белок – 56 г/л, альбумины – 45%, глобулины - α_1 – 4,2%, α_2 – 6,3%, β - 10,3%, γ - 34,2%, ПТИ – 90 %. Щелочная фосфатаза – 1246 ед, гамма ГТП – 267 ед, холестерин – 7,96 ммоль/л, бета-липопротеиды – 99 ед, АСТ -61, АЛТ 126 ед. По данным УЗИ – печень несколько увеличена, больше за счет левой доли, селезенка, поджелудочная железа – без патологических изменений, желчный пузырь- размеры в пределах нормы, стенка -4 мм, конкрементов не найдено.

По данным колоноскопии и ФГС – преимущественно сегментарное поражение подвздошной и 12-перстной кишки виде эрозий и единичных щелевых язв на фоне гиперемии СО. Биопсия СО кишечника не проводилась.

По данным пункционной биопсии печени – дольковое строение сохранено, порталы расширены, за счет склероза. Преддуктально определяются мощные тяжи соединительной ткани, просвет желчных протоков сужен. Эпителий в отдельных протоках пролиферирует, имеются скопления лимфоидных элементов. АМА-1 отрицательные, сывороточные маркеры вирусных гепатитов отрицательные.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования следует провести?
3. Какие морфологические данные Вы ожидаете получить при биопсии СО кишечника?
4. С какой патологией нужно провести дифференциальный диагноз?
5. Необходимые лечебные мероприятия?

Задача 3.4.3.

Больная С., 45 лет, жалуется на кожный зуд, тяжесть в правом подреберье, желтушное окрашивание кожных покровов, склер, похудание, слабость.

Больной себя считает около года, когда впервые стали беспокоить вышеуказанные жалобы. Последнюю неделю отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр, кровоточивость из десен, выраженную утомляемость.

При осмотре: состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые желтушны. Ксантомы на веках, локтях. Кожа на ладонях и подошвенной поверхности стоп пигментирована. Больная пониженного питания. Пульс 60 в мин, ритмичен, АД – 105/70 мм рт.ст. Со стороны органов дыхания патологии не найдено. Живот болезнен в правом подреберье, где пальпируется увеличенная на 5 см из-под края реберной дуги, плотная, болезненная с острым краем печень. Область желчного пузыря безболезненна. Селезенка увеличена, пальпируется на 2-2,5 см из-под края реберной дуги.

По данным УЗИ наличие камней в желчном пузыре не выявлено, печень увеличена больше левой долей. Размеры ККР - , селезенка – 167*65 мм, свободной жидкости в брюшной полости нет. Поджелудочная железа нормальных размеров, контуры четкие. В биохимических анализах крови - общий билирубин 80 мкмоль/л, прямая фракция - 68 мкмоль/л, реакция прямая быстрая, холестерин – 9,2 ммоль/л, ЩФ – 812 ед (норма 360), ГГТП – 212 ед/л (норма 61), общий белок 60 г/л, альбумины 47,2%, глобулины – 52,8%, СОЭ – 36 мм/ч, антимитохондриальные антитела в титре 1:67.

1. Ваш диагноз?
2. План обследования?
3. Какие морфологические данные Вы ожидаете получить при биопсии печени?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
5. Лечение?

Задача 3.4.4.

Больной М., 43 года, около 3-х лет назад перенес острый вирусный гепатит В. Через год при медицинских осмотрах стали находить увеличение печени. Больному было рекомендовано обследование в стационаре, но он продолжал работать. Последние полгода состояние ухудшилось: отмечает повышенную утомляемость, постоянно беспокоят тошнота, боль в правом подреберье, желтушность склер и кожных покровов.

При объективном обследовании: состояние больного удовлетворительное. Легкие и сердце без патологии. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, АД – 120/80 мм рт.ст. На грудной клетке единичные

сосудистые «звездочки». Живот при пальпации болезнен в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3-4 см, умеренной плотности, болезненная, край закруглен. Селезенка не увеличена.

1. Ваш диагноз?
2. Дополнительные методы исследования?
3. Перечислите основные синдромы заболевания у данного больного?
4. Схемы противовирусной терапии ХГВ?
5. Профилактика ХГВ?

Задача 3.4.5.

Больная С., 25 лет, жалуется тяжесть в правом подреберье, тошноту, похудание, слабость.

Больной себя считает около года, когда впервые стали беспокоить вышеуказанные жалобы. Последнюю неделю больная отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр, кровоточивость из десен, выраженную утомляемость.

При осмотре: состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые желтушны. Больная пониженного питания. ЧСС – 80 ударов в минуту, АД – 100/70 мм рт.ст. Со стороны системы органов дыхания патологии не найдено. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 5 см из-под края реберной дуги, плотная, болезненная, желчный пузырь не пальпируется, селезенка не увеличена.

По данным УЗИ – печень увеличена, сосудистый рисунок обеднен, желчный пузырь нормальных размеров, стенка 4 мм, конкрементов не выявлено. Поджелудочная железа без патологических отклонений. Размеры селезенки – 112* 67 мм. В биохимических анализах крови - общий билирубин 66 мкмоль/л, реакция прямая, быстрая, АЛТ – 320 ед (норма – 40), АСТ – 120 (норма – 36), холестерин – 5,2 ммоль/л, щелочная фосфатаза – 270 ед (норма 360), β-липопротеиды – 31ед, ГГТП 826 ед (норма -60), общий белок – 60,0 г/л, альбумины – 42,2%, гамма-глобулины 36 %, СОЭ – 56 мм/ч, антимитохондриальные антитела, HBs Ag, анти HCV - отрицательные.

1. Ваш диагноз?
2. План обследования?
3. С какими патологиями следует провести дифференциальный диагноз?
4. Перечислите основные синдромы заболевания?
5. Лечение?

Задача 3.4.6.

Больная 33 года, хирургическая медсестра, в течение нескольких лет жалуется на слабость, снижение работоспособности. При обследовании АЛТ до 180 ед (норма – 40), АСТ – 110 ед (норма-36), билирубин – 56 мкмоль/л, реакция прямая, тимоловая проба – 8ед. При дообследовании обнаружены анти- HCV, РНК HCV – 1,2 *10 в 4 степени. На УЗИ – умеренная гепатомегалия, селезенка не увеличена, воротная вена-8 мм, селезеночная вена -6 мм. На ФГС варикозного расширения вен не найдено.

1. Ваш диагноз?
2. Дополнительное обследование?
3. Дальнейшая тактика ведения больной?
4. Сроки проведения противовирусной терапии?
5. Прогноз?

Задача 3.4.7.

Больной 23 года, поступил в клинику с жалобами на увеличение живота в объеме, резкую слабость, желтушность склер, повышенную кровоточивость десен. При обследовании - состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые желтушны, питание удовлетворительное. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 130/90 мм рт.ст. Со стороны системы органов дыхания патологии не найдено. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 6 см из-под края реберной дуги, плотная, безболезненная, желчный пузырь не пальпируется,

По данным УЗИ – печень увеличена, сосудистый рисунок обеднен, воротная вена – 1,6 см в Д, селезеночная вена – 85 мм в Д, желчный пузырь нормальных размеров, стенка 4 мм, конкрементов не выявлено. Селезенка 143*67 мм, имеется умеренное количество свободной жидкости в брюшной полости. Поджелудочная железа без патологических отклонений. В биохимических анализах крови- АЛТ-125 ед, АСТ-90ед, билирубин -58,4мкмоль/л, реакция прямая, быстрая, тимоловая проба -6 ед, антимитохондриальные антитела, HBs Ag, анти HCV - отрицательные.

Никаких лекарственных препаратов не принимает. Алкоголь и наркотики не употребляет. На вредном производстве не работал. Хронических заболеваний нет. Вспомнил, что в детстве длительно лечился у невропатолога.

1. О какой патологии необходимо подумать в данном случае?
2. С какой патологией необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Необходимое дообследование?
4. Лечение?
5. Прогноз?

Задача 3.4.8.

Больная С., 53 лет, с апреля 2005г. отмечает рецидивирующую геморрагическую сыпь в области голеней, в тоже время выявлялась минимальная протеинурия (ПУ) и эритроцитурия (ЭУ). В ноябре-декабре 2005 г.- периодические подъемы температуры тела до 38°C, ПУ — 0,033 %, ЭУ — 35 п/зр, лейкоцитурия (ЛУ) - 9-14 п/зр., АСТ - 87 Ед/л (норма до 40), АЛТ — 101 Ед/л (норма до 40). В декабре 2006 г. больная госпитализирована в клинику, где был диагностирован хронический гепатит С (подтвержденный наличием РНК при ПЦР), криоглобулинемия — 2026 мкг/мл (норма до 100 мкг/мл) с нулевым уровнем гемолитической активности комплемента (CH₅₀ — 0), обнаружен ревматоидный фактор (РФ) в титре 1:1240; ПУ, по-прежнему, минимальная, ЭУ — 17-20 п/зр, ЛУ — 25-30 п/зр, при посеве мочи получен рост *Citrobacter freundy* 1,0x10⁶, чувствительный к ципрофлоксацину. Функция почек оставалась сохранной (креатинин крови — 1,0 мг/дл). Вопрос о противовирусном лечении был отложен в силу экономических проблем, по поводу активной мочевого инфекции проведен курс лечения ципрофлоксацином с эффектом (стерильные посевы мочи). Вновь госпитализирована в сентябре 2007 г. — сохранялся мочевого синдром, который был расценен как обострение мочевого инфекции, персистировала криоглобулинемия. При лечении мочевого инфекции таривидом отмечено преходящее повышение уровня креатинина до 1,5 мг/дл. Осенью 2008 г. (после пребывания на юге) состояние резко ухудшилось — появились отеки ног, головные боли, олигурия, усилилась общая слабость. При поступлении в клинику в декабре этого года. — картина нефритического синдрома (распространенные отеки, олигурия, ПУ -9,9 г/сутки, эритроцитурия до 40-50 в п/зр., АД 180 и 100 мм рт.ст., повышение креатинина сыворотки крови до 3,5 мг/дл), анемия (гемоглобин — 80-60 г/л, эритроциты — 2,8-2,5x10¹²/л), умеренное повышение трансаминаз (АЛТ - 47 Ед/л, АСТ - 59 Ед/л), CH₅₀ - 0, уровень криоглобулинов в крови - 960 мкг/мл, anti-HCV(+), HCV РНК(+). В связи с тяжелым процессом в почках (вероятно, мезангиокапиллярный гломерулонефрит; биопсия почки не проводилась из-за тяжелого состояния больной), продолжающейся олигурической острой почечной недостаточностью, рефрактерной к мочегонным средствам, была начата, несмотря на наличие вирусной инфекции, иммуносупрессивная терапия (преднизолон внутрь в дозе 40 мг/сут, однократная пульс-терапия внутривенным введением циклофосфана 600 мг) в сочетании с сеансами криоафереза. В результате отмечено снижение ПУ до 5,0 г/сут, тенденция к уменьшению уровня креатинина в сыворотке крови (1,5 мг/дл), криоглобулинемии (700 мкг/мл), стабилизация АД на уровне 140 и 100 мм рт.ст. Однако возросла активность печеночного процесса (АЛТ - 225 МЕ, АСТ — 111МЕ), повысился уровень глюкозы крови (116-298 мг/дл), выявлена активная мочевого инфекция, в связи с чем

иммуносупрессивная терапия была прекращена. Состояние резко ухудшилось после присоединения правосторонней нижнедолевой пневмонии, осложнившейся аспергиллезом (титр антител к аспергилле - 1:40), по поводу которых больная получала комплексную антибактериальную терапию в сочетании с дифлюканом и орунгалом с эффектом (рассасывание пневмонического инфильтрата, инволюция аспергиллезной каверны). Однако сформировался нефротический синдром с выраженной гипоальбуминемией, сохранялась олигурия (вплоть до анурии), нарастала почечная недостаточность (креатинин — 4,5 мг/дл), гиперурикемия (более 13,5 мг/дл). Больная была переведена в отделение гемодиализа для проведения лечения программным гемодиализом.

1. Ваш диагноз?
2. Прокомментируйте последовательность основных патологических механизмов ранней клинической ситуации, что послужило пусковым механизмом, что следствием?
3. Перечислите проявления смешанного криоглобулинемического синдрома (СКГ), ассоциированного с HCV – инфекцией.
4. Дальнейшая тактика ведения больной в плане терапии внепеченочных проявлений?
5. Дальнейшая тактика ведения больной в плане терапии HCV?

Задача 3.4.9.

Больная К., 44 лет, поступила в клинику с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, тупую боль в правой половине живота, неустойчивый стул, периодически желтушность склер.

Из анамнеза болезни известно, что пять лет назад перенесла острый гепатит С. До последнего времени чувствовала себя удовлетворительно, но после приема большого количества пива (больная является любительницей пива) появились вышеперечисленные жалобы. При поступлении: состояние больной средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые желтушны. При осмотре отмечена ладонная эритема, обилие мелких сосудистых звездочек в районе декольте. При пальпации: печень плотная, болезненная, край ее неровный, увеличена на 5—6 см, отмечено увеличение селезенки.

Общий анализ крови: Нв 110г/л, Эр — $3,0 \times 10^{12}/л$, Л — $3,9 \times 10^9/л$, СОЭ — 45 мм/ч.

Общий билирубин крови: 43,4 мкмоль/л, прямой — 29,1 мкмоль/л, непрямой — 14,3 мкмоль/л, тимоловая проба 44 ед. Общий белок — 56 г/л, альбумины — 45%, глобулины — а1—4,2%, а2—6,3%, в — 10,3%, у — 34,2%.

1. Ваш диагноз?

2. План обследования?
3. План лечения?
4. К какому синдрому относятся ладонная эритема и сосудистые звездочки в районе декольте?
5. Абсолютные показания к назначению комбинированной противовирусной терапии у больных с циррозом печени в исходе ХГС.

Задача 3.4.10.

Женщина, 32 лет, в течение 3-х лет страдает заболеванием печени с частыми рецидивами. При поступлении умеренная желтуха. Тоны сердца глухие. Печень по Курлову 16 x 14 x 10 см, уплотнена, селезенка на 2 см из-под реберной дуги. Рентгенологически в синусах небольшое количество выпота, дисковидные ателектазы, выпот в перикарде. Эритроциты 3,2 лейкоциты 3,9 СОЭ 44 мм тромбоциты 112, 2. Белок 72 г/л, альбумины 44%. Глобулины: α1 4% α2 9% β 11% γ 32%. Связанный билирубин 56 ммоль/л, свободный 38 ммоль/л. RW (+). АСТ, АЛТ 206, ЦИК 908 у.е.

1. Диагноз, каков механизм и форма данного заболевания?
2. Какова форма желтухи?
3. Какие характерны иммунологические показатели для данной патологии?
4. План лечения больной (основная патогенетическая терапия).
5. Противопоказания к назначению кортикостероидов.

Тема 3.5. «Циррозы печени».

Задача 3.5.1.

Больной 52 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в правом подреберье, головокружение, резкую слабость, кал черного цвета. В анамнезе в течение 5 лет диагностируется цирроз печени в исходе ХГС. Несколько раз был госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение с симптомами декомпенсации заболевания (прогрессировал асцит). После выписки диету не соблюдал, рекомендуемые медикаментозные препараты не принимал, употреблял алкоголь.

Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные с желтушным оттенком, печеночный запах изо рта, несколько заторможен, на вопросы отвечает нечетко, отмечаются «провалы» памяти. Пульс 110 ударов в минуту, малого наполнения и напряжения, ритмичен, АД – 95/50 мм рт.ст. Печень увеличена на 5 см из-под края реберной дуги, край острый, селезенка на 4-5 см ниже реберной дуги, плотная, имеется умеренное количество свободной жидкости в брюшной полости. Hb – 75 г/л.

1. Ваш диагноз?
2. Дополнительные методы исследования?
3. Неотложные мероприятия?
4. Стадия печеночного процесса?
5. Назовите очевидную причину декомпенсации процесса?

Задача 3.5.2.

Больная К., 44 лет, поступила в клинику с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, вздутие живота, тупую боль в правой его половине, неустойчивый стул, желтушность склер, кожный зуд.

Из анамнеза болезни известно, что 5 лет назад перенесла острый гепатит В.

При поступлении: состояние больной средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые истеричны, живот увеличен в размерах, на передней брюшной стенке отмечается расширение подкожных вен, имеется ладонная эритема, обилие мелких нитевидных подкожных сосудов на лице. При пальпации: печень плотная, болезненная, край ее неровный, острый, выступает на 5-6 см из-под края реберной дуги, имеется увеличение селезенки (пальпируется на 4-5 см ниже реберной дуги).

Общий анализ крови: Hb – 110 г/л, эр – $3,0 \times 10^{12}/л$, Л – $3,9 \times 10^9/л$, тромбоциты – $96 \times 10^9/л$, СОЭ – 45 мм/ч. Общий билирубин крови: 83,4 мкмоль/л, прямой – 69,1 мкмоль/л, непрямой – 14,3 мкмоль/л, тимоловая проба – 44 ед, общий белок – 56 г/л, альбумины – 45%, глобулины - α_1 – 4,2%, α_2 – 6,3%, β - 10,3%, γ - 34,2%.

1. Ваш диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?
4. Прогноз?
5. Перечислите основные синдромы заболевания

Задача 3.5.3.

Больная 31 года, 3 года назад перенесла острый вирусный гепатит. Поступила с жалобами на резкую слабость, небольшое увеличение живота в объеме, субиктеричность склер. Печень выступает из подреберной дуги на 5-6 см, чувствительна при пальпации, плотноватая, край заострен

При обследовании на УЗИ - умеренная гепатомегалия, селезенка верхняя граница нормы, небольшое количество жидкости в брюшной полости (асцит). Общ.белок-70, альбумины -32, билирубин -45,3 реакция прямая быстрая, тимоловая проба-20 ед, АЛТ-5 норм, АСТ-3нормы, ЦИК-400 ЕД, HBsAg пол.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие лабораторные синдромы позволяет сделать предположение?
3. Необходимое дообследование для подтверждения диагноза?
4. Какой синдром свидетельствует об активности печеночного процесса?
5. Принципы лечения?

Задача 3.5.4.

Больной 48 лет. Жалобы на увеличение и тяжесть в животе. В прошлом злоупотреблял алкоголем. В течение 5 лет отмечалось увеличение печени. Увеличение живота заметили 1 месяц назад.

Объективно: телеангиоэктазии на коже туловища, гиперемия ладоней, живот увеличен в объеме, пупок сглажен, определяется тупость ниже пупка и флюктуация. Печень, селезенка не пальпируется. Диурез – 700 мл. Билирубин крови 30 мкмоль/л, АСТ 0,8 ммоль/л, АЛТ 1,2 ммоль/л, ПТВ 50%, натрий 135 ммоль/л, калий 3,9 ммоль/л, креатинин 80 мкмоль/л, белок 52 г/л.

1. Ваш полный диагноз?
2. Какова причина асцита?
3. Определите биохимические синдромы?
4. Сделайте назначения на первую неделю
5. Показания для проведения лапароцентеза?

Задача 3.5.5.

Больной Р., 52г. Считает себя больным с мая 1999 г, когда появились боли в мелких суставах кистей, умеренная скованность, субфебрильная температура тела. По месту жительства назначены местные физиотерапевтические процедуры (ионофорез с новокаином) на суставы кистей. После первого сеанса у больного на коже туловища возникла мелкоточечная диссеминированная геморрагическая сыпь, резкая общая слабость, головокружение. При обследовании: снижение Hb до 50 г/л, ЦП 1,0, Rt – 5.6%, увеличение красного ростка в костном мозге при стеральной пункции, положительная прямая проба Кумбса, повышение уровня непрямого билирубина до 80 ммоль/л, АСТ – 132 МЕ (норма до 40МЕ), АЛТ – 184 МЕ (норма до 40МЕ), общий белок 68 г/л, альбумины – 33 г/л, γ – глобулины – 51,3 г/л, Ig G – 28,5 г/л, СОЭ – 40 мм/час, криоглобулины ++, тип которых идентифицировать не удалось, ревматоидный фактор 1:160. На ФГС: ВРВП Пост. УЗИ: гепатоспленомегалия. Вирусологическое исследование не выявило маркеров В, С, Д. Обращает на себя наличие «печеночных ладоней», «сосудистых звездочек».

1. Выделите характерные симптомы заболевания.
2. Предварительный диагноз?
3. Необходимые дообследования для подтверждения диагноза

4. Что, на ваш взгляд, способствовало дебюту кожно-геморрагического симптома заболевания?
5. 5.Тактика ведения больного?

Задача 3.5.6.

Больная С., 45 лет, жалуется на кожный зуд, тяжесть в правом подреберье, желтушное окрашивание кожных покровов, склер, похудание, слабость. Больной себя считает около года, когда впервые стали беспокоить вышеуказанные жалобы. Последнюю неделю больная отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр, кровоточивость из десен, выраженную утомляемость. При осмотре: состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые желтушны. Ксантомы на веках, локтях. Кожа на ладонях и подошвенной поверхности стоп пигментирована. Больная пониженного питания. Пульс 60 в мин, АД – 105/70 мм рт.ст. В легких без патологии. Живот болезнен в правом подреберье. Печень увеличена на 5 см из-под края реберной дуги, плотная, болезненная, желчный пузырь не пальпируется, селезенка увеличена, у края реберной дуги, плотная.

По данным УЗИ наличие камней в желчном пузыре не выявлено. Установлена гипербилирубинемия (общий билирубин 80 мкмоль/л, за счет прямой фракции), холестерин – 9,2 ммоль/л, ЩФ – 1222 ЕД, ГГТП – 780 ед/л, общий белок 60 г/л, альбумины 47,2%, глобулины – 52,8%, СОЭ – 36 мм/ч, антимитохондриальные антитела в титре 1:67.

1. Ваш диагноз?
2. План обследования?
3. Лечение?
4. Перечислите маркеры синдрома холестаза
5. Что Вы ожидаете получить при биопсии печени?

Задача 3.5.7.

Больной 46 лет, страдает хроническим вирусным гепатитом с 20 лет. Три года назад был диагностирован цирроз печени. В последние 10 дней появилась прогрессирующая слабость, стал нарастать асцит. В клинику поступил в тяжелом состоянии. При обследовании- Нв 100 г/л, лейкоциты 10×10^9 /л, СОЭ 50 мм/час, общий белок - 65г/л, альбумины - 28%, билирубин- 50,2 мкмоль/л, реакция прямая быстрая, АЛТ- 3 N, АСТ -2 N. На УЗИ выраженная гепатомегалия, спленомегалия, расширение воротной и селезеночной вены до 15 и 10 мм соответственно, в брюшной полости имеется большое количество жидкости. Объективно: ЧСС 98 в мин, АД 100/70 мм рт. ст., печень огромных размеров, плотная, на 15 см ниже реберной дуги. Проводимые лечебные мероприятия без эффекта.

1. Предполагаемый диагноз
2. Дополнительные методы обследования для его верификации

3. Тактика ведения
4. Назовите сывороточный маркер гепатоцеллюлярной карциномы
5. Препарат выбора при синдроме печеной энцефалопатии?

Задача 3.5.8.

Больной 22 г, поступил в клинику с жалобами на увеличение живота в объеме, выраженные боли в верхней половине живота. Появлению асцита предшествовала травма живота: неоднократные сильные удары ногой в живот. Асцит появился 3 недели назад через 3 месяца после травмы. В поликлинике был выставлен диагноз цирроза печени. Алкоголь, наркотики больной отрицает.

Объективно: выраженная бледность кожных покровов, снижение веса. В легких – без особенностей, ЧСС 92 в мин., АД100/70 мм рт ст. Живот увеличен за счет асцита. Асцит напряженный. Биохимический анализ крови: общий белок-70, альбумины -45%, билирубин-20,4 мкмоль/л, реакция непрямая, холестерин- 5,5ммоль/л, АЛТ-1.8 ммоль/л, АСТ-1,4ммоль/л. Клинический анализ крови: Нв-100 г/л, л-10.2*10⁹/л, СОЭ-30мм /час. ЦИК-100 ед. По УЗИ: воротная вена -16 мм, выраженная гепатомегалия, селезеночная вена - 10мм, умеренная спленомегалия. На фоне проводимой терапии отмечается рефрактерность асцита.

1. Какой синдром является ведущим в данной клинической картине?
2. Ваш предположительный диагноз?
3. Необходимое обследование для верификации диагноза?
4. Перечислите заболевания, при которых чаще всего регистрируется асцит
5. Что вы ожидаете получить при СКТ с болюсным усилением?

Задача 3.5.9.

Больная Г., 18 лет до августа 2009 г. чувствовала себя здоровой, хотя с 6-летнего возраста отмечалось увеличение печени, не находившее при обследовании своего объяснения. Внезапно появились чувство жжения во всем теле, боль в кистях рук, резкая слабость, госпитализирована, где на третий день пребывания возникли интенсивное желтушное окрашивание кожи и склер, лихорадка до 39°C , зарегистрировано повышение уровня билирубина и активности аминотрансфераз сыворотки. С подозрением на острый вирусный гепатит переведена в инфекционный стационар, при обследовании вирусная природа желтухи не подтвердилась. Выявлены признаки внутрисосудистого гемолиза (гемоглобинурия). Назначен преднизолон 40мг/сут, проводилась трансфузия Эритроцитарной массы, детоксикационная терапия. Состояние больной улучшилось, признаки гемолиза и желтуха исчезли. Однако при снижении дозы преднизолона до 30 мг/сут возник рецидив лихорадки до 38 °С, ощущение жжения во

всем теле, появились симптомы дерматита. Доза преднизолона повышена до 60 мг/сут, больная переведена в клинику им. Е.М. Тареева.

При поступлении – состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски. Обращали на себя внимание субиктеричность склер, увеличение размеров печени (по Курлову 13/2-10-9см) и селезенки (длинник 14см). При обследовании умеренный цитолитический синдром (АСТ – 3-кратное, АЛТ – 6-кратное превышение нормы), увеличение уровня билирубина за счет как прямой (80 ммоль/л), так и непрямой фракций (34 ммоль/л), признаки печечно-клеточной недостаточности (уровень альбумина в сыворотке крови снижен до 32 г/л, холинэстеразы до 3200 МЕ). Выполнена пункционная биопсия печени, выявившая морфологические признаки цирроза печени. Патологии ЦНС не выявлено.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Необходимое дообследование для верификации диагноза?
3. Окончательный диагноз при положительных диагностических тестах на болезнь Вильсона – Коновалова и тактика ведения?
4. Перечислите клинические синдромы при гепатоцеребральной дистрофии?
5. Перечислите клинические синдромы, имеющиеся у данной больной?

Задача 3.5.10.

У больной, 48 лет, жалобы на увеличение живота, тошноту, плохой аппетит. Больна 2 недели. Пять лет назад перенесла вирусный гепатит. Объективно: небольшие отеки голеней и стоп. Живот увеличен в объеме, пупок сглажен, выражена подкожная венозная сеть. Печень на 5 см ниже края реберной дуги, плотная с неровной поверхностью и острым краем. Пальпируется край селезенки. АД 100/60. В остальном без особенностей. Общий белок крови 65 г/л, альбумины 35 г/л, билирубин 15 мкмоль/л, холестерин 4,9 ммоль/л тимоловая проба 127 ЕД, протромбин 85%, АЛТ 0,65 ммоль/л, АСТ 0,80 ммоль/л, ЩФ 350 ЕД. Начато лечение: бессолевая диета с ограничением белков, преднизолон 25 мг, лазикс 80 мг в/в, глюкоза 40% -40,0 в/в.

1. Диагноз?
2. Какова предположительно этиология заболевания?
3. Какие исследования необходимо еще провести?
4. Укажите нелогичные лечебные назначения
5. Показания к назначению гепатопротекторов при ПЭ?

Тема 3.6. «Хронические панкреатиты».

Задача 3.6.1.

Больной 40 лет жалуется на боли в эпигастральной области, иногда опоясывающего характера, частые поносы. В течение многих лет злоупотреблял алкоголем. В течение года диагностируется сахарный диабет, принимал бигуаниды. В течение 6 месяцев - поносы с полужидким калом беловатого цвета. Похудел на 10 кг. Объективно: масса тела - 55 кг, рост - 170 см. При пальпации отмечается нерезкая болезненность над пупком. Печень на 3 см ниже края реберной дуги, плотная, безболезненная. Диастаза мочи - 256 ЕД. Глюкоза крови - 15,5 моль/л, в моче ацетон (-). В анализе кала много нейтрального жира, мыл и жирных кислот, непереваренной клетчатки.

1. Диагноз?
2. Форма кишечной диспепсии?
3. Диета и заместительная терапия?
4. Лечение сахарного диабета?
5. УЗИ критерии хронического панкреатита?

Задача 3.6.2.

Больной М., 47 лет жалуется на боли в эпигастральной области, не связанные с едой, тошноту, плохой аппетит и частые поносы. В течение многих лет злоупотреблял алкоголем, 4 года назад лечился по поводу описторхоза. В течение года ежедневно - поносы с полужидким калом беловатого цвета. Похудел на 8 кг.

Объективно: масса тела - 60 кг, рост - 170 см. Кожа сухая, тургор снижен.

АД - 90/70 мм рт. ст, ЧСС 80 уд. в минуту. Язык красного цвета, со сглаженными сосочками. Нерезкая болезненность над пупком в треугольнике Шофара. Печень пальпируется по краю реберной дуги.

1. Какова вероятная причина поносов?
2. Как объяснить похудание и признаки гипогидратации у больного?
3. Какие исследования нужны для прямого подтверждения диагноза и что ожидается?
4. Что можно ожидать в анализе кала, как объяснить эти изменения?
5. Назначено лечение: стол N5, панкреатин 0.5х3, контрикал 1500.0 ЕД/сут, атропин п/к. Оцените адекватность этого лечения.

Задача 3.6.3.

У больного С., 57 лет появились жалобы на боли в эпигастральной области, не связанные с едой, тошнота, плохой аппетит и частые поносы. В течение многих лет злоупотреблял алкоголем. 6 месяцев поносы с полужидким калом беловатого цвета. Похудел на 8 кг. Кожа сухая, тургор снижен. АД 90/70 мм рт. ст. Язык красного цвета, со

сглаженными сосочками. Нерезкая болезненность над пупком. Печень на 3 см ниже края реберной дуги, безболезненная, плотная.

1. Каков вероятный диагноз?
2. Как объяснить похудание и признаки гипогидратации у больного?
3. Какие исследования нужны для прямого подтверждения диагноза и что ожидается?
4. Что можно ожидать при анализе кала, как объяснить эти изменения?
5. Особенности панкреатогенного сахарного диабета?

Задача 3.6.4.

Больной Д., 56 лет, поступил в приемное отделение с жалобами на сильный приступ болей в верхней половине живота опоясывающего характера, многократную рвоту, расстройство стула, стул более 3-х раз в течение суток с обильным количеством каловых масс серой окраски и гнилостным запахом; жажду, сухость во рту.

Больным себя считает в течение года, когда после погрешности в диете и злоупотребления алкоголем впервые возник подобный приступ болей с иррадиацией в спину, левую половину грудной клетки. Боль сопровождалась рвотой, расстройством стула. В поликлинику не обращался, самостоятельно принимал баралгин, но-шпу. За последние 2 месяца подобные приступы болей возникали трижды.

При поступлении: сознание ясное, состояние средней степени тяжести. Тургор кожи снижен, кожные покровы и видимые слизистые бледны. Сердце – границы умеренно расширены влево, тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС 80 в мин, АД 110/70 мм рт.ст. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, резко болезнен в эпигастральной области и особенно в треугольнике Шофара. Положительные симптомы Мейо-Робсона, Гротта. Печень и селезенка не увеличены. Общий анализ крови: Нб – 156 г/л, лейкоциты – $10,5 \times 10^9$ /л, СОЭ – 24 мм/ч. Сахар крови 7,7 ммоль/л.

1. Ваш диагноз?
2. Какова тактика обследования?
3. С какой частотой встречается лекарственный панкреатит?
4. Лечение данного пациента?
5. Назовите ранний признак экзокринной недостаточности поджелудочной железы.

Задача 3.6.5.

Больной 52 лет, из города Ачинска. Болен в течение полугода: беспокоят боли в эпигастрии, в правом подреберье, эпизоды опоясывающих болей, чередование запоров с поносами. По месту жительства проводились неоднократные курсы лечения хронического

панкреатита: инфузии контрикала, спазмолитиков, ферменты, биопрепараты. Однако, не смотря на проводимую терапию, оставался упорный болевой синдром. При поступлении в гастроэнтерологическое отделение –упорные боли в эпигастрии, правом и левом подреберьях, В легких- дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны умеренно приглушены, ритмичные, чсс 78 в мин., АД 140/90 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в точке желчного пузыря, эпигастрии, зоне Шоффара. Клинический и биохимический анализы крови без патологии. На ФГС- визуальные признаки антрального гастрита и дуоденита. По данным УЗИ - умеренная гепатомегалия, желчный пузырь 98*38 мм, стенка- 5 мм, холедох-0,7 см, желудочная железа-45*32*30 мм. В анализе кале- стеаторея, креаторея.

1. Учитывая клинико-анамнестические данные и результаты обследования, о какой патологии можно думать? Объясните, почему.
2. Какие имеющиеся инструментальные данные диктуют дальнейший план обследования?
3. Какие методы инструментального обследования позволят уточнить предположительный диагноз?
4. Назначьте план ведения пациента
5. Назовите основную этиологическую причину ХП

Задача 3.6.6.

Больного К., 58 лет в течение нескольких лет беспокоят боли в пояснице, верхней половине живота. Из анамнеза: участвовал в военных действиях, был ранен в спину с повреждением позвоночника. Вышеперечисленные жалобы объяснял ранением. Внезапно пожелтел. Объективно: пониженного питания, чсс 82 уд. в мин, АД 135\85 мм рт ст. При пальпации живота болезненность в эпигастрии, в зоне Шоффара, урчание по ходу петель кишечника. При обследовании: билирубин- 195,6 ммоль\л, прямой, тимоловая 16 ед, АЛТ и АСТ в пределах нормальных значений, холестерин 6.6ммоль\л, Нв 110 г\л, СОЭ 40мм\час, желчные пигменты в моче резко положительные, уробилин- отрицательный, кал на стеркобилиноген- отрицательный. По данным УЗИ- умеренная гепатомегалия, желчный пузырь растянут, эховзвесь, конкрементов нет. Общий желчный проток -1,1см. Поджелудочная железа - головка 35 мм, хвост и тело плохо визуализированы из-за метеоризма.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какой основной клинический и инструментальный признак позволил предположить данный диагноз?
4. Дополнительное обследование для верификации диагноза?
5. Последующая тактика ведения больного?

Задача 3.6.7.

У больного, перенесшего 8 месяцев назад панкреонекроз, появились умеренные боли в верхних отделах живота. Тошноты, рвоты нет. Температура тела нормальная.

При осмотре: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски. Пульс - 72 в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, над пупком пальпируется слегка болезненное с четкими контурами несмещаемое опухолевидное образование размером 10x10 см. Перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. В анализах крови и мочи существенных изменений не выявлено.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
3. Какие методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Ваша тактика лечения?
5. Противорецидивное лечение пациентов с тяжелыми и средней степени тяжести ХП

Задача 3.6.8.

Больной предъявлял жалобы на сильные опоясывающие боли в верхнем отделе живота, многократную рвоту.

При осмотре отмечается акроцианоз. ЧД - 28 в минуту. Пульс - 100 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Амилаза мочи - 180 мг/ч/мл, амилаза - 64 г\ч\л, билирубин - 33,3 ммоль\л, реакция пряма, АСТ - 1,13, АЛТ - 1,54 ммоль\л Нб - 106 г\л, лейкоциты - $18,5 \times 10^9$ /л, СОЭ - 34 мм\ч. Сахар крови 7,7 ммоль\л. Заподозрен геморрагический панкреонекроз. Начато интенсивное консервативное лечение. Через двое суток отмечено снижение активности амилазы до нижних границ нормы, однако состояние больного оставалось тяжелым, на коже боковых отделов живота появились цианотичные пятна, увеличилась одышка, выросла тахикардия. Язык сухой. Живот умеренно вздут, болезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы ослаблены.

1. Каково Ваше мнение о течении заболевания?
2. Чем при этом можно объяснить снижение активности амилазы мочи?
3. Какие специальные методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Методы терапевтической коррекции острого панкреатита?
5. Показания к ферментотерапии и дозы препаратов.

Задача 3.6.9.

Врач выездной бригады 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. Из анамнеза известно, что больная страдает желчнокаменной болезнью.

При осмотре: состояние больной средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Температура - 36.7°C. Пульс – 100 уд. в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. Язык влажный. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и треугольнике Шофара. Перитонеальные симптомы отрицательные. Нарушений стула и мочеиспускания больная не отмечала.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Каков объем Ваших лечебных манипуляций на месте?
3. Какова Ваша тактика по отношению к дальнейшей судьбе пациента?
4. Перечислите основные варианты ХП.
5. Частота развития сахарного диабета у больных с ХП?

Задача 3.6.10.

Три года назад больной перенес острый деструктивный панкреатит. Периодически госпитализируется с обострениями хронического панкреатита. Диастазурия не выражена. При рентгеноконтрастном исследовании желудка патологии не выявлено, подкова 12-перстной кишки несколько расширена. При УЗИ выявлены изменения экоструктуры поджелудочной железы, увеличение размеров, неровность контуров, пониженная эхогенность, неоднородность структуры, образования, подозрительные на кисты в ее теле.

1. Какими еще методами можно подтвердить наличие кисты поджелудочной железы?
2. Какова тактика при обнаружении кисты поджелудочной железы?
3. Чем характеризуется внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы?
4. Чем характерен хронический паренхиматозный панкреатит?
5. Купирование болевого синдрома при ХП.

Тема 3.7. «Хронические воспалительные заболевания кишечника».

Задача 3.7.1.

У больной 38 лет, жидкий стул со слизью и кровью до 6 - 8 раз в сутки, боли в животе больше слева в подвздошной области, тенезмы, субфебрильная температура, снижение веса, слабость. Страдает данным заболеванием 4 года, заболевание имеет тенденцию к рецидивированию.

Объективно: бледность кожных покровов, тахикардия до 100, болезненность при пальпации живота по ходу нисходящей толстой кишки, которая пальпируется в виде болезненного спазмированного тяжа в диаметре 3 см. В анализе крови: гемоглобин 75 г/л, лейкоциты 10,0 тыс., СОЭ 30 мм/ч, гамма - глобулины 28,2%. Ирригоскопия: сглаженность рельефа слизистой нисходящего отдела толстой кишки, отсутствие гаустраций. ФКС - кишка спазмирована, осмотр крайне затруднен, отмечается контактная кровоточивость, на осмотренном участке прямой кишки множественные эрозии.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какое осложнение возникло у больной и какова причина?
3. С чем чаще всего приходится дифференцировать это заболевание?
4. Принципы терапии.
5. Какой лабораторный показатель коррелирует с эндоскопической активностью заболевания?

Задача 3.7.2.

Больная Б., 34 лет, поступила в клинику с жалобами на постоянные боли по всему животу, особенно в левых отделах, «урчание», частый жидкий стул с примесью слизи и крови, а также общую слабость, быструю утомляемость, летучие боли в суставах, периодическое повышение температуры тела более 38 градусов.

Больной себя считает в течение 2-х месяцев, когда впервые появились боли в животе и частый стул с наличием крови, по поводу чего была госпитализирована в инфекционное отделение с диагнозом «острая дизентерия». Через 5 дней была выписана, т.к. диагноз не подтвердился. Через 2 недели состояние больной снова ухудшилось: стул стал до 6-7 раз в сутки, амбулаторно принимала «смекту», отвары зверобоя. Стул стал реже, но сохраняются примеси крови и слизи в кале. Обратилась к врачу, была госпитализирована в клинику.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. В легких перкуторно - легочный звук, аускультативно - дыхание везикулярное. ЧДД - 19 в мин. Границы сердца в пределах нормы, ритм правильный, тоны приглушены. Пульс 87 в мин, ритмичный. АД - 100/70 мм рт. Ст. Язык влажный, живот болезнен при пальпации по ходу толстой кишки. Печень, селезенка не пальпируются. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: нг - 104 г/л, эр - $3,2 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты 0,3%, тромбоциты $240 \times 10^9/л$, лейкоциты $8,9 \times 10^9/л$, э - 5%, б - 1%, с - 73%, л - 17%, м - 4%, СОЭ - 27 мм/ч.

Общий белок - 70 г/л, альбумины - 59%, глобулины: α_1 - 2,9%, α_2 - 7%, β - 12,7%, γ - 18,4%. Общий билирубин 15,6 мкмоль/л, прямой 3,6

мкмоль/л. Холестерин 4,6 ммоль/л, тимоловая проба 4 ед., сулемовая 1,78 мл, АСТ - 0,7 ммоль/л, АЛТ - 0,88 ммоль/л.

Анализ мочи: цвет – бледно-желтый, реакция - кислая, уд.вес - 1012, белок и сахар - не обнаружены. Лейкоциты - единичные в поле зрения.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие обследования нужно провести для верификации диагноза?
3. При RRS (осмотрено 20 см): слизистая прямой кишки резко гиперемирована, контактно кровоточит, сосудистый рисунок ослаблен, на всем протяжении – множество эрозий до 5 мм в диаметре; на ирригоскопии – форма и положении толстой кишки обычные, полностью отсутствует гаустрация в области сигмовидной и нисходящей ободочной кишки. Уточните диагноз на основании клинических и дополнительных инструментальных данных.
4. План лечения?
5. Критерии ремиссии и перехода на поддерживающую базисную терапию?

Задача 3.7.3.

Больная П., 28 лет заболела внезапно: появилась высокая температура до 39 градусов, боли в левой подвздошной области, частый стул до 9 раз в день с кровью. В кале обнаружены: слизь, большое количество лейкоцитов, эозинофилов, эритроцитов.

В анализе крови: Нв - 90 г/л, ЦП - 0,75, лейкоциты $14 \cdot 10^9/\text{л}$, э-12, п/я-10, с-38, л-34, м-6, СОЭ-35 мм/ч.

RRS - слизистая прямой кишки резко гиперемированна, контактно кровоточит, множество поверхностных язв, покрытых фибрином.

1. Ваш предварительный диагноз, в том числе дифференциальный?
2. План обследования?
3. При биопсии дистальных отделов сигмовидной кишки – отек и набухание слизистой, дефекты эпителия, выраженная полиморфноклеточная инфильтрация слизистой, множественные крипт-абсцессы. Для какого заболевания характерна данная картина?
4. Окончательный диагноз.
5. Лечебная тактика

Задача 3.7.4.

Больной В., 21 год, поступил с жалобами на частый жидкий стул до 10-15 раз в сутки, слабость, похудание, субфебрильную температуру, неприятные ощущения внизу живота, справа от пупка. Обследован в

инфекционной больнице, патологии не найдено, направлен на дообследование в гастроэнтерологическое отделение с диагнозом хронический энтероколит, неизвестной давности. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, пониженного питания. Язык обложен белым налетом, влажный, выраженный сосочковый слой. Живот вздут, болезненный в правой подвздошной области, здесь же пальпируется слепая кишка, уплотненная, малоподвижная, не урчит.

RRS - слизистая прямой кишки слегка гиперемирована и отечна, других изменений нет. Ирригоскопия, ирригография - значительные изменения определяются в области слепой кишки: стенки ее уплотнены, по типу «булыжной мостовой», просвет сужен, отмечается ограничение подвижности. Четко определяется заброс бария в терминальный отдел подвздошной кишки.

Копрология: крови в кале нет, слизь ++, жирные кислоты ++, мыла ++, растительная клетчатка ++, крахмал ++, иодофильная флора +, лейкоциты до 10 в п/зр.

1. Ваш диагноз?
2. Самая типичная локализация процесса при данной патологии?
3. Какие ещё отделы могут поражаться?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. План лечения?

Задача 3.7.5.

Больной Н., 30 лет в течение нескольких лет лечится у проктолога по поводу рецидивирующего парапроктита, геморроя. Длительное время страдает запорами, в последний месяц отмечает жидкий стул 4-6 раз в сутки с примесью крови, боли в крестце.

RRS - слизистая прямой кишки отечна, гиперемирована, имеются щелевидные язвы глубокие с гнойным налетом, на 6 часах свищевой ход. Биопсия - гигантоклеточная гранулема.

1. Ваш диагноз?
2. Дальнейшее обследование?
3. Какие внекишечные проявления можно заподозрить у данного больного? Какое обследование нужно провести?
4. Своевременно ли был установлен диагноз?
5. План лечения?

Задача 3.7.6.

Больная О., 19 лет в течение 3-х месяцев отмечает подъемы температуры до 38 градусов, боли в крупных суставах нижних конечностей. Обследована ревматологами, выявлен реактивный артрит, предложено более широкое обследование, прежде всего кишечника. При RRS - выявлены на протяжении всей прямой и части сигмовидной кишки

значительные изменения слизистой - набухание, отечность гиперемия слизистой с множественными эрозиями, при контакте кровоточат. При уточнении анамнеза больная вспомнила, что в начале заболевания был 2-3 дневный эпизод жидкого стула до 10 раз в сутки. Больная самостоятельно принимала левомицетин, после чего кишечный синдром ее не беспокоил.

1. Ваш диагноз? Дифференциальный диагноз?
2. План обследования?
3. Была проведена ФКС (осмотр тотальный): нисходящая ободочная кишка на всем протяжении резко гиперемирована, отечна, гаустрация слабо выражена, слизистая контактно кровоточит, множество мелких эрозий; взята биопсия – определяется обильная лейкоцитарная инфильтрация слизистой, уменьшение количества бокаловидных клеток, повреждение эпителия, единичные крипт-абсцессы. В бактериологическом исследовании кала – грибы *Candida* 10^5 , *E.coli* 10^8 , патогенной флоры не выявлено. Кал на я/глист трижды – отрицательно. А/т к паразитам – отрицательно. Уточните диагноз.
4. Какие данные оказались определяющими в установлении диагноза?
5. Назовите препараты базисной терапии при данной патологии.

Задача 3.7.7.

Больной Д., 32 лет, отмечает в течение полугода кашицеобразный стул 2-3 раза в сутки, с небольшой примесью крови, объясняет это имеющимся у него геморроем. Во время профосмотра на предприятии в анализе крови обнаружена ускоренная СОЭ до 45 мм/час, направлен на обследование в гастроэнтерологическое отделение.

При RRS – слизистая рыхлая, кровоточит, имеются 4 неглубокие язвы, покрытые фибрином. Ирригоскопия, ирригография - нисходящая, поперечно- ободочная кишка ригидны, гаустрация практически отсутствуют, перистальтика резко снижена.

1. Ваш диагноз?
2. Какие морфологические изменения ожидаемы при биопсии?
3. Назначьте лечение.
4. Критерии ремиссии?
5. Тактика ведения после достижения ремиссии?

Задача 3.7.8.

Больной Л., 48 лет, в течение года отмечает периодически кровь в кале (прожилки крови в кале), выраженный метеоризм. За месяц до поступления в больницу кровь в кале стала появляться при каждом акте дефекации. Стул ежедневный, оформленный, кровь в виде «малинового

желе». Раньше страдал геморроем, чем и объяснял появившуюся симптоматику.

1. Предварительный диагноз. Дифференциальный диагноз.
2. План обследования?
3. При ректоскопии – на 10 см выявлено образование до 3 см в диаметре с неровной по типу «цветной капусты», мацерированной, местами эрозированной поверхностью. Какой наиболее вероятный диагноз? Дифференциальный диагноз.
4. Методика, верифицирующая окончательный диагноз?
5. Лечебная тактика?

Задача 3.7.9.

Больная И., 43 года. В течение нескольких лет отмечает нарушение стула, проявляющееся чередованием запоров и поносов. В последние 3 месяца стали появляться ноющие практически постоянные боли по ходу толстой кишки, больше в левой половине живота. После акта дефекации интенсивность болей снижается, но полностью не проходит. Отмечает эпизоды появления алой крови поверх каловых масс после натуживания. Общеклинические анализы в пределах нормы. Поступила в стационар на обследование с целью исключения рака кишечника, язвенного колита, функционального запора с геморроем. RRS – свежие геморроидальные узлы. Эрозивных и язвенных поражений слизистой прямой кишки нет. При ирригографии удлинение и снижение тонуса сигмовидной кишки, на всем ее протяжении определяются мешотчатые выпячивания разных размеров, после опорожнения кишки в них остаются следы бария.

1. Ваш диагноз?
2. Какие данные инструментального обследования однозначно исключают диагноз язвенного колита?
3. Назовите возможные осложнения выставленного диагноза.
4. Назначьте лечение.
5. Показаны ли данной пациентке очистительные клизмы?

Задача 3.7.10.

Больная с детства страдала поносами с примесью крови. Наблюдалась в детской поликлинике с диагнозом язвенный колит. Морфологического исследования ребенку не проводили. В подростковом периоде вышеописанная симптоматика прекратилась. Больная чувствовала себя удовлетворительно, набрала в весе. Родила в 19 лет. Через полгода после родов внезапно появились резкие боли в правой подвздошной области и с клиникой острого аппендицита была госпитализирована в хирургическую клинику. При лапоротомии обнаружена гигантская перфоративная язва слепой кишки, выраженный отек терминального отдела подвздошной кишки. Осуществлена правосторонняя гемиколэктомия с наложением

илеотранзверзанастомоза. На биопсии – аденокарцинома слепой кишки. В последующем – рецидивирующие язвы желудка с наличием щелевидного дефекта слизистой большой кривизны желудка и ДПК, осложненные кровотечением, афтозные поражения слизистой рта.

В первый год после операции появились приступообразные боли в животе, умеренной интенсивности, проходящие самостоятельно и сопровождающиеся обильным отхождением газов. При обследовании на ирригографии обнаружен свищ из области илеотранзверзанастомоза. От оперативного лечения отказалась. Периодически появляется кашицеобразный кал с прожилками крови. Постоянно наблюдается гастроэнтерологом. Полуцкает консервативную терапию. Через 20 лет после операции поступила в стационар с ухудшением состояния: участились вышеописанные приступы, с появлением кала с прожилками крови, похудела.

1. Укажите первичный диагноз и его осложнения.
2. Что свидетельствует в пользу вынесенного вами первичного диагноза?
3. Назначьте медикаментозное лечение.
4. Рекомендуемое обследование.
5. На выявление каких патологических процессов направлено обследование?

Раздел 4. «Ревматические болезни».

Тема 4.1.: «Диффузные заболевания соединительной ткани».

Задача 4.1.1.

Женщина, 20 лет, жалуется на лихорадку в течении 2-х недель, боли плевритического характера, скованность и припухание в лучезапястных, пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставах, эритему на обеих щеках и двусторонние отеки на голеньях. В анализе крови Нв-80 г/л, СОЭ-64 мм/час, в анализе мочи белок-2,54 г/л.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Назначьте лечение.
4. О каком поражении почек идет речь у пациентки? Какое требуется дополнительное обследование?
5. Каковой трудовой прогноз у данного пациента?

Задача 4.1.2.

У больной 45 лет наблюдаются синдром Рейно вплоть до некротических изменений пальцев, нарушение глотания, одышка при небольшой физической нагрузке, затрудненное сгибание пальцев рук,

уплотнение кожи в области кистей, укорочение пальцев за счет лизиса концевых фаланг.

1. Проведите дополнительные методы обследования.
2. Поставьте диагноз.
3. Чем может быть обусловлена одышка у пациентки?
4. Каковой трудовой прогноз у данного пациента?
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

Задача 4.1.3.

Больная 76 лет более 15 лет наблюдается с диагнозом остеоартроз, в течение последних 6 месяцев стала отмечать постепенно повышенную утомляемость, нарастающую слабость и боли в мышцах шеи, плечевого, тазового пояса, с трудом одевается, причесывается, температура 37,3-37,7, похудела за это время на 5-7 кг. При осмотре состояние средней степени тяжести, с трудом поднимает руки, встает и садится на стул. Пассивные движения в суставах в полном объеме, безболезненные. Снижена сила в мышцах плечевого и тазового пояса до 2-3 баллов. На кистях узелки Бушара и Гебердена. Периферические лимфоузлы не пальпируются.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие лабораторные и инструментальные обследования необходимо провести?
3. Какая терапия и на какой период показана?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. Какой системный васкулит может встречаться при данном заболевании?

Задача 4.1.4.

Женщина 24 лет, около 4 недель назад перенесла ОРЗ, в течение последних 2-3 недель отмечает повышенную утомляемость, нарастающую слабость в мышцах плечевого, тазового пояса, в течение нескольких последних дней поперхивание при глотании, температура 37,8, похудела на 5 кг. Об-но: отмечается на себя внимание гиперпигментация кожи вокруг глаз, резкая слабость в мышцах плечевого и тазового пояса: не может поднять руку выше головы, с трудом приподнимает ногу над кроватью. В анализе крови Нв-101 г/л, СОЭ-58 мм/час, Л-6,4, в анализе мочи изменений нет.

1. Какие биохимические лабораторные исследования необходимы?
2. Проведение какой биопсии показано?
3. Поставьте диагноз.
4. Назначьте лечение.

5. В каких случаях при данном заболевании показано назначение цитостатиков?

Задача 4.1.5.

Женщина 25 лет, беспокоит отечность левой ноги, которая появилась 2 недели назад. Из анамнеза – 3 выкидыша в срок 14-20 недель, периодически летучие артралгии. Об-но: состояние удовлетворительное, левая нога умеренно отечна, кожа в проекции внутренней вены бедра несколько гиперемирована, отечна, на коже голени сетчатое ливедо.

1. Какие лабораторные исследования необходимы?
2. Исследование каких специфических маркеров гемостаза показано данной пациентке?
3. Поставьте диагноз.
4. Какие группы препаратов назначаются при данном заболевании?
5. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальную диагностику?

Задача 4.1.6.

Женщина, 27 лет, жалуется на лихорадку в течении 2-х недель, боли плевропечечного характера, скованность и припухание в лучезапястных, пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставах, эритему на обеих щеках и двусторонние отеки на голени. В анамнезе 4 выкидыша в сроки 12-22 недели, флеботромбоз вен правой голени. В анализе крови Нв-80 г/л, ретикулоциты 2,1%, СОЭ-64 мм/час, в анализе мочи белок-2,54 г/л. Об-но обращает на себя внимание ливедо-ангиит нижних конечностей.

1. Поставьте диагноз.
2. Исследование каких специфических маркеров гемостаза показано данной пациентке?
3. Назначьте лечение.
4. Какие морфологические варианты поражения почек могут при данном заболевании?
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

Задача 4.1.7.

Женщина, 35 лет, жалуется на ощущения рези и жжения, чувство «песка» в глазах, сухость во рту, голос осиплый, на снижение потоотделения, боли в мелких суставах кистей, сухость в горле, зябкость в кистях при пользовании холодной водой. При осмотре выявляется гиперемия и утолщение краев век, губы сухие, в трещинах, шейные

лимфоузлы размером 0,5-1,0 см, безболезненные, слюнные железы увеличены, незначительно болезненны, кожные покровы сухие. Отмечает появление данных симптомов постепенно в течение 3-4 лет. В анализе крови Нв-80 г/л, ретикулоциты 2,1%, СОЭ-64 мм/час, в анализе мочи белок-2,54 г/л. Об-но обращает на себя внимание ливедо-ангиит нижних конечностей.

1. О каком диагнозе необходимо думать у данной больной?
2. Какой тест применяют для уточнения снижения слезоотделения?
3. Какие лабораторные исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза и какие будут в них изменения?
4. Какое лечение назначить?
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

Задача 4.1.8.

На прием обратилась больная с жалобами на участки уплотнения кожи в области передней стенки живота и на левом предплечье. Данные изменения появились около 2 месяцев назад. Объективно: состояние удовлетворительное. На коже живота участки уплотнения кожи размером 4х7см, на левом предплечье размером 2х4 см, безболезненные, с трудом собирающиеся в складку. По органам без особенностей. Периферические лимфоузлы не пальпируются. ЧСС 72 в мин, АД 125/75 мм рт ст.

1. Какие лабораторные и клинические исследования необходимы?
2. Исследование каких специфических иммунологических маркеров показано данной пациентке?
3. Поставьте диагноз.
4. Какие группы препаратов назначаются при данном заболевании?
5. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальную диагностику?

Задача 4.1.9.

У больной 37 лет наблюдаются эритематозные высыпания на лице по типу бабочки, синдром Рейно, нарушение глотания, слабость в проксимальных мышцах верхних и нижних конечностей, одышка при небольшой физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки при глубоком вдохе, затрудненное сгибание пальцев рук, боли в дистальных и проксимальных межфаланговых суставах, уплотнение кожи в области кистей. Вышеуказанные жалобы беспокоят более 2-3 лет.

1. Проведите дополнительные методы обследования.
2. Поставьте диагноз.
3. Чем может быть обусловлена одышка у пациентки?

4. Каковой трудовой прогноз у данного пациента?
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

Задача 4.1.10.

Женщина, 25 лет, более 5 лет страдает системной красной волчанкой с поражением кожи (эритема на коже лица, туловища), суставов (артралгии межфаланговых суставов кистей), нервной системы (чувствительная полинейропатия нижних конечностей), крови (анемия, лейкоцитопения, тромбоцитопения, LE-феномен, антитела к нативной ДНК). Получает 10 мг преднизолона и 100 мг азатиоприна. В течение последнего месяца отмечает отеки голеней, субфебрилитет 37,4-37,6, похудание около 2-3 кг, в анализе мочи - 1,96 г/л.

1. О каком поражении почек идет речь у пациентки?
2. Сформулируйте диагноз.
3. Проведите дополнительные методы обследования.
4. Назначьте лечение.
5. Какое требуется дополнительное обследование почек?

Тема 4.2.: «Системные васкулиты».

Задача 4.2.1.

Женщина, 20 лет, жалуется на слабость в руках, повышение температуры до 37,5-37,7, похудание около 5 кг в течение полугода. Слабость в руках постепенно нарастает и больная с трудом причесывается и одевается. Об-но: кожные покровы не изменены, сердечные тоны ритмичные, ЧСС-75 в мин, АД на правой руке – 125/80, на левой руке – 80/50 мм рт.ст. пульс на левой руке значительно ослаблен, в проекции левой подключичной артерии выслушивается систолический шум, над другими сосудами шумов нет. В анализе крови Нв-108 г/л, СОЭ-54 мм/час, в анализе мочи изменений.

1. Какова в норме разница систолического давления на разных руках?
2. Какие обследования позволят уточнить характер поражения сосудов?
3. Поставьте диагноз.
4. Сосуды какого калибра преимущественно поражаются при данном заболевании?
5. Назначьте лечение.

Задача 4.2.2.

У больного 35 лет в течение 4 лет парестезии, зябкость в пальцах левой стопы, около 2 лет зябкость и онемения в пальцах левой кисти. Около 3 месяцев назад рана на 3 пальце левой стопы, которая до сих пор

не зажила. Об-но: со стороны внутренних органов без особенностей, обращает на себя внимание снижение пульсации на артериях левой стопы и лучевой артерии левой руки. На 3 пальце левой стопы рана размером 5 x7 мм, без отделяемого. АД 125/75 мм рт ст.

1. Какие обследования позволят уточнить характер поражения сосудов?
2. Поставьте диагноз.
3. Сосуды какого калибра преимущественно поражаются при данном заболевании?
4. Какая вредная привычка ассоциируется с развитием данного заболевания?
5. С какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику?

Задача 4.2.3.

Больная 76 лет более 15 лет наблюдается с диагнозом остеоартроз. В течение последних 6 месяцев стала отмечать постепенно повышенную утомляемость, нарастающую слабость и боли в мышцах шеи, плечевого, тазового пояса, с трудом одевается, причесывается, появились головные боли, стала отмечать слабость в жевательных мышцах, температура 37,3-37,7, похудела за это время на 5-7 кг, в анализе крови Нв-103, СОЭ-54 мм/час. Объективно: сила в руках и ногах снижена до 3 баллов, пальпируются плотные темпоральные артерии, на сонных артериях выслушивается негрубый систолический шум.

1. Какие обследования необходимо провести?
2. Какие системные заболевания имеют место у данной больной?
3. Какие специфические иммунологические маркеры характерны для данных заболеваний?
4. Назначьте патогенетическое лечение.
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

Задача 4.2.4.

Женщина 24 лет, около 2 недель назад перенесла ОРЗ, в течение последней недели появились множественные мелко точечные геморрагические высыпания вначале на голених, а затем и на бедрах, последние 3 дня присоединились боли в коленных суставах и отметила появление мочи красного цвета. Объективно: на коже голеней, бедрах петехиальная сыпь, отмечается небольшая отечность коленных суставов, живот при пальпации мягкий, безболезненный. В анализе крови Нв-112 г/л, СОЭ-48 мм/час, Л-6,4, в анализе мочи эритроциты в большом количестве.

1. Какие обследования необходимо провести?
2. Поставьте диагноз.

3. Назначьте лечение.
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. Трудовой прогноз.

Задача 4.2.5.

Мужчина 34 лет повторно поступает в нефрологическое отделение с жалобами на резкую слабость похудание около 15 кг в течение полугода, слабость в левой руке и правой ноге, повышение АД до 200/120 мм рт ст, сопровождающееся головной болью. При предыдущей госпитализации 4 месяца назад находили повышение АД до 180/120 мм рт ст и изменения в анализах мочи – белок 0,785 г/л, эритроциты – 12-15 в п/з, был выписан с Ds: хронический гломерулонефрит, гипертонический вариант течения. Объективно: пониженного питания, снижение чувствительности в левой руке и правой ноге, уменьшение силы до 3 баллов в правой ноге, над почечными артериями выслушивается систолический шум, ЧСС-85 в мин, АД d=195/120, s-200/125 мм рт ст, на ногах d=210/140, s-220/135 мм рт ст. В анализе крови Нв-98 г/л, СОЭ-52 мм/час, ЦИК-252 ЕД, сиаловые 420 ЕД, в анализе мочи протеинурия 1,674г/л. Осмотрен невропатологом – двигательный полиневрит.

1. Какие синдромы можно выделить?
2. Назначьте обследование.
3. Поставьте диагноз.
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. Трудовой прогноз?

Задача 4.2.6.

В ревматологическое отделение поступил больной в возрасте 39 лет с жалобами на слабость, похудание около 5 кг в течение 6 месяцев, головные боли, повышение АД до 170/11 мм рт мт, кашель с небольшим количеством слизисто-кровянистой мокроты, боли в правой половине грудной клетки при кашле и глубоком вдохе. Объективно состояние средней степени тяжести, на коже голеней единичные геморрагические высыпания, периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких дыхание жесткое, выслушиваются единичные влажные хрипы, справа выслушивается шуме трения плевры. Сердечные тоны ритмичные, ЧСС 82 в мин, АД 160/105 мм рт ст. Шумы над сосудах не выслушиваются

1. Назначьте обследование.
2. Какие специфические иммунологические маркеры необходимо определить?
3. Поставьте диагноз.

4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. Трудовой прогноз.

Задача 4.2.7.

На прием обратился мужчина 34 лет с жалобами на лихорадку до 38-38,5, общую слабость, похудание, боли в лучезапястных, локтевых, голеностопных суставах, насморк с гнойно-геморрагическим отделяемым, кашель с отделением слизисто-кровянистой мокроты, зябкость в стопах. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, обращает внимание седловидная деформация носа, пальпируются подмышечные лимфоузлы размером до 1 см, мягкоэластичные, безболезненные, В легких дыхание жесткое, выслушиваются влажные хрипы, сердечные тоны ритмичные, ЧСС 84 в минуту, АД 150/105 мм рт ст, на коже голеней определяются геморрагические высыпания размером до 0,5-0,7 см, в области крупных высыпаний определяются единичные язвочки размером до 2-3 мм. В анализе крови: гемоглобин 92 г/л, лейкоциты 9,2, СОЭ 54 мм/ч, ЦИК 245 ЕД, в анализе мочи протеинурия 1,34 г/л, эритроциты 20-30 в п/з, лейкоциты 2-3-4 в п/з.

1. Какие специфические иммунологические маркеры необходимо определить?
2. Назначьте обследование.
3. Поставьте диагноз.
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. Трудовой прогноз?

Задача 4.2.8.

В приемный покой вызван ревматолог. Поступила женщина 38 лет с жалобами на приступ удушья, лихорадку до 38,3, боли в эпигастрии, возникающие после приема пищи, высыпания на коже туловища, без зуда, зябкость, слабость в обеих стопах, повышение АД до 160/110 мм рт ст, сопровождающееся головными болями. В анамнезе более 10 лет выставляется диагноз бронхиальной астмы, по поводу чего при обострениях делает ингаляции беротека. Повышение АД регистрируется около 3 лет. В течение 5-7 лет обращает внимание повышение уровня эозинофилов в развернутом анализе крови. При поступлении в приемный покой состояние средней степени тяжести, на коже живота, спине эритематозные высыпания размером до 1-2 см, безболезненные. В легких выслушивается жесткое дыхание, множественные сухие хрипы по всем легочным полям, ЧД 26 в мин. Область сердца не изменена, левая граница на 1 см кнаружи от левой средне-ключичной линии, сердечные тоны ритмичные, ЧСС 82 в мин, АД 145/100 мм рт ст. Живот при

пальпации мягкий безболезненный. Шумы над сосудами не выслушиваются. В анализе крови гемоглобин 102 г/л, лейкоциты 8,2, п-1, с-43, л-32, э-25, тромбоциты 210, СОЭ-43 мм/час, в анализе мочи уд. вес 1011, белок 1,32 г/л, эритроциты 15-20 в п/з, лейкоциты 1-3 в п/з. Осмотрен невропатологом – чувствительная полинейропатия нижних конечностей.

1. Какие специфические иммунологические маркеры необходимо определить?
2. Назначьте обследование.
3. Поставьте диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

Задача 4.2.9.

В отделение поступила больная 52 лет с жалобами на геморрагические высыпания на коже голеней, в области ягодиц и животе, боли в коленных, голеностопных, локтевых, лучезапястных суставах, сухость и чувство «песка» в глазах, слабость, повышение АД до 165/110 мм рт ст, сопровождающееся головными болями, зябкость, чувство «мурашек» в кистях, усиливающееся в холоде, после холодной воды, отеки голеней. В анамнезе указание на хронический вирусный гепатит В.

1. Назначьте обследование.
2. Какие специфические иммунологические маркеры необходимо определить?
3. Поставьте диагноз.
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. Назначьте лечение.

Задача 4.2.10.

После осмотра лор-врачем больного в приемный покой был вызван терапевт. Мужчина 42 лет. Беспокоят болезненные язвы в ротовой полости, на коже мошонки, покраснение обеих глаз, снижение зрения, боли в локтевых, лучезапястных кистей, боли в эпигастрии, возникающие через 1-1,5 после приема пищи и на голодный желудок. Осмотр лор-врача – на слизистой оболочке щек, небе, языке 7 афтозных изъязвлений, размером до 7-10 мм, резко болезненные при дотрагивании.

1. Чем обусловлено поражение глаз, приведшее к снижению зрения?
2. Назначьте обследование.
3. Поставьте диагноз.
4. Назначьте лечение.

5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

Раздел 5. «Болезни почек».

Тема 5.1.: «Гломерулонефриты».

Задача 5.1.1.

В приемное отделение поступает больной с массивными отеками до поясицы, АД 140/100 мм рт ст, в общем анализе мочи уд. вес 1026, белок 3,93 г/л, эритроциты 40-50 в п/з, лейкоциты 10-20 в п/з.

1. Какой нефрологический синдром у больного?
2. Какие лабораторные обследования необходимо провести, чтобы подтвердить данный синдром?
3. Какое инструментальное обследование необходимо провести больному?
4. Назначьте лечение.
5. При каких показателях говорят о полной ремиссии данного синдрома?

Задача 5.1.2.

В клинику поступила больная С., 24 лет, жалоб при поступлении не предъявляет. Месяц назад, устраиваясь на работу проходила медкомиссию, в том числе сдавала анализ мочи – изменений не было выявлено. За 14 дней до госпитализации переболела острым респираторным заболеванием. Через 10 дней после болезни был взят общий анализ мочи: белок до 0,5 г/л, эритроциты до 20-30 в п/з, лейкоциты 1-2. Весом 55 кг, уровень креатинина 73 ммоль/л. При объективном осмотре без патологии.

1. Назначьте обследование.
2. Поставьте диагноз.
3. По каким показателям оценивают функциональное состояние почек?
4. Рассчитайте скорость клубочковой фильтрации по Cockcroft-Gault.
5. Назначьте лечение.

Задача 5.1.3.

Больной 19 лет, вес 71 кг, поступил с жалобами на массивные отеки ног, одышку, отеки на животе. Из анамнеза – за два года до госпитализации переболел катаральной ангиной, проявлений которой прошли в течение 1 недели, но затем при прохождении комиссии в военкомате в анализах мочи находили белок и эритроциты – цифры не помнит. Находился на лечении в нефрологическом отделении – был

выписан с Ds: Латентный гломерулонефрит. Выписки на руках нет. В последующем состояние удовлетворительное, не наблюдался, анализы мочи не сдавал. За неделю до госпитализации заметил одышку, отеки на ногах, пояснице, слабость, которые появились через несколько дней, после перенесенной ОРЗ. При поступлении – состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, левая граница сердца по среднеключичной линии, сердечные тоны ритмичные, приглушены, ЧСС – 87 в мин, АД 130/80 мм рт ст, в легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный, небольшой асцит. Массивные отеки голеней, отек поясничной области. В анализе мочи протеинурия 9,6 г/л, эритроциты 40-50 в п/з, уд. вес - 1034, гемоглобин 128 г/л, СОЭ – 63 мм/час, общий белок – 51 г/л, альбумины 32,43%, креатинин 85 мкмоль/л, мочевины 7,3 ммоль/л. Произведена нефробиопсия – фокально-сегментарный гломерулонефрит. Назначен азатиоприн 150 мг/сут + преднизолон 50 мг, что привело через 3 недели к снижению протеинурии до 1,6 г/л.

1. Какой биохимический показатель не определен?
2. Каково функциональное состояние почек? Рассчитайте скорость клубочковой фильтрации по Cockcroft-Gault.
3. Сформулируйте диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Основная цель терапии нефротического синдрома.

Задача 5.1.4.

Студент 21 года летом купался в море, осенью сдавал экзамены и до начала декабря занимался с полной нагрузкой не считая себя больным. Весной сдавал анализ мочи – изменений не находили. Примерно 10 декабря распух 1 палец правой стопы – боли в плюсне-фаланговом суставе (перед этим носил тесную обувь). После ультрафиолетового облучения все неприятные ощущения прошли. Оставалась слабость, с 15 декабря появились носовые кровотечения. 25 декабря поступил в терапевтическое отделение. В анализе мочи: уд вес – 1003, белок – 1,65 г/л, В анализе крови Нв-76 г/л, СОЭ-56 мм/час, мочевины 54 ммоль/л, креатинин 724 мкмоль/л. АД 185/110 мм рт ст. По УЗИ почки правая 12,5x7,2x2,3, левая 12,7x7,4x2,5 см, паренхима отечна, уродинамика не нарушена. Шумное дыхание, шум трения перикарда. 26 декабря потерял сознание и наступила смерть.

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного больного?
2. Чем были обусловлены боли в правом плюсне-фаланговом суставе?
3. Какие морфологические изменения характерны в биоптате почки?
4. Какая терапия показана при данном заболевании?
5. Трудовой прогноз?

Задача 5.1.5.

Больной У., 48 лет жалуется на головную боль, слабость, высокие цифры АД и очень частые гипертонические кризы, обычно после физической или психической нагрузки, кризы продолжаются несколько дней и плохо снимаются гипотензивными препаратами. В детском возрасте однократно лежал в больнице по поводу пиелонефрита. Повышение АД регистрируется более 25 лет. Последнее время стал отмечать небольшие отеки ног по утрам. Об-но: АД 200/140 мм рт ст, гипертрофия левого желудочка, в анализе мочи белок 1,43 г/л, эритроциты 8-10 в п/з.

1. Какие синдромы можно выделить у данного больного?
2. Назначьте обследование.
3. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза?
5. От чего будет зависеть трудовой прогноз?

Задача 5.1.6.

При прохождении медицинского осмотра у пациента в анализе мочи выявлено: удельный вес 1023, белок 0,243 г/л, эритроциты 7-10 в п/з, лейкоциты – 0-1 в п/з. Объективно: по органам без особенностей, периферических отеков нет, АД 125/75 мм рт ст. В развернутом анализе крови изменений нет, креатинин 81 мкмоль/л, мочевины 6,3 ммоль/л. При УЗИ брюшной полости размеры почек норме, ЧЛС не изменена.

1. Какие синдромы можно выделить у больного?
2. Назначьте обследование.
3. Какой диагноз у больного?
4. Назначьте лечение?
5. Трудовой прогноз?

Задача 5.1.7.

У больной 24 лет в течение 2 лет диагностируется хронический гломерулонефрит, нефротический вариант течения. На фоне терапии ГКС в начальной дозе 50 мг, с последующим снижением до поддерживающей дозы 10 мг достигнута неполная ремиссия нефротического синдрома: суточная потеря белка 0,8 г/сут. В течение последнего месяца, после перенесенного бронхита, больная отмечает появление эритематозных высыпаний на щеках, повышение температуры до 37,5, отеки голеней, отметила появление болей в мелких суставах кистей. В анализах крови выявлено ускорение СОЭ до 48 мм/час, анемия 94 г/л, лейкоциты 2.9, антитела к нативной ДНК; в анализе мочи белок 3,43 г/л, эритроциты до 40 в п/з.

1. Выделите основные синдромы.
2. Чем обусловлено присоединение данных синдромов?
3. Назначьте обследование.
4. Сформулируйте диагноз.
5. Какая терапия показана?

Задача 5.1.8.

Больной 59 лет, более 30 лет страдает хроническим гломерулонефритом, латентный вариант течения. В течение последних 10 лет не наблюдался, анализы не сдавал, АД не контролировал. При настоящем обращении беспокоят головные боли, никтурия до 2-3 раз за ночь. Объективно АД 160/110 мм рт ст, левая граница сердца увеличена влево, в остальном без особенностей. В анализе крови Нв 96 г/л, креатинин 351 мкмоль/л, мочевины 25,1 ммоль/л, в анализе мочи уд. вес 1012, белок 0,321 г/л, эритроциты 7-10 в п/з, лейкоциты 2-4 в п/з.

1. Перечислите ведущие синдромы.
2. Какое осложнение хронического гломерулонефрита у данного больного?
3. Сформулируйте диагноз.
4. Назначьте обследование.
5. Трудовой прогноз?

Задача 5.1.9.

У больного 44 лет с хроническим гломерулонефритом, весом 75 кг, уровень креатинина 175 ммоль/л, в анализе мочи удельный вес 1014, белок 0,208 г/л, эритроциты 7-10 в п/з, лейкоциты 1-3 в п/з.

1. Рассчитайте скорость клубочковой фильтрации по Cockcroft-Gault.
2. Какая стадия ХБП у данного больного?
3. В каких клинических ситуациях не рекомендуется пользоваться расчетом скорости клубочковой фильтрации по Cockcroft-Gault?
4. Какие функции почек оцениваются у больных с гломерулонефритом в клинической практике?
5. Как часто и какие анализы необходимо проводить данному больному на амбулаторном этапе наблюдения при имеющейся функции почек?

Задача 5.1.10.

Больная 32 года. Беспокоят отеки голеней, отечность лица по утрам, головные боли на фоне повышения АД до 200/120 мм рт ст. Вышеуказанные жалобы появились 7 месяцев назад. Обследовалась в нефрологическом отделении. Выявлены изменения в анализах мочи: уд. вес 1021, белок 3,6 г/л, эритроциты 15-20 в п/з, лейкоциты 10-12 в п/з, суточная потеря белка 5,24 г/сут, креатинин 82 мкмоль/л, мочевины 6,4

ммоль/л, холестерин 6,8 ммоль/л, белок 53,2 г/л, гемоглобин 132 г/л, СОЭ 47 мм/час. Выставлен диагноз Хронический гломерулонефрит, фокально-сегментарный гломерулосклероз, смешанный вариант течения. Было назначено: преднизолон 60 мг/сут, в течение полугода проведено 6 пульс-терапий преднизолон 1000 мг в/в по три дня подряд, циклофосфан 1000 мг в/в один раз в месяц. На фоне этого сохраняется суточная потеря белка 6,12 г/сут.

1. Удалось ли достичь ремиссии гломерулонефрита и почему?
2. Назначение какой терапии с патогенетической целью показано и на какой срок?
3. Какую функцию почек необходимо уточнить?
4. Трудовой прогноз?
5. Назначение каких препаратов с целью нефропротекции показано?

Тема 5.2.: «Хроническая почечная недостаточность».

Задача 5.2.1.

Больной 44 года, весом 75 кг, более 20 лет страдает хроническим гломерулонефритом, латентный вариант течения. В течение последних 10 лет на наблюдался анализы не сдавал. При настоящем обращении беспокоят головные боли, никтурия до 2-3 раз за ночь. Объективно АД 160/110 мм рт ст, левая граница сердца увеличена влево, в остальном без особенностей. В анализе крови Нв 96 г/л, креатинин 351 мкмоль/л, мочевины 25,1 ммоль/л, в анализе мочи уд. вес 1012, белок 0,321 г/л, эритроциты 7-10 в п/з, лейкоциты 2-4 в п/з.

1. Какие обследования необходимо провести?
2. Какое осложнение хронического гломерулонефрита у данного больного?
3. Сформулируйте диагноз.
4. Рассчитайте скорость клубочковой фильтрации по Cockcroft-Gault.
5. Показано ли проведение заместительной почечной терапии?

Задача 5.2.2.

Больная 59 лет, В нефрологическое отделение поступила с жалобами на слабость, жажду, повышенную утомляемость, большое количество выделяемой мочи за сутки (более 2,5 л, особенно ночью). Из анамнеза известно, что с 18-летнего возраста страдает мигренью, по поводу которой постоянно принимала анальгин, цитрамон, диклофенак, кетонал. В последние 5–7 лет из-за постоянной мигрени принимает в сутки 2–3 таблетки кетонала. При осмотре: бледность кожных покровов со слегка желтушным оттенком. На верхушке сердца — систолический шум, пульс 80 в мин, ритмичный, артериальное давление

(АД) 130/80 мм. рт.ст. Печень и селезёнка не пальпируются, размеры их не увеличены, отёков нет. При обследовании: в анализе мочи — относительная плотность 1007, белок 0,66 г/л, лейкоцитов 10–15 в поле зрения, эритроцитов 10–12 в поле зрения. В пробе Зимницкого колебания относительной плотности мочи от 1002 до 1011, дневной диурез 800 мл, ночной диурез 1800 мл. Общий анализ крови: гемоглобин 99 г/л, лейкоциты $5,3 \times 10^3$ /мкл, СОЭ 25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок 78 г/л, альбумин 41 г/л, креатинин сыворотки 325 мкмоль/л. При УЗИ почек — размеры обеих почек 85х38 мм, контуры неровные, толщина паренхимы 12 мм.

1. Чем обусловлено поражение почек?
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Назначьте лечение.
4. Поставьте диагноз.
5. Каковой трудовой прогноз у данного пациента?

Задача 5.2.3.

Больная Ч., 41 год. В детстве перенесла закрытую черепно-мозговую травму, в связи с чем, по рекомендации невропатолога длительно (годами) принимала анальгетические препараты и фуросемид до 80 мг/сут; работала в букинистическом магазине со старинными книгами. В 24-летнем возрасте имела избыточный вес (+30–35 кг), лечилась самостоятельно голоданием.

10 лет назад весной впервые перенесла артрит первого плюснефалангового сустава правой стопы. Диагностировано рожистое воспаление, реактивный артрит. Летом того же года — нефрэктомия правой почки по поводу карбункула почки. Концентрация креатинина в сыворотке крови в тот период составляла 189 мкмоль/л, мочева кислота 725 мкмоль/л. В последующие годы по поводу суставных болей принимала нестероидные противовоспалительные средства (НПВС).

Мать больной страдала полиартритом, диагноз не был установлен.

Поступила в клинику с жалобами на частые артриты плюснефаланговых, голеностопных, коленных суставов, протекающих с повышением температуры тела до 40 °С с ознобами, тошнотой; периодические ноющего тупого характера боли в поясничной области, больше слева, дизурические явления. При обследовании выявлено: относительная плотность мочи 1002–1008, рН 5,0, протеинурия до 0,7 г/сут, эритроцитурия до 8–10 в поле зрения, лейкоцитурия до 10–15 в поле зрения, бактериурия, уратурия. Концентрация креатинина в сыворотке крови 178 мкмоль/л, мочева кислота 635 мкмоль/л, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) 47 мл/мин. УЗИ почек — контуры левой почки неровные, размеры 100 х 56 мм, паренхима до 18 мм, чашечно-лоханочная система не расширена. В паренхиме определяются

множественные кальцинаты, синдром гиперэхогенных пирамид, в верхнем полюсе мелкие кисты.

1. Чем обусловлено поражение почек?
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Поставьте диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Каковой трудовой прогноз у данного пациента?

Задача 5.2.4.

У больного 45-ти лет, вес 78 кг, инженера на авиационном заводе, в период госпитализации по месту жительства по поводу пневмонии был выявлен мочевого синдром (протеинурия 0,6–1,2 г/сут, эритроцитурия до 15–20 в поле зрения, лейкоцитурия 5–6 в поле зрения) и АД 150/100 мм рт.ст.. Далее больной в течение последующих 3-х лет наблюдался с диагнозом хронический гломерулонефрит (ХГН) и получал терапию азатиоприном (150–100 мг/сут) в сочетании с поддерживающими дозами преднизолона (10–5 мг/сут). Направлен на консультацию в клинику в связи с тем, что наряду с сохраняющимся мочевым синдромом стала нарастать креатининемия. В представленных анализах мочи — относительная плотность мочи 1003–1010, белок 1,75–2,0 г/л, эритроциты 10–16, лейкоциты 3–5, ураты — немного. Креатинин крови 317 мкмоль/л, мочевого кислота 658 мкмоль/л. Множественные тофусы на пальцах кистей рук. АД 170/100 мм рт.ст.

Выясняется, что в предыдущие 7–8 лет, до первичного обращения, возникали рецидивирующие артриты первого плюснефалангового сустава правой стопы, купирует приемом индометацина, ибупрофена.

1. Какие обследования необходимо провести?
2. Рассчитайте скорость клубочковой фильтрации по Cockcroft-Gault.
3. Сформулируйте диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Показано ли назначение ингибиторов АПФ и почему?

Задача 5.2.5.

Мужчина 55 лет обратился к терапевту с жалобами на боли в области сердца, усиливающиеся в положении лежа, общую слабость, головные боли, плохой аппетит, пастозность лица, дискомфорт в области предстательной железы. Из анамнеза: при поступлении в институт в возрасте 17 лет выявлены изменения в анализах мочи (какие — не помнит), в последующем не обследовался. Последние 4–5 лет периодически отмечает повышение АД, терапия не проводилась. 2–3 года регулярно встает в туалет по ночам. При осмотре: кожные покровы бледные с землистым оттенком, пастозность лица, АД 170/100 мм рт.ст., грубый пансистолический шум, наиболее выраженный в 1-й и 5-й точках

аускультации, ослабление тонов сердца. Пульс 60 в мин, ритмичный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Почки стоя, лежа не пальпируются. Небольшие отеки голеней.

1. Какие обследования необходимо провести?
2. Надо ли проводить нефробиопсию для уточнения диагноза?
3. Сформулируйте диагноз.
4. Трудовой прогноз?
5. Показана ли консультация врача гемодиализа пациенту?

Задача 5.2.6.

Больной 64-х лет, вес 69 кг, инвалид 2-й группы. Ранее работал паркетчиком. В 1996 г после экстракции зуба развился гнойный периостит, сепсис. Длительно получал лечение антибиотиками (диагностирован подострый инфекционный эндокардит), диуретиками (фуросемид) в связи с сердечной недостаточностью. С этого периода стал отмечать внезапно появляющиеся боли с покраснением и припуханием кожи в области пальцев стоп, свода стопы с повышением температуры до 39 °С. Боли сохранялись в течение нескольких дней, а затем внезапно исчезали в начале с перерывом до месяца, а в настоящее время — до недели. Принимает диклофенак и местно обезболивающие мази, гель. В области пяток сформировались огромные (более кулака) натёчники, после вскрытия кожи над их областью отходит до 200–250 мг мелоподобной пастообразной массы. В области ушных раковин, околоуставных тканей пальцев кистей рук — многочисленные тофусы величиной от просяного зернышка до земляного ореха. Неоднократно безболезненно с мочой отходили конкременты желтовато-бурового цвета размером до 3–4 мм. По поводу артериальной гипертензии принимает фуросемид 80 мг 3 раза в неделю.

Наследственность — у родной сестры и брата отмечались боли в суставах, артериальная гипертензия, тофусы на пальцах кистей рук. Причины смерти не знает.

При обследовании: АД до 180/100 мм рт.ст., креатинин крови 198 мкмоль/л, СКФ 36 мл/мин, мочева кислота 742 мкмоль/л мг/дл, холестерин 6,2 ммоль/л, экскреция мочево кислоты 488 мг/сут.

1. Какие обследования необходимо провести?
2. Рассчитайте скорость клубочковой фильтрации по Cockcroft-Gault.
3. Сформулируйте диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Надо ли данному больному проводить нефробиопсию?

Задача 5.2.7.

Женщина 45-ти лет, медсестра, обратилась к нефрологу по поводу отёков лица, люмбалгий. Из анамнеза известно, что 18 лет назад во время беременности, завершившейся своевременными и благополучными

родами, отмечались умеренная протеинурия, отеки лица. В последующем анализы мочи не сдавала, отеки периодически продолжали появляться, по поводу чего ограничивала потребление жидкости, часто принимала мочегонные. В результате снижения чувствительности приходилось увеличивать их дозы. В течение последних 2–3-х месяцев отеки усилились, несмотря на постоянный прием диуретиков. Сопутствующие заболевания: вегето-сосудистая дистония по гипотоническому типу, хронический гастрит, мигреноподобные головные боли.

При осмотре: кожные покровы бледные с сероватым оттенком, лицо пастозно. АД 110/70 мм рт.ст. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон, однако отмечается болезненность при пальпации паравертебральных точек, положительный симптом Ласега.

Больная представила следующие анализы, выполненные по месту жительства. Общий анализ крови: гемоглобин 110 г/л, лейкоциты 5×10^3 /мкл, скорость оседания эритроцитов 8 мм/ч. Общий анализ мочи: протеинурия 0,066 г/л, лейкоциты 4–6 в поле зрения, эритроциты 3–4 в поле зрения, удельный вес 1008. Биохимический анализ крови: креатинин 158 мкмоль/л, калий 3,6 ммоль/л, моченая кислота 487 мкмоль/л. УЗИ почек: симметричное уменьшения размеров почек до 8,5х5 см, уменьшение толщины паренхимы до 1,1-1,2 см, волнистость контуров, в области сосочков — гиперэхогенные включения.

1. Какие нефрологические симптомы и синдромы отмечаются у больной?
2. Ваш предположительный диагноз?
3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования Вы рекомендуете?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
5. Какое лечение Вы рекомендуете в случае подтверждения Вашей диагностической концепции?

Задача 5.2.8.

К Вам пришли на приём два больных с хронической почечной недостаточностью:

Мужчина 30-ти лет, гиперстенической конституции с развитой мускулатурой, рост 190 см, вес 90 кг. Болен хроническим гломерулонефритом в течение 12 лет. На момент осмотра — АД 150/90 мм рт.ст., креатинин крови 502 мкмоль/л, калий 5,0 ммоль/л, альбумин 42 г/л, протеинурия 2,0 г/сут, эритроцитурия 40–50 в поле зрения, удельный вес мочи 1008.

Женщина 66-ти лет, гиперстенической конституции, рост 158 см, вес 70 кг. Больна сахарным диабетом в течение как минимум 10 лет. На

момент осмотра — АД 175/105 мм рт.ст., креатинин крови 510 мкмоль/л, калий 5,6 ммоль/л, альбумин 26 г/л, глюкоза 7,2 ммоль/л, протеинурия 4,0 г/сут, эритроцитурия 2-4 в поле зрения, лейкоцитурия 6–8 в поле зрения, удельный вес мочи 1009.

1. Рассчитайте скорость клубочковой фильтрации по Cockcroft-Gault.
2. Чем обусловлено снижение альбумина у второй больной?
3. Показано ли проведение нефробиопсии этой больным?
4. В каком случае можно говорить о более выраженном снижении фильтрационной функции почек и наличии показаний к заместительной терапии?
5. Какие методы заместительной терапии показаны больным?

Задача 5.2.9.

В клинику нефрологии для обследования по поводу микрогематурии обратился мужчина 40 лет, автомеханик. Изменения в анализах мочи впервые выявлены терапевтом в поликлинике по месту жительства, где пациент проходил обследование по поводу артериальной гипертензии. Из анамнеза: в возрасте 18 лет проходил медицинское обследование в связи с призывом в армию. Изменений в анализах мочи не было. В последующем не обследовался.

Курит (до 2-х пачек в день). В семье хронических заболеваний почек не было.

При обследовании: рост 183 см., вес 90 кг. Отеков нет. АД 160/100 мм рт.ст. Общий анализ мочи: белок 2,5 г/л, удельный вес 1010, эритроциты 40–60 в поле зрения, лейкоциты 1–2 в поле зрения. Гемоглобин 130 г/л, креатинин крови 324 мкмоль/л, мочева кислота 516 мкмоль/л, альбумин 45 г/л, калий 5,5 ммоль/л, холестерин 8,9 ммоль/л. УЗИ почек: размеры правой и левой почки уменьшены до 7,8 x 4,9 см и 8,1 x 5,0, толщина паренхимы 11 мм.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Показана ли в данном случае биопсия почки?
3. Какие факторы ускоренного прогрессирования ХПН отмечаются у пациента?
4. Ваша тактика лечения?
5. Каково целевое артериальное давление для этого больного?

Задача 5.2.10.

Больной М., 58 лет.

Повод к обращению к нефрологу – частая никтурия до 3-4 раз за ночь, похудел на 3-4 кг за последние полгода, одышка при физической нагрузке. В анамнезе гипертоническая болезнь более 40 лет. Препараты, снижающие давление, принимал нерегулярно. Около 10 лет в анализах мочи определяется белок 0,1–0,25 г/л. Объективно кожные покровы

бледные, периферические лимфоузлы не пальпируются, в легких дыхание везикулярное, ЧД 18 в минуту, область сердца не изменена, левая граница сердца на 1 см снаружи от средне-ключичной линии. Почки не пальпируются. Пастозность голеней.

Семейный анамнез: у отца и матери было повышенное АД.

1. Какое поражение почек у больного?
2. Чем может быть обусловлена одышка у больного?
3. Ваш предположительный диагноз?
4. Целевые цифры АД у данного больного?
5. Какие обследования необходимо провести?

Тема 5.3.: «Пиелонефрит».

Задача 5.3.1.

В приемный покой доставлена больная 33 лет с жалобами на боли в поясничной области, головную боль, озноб, учащенное мочеиспускание. Больна в течение 3 дней. Настоящие симптомы возникли после переохлаждения. Об-но: температура 38,2, кожа бледная, влажная, язык обложен белым налетом, тоны сердца приглушены, ЧСС-92 в мин, АД –140/90 мм рт ст, живот б/о, с-м Пастернацкого (+) с обеих сторон.

1. Назначьте обследование.
2. Поставьте диагноз.
3. После каких обследований можно проводить внутривенную урографию?
4. Назначьте лечение.
5. Как долго проводить лечение?

Задача 5.3.2.

Больная В., 23 лет обратилась на прием к терапевту с жалобами на периодические боли в правой подвздошной области с иррадиацией в поясничную область справа, вниз живота, дизурические явления, субфебрилитет к вечеру. Указанные симптомы отмечает в течение 2 лет, после того как похудела на 8-10 кг, ухудшение наступает после переохлаждения. При болях самостоятельно принимает спазмолитики. Боли проходят в течение 1-2 недель. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, влажности. В легких дыхание везикулярное, ЧД 16 в мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные 70 в мин, АД 110/70 мм РТ ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги. Глубоко в правом подреберье пальпируется нижний полюс почки, чувствительный при пальпации.. Слабо (+) с-м Пастернацкого справа. Периферических отеков нет.

1. Каков Ваш предварительный диагноз?

2. Какое состояние, усугубившееся 2 года назад, провоцирует данное заболевание?
3. Какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Какое рентгенологическое обследование необходимо провести?
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Задача 5.3.3.

У больного после переохлаждения появились боли в поясничной области слева, температура повысилась до 38, присоединились рези при мочеиспускании, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. Нефрологический анамнез отсутствует. Объективно: состояние средней степени тяжести, кожные покровы обычной окраски, влажности. В легких дыхание везикулярное, ЧД 18 в мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные 74 в мин, АД 120/70 мм РТ ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги. Почки стоя, лежа не пальпируются. Симптом 12 ребра положительный слева. Периферических отеков нет.

1. Какие лабораторные обследования необходимо провести?
2. Какие инструментальные обследования необходимо провести у данного больного?
3. Сформулируйте диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

Задача 5.3.4.

Беременная, 25 лет, срок 25 недель, обратилась с жалобами на рези при мочеиспускании. Беременность первая. Объективно: состояние удовлетворительное. По органам без особенностей. Почки стоя, лежа не пальпируются. Симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет. В анализе крови гемоглобин 122 г/л, лейкоциты 7,2, СОЭ 14 мм/час, в анализе мочи: удельный вес 1022, белок – отр, эритроциты – нет, лейкоциты 8-10 в п/з, бактерии +.

1. Какие нефрологические симптомы можно выделить у больной?
2. Сформулируйте диагноз.
3. Чем обусловлено развитие данного состояния?
4. Назначьте обследование.
5. Назначьте лечение.

Задача 5.3.5.

Больная 33-х лет, 65 кг, домохозяйка, обратилась с жалобами на ноющего характера боли в поясничной области, не проходящие после

приёма спазмолитиков, анальгетиков. Данные жалобы беспокоят около 4 дней. В моче щелочная реакция (рН выше 7,0), белок — 0,35 г/л, лейкоциты 8–12 в поле зрения, эритроциты до 30–40 в поле зрения, бактерии. На УЗИ почек — кораловидный камень правой почки. Креатинин крови 79 мкмоль/л.

1. Какие обследования необходимо провести?
2. Какие возбудители чаще высеваются у больных, заболевших амбулаторно?
3. Сформулируйте диагноз.
4. Назначение антибиотиков каких групп предпочтительно.
5. Рассчитайте скорость клубочковой фильтрации по Cockcroft-Gault.

Задача 5.3.6.

Больная 29, страдает сахарным диабетом 1 типа 15 лет. В последнее время не мотивированные эпизоды гипергликемии до 11-14 ммоль/л натошак. Суточная доза инсулина 54 ЕД. Объективно состояние удовлетворительное, по органам без особенностей, периферических отеков нет, АД 125/70 мм рт ст, симптом 12 ребра отрицательный. В анализе крови гемоглобин 131 г/л, лейкоциты 6,3, СОЭ 17 мм/час, в анализе мочи: уд. вес 1019, белок 0,058 г/л, эритроциты 0-1 в п/з, лейкоциты 20-30 в п/з, ацетон в моче +.

1. Какие обследования необходимо провести?
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какие осложнения данного состояния возможны у данной больной?
4. Назначьте лечение.
5. С чем может быть связана декомпенсация сахарного диабета?

Задача 5.3.7.

К терапевту на приеме обратилась мужчина в возрасте 44 лет с жалобами на рези при мочеиспускании, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, температуру 37,2-37,3. Указанные боли беспокоят в течение 2 дней. Перед появлением симптомов заболевания был на зимней рыбалке и переохладился. Объективно состояние удовлетворительное. По органам без особенностей. Почки стоя, лежа не пальпируются, симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон. В анализе мочи удельный вес 1020, белок – отр, эритроциты 0-1 в п/з, лейкоциты 50-70 в п/з, бактерии ++.

1. Какие обследования необходимо провести на амбулаторном этапе?
2. Есть ли показания для выполнения посева мочи?
3. Сформулируйте диагноз.

4. Какие группы антибактериальных препаратов предпочтительнее назначить?
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

Задача 5.3.8.

Беременная, 29 лет, срок 32 недель, обратилась с жалобами на рези при мочеиспускании, тянущие боли в правой поясничной области, повышение температуры до 37,5. Беременность вторая. Во время первой беременности на поздних сроках был пиелонефрит. Объективно: состояние удовлетворительное. По органам без особенностей. Почки стоя, лежа не пальпируются. Симптом 12 ребра положительный с права. Периферических отеков нет.

1. Чем обусловлено развитие данного состояния?
2. Назначьте обследование.
3. Какие нефрологические симптомы можно выделить у больной?
4. Сформулируйте диагноз.
5. Какие антибактериальные препараты можно назначить больной?

Задача 5.3.9.

На прием к терапевту обратилась женщина, 23 года. С жалобами на рези при мочеиспускании, учащенное мочеиспускание, повышение температуры до 37,2-37,3. Объективно: состояние удовлетворительное, по органам без особенностей, почки, стоя, лежа не пальпируются, периферических отеков нет.

1. Какие обследования необходимо провести на амбулаторном этапе?
2. Сформулируйте диагноз.
3. Почему нет необходимости делать посев мочи?
4. Назначьте лечение.
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

Задача 5.3.10.

Больной Н., 73 года обратился на прием к терапевту с жалобами на боли в левой поясничной области, иррадиирующие вниз живота, частое мочеиспускание, никтuriю до 4 раз за ночь, рези при мочеиспускании, субфебрилитет к вечеру. Указанные симптомы отмечает в течение 5 дней. В течение 7 лет наблюдается у уролога по поводу аденомы предстательной железы. Получает омник. В течение последних 3 недель был перерыв в его приеме. Объективно: состояние средней степени тяжести, кожные покровы обычной окраски, влажности. В легких дыхание везикулярное, ЧД 18 в мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные

70 в мин, АД 150/90 мм РТ ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги. Почки стоя, лежа не пальпируются. Слабо (+) с-м Пастернацкого слева. Периферических отеков нет.

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Какое заболевание, наиболее вероятно, провоцировало развитие данное заболевание?
3. Какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Какое рентгенологическое обследование необходимо провести?
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Раздел 6. «Эндокринные заболевания».

Тема 6.1.: «Сахарный диабет».

Задача 6.1.1.

Больная Ш., 43 лет, ранее считавшая себя здоровой, после психической травмы, поступила в стационар с жалобами на резкую слабость, снижение остроты зрения, выраженную жажду - до 6 л сутки, полиурию, сонливость, боли в животе, тошноту, рвоту.

При осмотре: больная заторможена, на вопросы отвечает с трудом. Запах моченых яблок изо рта. Кожа сухая. Шумное дыхание, слышимое на расстоянии. ЧДД 26 в мин., ЧСС 112 в мин. АД 90/70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык сухой, обложен белым налетом. Отмечается напряжение и болезненность брюшной стенки.

В анализах: глюкоза крови 18,6 ммоль/л, креатинин крови 450 мкмоль/л; остаточный азот 43 ммоль/л; мочевины 13,8 ммоль/л. Общий анализ мочи: белок 0,54 г/л, относительная плотность 1012, ацетон +++, сахар 7%, эр. - един. в п/зр., лейкоц. 4-5 в п/зр.

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Стоит ли госпитализировать пациентку? Если да, то куда?
3. Перечислите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. С какими другими состояниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. Принципы терапии и профилактики.

Задача 6.1.2.

Больная Р. 58 лет, поступила с жалобами на выраженную жажду (выпивает до 5 литров жидкости), обильное и частое мочеиспускание, особенно ночью, зуд в промежности. Данные жалобы в течение 3-4 месяцев. При осмотре: повышенного питания. Рост 166 см. Вес 90 кг.

Кожные покровы обычной окраски и влажности, в легких везикулярное дыхание. ЧСС 74 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык сухой. Живот спокойный. Отеков нет. Общий анализ мочи: относительная плотность 1035, белка нет, сахар 2%, ацетон (-).

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Перечислите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Современные методы лечения данной патологии.
5. Принципы диетотерапии.

Задача 6.1.3.

У больной Д. 42 лет, находившейся в стационаре по поводу СД 1 типа, через 2 часа после еды появились дрожь в теле, потливость, снижение остроты зрения, беспокойство. При осмотре :кожные покровы бледные, влажные. На вопросы не отвечает, агрессивна. В легких везикулярное дыхание. Пульс 98 ударов в мин, АД 90/50 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык влажный. Живот спокойный. В крови уровень глюкозы 2,8 ммоль/л.

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какова причина данного состояния?
3. При каких значениях гликемии следует начинать мероприятия по купированию гипогликемии у больных СД ?
4. Принципы терапии и профилактики данного состояния.
5. Какова тактика при тяжелой гипогликемии.

Задача 6.1.4.

Больная Ж., 36 лет. Страдает алиментарно-конституциональным ожирением 1 ст. и сахарным диабетом. Получает метформин по 1000 мг 2 раза в день. Беременность 10 недель. Явилась на консультацию к эндокринологу для получения рекомендаций по поводу лечения сахарного диабета. Жалоб не предъявляет, диету строго не соблюдает. Объективно. Рост- 160 см, масса тела-89 кг. Глазное дно в норме. Дополнительные исследования. Глюкоза крови натощак-7 ммоль/л, в течение дня не превышает 9,1 ммоль/л. В моче-2,78 ммоль/л глюкозы при диурезе 2 л, протеинурии нет.

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз (тип сахарного диабета, состояние компенсации).
2. Лечение какими препаратами разрешено во время беременности?
3. Дайте рекомендации по лечению больной.
4. Какие цели лечения по гликемии во время беременности?
5. Перечислите дополнительные методы обследования.

Задача 6.1.5.

Больная С., 55 лет. Страдает сахарным диабетом 12 лет. Принимает метформин по 1г 2 раза в день. В последние годы состояние ухудшилось, появились жажда, полиурия (до 3 л в сутки), похудела.

Объективно. Рост-174 см, масса тела-70 кг. Кожа сухая. Пульс-68 в 1 мин, ритмичный. Дополнительные исследования. Гликемический профиль: 8 ч-8,66 ммоль/л, 11 ч-12,2, 15 ч-13,8, 19 ч- 12,6, 23 ч-11,7, 3 ч-8,88 ммоль/л. глюкоза мочи-2,5 г/л. Реакция мочи на ацетон отрицательная.

1. Определите тип сахарного диабета и состояние компенсации.
2. Каковы современные методы диагностики потребности в инсулине?
3. Оцените, следует ли перевести больную на лечение инсулином.
4. Укажите, целесообразно ли увеличить больной дозу метформина.
5. Принципы диетотерапии пациентов, получающих инсулин.

Задача 6.1.6.

Больной М., 57 лет. Сахарный диабет выявлен случайно при профосмотре. Работа сидячая. Наследственность отягощена по сахарному диабету по линии матери. Объективно: рост- 170 см, масса тела- 96 кг. Кожа обычной влажности. При обследовании: гликемия натощак-7,88 ммоль/л. Содержание белка в суточной моче- 0,2 г/л при диурезе 2,5 л

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования нужно провести?
3. Принципы диетотерапии.
4. Определите тактику лечения больного.
5. Перечислите факторы риска, способствующие реализации заболевания у данного больного.

Задача 6.1.7.

Больная С. 58 лет. Жалуется на постоянную сухость во рту, жажду, слабость. Объективно: кожные покровы обычного цвета, умеренной влажности, ИМТ 31. АД 122/ 75 мм.рт.ст. , пульс 78 уд/мин., мочеиспускание безболезненное, 9-10 раз в сутки. Страдает СД 2 типа 8 лет, 2 года назад пренесла лазеркоагуляцию по поводу пролиферативной ретинопатии, 1год назад ОНМК. Последние 2 года компенсируется: Глибомет по 2 таблетке 2 раза в день, инсулин лантус 30 ЕД вечером. В анализах: гликемия натощак: 8,8 ммоль/л, гликозилированный гемоглобин 12%, ОАМ: белок-69 мг/л, ацетон- отрицательный, БАК: азотемические показатели в норме, холестерин 6,1. С-пептид- 0,648 (норма:1,1-4,4).

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Какие осложнения могут развиваться при недостаточной инсулинотерапии?
3. Принципы диетотерапии.
4. Определите тактику лечения больного.
5. Каковы принципы лечения данной диабетической нефропатии.

Задача 6.1.8.

Больной Б., 69 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, головную боль, сильную боль в мышцах, боли в сердце, не купирующиеся антиангинальными препаратами, одышку, сухость во рту, жажду. При осмотре: Сознание ясное. Удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные, суховаты. Пульс - 94 в минуту. АД - 90/50 мм рт.ст. ЧДД - 26 в минуту. Мочеиспускание свободное, безболезненное, учащено. В анализах: гликемия 19 ммоль/л, лактат крови - 7,8 ммоль/л. Из анамнеза: страдает сахарным диабетом 2 типа 6 лет, последние 2 месяца компенсируется метформином 2 г в сутки. Сопутствующие заболевания: ИБС. СН 111 ФК (по NYHA). Бронхиальная астма, экзогенная, средней степени тяжести. Ожирение 1 ст.

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какова причина данного состояния?
3. Перечислите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. С какими другими состояниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. Принципы терапии и профилактики.

Задача 6.1.9.

Больной К., 33 лет. Доставлен в больницу в тяжелом состоянии, заторможен, с трудом указывает на выраженную сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание, боль в области живота, резкую слабость. Состояние начало ухудшаться 3 дня назад после чрезмерных погрешностей в питании. Удалось выяснять, что он в течение 7 лет страдает сахарным диабетом, принимает инсулин, режим питания и лечения постоянно не соблюдает. Заболевание протекает лабильно, склонностью к гипогликемии и кетоацидозу. Объективно: Состояние больного тяжелое, положение в постели пассивное. Больной пониженного питания. Дыхание глубокое запах ацетона в выдыхаемом воздухе, зрачки сужены. Кожа сухая, бледная, тургор значительно понижен. Язык обложен налетом кофейного цвета. Пульс - 90 в мин, слабого наполнения, АД - 100/60 мм.рт.ст. При пальпации живота определяется резкая болезненность по всему животу. Края печени пальпируются на 3 см ниже реберной дуги. Сухожильные рефлексы отсутствуют. Дополнительные исследования. Гликемия - 25 ммоль/л.

Общий анализ крови: Нв - 138 г/л, лейкоциты - 9×10^9 /л. СОЭ — 10 мм/ч, В моче ацетон +++++. Кетоновые тела - 28 ммоль/л, Показатели кислотно-основного состояния гидрокарбонат стандартный-18 ммоль/л, водородный, показатель /рН/ -7,12. Креатинин - 146 ммоль/л, мочевины 11,5

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Объясните причину декомпенсации сахарного диабета, развития коматозного состояния.
3. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
4. Объясните причину «острого живота»; проведите дифференциальную диагностику. Нуждается ли больной в срочном, хирургическом вмешательстве?
5. Принципы лечения данного состояния.

Задача 6.1.10.

Больная С., 63 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, отечность лица по утрам, сухость во рту, жажду (выпивает за сутки до 3-х литров жидкости), учащенное мочеиспускание (за ночь до 4-5 раз). Считает себя больной в течение года. При обращении к врачу отмечались высокие цифры артериального давления (170-180/95-100 мм.рт.ст.). Лечилась амбулаторно с диагнозом «гипертоническая болезнь». Последнее ухудшение самочувствия - в течение 3 недель: более выраженными стали слабость и головокружение. Жажда и сухость во рту отмечает в течение многих лет, не придавала им значения. Объективно: положение активное, сознание ясное. Повышенного питания, ИМТ 38. Кожные покровы бледные, суховаты. Отечность лица. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. Ритм правильный. Пульс - 64 в минуту. АД - 190/115 мм рт.ст., ЧДД - 16 в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень - по краю реберной дуги. Стул не нарушен. Мочеиспускание свободное, безболезненное, учащено, никтурия. Симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон. Гликемия натощак 7,9 ммоль/л.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику
4. Определить тактику лечения.
5. Принципы диетотерапии.

Тема 6.2.: «Болезни щитовидной железы».

Задача 6.2.1.

Больной М. 51 года. Жалуется на нарушение ритма сердца в течение 20 лет. 5 лет на терапии кордароном по поводу персистирующей

формы ФП, но последний год – без значимого положительного эффекта. Сданы гормоны щитовидной железы: ТТГ-0,1 (0,17-4,05) , Т4-182 (60-160) , Т3-2,4 (1,2-2,8); УЗИ щитовидной железы: V= 21 мл, структура однородная, патологических образований не выявлено. Объективный осмотр: потеря в весе 2 кг за 6 месяцев. ИМТ 22. Кожные покровы обычного цвета, умеренной влажности. Отеков нет. Пульс 82 уд. в минуту, аритмичный.

1. Что послужило развитию данного состояния, обоснуйте.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Какое лечение необходимо назначить больному.
5. Ваша дальнейшая тактика ведения.

Задача 6.2.2.

Больная Ч. 45 лет. Жалобы на слабость , сонливость , склонность к запорам. Анамнез: 20 лет наблюдается у эндокринолога по поводу узлового зоба и АИТ, гипотиреоз выявлен 14 лет назад, 10 лет принимала Л-тироксин 100 мкг, но последние 4 года не принимает - отменила самостоятельно. При осмотре- кожа сухая, . При аускультации тоны сердца приглушены, брадикардия, АД 130/90. При обследовании: гормоны ТТГ- 67,1(0,3-4,0) , свТ4 -6,22 (10,3-24,5), сахар крови 5,3 ммоль/л. УЗИ щитовидной железы: V=12.3 см³. Контур: четкий , эхогенность железистой ткани значительно пониженная. Структура: неоднородная за счет чередования зон пониженной; повышенной и нормальной эхогенности без четких контуров. В правой доле очаговое образование с ободком Хало размером 1,9/2,1 см. Пульс 48 уд. в минуту.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Каковы наиболее частые причины гипотиреоза?
3. Назначьте лечение.
4. Через какое время от начала заместительной терапии тироксином и как часто следует контролировать гормоны?
5. Определите дальнейшую тактику в отношении очагового образования.

Задача 6.2.3.

Больная Т. 65 лет. Жалобы на: слабость, сонливость, снижение работоспособности, ухудшение памяти, сухость кожи, прибавила в весе 12 кг, запоры в течение 13-15 лет. Объективно: общее состояние удовлетворительное, повышенного питания (рост 162 см, вес 90 кг). Кожа бледная, сухая, на голенях выражено шелушение кожи. Имеется отечность лица, ног. Щитовидная железа не пальпируется. В области шеи имеется послеоперационный рубец. Голос грубый. Больная медлительная. Тоны сердца приглушены, сокращения ритмичные. Пульс

56 в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. Язык утолщен, по краям - следы зубов. Живот несколько вздут, запоры. Печень и селезенка не увеличены.

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Наметьте план дополнительного обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику лечения.
5. Через какое время от начала заместительной терапии тироксином и как часто следует контролировать гормоны?

Задача 6.2.4.

Больная Ж, 34 лет. Жалобы на постоянное сердцебиение, дрожание рук, потливость, потерю веса, учащение стула до 4-х раз в сутки. Заболела после психотравмы около 6 месяцев назад, к врачу не обращалась. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Рост 170 см. вес 56 кг суетливость, нерациональные движения, многословность, быстрая речь, дрожание пальцев рук, кожа влажная, горячая, нежная. Тоны сердца ясные, I тон усилен. ЧСС 120 в мин, Пульс 120 в мин., аритмичный. АД 140/65 мм. рт.ст. Щитовидная железа- пальпаторно 11 степени, плотноватой консистенции, безболезненная. Отеков на ногах нет. Печень не увеличена. Дополнительные исследования: Общий анализ крови и мочи без патологии. Биохимический анализ крови: холестерин 2.6 ммоль/л., гормоны: свТЗ- 6,8 (N 2,5- 5.5) свТ4 -32,8 (N 11,5- 23.0) ТТГ -0,01 (N 0,2-4,05 нмоль/л).

1. Поставьте и обоснуйте диагноз
2. Укажите дополнительные методы исследования, которые надо провести для уточнения диагноза.
3. Укажите причины мерцательной аритмии (диффузный токсический зоб, кардиосклероз, ревматический или токсико-аллергический миокардит, аортальный порок сердца).
4. Назначьте лечение
5. какие анализы необходимо контролировать во время лечения.

Задача 6.2.5.

Больная Ж, 48 лет. Жалобы на слабость и сонливость. К эндокринологу обратилась впервые. Объективный осмотр: кожные покровы обычного цвета, умеренной влажности, отеков нет, ИМТ 33. Пульс 66 ударов в минуту. Физиологические отправления в норме. При обследовании: УЗИ щитовидной железы: Общий объем: 17 см³, структура: неоднородная за счет чередования зон пониженной, повышенной и нормальной эхогенности без четких контуров, очаговые образования: в обеих долях - с ободком Хало, размерами от 1,1 см до 1,4 см. Регионарные лимфоузлы: не выявлены. Гормоны: ТТГ- 5,4(0,4-4,0),св.Т4-11,3(9-22), холестерин-7,3ммоль/л.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Укажите дополнительные методы исследования, которые надо провести для уточнения диагноза.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику ведения.
5. Сформулируйте показания к оперативному лечению.

Задача 6.2.6.

Больная Л., 48 лет. Предъявляет жалобы на: одышку, дискомфорт в области шеи, поперхивание при проглатывании пищи, снижение веса на 13 кг за 1 год, сухость во рту утром. Из анамнеза: много лет видимое увеличение шеи, к эндокринологу не обращалась. При обследовании: УЗИ щитовидной железы: V= 72,67 мл, структура неоднородная, в правой доле- неоднородные образования от 1,0 до 2,7 см, повышенной эхогенности. Гормоны: ТТГ- 0,02 (0,34-5,6) , Т4-167(78-157) , Т3- 1,54 (1,34-2,73), сахар крови натощак - 7,9 ммоль/л. Рост 151 см, вес 51 кг, кожные покровы обычного цвета, умеренно повышенной влажности. Пульс 116 ударов в минуту.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Укажите дополнительные методы исследования, которые надо провести для уточнения диагноза.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику лечения.
5. Какие исследования необходимо контролировать в период лечения?

Задача 6.2.7.

Больной Ч. 51 год, предъявляет жалобы на нарушение сердечного ритма, периодически дрожь в теле, которые беспокоят длительное время. Из анамнеза: нарушение ритма сердца в течение 20 лет, последние 6 лет на терапии кордароном, последний год без значимого клинического эффекта. К эндокринологу обратился впервые. Проведено обследование: ТТГ-0,1 (0,17-4,05) , Т4-248 (60-160) , Т3-2,3 (1,2-2,8), УЗИ щитовидной железы: V= 21 мл, структура однородная, патологических образований не выявлено. Пульс 96 уд. в минуту, аритмичный. Вес стабильный.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите дополнительные методы исследования, которые надо провести для уточнения диагноза.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику ведения.
5. Какие исследования необходимо проводить в период лечения кордароном или другими йодсодержащими препаратами?

Задача 6.2.8.

Больная З. 32 лет, перенесла тяжелый грипп. Через 30 дней вновь поднялась температура тела до 38°C и появилась боль на передней поверхности шеи иррадиирующая в ухо и нижнюю челюсть. Щитовидная железа при пальпации плотная, резко болезненная. Появилась тахикардия, раздражительность, потливость. Лейкоциты крови - $9 \times 10^9/\text{л}$.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите дополнительные методы исследования, которые необходимо провести для уточнения диагноза.
4. Что необходимо провести для подтверждения диагноза?
5. Определите тактику лечения.

Задача 6.2.9.

Больная В. 43 лет. После операции по поводу тиреотоксического зоба (произведена субтотальная субфасциальная резекция щитовидной железы) у больной отмечается тахикардия до 120-140 уд. в мин, АД - 195/110 мм рт. ст., повышение температуры тела до 39°C. Пациентка заторможена.

1. Поставьте диагноз. Какое осложнение операции возникло у больной?
2. С чем связано развитие данного состояния?
3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Что необходимо предпринять?
5. Какая ошибка в тактике ведения была допущена?

Задача 6.2.10.

У больной П. 41 года, после операции субтотальной резекции щитовидной железы нарушились голосообразование и чувствительность слизистой гортани, возникли судороги в конечностях. Стали определяться симптомы Хвостека, Труссо.

1. Поставьте диагноз. Какое осложнение операции возникло у больной?
2. С чем связано развитие данного состояния?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
5. Какова ваша дальнейшая тактика?

Раздел 7. «Болезни органов кроветворения».

Тема 7.1.: «Анемии».

Задача 7.1.1.

У больной 32 лет головокружение, шум в ушах, сердцебиение, одышка при ходьбе. Непреодолимое желание есть мел. Месячные нерегулярные, периодически бывают обильными. Бледна, волосы ломкие, ногти истончены, исчерчены. ЧСС – 84 в мин, АД – 120/80 мм рт.ст. Гемоглобин 64 г/л, ЦП – 0,7, формула без патологии.

1. Каков наиболее вероятный диагноз?
2. Каким биохимическим показателем следует подтвердить диагноз?
3. Осмотр какого специалиста обязателен у данной пациентки?
4. Препараты какой группы вы назначите больной? Каков путь введения?
5. Оправданна ли гемотрансфузия в данной ситуации?

Задача 7.1.2.

Больная 55 лет, вегетарианка, жалуется на головокружение, парестезии в стопах, неустойчивую походку. Употребление алкоголя отрицает. Бледна с желтушным оттенком, пальпируется мягко-эластичный край печени и нижний полюс селезенки. Гемоглобин 70 г/л, ЦП – 1,3, лейкоциты $3,2 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 126×10^9 /л. Билирубин – 46 мкмоль/л (реакция – непрямая), аминотрансферазы – в норме. ФГС – атрофический гастрит.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С чем следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Как следует подтвердить диагноз?
4. Чем объясняется наличие парестезий в стопах и неустойчивая походка?
5. Какова предполагаемая тактика ведения?

Задача 7.1.3.

У больного 42 лет после перенесенного гриппа небольшая желтушность, тяжесть в левом подреберье, увеличена селезенка. Периферические лимфоузлы не увеличены. Гемоглобин 90 г/л, эр. $3,0 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты 5%, уровень лейкоцитов, тромбоцитов и лейкоцитарная формула – в пределах нормы, билирубин 46 мкмоль/л за счет свободного. Активность аминотрансфераз сыворотки не увеличена. Реакция на гемосидерин в моче отрицательная. Проба Хема отрицательная. Прямая проба Кумбса +++.

1. Наиболее вероятный диагноз? Подтвердите имеющимися лабораторными данными.
2. Первичный или вторичный характер носит анемия у данного больного? Как это доказать?

3. Какой вывод позволяет сделать отрицательная реакция на гемосидерин в моче у данного больного?
4. Что является препаратом первого ряда в данной ситуации?
5. В каком случае следует обсудить целесообразность спленэктомии?

Задача 7.1.4.

У больного 20 лет с детства легкая желтушность. На момент осмотра – кожные покровы лимонно-желтые, высокое небо, «башенный» череп. Печень и селезенка незначительно увеличены. Нб – 105 г/л, эр. $3,0 \times 10^{12}$ /л, средний объем эритроцитов (MCV) снижен, ретикулоциты 6,1%, тромбоциты $240,0 \times 10^9$ /л, лейкоциты $9,0 \times 10^9$ /л, формула без особенностей. Общий билирубин 38 мкмоль/л, прямого нет. Активность аминотрансфераз – в пределах нормы.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С чем следует дифференцировать?
3. Какие дополнительные методы обследования вы назначите данному пациенту?
4. Показаны ли больному глюкокортикоиды?
5. Целесообразна ли спленэктомия?

Задача 7.1.5.

Больная В., 39 лет, доставлена в больницу бригадой скорой помощи. Жаловалась на резкую слабость, головокружение, в последние недели – полуобморочные состояния. В течение 3-х месяцев у больной обильные меноррагии. В день поступления в клинику больная внезапно почувствовала резкую слабость и головокружение, упала на улице, потеряв сознание. Была госпитализирована. Объективно: состояние тяжелое, резкая бледность кожных покровов и слизистых, геморрагии на коже предплечий и бедер. Удовлетворительного питания, лимфоузлы не увеличены. Тахикардия до 120 в мин, АД 90/60 мм рт.ст., живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Анализ крови: Нб – 40 г/л, эр. – $1,5 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,8, ретикулоциты 0,2%, тромбоциты $15,0 \times 10^9$ /л, лейкоциты – $2,5 \times 10^9$ /л, п – 3, с – 28, л – 63, м – 6, СОЭ – 32 мм/ч. Билирубин, АЛТ, АСТ – в пределах нормы. Анализ мочи – без патологии.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С чем следует дифференцировать заболевание?
3. Какой метод обследования является наиболее важным в постановке диагноза?
4. Какой показатель сывороточного железа ожидается у больной?
5. Показана ли больной экстренная гемотрансфузия?

Задача 7.1.6.

Больная 60 лет. Жалобы на нарастающую слабость, головокружение одышку в течение последнего месяца. Страдает гипертонической болезнью, по поводу которой принимала допегит с гипотиазидом. Объективно: бледность кожных покровов, субиктеричность склер. Лимфоузлы не увеличены. Печень, селезенка не пальпируются. ЧСС – 82 в мин, АД – 160/90 мм рт.ст. Анализ крови: гемоглобин – 82 г/л, эр. – $2,4 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты – 18%, лейкоциты – $12,3 \times 10^9/л$, в формуле – палочкоядерный сдвиг до 9%, тромбоциты – $178 \times 10^9/л$, билирубин общий - 40 мкмоль/л, свободный – 36 мкмоль/л, АЛТ и АСТ – в пределах нормы.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Что могло послужить триггерным фактором?
3. Какое исследование способно подтвердить диагноз?
4. Требуется ли исключение опухолевого генеза заболевания, в том числе лимфопролиферативного?
5. Тактика лечения?

Задача 7.1.7.

Мужчина 22 лет обратился по поводу неприятных ощущений в левом подреберье, особенно при физической нагрузке. Брат больного был оперирован в возрасте 16 лет по поводу желчекаменной болезни. Объективно: рост 165 см, масса тела – 59 кг. Короткие мизинцы. Субиктеричность склер. Селезенка на 2 см ниже реберной дуги. В остальном – без особенностей. Анализ крови: гемоглобин – 100 г/л, эритроциты – $3,5 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты – 8%, тромбоциты – норма. Микросфероцитоз. Билирубин – 36 мкмоль/л, свободный – 31 мкмоль/л. Проба Кумбса отрицательная.

1. О чем свидетельствует высокий уровень ретикулоцитов?
2. Ваш предположительный диагноз?
3. Что противоречит диагнозу синдром Жильбера?
4. Какие дополнительные исследования следует провести больному?
5. Тактика лечения?

Задача 7.1.8.

У больного 37 лет на фоне высокоактивного серопозитивного ревматоидного артрита 3-летней давности начала регистрироваться анемия – до 108 г/л. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЦП – 1,0; ретикулоциты – 0,3%; нормоцитоз, лейкоциты – $5,3 \times 10^{12}/л$, формула – без особенностей, тромбоциты – $212 \times 10^{12}/л$, СОЭ – 48 мм/ч.

Сывороточное железо – 20 мкмоль/л. Кал на скрытую кровь – отрицателен. По УЗИ печень, селезенка – не увеличены.

1. К какому типу анемий по уровню ЦП относится данный случай?
2. Как вы расцените данный тип анемии?
3. Что противоречит диагнозу железодефицитной анемии?
4. Какой уровень ферритина ожидается у данного больного?
5. Подходы к терапии.

Задача 7.1.9.

У больной 72 лет на протяжении последних 4- месяцев постепенно нарастает слабость, снизился аппетит, похудела на 6 кг, появилась склонность к запорам. Объективно: кожные покровы бледные, ногтевые пластинки – неровные, «слоятся», периферические лимфоузлы не увеличены. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет.

В анализе крови - гемоглобин – 89 г/л, эр. – $2,4 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,8; ретикулоциты – 1,1%, микроцитоз, лейкоциты – $5,3 \times 10^9/л$, формула – без особенностей, тромбоциты – $278 \times 10^9/л$, билирубин общий - 20 мкмоль/л, прямого нет, АЛТ, АСТ – в норме. Сывороточное железо – 5,3 мкмоль/л.

1. К какому типу анемий по механизму развития следует отнести данный случай?
2. О чем свидетельствуют трофические нарушения со стороны ногтевых пластинок?
3. Каков наиболее вероятный генез анемии?
4. Инструментальное обследование какой системы следует провести в первую очередь?
5. Есть ли основания подозревать В12-дефицитную анемию?

Задача 7.1.10.

У больного 28 лет, азербайджанца по национальности, до этого совершенно здорового, после приема бисептола по поводу болей в горле, внезапно появились озноб, слабость, головокружение, сердцебиение, одышка при физической нагрузке, темное окрашивание мочи. В анализе крови - гемоглобин – 78 г/л, эр. – $2,4 \times 10^{12}/л$, ЦП – 1,0; ретикулоциты – 8,1%, лейкоциты – $12,3 \times 10^9/л$, п/я – 10%, тромбоциты – $238 \times 10^9/л$, билирубин общий - 22 мкмоль/л, прямого нет, АЛТ, АСТ – в норме. Креатинин – 76 мкмоль/л. Свободный гемоглобин в сыворотке – резко повышен. В анализе мочи – уд. вес – 1023, белок – 1,9 г/л, лейкоциты – 3-4 в п/зр.

1. О чем свидетельствует уровень ретикулоцитов 8,1%?
2. О чем свидетельствует повышение уровня свободного гемоглобина в сыворотке?

3. Наиболее вероятный диагноз?
4. Чем можно объяснить появление протеинурии?
5. Какое почечное осложнение грозит данному больному?

Тема 7.2.: «Гемобластозы».

Задача 7.2.1.

Мужчина 25 лет, госпитализирован по поводу кровотечения из десен, лихорадки, общей слабости, одышки при ходьбе. Заболел неделю назад. Температура 39°C . Выраженная бледность, симметричное увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов. Множественные петехии и подкожные кровоизлияния. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧСС – 100 в мин, АД – 110/60 мм рт.ст. На верхушке – систолический шум, не проводится в левую подмышечную область. Печень и селезенка не пальпируются. Анализ крови: гемоглобин – 56 г/л, ретикулоциты – 0,1%, тромбоциты – $20 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты – $2,1 \times 10^9/\text{л}$, эоз. – 1%, баз. – 1%, нейтр. – 30%, лимф. – 62%, мон. – 6%, бласты – 3%. СОЭ – 47 мм/ч.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какой метод обследования наиболее важен для постановки диагноза?
3. Какова вероятность наличия у больного хронического лейкоза?
4. Чем обусловлен геморрагический синдром?
5. Чем вызвана лихорадка?

Задача 7.2.2.

В клинику впервые поступил больной 31 года, с жалобами на боли в костях, тяжесть в левом подреберье, увеличение живота. Считает себя больным около полугода, когда отметил, что живот увеличился в объеме (стал тесен ремень на брюках), затем появились ноющие боли в костях. Объективно: пониженного питания, живот увеличен в объеме. Лимфоузлы не пальпируются. В легких и сердце – без патологии. Гематомегалия (+) 4 см и выраженная спленомегалия (+) 12 см из-под реберного края. В анализе крови: гемоглобин 110 г/л, эр. $3,3 \times 10^{12}/\text{л}$, ЦП – 1,0, тромбоциты – $365 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты – $234,6 \times 10^9/\text{л}$, миелобласты – 2%, промиелоциты – 2%, миелоциты – 26%, метамиелоциты 20%, п/я – 16%, сегментоядерные нейтрофилы – 21%, базофилы 6%, эозинофилы – 7%, СОЭ – 30 мм/ч.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Может ли данная симптоматика быть вызвана циррозом печени?
3. Какой цитогенетический маркер является почти патогномоничным для данного заболевания?

4. О чем свидетельствует выявленная в анализе крови базофильно-эозинофильная ассоциация?
5. Какой препарат является средством выбора у данного больного?

Задача 7.2.3.

Больной 57 лет, болен около 8 лет, имелись многократные обострения, по поводу которых назначались какие-то химиопрепараты, названия которых не помнит. Основным проявлением болезни является потливость, увеличение периферических лимфоузлов до 3-4 см, узлы безболезненные, неплотные. Увеличен живот, пальпируется печень (+ 4 см), селезенка (+ 8 см). В анализе крови: лейкоциты – $44,2 \times 10^9/\text{л}$, формула – 88% лимфоцитов, 2% пролимфоцитов, 10% нейтрофилов, тени Боткина-Гумпрехта. Два дня назад отметил, что появилась желтушность склер, стала нарастать слабость, одышка, сердцебиение. Гемоглобин со 130 г/л упал до 86 г/л, в крови появился ретикулоцитоз 9%.

1. Наличие каких синдромов можно выделить у больного?
2. Каков основной диагноз у данного пациента?
3. Какого генеза развившаяся у больного анемия?
4. Как подтвердить природу анемического синдрома?
5. Возможна ли подобная картина при циррозе печени?

Задача 7.2.4.

Больной 64 лет поступил в неврологическое отделение по направлению участкового терапевта с диагнозом «радикулит с выраженным болевым синдромом». Предъявляет жалобы на интенсивные боли в нижнегрудном отделе позвоночника, слабовыраженные боли в костях рук и ног. Считает себя больным в течение 3 месяцев, когда появились локальные боли в позвоночнике, первоначально невыраженные, хорошо снимались приемом анальгетиков. Однако месяц назад боли начали прогрессивно нарастать, обратился в поликлинику, назначен индометацин в дозе 150 мг/сут, затем инъекции диклофенака, прошел курс физиолечения (ДДТ), облегчения не наступало, последние две ночи не спал из-за интенсивного болевого синдрома. Направлен в стационар.

Объективно: удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, слегка бледноватые. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких без патологии. ЧСС – 78 в мин, АД – 140/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Пальпация в области 11 грудного позвонка резко болезненна. Кожные покровы над ним не изменены.

В анализах крови: Hb – 110 г/л, ЦП – 1,0, тромбоциты – 195×10^9 /л, лейкоциты – $7,4 \times 10^9$ /л, формула – без особенностей. СОЭ – 16 мм/ч. Билирубин – 14 мкмоль/л, прямого нет, общий белок – 75 г/л.

Анализ мочи: уд. вес 1014, белок – 3,4 г/л, лейкоциты – ед. в п/зр.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С чем следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Не противоречит ли выбранному диагнозу практически нормальный показатель СОЭ?
4. Важнейшие методы дообследования для верификации диагноза.
5. В какое отделение следует перевести больного?

Задача 7.2.5.

При профосмотре у больного 54 лет в анализе периферической крови выявлены следующие показатели: эритроциты $6,6 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 201 г/л, ЦП=1,0, тромбоциты $546,2 \times 10^9$ /л, лейкоциты $12,2 \times 10^9$ /л, формула: метамиелоциты – 2%, палочкоядерные – 7%, сегментоядерные нейтрофилы 65 %, лимфоциты 20 %, моноциты 4 %, эозинофилы 2 %, СОЭ 2 мм.

1. Ваша диагностическая версия?
2. Характерно ли для данных больных увеличение лимфоузлов?
3. Что вы ожидаете увидеть по данным УЗИ печени, селезенки?
4. Как у подобных больных меняется уровень эритропоэтина сыворотки?
5. Как меняется у подобных больных риск кардиоваскулярных осложнений?

Задача 7.2.6.

Больной 26 лет обратился с жалобами на появление 2 месяца назад и медленный рост плотных безболезненных образований на шее справа. Общее самочувствие не нарушено. Температура тела – нормальная. Вес стабилен.

Объективно – с правой стороны пальпируются увеличенные до 2-3 см в диаметре, плотные, безболезненные лимфоузлы по заднему краю грудинно-ключично-сосцевидных мышц. Другие группы лимфоузлов – не увеличены. Печень – по краю реберной дуги. Селезенка – не пальпируется. Полость рта санирована. Общий анализ крови – без особенностей.

1. О каких заболеваниях следует подумать в первую очередь?
2. Имеет ли смысл назначить курс антибактериальной, противовоспалительной терапии (НПВП) для оценки возможного воспалительного генеза лимфаденопатии?
3. К какому специалисту следует немедленно направить больного?

4. Чем объяснить абсолютно нормальные показатели периферической крови?
5. Каков прогноз у данного больного?

Задача 7.2.7.

У больного 62 лет при профосмотре выявлена массивная протеинурия до 4 г/л при неизменном мочевом осадке и нормальных показателях периферической крови. Общий белок крови – 72 г/л, билирубин – 18 мкмоль/л, АЛТ, АСТ – норма, креатинин – 82 мкмоль/л.

1. О каком заболевании следует подумать в первую очередь?
2. Почему, несмотря на массивную протеинурию, не развился нефротический синдром?
3. Почему оказались нормальными показатели СОЭ?
4. Каков план обследования?
5. Допустимо ли проведение больному экскреторной (внутривенной) урографии?

Задача 7.2.8.

Больной 64 лет обратился с жалобами на появившиеся неделю назад повторные носовые кровотечения, мелкоточечную сыпь на голенях и бедрах. В течение примерно 2-х лет начали увеличиваться в размерах шейные, подмышечные и паховые лимфоузлы. К врачам до последнего времени не обращался.

Объективно: астенического телосложения. Температура тела 36,4 градусов С. На коже голеней, бедер – множественная петехиальная сыпь около 1-2 мм. Диффузно и симметрично увеличены шейные, подмышечные и паховые лимфоузлы (до 2,5 см в диаметре), мягко-эластической консистенции, подвижные, безболезненные, не спаянные друг с другом и кожей. В легких дыхательные везикулярные, хрипов нет. ЧСС – 80 в мин, ритм правильный. АД – 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень (+) 3 см из-под реберного края, селезенка (+) 4 см, мягко-эластической консистенции.

В анализе крови: гемоглобин – 114 г/л, эр. – $4,0 \times 10^9$ /л, ЦП – 1,0, ретикулоциты – 1,2%, тромбоциты – 20×10^9 /л, лейкоциты – $67,9 \times 10^9$ /л, формула – 91% лимфоцитов, 3% пролимфоцитов, 6% нейтрофилов, тени Боткина-Гумпрехта.

1. Наличие каких синдромов можно выделить у больного?
2. Что собой представляют «тени Боткина-Гумпрехта»?
3. Каков основной диагноз у данного пациента?
4. Какого генеза развившаяся у больного тромбоцитопения?
5. Что является терапией первого ряда для купирования геморрагического синдрома?

Задача 7.2.9.

Больной 19 лет, без вредных привычек, обратился в поликлинику на появившиеся 3 дня назад с жалобами на появившиеся боли в горле при глотании, повышение температуры тела до 39 градусов С, общую слабость. Лечащим врачом назначена антибактериальная терапия внутрь и полоскание горла раствором фурацилина, обильное питье. Однако состояние не улучшалось, при динамическом осмотре через 3 дня появились признаки некротической ангины. В анализах крови («тройка») Нб – 98 г/л, лейкоциты – $3,1 \times 10^9$ /л, СОЭ – 42 мм/ч.

1. Наличие каких синдромов можно выделить у больного?
2. Какое заболевание нужно заподозрить в первую очередь?
3. Что противоречит диагнозу агранулоцитоза?
4. Какие важнейшие диагностические мероприятия для подтверждения этой версии следует провести больному?
5. Куда следует направить больного для дальнейшего лечения?

Задача 7.2.10.

Больной 59 лет выставлен диагноз латентной формы хронического гломерулонефрита по причине персистирующей минимальной протеинурии до 0,3-0,5 г/л на протяжении 1 года. Каких-либо жалоб больная не предъявляет. Обращало на себя внимание стойкое повышение СОЭ до 30-40 мм/ч в течение года. При объективном обследовании – состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения. Вес – 71 кг. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС – 72 в мин, АД – 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, почки, селезенка не пальпируются. Периферических отеков нет. В анализе крови - Нб – 128 г/л, тромбоциты – 225×10^9 /л, лейкоциты – $5,4 \times 10^9$ /л, формула – без особенностей. СОЭ – 40 мм/ч. Билирубин – 16 мкмоль/л, прямого нет, общий белок – 79 г/л. АЛТ, АСТ – норма. Креатинин – 74 мкмоль/л.

В анализе мочи, помимо протеинурии, иной патологии не обнаружено. Эритроцитов – нет.

1. Должен ли подвергнуться сомнению диагноз хронического гломерулонефрита и почему?
2. С какими иными заболеваниями следует осуществить дифдиагноз?
3. Наметьте план обследования.
4. Показана ли больной стеральная пункция?
5. Может ли пациентке выставлен диагноз хронической болезни почек по критериям Национального Почечного Фонда?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ

Раздел 1. «Болезни сердечно-сосудистой системы».

Тема 1.1.: «Методы диагностики в кардиологии».

1.1.1.

1. Идиопатический СССУ, проявляющийся паузами асистолии с приступами пресинкопе и синкопе. Скрытая АВ блокада.
2. Вероятно, интенсивные занятия спортом. Возможно, мы имеем дело с синдромом «спортивного сердца», а патология синусового узла связана с его так называемым «перенапряжением».
3. Есть и абсолютные.
4. VVI, так как ЭКС типа AAI в данном случае неприемлем в связи со скрытой АВ блокадой.
5. 1400 мсек.

1.1.2.

1. ИБС, атипичная стенокардия, ПБЛНПГ.
2. ЧПСПП.
3. а) определение функционального состояния синусового узла; б) изучение функционального состояния различных отделов проводящей системы сердца и дополнительных АВ – соединений; в) для диагностики электрофизиологических механизмов наджелудочковых пароксизмальных аритмий; г) для диагностики коронарной недостаточности.
4. а) заболевания и опухоли пищевода; б) выраженный эзофагит и грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
5. Горизонтальная депрессия сегмента ST на 1,0 мм и более.

1.1.3.

1. Паузы асистолии для желудочков, протяжённостью 2606 мсек при наличии фибрилляции предсердий, что вызвано преходящей АВ блокадой.
2. Пауза асистолии для желудочков, продолжительностью 2606 мсек.
3. Необходима.
4. VVI.
5. а) всем больным с учащённым сердцебиением; б) всем больным с обмороками; в) Всем больным с ангинозными приступами; г) всем больным с заболеваниями проводящей системы сердца; д) всем больным с подозрением на СССУ; е) Всем больным с подозрением на синдром ВПУ; ж) всем больным с ИБС

(включая пациентов с инфарктом миокарда); з) всем больным с кардиомиопатиями; и) всем больным с пролапсом митрального клапана; к) всем больным, перенесшим реанимацию после внезапной смерти; л) всем больным с признаками нарушения работы ЭКС; м) всем больным, получающим антиаритмическую терапию для оценки её эффективности.

1.1.4.

1. Острый перикардит.
2. Диффузный конкордантный подъём сегмента ST без реципрокной депрессии.
3. При остром перикардите наблюдается диффузный конкордантный подъём сегмента ST, без реципрокной депрессии. При инфаркте миокарда подъём сегмента ST наблюдается в отдельных отведениях с реципрокным снижением в других. Депрессия PR при остром перикардите бывает часто, при инфаркте миокарда – почти никогда. Волна T – отрицательная, с возвращением к исходной при остром перикардите. Становится отрицательной вместе с депрессией сегмента ST при инфаркте миокарда. Аритмии бывают редко при остром перикардите, встречаются часто при инфаркте миокарда. Нарушения внутрисердечной проводимости наблюдаются редко при остром перикардите, часто встречаются при инфаркте миокарда.
4. Уменьшение вольтажа комплексов QRS и зубцов T, депрессия сегмента PR, изменения ST – T, блокада ножек пучка Гиса.
5. Расхождение листков перикарда в диастолу. Используются следующие градации выраженности выпота: маленький (расхождение листков перикарда в диастолу менее 10 мм), умеренный (более или равно 10 мм сзади), большой (более или равно 20 мм), очень большой (более или равно 20 мм с признаками сдавления сердца).

1.1.5.

1. Суправентрикулярная ПТ (в частности, узловая) с абберрантными желудочковыми комплексами.
2. Диагноз выставлен благодаря пищеводному отведению ЭКГ – рис, на котором заметен зубец P, следующий за комплексом QRS.
3. При суправентрикулярной ПТ прослеживается чёткая связь с зубцом P, при желудочковой ПТ – такая связь отсутствует. При суправентрикулярной ПТ комплексы QRS чаще не уширены, не деформированы, при желудочковой ПТ, как правило, имеет место деформация и уширение QRS. Если при

суправентрикулярной ПТ имеет место деформация QRS (абберрантные комплексы), то форма деформированных QRS чаще напоминает полную блокаду правой ножки пучка Гиса, при желудочковой – ПБЛНПГ.

4. Зонд-электрод проводится через носовое или ротовое отверстие пациента к той части пищевода, где наиболее близко находится левое предсердие. При этом на пищеводном отведении ЭКГ фиксируется наибольшая амплитуда зубца Р. После чего проводится учащающая электрокардиостимуляция. Электростимулы вначале возбуждают левое предсердие, а затем через пучок Бахмана – правое. Далее возбуждение передаётся синусовому узлу.
5. Пищеводное отведение ЭКГ позволяет лучше выявлять зубец Р, что способствует улучшению диагностики аритмий.

1.1.6.

1. Вегетативная дисфункция синусового узла. Проявляющаяся выраженной синусовой брадикардией, выскальзывающими ритмами из АВ соединения. Преходящая являющаяся блокада II степени, обусловленная гиперваготонией.
2. С гиперваготонией.
3. Не нужен.
4. Рентгеноскопия желудка, фиброгастроскопия.
5. Теофиллин (теопек), итроп, аллапинин, дизопирамид (ритмилен), дифенин, гидралазин.

1.1.7.

1. ИБС, стабильная стенокардия напряжения III ФК, постинфарктный кардиосклероз, частая, групповая, залповая желудочковая экстрасистолия, «пробежки» желудочковой тахикардии. Сопутствующие заболевания. Гипертоническая болезнь III стадии, риск 4 (очень высокий). Сахарный диабет II типа, компенсированный. Осложнения. ХСН II Б стадии, III ФК.
2. Нужна.
3. Экстренная коронароангиография выполняется в течение 6 часов. Это исследование выполняют в случае острого коронарного синдрома (инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия), при рецидивирующем болевом синдроме, рефрактерном к адекватной терапии.
4. Неотложная коронароангиография выполняется в течение 6 – 12 часов. Неотложная коронароангиография выполняется: а) при ухудшении состояния больного, находящегося на лечении в стационаре по поводу прогрессирования стенокардии

напряжения; б) в случае присоединения приступов стенокардии покоя; в) при отсутствии эффекта от максимальной антиангинальной терапии; г) в случае ухудшении состояния больного после проведенной эндоваскулярной операции или аортокоронарного шунтирования.

5. Плановую коронароангиографию проводят в следующих случаях: а) объективные признаки ишемии миокарда; б) преходящие изменения ишемического характера, зарегистрированные на ЭКГ покоя или по данным суточного мониторирования ЭКГ; в) положительная проба с физической нагрузкой (ВЭМ, тредмил – тест, ЧПСЛП, стресс – ЭхоКГ, сцинтиграфия миокарда); г) приступы стенокардии напряжения и покоя на фоне антиангинальной терапии; д) ранняя постинфарктная стенокардия; е) критерии высокого риска ИБС по результатам неинвазивного обследования; ж) опасные желудочковые нарушения ритма в анамнезе, указание на внезапную клиническую смерть; з) перед операциями на клапанном аппарате сердца после 40 летнего возраста; и) дифференциальная диагностика с некоронарогенными заболеваниями миокарда; к) социальные показания; л) у больных после трансплантации сердца.

1.1.8.

1. У больного больше данных за симптоматическую артериальную гипертензию.
2. УЗИ почек, ангиографическое исследование почек, если нет выраженного снижения скорости клубочковой фильтрации – экскреторную урографию. Кроме того - доплеровское ультразвуковое исследование сосудов почек, общий анализ мочи, исследовать суточную протеинурию, провести биопсию почек.
3. Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ), антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА II), антагонисты ионов кальция, бета-адреноблокаторы, тиазидные диуретики (индапамид), препараты центрального действия (моксонидин).
4. При скорости клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин требуется коррекция дозы большинства ИАПФ и АРА II.
5. Показания к проведению СМАД: а) выявление «гипертонии белого халата»; б) резистентность к гипотензивной терапии; в) определение связи симптомов гипотонии с проводимой гипотензивной терапией; г) оценка прогноза артериальной гипертонии; д) оценка дисфункции вегетативной нервной системы; е) контроль эффективности гипотензивной терапии.

1.1.9.

1. Первичный острый правосторонний ИЭ, активность III, недостаточность трикуспидального клапана, вегетации на створках трикуспидального клапана. Тромбоэмболии в мелкие ветви лёгочной артерии с развитием двусторонней полисегментарной пневмонии с очагами деструкции лёгочной ткани, тромбоэмболии в сосуды почек с развитием инфаркта почек.
2. Немедленно до начала антибактериальной терапии.
3. До получения результатов посева крови – гликопептид ванкомицин по 1 гр в/в – 2 раза в сутки плюс аминогликозид (амикацин по 500 мг в/в – 1 раз в сутки).
4. Есть.
5. а) выявление источника системных эмболий; б) оценка структуры, размеров, степени подвижности и места прикрепления новообразований сердца; в) диагностика ИЭ и его осложнений; г) диагностика заболеваний грудной аорты; д) оценка состояния клапанного аппарата сердца при приобретённых пороках сердца, в том числе перед предстоящей операцией; е) оценка дисфункции протезированных клапанов сердца; ж) диагностика врождённых пороков сердца; з) оценка анатомии и диагностика аномалий коронарных артерий; и) внутриоперационный мониторинг; к) длительная лихорадка неясного генеза.

1.1.10.

1. Ведущие синдромы и симптомы заболевания: лихорадочный, астенический, синдром клапанного повреждения с наличием дополнительных структур, аритмический, тромбоэмболический, гематологический (лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, лимфопения, ускорение СОЭ, повышение ЦИК, повышение иммуноглобулинов), спленомегалический.
2. Вторичный энтерококковый подострый левосторонний ИЭ митрального клапана, активность III; ревматический комбинированный митрально – аортальный порок сердца: стеноз левого атриовентрикулярного отверстия, недостаточность МК, недостаточность аортального клапана, тромб левого предсердия, повторные тромбоэмболии, фибрилляция предсердий, хроническая форма, ХСН I стадии II ФК.
3. Ротовая полость, кариозный зуб.

4. В данном клиническом случае, учитывая результаты посева крови, предпочтителен ампициллин, который необходимо вводить в/в через 6 часов по 2 гр.
5. Не показано.

Тема 1.2.: «Ишемическая болезнь сердца».

1.2.1.

1. ИБС. Стенокардия II ФК. СН0.
2. ЭКГ, общий анализ крови, мочи, липидный профиль, креатинин сыворотки, ЭхоКГ.
3. Антитромбоцитарную терапию (аспирин), бета-блокаторы, статины.
4. Да, за счет плейотропных эффектов статинов.
5. Нет. Необходимы дополнительные показания (данные ЭхоКГ – снижение сократительной способности левого желудочка, отсутствие эффекта от назначенной ангиангинальной терапии, перенесенный в прошлом инфаркт миокарда).

1.2.2.

1. Рубцовые изменения по нижней стенке левого желудочка. Гипертрофия левого желудочка.
2. О сниженной систолической функции левого желудочка.
3. ИБС. Стенокардия III ФК. Постинфарктный кардиосклероз. СН IIА (II ФК по NYHA). Гипертоническая болезнь III стадии, 2 степени. ГЛЖ. Дислипидемия. Риск – 4.
4. У больного не достигнуты целевые уровни АД, ЧСС, липидного обмена, в связи с чем необходимо увеличение дозы бета-блокаторов, статинов, ингибиторов АПФ. Показано добавление тиазидных диуретиков.
5. Да, с учетом стенокардии III ФК на фоне консервативной терапии, наличия ИМ в анамнезе, обоснована коронарография для решения вопроса о реваскуляризации (при согласии пациента).

1.2.3.

1. ЭКГ – АВ-блокада I степени. ЭхоКГ – изменений не выявлено. ВЭМ-проба – отрицательная, толерантность к физической нагрузке – высокая.
2. Результаты холтеровского мониторирования ЭКГ свидетельствуют о стенокардии Принцметала (вариантная стенокардия).
3. Спазм коронарных артерий.
4. ИБС. Стенокардия Принцметала. АВ-блокада I степени. СН 0.
5. Антагонисты кальция. Противопоказаны бета-блокаторы.

1.2.4.

1. ИБС. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST. Гипертоническая болезнь III стадии, 2 степени. ГЛЖ. Риск – 4.
2. Тропонин Т (или I), КФК-МВ, креатинин, холестерин и его фракции, АЧТВ, билирубин, АлТ, АсТ.
3. Антитромбоцитарные средства (аспирин + клопидогрел), бета-блокаторы, нитраты, антикоагулянты (нефракционированный гепарин под контролем АЧТВ или низкомолекулярные гепарины), ингибиторы АПФ, статины.
4. При наличии стойкой депрессии сегмента ST на ЭКГ покоя больная относится к группе высокого риска и ей показана экстренная коронарография.
5. Тромболизис при ОКС без подъема сегмента ST не показан.

1.2.5.

1. ИБС. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST.
2. Нет.
3. Тропонин Т (или I) и/или КФК-МВ.
4. Морфин в/в дробно по 0,2-0,4 мл 1% раствора, аспирин в нагрузочной дозе 250-500 мг внутрь, со следующего дня – по 75-100 мг внутрь 1 раз в день, клопидогрел 300 мг – нагрузочная доза, затем (со следующего дня) – 75 мг/сут внутрь, бета-блокаторы (метопролол по 5 мг в/в с интервалом 10 мин до 15 мг, затем – внутрь 25-50 мг 2 раза в сутки под контролем ЧСС, АД), нитраты в/в капельно или дозатором с начальной скоростью 10 мкг/мин с постепенным увеличением дозы, нефракционированный гепарин 60 ЕД/кг внутривенно струйно, затем по 12 ЕД/кг/час в/в капельно или дозатором под контролем АЧТВ, добиваясь увеличения последнего в 1,5-2 раза выше верхней границы нормы для данной лаборатории (или низкомолекулярные гепарины, напр. Эноксапарин 1 мг/кг массы тела 2 раза под кожу живота), в связи с высоким риском желудочно-кишечного кровотечения (в анамнезе – язвенная болезнь) – омепразол 20-40 мг/сут внутрь или, оптимальнее – пантопразол. При стабильной гемодинамике – ингибиторы АПФ. Статины (с коррекцией дозы в зависимости от показателей липидного обмена).
5. Нет, при отсутствии признаков кровотечения язвенная болезнь не является противопоказанием для антикоагулянтной терапии, однако следует превентивно назначить ингибиторы протонной помпы (оптимальнее – пантопразол, ввиду меньшего риска снижения эффективности клопидогрела).

1.2.6.

1. ИБС. Острый передний распространенный Q-инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST.
2. О недостижении необходимой концентрации тропонина Т в крови. Следует повторить исследование биохимического маркера повреждения миокарда через 8-12 часов.
3. 6 месяцев назад появилась стабильная стенокардия, а 2 недели назад – нестабильная (прогрессирующая) стенокардия.
4. Да, временные показатели (3,5 часа от начала болевого синдрома) и ЭКГ-картина (подъем сегмента ST на 1 мм и более в двух смежных отведениях и более) позволяют расценивать пациентку как кандидата для тромболитической терапии.
5. При возможности осуществления коронарографии и экстренного инвазивного коронарного вмешательства последняя тактика является оптимальной.

1.2.7.

1. Разрыв межжелудочковой перегородки.
2. Эхокардиография.
3. В кардиохирургическое отделение.
4. Периферические вазодилататоры (нитропруссид натрия) в сочетании с инотропными средствами (добутамин, дофамин), петлевые диуретики (фуросемид).
5. Прогноз – неблагоприятный, даже при своевременном кардиохирургическом вмешательстве летальность достигает 50% и выше, при консервативной тактике – не менее 90%.

1.2.8.

1. Аутоиммунное осложнение – синдром Дресслера.
2. ЭхоКГ, рентгенография грудной клетки.
3. Увеличить дозу аспирина (до 2,0-3,0 г в сутки, при недостаточном эффекте – назначить НПВП, препараты резерва – глюкокортикоиды).
4. Нет.
5. Прогноз благоприятный, осложнение обычно носит обратимый характер и не утяжеляет течение инфаркта миокарда.

1.2.9.

1. ИБС. Острый нижний Q-инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST. СН 0.
2. Морфин предпочтительнее вводить внутривенно, доза гепарина чрезмерна (болюсная доза должна составлять 60 ЕД/кг массы тела, но не более 4-5 тыс. ЕД), профилактическое введение

лидокаина не оправданно, верапамил в острую фазу ОИМ лучше не вводить (тем более, совместно с бета-блокаторами).

3. Имеются 2 основных показания для проведения тромболизиса (от момента начала болевого синдрома прошло менее 12 часов, отмечается подъем сегмента в 2-х и более смежных отведениях), однако наличие геморрагического инсульта в анамнезе является абсолютным противопоказанием для данного вида терапии.
4. Наиболее оправданно в данной ситуации проведение экстренной коронарографии.
5. 1 год. При установке покрытого коронарного стента рекомендуемая продолжительность двойной антитромбоцитарной терапии еще больше.

1.2.10.

1. Нет: на ЭКГ регистрируется типичный синдром SI-QIII-TIII, патологический зубец Q в III, aVF не дублируется во II, сопровождается высокими R в III, aVF, что, с учетом анамнеза, характерно для острого легочного сердца, а не для острого инфаркта миокарда.
2. В первую очередь, следует подумать о тромбоэмболии легочной артерии (внезапное развитие одышки в покое после перенесенного оперативного вмешательства; по ЭКГ – признаки «острого легочного сердца»).
3. СКТ-ангиография.
4. О перегрузке правого желудочка, обусловленного внезапно возникшей легочной гипертензией на почве ТЭЛА.
5. С учетом ненарушенной гемодинамики, нет. Основу терапии составляют антикоагулянты (нефракционированный гепарин 80 Ед/кг массы тела в/в струйно, затем 18 ЕД/кг в/в капельно под контролем АЧТВ; при подтверждении диагноза ТЭЛА – одновременно начинают терапию пероральными антикоагулянтами – варфарином с целевым уровнем МНО – от 2,0 до 3,0). После стойкого достижения уровня МНО 2,0-3,0 гепарин можно отменить.

Тема 1.3. «Гипертоническая болезнь и симптоматические гипертензии».

1.3.1.

1. ГБ II стадии, 3 степени. Гипертрофия левого желудочка. Риск – 4. Неосложненный гипертонический криз.

2. Сумма зубцов R в V5 + S в V1 по ЭКГ, превышающая 38 мм (критерий Соколова-Лайона), свидетельствует о наличии гипертрофии левого желудочка.
3. Требуется снижение АД в течение ближайших часов (не более 25% от исходного в ближайшие 2 часа) при помощи быстродействующих гипотензивных препаратов с возможностью применения таблетированных форм (каптоприл 25 мг под язык либо нифедипин 10 мг под язык).
4. Общий анализ крови, общий анализ мочи, глюкоза крови натощак, креатинин сыворотки, липидный профиль крови, УЗИ почек.
5. Требуется обязательная плановая комбинированная гипотензивная терапия, включающая в себя, как минимум, 2 препарата. С учетом хорошей переносимости и эффективности в анамнезе, таковыми могут быть ингибиторы АПФ в средней терапевтической дозе и малые дозы тиазидных (тиазидоподобных диуретиков) – например, эналаприл 20 мг/сут + гидрохлортиазид 12,5 мг/сут. Уместны фиксированные комбинации. Целевой уровень снижения АД <140/90 мм рт.ст. При недостаточном эффекте следует добавить 3-й гипотензивный препарат (наиболее подходящий – антагонист кальция дигидропиридинового ряда, например - амлодипин).

1.3.2.

1. Хронический гломерулонефрит, гипертонический вариант течения без нарушения функции почек. АГ III стадии, 3 степени. Гипертрофия левого желудочка. Риск – 4. ХБП 1 стадии.
2. Расчетный клиренс креатинина – 98,2 мл/мин. Это соответствует 1 стадии ХБП (хронической болезни почек) – по классификации Национального Почечного Фонда 2002 г.
3. УЗИ почек, липидный профиль, мочевая кислота, калий сыворотки.
4. Больная нуждается в комбинированной гипотензивной терапии, с обязательным включением в схему блокаторов ренин-ангиотензиновой системы, при нормальном уровне мочевой кислоты сыворотки – тиазидные диуретики в малых дозах (ингибитор АПФ в средних терапевтических дозах, например, эналаприл 20 мг/сут или фозиноприл 20 мг/сут или рамиприл 5-10 мг/сут + гидрохлортиазид 12,5-25 мг/сут).
5. Целевой уровень АД <140/90 мм рт.ст.

1.3.3.

1. У больной картина неосложненного гипертонического криза.

2. Пароксизмальный характер повышения АД, сопровождающийся выраженной активацией симпатoadреналовой системы в виде головной боли, сердцебиения, дрожи в теле – требует исключения в первую очередь феохромоцитомы.
3. Следует определить уровень катехоламинов и их метаболитов в крови и моче, а также провести КТ или МРТ надпочечников (УЗИ надпочечников в данной ситуации недостаточно чувствительный метод).
4. Для купирования феохромоцитомных кризов наиболее целесообразно применение альфа-адреноблокаторов парентерально (урапидил, фентоламин, тропафен). При отсутствии такой возможности – показаны альфа-адреноблокаторы внутрь (доксазозин, празозин) или нитраты (изокет, перлинганит) или антагонисты кальция. Не допускается монотерапия бета-блокаторами (ввиду опасности парадоксального повышения АД).
5. При подтверждении диагноза феохромоцитомы больная нуждается в оперативном удалении опухоли в условиях специализированного отделения – на фоне плановой терапии альфа-адреноблокаторами.

1.3.4.

1. Наиболее вероятная причина повышения АД – врожденная аномалия: коарктация аорты.
2. Коарктация аорты. АГ III стадии, 3 степени. Гипертрофия левого желудочка. Риск – 4. ХСН IIА стадии (II ФК по NYHA).
3. Эхокардиоскопия, ангиография аорты.
4. Больной нуждается в хирургической коррекции порока развития аорты.
5. При отказе от хирургического вмешательства – больные с коарктацией аорты обычно погибают от левожелудочковой недостаточности или кровоизлияния в мозг.

1.3.5.

1. Наиболее вероятно наличие первичного гиперальдостеронизма (синдрома Конна), так как уровень калия сыворотки снижен, а натрия – повышен, имеются развернутые клинические признаки гипокалиемии (мышечная слабость, запоры, парестезии, полидипсия, полиурия, появление патологических зубцов U на ЭКГ, превышающих по амплитуде зубцы Т, предсердная экстрасистолия), активность ренина плазмы – снижена.

2. Необходимо исследовать уровень альдостерона крови, провести КТ или МРТ надпочечников (УЗИ надпочечников – менее чувствительна).
3. По ЭКГ имеются признаки гипертрофии левого желудочка, предсердная экстрасистолия.
4. Лечение неадекватное: β -блокаторы не показаны в связи с низкой активностью ренина, а гипотиазид – в связи с гипокалиемией, которую он еще более усиливает.
5. Диета с ограничением натрия, богатая калием; спиронолактон по 25-100 мг х 3 раза в сутки; при наличии альдостеромы - оперативное удаление опухоли надпочечника (при двусторонней гиперплазии надпочечников ограничиваются медикаментозной терапией).

1.3.6.

1. У больной имеет место вторичная (вазоренальная) артериальная гипертензия вследствие фибромускулярной дисплазии почечных артерий.
2. Вазоренальная гипертензия – фибромускулярная дисплазия почечных артерий. АГ II стадии, 3 степени. Гипертрофия левого желудочка. Риск – 4.
3. По ЭКГ выявляется гипертрофия левого желудочка (при наличии как визуальных признаков, так и количественного – Соколова-Лайона).
4. Учитывая двусторонний гемодинамически значимый стеноз почечных артерий, ингибиторы АПФ противопоказаны.
5. Больной показано интервенционное чрескожное либо хирургическое вмешательство по дилатации почечных артерий.

1.3.7.

1. Гипертоническая болезнь II стадии, 1 степени. Риск – 3. Неосложненный гипертонический криз.
2. Общий анализ крови, общий анализ мочи, креатинин, калий, натрий, сахар крови, липидный профиль, ЭхоКГ, рентгенография грудной клетки.
3. Каптоприл под язык 25-50 мг.
4. Комбинированная гипотензивная терапия: ингибитор АПФ + тиазидный диуретик (либо ингибитор АПФ + антагонист кальция).
5. Ниже 140/90 мм рт.ст.

1.3.8.

1. Посттравматический стеноз левой почечной артерии.

2. УЗИ почек и сосудов, ангиография сосудов почек, ренин, альдостерон плазмы.
3. Ренин повышен, альдостерон снижен.
4. Ингибиторы АПФ.
5. По данным проведенных исследований.

1.3.9.

1. ГБ III стадии, 3 степени. Риск – 4. Осложненный гипертонический криз. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. СН IIА (IV ФК по NYHA). Альвеолярный отек легких.
2. Терапия неадекватна.
3. Положение с возвышенным головным концом. Наркотические анальгетики в/в дробно (морфин 1% - по 0,2-0,4 мл). Фуросемид в/в 80-120 мг и более. Изокет 0,1%-10 мл в/в капельно на 200 мл физраствора. Увлажненный кислород ингаляционно.
4. Аспирин, статины, ингибиторы АПФ, диуретики (предпочтительнее – петлевые), бета-блокаторы – после стабилизации состояния, начиная с малых доз, антагонисты альдостерона (верошпирон в дозе 25-50 мг/сут).
5. Липидный профиль, креатинин, мочевая кислота, калий, глюкоза, тропонин, ЭКГ, ЭхоКГ, холтеровское мониторирование, при наличии признаков ишемии – решение вопроса о коронарографии и реваскуляризации.

1.3.10.

1. Гестационная гипертензия.
2. Беременность 22 нед. Гестационная гипертензия, умеренная.
3. Несмотря на наличие отеков, отсутствие протеинурии свидетельствует против преэклампсии.
4. Гипотензивная терапия данной больной показана.
5. Препаратом первого ряда является метилдопа (допегит).

Тема 1.4.: «Синдром вегетативной дисфункции».

1.4.1.

1. Кардиалгический синдром, синдром нарушения сердечного ритма, синдром респираторных расстройств.
2. Нейроциркуляторная дистония (НЦД), средней степени тяжести с кардиалгическим, респираторным синдромами, нарушением сердечного ритма по типу редкой предсердной экстрасистолии.
3. Ишемической болезнью сердца (ИБС), гипертрофической кардиомиопатией.

4. Бета-адреноблокаторы (метопролол, бисопролол), нейролептики или транквилизаторы.
5. Благоприятный.

1.4.2.

1. Кардиалгический синдром, синдром респираторных расстройств, астенический синдром, синдром кардиофобии.
2. НЦД, средней степени тяжести с выраженным кардиалгическим синдромом, синдромом респираторных расстройств, астеническим и кардиофобическим синдромами.
3. ИБС.
4. Бета -адреноблокаторы, препараты, содержащие калий и магний, транквилизаторы.
5. Нормализовать режим труда и отдыха, полноценный сон.

1.4.3.

1. НЦД, средней степени тяжести с кардиалгическим синдромом.
2. Бета-адреноблокаторы (при отсутствии противопоказаний), нейролептики, транквилизаторы.
3. Не был исследован липидный профиль.
4. Учитывая возраст пациента, плановая коронароангиография необходима.
5. ИБС.

1.4.4.

1. НЦД средней степени тяжести с выраженным кардиалгическим синдромом, синдромом респираторных расстройств, астеническим синдромом, кардиофобическим синдромом.
2. Острый коронарный синдром, инфаркт миокарда.
3. Отсутствие ЭКГ – признаков, отрицательная проба с КФК, отрицательный тропониновый тест.
4. Нецелесообразно.
5. Бета-адреноблокаторы (при отсутствии противопоказаний), ивабрадин (кораксан), нейролептики, транквилизаторы.

1.4.5.

1. НЦД, средней степени тяжести с выраженным кардиалгическим, кардиофобическим, астеническим синдромами.
2. Явные признаки ИБС по данным ВЭМ – горизонтальная депрессия сегмента ST на 1,0 мм и более. В данном случае депрессия сегмента ST была косовосходящей, глубиной менее 1,0 мм и продолжительностью менее 0,08 сек.

3. Отсутствие эффекта на нитраты. Во время приступов кардиалгий больной не «замирал» (как при явной ИБС, стенокардии), а «метался» по палате.
4. Селективные бета-адреноблокаторы (при отсутствии противопоказаний), нейролептики, транквилизаторы, препараты калия и магния.
5. Благоприятный.

1.4.6.

1. Гипертрофическая кардиомиопатия.
2. У больного молодой возраст, отсутствуют признаки ИБС и при ВЭМ.
3. Инфарктоподобные изменения на ЭКГ, наличие выраженной гипертрофии межжелудочковой перегородки.
4. Нельзя.
5. Скорее всего, неблагоприятный.

1.4.7.

1. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
2. Отсутствие патологических изменений сегмента ST на обычной ЭКГ, при проведении ВЭМ, стресс – эхокардиографии. Отрицательные результаты коронароангиографии. Положительный эффект нитроглицерина.
3. Отсутствие клиники ИБС, стенокардии напряжения, отсутствие депрессии сегмента ST на обычной ЭКГ, при проведении ВЭМ, стресс-эхокардиографии. Отрицательные результаты коронароангиографии.
4. Нитроглицерин, будучи венозным вазодилататором, является также и спазмолитиком, благодаря чему он уменьшает грыжевое отверстие, уменьшает признаки ущемления грыжи, но действует препарат кратковременно.
5. С ущемлением грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

1.4.8.

1. Тахикардальный синдром, астенический синдром, синдром респираторных расстройств, синдром субфебрилитета.
2. 2.НЦД, средней степени тяжести с тахикардальным, астеническим, респираторным синдромами, синдромом субфебрилитета.
3. С ХРБС, миокардитом, тиреотоксическим сердцем.
4. Бета-адреноблокаторы.
5. Отсутствие эффекта на иммуносупрессивную терапию, отсутствие признаков миокардита, отсутствие сформировавшегося порока сердца.

1.4.9.

1. Синдром респираторных расстройств, синдром вегетодистонии с вегетососудистыми кризами, астенический синдром, гипервентиляционный, тахикардальный.
2. НЦД, средней степени тяжести с синдромом респираторных расстройств, вегетодистонии с вегетососудистыми кризами, астеническим синдромом, тахикардальным синдромом.
3. Прежде всего, с патологией щитовидной железы, связанной с её гиперфункцией.
4. Нейролептики, транквилизаторы.
5. Благоприятный.

1.4.10.

1. Артралгический, тахикардальный, синдром субфебрилитета, астено-депрессивный синдром.
2. НЦД, тяжёлое течение, с артралгическим, тахикардальным синдромами, синдромом субфебрилитета, астено-депрессивным синдромом.
3. Реактивным артритом.
4. Бета-адреноблокаторы, антидепрессанты.
5. Сомнительный.

Тема 1.5.: «Инфекционный эндокардит».

1.5.1.

1. Ведущие синдромы и симптомы: кардиалгический; СН; дыхательной недостаточности; лихорадочный; синдром лёгочной деструкции; синдром лёгочной инфильтрации; анемический; гематологический с лейкоцитозом и палочкоядерным сдвигом, ускорением СОЭ; азотемический; мочевого; синдром клапанной деструкции с вегетациями; перикардальный; миокардитический.
2. С ангиогенным сепсисом без поражения клапанного аппарата, с активным гепатитом с, острым гломерулонефритом, острым миокардитом.
3. Диагноз: Первичный правосторонний острый ИЭ, стафилококковой этиологии, активность III степени с поражением трикуспидального клапана и развитием его недостаточности II степени. Вегетации на трикуспидальном клапане размерами 26,3 – 17,6 мм и 20,4 – 15,6 мм. Миокардит. Перикардит. Тромбоэмболия ветвей лёгочной артерии с развитием двусторонней полисегментарной пневмонии. Нефрит. Фон: героиновая наркомания, ВИЧ инфицирование, гепатит С.

Осложнения: ХСН IIА стадии, III функциональный класс, ХПН II стадия (NKF).

4. Учитывая, что возбудителем ИЭ является золотистый стафилококк, наиболее предпочтительны следующие антибактериальные препараты: цефалоспорины третьего поколения – цефтриаксон, вводимый в/в по 2 гр. 1 раз в сутки в сочетании с аминогликозидом – гентамицином, вводимым в/в по 80 мг 3 раза в сутки. Можно использовать один цефтриаксон по 2 гр. в/в 1 раз в сутки. В качестве альтернативы можно использовать бензилпенициллина натриевую соль по 3 млн. ед. в/в через 3 часа в сочетании с гентамицином, вводимым в/в по 80 мг. 3 раза в сутки или гликопептид – ванкомицин, вводимый в/в по 1 гр. 2 раза в сутки или оксазалидион – линезолид, вводимый в/в по 600 мг 2 раза в сутки.
5. Необходимо, так как, согласно рекомендациям ESC (2009), изолированные очень большие вегетации (размером ≥ 15 мм) являются абсолютным показанием к срочному хирургическому вмешательству.

1.5.2.

1. Ведущие клинические синдромы и симптомы: синдром тромбоэмболии ветвей лёгочной артерии; лихорадочный; интоксикационный; СН; дыхательной недостаточности; лёгочно-инфильтративный; клапанного поражения сердца; гипотонический; гепато-спленомегалический; миокардиодистрофический; гематологический (лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, анемия, ускорение СОЭ, гипопротейнемия), синдром клапанной вегетации.
2. Диагноз: Первичный правосторонний острый ИЭ, стафилококковой (золотистый стафилококк) этиологии, активность III степени с поражением трикуспидального клапана (правосторонний ИЭ) и развитием недостаточности трикуспидального клапана II степени. Вегетации на трикуспидальном клапане размерами 2,2 × 1,6 см. Тромбоэмболия ветвей лёгочной артерии с развитием вторичной двусторонней пневмонии с деструкцией. Миокардит. Спленомегалия. Фон. Героиновая наркомания. Осложнение. ХСН II Б стадии, III функциональный класс.
3. Ангиогенный сепсис без поражения клапанного аппарата сердца, острый миокардит.
4. Учитывая, что посев венозной крови больного дал рост золотистого стафилококка, чувствительного к цефалоспорином, гентамицину и ванкомицину, можно использовать следующие схемы: ванкомицин по 1 гр в/в 2 р в сутки плюс гентамицин по

80 мг в/в через 8 часов 3 р в сутки. Вместо гентамицина с ванкомицином можно вводить и другой аминогликозид – амикацин в дозе 500 мг.в/в 1 раз в сутки. Можно также использовать линезолид по 600 мг. 2 раза в сутки. Кроме того, учитывая высокую чувствительность золотистого стафилококка к цефалоспорином, можно использовать цефтриаксон по 2 гр. в/в 2 раз в сутки плюс гентамицин по 80 мг.в/в 3 раза в сутки. Продолжительность антибактериальной терапии – 4 – 6 недель.

5. Необходимо, так как, согласно рекомендациям ESC (2009) по ИЭ, изолированные очень большие вегетации (размером ≥ 15 мм.) являются абсолютным показанием к срочному хирургическому вмешательству.

1.5.3.

1. Основные клинические синдромы и симптомы, имевшие место у больной: синдром клапанной патологии с наличием вегетаций, артралгический, синдром острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), синдром почечной колики, синдром преходящей азотемии, симптом выраженного похудения, лихорадочный (субфебрилитет), гематологический (анемия, ускорение СОЭ), мочевого (протеинурия, преходящая макрогематурия), иммунологический (высокий СРП, повышенный ЦИК, повышенный титр комплемента, повышенное содержание комплемента, повышенное содержание АКЛ, положительный ВА), тромбоэмболический.
2. ИЭ, АФС, СКВ.
3. Подострый левосторонний ИЭ с поражением аортального и МК, активность II. Ишемический инфаркт левой теменно – височной области. Ишемические инфаркты в селезёнке, почках. Интерстициальный нефрит, хроническая почечная недостаточность (ХПН). АФС (тромботическая микроангиопатия сосудов почек, головного мозга, лёгких в присутствии АКЛ и ВА).
4. Учитывая, что посев крови выявил гемолизирующую *E. Coli*, в качестве основной схемы можно использовать полусинтетик ампициллин по 2 гр. 6 раз в сутки в/в в сочетании с гентамицином по 3 мг/кг/сут в/в или в/м или бензилпенициллина натриевая соль по 4 – 5 млн. ЕД 6 раз в сутки в/в в сочетании с гентамицином по 3 мг/кг/сут в/в или в/м, или ванкомицин по 1 гр. 2 раза в сутки в сочетании с гентамицином по 3 мг/кг/сут. в/в или в/м. В качестве альтернативы можно использовать линезолид по 0,6 гр. 2 раза в сутки внутрь или в/в.
5. Ишемический инфаркт левой теменно-височной области.

1.5.4.

1. Бронхообструктивный, СН, ангинозный, астенический, лихорадочный, геморрагический, синдром клапанной патологии, спленомегалический, сосудистый, гематологический (анемия, тромбоцитопения, ускорение СОЭ), мочево́й, иммунологический.
2. АФС, ИЭ, системное заболевание соединительной ткани.
3. В пользу АФС свидетельствуют: кровоточивость, тромбоэмболический синдром, сетчатое ливедо на конечностях, тромбоцитопения, повышение СРП, повышение ЦИК, повышение АКЛ класса IgG, повышение АКЛ IgM.
4. В пользу ИЭ свидетельствуют следующие признаки: лихорадка, ознобы, аускультативная картина клапанного поражения сердца, кардиомегалия, картина выраженной активности процесса по показателям крови (анемия, ускорение СОЭ), признаки нефрита (мочево́й синдром), вегетации на клапанах сердца, спленомегалия.
5. Первичный АФС (рецидивирующие тромбозы глубоких вен голеней, сетчатое ливедо, фиброзирование и кальцинация створок МК, циркуляция АКЛ). Вторичный подострый левосторонний ИЭ с деструкцией аортального клапана. Аортальная недостаточность III степени. Осложнения: ХСН II Б стадии, III функциональный класс. Преретинальное кровоизлияние левого глаза.

1.5.5.

1. Ведущие синдромы и симптомы заболевания: гипертензионный, отёчный, сосудистый (тромбофлебит глубоких вен голеней, ишемический инсульт в анамнезе, трофические язвы на левой голени, сетчатое ливедо), иммунологический (высокий титр антител к кардиолипину класса Ig G, положительная проба на ВА).
2. Не укладывается, так как отсутствуют лихорадка с ознобами, спленомегалия, достоверные признаки клапанного порока сердца с вегетациями.
3. В пользу АФС свидетельствуют: тромбофлебит глубоких вен голеней, самопроизвольное прерывание беременности, ишемический инсульт в молодом возрасте, сетчатое ливедо в области верхних и нижних конечностей и спины, высокий титр антител к кардиолипину класса IgG, положительная проба на волчаночный антикоагулянт.
4. ПМК

5. Клинический диагноз. Первичный АФС: посттромбофлебическая болезнь (рецидивирующие тромбозы глубоких вен левой голени), привычные невынашивания беременности, сетчатое ливедо, ишемический инсульт с анамнезе, псевдовегетации на аортальном клапане, циркуляция АКЛ и ВА. Артериальная гипертензия. Протрузия митрального клапана I степени с регургитацией I.

1.5.6.

1. Ведущие клинические синдромы и симптомы: астенический, артралгический, диспепсический, лихорадочный с потрясающими ознобами, синдром СН, тахикардальный, гипотонический, синдром поражения клапанов сердца с наличием вегетаций, гематологический (анемия, лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, нейтрофилёзом и лимфопенией), мочевого, синдром токсического поражения печени, азотемический, кардиомегалический с увеличением правых отделов сердца, синдром перикардита.
2. Первичный острый правосторонний ИЭ с вегетациями на трикуспидальном клапане стафилококковой этиологии (*S aureus*), двусторонняя септическая пневмония, перикардит, миокардит, анемия, полиартрит, нефрит с изолированным мочевым синдромом. Фон: Наркомания. Осложнения. ХСН II Б стадии, III ФК, ХПН II стадии (по NKF).
3. ИЭ первичный, так как он возник на интактных клапанах сердца.
4. Вполне закономерно, так как мы имеем дело с острым ИЭ, при котором нередко в процесс вовлекается в патологический процесс неповреждённый трёхстворчатый клапан. Кроме того, больной наркоман, а у наркоманов, как известно, ИЭ трёхстворчатого клапана является «визитной карточкой».
5. Цефтриаксон по 2 гр в/в 2 раз в сутки в сочетании с гентамицином по 80 мг в/в 3 раза в сутки. При отсутствии должного эффекта в течении 3 – 4 дней заменить антибиотики: ванкомицин по 1 гр в/в 2 раза в сутки в сочетании с гентамицином по 80 мг в/в 3 раза в сутки или амикацином по 500 мг в/в 1 раз в сутки. Либо использовать линезолид по 600 мг в/в 2 раза в сутки. Антибактериальную терапию проводить не менее 4 – 6 недель. Дополнительно ежедневно или через день вводить противостафилококковую плазму в/в 6 8 введений. Можно сочетать введение плазмы с введением антистафилококкового γ - глобулина в дозе 10 АЕ на 1 кг массы тела. Антистафилококковую плазму можно чередовать с

антистафилококковым Υ - глобулином, вводя эти препараты через день.

1.5.7.

1. Ведущие синдромы и симптомы заболевания: лихорадочный, астенический, синдром клапанного поражения с наличием вегетаций, воспалительный (ускорение СОЭ), спленомегалический.
2. ВПС: коарктация аорты в сочетании с двустворчатым аортальным клапаном. Состояние после не прямой истмопластики по поводу коарктации аорты, протезирования аортального клапана. Вторичный, левосторонний подострый ИЭ протезированного аортального клапана, этиология неизвестна, активность II.
3. В данном клиническом случае ИЭ является вторичным, так как патологический процесс возник на фоне врождённого порока сердца.
4. В области протеза аортального клапана возник тромб, являющийся благоприятной средой для бактерий.
5. Немедленное повторное хирургическое вмешательство (согласно рекомендациям Е.С.С., 2009): репротезирование аортального клапана. Параллельно – проведение массивной антибактериальной терапии.

1.5.8.

1. Бронхитический, лихорадочный, астенический, тромбоэмболический, синдром лёгочной деструкции, гематологический синдром (анемия, лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, ускорение СОЭ), иммунологический (повышение ЦИК), синдром клапанного поражения сердца с наличием вегетаций, гепатоспленомегалический.
2. Острый, первичный, правосторонний, стафилококковый ИЭ трикуспидального клапана, активность III, осложнившийся множественными эмболиями лёгочных артерий с развитием полисегментарной деструктивной пневмонии и правосторонним парапневмоническим экссудативным плевритом, СН I см, II ФК (по NINA). В/в наркомания (героин).
3. Полисегментарная деструктивная пневмония возникла вторично вследствие множественных эмболий лёгочных артерий.
4. С в/в наркоманией.
5. Срочно, учитывая большой размер вегетации (> 15 мм).

1.5.9.

1. Ведущие синдромы и симптомы заболевания: астенический, диспепсический, выраженный СН, клапанного поражения, рецидивирующий тромбоэмболический, лихорадочный, геморрагический, нарушения сердечного ритма, гипотонический, гепатомегалический, спленомегалический, синдром кровохарканья, гематологический (анемия, лейкопения, тромбоцитопения, ускорение СМОЭ), мочевого (протеинурия, транзиторная гематурия).
2. Клинический диагноз: хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС), недостаточность аортального клапана, состояние после протезирования аортального клапана. Вторичный подострый левосторонний ИЭ протезированного аортального клапана, активность III степени, фибрилляция предсердий, рецидивирующий тромбоэмболический синдром, включая ТЭЛА. Осложнения. ХСН II Б стадии, IV ФК.
3. ХРБС, недостаточность аортального клапана.
4. ХРБС, ТЭЛА.
5. ОНМК в бассейне левой внутренней сонной артерии.

1.5.10.

1. Ведущие синдромы и симптомы заболевания: лихорадочный, астенический, бронхитический, артралгический, синдром клапанной патологии с наличием вегетаций, синдром хронической алкогольной интоксикации, диспепсический, геморрагический, лихорадочный, гипотонический, гематологический (анемия, ускорение СОЭ, лимфопения, сдвиг влево лейкоцитарной формулы, снижение γ – глобулинов), аритмический.
2. Подострый левосторонний вторичный ИЭ протезированного аортального клапана и нативного митрального, активность III степени. Сложные нарушения ритма и проводимости, фибрилляция желудочков. ХСН II Б стадии, IV ФК.
3. Аритмическая (фибрилляция желудочков).
4. Инфекция с ротовой полости после экстракции кариозных зубов.
5. Развился после протезирования аортального клапана.

Тема 1.6.: «Сердечная недостаточность».

1.6.1.

1. Фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма, полная блокада левой ножки пучка Гиса.
2. Кардиомегалия, снижение сократительной способности миокарда.

3. Кардиомегалический, аритмический синдром, синдром тотальной сердечной недостаточности.
4. Дилатационная кардиомиопатия. Осл. Фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. Полная блокада левой ножки пучка Гиса. СНИБ ст. (IV ФК по NYHA).
5. Ингибиторы АПФ, петлевые диуретики, спиронолактон (верошпирон), дигоксин. После стабилизации состояния - бета-блокаторы, начиная с малых доз. На период схождения отеков – антикоагулянты (нефракционированный или низкомолекулярный гепарин в профилактической дозе). Является кандидатом для проведения инвазивного вмешательства – кардиальной ресинхронизации.

1.6.2.

1. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Не исключается аневризма ЛЖ. СН II A (III ФК по NYHA).
2. Развернутый анализ крови, общий анализ мочи, билирубин, АЛТ, АСТ, мочевины, креатинин, белки крови, калий, натрий, липидный профиль, ЭКГ, ЭхоКГ, холтеровское мониторирование, рентгенография грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости.
3. Ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, диуретики, спиронолактон (верошпирон), аспирин, статины. Возможный кандидат для дополнительной терапии ивабрадином. После компенсации сердечной недостаточности – консультация инвазивного кардиолога на предмет коронарографии и возможной коронарной реваскуляризации.
4. С относительной митральной недостаточностью (митральной регургитацией ишемического генеза).
5. Развитием вторичной легочной гипертензии.

1.6.3.

1. III функциональному классу по NYHA.
2. Диастолической дисфункции ЛЖ.
3. Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени. Гипертрофия левого желудочка. ХСН IIa стадии (III ФК по NYHA).
4. Ингибиторы АПФ, диуретики (начать с тиазидных, при недостаточном эффекте – петлевые), антагонисты альдостерона, бета-блокаторы (начиная с малых доз).
5. Развитием фибрилляции предсердий, что существенно усугубит проявления сердечной недостаточности.

1.6.4.

1. Диастолическому (или ХСН с сохраненной фракцией выброса ЛЖ).
2. Нет. АГ у больного не превышала 2 степень и хорошо контролировалась на протяжении всего периода своего течения, что не позволяет объяснить выраженную гипертрофию ЛЖ по ЭКГ и выраженную гипертрофию верхушки ЛЖ по ЭхоКГ.
3. Наличие ИБС маловероятно: полное отсутствие болевого синдрома в грудной клетке, наследственность по ИБС неотягощена, липидный обмен не нарушен. Кроме того, ХСН при ИБС чаще всего обусловлена перенесенным ИМ и сопровождается снижением ФВ, но ни по ЭКГ, ни по ЭхоКГ признаков очаговости не выявляется, ФВ ЛЖ по ЭхоКГ сохранена.
4. Наиболее логичное объяснение – развитие верхушечной гипертрофической кардиомиопатии с диастолической дисфункцией миокарда ЛЖ, что привело сначала к критической дилатации ЛП, создавшей почву для возникновения фибрилляции предсердий, которая, в свою очередь существенным образом усугубила сердечную недостаточность сначала по малому кругу, а затем, вторично, и по большому. Диагноз – Осн.: Первичная верхушечная гипертрофическая кардиомиопатия. Постоянная форма фибрилляции предсердий с тахисистолой. ХСН IIБ (IV ФК по NYHA). Соп.: Гипертоническая болезнь III стадии, 2 степени. Риск – 4.
5. Хотя рекомендации по ведению больных с диастолической дисфункцией ЛЖ разработаны с меньшей степенью доказательности, больному целесообразно назначение ингибиторов АПФ, бета-блокаторов, петлевых диуретиков, антагонистов альдостерона, с учетом высокого риска кардиоэмболических осложнений (помимо ФП, имеются такие факторы риска системных эмболий, как застойная СН, артериальная гипертензия) – показаны пероральные антикоагулянты (варфарин с целевым уровнем МНО от 2,0 до 3,0). Ввиду больших размеров левого предсердия восстановление синусового ритма бесперспективно, более оправданной является тактика «контроля ЧСС».

1.6.5.

1. Да, имеется типичная симптоматика + инструментальные признаки органического поражения сердца (митральная регургитация за счет гемодинамического значимого пролапса митрального клапана, гипертрофия ЛЖ, дилатация левого предсердия, тенденция к снижению ФВ ЛЖ).
2. IIА стадия.

3. II ФК по NYHA.
4. Проплапс митрального клапана, гемодинамически значимый. Митральная регургитация 3 степени. ХСН IIА (II ФК по NYHA).
5. Больному показано направление к кардиохирургу на предмет оперативной коррекции порока (предпочтительнее клапаносохраняющая операция). Из медикаментозных препаратов допустимо назначение бета-блокаторов (начиная с малых доз), ингибиторов АПФ.

1.6.6.

1. Да, имеется типичная симптоматика (одышка, сердцебиение, повышенная утомляемость, застойные явления в легких, отеки нижних конечностей, асцит, гепатомегалия) + инструментальные признаки органического поражения сердца (низкий вольтаж ЭКГ, выраженное утолщение стенок ЛЖ, нарушение диастолической функции ЛЖ, атриомегалия).
2. III стадия (IV ФК по NYHA).
3. Для болезней накопления, в том числе амилоидоза сердца.
4. Увеличение языка считается специфичным симптомом первичного AL-амилоидоза (амилоидоза, обусловленного избыточной продукцией легких моноклональных цепей иммуноглобулинов и последующим их отложением в составе амилоидных фибрилл в различных тканях).
5. Первичный AL-амилоидоз с поражением сердца, языка, периферической нервной системы, возможно, почек.

1.6.7.

1. Да, у больного имеет место осложненный гипертонический криз.
2. Проявление острой сердечной недостаточности – отек легких.
3. Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени. Риск – 4. Осложненный гипертонический криз. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. ХСН IIА (IV ФК по NYHA). Отек легких.
4. Положение с возвышенным головным концом. Увлажненный кислород. Внутривенно: наркотические анальгетики (морфин 1% дробно по 0,2-0,4 мл до суммарной дозы 1 мл, избегая чрезмерного угнетения дыхательного центра), петлевые диуретики (фуросемид 40-80 мг и более), нитраты (изокет или перлинганит 0,1% 10-20 мл на физрастворе в/в капельно или инфузоматом с начальной скоростью введения 10 мкг/мин и быстрым увеличением дозы под контролем АД), допустимо введение эналаприлата в/в по 1 мл (1,25 мг) повторно.
5. Абсолютная неадекватна. Больной нуждается в комбинированной гипотензивной терапии (не менее 3

препаратов), причем в обязательном порядке в схему должны входить ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, диуретики, с целевым уровнем АД <140/90 мм рт.ст., а также статины, антитромбоцитарные средства (аспирин) – но при условии жесткого контроля АД, антагонисты альдостерона.

1.6.8.

1. ХСН IIБ стадии.
2. III ФК по NYHA.
3. Злоупотребление алкоголем (Алкогольная кардиомиопатия). В пользу этого, несмотря на отрицание самим больным факта злоупотребления алкоголем, свидетельствуют: тремор рук, гиперемия и одутловатость лица, инъекция склер, гепатомегалия с повышением уровня билирубина и аминотрансфераз, макроцитоз эритроцитов.
4. Категоричный отказ от употребления алкоголя, ингибиторы АПФ, бета-блокаторы (начиная с малых доз), тиазидные диуретики, антагонисты альдостерона.
5. При продолжении употребления алкоголя – неблагоприятный. При строгом воздержании от пагубной привычки – возможно частичное обратное развитие симптоматики.

1.6.9.

1. III ФК по NYHA.
2. Проявлением острого токсического миокардита.
3. Наиболее вероятно – доксорубицин, с меньшей степенью вероятности – винкристин или циклофосфан.
4. Доказали свою эффективность и широко используются в подобных ситуациях ингибиторы АПФ и бета-блокаторы из перечня доказавших свою эффективность при СН (начиная с малых доз). Менее определено значение диуретиков и антагонистов альдостерона. Активно изучается профилактическое применение специфических кардиопротекторов (напр., дексразоксан, кардиоксан). От дальнейшего назначения курсов доксорубицина целесообразнее отказаться.
5. Возможно как острое течение осложнения цитостатической терапии (по типу острого миокардита), с полным обратным развитием симптоматики, так и переход в хроническую форму (по типу лекарственной цитотоксической кардиомиопатии).

1.6.10.

1. ХСН IIА стадии.
2. III ФК по NYHA.

3. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Аневризма левого желудочка. ХСН IIА ст. (III ФК по NYHA).
4. Лечение неоптимально: метопролола тартрат не подходит для терапии ХСН, гипотиазид целесообразно заменить на петлевой диуретик. Больной нуждается в усилении терапии.
5. В схему лечения целесообразно включить ингибитор АПФ, начиная с малых доз; поменять бета-блокатор (метопролола тартрат на бисопролол или метопрол сулцинат или карведилол или небиволол, начиная с малых доз); гипотиазид заменить на торасемид или фуросемид; добавить антагонист альдостерона – спиронолактон в дозе 25-50 мг/сут; назначение дигоксина допустимо, но при тщательном контроле за возможными симптомами передозировки.

Тема1.7.: «Нарушения ритма сердца и проводимости: тахиаритмии».

1.7.1.

1. Тахикардальный
2. Синдром Вольфа – Паркинсона – Уайта.
3. Пропафенон, этмозин, аллапинин, амиодарон.
4. Назначение любого из вышеперечисленных препаратов и консультация хирурга – аритмолога.
5. Деструкция дополнительного пучка проведения, а при невозможности его точного обнаружения – абляция атриовентрикулярного соединения с имплантацией электрокардиостимулятора.

1.7.2.

1. Тахикардальный, проявившийся в пароксизме желудочковой тахикардии, спровоцированной чреспищеводной стимуляцией предсердий Синдром нарушения проводимости – преходящая полная блокада правой ножки пучка Гиса с подъёмом сегмента ST в V1 – V3.
2. Синдром Бругада.
3. Амиодарон.
4. Необходима, так как эффект амиодарона достаточно слабый.
5. Имплантация кардиовертера-дефибриллятора

1.7.3.

1. Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта.
2. Амбулаторное ЭКГ-мониторирование, чреспищеводная электрическая стимуляция левого предсердия.

3. Для консервативного лечения можно использовать амиодарон, препараты подгруппы IC (пропафенон, аллапинин, этмозин, этацизин).
4. Деструкция дополнительного пучка проведения или абляция атриовентрикулярного соединения с последующей имплантацией электрокардиостимулятора (ЭКС).
5. Пациента нельзя признать годным к действительной военной службе.

1.7.4.

1. ИБС, стенокардия, предположительно III – IV ФК (по Канадской классификации), хроническая форма фибрилляции предсердий, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) II Б стадии, III – IV ФК.
2. Нет смысла из-за большого размера левого предсердия.
3. Верапамил, дигоксин, дилтиазем, метопролол, пропранолол
4. Обязательно под контролем МНО (2.0 – 3.0) (ВНОК, 2005, ЕОК, 2010)
5. Обязательно, лучше в сочетании с бета-адреноблокатором.

1.7.5.

1. ИБС, частая желудочковая желудочковая экстрасистолия, пароксизмы желудочковой тахикардии на физическую нагрузку. Гиперхолестеринемия.
2. Амбулаторное ЭКГ – мониторирование, коронароангиография.
3. Липидоснижающие препараты, аспирин, бета-адреноблокаторы (можно в сочетании с амиодароном).
4. Амиодарон (можно в сочетании с бета-адреноблокаторами).
5. Неблагоприятный.

1.7.6.

1. Пароксизм желудочковой тахикардии.
2. ИБС, ОКС, постинфарктный кардиосклероз, пароксизм желудочковой тахикардии, ХСН II Б, III ФК.
3. Лидокаин, тримексин, мексилитин, амиодарон.
4. Пропафенон, этацизин, этмозин, аллапинин, флекаинид, энкаинид, морицизин.
5. Электроимпульсная терапия (ЭИТ).

1.7.7.

1. Суправентрикулярный.
2. Связь с зубцом Р, QRS не уширен.
3. ИБС, пароксизм суправентрикулярной тахикардии.

4. Амбулаторное ЭКГ-мониторирование, ЭхоКГ, чреспищеводная электростимуляция левого предсердия, коронароангиография.
5. Амиодарон, соталол, верапамил, дилтиазем.

1.7.8.

1. Ритмированная форма трепетания предсердий с проводимостью от предсердий к желудочкам как 2:1
2. Прежде всего, проводится чреспищеводная сверхчастая электростимуляция левого предсердия, которая может сразу нормализовать ритм, либо перевести трепетание предсердий в фибрилляцию предсердий.
3. Дофетилид, ибутилид, пропафенон, флекаинид, амиодарон.
4. Необходимо ввести в/в в болюсной дозе, удлиняющей АЧТВ в 1,5 раза в сравнении с верхней границей нормы.
5. Варфарин принимать до 1 месяца после нормализации ритма сердца под контролем МНО (2 – 3).

1.7.9.

1. Трепетание желудочков.
2. Более высокая частота ритма, в частности, на представленной ЭКГ она достигает до 200 в 1 мин, отсутствие изоэлектрической линии, более выраженная деформация желудочковых комплексов, отсутствие строгой ритмичности.
3. Признаки клинической смерти.
4. Удар в нижнюю треть грудины, непрямой массаж сердца, ЭИТ.
5. Нет смысла, так как отсутствует периферическая циркуляция крови.

1.7.10.

1. Вставочная желудочковая экстрасистолия.
2. Не нуждается.
3. Да, есть.
4. Нет.
5. Нет.

Тема1.8.: «Нарушения ритма сердца и проводимости: брадиаритмии».

1.8.1.

1. Идиопатическое нарушение ритма: миграция источника водителя ритма с синусового узла к атриовентрикулярному узлу.
2. Представленное нарушение ритма не связано с органическим поражением синусового или атриовентрикулярного узлов.

3. Возможно связано, так как у лиц, активно занимающихся спортом происходит так называемое «перераздражение» бледных клеток синусового узла и возможно даже развитие клиники синдрома слабости синусового узла.
4. Необходимость в проведении атропиновой пробы есть, так как в генезе некоторых случаев миграции источника водителя ритма лежит гиперваготония.
5. Нет.

1.8.2.

1. Полная блокада левой ножки пучка Гиса (ПБЛНПГ).
2. Значительное расширение QRS (QRS – 0.16 сек). Высокие зубцы R в крайне левых отведениях (V5 – V6). Отсутствие зубцов R в отведениях V1 – V2, комплексы в этих отведениях имеют форму QS.
3. С перенесённым инфарктом миокарда.
4. ИБС, стенокардия III ФК, постинфарктный кардиосклероз, ПБЛНПГ, ХСН II Б стадии, III ФК. Фон: гипертоническая болезнь III стадии, риск 4.
5. Амиодарон, бета-адреноблокаторы.

1.8.3.

1. АВ блокада II степени, Мобитц I
2. ИБС, стабильная стенокардия напряжения II ФК, АВ блокада II степени, Мобитц I скорее всего медикаментозного генеза. Фон: Гипертоническая болезнь III стадии, риск 4 (очень высокий).
3. Приём бета-адреноблокаторов.
4. Метопролол сукцинат.
5. Наблюдать за больным, если АВ блокада II степени, Мобитц I не пройдёт после прекращения приёма метопролола сукцината, необходима консультация хирурга-аритмолога для решения вопроса о временной или постоянной ЭКС.

1.8.4.

1. АВ блокада II степени, Мобитц II.
2. Гипертоническая болезнь II стадии, риск 3. Идиопатическое нарушение проводимости – АВ блокада II степени, Мобитц II.
3. Нет необходимости.
4. Нет показаний.
5. Необходима, так как теоретически именно АВ блокада II степени, Мобитц II чаще всего переходит в полную поперечную блокаду. Однако, в случае отсутствия клиники, пресинкопе и синкопе (что имеет место в представленном

клиническом случае), абсолютных показаний к имплантации ЭКС нет.

1.8.5.

1. САБ II степени, I тип.
2. Гипертоническая болезнь II стадии, риск 3 (высокий). Идиопатическое нарушение ритма: САБ II степени, I тип, возможно как проявление синдрома слабости синусового узла (СССУ).
3. Есть.
4. Дизопирамид (ритмилен), этмозин, аллапинин.
5. ЭКС предсердного типа (AAI) или двухкамерные ЭКС типа DDD или DDDR.

1.8.6.

1. САБ II степени, I тип, возможно как проявление СССУ.
2. ИБС, стабильная стенокардия напряжения II ФК, СССУ, проявляющийся САБ II степени, тип I.
3. Проба с дозированной физической нагрузкой (ВЭМ или тредмил-тест), проба с в/в введением атропина, проба с медикаментозной вегетативной блокадой, амбулаторное ЭКГ-мониторирование, ЧЭСЛП.
4. Наличие паузы асистолии для желудочков, протяжённостью более 2000 мсек, особенно если она сопровождается приступами пресинкопе или синкопе.
5. Величина постстимуляционной паузы или времени восстановления функции синусового узла (ВВФСУ) более 3000 мсек, особенно если появление увеличенной до такой степени ВВФСУ сочетается с приступами пресинкопе или синкопе.

1.8.7.

1. ИБС, стенокардия II ФК, СССУ, проявляющийся выраженной синусовой брадикардией.
2. Нет.
3. Проба с дозированной физической нагрузкой (ВЭМ или тредмил – тест), проба с в/в введением атропина, проба с медикаментозной вегетативной блокадой, амбулаторное 24-часовое ЭКГ мониторингирование, ЧЭСЛП
4. Нельзя.
5. Итроп, дифенин, дизопирамид (ритмилен), этмозин, аллапинин.

1.8.8.

1. ИБС, стабильная стенокардия напряжения ПФК. Постоянная синусовая брадикардия с выскальзывающим ритмом из нижнего отдела правого предсердия.
2. Не подлежит.
3. Не нужно.
4. Компенсаторную роль, благодаря выскальзывающему ритму пациент гарантирован от приступов пресинкопе и синкопе.
5. Нет.

1.8.9.

1. Врождённое нарушение проводимости: полная поперечная блокада.
2. Врождённая.
3. Необходим, несмотря на отсутствие клиники (пресинкопе и синкопе).
4. Без имплантации ЭКС, неблагоприятный.
5. ЭКС в режиме VVI.

1.8.10.

1. Идиопатическое нарушение ритма: миграция водителя ритма от синусового узла к предсердиям.
2. Проба с дозированной физической нагрузкой, проба с атропином, медикаментозная вегетативная блокада, амбулаторное ЭКГ-мониторирование, ЧПЭСЛП.
3. Врождённый.
4. Не требует.
5. Такой необходимости нет.

Тема 1.9.: «Нарушения ритма сердца и проводимости: сложные нарушения ритма».

1.9.1.

1. ИБС, стенокардия III ФК. Синдром слабости синусового узла, проявляющийся умеренной синусовой брадикардией, эпизодами «ареста» синусового ритма с выскальзывающими сокращениями из нижнего отдела правого предсердия. Соп.: Гипертоническая болезнь III стадии, риск 4 (очень высокий).
2. Помимо ЭКГ – данных, диагноз подтверждается положительными результатами атропиновой пробы, а также теста с медикаментозной вегетативной блокадой.
3. ИБС, стенокардия III ФК, гипертоническая болезнь III стадии, риск 4 (очень высокий).

4. Пациентку «спасают» выскальзывающие сокращения из нижнего отдела правого предсердия, на фоне этих сокращений нет эпизодов длительной асистолии для желудочков.
5. Медикаментозная коррекция СССУ на данном этапе болезни не требуется.

1.9.2.

1. Идиопатический СССУ, проявляющийся выраженной синусовой брадикардией, эпизодами «ареста» синусового узла с ускоренным замещающим ритмом из АВ узла.
2. С появлением ускоренного ритма из АВ узла.
3. Необходимо.
4. Так как АВ проводимость не страдает, в данном случае более предпочтителен ЭКС типа ААІ.
5. Не поможет.

1.9.3.

1. Идиопатический СССУ, проявляющийся выраженной синусовой брадикардией, миграцией водителя ритма по предсердиям, эпизодами тахисистолической формы фибрилляции предсердий. Синдром тахикардии – брадикардии.
2. Дифенин, дизопирамид (ритмилен), этмозин, аллапинин.
3. Необходимо под контролем МНО.
4. Понадобится.
5. ААІ.

1.9.4.

1. Идиопатический СССУ, проявляющийся выраженной синусовой брадикардией с эпизодами пресинкопе и синкопе.
2. Есть.
3. ААІ.
4. Не оправдано.
5. Не эффективно.

1.9.5.

1. Идиопатический СССУ, проявляющийся синоатриальной блокадой II степени I типа.
2. Нет.
3. Итроп, гидралазин, теofilлин, теопек, аллапинин.
4. Не нужен.
5. Сомнительный.

1.9.6.

1. ИБС, стабильная стенокардия напряжения II ФК, постинфарктный кардиосклероз. СССУ, проявляющийся выраженной синусовой брадикардией, приступами пресинкопе и синкопе.
2. ИБС, постинфарктный кардиосклероз.
3. 1400 мсек.
4. Есть, абсолютные.
5. ААІ.

1.9.7.

1. Гипертоническая болезнь II стадии, риск 3 (высокий). Вегетативная дисфункция синусового узла, проявляющаяся эпизодами умеренной синусовой брадикардии и синоатриальной блокады II степени, II типа.
2. В данном случае более вероятным диагнозом является вегетативная дисфункция синусового узла. В пользу этого диагноза свидетельствуют следующие данные: при проведении суточного ЭКГ-мониторирования фиксировалась синоатриальная блокада II степени, II типа. Пауза асистолии не превышала 1000 мсек. Несмотря на периоды синусовой брадикардии, средний синусовый ритм составлял 96 в 1 мин, что не характерно для СССУ. Величина ВВФСУ нормализовалась после медикаментозной вегетативной блокады.
3. Нет необходимости.
4. Теофиллин, теопек(или теостат), итроп,дизопирамид (ритмилен), аллапинин.
5. Благоприятный.

1.9.8.

1. ИБС, стенокардия III ФК, постинфарктный кардиосклероз. СССУ, проявляющийся выраженной синусовой брадикардией, длительными паузами асистолии, сопровождающимися приступами пресинкопе и синкопе. Скрытая АВ блокада.
2. Необходим.
3. VVI.
4. ИБС, стенокардия III ФК, постинфарктный кардиосклероз.
5. Неблагоприятный без имплантации ЭКС типа VVI.

1.9.9.

1. ИБС, бессимптомная ишемия миокарда. СССУ, проявляющийся выраженной синусовой брадикардией, эпизодами синоатриальной блокады II степени, I типа, приступами пресинкопе и синкопе. Скрытая АВ блокада.

2. В норме АВ блокада возникает при частоте стимуляции 140 имп/мин (точка Венкебаха), а у пациента она возникла при частоте стимуляции 100 имп/мин.
3. Есть абсолютные показания.
4. VVI.
5. Можно только после имплантации ЭКС.

1.9.10.

1. Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта.
2. Проведение (возможно и неоднократно) суточного амбулаторного мониторирования ЭКГ, проведение частой и сверхчастой ЧПСП с целью провокации эпизодов тахикардий.
3. Частая и сверхчастая ЧПСП.
4. Деструкция аномального пучка проведения или абляция АВ соединения с последующей установкой ЭКС.
5. Хинидин, новокаиномид, дизопирамид, аймалин, этмозин, аллапинин, пропафенон, амиодарон, соталол, некоторые жирорастворимые бета-адреноблокаторы. Флекаинид, энкаинид.

Раздел 2. «Болезни органов дыхания».

Тема 2.1. «Пневмония».

2.1.1.

1. Пневмония внебольничная (вероятно пневмококковая), легкой степени тяжести.
2. Усиление голосового дрожания, притупление или укорочение перкуторного звука, мелкопузырчатые влажные хрипы или бронхиальное дыхание.
3. Возможно лечение на дому.
4. Современные макролиды либо респираторные фторхинолоны – внутрь.
5. Общий анализ крови, рентгенография органов грудной клетки.

2.1.2.

1. Долевая (крупозная) пневмония, нижняя доля правого легкого, тяжелое течение.
2. Рентгенография органов грудной клетки.
3. Пневмококк, анализ мокроты – бактериологическое исследование.
4. Цефалоспорины III в сочетании с макролидами.

5. Лечение в ПИТ (антибиотикотерапия, оксигенотерапия, интенсивная дезинтоксикационная терапия).

2.1.3.

1. Синдромы: лихорадочный, интоксикационный, инфильтрации легочной ткани.
2. Внебольничная пневмония справа в S10.
3. Пневмококк.
4. Rp.: Tabl. Amoxicillini 0,5 N.20
D.S. По 1т. 3 р/д.
5. Rp.: Tabl. Azithromicini 0,5 N.10
D.S. За час до еды в 1-й день 1 т. 1р/сут., со 2-го –5-й – ½ т. 1 р/сут.

2.1.4.

1. Синдромы: болевой, лихорадочный, инфильтрации легочной ткани, интоксикационный.
2. Внебольничная нижнедолевая пневмония слева, средней степени тяжести.
3. Амбулаторно (показания для госпитализации относительные).
4. Антибактериальная терапия: (аминопенициллины, макролиды, либо респираторные фторхинолоны). Дезинтоксикационная терапия.
5. Общий анализ крови, рентгенография органов грудной клетки.

2.1.5.

1. Правосторонняя нижнедолевая абсцедирующая пневмония.
2. Стафилококк, посев мокроты.
3. Пенициллины с клавулановой кислотой (амоксиклав, аугментин), цефалоспорины III генерации.
4. R-контроль, ан. крови.
5. Антистафилококковая плазма, дезинтоксикационная терапия.

2.1.6.

1. Пневмония.
2. Средней степени тяжести.
3. Микоплазма.
4. Госпитализация показана.
5. Макролиды. Респираторные фторхинолоны.

2.1.7.

1. Пневмония.
2. Средней степени тяжести.
3. Микоплазменная пневмония.

4. Госпитализация показана.
5. Макролиды. Респираторные фторхинолоны.

2.1.8.

1. Пневмония.
2. Наследственную предрасположенность к бронхолегочным заболеваниям.
3. Бронхография для исключения бронхоэктазов.
4. Бактериоскопия и бактериологический посев мокроты.
5. Эмпирическая терапия антибиотиками широкого спектра действия.

2.2.9.

1. Внебольничная нижнедолевая пневмония слева.
2. Пневмония средней степени тяжести.
3. Общий анализ крови, рентгенография органов дыхания.
4. Лейкоцитоз, легочный инфильтрат.
5. Амбулаторно (показания для госпитализации относительные).

2.1.10.

1. Грибковую пневмонию, инфаркт-пневмонию, абсцедирующую пневмонию, аллергическую пневмонию.
2. Грибковая пневмония.
3. Рентгенография органов дыхания.
4. Ангиопульмонография.
5. Анализ крови и мокроты на эозинофилию.

Тема 2.2.: «ХОБЛ».

2.2.1.

1. Обструктивный, эмфизематозный, дыхательной недостаточности.
2. Диагноз: ХОБЛ II, средней степени тяжести, стадия ремиссии, дыхательная недостаточность 1-2 ст.
3. Клинические анализы крови и мокроты, рентгенография грудной клетки, спирограмма, фибробронхоскопия, ЭКГ, эхокардиография.
4. Прекращение курения, противогриппозные прививки.
5. Ингаляционные бронходилататоры в «базисной» терапии.

2.2.2.

1. Обструктивный, бронхитический.
2. ХОБЛ, обострение средней степени тяжести, дыхательная недостаточность 0-1 ст.

3. Анализ крови, цито-бактериологическое исследование мокроты, рентгенография грудной клетки, спирограмма с бронхолитиками, фибробронхоскопия.
4. Антибиотики, бронходилататоры.
5. Холинолитики, β 2-агонисты «по требованию».

2.2.3.

1. Хронический гнойный бронхит, обострение ХОБЛ, возможно, бронхоэктазы. Эмфизема легких. ДН - I степени.
2. Рентгенография органов грудной клетки, анализ крови, анализ мокроты, анализ мочи, исследование функции внешнего дыхания, ФБС.
3. Бронхиальной обструкции.
4. Пероральные антибактериальные средства, отхаркивающие.
5. Прекращение курения, закаливание и общие оздоровительные мероприятия вне обострения.

2.2.4.

1. ДН II-III степень.
2. ХОБЛ; туберкулез легких; рак легких; фиброзирующий альвеолит.
3. Компьютерная томография.
4. Анализы крови, исследования мокроты на МБТ, спирография.
5. Диагностическая фибробронхоскопия, бронхоальвеолярный лаваж, биопсия.

2.2.5.

1. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ).
2. Бронхиальная астма.
3. Спирография, тест на обратимость бронхиальной обструкции.
4. Общий анализ крови и посев мокроты на неспецифическую флору.
5. Антибиотики, бронходилататоры, отхаркивающие.

2.2.6.

1. ХОБЛ III ст. Эмфизематозный тип. ДН II степени.
2. ОФВ₁ - однократный объем форсированного выдоха.
3. ОФВ₁/ФЖЕЛ – модифицированный индекс Тиффно.
4. ОФВ₁/ФЖЕЛ < 70%.
5. Воспалительный отек слизистой; гиперсекреция; бронхоспазм; экспираторный коллапс стенок бронхов.

2.2.7.

1. Синдром удушья, обструкции мелких бронхов, легочно-сердечной недостаточности.
2. ХОБЛ IV, эмфизематозный тип, тяжелое обострение. Эндогенная бронхиальная астма, неконтролируемая.
3. Хроническое субкомпенсированное легочное сердце. Легочная недостаточность III. Сердечная недостаточность IIБ.
4. Пикфлоуметрия, анализ крови и мокроты, рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях, ЭКГ и фибробронхоскопия (по показаниям).
5. Небулайзерная терапия бета2-агонистами и холинолитиками, глюкокортикостероиды, оксигенотерапия, антибиотики (по показаниям).

2.2.8.

1. ХОБЛ, эмфизематозный тип.
2. Инфекционно-зависимая бронхиальная астма.
3. Определение бронхиальной обратимости.
4. Антибактериальное.
5. Посев мокроты.

2.2.9.

1. ХОБЛ, эмфизематозный тип.
2. Эндогенная БА.
3. Определение бронхиальной обратимости.
4. Динамика ЭКГ.
5. Беродуал (фенотерол + ипратропиум).

2.2.10.

1. ХОБЛ и БА.
2. Исследование ФВД.
3. Инфекционно-зависимая обструкция.
4. Антибактериальная терапия.
5. Бактериоскопия и посев мокроты.

Тема 2.3.: «Бронхиальная астма».

2.3.1.

1. Неконтролируемая бронхиальная астма в стадии обострения.
2. Обострение средней степени тяжести.
3. Небулайзерная терапия, мониторинг ПСВ, ОФВ1.
4. Беродуал, преднизолон, эуфиллин.
5. Ступенчатый подбор ингаляционных глюкокортикостероидов в сочетании с пролонгированными β 2-агонистами.

2.3.2.

1. Экзогенная (аллергическая или атопическая) форма БА: семейный анамнез, другие проявления аллергии (вазомоторный ринит, эозинофилия крови), бессимптомные ремиссии.
2. Прекращение курения, ингаляционные глюкокортикостероиды в малых терапевтических дозах в течение трех месяцев. Эффект проявляется в течение первых 2-4 недель. Альтернативное лечение – антилейкотриеновый препарат.
3. Ингаляции беротека или сальбутамола не более 4 вдохов в день. При отсутствии эффекта от одного двух вдохов можно повторять ингаляции через 20 мин в течение одного часа и обратиться к врачу или в скорую помощь.
4. Генерализованная бронхиальная обструкция.
5. Трудоспособность сохранена.

2.3.3.

1. Приступ удушья с затрудненным выдохом, сухие дискантовые хрипы, эффект сальбутамола.
2. Инфекционно-зависимая БА, средней степени тяжести.
3. Пульмогенная артериальная гипертензия, влияние симпатомиметиков.
4. Исследование функции внешнего дыхания, рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ, анализ крови, анализ мокроты.
5. Антибактериальная терапия, небулайзерные ингаляции беродуала, эуфиллин парентерально.

2.3.4.

1. С 3 – 5 дня.
2. Противовирусную (интерферон и др.) и усиление базисной терапии.
3. 4 таблетки преднизолона на 5-6 дней.
4. До 3750мкг беклометазона на 3 месяца (не менее).
5. Форадил, оксис, атимос, сальметерол.

2.3.5.

1. Возраст, низкий вес менее 57 кг., менопауза, курение, злоупотребление кофе, приём ГКС более 3-х месяцев в дозе более 7,5 мг/сут.
2. Позвонки грудного и поясничного отделов, шейка бедренной кости, рёбра, проксимальный отдел плечевой кости, дистальный отдел лучевой кости.
3. Рентгеновская денситометрия.
4. Т-индекс <2,5 (на 2,5 стандартных отклонения ниже среднего показателя у здоровых молодых людей того же пола для

пациентов в возрасте 19-69 лет), Z – индекс < 1 (на 1 стандартное отклонение ниже должного показателя, соответствующего возрасту и полу пациента).

5. Женщина после менопаузы принимающая преднизолон в дозе > 5 мг в течение > 3 мес.

2.3.6.

1. Поллиноз.
2. Экзогенная (пыльцевая БА).
3. Эозинофилы, кристаллы Шарко - Лейдена, спирали Куршмана.
4. Ингаляционные глюкокортикостероиды, либо антилейкотриеновые препараты.
5. Бронходилататоры.

2.3.7.

1. Бронхиальная астма.
2. Спирография с физической нагрузкой, с бронходилататорами.
3. Изучение аллергологического анамнеза.
4. Мониторинг ФВД.
5. II ступень.

2.3.8.

1. Поллиноз, пыльцевая БА.
2. Пикфлоуметрия.
3. Спирография.
4. Тест на обратимость бронхиальной обструкции.
5. Аллергологическое обследование.

2.3.9.

1. Гиперреактивность, выраженная метеозависимость.
2. «Лёгкое дыхание».
3. Полоскание рта после ингаляции слабым щелочным раствором, использовать спейсер при ингаляции, удобен ингалятор с вмонтированным спейсером (кленилджет).
4. Обрабатывать слизистые раствором препарата кандид.
5. В половинной дозе (в связи с его побочным аритмогенным действием).

2.3.10.

1. Как atopическую бронхиальную астму.
2. Исследование функции внешнего дыхания (ФВД).
3. Можно.
4. Провести провокационную пробу с пенициллином.

5. а) выписка из трудовой книжки б) санитарно-гигиеническая характеристика труда.

Тема 2.4.: «Нагноительные заболевания легких».

2.4.1.

1. Острый абсцесс легкого в нижней доле слева.
2. Дифференциальный диагноз нужно проводить с: а) распадающимся раком легкого, б) туберкулезной каверной, в) нагноившейся кистой легкого.
3. Обследование: а) анализ мокроты на чувствительность к антибиотикам б) томография легких в) бронхоскопия с чрезбронхиальной биопсией легкого г) проба Манту д) динамическое рентгенологическое наблюдение на фоне антибактериальной терапии е) неоднократно мокрота и промывные воды бронхов на БК и атипические клетки.
4. Лечение: а) антибиотики (полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, фторхинолоны; антибактериальные препараты - метрагил, амоксиклав и др.) внутривенно или внутривентриально б) диета богатая белками и витаминами в) белковые гидролизаты, препараты кальция г) постуральный дренаж д) при неэффективности лечения чрез 2-3 месяца ставить вопрос о хирургическом лечении.
5. Прогноз хуже из-за локализации абсцесса (нижняя доля).

2.4.2.

1. Гнойный. Признаки нагноительного синдрома, абсцедирование.
2. Введение наркотиков.
3. Эндокардит 3-хстворчатого клапана.
4. Посев крови, ЭхоКГ.
5. Комбинации 2 – 3-х антибиотиков.

2.5.3.

1. Синдромы: болевой, лихорадочный, дыхательной недостаточности.
2. Прорыв абсцесса в плевральную полость.
3. Абсцесс правого легкого.
4. Антибактериальная терапия.
5. Дезинтоксикационная терапия, дренирование плевральной полости, санация.

2.4.4.

1. Правосторонняя нижнедолевая абсцедирующая пневмония.
2. Стафилококк; посев мокроты.

3. Полусинтетические пенициллины 8-10 г в сутки, цефалоспорины.
4. Рентгенологический контроль легких, общий анализ крови.
5. Антистафилококковая плазма, дезинтоксикационная терапия.

2.5.5.

1. Хронический абсцесс правого легкого.
2. Инфекционно-токсическим синдромом.
3. Полость с уровнем жидкости.
4. Эластические волокна.
5. Операция.

2.4.6.

1. Генитальный стафилококковый сепсис, двусторонняя стафилококковая пневмония с деструкцией легочной ткани.
2. Рентгенография органов грудной клетки, анализ крови на стерильность.
3. Интенсивная антибактериальная терапия, антистафилококковая плазма, гемотрансфузии, гамма-глобулин, контрикал внутривенно, кровезаменители.
4. Блок интенсивной терапии (ПИТ, ОРИТ).
5. Введение двух-трех антибиотиков в подключичную вену, внутривенно, внутримышечно.

2.4.7.

1. Гнойный. Признаки нагноительного синдрома, абсцедирование.
2. Введение наркотиков.
3. Эндокардит трехстворчатого клапана.
4. Посев крови, ЭхоКГ.
5. Выбор: оксациллин, ванкомицин или цефалоспорины в/в, внутриплеврально.

2.4.8.

1. Кровохарканье обусловлено деструкцией легочной ткани, нарушением целостности сосудов.
2. Мероприятия при кровохарканье на догоспитальном этапе: а) внутрь соленое питье, морфин 3-10мг в/в, нитроглицерин 0,5 мг под язык каждые 10 мин, срочная госпитализация.
3. Желатина внутривенно, аминокaproновая кислота, хлорид кальция, фибриноген, викасол и др.
4. При стойком кровохарканьи - эмболизация легочных сосудов.
5. Оперативное лечение только по жизненным показаниям.

2.4.9.

1. Синдромы: лихорадочный, бронхитический, дыхательной недостаточности.
2. Бронхоэктазы в средней доле левого легкого.
3. ФВД, КТ, ФБС.
4. Бронхография.
5. Антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры мокроты. Улучшение дренажной функции бронхов. Бронхомуколитики, иммуномодуляторы. Общеукрепляющая терапия. По показаниям – оперативное лечение.

2.4.10.

1. Бронхоэктатическая болезнь.
2. Пневмоцирроз.
3. Муковисцидоз, хронический абсцесс легких.
4. Амилоидоз почек.
5. Бронхография.

Тема 2.5.: «Интерстициальные заболевания легких».

2.5.1.

1. Экзогенный аллергический альвеолит на почве поллиноза.
2. Гранулематозная диссеминация в легких, двухсторонний диффузный пневмосклероз, признаки легочной гипертензии.
3. Хроническое течение.
4. Синдром хронического легочного сердца, период компенсации.
5. ДН II.

2.5.2.

1. Саркоидоз, синдром Лёфгрена.
2. Исследование лаважной жидкости (соотношение лимфоцитов CD4/CD8 более 3,5), мокрота или лаважная жидкость на микобактерии туберкулёза, не менее 3-х образцов, биопсия кожи (неказеифицирующая эпителиоидно-клеточная гранулёма, состоящая из высокодифференцированных мононуклеарных клеток и лимфоцитов).
3. Неизвестна (рассматривается сочетание нескольких факторов: генетических, экологических, инфекционных и иммунологических).
4. С туберкулёзом, заболеваниями опухолевой природы, болезни системы соединительной ткани, спленомегалия различного генеза.
2. Синдром Лёфгрена в 80% случаев предполагает спонтанную ремиссию без гормональной терапии. Рекомендуется

оздоровление образа жизни и рабочего места, исключение стрессов, отсутствие гиперинсоляции, разгрузочная диетотерапия.

2.5.3.

1. Токсический (лекарственный) альвеолит, подострое течение.
2. Гипертоническая болезнь.
3. Интоксикационным синдромом.
4. Неэффективностью антибиотиков, отсутствием воспалительных изменений в анализе крови.
5. Глюкокортикостероиды.

2.5.4.

1. Диссеминированный процесс в легких.
2. Порок сердца.
3. Диapedезом.
4. НК и ДН.
5. Гемосидероз легких на фоне митрального порока сердца с преобладанием стеноза.

2.5.5.

1. Физикальное обследование.
2. Рентгенография легких.
3. Фибробронхоскопия.
4. Клинический анализ крови и мокроты.
5. Гистологический анализ биопсийного материала.

2.5.6.

1. а).
2. Пневмония.
3. Туберкулёзный процесс и пневмония неспецифического характера.
4. Мокрота на ВК.
5. При отсутствии ВК в мокроте оценивается лечение 10-дневный курс, при отсутствии клинико-рентгенологического эффекта – пересмотр диагноза.

2.5.7.

1. ЭКГ, тропониновый тест.
2. 3-х кратное исследование мокроты на МБТ.
3. Транссудат.
4. Сердечная недостаточность.
5. Очаговый туберкулез в фазе уплотнения.

2.5.8.

1. Диссеминированный туберкулез легких.
2. Септическая пневмония, ОРДС.
3. Компьютерная томография.
4. Исследование на микобактерию туберкулеза.
5. Двустороннее ограниченное или распространенное поражение лёгких с преобладанием очаговых и интерстициальных изменений.

2.5.9.

1. Интерстициальное заболевание легких.
2. ХОБЛ, БА, диссеминированный туберкулез легких, фиброзирующий альвеолит.
3. Исследование ФВД, ЭКГ, ЭХОКС.
4. Компьютерную томографию, исследования мокроты на МБТ.
5. Идиопатический фиброзирующий альвеолит, хроническое течение, фаза обострения, ДН II, синдром хронического легочного сердца, период компенсации.

2.5.10.

1. Генитальный стафилококковый сепсис, двусторонняя стафилококковая пневмония с деструкцией легочной ткани.
2. Септическая пневмония.
3. Интенсивная антибактериальная терапия, антистафилококковая плазма, гемотрансфузии, гамма-глобулин, контрикал внутривенно, кровезаменители.
4. Введение двух-трех антибиотиков в подключичную вену, внутривенно, внутримышечно.
5. Цефалоспорины III-IV поколения + респираторные фторхинолоны.

Тема 2.6.: «Дыхательная недостаточность».

2.6.1.

1. Обструктивный, эмфизематозный, дыхательной недостаточности .
2. Диагноз: ХОБЛ II, средней степени тяжести, стадия ремиссии, ДН I - II ст.
3. Клинические анализы крови и мокроты, рентгенография грудной клетки, спирограмма, фибробронхоскопия, ЭКГ, эхокардиография.
4. Прекращение курения, противогриппозные прививки.
5. Ингаляционные бронходилататоры в «базисной» терапии.

2.6.2.

1. Эозинофильное поражение легких.
2. Клиническое течение, анамнез, эозинофилия крови.
3. ДН III.
4. Неэффективность противотуберкулезной терапии, системность патологии.
5. Глюкокортикостероиды.

2.6.3.

1. Грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.
2. БА, стенокардией.
3. ФВД, ЭКГ. ФБС, ФГС.
4. Дыхательная недостаточность I степени.
5. Рентгенологическое исследование ЖКТ.

2.6.4.

1. ДН II-III степень.
2. ХОБЛ; туберкулез легких; рак легких; фиброзирующий альвеолит.
3. Компьютерная томография.
4. Анализы крови, исследования мокроты на МБТ, спирография.
5. Диагностическая ФБС, бронхоальвеолярный лаваж, биопсия.

2.6.5

1. Правосторонняя нижнедолевая пневмония, тяжёлое течение, ДН II-III.
2. Рентгенография грудной клетки, развёрнутый анализ крови.
3. Больного необходимо госпитализировать в ОРИТ.
4. Пневмококк, легионелла.
5. Правосторонний экссудативный плеврит, септический шок.

2.6.6.

1. ХОБЛ III, возможно, бронхоэктазы.
2. ДН - II степени.
3. Рентгенография легких, анализ крови, анализ мокроты, анализ мочи, ФВД.
4. Увеличение дыхательного усилия. Гипоксемия; Гиперкапния; Динамическая компрессия дыхательных путей.
5. Прекращение курения, бронходилататоры, пероральные антибактериальные средства, отхаркивающие.

2.6.7.

1. Острая пневмония, интоксикация.
2. Сахарный диабет, гипергликемическая кома.

3. Анализы крови, мочи, гликемический профиль.
4. Рентгенография органов грудной клетки.
5. ДН II степени.

2.6.8.

1. Газы крови соответствуют острой дыхательной недостаточности.
2. Назначение беродуала ч/з небулайзер, системных ГКС, ингаляция кислорода.
3. Мониторирование реакции на лечение, повторные измерения функции легких.
4. Антибиотики из группы респираторных фторхинолонов.
5. Перевод больной в ОРИТ.

2.6.9.

1. Тетрациклины, фторхинолоны, аминогликозиды.
2. Амоксициллин, эритромицин, спиромицин, цефаклор.
3. Тяжелая БА, инфекция во время беременности, контакт с аллергеном.
4. Не противопоказано.
5. Депо-ГКС: кенолог-40, дипроспан.

2.6.10.

1. Токсический грипп.
2. Вирусно-бактериальная пневмония.
3. Исследование ФВД и газов крови.
4. ПИТ или ОРИТ.
5. Антибиотикотерапия показана.

Тема 2.7.: «Хроническое легочное сердце».

2.7.1.

1. Синдром удушья.
2. Синдром обструкции мелких бронхов, легочно-сердечной недостаточности.
3. Бронхиальная астма, эндогенная, неконтролируемое течение. ХОБЛ III, тяжелое обострение. Хроническое субкомпенсированное легочное сердце. Дыхательная недостаточность III. Сердечная недостаточность IIБ.
4. Пикфлоуметрия, анализ крови и мокроты, рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях, ЭКГ и фибробронхоскопия (по показаниям).
5. Небулайзерная терапия бета2-агонистами и холинолитиками, глюкокортикостероиды, оксигенотерапия.

2.7.2.

1. Синдромы: тромбозмболический, аритмический, кардиомегалии и недостаточности кровообращения, дыхательной недостаточности, острого легочного сердца.
2. На электрокардиограмме: мерцание предсердий; острая перегрузка правого предсердия и желудочка. На эхокардиограмме: увеличение полостей желудочков, снижение сократительной способности миокарда, тромб в правом предсердии.
3. Миокардитический кардиосклероз. Осложнения. НК II Б ст. Мерцание предсердий, та хисистолическая форма. Тромбозмболия мелких ветвей лёгочной артерии. Острое легочное сердце. Инфарктная пневмония. ДН II ст.
4. С дилатационной кардиомиопатией, ИБС, митральной недостаточностью ревматического генеза.
5. Антибиотики, непрямые антикоагулянты, нестероидные противовоспалительные препараты, диуретики, ингибиторы АПФ.

2.7.3.

1. Синдром обструкции мелких бронхов, легочно-сердечной недостаточности.
2. ХОБЛ III, бронхитический тип, тяжелое обострение. Хроническое легочное сердце. Дыхательная недостаточность II. Сердечная недостаточность IIБ.
3. Стадия субкомпенсации.
4. Пикфлуометрия, анализ крови и мокроты, рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях, ЭКГ и фибробронхоскопия (по показаниям).
5. Небулайзерная терапия бета2-агонистами и холинолитиками, глюкокортикостероиды, оксигенотерапия.

2.7.4.

1. ХОБЛ III, фаза обострения.
2. Хронического легочного сердца.
3. ДН II.
4. Эмфизема легких, легочная гипертензия.
5. Субкомпенсированное легочное сердце.

2.7.5.

1. Экзогенный аллергический альвеолит.
2. Наличие аллергической патологии.
3. Двухсторонний диффузный пневмосклероз, легочная гипертензия.

4. ДН II, синдром хронического легочного сердца.
5. Субкомпенсированное легочное сердце.

2.7.6.

1. Легочное сердце.
2. ЭКГ.
3. Рентгенография органов грудной клетки.
4. Давление в легочной артерии
5. ЭХОКГ.

2.7.7.

1. Синдромы: тромбэмболический, аритмический, кардиомегалии и недостаточности кровообращения, дыхательной недостаточности, острого легочного сердца.
2. На электрокардиограмме: мерцание предсердий; острая перегрузка правого предсердия и желудочка. На эхокардиограмме: увеличение полостей желудочков, снижение сократительной способности миокарда, тромб в правом предсердии
3. Диагноз: Миокардитический кардиосклероз. Осложнения. НК II Б ст. Мерцание предсердий, тахисистолическая форма. Тромбэмболия мелких ветвей лёгочной артерии. Острое легочное сердце. Инфарктная пневмония. ДН II ст.
4. С дилатационной кардиомиопатией, ИБС, митральной недостаточностью ревматического генеза.
5. Антибиотики, непрямые антикоагулянты, нестероидные противовоспалительные препараты, диуретики, ингибиторы АПФ.

2.7.8.

1. ХОБЛ III, ст. обострения.
2. Эмфизема легких, признаки легочной гипертензии.
3. Хроническое течение с обострением .
4. Синдром хронического легочного сердца, период субкомпенсации.
5. ДН II.

2.7.9.

1. Гипоксемическая кома, угроза остановки дыхания.
2. Гиперкапния, гипоксия, ацидоз, сгущение крови.
3. Формирование острого легочного сердца.
4. Меры дыхательной реанимации: интубация трахеи, лаваж бронхов, дополнительный кислород, ИВЛ, большие дозы кортикостероидов, эуфиллин, бикарбонат натрия.

5. Контролировать: сознание, аускультацию легких, пульс, АД, газы крови, КЩС, ЭКГ.

2.7.10.

1. Субкомпенсированное легочное сердце.
2. ХОБЛ; туберкулез легких; рак легких; фиброзирующий альвеолит.
3. Компьютерная томография.
4. Анализы крови, исследования мокроты на МБТ, спирография, ЗХОКГ с определением давления в легочной артерии.
5. Диагностическая фибробронхоскопия, бронхоальвеолярный лаваж, биопсия.

Раздел 3. «Болезни органов пищеварения».

Тема 3.1.: «Хронические гастриты».

3.1.1.

1. Хронический Н.Р.-ассоциированный атрофический пангастрит.
2. Да, ФГС с биопсией и определение Н.р.-статуса.
3. Явления атрофии и тонкокишечной метаплазии.
4. Канцерпревенция – эрадикация при наличии Н.р., базисная профилактика (правильное питание – овощи, фрукты, антиоксиданта: витамины А, В, Е), отказ от курения, и обязательное назначение витамина В-12.
5. Без проведения методов канцерпревенции при атрофическом фундальном гастрите в 1% ежегодно развивается рак желудка и у них не возникает язвенной болезни.

3.1.2.

1. Рак желудка. Аутоиммунный атрофический гастрит
2. Рентгеноскопия желудка, ФГС с биопсией, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, развернутый анализ крови
3. при верификации диагноза – рак желудка- консультация и лечение у онколога
4. абсолютный риск развития рака - 70—90%. Это больные с синдромом Гарднера, лица с аденомами желудка, лица с дисплазией желудка, пищевод Баррета (в отношении проксимального рака желудка).
5. Больные, у которых обнаруживают слабую дисплазию, подлежат длительному наблюдению с интервалами раз в год. При умеренной дисплазии интервалы взятия повторных биопсий укорачивают до полугода. Больных с тяжелой дисплазией подвергают тщательному эндоскопическому

исследованию с обязательными и множественными повторными биопсиями с интервалами, не превышающими три месяца. При этом следует думать не столько о возможной малигнизации этой дисплазии, сколько о поисках рака, учитывая частое сосуществование рака и тяжелой дисплазии.

3.1.3.

1. Обострение хронического преимущественно антрального Н.р.-ассоциированного гастрита.
2. ФГДС с биопсией, Н.р.-статус, развернутый анализ крови, гастропанель.
3. Уменьшение количества нормальных антральных желез, выраженный склероз, отсутствие воспалительной реакции, Н.р.- «+».
4. Атрофия описывается как необратимое уменьшение количества нормальных желез с замещением их метаплазированным эпителием или фиброзной тканью.
2. Эрадикация, базисная профилактика (правильное питание – овощи, фрукты, антиоксиданта: витамины А, В, Е), отказ от курения, приема алкоголя.

3.1.4.

1. Обострение хронического Н.р.-ассоциированного пангастрита, дуоденита.
2. Биопсия СОЖ, Н.р.-статус, развернутый анализ крови.
3. Кишечная метаплазия - замещение эпителия клетками, не свойственными или всему органу (кишечная и реснитчатая метаплазия) или его функционально/морфологическому отделу (пилорическая метаплазия). В участках метаплазии представлены все клеточные элементы, свойственные кишечному эпителию: каемчатые, бескаемчатые и бокаловидные энтероциты, а также клетки с апикальной зернистостью и эндокринные.
4. В последнее время выделяют 2 фенотипа ХГ - классический антральный и фундальный.
5. Эрадикационное лечение с контролем полноты эрадикации через 4 недели.

3.1.5.

1. Прием НПВП
2. Пожилой возраст, пол, вид и доза препарата, продолжительность лечения, курение, употребление алкоголя, одновременный прием других препаратов, Н.р.-инфекция,

сопутствующая патология (ГЭРБ, цирроз печени, патология ССС, гастропарез).

3. НПВП- ассоциированный антральный (с наличием острых эрозий) гастрит .
4. Отменить прием НПВП, антитела к Н.р., эрадикационная терапия при наличии Н.р.
2. ИПП.

3.1.6.

1. Обострение хронического лимфоцитарного пангастрита (особая форма).
2. УЗИ органов брюшной полости, развернутый анализ крови, колоноскопия.
3. Лимфоцитарная инфильтрация захватывает только СО, в других случаях и собственную пластинку, в 78% случаев диагностируется пангастрит, эрозивные поражения СО так же распространяются на все отделы желудка.
4. С целиакией.
5. Снижение пепсиногена I ниже порогового значения свидетельствует об атрофии тела желудка.

3.1.7.

1. Обострение хронического эозинофильного гастрита (особая форма) с преимущественным поражением антрального отдела желудка.
2. На долю других особых форм ХГ (эозинофильного, лимфоцитарного, гранулематозного) приходится 1%.
3. Инфильтрация эозинофилами не только поверхностного эпителия СОЖ, но и других слоев стенки желудка, поражается преимущественно антральный отдел.
4. В 25% эозинофильный гастрит сочетается с аллергическими заболеваниями – бронхиальной астмой, пищевой аллергией и др.
5. О глубокой атрофии фундального отдела желудка.

3.1.8.

1. Рефлюкс-гастрит культи желудка. Состояние после резекции 2/3 желудка по поводу язвенного стеноза.
2. Рентгеноскопия, морфологическое исследование СО культи желудка, биохимические и развернутый анализ крови, УЗИ органов брюшной полости, Н.Р.-статус
3. Проявляется резким уплощением базофильного эпителия, почти не содержащего слизи с высоким насыщением РНК. По своему виду эпителий при рефлюкс-гастрите напоминает

эпителий краев язв. Воспалительная инфильтрация минимальная или отсутствует.

4. Сиднейская система (1990), Хьюстонская модифицированная (1996), классификация ХГ (Atrophy Club, 2002), международная классификация ХГ, названная системой OLGA (Operative, Link Gastritis Assessment, 2005)
5. Эрадикация при наличии Н.р., прокинетика, сорбенты, ферменты ПЖ.

3.1.9.

1. Обострение хронического Н.Р.-ассоциированного преимущественно антрального гастрита.
2. Гастробиопсия, Rg с барием, УЗИ органов брюшной полости.
3. Мультифокальный гастрит - истинный предрак. Распространен в регионах с высокой частотой рака желудка (Колумбия, Новый Орлеан). Поражается область угла желудка, малая кривизна интермедиарная зона.
4. Дисплазия и атрофия ассоциированные процессы, т.к. по определению оба отражают нарушения клеточного обновления. Атрофия – предраковое состояние, кишечная метаплазия развивается параллельно с атрофией и является ярким маркером последней.
2. Эрадикационное лечение с контролем эрадикации.

3.1.10.

1. Диагноз: необследованная диспепсия.
2. ФГДС с биопсией СОЖ и гистологическим исследованием, дыхательный и гистологический тест на наличие Н.р., рентгеноскопия желудка, УЗИ органов брюшной полости, флюорография, общий и биохимический анализ крови, анализ мочи общий.
3. Дифференциальная диагностика: с хроническим панкреатитом, холециститом, язвенной болезнью, дуоденитом.
4. Лечение: при наличии Н.р. – эрадикация с контролем полноты, при отсутствии – ИПП.
5. Дисплазия - это нарушение процессов дифференцировки и изменение как морфологии отдельных клеток, так и гистоархитектоники. Дисплазия и атрофия ассоциированные процессы, т.к. по определению оба отражают нарушения процессов клеточного обновления. Именно дисплазия является непосредственным и абсолютным предраком желудка. Дисплазию в соответствии Падуанской классификацией разделяют по градациям на: дисплазию низкой степени градации и дисплазию высокой степени градации.

Тема 3.2. «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки».

3.2.1.

1. А) Включение метронидазола в эрадикационные схемы первой линии в России нецелесообразно ввиду очень высокой распространенности резистентных к нему штаммов *H. pylori*. Б) Комбинация препаратов неверно подобрана. Согласно Маастрихту – 3 от 2005г терапия первой линии представляет собой комбинацию: ИПП 20мг * 2 раза в день + кларитромицин 0,5г * 2 р/д + амоксициллин 1г * 2 р/д, одновременный прием висмута в дозе 240 мг * 2 р/д вполне допустим. В) Контроль эффективности эрадикации следует осуществлять не ранее чем через 1 мес после завершения лечения во избежание ложноотрицательных результатов.
2. Не взята биопсия из краев и дна язвы желудка, не проведено рентгеновское исследование желудка.
3. Нет, не является. Тонкокишечная метаплазия является легко определяемым маркером атрофии СОЖ.
4. Да.
5. Наличие косвенных визуальных данных злокачественной язвы желудка при отсутствии морфологического подтверждения.

3.2.2.

1. Язвенная болезнь, осложненная ЖК-кровотечением. ЖДА.
2. Синдром Меллори-Вейса, рак желудка, эрозивные поражения СОЖ.
3. Фиброгастродуоденоскопию, Н.р.-статус.
4. Острая постгеморрагическая анемия.
2. Достижение гемостаза, эрадикационное лечение при наличии Н.р.

3.2.3.

1. Язвенная болезнь с локализацией в желудке, обострение. Н.р.-статус не определен. Осложненная ЖК-кровотечением. Постгеморрагическая ЖДА.
2. С раком желудка.
3. ФГС с прицельной биопсией, рентгеноскопия желудка, ат к Н.р.
4. Остановка кровотечения, эрадикационная терапия при наличии Н.р., терапия анемии.
5. Наличие косвенных визуальных данных злокачественной язвы желудка при отсутствии морфологического подтверждения.

3.2.4.

1. Язвенная болезнь, осложненная ЖК-кровотечением. ГЭРБ.
2. С ИБС, дивертикулами пищевода, ГПОД.
3. Эзофагогастрофиброскопию, рентгеноскопию пищевода.
4. Не проводилось лечение ГЭРБ, не проведено эндоскопическое исследование, Н.р.- статус.
2. Остановка кровотечения, в\в введение ИПП с последующим переходом на длительный пероральный прием, эрадикационная терапия при наличии Н.р.

3.2.5.

1. Прием НПВП.
2. Пожилой возраст, пол, вид и доза препарата, продолжительность лечения, курение, употребление алкоголя, одновременный прием других препаратов, Н.р.-инфекция, сопутствующая патология (ГЭРБ, цирроз печени, патология ССС, гастропарез).
3. Обострение НПВП- ассоциированной язвенной болезни с локализацией в пилорическом отделе желудка с наличием острых эрозий, осложнившихся кровотечением.
4. Отменить прием НПВП, гемостатическая терапия, ат к Н.р., в\в введение ИПП с переходом на пероральный прием, эрадикационная терапия при наличии Н.р.
5. ИПП.

3.2.7.

1. Рак желудка.
2. Метастатический процесс.
3. ФГС или эндоскопическое УЗИ, УЗИ органов брюшной полости, рентгеноскопия желудка. Исследование функциональных проб печени, анализ мочи, свертывающая система крови.
4. Атрофический гастрит, Н.р.-ассоциированный, мультифокальный атрофический гастрит, аутоиммунный атрофический гастрит, гастрит культи желудка, генетические болезни –синдром Гарднера, синдром Линча и др.
5. Консультация онколога, хирургическое лечение.

3.2.8.

1. Обострение НПВП-ассоциированной язвенной болезни с локализацией в луковице ДПК, 3*4 см в диаметре.
2. Дыхательный и морфологический тест на наличие Н.р.
3. Терапия неадекватна: маленькая доза омепразола, неверный ритм его приема, в терапии не учитывается Н.р.-статус.

4. Необходимо исследование Н.р.-статуса, при наличии Н.р.- провести эрадикацию. До этого основным методом терапии – ИПП по 20 мг 2 раза в день, ИПП принимаются за 20 минут до приема пищи. Отменить прием НПВП.
5. В случае осложненного течения язвенной болезни, при локализации язвы в желудке, при подозрении на инфильтративную форму рака.

3.2.9.

1. Субкомпенсированный стеноз привратника возможно язвенной этиологии, ЖДА.
2. ФГС с биопсией, Rg с барием, УЗИ органов брюшной полости, флюорография органов грудной клетки, ЭКГ, общий и биохимические анализы крови, в том числе определение электролитов, ан. Мочи, свертывающая система, маркеры вирусных гепатитов.
3. Со стенозом раковой этиологии.
4. В 70 % - пилороантральная локализация, чаще в интермедиарных зонах.
2. Подготовка больного к оперативному пособию: коррекция анемии, диспротеинемии, электролитных нарушений нутритивного статуса.

3.2.10.

1. Язвенная болезнь, осложненная пилоростенозом.
2. Эзофагогастродуоденоскопия, рентгеноскопия желудка, полный клинический анализ крови, биохимический анализ крови (белковые фракции, холестерин, глюкоза, мочевины, креатинин, билирубин, АСТ, АЛТ, электролиты крови), ССК, анализ мочи, ЭКГ.
3. Хирурга.
4. Оперативное лечение.
5. Нет, учитывая клиническую картину имеет место суб- или даже декомпенсированный пилоростеноз. Прокинетики не эффективны.

Тема 3.3. «Заболевания желчевыделительной системы».

3.3.1.

1. Острый описторхоз.
2. Синдром желтухи, лихорадка, лейкоцитоз, ускоренная СОЭ, эозинофилия.
3. Многократное дуоденальное зондирование и кал на яйца глистов, антитела к описторхиям, ПЦР крови на описторхоз.

4. Бильтрицид 65-75 мг/кг веса больного на курс с предварительной подготовкой.
5. Длительная желчегонная терапия (тюбажи, желчегонные травы, желчегонные таблетированные формы) до 3-6 месяцев.

3.3.2.

1. Функциональное расстройство желчного пузыря
2. Гиперкинетическая форма.
3. Сокращение желчного пузыря более, чем на 2/3 после желчегонного завтрака.
4. Диета: стол 5, спазмолитики, седативная терапия.
5. Мебеверин (дюспаталин, спарекс), пинаверия бромид (дицетел), метеоспазмил, гиосцина бутилбромид (бускопан), дротаверин (нош-па).

3.3.3.

1. Проживание в г. Ачинске (Обский бассейн) позволяют заподозрить хронический описторхоз.
2. Имеются клинико-лабораторные данные хронического холецистита (уплотнение стенки желчного пузыря, увеличение его размеров, болезненность при пальпации в точке желчного пузыря), хронического панкреатита (увеличение размеров ПЖ, болезненность в зоне Шофара, стеаторея и креаторея). Можно думать о хроническом описторхозе, нельзя исключать также и непаразитарный хр.холецистит и хр.панкреатит. Корешковый синдром остеохондроза также может давать абдоминальные боли.
3. Расширение холедоха до 10 мм по УЗИ.
4. Дуоденоскопия и РХПГ.
5. Камень холедоха, стриктура холедоха в месте впадения в Б.Д.С., патологию фатерова соска (папиллит, опухоль, дивертикул). (Примечание. больному была проведена дуоденоскопия, обнаружившая нарушение оттока желчи, что еще более подтвердило необходимость проведения РХПГ. На РХПГ-аденома фатерова соска, удалена эндоскопически).

3.3.4.

1. Функциональное расстройство желчного пузыря по типу гиперкинезии.
2. Высоким уровнем эстрогенов, способствующим спазмам.
3. Толщина и плотность стенки желчного пузыря.
4. Количество, время и скорость истечения пузырной желчи.
5. Спазмолитики, седативная терапия, ванны хвойно-жемчужные, электросон.

3.3.5.

1. Предварительный диагноз: Хронический описторхоз.
2. План обследования: общий белок и его фракции, амилаза крови, липаза крови, общий билирубин и его фракции, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, сахар крови, кал на описторхии и я/г 5-кратно, дуоденальное зондирование, УЗИ органов брюшной полости.
3. Дуоденальное зондирование, кал на яйца/г методами обогащения, ПЦР на описторхоз.
4. План лечения: инфузионная, дезинтоксикационная терапия, десенсибилизирующие средства, энтеросорбенты. При подтверждении диагноза описторхоза – билтрицид.
5. Длительная желчегонная терапия (тюбажи по схеме, желчегонные травы и таблетированные формы) до 3-6 месяцев.

3.3.6.

1. Хронический холецистит. Полипоз желчного пузыря.
2. Уплотненная стенка желчного пузыря является эхографическим признаком хронического холецистита.
3. Наличие эховзвеси в желчном пузыре является эхографическим признаком его гипомоторной дисфункции.
4. Наблюдательная тактика
2. Дробный режим питания, желчегонные, ферменты с желчными кислотами в составе (фестал, энзистал), про- и пребиотики.

3.3.7.

1. Риск злокачественного перерождения.
2. Холецистэктомия.
3. Изначальный размер полипа 10мм, увеличение в размерах полипа до 11 мм в течение года, возраст старше 50 лет.
4. Эндоскопическое УЗИ, КТ, МРТ.
5. Дробный режим питания, желчегонные, ферменты с желчными кислотами в составе (фестал, энзистал), про- и пребиотики.

3.3.8.

1. ЖКБ. Желчная колика.
2. Отсутствие свободного газа в брюшной полости у данной пациентки исключает перфорацию полых органов в результате травмы или сопутствующей патологии (перфоративная язва).
3. Отсутствие чаш Клойбера исключает у данной пациентки наличие острой кишечной непроходимости.
4. Оперативное.

5. Холецистэктомия из мини доступа. Лапароскопическая холецистэктомия не показана из-за имеющегося в анамнезе абдоминального оперативного вмешательства по поводу удаления кисты яичника.

3.3.9.

1. ПХЭС: ФРСО по билиарному типу, 3 вариант.
2. Дифференциальный диагноз следует проводить с органической патологией холедохопанкреатодуоденальной зоны на фоне ПХЭС
3. Консервативная терапия, динамическое наблюдение.
4. Дуоденоскопия. В случае отсутствия эффекта от медикаментозной терапии при купировании болевого синдрома - РХПГ.
5. Нифедипин для снятия приступа, в последующем спазмолитики, седативные, диета №5, дробный режим питания.

3.3.10.

1. ПХЭС. Механическая желтуха.
2. Дифференциальный диагноз следует проводить с холедохолитиазом, стриктурой терминального отдела холедоха, рубцовым стенозом БДС, неопластическим процессом холедохопанкреатодуоденальной зоны.
3. Дуоденоскопия, РХПГ
4. Сфинктеропапиллотомия, дилатация и стентирование БДС.
5. Холедоходуоденоанастомоз, холедохоеюноанастомоз.

Тема 4.4. «Хронические гепатиты».

3.4.1.

1. БВК, методом исключения АИГ, т.к. причинами раннего развития цирроза печени у детей является БВК и АИГ.
2. Уровень церулоплазмينا в сыворотке крови, исследование роговицы щелевой лампой (кольцо Флейшера), уровень выделения меди с мочой, содержание меди в ткани печени (в норме 50 мкг на 1 г сухой массы), консультация невропатолога (поражение ЦНС).
3. гипергамма-глобулинемия, ранний дебют заболевания с признаков поражения печени, отсутствие поражений ЦНС и признаков поражения других органов и систем, нет родственников, страдающих БВК.
4. С вирусными гепатитами, АИГ.
5. Ортотопическая трансплантация печени, прием Д-пенициллина, симптоматическая терапия ПГ и ПКН.

3.4.2.

1. ПСХ в ассоциации с БК с преимущественным поражением 12-перстной и подвздошной кишки.
2. УЗИ органов брюшной полости, ФГС, состояние иммунного статуса, определение концентрации СА-19-9 (диагностика холангиокарциномы).
3. Обильная инфильтрация лимфомакрофагальными элементами с примесью плазматических клеток, возможно наличие гранулем.
4. С ПБЦ.
5. Препараты УДХК, метатрексат, трансплантация печени.

3.4.3.

1. Первичный билиарный цирроз печени.
2. Общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов, ретикулоцитов, анализ мочи с определением желчных пигментов и уробилина, АЛТ, АСТ, β -липопротеиды, сахар, «печеночные» пробы - протромбин, анализ крови на гемостаз, фибриноген, тимоловая проба, общий белок и фракции, диагностика мезенхимально-воспалительного синдрома - иммуноглобулины, ЦИК, СОЭ, лейкоцитоз. Пункционная биопсия печени, колоноскопия.
3. Холестаз, пролиферация желчных протоков, септальный фиброз, гранулемы.
4. С ПСХ.
5. Лечение: урсодезоксихолевая кислота 15 мг/кг, метатрексат, витамины А, Д, Е, К, сеансы плазмафереза, гемосорбции, пересадка печени.

3.4.4.

1. Хронический гепатит В, репликация.
2. HBs Ag, количественная ПЦР на наличие ДНК HBV, ПЦР на наличие РНК HDV, общие анализы крови и мочи, уровень билирубина и его фракции, общий белок и белковые фракции, уровень холестерина крови, β -липопротеидов, ЩФ, АсАТ, АлАТ, ГГТП, тимоловая проба, сахар крови, ФГДС, RRS, УЗИ печени, селезенки, желчного пузыря, поджелудочной железы.
3. Гепатомегалия, холемия, астеновегетативный синдром.
4. Монотерапия ПЕГ ИФ или терапия нуклеозидами (энтековир, телбивудин) сроком не менее 48 недель.
5. А) Тестирование донорской крови. Б) Вакцинация. В отношении ХГВ вакцинация приоритетна. В настоящее время используются следующие вакцины: Энджерикс В, ЛТД, H-VaxII. Активная иммунизация показана: HBsAg-негативным контактным с больными лицами, больным хронической

почечной недостаточностью, находящимся на гемодиализе, персоналу учреждений для умственно отсталых, стоматологам, гомосексуалистам, проституткам при впервые возникшем асците, у всех госпитализированных в стационар больных с асцитом, а также при необъяснимом ухудшении состояния у больных циррозом печени и асцитом.

3.4.5.

1. Хронический аутоиммунный гепатит.
2. Определение антиядерных (ANA) антител, антител к гладкой мускулатуре (SMA), а также микросомальных антител к почкам и печени (LKM) и антител к растворимому печеночному антигену (SLA). Уровень церулоплазмينا в сыворотке крови, общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов, ретикулоцитов, анализ мочи с определением желчных пигментов и уробилина, печеночные пробы – протромбиновое время и индекс, фибриноген, анализ крови на гемостаз, фибриноген, тимоловая проба, общий белок и фракции, диагностика мезенхимально-воспалительного синдрома - иммуноглобулины, ЦИК, СОЭ, лейкоцитоз, тимоловая проба, ФГДС.
3. С БВК, лекарственным гепатитом, ПБЦ.
4. Астено-вегетативный, лихорадочный, гепатомегалия, желтуха, цитолиз, мезенхимально-воспалительный синдром.
5. Лечение: Назначаются глюкокортикоиды (преднизолон) и цитостатики (азатиоприн, метотрексат). В начале назначается преднизолон в дозе 30-40 мг на 1 мес, затем доза преднизолона снижается на 5 мг в месяц до 10 мг в сутки. Поддерживающая доза принимается не менее 2 лет от начала лечения (Пальцев А.И. и соавт., 1997). При выраженной активности процесса и недостаточной эффективности кортикостероидной терапии добавляют азатиоприн в дозе 50-100 мг в сутки. По мере достижения ремиссии дозу снижают до 25 мг. Поддерживающая доза азатиоприна назначается на 3-6 месяцев.

3.4.6.

1. Хронический гепатит С, фаза реактивации, средней степени активности.
2. Генотип вируса, печеночные пробы, ТТГ, церулоплазмин, сывороточное железо.
3. Комбинированная противовирусная терапия в составе ПЕГ ИФ альфа 2в 1,5 мг/кг /нед, рибаверин 10,6 мг/кг/сут.
4. При генотипе 1 – не менее 48 недель, при малой концентрации вируса и развитии быстрого вирусологического ответа (отриц.

ПЦР через 4 недели) – 24 недели, при генотипах 2 и 3 продолжительность терапии может составить 24 недели.

5. Благоприятный при достижении СВО.

3.4.7.

1. Болезнь Вильсона-Коновалова.
2. ПБЦ, лекарственный, алкогольный гепатиты.
3. А) Диагностические критерии: Кольцо Кайзера – Флейшера – коричнево – зеленоватая пигментация на периферии роговицы глаза (осмотр в щелевой лампе!), снижение уровня сывороточного церулоплазмينا ($< 0,2$ г/л) и уровня меди, увеличение экскреции меди с мочой (> 100 мкг за 24 часа), биопсия печени – накопление меди в гепатоцитах, определяемое специальной окраской; Б) консультация невропатолога; В) Специальное генетическое исследование, члены семьи больного должны быть обследованы на болезнь Вильсона.
4. Купренил постоянно (средняя доза 1000 мг в сутки), ортотопическая трансплантация печени.
5. Без проведения трансплантации - развитие цирроза печени или гепатоцеллюлярной карциномы.

3.4.8.

1. Хронический гепатит С, средней степени активности, реактивация. Криоглобулинемический гломерулонефрит, ассоциированный с HCV инфекцией; быстро прогрессирующее течение с развитием ОПН. Инфекция мочевыводящих путей. Правосторонняя н/д пневмония. Аспергиллома правого легкого.
2. Больная была инфицирована HCV около 20 лет назад, во время проведенных операционных вмешательств. В последующем появились внепеченочные проявления HCV, прежде всего смешанная криоглобулинемия (СКГ), ассоциированная с HCV – инфекцией, ведущим проявлением которой явился криоглобулинемический нефрит с развитием нефротического синдрома. В дальнейшем назначение иммуносупрессивной терапии (ГКС + циклофосфан) явилось фактором, провоцирующим активность бактериальной флоры (присоединение мочевой инфекции и пневмонии) и вирусной инфекции ($\uparrow$ ТА), что осложнило тяжесть патологического процесса с развитием ОПН.
3. Криоглобулинемический нефрит; кожная пурпура; артралгии; синдром Рейно; нейропатия.
4. Гемодиализ; иммуносупрессивная терапия.

2. «Пульс» - терапия: сначала в/в по 800-1000 мг циклофосфана и/или метилпреднизолон; затем – прием препаратов внутрь (ГКС 1,0 – 0,5 г/кг и/или циклофосфан 2мг/кг) – 3 мес.
3. Определение концентрации вируса и его генотип, комбинированная терапия ПЕГ ИФ 1,5 мг/кг/нед + Рибаверин.10,6 мг/кг/сут.

3.4.9.

1. Субкомпенсированный цирроз печени смешанной этиологии (ХГС +этанол), класс В по Чайлд-Пью. ВПГ: спленомегалия. ПКН.
2. Количественная ПЦР на наличие РНК HBV, общие анализы крови и мочи, уровень билирубина и его фракции, общий белок и белковые фракции, уровень холестерина крови, β -липопротеидов, ЩФ, АсАТ, АлАТ, ГГТП, тимоловая проба, сахар крови, ФГДС, RRS, УЗИ печени, селезенки, желчного пузыря, поджелудочной железы.
3. Комбинированная противовирусная терапия в режиме LADR, симптоматическая терапия (терапия синдрома ПГ, ПКН).
4. Синдром малых печеночных признаков.
5. Компенсированный цирроз печени, класс а (5баллов) по Чайлд-Пью.

3.4.10.

1. Диагноз: аутоиммунный гепатит, форма - люпоидный.
2. Печеночноклеточная.
3. Повышенные титры антител к гладким мышечным волокнам и митохондриям, отсутствие HBs-антигена, anti HCV, высокие ЦИК и гаммаглобулины.
4. Преднизолон 30 - 40 м-г в сутки в течение 4 - 10 недель с последующим снижением до поддерживающей дозы 10 - 20 мг до достижения клинике - лабораторной и гистологической ремиссии (от 6 месяцев до 2 лет).
5. Обострение язвенной болезни; повышенный уровень артериального давления; сахарный диабет; активная форма туберкулёза лёгких; катаракта; геморрагический синдром; хронические бактериальные, вирусные и паразитарные инфекции.

Тема 3.5. «Циррозы печени».

3.5.1.

1. Диагноз: Цирроз печени вирусной этиологии в стадии декомпенсации, класс С по Чайлд-Пью. ВПГ: ВРВП. ПКН.

Осложнение: Кровотечение из вен пищевода или желудка.
Прекоматозное состояние.

2. После стабилизации гемодинамики – ФГС, лигирование ВРВП, исследование функциональных проб печени, этиотропная диагностика – маркеры вирусных гепатитов, синдром цитолиза, холестаза, УЗИ органов брюшной полости.
3. Лечение: гемостатическая терапия, в\в сандостатин введение зонда Блэкмора, дезинтоксикационная терапия, антибиотики, клизмы, кровезаменители.
4. Декомпенсация.
5. Прием алкоголя, прекращение приема медикаментозных средств.

3.5.2.

1. Диагноз: Цирроз печени (неуточненной этиологии), ст. субкомпенсации, класс В по Чайлд-Пью. ВПГ: асцит. ПЖН.
2. Общий анализ крови, ретикулоциты, общий анализ мочи, билирубин и его фракции, холестерин крови, АсАТ, АлАТ, ГГТП, мочевая кислота в крови, креатинин, сахар крови, ФГДС, УЗИ органов брюшной полости, RRS, кал на дисбактериоз, иммуноглобулины крови, серологические маркеры вируса гепатита В, С, Д.
3. Симптоматическая терапия – терапия ПЖ – верошпирон, петлевые диуретики, неселективные бета-блокаторы, лигирование ВРВП, терапия энцефалопатии – Гепамерц, лактулоза, курсы антибиотиков, ферменты п\ж без желчных кислот.
4. У пациентки диагностируется стадия декомпенсации процесса, поэтому прогноз серьезный – кровотечение из ВРВП -35%, печеночная ком а- инфекционные осложнения, в том числе спонтанный бактериальный перитонит, ГРС.
5. Синдром портальной гипертензии, печеночно-клеточной недостаточности. Гепатомегалия, малые признаки ЦП.

3.5.3.

1. Декомпенсированный цирроз печени, класс С по Ч-П, активное течение в исходе хронического гепатита В. ВПГ: асцит. Печеночно-клеточная недостаточность.
2. Два кардинальных синдрома ЦП - Портальная гипертензия (асцит), печеночно-клеточная недостаточность (гипоальбуминемия).
3. ФГС (варикоз), факторы свертываемости крови, в том числе ПВ, фибриноген, гемостаз, ПЦР, HBeAg, диагностический лапароскоп.

4. Синдром цитолиза.
5. Этиотропная и симптоматическая терапия- антагонисты альдостерона, петлевые диуретики, введение раствора альбумина.

3.5.4.

1. Цирроз печени (алкогольный), активное течение, стадия декомпенсации, класс С по Чайлд-Пью. ВПГ: асцит. ПКН.
2. Портальная гипертензия, гипопроотеинемия.
2. Синдромы: клеточной недостаточности, цитолиза (не резко выражен).
3. Постельный режим. Исключить алкоголь, ограничение соли, полноценное питание, верошпирон, петлевые диуретики.
4. При впервые возникшем асците, у всех госпитализированных в стационар больных с асцитом, а также при необъяснимом ухудшении состояния у больных циррозом печени и асцитом.

3.5.5.

1. Артралгии, анемический симптом, геморрагический синдром, гепатоспленомегалия, ВРВП IIст, клинико-лабораторные синдромы цитолиза, мезинхимально – воспалительный синдром.
2. Цирроз печени в исходе аутоиммунного гепатита высокой степени активности. Аутоиммунная гемолитическая анемия.
3. Митохондриальные антитела – АМА.
4. Физиотерапевтические процедуры на суставы кистей.
5. Комбинация ГКС + цитостатики с учетом степени выраженности цитолиза. Ферменты, биопрепараты, инфузионная терапия.

3.5.6.

1. Первичный билиарный цирроз печени.
2. Общий анализ крови, тромбоциты, ретикулоциты, анализ мочи с определением желчных пигментов и уробилина, билирубин и его фракции, АЛТ, АСТ, ГГТП, холестерин, β -липопротеиды, сахар, общий белок и фракции, протромбин, фибриноген, тимоловая проба, иммуноглобулины, ЦИК, ФГДС, RRS, лапароскопия с биопсией печени (либо биопсия под УЗИ контролем).
3. Лечение: урсодезоксихолевая кислота 20 мг/кг/сут, ортотопическая трансплантации печени.
4. Билирубин, холестерин, бета-липопротеиды, щелочная фосфатаза, ГГТП.

5. Пролиферация холангиол, деструкция и облитерация мелких желчных ходов, нарушение дольковой структуры печени - формирование ложных долек.

3.5.7.

1. Цирроз-рак печени, ВПГ: асцит, спленомегалия. ПКН.
2. КТ или МРТ органов брюшной полости, ФГС.
3. Консультация онколога.
4. Альфа-фетопротеин.
5. Гепатит.

3.5.8.

1. Синдром портальной гипертензии (над- или подпеченочной).
2. Синдром Бадда-Киари? тромбоз селезеночной вены?
3. Спиральная КТ с болюсным усилением, доплерография.
4. ЦП, острый алкогольный гепатит, метастатическое поражение брюшины, туберкулез органов брюшной полости, СН.
5. Отсутствие контрастирования печеночных вен, возможно гипертрофия каудальной доли печени.

3.5.9.

1. Цирроз печени, неуточненной этиологии. Не исключаются врожденные метаболические нарушения. Susp. болезнь Вильсона – Коновалова.
2. Церулоплазмин сыворотки крови, Исследования роговицы с помощью щелевой лампы.
3. Болезнь Вильсона – Коновалова, абдоминальная форма: цирроз печени, гемолитический криз в анамнезе.
4. Печеночные: желтуха, гепатомегалия, спленомегалия, отечно – асцитический синдром, печеночная энцефалопатия, печеночно – клеточная недостаточность, геморрагический синдром (спонтанные подкожные кровоизлияния, кровоточивость десен, слизистой носа), лихорадка, болевой абдоминальный синдром. Неврологические и психиатрические синдромы. Другие органые поражения: поражение почек (канальцевые дисфункции – синдром Фанкони, нефролитиаз, редко – гломерулонефрит); артралгии; кожный синдром (васкулиты); дисфункции яичников; гирсутизм, акне, стрии, ожирение, гинекомастия, зоб; самопроизвольные аборты; кольцо Кайзера-Флейшнера, «подсолнечная» катаракта; гемолиз, гемолитические кризы, лейкопения, тромбоцитопения; остеопороз, спонтанные переломы.
5. Желтуха, гепатомегалия, спленомегалия, печеночно – клеточная недостаточность, геморрагический синдром

(спонтанные подкожные кровоизлияния, кровоточивость десен, слизистой носа), лихорадка, артралгии, кожный синдром, кольцо Кайзера-Флейшнера, «подсолнечная» катаракта, гемолиз, гемолитические кризы, лейкопения, тромбоцитопения.

3.5.10.

1. Диагноз: Декомпенсированный цирроз печени класса В (или С) по Чайлд-Пью, вирусной этиологии. ВПГ: спленомегалия, асцит. ПКН.
2. Вирусная.
3. Серологические маркеры вируса гепатита В, С, Д. количественная ПЦР –РНК HCV, ДНК HBV, общий анализ крови, тромбоциты, ретикулоциты, анализ мочи, билирубин и его фракции, АЛТ, АСТ, ГГТП, холестерин, β -липопротеиды, сахар, общий белок и фракции, протромбин, фибриноген, тимоловая проба, иммуноглобулины, ЦИК, ФГДС, RRS, УЗИ органов брюшной полости.
4. Не показано ограничение белка и назначение преднизолона. Показан верошпирон по 100 мг в сутки, петлевые диуретики, при наличии ВРВП- неселективные бета-блокаторы, Гепа-мерц, лактулоза.
5. Назначение гепатопротекторов при ПЭ абсолютно противопоказаны.

Тема 3.6. «Хронические панкреатиты».

3.6.1.

1. Хронический панкреатит этаноловой этиологии с явлениями эндо- и экзокринной недостаточности. Панкреатогенный сахарный диабет.
2. Преимущественно стеаторея - с синдромом мальабсорбции.
3. Прекращение приема алкоголя, диета 3000 калл с ограничением жиров до 50-60 г. Панкреатин (креон, микрозим, мезим фортеи др) в больших дозах 4-5 г х 3 раза во время еды или другие комбинированные ферментные препараты.
4. Бигуаниды противопоказаны в связи с тем, что ухудшают всасывание жиров и усиливают кишечные расстройства, их следует заменить инсулином.
5. Характерны увеличение размеров, неровность контуров, пониженная эхогенность при отёке железы, неоднородность структуры, псевдокисты.

3.6.2.

1. Хронический панкреатит алкогольной этиологии с признаками экзокринной (поносы) недостаточности поджелудочной железы.
2. Синдромом maldigestive и мальабсорбции.
3. Амилаза печени или крови (повышение), эластаза, панкреатическая липаза, УЗИ поджелудочной железы (увеличение).
4. Стеаторею (капли нейтрального жира, мыла и кристаллы жирных кислот), может быть креаторея. Причина - недостаток панкреатических ферментов, прежде всего липазы.
5. Лечение неадекватно. Не указано на необходимость прекращения приема алкоголя и обильное питье (гипогидратация). Панкреатин следует назначать в больших дозах (3-4 т. ед) и чаще (5-6 раз), лучше креон или Контрикал. Атропин в настоящее время не входит в фармакопею ХП.

3.6.3.

1. Диагноз: обострение хронического рецидивирующего панкреатита с нарушением экскреторной функции.
2. Синдромом плохого питания из-за нарушения кишечного пищеварения и всасывания.
3. Амилаза крови, УЗИ поджелудочной железы, липаза крови, диастаза мочи.
4. Стеаторею (капли нейтрального жира, мыла и кристаллы жирных кислот), может быть креаторея. Причина - недостаток панкреатических ферментов, прежде всего липазы.
5. Склонность к гипогликемии, потребность в низких дозах инсулина, редкое развитие кетоацидоза, сосудистых и других осложнений.

3.6.4.

1. Диагноз: Хронический рецидивирующий панкреатит в фазе обострения. Сахарный диабет? Дисбактериоз?
2. План обследования: общий белок и его фракции, амилаза, панкреатическая липаза, общий билирубин и его фракции, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, сахар крови, гликозилированный гемоглобин, кальций крови, УЗИ поджелудочной железы, желчного пузыря, печени, КТ поджелудочной железы, копрограмма, кал на дисбактериоз.
3. Лекарственный панкреатит встречается примерно в 2% случаев
4. План лечения: первые три дня голод, затем стол №5п, в/в баралгин 5 мл, раствор Рингера 1000 мл, «Дисоль», но-шпа, при высоких значениях амилазы крови - сандостатин, ферменты, биопрепараты - после получения анализа кала на дисбактериоз.

5. Ранним признаком экзокринной недостаточности поджелудочной железы выступает стеаторея, которая возникает при снижении панкреатической секреции на 10% по сравнению с нормой.

3.6.5.

1. Проживание в г. Ачинске (Обский бассейн), клинико-лабораторные данные хронического холецистита, хронического панкреатита отсутствие эффекта терапии последнего позволяет думать о нераспознанном описторхозе.
2. Расширение диаметра холедоха по УЗИ, увеличение размеров желчного пузыря требуют исключать причину билиарной гипертензии - холедохолелитиаз, воспалительная стриктура дистального отдела холедоха, патология фатерова соска.
3. Дуоденоскопия, РХПГ, дуоденальное зондирование, 5-кратное исследование кала на ялг и описторхидеи.
4. При обнаружении яиц сибирской двуустки в дуоденальном содержимом - Прозиквантель 65-70 мг\кг\курс, затем желчегонные, если позволит состояние ПЖ, ферменты (креон, мезим, энзистал и др) длительно, ИПП, при необходимости – ненаркотические анальгетики, контроль эффективности противоописторхозной терапии через 6 месяцев.
5. Алкоголь, патология билиарной системы (ЖКБ).

3.6.6.

1. Рак головки поджелудочной железы. Механическая желтуха.
2. С другими причинами билиарной гипертензии - холелитиаз, рак фатерова соска.
3. Механическая желтуха, возникшая без предшествующей печеночной колики, увеличенный диаметр общего желчного протока при отсутствии конкрементов на УЗИ.
4. УЗИ повторно после подготовки (прием эспумизана, метеоспазмил, карболена накануне обследования), дуоденоскопия, КТ или МРТ органов брюшной, РХПГ.
5. При подтверждении рака – оперативное лечение.

3.6.7.

1. Псевдокиста поджелудочной железы.
2. С опухолью желудка или толстой кишки.
3. УЗИ органов брюшной полости, спиральная ТГ, МРТ.
4. Плановое оперативное вмешательство.
5. Больные средней и тяжелой степени тяжести ХП наблюдаются гастроэнтерологом. Контрольные обследования 3-4 раза в год. Диетическое питание (в рамках диеты №5). Нутритивная

коррекция (витаминоминеральные комплексы с высоким содержанием антиоксидантов, жирорастворимых витаминов). Противорецидивное лечение (полиферментные препараты) назначается каждые 2-3 месяца, при необходимости на 6 месяцев и более. При полифекалии с признаками стеатореи доза ферментных препаратов увеличивается (30 тыс. Ед из расчета активности панкреатической липазы), они назначаются пожизненно. При неэффективности высоких доз ферментов, к терапии добавляют ИПП в стандартных или удвоенных дозах. При болевом синдроме – ненаркотические анальгетики.

3.6.8.

1. Прогрессирующее течение панкреонекроза.
2. Тотальным поражением поджелудочной железы.
3. УЗИ, КТ, МРТ, лапароскопия.
4. Введение спазмолитических препаратов и ненаркотических анальгетиков, ферменты поджелудочной железы, ИПП, инфузионная терапия, коррекция электролитного обмена, диетотерапия.
5. Показанием для назначения ферментов выступает стеаторея с потерей более 15 г жира за сутки, сочетающаяся с поносом и снижением массы тела. Для обеспечения нормального процесса пищеварения при полноценном питании больных с выраженной внешнесекреторной недостаточностью необходим приём 10 000—30 000 ЕД липазы с каждым приёмом пищи.

3.6.9.

1. Обострение хронического рецидивирующего панкреатита, не исключается острый панкреатит.
2. Введение спазмолитических препаратов и ненаркотических анальгетиков.
3. Срочная госпитализация в хирургический стационар.
4. Обструктивный, кальцифицирующий, воспалительный, лекарственный, наследственный.
5. Нарушения углеводного обмена встречаются у 30% больных с ХП и у половины из них – сахарный диабет (15%).

3.6.10.

1. Спиральной компьютерной томографией, ЯМР.
2. При хроническом болевом панкреатите или проводится консервативная терапия (обезболивающая, антибактериальная, детоксикационная) или операция (трансгастральная цистогастростомия и др).

3. Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы характеризуется нарушением процессов кишечного пищеварения и всасывания, развитием избыточного бактериального роста в тонкой кишке.
4. Хронический воспалительный (паренхиматозный) панкреатит характеризуется развитием очагов воспаления в паренхиме с преобладанием в инфильтратах мононуклеарных клеток и участков фиброза, которые замещают паренхиму поджелудочной железы. При этой форме ХП отсутствуют поражение протоков и кальцификаты в поджелудочной железе. Медленно прогрессируют признаки экзо- и эндокринной недостаточности, отсутствует болевой синдром.
5. Ненаркотические анальгетики или спазмоанальгетики – баралгин, анальгин, спазмолгон, парацетамол (500 мг 3—4 раза в сутки). При выраженном болевом синдроме назначают наркотически анальгетики (трамадол 800 мг/сут), препараты, снижающие давление в протоковой системе поджелудочной железы: холиноблокаторы (платифиллин, бускопан); миотропные спазмолитики (дротаверин, мебеверин, бускопан и др.), ферментные препараты

Тема 3.7. «Хронические воспалительные заболевания кишечника».

3.7.1.

1. Язвенный колит, рецидивирующее течение, фаза обострения, средне - тяжелая форма, активность II - III с поражением нисходящего отдела толстой кишки.
2. Осложнение - железодефицитная анемия вследствие кишечного кровотечения.
3. С болезнью Крона.
4. Препараты 5-АСК: сульфосалазин 4-6г/с или месалазина 3-3,5 г/с внутрь и per rectum, ГКС в начальной дозе 30мг/с, антибактериальная терапия (инфузии цефтриаксона 2г/с, метрогила), фолиевая кислота 0, 002г 3р/с, пробиотики (бифиформ, линекс), микрогранулированные ферменты (креон, микразим, эрмитель), препараты железа, солевые растворы и плазмозаменители (волювен, рефортан). При неэффективности терапии – применение моноклональных антител (инфликсимаб).
5. Фекальный кальпротектин.

3.7.2.

1. Язвенный колит.

2. Ректороманоскопию с биопсией, ирригоскопию и/или фиброколоноскопию с биопсией, копрологическое исследование кала, исследование кала на кальпротектин, исследование кала на дисбактериоз.
3. Язвенный колит, левостороннее поражение, средней степени тяжести, в стадии среднетяжелого обострения.
4. Препараты 5-аминосалициловой кислоты (месалазин per os и в микроклизмах), при плохом ответе – преднизолон, пробиотики, ферменты пищеварения без желчных кислот, фолиевая кислота, препараты железа, кишечные спазмолитики.
5. Нормализация стула (оформленный, отсутствие примеси крови), стойкая нормализация температуры, нормализация лабораторных показателей, эпителизация эрозий.

3.7.3.

1. Язвенный колит? Болезнь Крона? Эозинофильный колит? Ишемический колит? Инфекционный колит?
2. Копрология, кал на дисбактериоз, кал на сальмонеллез, диз. группу, тифо-паратифозную группу, условно-патогенную флору, кал на я/глист многократно, антитела к иерсиниям, биохимический анализ крови (общий белок и белковые фракции, холестерин, мочевины, билирубин, АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза, ГГТП, С-реактивный белок, серомукоид, железо сыворотки), УЗИ органов брюшной полости и малого таза, ЭГДС, ФЛГ, консультация гинеколога, после стихания воспалительных явлений – ирригоскопия и/или фиброколоноскопия с биопсией.
3. Для язвенного колита.
4. Язвенный колит, дистальный (проктосигмоидит), острое течение, тяжелая форма.
5. Высокие дозы аминосалицилатов (месалазина до 3-4г/с) per os и местно, глюкокортикоиды per os и парентерально, при недостаточном эффекте – инфликсимаб, антибактериальная терапия, инфузионно-детоксикационная терапия, витаминотерапия, препараты железа, ферменты, пробиотики.

3.5.4.

1. Болезнь Крона с поражением илеоцекального отдела кишки, обострение, среднетяжелое течение. Стриктура слепой кишки?
2. Илеоцекальный отдел, как в данном случае.
3. Любой отдел пищеварительной трубки от ротовой полости до анальной зоны.
4. Язвенным колитом, опухолевыми заболеваниями, туберкулезом кишки, саркоидозом кишки, целиакией, кишечными

инфекциями (в том числе амебиазом, иерсиниозом), ишемическим колитом.

5. Месалазин per os, глюкокортикоиды, азатиоприн, метронидазол, инфузионно-детоксикационная терапия; консультация колопроктолога. После снятия обострения повторно ирригоскопия для исключения стриктуры слепой кишки. В случае подтверждения данного осложнения – решение вопроса об оперативном пособии.

3.5.5.

1. Болезнь Крона, смешанной локализации с преимущественным поражением аноректальной зоны, рецидивирующее течение, об-е, средней степени тяжести.
2. Ирригоскопия/ирригография; рентгенологическое исследование тонкой кишки (пассаж бария); по показаниям – ФКС с биопсией; развернутый и биохимический (общий белок и белковые фракции, холестерин, билирубин, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, СРБ, серомукоид, фибриноген, мочевины, сывороточное железо) анализы крови, копрология.
3. Сакроилиит; рентгенографию пояснично-крестцового отдела позвоночника.
4. Нет, заподозрить болезнь Крона можно было раньше на основании рецидивирующего парапроктита.
5. Препараты 5-АСК (месалазин) местно и per os, иммуносупрессивная терапия (глюкокортикоиды, азатиоприн); учитывая осложненное течение заболевания (рецидивирующие свищи), показано назначение инфликсимаба (ремикейда), метронидазол, детоксикационная, витаминотерапия, ферменты пищеварения, пробиотики.

3.5.6.

1. Язвенный колит. Кишечная инфекция, болезнь Крона.
2. ФКС с биопсией, ирригоскопия, УЗИ органов брюшной полости, клинический и биохимический анализы крови, кал на яйца/глисты многократно, копрология, бак. посев кала, а/т к иерсиниям, лямблиям.
3. Язвенный колит, левосторонний, рецидивирующее течение, обострение, средней степени тяжести, осложненный суставным синдромом.
4. Данные ФКС и биопсии.
5. Препараты 5-АСК (сульфасалазин, месалазин); глюкокортикоиды, цитостатики (азатиоприн, метотрексат), инфликсимаб.

3.5.7.

1. Язвенный колит, тотальное поражение, непрерывное течение, средней степени тяжести.
2. Полиморфноклеточная инфильтрация слизистой оболочки, истончение, разрушение эпителия, уменьшение количества желез, микроабсцессы крипт.
3. Месалазин (салофальк) 4 г/сутки; преднизолон 30 мг/сутки с последующим снижением дозы; метронидазол 1,5 г/сутки; фолиевая кислота 0,001 3 раза/день; панкреатин (креон 10000 Ед 3 раза/день во время еды); бифиформ 1 капсула 2 раза/день.
4. Нормализация стула, в т.ч. отсутствие крови; нормализация лабораторных показателей (Нв, СОЭ, СРБ, серомукоида); отсутствие видимых изменений слизистой при контрольной ректоскопии.
5. Поддерживающая терапия месалазином (салофальк) 1 – 2 г/сутки длительно.

3.5.8.

1. Рак прямой кишки. Диагноз следует дифференцировать с язвенным колитом, болезнью Крона, хроническим геморроем.
2. Пальцевое исследование прямой кишки с последующей ректороманоскопией, ирригоскопия, общеклинические анализы
3. Рак прямой кишки. Дифференцировать с ворсинчатой опухолью.
4. Биопсия и гистологическое исследование выявленного образования прямой кишки.
5. Хирургическая.

3.5.9.

1. Дивертикулярная болезнь сигмовидной кишки
2. Отсутствие язв и эрозий прямой кишки при RRS однозначно исключает диагноз язвенного колита, т.к. при язвенном колите всегда поражается прямая кишка.
3. Кровотечение, развитие дивертикулита, абсцедирования, перфорации с перитонитом, дисбактериоз кишечника
4. Диета, богатая пищевыми волокнами, пищевые волокна в виде лекарственного препарата (мукофальк), слабительные (лактолоза, форлакс), курсы месалазина, про- и пребиотиков, ферменты пищеварения – по требованию.
5. Нет.

3.5.10.

1. Болезнь Крона с малигнизацией язв слепой кишки в аденокарциному слепой кишки.

2. Типичная локализация болезни Крона: илеоцекальный отдел кишечника, сочетанное поражение верхних отделов пищевой трубки: щелевидные язвы желудка, афтозные поражения слизистой полости рта.
3. Месалазин 4г/с, метронидазол 1,5г/с, энтерол, ИПП, микрогранулированные ферменты, фолиевая кислота, селективные спазмолитики (дюспаталин, спарекс, метеоспазмил, бускопан, дицетел), инфузии солевых растворов, аминокислот, гемостатики.
4. ФКС с биопсией, ирригоскопия.
5. Рецидив с-г кишечника, стенозирование анастомоза, обострение основного заболевания, оценить протяженность и активность свищевого хода.

Раздел 4. «Ревматические болезни».

Тема 4.1.: «Диффузные заболевания соединительной ткани».

4.1.1.

1. СКВ, острое течение, активность 2 с поражением почек, суставов, кожи, серозных оболочек, системы крови.
2. Обследование: ретикулоциты, мочевины, креатинин, LE-клетки, острофазовые показатели (сиаловые, серомукоид, с-реактивный белок), суточная потеря белка, УЗИ почек, Р-графия грудной клетки, консультация невропатолога, ЭХОКГ.
3. Преднизолон 30-50 мг/сут, циклофосфан 1000 мг в/в 1 раз в месяц, НПВП, антиагреганты (трентал, курантил).
4. Люпус-нефрит, учитывая уровень протеинурии необходимо уточнить суточную потерю белка и провести нефробиопсию.
5. Больная нетрудоспособна, учитывая то, что будет проводится пульс-терапия и трудовой прогноз в течение ближайшего года не ясен показано направление на МСЭК.

4.1.2.

1. Развернутый анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови (мочевина, креатинин, сиаловые, серомукоид, с-реактивный белок, белок, билирубин, трансаминазы), УЗИ почек и внутренних органов, рентгенография пищевода с контрастом, ЭКГ, ЭХОКГ.
2. Системная склеродермия, хроническое течение, активность 2.
3. Склеродермическое поражение легких (пневмофиброз) или склеродермическим поражением миокарда (кардисклероз).
4. Прогноз неблагоприятный, показано освидетельствование на МСЭК.

5. СКВ, облитерирующий тромбангиит, паранеопластический синдром.

4.1.3.

1. Ревматическая полимиалгия.
2. Развернутый анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови (мочевина, креатинин, сиаловые, серомукоид, с-реактивный белок, белок, билирубин, трансаминазы, КФК), онкопоиск (УЗИ внутренних органов, Р-графия грудной клетки, ФГС, консультация проктолога, Р-графия плоских костей, консультация гинеколога).
3. Показано назначение ГКС (преднизолон) в дозе 20-30 мг/сут, с последующим переходом на поддерживающую дозу 10-15 мг в течение длительного времени.
4. Прежде всего необходимо проводить онкопоиск, т.к. подобные симптому могут при паранеопластическом синдроме.
5. В сочетании с ревматической полимиалгией часто встречается темпоральный артериит.

4.1.4.

1. Определение концентрации КФК и ЛДГ сыворотки крови.
2. Биопсия мышц.
3. Дерматополимиозит.
4. Преднизолон в дозе 40-50 мг/сут.
5. Назначение цитостатиков в виде пульс-терапии показано при максимальной активности заболевания или при умеренной активности но недостаточной эффективности преднизолона.

4.1.5.

1. Развернутый анализ крови с ретикулоцитами, общий анализ мочи, ЛЕ-клетки, креатинин, С-реактивный белок.
2. Определение волчаночного антикоагулянта, кардиолипидных антител и антител к фосфолипидам.
3. Антифосфолипидный синдром, первичный.
4. Преднизолон в дозе 10-20 мг/сут, антиагреганты (ацетилсалициловая кислота), антикоагулянты (гепарин), плазмаферез, цитостатики.
5. Системной красной волчанкой со вторичным антифосфолипидным синдромом.

4.1.6.

1. СКВ, хроническое течение, активность 2-3, вторичный антифосфолипидный синдром.

2. Определение волчаночного антикоагулянта, кардиолипидовых антител и антител к фосфолипидам.
3. Преднизолон в дозе 30-40 мг/сут, антикоагулянты (гепарин 15-20000 ЕД/сут), плазмаферез, азатиоприн 200 мг/сут.
4. Гломерулонефрит, тромботическая микроангиопатия.
5. Первичный антифосфолипидный синдром, системная склеродермия.

4.1.7.

1. Синдром Шегрена.
2. Тест Ширмера.
3. Развернутый анализ крови (железодефицитная анемия, ускорение СОЭ, лейкопения), биохимический анализ крови (гиперпротеинемия, гипергаммаглобулинемия, возможно наличие антинуклеарных и ревматоидных факторов, антител к растворимым ядерным антигенам SS-A/Ro или SS-B/La).
4. Преднизолон 10-15 мг/сут, плаквенил по 200 мг х 2 раза в день.
5. С ревматоидным артритом, СКВ, системной склеродермией, аутоиммунным гепатитом, полимиозитом.

4.1.8.

1. РАК, общий анализ мочи, креатинин, С-реактивный белок, Р-графия грудной клетки, Р-графия пищевода с контрастом, консультация невропатолога.
2. Антитела к растворимым ядерным антигенам SS-A/Ro или SS-B/La.
3. Лимитированная склеродермия.
4. Плаквенил 200 мг х 2 раза в день, местно электрофорез с лидазой, мазь с гепарином.
5. С системной склеродермией.

4.1.9.

1. Развернутый анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови (мочевина, креатинин, сиаловые, серомукоид, С-реактивный белок, белок, билирубин, трансаминазы), УЗИ почек и внутренних органов, рентгенография пищевода с контрастом, ЭКГ, ЭХОКГ.
2. Смешанное заболевание соединительной ткани, хроническое течение, активность 2.
3. Пневмофиброзом или кардисклерозом.
4. Прогноз неблагоприятный, показано освидетельствование на МСЭК.
5. СКВ, системная склеродермия, полимиозит.

4.1.10.

1. Люпус-нефрит, учитывая уровень протеинурии необходимо уточнить суточную потерю белка и уточнить наличие нефротического синдрома.
2. СКВ, хроническое течение, активность 2 с поражением почек, суставов, кожи, нервной системы, системы крови.
3. Развернутый анализ крови с ретикулоцитами, мочевины, креатинин, ЛЕ-клетки, острофазовые показатели (сиаловые, серомукоид, с-реактивный белок), суточная потеря белка, УЗИ почек, Р-графия грудной клетки, консультация невропатолога, ЭХОКГ.
4. Преднизолон 40-60 мг/сут, пульс-терапия преднизолон 1000 мг в/в №3, циклофосфан 1000 мг в/в 1 раз в месяц, НПВП, антиагреганты (трентал, курантил).
5. Нефробиопсия, для уточнения морфологического варианта люпус-нефрита.

Тема 4.2.: «Системные васкулиты».

4.2.1.

1. Не более 10-15 мм рт. ст.
2. ДС с ЦДК подключичных, сонных и артерий верхних конечностей с последующей ангиографией перечисленных сосудов.
3. Неспецифический аортоартериит.
4. Сосуды крупного калибра.
5. Пульс-терапия преднизолон 1000 мг в/в №3, циклофосфан 1000 мг в/в №1 с частотой 1 раз в месяц в сочетании с преднизолоном внутрь в дозе 40-60 мг/сут.

4.2.2.

1. ДС с ЦДК артерий верхних и нижних конечностей с последующей ангиографией перечисленных сосудов.
2. Облитерирующий тромбангиит (болезнь Винивартера-Бюргера).
3. Сосуды среднего калибра.
4. Курение.
5. Атеросклероз, неспецифический аортоартериит.

4.2.3.

1. Развернутый анализ крови с ретикулоцитами, мочевины, креатинин, КФК, ЛДГ, острофазовые показатели (сиаловые, серомукоид, с-реактивный белок), общий анализ мочи, ДС с

ЦДК височных и сонных артерий с последующей ангиографией, Р-графия грудной клетки, УЗИ внутренних органов, ФГС.

2. Темпоральный артериит (болезнь Хортона) и ревматическая полимиалгия.
3. При ревматической полимиалгии и темпоральном артериите не характерно наличие специфических иммунологических маркеров.
4. Преднизолон в дозе 20-40 мг/сут, азатиоприн 100-150 мг/сут.
5. Атеросклероз, полимиозит, паранеопластический процесс.

4.2.4.

1. Развернутый анализ крови с ретикулоцитами, мочевины, креатинин, LE-клетки, АТ к нативной ДНК, острофазовые показатели (сиаловые, серомукоид, с-реактивный белок), общий анализ мочи, Р-графия грудной клетки, УЗИ внутренних органов, ФГС, дуоденальное зондирование, кал на я/г.
2. Геморрагический васкулит, кожно-суставно-почечная форма.
3. Гепарин 20000 ЕД/сут, НПВП (диклофенак по 50 мг х 3 раза в день).
4. Диффузные заболевания соединительной ткани (системная красная волчанка), паразитозы.
5. Трудовой прогноз благоприятный, рецидивирование симптомов заболевания встречается в 40%, более серьезный прогноз при сохраняющемся поражении почек и мочевого синдрома.

4.2.5.

1. Артериальной гипертензии, поражение нервной системы (двигательный полиневрит), поражение почечных артерий (шум в проекции почечных сосудов).
2. Развернутый анализ крови с ретикулоцитами, мочевины, креатинин, LE-клетки, острофазовые показатели (сиаловые, серомукоид, с-реактивный белок), общий анализ мочи, Р-графия грудной клетки, УЗИ внутренних органов, ФГС, маркеры вирусного гепатита В, УЗИ с ЦДК почечных артерий, ангиография почечных артерий.
3. Классический узелковый полиартериит, подострое течение, активность 3.
4. Микроскопический полиартериит, гранулематоз Вегенера, системная красная волчанка.
5. Трудовой прогноз неблагоприятный, пятилетняя выживаемость составляет 60-80%.

4.2.6.

1. Развернутый анализ крови с ретикулоцитами, мочевины, креатинина, LE-клетки, острофазовые показатели (сиаловые, серомукоид, с-реактивный белок), общий анализ мочи, Р-графия грудной клетки, УЗИ внутренних органов, ФГС, маркеры вирусного гепатита В, УЗИ с ЦДК почечных артерий, ангиография почечных артерий, консультация невропатолога.
2. АНЦА к миелопероксидазе, антинуклеарный фактор.
3. Микроскопический полиартериит, острое течение, активность 2-3.
4. Узелковый полиартериит, гранулематоз Вегенера, системная красная волчанка.
5. Трудовой прогноз неблагоприятный, пятилетняя выживаемость составляет 65%, необходимо направление больного на МСЭК.

4.2.7.

1. АНЦА к протеазе.
2. Развернутый анализ крови с ретикулоцитами, мочевины, креатинина, LE-клетки, острофазовые показатели (сиаловые, серомукоид, с-реактивный белок), общий анализ мочи, Р-графия грудной клетки, УЗИ внутренних органов, ФГС, маркеры вирусного гепатита В, УЗИ с ЦДК почечных артерий, ангиография почечных артерий, консультация невропатолога, кровь на RW.
3. Гранулематоз Вегенера, острое течение, активность 3.
4. Узелковый полиартериит, микроскопический полиартериит, системная красная волчанка.
5. Трудовой прогноз крайне неблагоприятный, пятилетняя выживаемость составляет 20%, необходимо направление больного на МСЭК для определения группы инвалидности.

4.2.8.

1. АНЦА к протеазе.
2. Мочевина, креатинин, LE-клетки, острофазовые показатели (сиаловые, серомукоид, с-реактивный белок), общий анализ мочи, Р-графия грудной клетки, УЗИ внутренних органов, ФГС, консультация лор-врача, консультация невропатолога.
3. Синдром Чарга-Стросса, хроническое течение, активность 2.
4. Преднизолон 40-60 мг/сут, пульс-терапия циклофосфаном по 1000 мг в/в капельно 1 раз в месяц.
5. Узелковый полиартериит, микроскопический полиартериит, системная красная волчанка.

4.2.9.

1. Мочевина, креатинин, ЛЕ-клетки, острофазовые показатели (сиаловые, серомукоид, с-реактивный белок), общий анализ мочи, Р-графия грудной клетки, УЗИ внутренних органов, ФГС, консультация невропатолога, маркеры вирусного гепатита В, С.
2. Криоглобулины, высокие титры IgM РФ.
3. Эссенциальный криоглобулинемический васкулит, хроническое течение, активность 2.
4. Узелковый полиартериит, микроскопический полиартериит, системная красная волчанка, геморрагический васкулит, паранеопластический синдром.
5. Преднизолон 20-40 мг/сут, плазмаферез.

4.2.10.

1. Поражение глаз обусловлено наличием увеита, что привело к снижению остроты зрения.
2. Развернутый анализ крови, общий анализ мочи, уровень мочевины, креатинина, ЛЕ-клетки, острофазовые показатели (сиаловые, серомукоид, с-реактивный белок), Р-графия грудной клетки, УЗИ внутренних органов, ФГС, консультация окулиста, маркеры вирусного гепатита В, С, консультация дерматолога.
3. Болезнь Бехчета, хроническое течение, активность 2.
4. Учитывая наличие увеита показано назначение циклосоприна из расчета 3-5 мг/кг, преднизолон 20 мг/сут.
5. Синдром Стивенса-Джонса, болезнь Крона, болезнь Рейтера, системная красная волчанка.

Раздел 5. «Болезни почек».

Тема 5.1.: «Гломерулонефриты».

5.1.1.

1. Нефротический синдром.
2. Суточная потеря белка, биохимические – уровень холестерина, белка, альбумина.
3. Показана нефробиопсия для уточнения характера морфологических изменений в почках.
4. Учитывая наличие нефротического синдрома, показано назначение пульс-терапии ГКС + цитостатики.
5. Ремиссия нефротического синдрома подразумевает суточную потерю белка ниже 200мг/сут.

5.1.2.

1. Развернутый анализ крови, общий анализ мочи, суточная потеря белка, биохимическое исследование крови (мочевина, креатинин, белок, холестерин, билирубин, трансаминазы), УЗИ почек ЭКГ, глазное дно.
2. Острый диффузный гломерулонефрит.
3. Удельный вес, уровень креатинина, мочевины, скорость клубочковой фильтрации.
4. $(140-24) \times 55 / 0,81 \times 73 = 6380 / 59 = 108,1$ мл/мин.
5. Диета с ограничением поваренной соли, антиагреганты (трентал 400 мг/сут или курантил 150 мг/сут) с контролем анализов мочи. При сохраняющемся более 2-3 месяцев мочевого синдрома необходимо дообследование в плане исключения хронического гломерулонефрита.

5.1.3.

1. Уровень холестерина – при нефротическом синдроме он повышен
2. Функция почек не нарушена. $(140-19) \times 71 / 0,81 \times 85 = 8591 / 69 = 124,5$ мл/мин.
3. Хронический гломерулонефрит фокально-сегментарный гломерулосклероз, нефротический вариант течения без нарушения функции почек.
4. Пульс-терапия циклофосфан 1000 мг №1 + преднизолон 1000 мг в/в №3 в сочетании с преднизолоном внутрь в дозе 40-60 мг/сут.
5. Целью терапии нефротического синдрома достижение ремиссии: неполной (суточная потеря белка ниже 2,5 г/сут), полная (суточная потеря белка ниже 0,2 г/сут).

5.1.4.

1. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит с исходом терминальную ХПН.
2. Вторичной гиперурикемией на фоне ХПН.
3. Морфологическая картина гломерулонефрита с полулуниями.
4. Назначение высоких доз преднизолона до 80-90 мг/сут, пульс-терапия преднизолон 1000 мг в/в капельно №3 в сочетании с циклофосфаном 1000 мг в/в капельно однократно, плазмаферез.
5. Трудовой прогноз при быстро прогрессирующем гломерулонефрите неблагоприятный, характерно быстрое и в большинстве случаев необратимое снижение функции почек с исходом в терминальную ХПН.

5.1.5.

1. Мочевой (протеинурия, гематурия), артериальная гипертензия.

2. Развернутый анализ крови, общий анализ мочи, суточная потеря белка, анализ мочи по Зимницкому, биохимическое исследование крови (мочевина, креатинин, белок, холестерин, билирубин, трансаминазы), УЗИ почек ЭКГ, глазное дно, скорость клубочковой фильтрации.
3. Гипертоническая болезнь 3 стадии с поражением почек или ХГН гипертонический вариант течения.
4. Нефробиопсия для морфологической верификации диагноза.
5. Трудовой прогноз будет зависеть от функционального состояния почек. При снижении функции почек трудовой прогноз неблагоприятный, показано освидетельствование на МСЭК.

5.1.6.

1. Мочевой (протеинурия, микрогематурия).
2. Развернутый анализ крови, общий анализ мочи, суточная потеря белка, анализ мочи по Зимницкому, биохимическое исследование крови (белок, холестерин, билирубин, трансаминазы), УЗИ почек, ЭКГ, глазное дно, скорость клубочковой фильтрации.
3. Хронический гломерулонефрит, латентный вариант течения без нарушения функции почек.
4. Показано назначение аминохинолиновых препаратов (делагил или плаквенил по 1-2 таблетки н/ночь), антиагрегантов (курантил 0,25х3 раза в день, трентал по 0,1х3 раза в день по 1 месяцу в квартал).
5. Трудовой прогноз благоприятный, присоединение хронической почечной недостаточности происходит через длительный срок после дебюта гломерулонефрита.

5.1.7.

1. Мочевой (микрогематурия, протеинурия), поражение кожи, суставной, иммунологической напряженности (ускорение СОЭ, АТ к нативной ДНК), поражение системы крови (анемия, лейкопения).
2. Присоединение данных симптомов обусловлено разворачиванием клинико-лабораторной картины системной красной волчанки. Т.е. в данной ситуации гломерулонефрит был первым клиническим проявлением системной красной волчанки, а остальные симптомы появились после перенесенного бронхита, который послужил толчком к манифестации системной красной волчанки.
3. Развернутый анализ крови с ретикулоцитами, мочевины, креатинин, LE-клетки, острофазовые показатели (сиаловые,

серомукоид, с-реактивный белок), суточная потеря белка, УЗИ почек, Р-графия грудной клетки, консультация невропатолога, ЭХОКГ.

4. Системная красная волчанка, активность 2-3, хроническое течение, с поражением почек (люпус-нефрит), кожи (эритема), суставов (артрит), ускорение СОЭ, лейкопения, антитела к нативной ДНК.
5. Необходимо усиление патогенетической терапии – показано проведение пульс-терапии циклофосфаном 1000 г в/в капельно, метипредом 1000 мг в/в капельно в течение 3 дней и увеличение дозы преднизолона до 50 мг.

5.1.8.

1. Мочевой, артериальной гипертонии, азотемии.
2. У больного с длительным анамнезом по хроническому гломерулонефриту присоединилась хроническая почечная недостаточность.
3. Хронический гломерулонефрит, гипертонический вариант течения. Осл.: ХПН, консервативно-курабельная стадия по Тарееву.
4. Развернутый анализ крови с ретикулоцитами, мочевины, креатинина, ЛЕ-клетки, острофазовые показатели (сиаловые, серомукоид, с-реактивный белок), суточная потеря белка, УЗИ почек, Р-графия грудной клетки, консультация невропатолога, ЭХОКГ.
5. Учитывая снижение функции почек, показано направление на МСЭК для определения группы инвалидности, трудовой прогноз неблагоприятный.

5.1.9.

1. $(140-44) \times 75 / 0,81 \times 175 = 7200 / 142 = 50,7$ мл/мин.
2. 3 стадия ХБП.
3. В случае крайних значений возраста (пожилые и подростки), веса (ожирение, кахексия), быстроменяющейся функции почек (ОПН)
4. Азотвыделительную, концентрационную.
5. При данной функции почек развернутый анализ крови, общий анализ мочи раз в 3-6 месяцев, уровень креатинина, мочевины, калия, скорость клубочковой фильтрации раз в 6 месяцев, УЗИ почек, ЭКГ, консультация окулиста (глазное дно) раз в год.

5.1.10.

1. Ремиссия нефротического синдрома не достигнута, т.к. сохраняется суточная потеря белка 6,12 г/сут.

2. Учитывая отсутствие ремиссии нефротического синдрома в течение 6 месяцев на фоне пульс-терапии преднизолоном и циклофосфаном, показано прекращение пульс-терапии. Учитывая морфологический вариант гломерулонефрита, показано назначение циклосоприна в дозе 3-5 мг/кг.
3. У больного необходимо определить азотемическую функцию почек – уровень креатинина, мочевины, скорости клубочковой фильтрации.
4. Трудовой прогноз неблагоприятный, т.к. сохраняется нефротический синдром.
5. С нефропротективной целью показано назначение ингибиторов АПФ и сартанов.

Тема 5.2.: «Хроническая почечная недостаточность».

5.2.1.

1. Развернутый анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Зимницкому суточная потеря белка, биохимическое исследование крови (мочевина, креатинин, белок, холестерин, билирубин, трансаминазы), УЗИ почек ЭКГ, глазное дно.
2. У больного с длительным анамнезом по хроническому гломерулонефриту присоединилась хроническая почечная недостаточность.
3. Диагноз: хронический гломерулонефрит, гипертонический вариант течения. Осл.: ХПН, консервативно-курабельная стадия по Тарееву.
4. $(140-44) \times 75 / 0,81 \times 351 = 7200 / 284 = 25,4$ мл/мин.
5. При данной функции нет показаний для проведения заместительной почечной терапии.

5.2.2.

1. Развитие поражения почек обусловлено длительным приемом нестероидных противовоспалительных препаратов.
2. Скорость клубочковой фильтрации, уровень мочевой кислоты.
3. Диета с ограничением приема белка 0,7-0,8 г/кг, отмена нестероидных противовоспалительных препаратов, антиагреганты, препараты железа.
4. Анальгетическая нефропатия. Осл.: Хроническая почечная недостаточность, консервативно-курабельная стадия.
5. Больной нетрудоспособен, учитывая то, что есть снижение функции почек.

5.2.3.

1. Поражение почек обусловлено длительным приемом нестероидных противовоспалительных препаратов и мочегонных препаратов.
2. Нефробиопсия.
3. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит на фоне приема мочегонных и нестероидных воспалительных препаратов. Осл.: Вторичная гиперурикемия. Хроническая почечная недостаточность, консервативно-курабельная стадия.
4. Диета с ограничением приема белка 0,7-0,8 г/кг, отмена мочегонных и нестероидных противовоспалительных препаратов, антиагреганты, аллопуринол.
5. Больная нетрудоспособна, учитывая снижение функции почек.

5.2.4.

1. Ультразвуковое исследование почек.
2. $(140-45) \times 78 / 0,81 \times 317 = 7410 / 257 = 28,8$ мл/мин.
3. Подагра: подагрическая нефропатия, подагрический артрит. Осл.: ХПН консервативно-курабельная стадия.
4. Диета с ограничением белка 0,7-0,8 г/кг, пуринов, аллопуринол под контролем уровня мочевой кислоты.
5. Учитывая снижение скорости клубочковой фильтрации ниже 30 мл/мин назначение ингибиторов АПФ не показано. Возможно назначение ингибиторов АПФ, имеющих два пути выведения почками и печенью – фозиноприл.

5.2.5.

1. Развернутый анализ крови, общий анализ мочи, мочевины, креатинин, калий, натрий, мочевая кислота, УЗИ почек, консультация окулиста (глазное дно), ЭКГ.
2. Учитывая клинические проявления наиболее вероятно у пациента значительное снижение функции почек и данные анамнеза имеет место хроническое заболевание почек с исходом в нефросклероз. Проведение нефробиопсии в данной ситуации не показано.
3. Хронический гломерулонефрит, гипертонический вариант течения. Осл.: ХПН. Степень снижения функции уточнить после обследования.
4. Трудовой прогноз неблагоприятный, учитывая наличие ХПН. Показано направление на МСЭК для определения группы инвалидности.
5. Целесообразность консультации врача гемодиализа будет определена после уточнения функции почек. При СКФ ниже 30 мл/мин показана консультация врача гемодиализа.

5.2.6.

1. Ультразвуковое исследование почек.
2. $(140-64) \times 69 / 0,81 \times 198 = 5244 / 160 = 32,8$ мл/мин.
3. Подагра: подагрическая нефропатия, подагрический артрит. Осл.: ХПН консервативно-курабельная стадия.
4. Диета с ограничением белка 0,7-0,8 г/кг, пуринов, аллопуринол под контролем уровня мочевой кислоты, гипотензивные препараты (предпочтительнее ингибиторы АПФ).
5. Учитывая наличие в анамнезе гнойного процесса, показано проведение нефробиопсии для исключения амилоидоза почек.

5.2.7.

1. Мочевой, азотемии, гиперурикемии, анемии.
2. Хронический гломерулонефрит, гипертонический вариант течения. Осл. ХПН. Вторичная гиперурикемия.
3. Нефробиопсия, Р-графия пояснично-крестцового отдела позвоночника, анализ мочи по Зимницкому.
4. С хроническим тубулоинтерстициальным нефритом.
5. Назначение аминохинолиновых препаратов, антиагрегантов, ингибиторов АПФ или сартанов с целью нормализации АД и нефропротекции.

5.2.8.

1. $(140-30) \times 90 / 0,81 \times 502 = 8100 / = 20$ мл/мин; $0,85 \times (140-66) \times 70 / 0,81 \times 510 = 0,85 \times 5180 / 413 = 11$ мл/мин.
2. Снижение альбумина, скорее всего, обусловлено наличием нефротического синдрома. Необходимо уточнить уровень холестерина, суточную потерю белка.
3. Проведение нефробиопсии не показано, т.к. у больных имеет место ХБП 4 и 5 стадии соответственно. В данной ситуации терапия не приведет к улучшению функции почек.
4. Более выраженное снижение функции почек у 2 пациента. Ему показано как можно более раннее начало заместительной почечной терапии. 1 больному показано плановое формирование сосудистого доступа для гемодиализа.
5. Обоим пациентам показано проведение гемодиализа, т.к. перитонеальный диализ у больных будет не эффективным.

5.2.9.

1. Хронический гломерулонефрит, гипертонический вариант течения, Осл.: ХПН, консервативно-курабельная стадия.
2. Биопсия почки не показана, т.к. по данным УЗИ почек у пациента есть двусторонний нефросклероз.
3. Гиперхолестеринемия и гиперурикемия.

4. Диета с ограничением поваренной соли, белка, ингибиторы АПФ, статины.
5. 125/80 мм рт ст и ниже.

5.2.10.

1. Гипертоническая нефропатия.
2. Анемия на фоне ХПН, сердечная недостаточность.
3. Гипертоническая болезнь 3 стадия, риск 4. Осл.: ХПН, стадию необходимо уточнить после обследования.
4. 125/80 мм рт ст и ниже.
5. Развернутый анализ крови, общий анализ мочи, мочевины, креатинин, калий, натрий, мочевоа кислота, УЗИ почек, консультация окулиста (глазное дно), ЭКГ, ЭХОКГ, скорость клубочковой фильтрации, анализ мочи по Зимницкому.

Тема 5.3.: «Пиелонефрит».

5.3.1.

1. Развернутый анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, УЗИ почек, посев мочи на флору.
2. Острый пиелонефрит.
3. В/в урография проводится после уточнения уровня креатинина, мочевины, скорости клубочковой фильтрации (не менее 40 мл мин).
4. Обильное питье до 2000-3000 мл/сут; цефалоспорины 2-3 поколения (цефтриаксон по 1,0 х 2 раза в день в/м) или амоксилин/клавуланат в/м по 1000 мг х 2 раза в день в течение 14-20 дней, спзмолитики (дротаверин).
5. Антибактериальная терапия проводится в течение 2-2,5 недель.

5.3.2.

1. Обострение хронического пиелонефрита.
2. Нефроптоз правой почки, усилившийся после похудения.
3. Развернутый анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, УЗИ почек.
4. Внутривенная урография – выявится опущение правой почки, степень нарушения уродинамики.
5. Обострение хронического аднексита, аппендикулярный инфильтрат, остеохондроз.

5.3.3.

1. Развернутый анализ крови – лейкоцитоз, ускорение СОЭ, общий анализ мочи - лейкоцитурия, бактериурия, биохимический анализ крови, посев мочи на антибиоакограмму.

2. УЗИ почек и мочевого пузыря.
3. Острый левосторонний пиелонефрит.
4. Обильное питье до 2000-3000 мл/сут; цефалоспорины (цефтриаксон по 1,0 х 2 раза в день в/м) или амоксилин/клавуланат в/м по 1000 мг х 2 раза в день в течение 10-14 дней.
5. Урогенитальная инфекция, туберкулез почек, опухоль почек.

5.3.4.

1. Дизурический, мочевого (лейкоцитурия, бактериурия).
2. Инфекция мочевыводящих путей.
3. Нарушением уродинамики, на фоне сдавления мочеточников растущей маткой.
4. Посев мочи на антибиотикограмму, УЗИ почек, мочевого пузыря, развернутый анализ крови.
5. Показано назначение амоксициллина, амоксициллина/клавуланата, цефалоспоринов (цефуроксим, цефотаксим, цефтриаксон).

5.3.5.

1. В/в урография, посев мочи, развернутый анализ крови, уровень креатинина, мочевины.
2. E.coli высеивается у амбулаторных пациентов в 80-90%.
3. Мочекаменная болезнь. Обострение хронического вторичного пиелонефрита.
4. Антибиотиками выбора являются фторхинолоны, ампициллин/клавуланат.
5. $0,85 \times (140-44) \times 65 / 0,81 \times 79 = 0,85 \times 6240 / 64 = 0,85 \times 98 = 83$ мл/мин.

5.3.6.

1. В/в урография, посев мочи, развернутый анализ крови, уровень креатинина, мочевины, анализ мочи по Нечипоренко, сахарная кривая, кетоновые тела.
2. Сахарный диабет, 1 тип, некомпенсированный. Осл.: Инфекция мочевыводящих путей.
3. Острый пиелонефрит, апостематозный пиелонефрит, перинефральный абсцесс.
4. Водная нагрузка до 2-2,5 л/сут, антибактериальные препараты (предпочтительнее фторхинолоны, ампициллин/клавуланат), необходимо следить за своевременным мочеиспусканием.
5. Декомпенсация сахарного диабета связана с присоединением инфекции мочевыводящих путей.

5.3.7.

1. Развернутый анализ крови, общий анализ мочи, уровень креатинина, мочевины, анализ мочи по Нечипоренко.
2. На амбулаторном этапе причиной 80-90% инфекции мочевыводящих путей является E.Coli.
3. Острый цистит.
4. Препаратами выбора являются фторхинолоны или ампициллин/клавулонат в обычных терапевтических дозах.
5. Урогенитальная инфекция, простатит.

5.3.8.

1. Нарушением уродинамики обусловлено сдавлением мочеточников маткой.
2. Развернутый анализ крови, общий анализ мочи, уровень креатинина, мочевины, посев мочи на антибиотикограмму, УЗИ почек, мочевого пузыря.
3. Дизурический, болевой.
4. Острый пиелонефрит.
5. Показано назначение амоксициллина, амоксициллина/клавуланата или цефалоспоринов (цефуроксим, цефотаксим, цефтриаксон).

5.3.9.

1. Развернутый анализ крови, общий анализ мочи, уровень креатинина, мочевины, анализ мочи по Нечипоренко.
2. Острый цистит.
3. На амбулаторном этапе причиной 80-90% инфекции мочевыводящих путей является эшерихия коли.
4. Достаточная водная нагрузка до 2-2,5 л/сут, антибактериальные препараты (препараты выбора фторхинолоны, ампициллин/клавулонат).
5. Урогенитальная инфекция, гинекологические заболевания.

5.3.10

1. Вторичный пиелонефрит на фоне аденомы предстательной железы.
2. Аденома предстательной железы.
3. Развернутый анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (уровень мочевины, креатинина, скорость клубочковой фильтрации), УЗИ почек, предстательной железы, консультация уролога.
4. Внутривенная урография – выявить есть ли нарушение уродинамики на фоне аденомы предстательной железы.

5. Опухолью предстательной железы, острая задержка мочи на фоне аденомы предстательной железы.

Раздел 6. «Эндокринные заболевания».

Тема 6.1.: «Сахарный диабет».

6.1.1.

1. Диагноз: впервые выявленный сахарный диабет, кетоацидоз умеренно-тяжелой степени тяжести.
2. Экстренная госпитализация в реанимационное отделение или палату интенсивной терапии.
3. Анализ крови на кетоновые тела, кислотно-щелочное состояние крови, развернутый клинический анализ крови, электролиты: калий, натрий.
4. Лактат-ацидоз, абстинентный синдром при хроническом алкоголизме, абдоминальный синдром.
5. Устранение инсулиновой недостаточности, борьба с дегидратацией и гиповолемией, восстановление электролитного баланса и КЩС, выявление и лечение сопутствующих заболеваний и состояний, которые спровоцировали кетоацидоз.

6.1.2.

1. Диагноз: Впервые выявленный сахарный диабет 2 тип. Ожирение 1 ст. (ИМТ 32).
2. Анализ гликемии натощак и через 2 часа после еды, при необходимости: гликозилированный гемоглобин и С-пептид. БАК: креатинин, мочевины, липиды, триглицериды, кетоновые тела.
3. Психогенная полидипсия, несахарный диабет, сахарный диабет 1 тип.
4. При отсутствии противопоказаний – лечение метформином.
5. Умеренно гипокалорийное питание с дефицитом калорий 500 – 1000 ккал в сутки, но не менее 1200 ккал в сутки. Голодание категорически противопоказано. Снижение калорийности достигается за счет ограничения продуктов с высоким содержанием жиров, простых углеводов, а также ограничения сложных углеводов примерно вдвое от привычного для пациента потребления.

6.1.3.

1. Диагноз: сахарный диабет 1 тип, гипогликемическое состояние.

2. Причины: передозировка инсулина, неправильная техника инъекций инсулина, либо недостаточное количество углеводов в пище.
3. Мероприятия по купированию гипогликемии у больных СД следует начинать при уровне глюкозы плазмы 3.3 – 3.9 ммоль/л.
4. Прием быстроусвояемых углеводов в количестве 1-2 ХЕ: сахар (4-5 кусков, лучше растворить в воде или в чае), или мед или варенье (1 – 1.5 столовых ложки), или 200 мл сладкого фруктового сока, или 100 мл лимонада, или 4-5 больших таблеток глюкозы (по 3 г). Если гипогликемия вызвана инсулином, то дополнительно съесть 1-2 ХЕ медленноусвояемых углеводов (хлеб, каша и т. д.), и контролировать состояние пациента в течение всего периода действия инсулина.
5. Пациента уложить на бок, освободить полость рта от остатков пищи. При потере сознания нельзя вливать в полость рта сладкие растворы (опасность асфиксии!). В/в струйно ввести 20 – 100 мл 40 % глюкозы, до полного восстановления сознания. Альтернатива – 1 мл р-ра глюкагона п/к или в/м (вводится родственником больного, персоналом и т. д.). Если сознание не восстанавливается после в/в введения 100 мл 40 % глюкозы – начать в/в капельное введение 5 – 10 % глюкозы и госпитализировать. Лечение продолжать до нормализации гликемии и полного выведения инсулина из организма- если была передозировка инсулина.

6.1.4.

1. Диагноз: Сахарный диабет 2 тип, средней степени тяжести, некомпенсированный. Беременность 10 недель. Ожирение 1 ст.
2. Использование препаратов инсулина человека короткой и средней продолжительности действия, аналогов инсулина ультракороткого действия (лизпро, аспарт).
3. Прием метформина при беременности противопоказан. Соблюдение адекватной диеты: питание с достаточным количеством углеводов, подсчет ХЕ (хлебных единиц). Показана инсулинотерапия. Фолиевая кислота 500 мкг в сутки до 12-й недели; йодид калия 250 мкг в сутки – при отсутствии противопоказаний.
4. Цели лечения по гликемии: глюкоза плазмы натощак/перед едой – до 6,1 ммоль/л, глюкоза плазмы через 2 часа после еды – до 7,8 ммоль/л, HbA1c < 6.0 %.
5. Контроль: ацетонурии, протеинурии, глюкозы крови натощак , перед приемами пищи и на ночь, гликозилированного

гемоглобина . Осмотр офтальмолога 1 раз в триместр.
Наблюдение акушера-гинеколога, эндокринолога.

6.1.5.

1. Сахарный диабет 2 тип, в стадии декомпенсации.
2. Определить уровень С-пептида.
3. В данном состоянии необходимо определить гликозилированный гемоглобин (HbA1c), и при значении более 10 % - следует сразу назначать инсулин, т.к. за последние годы, сформировалась инсулинопотребность. При низком уровне С-пептида – необходимо начать инсулинотерапию, а при нормальном или повышенном уровне С-пептида – необходимо откорректировать диету ,А к метформину добавить инсулин пролонгированного действия или пероральный препарат из других групп.
4. Увеличивать дозу метформина не целесообразно, т.к. пациентка получает достаточно высокую дозу препарата, а при развившейся инсулинопотребности, метформин необходимо отменить.
5. Необходим подсчет углеводов по системе ХЕ (как при СД 1-го типа).

6.1.6.

1. Диагноз: Впервые выявленный сахарный диабет, вероятно 2 тип. Осложнения: диабетическая нефропатия на стадии МАУ. Ожирение 1 ст.
2. Повторить гликемию натощак и через 2 часа после еды. Гликозилированный гемоглобин, БАК: показатели липидного обмена, азотемии, СКФ(скорость клубочковой фильтрации). Консультация окулиста и невролога.
3. Умеренно гипокалорийное питание с дефицитом калорий 500 – 1000 ккал в сутки, но не менее 1200 ккал в сутки.
4. Регулярная физическая активность. При неэффективности - добавить пероральные сахароснижающие препараты (в данном случае выбор препарата осуществлять, ориентируясь на СКФ).
5. Возраст ≥ 45 лет, ожирение ($ИМТ \geq 25$ кг/м²), Семейный анамнез СД Привычно низкая физическая активность.

6.1.7.

1. Диагноз: Сахарный диабет 2 тип, тяжелого течения, в стадии декомпенсации. Осложнения: Диабетическая пролиферативная ретинопатия ОИ- стадия регресса после лазеркоагуляции сетчатки. Диабетическая нефропатия на стадии МАУ.

Состояние после перенесенного ОНМК. Гиперлипидемия. Ожирение 1 ст.

2. Острые осложнения: диабетический кетоацидоз, лактат-ацидоз. Хронические осложнения: микро и макроангиопатии.
3. Диетотерапия- стол 9. Умеренно гипокалорийное питание с дефицитом калорий 500 – 1000 ккал в сутки, но не менее 1200 ккал в сутки. Необходим подсчет углеводов по системе ХЕ (как при СД 1-го типа), т.к. пациентка переводится на интенсивную инсулинотерапию.
4. Учитывая низкий уровень С-пептида – глибомет необходимо отменить, и к лечению добавить инсулины короткого или ультракороткого действия перед основными приемами пищи.
5. Оптимальная компенсация углеводного обмена ($HbA1c < 7,0\%$). Умеренное ограничение животного белка (1,0 г/кг массы тела в сутки). ИАПФ или БРА постоянно. Коррекция дислипидемии (статины).

6.1.8.

1. Диагноз: Сахарный диабет 2 тип, средней тяжести, фаза декомпенсации. Лактат-ацидоз.
2. Причина приведшая к лактат-ацидозу - прием метформина, который противопоказан при состояниях сопровождающихся гипоксией- в данном случае при ХСН и бронхиальной астме.
3. анализ крови на КЩС- для исключения метаболического ацидоза, кетоновые тела крови, азотемические показатели, электролиты, ЭКГ.
4. С кетоацидозом, инфарктом миокарда, почечной и печеночной недостаточностью.
5. Уменьшение образования лактата- введение инсулина короткого действия по 2-5 ед в час в/в, и 5 % глюкозы по 100 – 125 мл в час. Выведение из организма лактата и метформина- единственное эффективное мероприятие – гемодиализ с безлактатным буфером. Восстановление КЩС- ИВЛ в режиме гипервентиляции для устранения избытка CO_2 . Борьба с шоком и гиповолемией проводится по общим принципам интенсивной терапии.

6.1.9.

1. Диагноз: сахарный диабет 1 тип, тяжелое, лабильное течение. Кетоацидоз тяжелой степени.
2. Основная причина развития данного состояния- выраженная инсулиновая недостаточность из-за недостаточного самоконтроля гликемии, невыполнения больным правил

самостоятельного повышения дозы инсулина при увеличенном потреблении ХЕ.

3. Кетоз, ацетонурия, гипергликемия и сниженный рН крови - указывают на диабетический кетоз и метаболический ацидоз . Повышение мочевины и креатинина указывают на транзиторную почечную недостаточность, вызванную гиповолемией и гипоперфузией почек.
4. Отсутствие лейкоцитоза указывает на отсутствие воспалительн ложный «острый живот», т.е. диабетический псевдоперитонит, характеризующийся болями в животе, напряжением и болезненностью брюшной стенки, парез перистальтики больной не нуждается в срочном хирургическом вмешательстве.
5. Устранение инсулиновой недостаточности, борьба с дегидратацией и гиповолемией, восстановление электролитного баланса и КЩС.

6.1.10.

1. Диагноз: Сахарный диабет 2 тип, впервые выявленный. Вероятны осложнения: диабетическая нефропатия, ретинопатия. Ожирение 2ст.
2. Обследование: гликемия натощак и через 2 ч. после еды, ОАМ, тест на микроальбуминурию, БАК: холестерин, триглицериды, ЛПНП, ЛПВП, креатинин, мочевина, электролиты крови: калий, натрий, хлор, расчет СКФ; ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ почек, консультация окулиста, невролога.
3. Диф. диагностика с сахарным диабетом 1 типа, гипертонической болезнью, с симптоматической артериальной гипертензией.
4. Лечение сахарного диабета: при СКФ более 60 мл/мин (с учетом других противопоказаний) назначаются препараты группы бигуанидов-метформин. При противопоказаниях к метформину- применение препаратов группы сульфонилмочевины, ингибиторы дипептидил-пептидазы-4 либо инсулинотерапия. Для лечения нефропатии- диета с ограничением белка, препараты – сартаны либо ингибиторы АПФ. Соблюдение физической активности с учет возможных осложнений.
5. Умеренно гипокалорийное питание с дефицитом калорий 500 – 1000 ккал в сутки, но не менее 1200 ккал в сутки. Голодание категорически противопоказано. Снижение калорийности достигается за счет ограничения продуктов с высоким содержанием жиров, простых углеводов, а также ограничения

сложных углеводов примерно вдвое от привычного для пациента потребления.

Тема 6.2.: «Болезни щитовидной железы».

6.2.1.

1. В данном случае не было адекватного контроля за функцией щитовидной железы в течение 5 лет. Один из симптомов кордарониндуцированного тиреотоксикоза – потеря антиаритмической активности препарата – не был учтен. При назначении кордарона необходимо обследование щитовидной железы, а при лечении этим препаратом следует проводить контроль функции этого органа не менее чем один раз в 3–6 месяцев.
2. Диагноз. Персистирующая форма фибрилляции предсердий. Осложнение: Кордарониндуцированный тиреотоксикоз.
3. Дифдиагностика с диффузным токсическим зобом, подострым тиреоидитом, аутоиммунным тиреоидитом.
4. Отменить кордарон, лечение тиреостатиками в легкой форме тиреотоксикоза не целесообразно. Для лечения ФП в данном случае необходимо назначить антиаритмические препараты (аллапинин, прокаинамид, пропафенон, соталол).
5. Повторить гормоны щитовидной железы св. Т4 и св. Т3 через 1-2 месяца. При эутиреозе и отсутствии эффекта от антиаритмических препаратов решить вопрос о проведении радиочастотной аблации (РЧА).

6.2.2.

1. Диагноз. Аутоиммунный тиреоидит с развитием первичного гипотиреоза на фоне узлового зоба 1 ст. ВОЗ (объем щитовидной железы 12,3см³).
2. Аутоиммунный тиреоидит, операции на щитовидной железе, терапия радиоактивным йодом.
3. Табл. Л-тироксин 100 мкг - по 1таблетке - за 30 минут до завтрака постоянно.
4. Через 2 месяца повторить гормон ТТГ, и при необходимости – коррекция заместительной терапии. На протяжении первого года терапии обычно требуется 3–4 определения уровня ТТГ. После того, как доза подобрана, контрольные определения уровня ТТГ проводятся ежегодно.
5. Консультация эндокринного хирурга с целью проведения тонкоигольной аспирационной биопсии узла.

6.2.3.

1. Диагноз. Первичный гипотиреоз (послеоперационный). Ожирение 1 ст.(ИМТ 34).
2. Определение свТ4, ТТГ . Общий анализ крови. Холестерин, бета-липопротеиды. УЗИ щитовидной железы. ЭКГ, ЭхоКГ. Электролиты крови: калий, натрий; кальций, фосфор.
3. Дифференциальная диагностика с ожирением различного генеза (алиментарное, церебральное, при болезни Иценко-Кушинга), с нефротическим синдромом.
4. Лечение: Л-тироксин в пожилом возрасте следует начинать с 25 мкг, затем увеличивать дозу на 25 мкг каждые 1-3 недели до поддерживающей примерно 100мкг ежедневно за 30 минут до завтрака.
5. Сдать гормон ТТГ через 2-3 месяца, при необходимости коррекция дозы Л-тироксина. При появлении ангинозных болей – контроль ЭКГ и уменьшить дозу Л-тироксина.

6.2.4.

1. Диагноз: Диффузный токсический зоб 11 ст. ВОЗ, тиреотоксикоз тяжелого течения, осложненный мерцательной аритмией.
2. УЗИ щитовидной железы, ЭКГ, холтеровское мониторирование.
3. причина мерцательной аритмии- диффузный токсический зоб.
4. тиреостатическая терапия тирозол 30 мг в сутки, либо пропицил 300 мг в сутки до нормализации гормонов св.Т3, св.Т4, затем снижение дозы на 5-10 мг каждые 7 дней до поддерживающей 5-10 мг в сутки в течение 18-24 месяцев. Бета-адреноблокаторы под контролем ЧСС.
5. Св.Т3, свТ4 каждые 2 недели по достижению медикаментозного эутиреоза, затем 1 раз месяц, 1 раз в квартал – в состоянии медикаментозного эутиреоза. Развернутый анализ крови, показатели функции печени, ЭКГ.

6.2.5.

1. Диагноз. Многоузловой зоб 1 ст. ВОЗ (V железы- 15 см³), субклинический гипотиреоз. Ожирение 1 ст. Гиперлипидемия.
2. БАК: холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды; сахар крови, АТ к ТПО, тонкоигольная аспирационная биопсия узлов.
3. Дифдиагностика с раком щитовидной железы, коллоидным пролиферирующим зобом, аутоиммунным тиреоидитом.
4. Тактика ведения будет зависеть от окончательного диагноза. При отсутствии аутоиммунного тиреоидита и рака щитовидной железы рекомендовано динамическое наблюдение с ежегодной оценкой функции щитовидной железы (гормоны ТТГ, свТ4) а

при гипотиреозе –заместительная гормональная терапия; и размеров узловых образований (УЗИ). Лечение ожирения: соблюдать диету и режим питания, умеренно гипокалорийное питание с дефицитом калорий 500 – 1000 ккал в сутки, но не менее 1200 ккал в сутки.

5. Рак щитовидной железы, фолликулярная неоплазия (аденома), функциональная автономия щитовидной железы, признаки компрессии окружающих органов и/или косметический дефект.

6.2.6.

- a. Диагноз. Многоузловой токсический зоб 2 ст. ВОЗ (V железы - 72,67 мл), тиреотоксикоз средней тяжести. Симптоматическая гипергликемия.
- b. АТ к ТПО, РАК, БАК: холестерин, ТГ, АЛТ, АСТ, ЩФ, кальций; сцинтиграфия щитовидной железы, при подозрении на рак щитовидной железы- пункционная биопсия, ЭКГ, рентгенография за грудиной пространства с контрастированием пищевода.
- c. Дифференциальная диагностика с диффузным токсическим зобом, с токсической аденомой щитовидной железы, аутоиммунным тиреоидитом в тиреотоксической фазе, йодиндуцированным тиреотоксикозом.
- d. Консервативная терапия- табл. Тирозол 5 мг - по 3 табл. 2 раза в день до достижения эутиреоза, затем уменьшать дозу препарата до 5-10мг/сутки и готовить пациентку к оперативному лечению, либо к радиойодтерапии. При нарушении сердечного ритма назначаются В-адреноблокаторы под контролем пульса (ЧСС).
2. На фоне тиреостатической терапии обязателен контроль ОАК (лейкоциты, тромбоциты), гормоны (свТ3 и свТ4) каждые 2 недели до достижения эутиреоза, затем пациентку готовить к радикальному лечению, контроль ЧСС(пульса). После достижения медикаментозного эутиреоза – гликемия натощак и при необходимости провести пероральный тест толерантности к углеводам.

6.2.7.

1. Диагноз. Кордарониндуцированный тиреотоксикоз 11 типа. Персистирующая форма фибрилляции предсердий.
2. УЗИ щитовидной железы с ЦДК, сцинтиграфия щитовидной железы, АТ к щитовидной железе.ЭКГ, холтеровское мониторирование.

3. Дифференциальная диагностика с диффузным токсическим зобом, с аутоиммунным тиреоидитом в тиреотоксической фазе, йодиндуцированным тиреотоксикозом 1 типа.
4. Учитывая легкое течение тиреотоксикоза, возможно динамическое наблюдение с контролем гормонов (св.Т4 и свТ3) каждые 2-4 недели до достижения эутиреоза. Лечение тиреостатиками не целесообразно, но необходимо заменить кордарон на другой антиаритмический препарат; при эутиреозе и отсутствии эффекта от антиаритмических препаратов решить вопрос о проведении радиочастотной абляции (РЧА). При тяжелом течении тиреотоксикоза назначают глюкокортикоиды (20-80 мг в сутки) в течение 7-12 недель.
5. До назначения кордарона/амиодарона необходимо: УЗИ щитовидной железы, гормоны ТТГ, АТ к ТПО, при необходимости свТ4 и свТ3. На фоне лечения данными препаратами - каждые 6 месяцев контроль ТТГ.

6.2.8.

1. Диагноз: Подострый тиреоидит, тиреотоксическая стадия.
2. Дифференциальный диагноз проводить с острым тиреоидитом, с синдромом тиреотоксикоза, раком щитовидной железы, отитом, эзофагитом, фарингитом, флегмоной шеи.
3. обследования: РАК (ускоренная СОЭ, отсутствие лейкоцитоза), гормоны ТТГ, свТ4, свТ3; УЗИ щитовидной железы, сцинтиграфия
4. тест Крайля: назначение 20-30 мг преднизолона в сутки- в результате через 24-72 ч отмечается уменьшение болезненности в области шеи и постепенное снижение СОЭ.
5. продолжить прием преднизолона в течение 1-3 недель до нормализации СОЭ, затем снижать дозу по 5 мг в неделю-общая продолжительность лечения 2-3 месяца. Для устранения симптомов тиреотоксикоза назначают В-адреноблокаторы под контролем ЧСС. Тиреостатическая терапия не показана.

6.2.9.

1. Диагноз: Субтотальная субфасциальная резекция щитовидной железы на фоне диффузного токсического зоба. Осложнение: тиреотоксический криз.
2. У больной возник тиреотоксический криз в результате одномоментного поступления в кровь больших количеств тиреоидных гормонов, что произошло при субтотальной субфасциальной резекции щитовидной железы.
3. экстренно: гормоны свТ4 и свТ3, ЭКГ, БАК, ОАК.

4. Лечение тиротоксического криза проводится в условиях реанимационного отделения стационара. Для снижения концентрации тиреоидных гормонов назначается тирозол по 10 мг каждые 2 часа (общая суточная дозировка может быть доведена до 100—120 мг). При рвоте антитиреоидные препараты применяют ректально. Дополнительно введение р-ра йодита калия по 8 капель каждые 6 часов или в/в введение 1% р-ра Люголя, или йодистый натрий 0,5-1,0 г каждые 12 часов. Для уменьшения активности симпатoadреналовой системы применяются В-адреноблокаторы. Для купирования относительной надпочечниковой недостаточности – внутривенное введение гидрокортизона по 50-100 мг каждые 12ч. - длительностью несколько дней. Эффективным методом является перитонеальный диализ или плазмаферез, позволяющий быстро выводить большие количества тиреоидных гормонов и иммуноглобулинов, циркулирующих в крови.
5. Оперативное лечение щитовидной железы у больной необходимо было проводить в состоянии медикаментозного эутиреоза.

6.2.10.

1. Диагноз: Субтотальная резекция щитовидной железы. Осложнение: послеоперационный гипопаратиреоз.
2. Во время операции были повреждены или удалены околощитовидные железы.
3. Дифференциальный диагноз проводить с псевдогипопаратиреозом, гипогликемическим синдромом, эпилепсией, гиповитаминозом Д, алкалозом и гипервентиляцией.
4. Исследование в крови уровня кальция, фосфора, паратгормона, рентгенологическое обследование плотности костей, ЭКГ.
5. Назначить заместительную терапию послеоперационного гипотиреоза левотироксином натрия (цель-ТТГ 0,5-1,5 мМЕ/л) с контролем ТТГ через 1,5-2 месяца. Заместительная терапия гипопаратиреоза: 1,5-2г элементарного кальция с пищей либо препаратов кальция. Препараты витамина Д : кальцитриол 0,5-2,0 мкг/сутки, или альфакальцидол 0,5-3 мкг/сутки, либо дигидротахистерол 0,2-1,0 мг/сутки. С контролем уровня общего или ионизированного кальция в крови каждые 3-6 месяцев, и интактного паратгормона один раз в 6 месяцев.

Раздел 7. «Болезни органов кроветворения».

Тема 7.1.: «Анемии».

7.1.1.

1. Наиболее вероятный диагноз – хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия тяжелой степени на почве меноррагий.
2. Следует определить уровень сывороточного железа (ожидается пониженный уровень).
3. Обязателен осмотр гинеколога.
4. Препараты железа внутрь (например, сорбифер дурулес по 1 таб. 2 раза в день).
5. Учитывая отсутствие гемодинамических нарушений, гемотрансфузии не показаны.

7.1.2.

1. Наиболее вероятный диагноз – В12-дефицитная анемия тяжелой степени.
2. Дифференциальный диагноз проводят с апластической анемией, фолиево-дефицитной анемией, острым лейкозом (алейкемическим вариантом).
3. Диагноз подтверждается стеральной пункцией (ожидается мегалобластный тип кроветворения).
4. Неустойчивая походка и парестезии объясняются поражением нервной системы на почве дефицита витамина В12 – по типу фуникулярного миелоза.
5. Назначается витамин В12 подкожно или внутримышечно (вначале ежедневно, после нормализации уровня гемоглобина – в поддерживающей дозе пожизненно 1-2 раза в месяц).

7.1.3.

1. Аутоиммунная гемолитическая анемия. В пользу этого свидетельствуют: ретикулоцитоз до 5%, повышение уровня свободного билирубина, положительная проба Кумбса.
2. Анемия, скорее всего, носит первичный (идиопатический) характер. Однако следует исключить ее вторичный генез (на почве иного аутоиммунного заболевания, например, дебюта СКВ; а также лимфопролиферативного заболевания – например, лимфомы). Целесообразно исследовать кровь на наличие антиядерных антител, антител к ДНК, тест на волчаночные клетки, УЗИ органов брюшной полости, рентгенографию органов грудной клетки (на предмет лимфаденопатии).

3. Отрицательная реакция на гемосидерин в моче позволяет исключить внутрисосудистый гемолиз (у больного гемолиз носит внутриклеточный характер).
4. Препараты первого ряда – глюкокортикоиды.
5. Вопрос о спленэктомии решается в случае рецидива заболевания после отмены глюкокортикоидов.

7.1.4.

1. Наиболее вероятный диагноз – наследственный микросфероцитоз (болезнь Минковского-Шоффара).
2. С другими видами гемолитических анемий.
3. Осмотическая резистентность эритроцитов (ожидается снижение), прямая проба Кумбса (отрицательная, в отличие от аутоиммунной гемолитической анемии), УЗИ печени, желчевыводящих путей (для исключения желчекаменной болезни), селезенки.
4. Назначение глюкокортикоидов не показано.
5. Учитывая компенсированное течение заболевания, спленэктомия нецелесообразна.

7.1.5.

1. Наиболее вероятный диагноз – апластическая анемия тяжелой степени.
2. Дифференцируют с панцитопениями иного генеза: В12-дефицитной или фолиево-дефицитной анемией, алейкемической формой лейкоза.
3. Стерильная пункция.
4. Ввиду обильных меноррагий весьма вероятно развитие железо-дефицитного компонента со снижением уровня сывороточного железа.
5. По жизненным показаниям пациентке следует осуществить гемотрансфузии (эритромасты и тромбоцитарной массы). Лечение – в условиях специализированного гематологического отделения.

7.1.6.

6. Аутоиммунная гемолитическая анемия.
7. Допегит.
8. Проведение прямой пробы Кумбса (положительная реакция подтвердит аутоиммунный характер гемолиза).
9. Да.
10. Заменить допегит на другой гипотензивный препарат, подключить преднизолон до полного купирования гемолиза с последующей постепенной его отменой.

7.1.7.

6. О гемолитическом характере анемии.
7. Наследственная сфероцитарная гемолитическая анемия (болезнь Минковского-Шоффара).
8. Наличие гемолиза и спленомегалии.
9. Осмотическая резистентность эритроцитов (снижение), стеральная пункция (раздражение красного ростка), УЗИ желчного пузыря – для исключения холелитиаза.
10. Метод выбора – спленэктомия.

7.1.8.

6. Нормохромная.
7. Анемия хронического заболевания (на фоне ревматоидного артрита).
8. Нормальный уровень сывороточного железа.
9. Нормальный или слегка повышенный.
10. Достижение ремиссии основного заболевания.

7.1.9.

6. Железодефицитная анемия.
7. О сидеропеническом синдроме.
8. Хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия, наиболее вероятно на почве опухоли толстой кишки.
9. Желудочно-кишечного тракта.
10. Нет: анемия, в отличие от В-12 дефицитной, носит гипохромный, микроцитарный, норморегенаторный характер, не сопровождается неврологическими нарушениями (в виде фуникулярного миелоза), сопровождается гипоферемией.

7.1.10.

6. О гемолитической анемии.
7. О внутрисосудистом гемолизе.
8. Наследственная гемолитическая анемия на почве дефицита глюкоза-6-фосфат дегидрогеназы.
9. Прохождением через клубочковый фильтр молекул свободного гемоглобина.
10. Острая почечная недостаточность.

Тема 7.2.: «Гемобластозы».

7.2.1.

1. Острый лейкоз.
2. Стеральная пункция.

3. В пользу острого, а не хронического лейкоза свидетельствует наличие в лейкоцитарной формуле «лейкемического провала».
4. В первую очередь геморрагический синдром обусловлен выраженной тромбоцитопенией.
5. Наиболее вероятно, лихорадка вызвана синдромом опухолевой интоксикации, однако следует исключить синдром инфекционных осложнений (пневмонию, сепсис).

7.2.2.

1. Хронический миелолейкоз.
2. Нет, гиперлейкоцитоз с выраженным омоложением в лейкоцитарной формуле, наличие бластов в периферической крови свидетельствуют против цирроза печени.
3. Филадельфийская хромосома.
4. Наличие базофильно-эозинофильной ассоциации в сочетании с оссалгиями характерны для переходной фазы заболевания (фазы акселерации), ближайшего переходы в стадию бластного криза.
5. Препаратом выбора является ингибитор тирозин-киназы иматиниб (гливек).

7.2.3.

1. Гепатолиенальный синдром, синдром лимфаденопатии, синдром гемолитической анемии.
2. Хронический лимфолейкоз.
3. Вторичная аутоиммунная гемолитическая анемия.
4. Исследовать уровень билирубина (ожидается повышение за счет свободной фракции), произвести прямую пробу Кумбса.
5. Нет, выраженный лейкоцитоз с преобладанием клеток лимфоидного ряда, наличие теней Боткина-Гумпрехта, диффузная лимфаденопатия – типичны для хронического лимфолейкоза и нехарактерны для цирроза печени.

7.2.4.

1. Множественная миелома (миеломная болезнь).
2. Со злокачественными заболеваниями иной этиологии (с метастатическим поражением позвоночника и паранеопластической нефропатией).
3. При миеломе Бенс-Джонса патологический белок (парапротеин) вырабатывается в виде легких цепей и хорошо проходит в мочу через клубочковый фильтр, приводя к протеинурии, но с возможным нормальным уровнем СОЭ.
4. Важнейшими методами для постановки диагноза являются электрофорез белков плазмы и мочи (на предмет М-градиента),

анализ мочи на белок Бенс-Джонса, стеральная пункция (на предмет плазмноклеточной трансформации), рентгенография позвоночника, плоских костей (черепа, таза). Дополнительные методы - ЦИК, иммуноглобулины, креатинин, кальций, УЗИ органов брюшной полости и почек. Другие инструментальные исследования – по показаниям.

5. В специализированное гематологическое отделение.

7.2.5.

1. Наиболее вероятный диагноз – эритремия (истинная полицитемия). В пользу этого свидетельствуют повышенный уровень эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов, лейкоцитов, сдвиг влево в лейкоцитарной формуле, низкий показатель СОЭ.
2. Нет, заболевание относится к миелопролиферативным, для которых увеличение лимфоузлов нехарактерно.
3. Ожидается наличие гепато- и спленомегалии.
4. Для истинной полицитемии характерно снижение уровня эритропоэтина.
5. У больных с полицитемией увеличивается риск тромботических осложнений (по причине повышенной вязкости крови и гипертромбоцитоза).

7.2.6.

1. О лимфопролиферативном заболевании – лимфогранулематозе либо лимфоме.
2. Нет, а потеря времени грозит ухудшением результатов лечения.
3. К онкологу для биопсии увеличенных лимфоузлов.
4. Ранней стадией заболевания.
5. Зависит от морфологического варианта заболевания, но в целом при ранних стадиях (а у больного, вероятнее всего, имеет место I стадия) и адекватной терапии – прогноз оптимистичный.

7.2.7.

1. О множественной миеломе Бенс-Джонса.
2. Протеинурия носит характер «протеинурии переполнения», то есть обусловлена не патологическим повышением проницаемости клубочкового фильтра и утратой нормальных белков крови с полседующим снижением онкотического давления плазмы, а избыточной продукцией легких цепей иммуноглобулинов.
3. На данном этапе заболевания соотношение нормальных белков плазмы еще не изменилось, поэтому СОЭ оказалось нормальным.

4. Электрофорез белков плазмы, но особенно ценно – мочи (на предмет М-градиента), при отсутствии такой возможности – анализ мочи на белок Бенс-Джонса, стеральная пункция (на предмет плазмноклеточной трансформации костного мозга), рентгенография плоских костей скелета, по возможности – иммунохимическое исследование белков мочи и крови.
5. Ни в коем случае, это грозит развитием острой почечной недостаточности.

7.2.8.

1. Геморрагический, гепатолиенальный, синдром лимфаденопатии, гематологический.
2. Полуразрушенные клетки лимфоидного ряда (чисто лабораторный феномен).
3. Хронический лимфолейкоз.
4. Наиболее вероятно, имеет место вторичная аутоиммунная тромбоцитопения (при хроническом лимфолейкозе нередко развиваются аутоиммунные конфликты).
5. Глюкокортикоиды.

7.2.9.

1. Синдром некротической ангины, интоксикационный, гематологический.
2. Острый лейкоз.
3. Достаточно высокий для агранулоцитоза уровень лейкоцитов, отсутствие указаний на прием потенциально токсичных для гранулоцитов лекарственных препаратов.
4. Развернутый анализ крови, стеральная пункция.
5. В специализированное гематологическое отделение.

7.2.10.

1. Да. Дебют протеинурии в столь зрелом возрасте, да еще в сочетании со стойким повышением СОЭ заставляет подвергнуть сомнению диагноз латентной формы хронического гломерулонефрита.
2. С онкологическими, в том числе со множественной миеломой. Менее вероятен амилоидоз почек.
3. Обследование по онкопрограмме (желудочно-кишечный тракт, легкие, селезенка, почки, консультация гинеколога, исключение гемобластоза).
4. Да.
5. Да, сохранение изменений в анализах мочи на протяжении более 3 месяцев дает формальное основание выставить хроническую болезнь почек.