**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ**

**ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ**



Утверждаю

Зав. кафедрой факультетской терапии, профессор, д.м.н. Г.Х.Мирсаева

«28» августа 2024 г.

Ситуационные задачи для промежуточной по

**дисциплине «Факультетская терапия» для обучающихся 4 курса**

**по специальности 31.05.02 Педиатрия**

**на 2024 - 2025 учебный год**

**Задача 1.**

Пациент М., 43 года, почтальон.

**Жалобы** на давящие боли за грудиной при быстрой ходьбе, подъеме на 3-5 этажи лестницы. Боли купируются в состоянии покоя в течение 1-2 минут.

**Из анамнеза заболевания и жизни:** заболел 2 недели назад, когда впервые появилась давящая боль в нижней трети грудины при быстром подъеме на 4 этаж, прошедшая в покое через 5 минут. Курит в течение 20 лет.

**Объективно**: состояние средней тяжести. Сознание ясное, положение активное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, отеков нет. Над легкими аускультативно - дыхание везикулярное. Границы относительной тупости сердца в норме. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80 мм. рт. ст. ЧСС=Пульс=76 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9-8-7см

**Данные лабораторно-инструментальных исследований:**

Общий анализ крови и мочи - без патологии.

Биохимический анализ крови: холестерин -8,5 ммоль/л, ЛПНП - 3,3 ммоль/л, ЛПВП – 0,8 моль/л, Тропонин I -0,01 нг/мл (норма <0,026нг/мл); КФК МВ- 5,0 нг/мл (норма ≤5,2 нг/мл), глюкоза – 5,2 ммоль/л.

Электрокардиограмма: ритм синусовый. ЧСС 80 в мин. Электрическая ось сердца не отклонена.

Велоэргометрическая проба: при нагрузке мощностью 100 ВТ наблюдалась депрессия сегмента SТ-Т на 2 мм в отведениях V1 -V4.

***Вопросы к задаче:***

1. Интерпретируйте данные дополнительных методов исследования. (ПК-13, ПК-14, ОПК-4)
2. Какие дополнительные методы диагностики необходимо провести? (ПК-13, ПК-14)
3. Сформулируйте диагноз. (ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14).
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать выявленную патологию? (ОПК-4, ПК-14)
5. Каковы факторы риска заболевания? (ПК-13, ПК-14, ОПК-4)
6. Укажите основные патогенетические механизмы развития заболевания. (ПК-13, ПК-14, ОПК-5)
7. Назначьте лечение (выпишите рецепты). (ПК-13, ПК-14, ОПК-7)
8. Определите прогноз и меры профилактики заболевания. (ПК-13, ПК-14)

**Задача 2.**

Пациент В., 68 лет, пенсионер.

**Жалобы** на боли в эпигастральной области, ощущение жжения и давления под мечевидным отростком грудины.

**Из анамнеза жизни и заболевания:** боль часто иррадиирует в область сердца, под левую лопатку, возникает через 20-30 мин. после еды и снимается приемом соды. Беспокоят также тошнота, горечь во рту, отмечается склонность к запорам. Ухудшение самочувствия отмечает в течение 2-х недель после приема индометацина, назначенного по поводу лечения остеохондроза.

**Объективно**: пониженного питания, кожные покровы чистые, бледные. Над легкими - везикулярное дыхание. Границы сердца расширены влево на 1,5-2 см. Тоны ритмичные, приглушены, небольшой акцент II тона над аортой. Пульс 80 в 1 минуту. АД - 150/90 мм. рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации умеренно напряжен в эпигастральной области. Симптом Менделя положителен. Печень не увеличена.

***Вопросы к задаче*:**

1. Выделите синдромы, сгруппировав их из имеющихся симптомов. (ОПК-4, ПК-13, ПК-14)
2. Сформулируйте предварительный диагноз. (ОПК-4, ОПК-5, ПК-13, ПК-14)
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить больному? (ПК-13, ОПК-4)
4. Назовите прямые и косвенные рентгенологические симптомы данного заболевания. (ПК-13, ОПК-4)
5. Назовите эндоскопические критерии заболевания. (ПК-13, ОПК-4)
6. Проведите дифференциальную диагностику со сходными болезнями. (ОПК-4, ПК-14)
7. Ваша тактика лечения (выпишите рецепты). (ОПК-7, ПК-13, ПК-14)
8. Назовите возможные осложнения болезни. (ПК-13, ПК-14, ОПК-4)

**Задача 3.**

Больной Д., 45 лет обратился в поликлинику с жалобами на интенсивные боли в эпигастральной области, тошноту, резкую слабость; накануне однократно была рвота съеденной пищей.

В анамнезе: язвенная болезнь желудка. Боли в эпигастрии появились через 10 часов после выполнения физической работы. Нарушений диеты отмечено не было.

При объективном исследовании: состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледные. Периферических отеков нет. ЧД-18 в 1 минуту. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 100/60 мм рт.ст., ЧСС=94 в минуту. Живот мягкий, при пальпации болезнен в эпигастрии, симптомов раздражения брюшины не обнаружено. Печень - у края реберной дуги.

Сделан общий анализ крови:

Эритроциты - 4,0 . 10 12/л; Гемоглобин - 128 г/л; Лейкоциты - 9,8 . 10 9 /л; СОЭ -15 мм/час.

Был выставлен предварительный диагноз: обострение язвенной болезни желудка. Назначено противоязвенное лечение и больной направлен на фиброгастроскопию (ФГС). На следующий день во время проведения ФГС больной потерял сознание.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные, холодные, цианотичные. Тоны сердца глухие, ритмичные. АД-60/30 мм рт.ст. Пульс 100 в минуту. Живот мягкий.

На электрокардиограмме: подъем сегмента SТ на 3 мм, отрицательный зубец Т в отведениях II,III,AVF, снижение сегмента ST в отведениях V1 – V3, высокий остроконечный положительный зубец Т в V1 - V3.Биохимический анализ крови: Лактатдегидрогеназа -460 ед/л; Креатинфосфокиназа - 890 ед/л; Аспартатаминотрансфераза - 90 ед/л

***Вопросы к задаче:***

1. Чем обусловлено резкое ухудшение состояния больного во время проведения ФГС? (ПК-13, ОПК-4)
2. Оцените данные электрокардиографии. Нарисуйте ЭКГ больного. (ПК-13, ОПК-4)
3. Ваша интерпретация лабораторных показателей. (ПК-13, ОПК-4)
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза? (ПК-13, ОПК-4)
5. Сформулируйте диагноз. (ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14).
6. Какие еще осложнения угрожают больному с данной патологией? (ПК-13, ПК-14, ОПК-4)
7. Современная тактика оказания медицинской помощи больному с данной патологией (выписать рецепты). (ПК-13, ПК-14, ОПК-7)
8. Назовите меры профилактики этого заболевания. (ПК-13, ПК-14)

**Задача 4.**

Больной К. 38 лет, инвалид II группы, поступил на стационарное лечение по направлению участкового терапевта с жалобами на повышение температуры тела до 38-390, сопровождающееся ознобами, профузным потом, одышку и сердцебиение при ходьбе, приступы удушья по ночам.В анамнезе - ревматизм с 12-летнего возраста, в 18 лет установлен диагноз митрального порока сердца. Ежегодно лечился стационарно. Последние 4 года усилилась одышка, появились отеки на ногах. Постоянно принимает мочегонные и сердечные гликозиды. Состояние резко ухудшилось месяц назад после удаления зуба: появились ознобы, фебрильная температура. Лечился в поликлинике с диагнозом ОРВИ. Прием аспирина, кларитромицина, зинацефа был неэффективным. Объективно: Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, на коже предплечий, плеч петехиальные кровоизлияния, акроцианоз, отеки голеней. Симптом Мюссе. В легких везикулярное дыхание, незвучные мелкопузырчатые хрипы в нижнебоковых отделах. Верхушечный толчок усилен, пальпируется в VII межреберье. На верхушке сердца определяется диастолическое дрожание. Границы сердца расширены влево, вниз, вверх и вправо. Аускультативно: ослабление I тона, систолический и диастолический шумы на верхушке. Над аортой II тон резко ослаблен, выслушивается мягкий, дующий диастолический шум, который проводится в точку Боткина-Эрба, ЧСС - 95 в мин. АД 160/40 мм рт. ст. Пульс скорый, высокий, аритмичный, 80 в 1 мин. Печень выступает на 5 см из-под края реберной дуги. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон.Данные дополнительных исследований: Общий анализ крови: Эр - 2,1 1012 /л, Нв - 92 г/л, Л. - 15 109 /л, Э. - 2%, п - 12%, с.- 64%, л. -16%, м. - 6%, СОЭ - 54 мм/час, Общий анализ мочи: уд. вес. - 1013, белок - 1,65, Эр. - 25-40 в п/зр., цил. гиалиновые - 6-7 в п/зр.

***Вопросы к задаче*:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз. (ПК-13, ПК-14, ОПК-4, ОПК-5)
2. Назовите возможные причины развития заболевания больного. (ОПК-4, ОПК-5, ПК-13, ПК-14)
3. Объясните причину появления у больного удушья по ночам. (ПК-13, ПК-14, ОПК-4, ОПК-5)
4. Назовите сосудистые признаки выявленного у больного аортального порока сердца. (ОПК-5, ПК-13)
5. Какие физикальные данные подтверждают наличие митрального порока сердца? (ОПК-5, ПК-13)
6. Какой вид аритмии выявляется у больного. Нарисуйте ЭКГ. . (ПК-13, ОПК-4)
7. Что такое «deficit» пульса, и пульс «differens», характерные для митрального стеноза? (ОПК-5, ПК-13)
8. Неотложная помощь при сердечной астме (выписать рецепты). (ПК-13, ПК-14, ОПК-7)

**Задача 5.**

1. Пациентка И., 55 лет, пенсионерка.

**Жалобы** на слабость, одышку при ходьбе в умеренном темпе, перебои в работе сердца.

**Из анамнеза заболевания и жизни:** в детстве частые ангины. В возрасте 26 лет обнаружен порок сердца. Ухудшение в течение последних 3месяцев в виде появления перебоев в работе сердца и одышки при физической нагрузке.

**Объективно:** состояние средней тяжести, астенического телосложения, пониженного питания. На лице - румянец с цианотичным оттенком, акроцианоз. При перкуссии над легкими – притупление в нижних отделах, аускультативно в задне-нижних отделах легких - влажные, мелкопузырчатые хрипы. ЧДД - 24 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, аритмичные, на верхушке - хлопающий 1 тон, ритм “перепела”, диастолический шум. Акцент II тона во II межреберье слева от грудины. ЧСС – 100 в 1мин., пульс –95 в мин., аритмичный. АД – 115/80 мм. рт.ст.

Живот мягкий, безболезненный.

**Данные лабораторно-инструментальных исследований:**

Общий анализ крови: RBC - 3,3х1012/л, HGB -100 г/л, WBC-10х109/л, п/яд - 3%, сегм/яд - 59%, эоз - 3%, лимф. - 25%, мон. - 10%, СОЭ 21 мм/ч.

Общий анализ мочи: прозрачная., удельный вес -1014, белок –отр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 83 г/л, СРБ - 50 нг/мл, глюкоза – 4,5 ммоль/л.

ЭКГ: ритм неправильный, частота 100 в мин., интервалы R-R различной величины, зубцы Р отсутствуют, волны f, комплексы QRS не расширены.

***Вопросы к задаче*:**

1. Выделите основные синдромы заболевания. (ПК-14, ОПК-4)
2. Оцените изменения на ЭКГ. Нарисуйте ЭКГ. (ПК-13)
3. Объясните 1 хлопающий тон на верхушке. (ПК-13, ПК-14, ОПК-4, ОПК-5)
4. Сформулируйте предварительный диагноз. (ПК-13, ПК-14, ОПК-4, ОПК-5)
5. Назначьте дополнительные методы исследования. (ПК-13)
6. В чем заключается патогенез данного заболевания? (ОПК-5, ПК-14)
7. Укажите основные группы лекарственных препаратов, необходимых для лечения (выпишите рецепты). (ПК-13, ПК-14, ОПК-7)
8. Определите прогноз, меры профилактики заболевания. (ОПК-4, ОПК-7, ПК-14)

**Задача 6.**

Больной К. 36 лет, экспедитор.

**Жалобы** на слабость, повышенную утомляемость, вздутие живота, тупые боли в правом подреберье.

**Из анамнеза заболевания и жизни:** болен около 4-х лет. Ухудшение состояния наблюдалось после употребления алкоголя. К врачу не обращался. Два месяца назад усилились боли в правом подреберье, появились желтушность склер, неустойчивый стул. Принимал но-шпу без улучшения, обратился к врачу. В анамнезе острый вирусный гепатит.

**Объективно:** общее состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски, склеры субиктеричны. Сердце и легкие без патологии. АД - 110/70 мм. рт.ст. Язык обложен желтым налетом. Живот умеренно вздут. Печень пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги, несколько уплотнена, болезненна, край гладкий. Селезенка не пальпируется, отеков нет.

**Данные лабораторно-инструментальных исследований:**

Общие анализы крови и мочи без патологии.

Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л; альбумины - 51%; глобулины: 1 - 4%; 2 - 10%;  - 13%;  - 22%; билирубин - 28 мкмоль/л, прямой - 16 мкмоль/л, непрямой - 12 мкмоль/л, АЛТ - 94 ед/л; АСТ - 42 ед/л; ПТИ - 85%.

***Вопросы к задаче*:**

1. Выделите синдромы, скомпоновав их из имеющихся симптомов. (ПК-14, ОПК-4)
2. Сформулируйте диагноз. (ОПК-4, ОПК-5, ПК-13, ПК-14).
3. Назначьте дополнительные методы обследования для уточнения диагноза (ПК-13)
4. Какой вариант острого гепатита чаще осложняется хронизацией процесса? (ОПК-5(ПК-13, ПК-14)
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? (ОПК-4, ПК-14)
6. Назовите маркеры цитолитического синдрома? (ОПК-5, ПК-13, ПК-14)
7. Назначьте лечение больному (выпишите рецепты). (ПК-13, ПК-14, ОПК-7)
8. Какие российские и местные курорты показаны пациенту? (ОПК-7, ПК-14)

**Задача 7.**

.Больная С. 17 лет, студентка, поступила с жалобами на ощущение «стеснения в груди», затрудненное дыхание (особенно затруднен выдох), кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой. Больной себя считает с 3 лет, когда стали возникать явления ринита при контакте, пуховыми подушками, контакте с кошками, которые купировались ингаляцией сальбутамола. После прекращения контакта с аллергенами приступы не возникали. Ухудшение состояния отмечает после посещения зоопарка. Наследственность отягощена: у бабушки аллергический ринит

**Объективно**: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение: вынужденное, сидячее, с фиксацией плечевого пояса. Кожные покровы бледные, влажные. Дыхание затрудненное, с участием вспомогательной мускулатуры, сопровождается слышными на расстоянии свистящими хрипами. Частота дыханий – 25 в минуту. Над легкими перкуторно– коробочный звук. При аускультации выслушиваются сухие свистящие хрипы на фоне ослабленного дыхания. Тоны сердца приглушены. ЧСС Пульс =90 в мин. АД – 110/70 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

**Данные лабораторных исследований**:

Обший анализ крови: RBC - 4,1 10 12 /л; HGB - 138 г/л, WBC-14,0 × 10 9 /л; (э. - 22%, п - 2%, с. - 49%, лимфоциты - 22%, моноциты - 5%), СОЭ - 10 мм/час. Мокрота слизистая, тягучего характера, при микроскопии определяются спирали Куршмана и кристаллы Шарко-Лейдена, лейкоциты..R-графия органов грудной клетки: повышенная прозрачность легочной ткани, усиление легочного рисунка. ЭКГ: Синусовый ритм. ЧСС 90 в 1 мин. Перегрузка правых отделов сердца

**Вопросы к задаче**:

1.Выделите ведущий синдром из имеющихся симптомов ПК-13, ПК-14, ОПК-4)

2. Перечислите заболевания с подобным состоянием (ОПК-4, ПК-14)

3.Назначьте дополнительные методы обследования (ПК-13, ОПК-4)

4. Оцените показатели лабораторно-инструментальных исследований (ПК-13, ОПК-4)

5.Сформулируйте предварительный диагноз (ПК-13, ПК-14, ОПК-4, ОПК-5)

6. Назовите наиболее вероятный фенотип БА (ОПК-4, ПК-14)

7. Назначьте лечение (ПК-13, ПК-14, ОПК-7)

**Задача 8.**

Пациент Г., 25 лет, безработный.

Жалобы на общую слабость, тошноту, плохой аппетит, тупые боли в правом подреберье, похудание, боли в суставах рук, ног. Периодически отмечались носовые кровотечения, повышение температуры до 37,50С.

**Из анамнеза заболевания и жизни:** тяжесть и боли в правом подреберье наблюдались около года. Ухудшение состояния в течение недели, когда появились желтушность склер, тошнота, повысилась температура. Обратился к участковому врачу, госпитализирован в стационар. В детстве перенес болезнь Боткина. Работу с токсическими веществами, прием медикаментов отрицает. Периодически принимает инъекции наркотиков.

**Объективно:** состояние средней тяжести. Температура 37,40С. Астеник. Пониженного питания. Кожа и видимые слизистые субиктеричны. Органы грудной клетки без особенностей. АД 115/70 мм. рт.ст. ЧСС 86 в минуту. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот обычных размеров, мягкий умеренно болезненный в правом подреберье. Нижний край печени выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Отеков нет.

**Данные лабораторно-инструментальных исследований:**

***Общий анализ крови:*** RBC – 4,6 ·1012 / л, HGB - 135 г/л, НCT - 35%; MCV - 80 fl, MCH - 27 пг, MCHC - 300 г/л, RDW- 14%, PLT - 320·109 /л, WBC - 9 109/л, СОЭ – 30 мм/ч**.**

***Биохимический анализ крови:*** общий белок - 68 г/л, общий билирубин – 30 мкмоль/л, прямой – 18 мкмоль/л, АЛТ – 228 ед, АСТ – 246 ед, ЩФ – 350 ед, HGBS Ag в крови не выявлен.

УЗИ – гепатомегалия и диффузные изменения в печени.

***Вопросы к задаче:***

1. Какие синдромы наблюдаются у больного? (ПК-13, ПК-14, ОПК-4)
2. Назовите проявления цитолитического синдрома. (ПК-13, ПК-14, ОПК-4)
3. Можно ли исключить у больного вирусный гепатит? (ПК-13, ПК-14, ОПК-4, ОПК-7)
4. Ваш предварительный диагноз. (ПК-13, ПК-14, ОПК-4, ОПК-5)
5. Назначьте дополнительные методы обследования. (ПК-13, ОПК-4)
6. Назначьте лечение больному. Выпишите рецепты. (ПК-13, ПК-14, ОПК-7)
7. Каков вероятный прогноз? (ПК-13, ОПК-4)
8. Назовите меры профилактики заболевания. (ПК-13, ПК-14, ОПК-7)

**Задача 9.**

Пациентка П., 42 года, инвалид II группы, доставлена в неврологическое отделение СМП с диагнозом «острое нарушение мозгового кровообращения».

**Из анамнеза заболевания и жизни**: сбор анамнеза затруднен из-за дизартрии. Со слов сопровождающих родственников страдает ревматизмом с детства, с 35 лет - инвалид 2 группы. Ухудшение состояния наступило остро, когда после посещения бани появилась затрудненная речь, резкая слабость и потеря движений в правых конечностях.

**Объективно:** состояние тяжелое. Сознание ясное. Правосторонний гемипарез. ИМТ - 19 кг/м2. Акроцианоз, facies mitralis.

В легких дыхание везикулярное. ЧД 18 в мин. При пальпации области сердца - диастолическое дрожание. Границы сердца расширены вверх и вправо. При аускультации сердца тоны аритмичные, ЧСС 98 в мин., на верхушке - 1 тон хлопающий, «ритм перепела», диастолический шум. Акцент 2 тона над легочной артерией. Пульс 75 уд в мин., аритмичный, слабее по наполнению на левой лучевой артерии. АД - 100/70 мм. рт ст. Печень не увеличена, безболезненная. Отеков нет.

***Вопросы к задаче:***

1. Объяснить причину развития ОНМК у данной больной. (ОПК-5, ПК-13)
2. Какие дополнительные обследования необходимо назначить для уточнения диагноза? Нарисуйте ЭКГ, характерную для данной патологии. (ПК-13, ОПК-4)
3. Сформулируйте диагноз (ПК-13, ПК-14, ОПК-4, ОПК-5)
4. Какие осложнения основного заболевания имеются у больной? (ПК-13, ПК-14, ОПК-4)
5. Дайте краткую характеристику этиологии и патогенеза заболевания у данной пациентки. (ОПК-5, ПК-13)

6. Что такое «ритм перепела» и дефицит пульса? (ПК-13, ПК-14, ОПК-4, ОПК-5)

7. Объясните причину ослабления пульса на лучевой артерии слева. (ПК-13, ПК-14, ОПК-4, ОПК-5)

8. Назначьте лечение (выпишите рецепты). (ПК-13, ПК-14, ОПК-7)

**Задача 10.**

1. Пациент С. 37 лет, экспедитор.

**Жалобы** на повышение температуры до 38,80С, выраженные боли в животе справа, сухой кашель, одышку, общую слабость, однократную рвоту.

**Из анамнеза заболевания и жизни**: заболел остро, когда после переохлаждения появились лихорадка до 400С, сухой кашель. После приема аспирина температура снизилась, но появилась сильная боль в животе, вызвал “скорую помощь” и был доставлен в стационар с диагнозом «острый живот».

**Объективно**: состояние тяжелое. Гиперемия щек. ЧД - 32 в минуту. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Справа ниже угла лопатки и в подмышечной области голосовое дрожание усилено, укорочение перкуторного звука, аускультативно - выслушиваются ослабленное дыхание, крепитация, шум трения плевры. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС - 98 в мин., АД- 90/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

**Данные лабораторных исследований**:

Общий анализ крови: RBC - 5,2·1012 /л, HGB - 142 г/л, WBC - 18 ·109 /л, э. - 1%, п/я - 22%, с/я - 64%, лимф. - 7%, мон. - 6%, токсигенная зернистость нейтрофилов, СОЭ- 38 мм/час

***Вопросы к задаче*:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у больного? (ПК-13, ПК-14, ОПК-4, ОПК-5)
2. Назовите этиологические факторы и особенности патогенеза болезни. (ОПК-5, ПК-13)

Объясните причину появления у больного болей в правом подреберье? (ПК-13, ПК-14, ОПК-4, ОПК-5)

1. Составьте план обследования. (ПК-13, ОПК-4)
2. Назовите возможные осложнения болезни. (ПК-13, ПК-14, ОПК-4)
3. Назовите основные симптомы инфекционно-токсического шока. (ПК-13, ОПК-4)
4. Составьте план лечения (выпишите рецепты). (ПК-13, ПК-14, ОПК-7)
5. Перечислите побочные действия антибиотиков. (ОПК-7)

**Задача 11.**

Пациент Б., 49 лет, безработный.

**Жалобы** на слабость, увеличение живота и тяжесть в правом подреберье.

**Из анамнеза заболевания и жизни**: ежедневно употребляет 1 л пива. Увеличение живота заметил 1 месяц назад.

**Объективно:** состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые субиктеричны. Телеангиоэктазии на коже туловища, гиперемия ладо­ней. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД-20 в/мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС-80 в/мин. АД-115/70 мм рт.ст. Язык умеренно обложен белым налетом. Живот увеличен в объеме, пупок сглажен, определяется флюктуация при пальпации. Печень выступает ниже реберной дуги на 3 см, край ее заострен, консистенция плотная. Пальпируется нижний край селезенки.

**Данные лабораторно-инструментальных исследований:**

Биохимический анализ крови: общий белок - 52 г/л, альбумины – 42%, билирубин - 32 мкмоль/л, АСТ - 80 Ед/л, АЛТ - 120 Ед/л, креатинин - 80 мкмоль/л, холестерин – 3,3 ммоль/л, протромбиновый индекс - 50%.

***Вопросы к задаче:***

1. Ваш предварительный диагноз. (ПК-13, ПК-14, ОПК-4, ОПК-5)
2. Объясните патогенез заболевания у данного пациента. (ОПК-5, ПК-13)
3. Как оценить показатель протромбинового индекса у больного? (ПК-13, ОПК-4)
4. Назначьте дополнительные методы исследования. Консультации каких специалистов необходимы пациенту? (ПК-13, ОПК-4)
5. Назначьте лечение (выпишите рецепты). (ПК-13, ПК-14, ОПК-7)
6. Назовите показания для лапароцентеза и введения заменителей плазмы? (ОПК-7)
7. Какой прогноз при данном заболевании? Какие осложнения могут развиться? (ПК-13, ПК-14, ОПК-4)
8. Перечислите меры профилактики. (ПК-13, ПК-14, ОПК-7)

**Задача 12.**

# Пациент К., 20 лет, студент.

**Жалобы** на резко выраженную одышку, возникающую в покое и при незначительной физической нагрузке, сухой приступообразный кашель со скудной, слизистой, трудноотделяемой мокротой, общую слабость, потливость. Отмечает усиление симптомов одышки и кашля ночью и в ранние утренние часы.

**Из анамнеза заболевания и жизни: у**худшению самочувствия предшествовала поездка в гости и контакт там с кошкой. В прошлом неоднократно отмечал у себя эпизоды затрудненного дыхания во время занятий спортом (игра в футбол, бег), однако за медицинской помощью по этому поводу никогда не обращался. Наследственность: мать и брат имеют атопический дерматит. **Объективно:** состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Температура тела 36,80С. SаО2 96%. Кожные покровы бледноватой окраски, повышенной влажности. При осмотре грудной клетки отмечается участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. ЧД - 26 в минуту. Перкуторно по всем легочным полям определяется коробочный звук, аускультативно - над всеми участками аускультации ослабленное везикулярное дыхание. Выслушивается множество сухих свистящих хрипов на вдохе и выдохе. ЧСС=Пульс= 105 в минут. АД 115/76 мм рт ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

***Вопросы к задаче:***

1. Назовите ведущий клинический синдром у данного пациента. (ПК-13, ПК-14, ОПК-4)
2. Предположите наиболее вероятный диагноз заболевания. (ПК-13, ПК-14, ОПК-4, ОПК-5)
3. Обоснуйте сформулированный диагноз. (ПК-13, ПК-14, ОПК-4, ОПК-5)
4. Назовите препараты для оказания неотложной помощи пациенту. (ПК-13, ПК-14, ОПК-7)
5. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. (ПК-13, ОПК-4)
6. Расскажите, что из себя представляет бронходилатационный тест. (ПК-13, ПК-14)
7. Назовите основные группы препаратов для базисной терапии заболевания. (ПК-13, ПК-14, ОПК-7)
8. Что такое аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ), показания для проведения АСИТ? (ПК-13, ПК-14, ОПК-4, ОПК-5)

**Задача 13.**

Пациентка М., 46 лет, секретарь.

**Жалобы** на интенсивные боли в верхней половине живота опоясывающего характера, тошноту, рвоту, обильный кашицеобразный стул. Оперирована по поводу желчно-каменной болезни 4 года назад. После операции стали появляться приступы опоясывающих болей в животе с увеличением уровня амилазы в крови и моче. Приступы повторяются 1-2 раза в год, после погрешностей в диете.

**Объективно:** состояние средней тяжести. На коже груди и живота «рубиновые капли». Патологии со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы не выявлено. Язык умеренно обложен у корня белым налетом. Живот мягкий, болезненный в зоне Шоффара, Губергрица-Скульского и левом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет.

**Данные лабораторно-инструментальных исследований:**

ОАК – RBC 4,2х1012/л, HGB – 126 г/л, WBC– 6,7х109/л, лейкоформула без особенностей, СОЭ - 20 мм/час.

ОАМ – с/ж, уд.вес 1018, белок – отр., лейкоциты – един. в поле зрения, диастаза мочи по Вольгемуту – 128 ед/л.

***Вопросы к задаче:***

1. Сформулируйте предварительный диагноз. (ПК-13, ПК-14, ОПК-4, ОПК-5)
2. Назовите этиологические факторы заболевания. (ОПК-5, ПК-13)
3. Назначьте план обследования (ПК-13, ОПК-4)
4. Назовите признаки экзокринной недостаточности при данной патологии (ПК-13, ОПК-4)
5. Как может проявиться нарушение эндокринной функции при этом заболевании? (ПК-13,ПК-14, ОПК-4)
6. Назначить лечение (выписать рецепты) (ПК-13, ПК-14, ОПК-7)
7. Назовите меры профилактики (ПК-13, ПК-14, ОПК-7)
8. Определите прогноз. (ПК-13, ПК-14)

**Задача 14.**

Пациентка Н., 22 года, служащая.

**Жалобы** на отеки, уменьшение количества мочи, изменение цвета мочи.

**Из анамнеза заболевания и жизни:** изменение цвета мочи появилось через 2 недели после ангины.

**Объективно:** кожные покровы бледные. Отеки на лице, ногах, пояснице. Рост 164 см, вес 76 кг (до болезни 67 кг). В легких везикулярное дыхание.

Пульс 98 уд/мин, ритмичный. АД 160/90 мм рт.ст. Поперечник сердца расширен за счет левых отделов. Тоны сердца приглушены, на верхушке и в точке Боткина короткий систолический шум. Печень не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон.

**Данные лабораторных исследований:**

Общий анализ крови: RBC 3,7 х10 12 /л, HGB - 126 г/л, WBC- 7,0 х10 9 /л, СОЭ - 48 мм/час.

Б/х анализ крови: белок - 41 г/л, мочевина - 32 ммоль/л, креатинин - 280 мкмоль/л, холестерин - 11,6 ммоль/л, фибриноген - 10 г/л, сахар - 4,5 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1024, белок - 6,6‰, Эр. свежие и выщелоченные 20-25 в п. зр., цилиндры - 2-3 в п.зр.

Проба Реберга-Тареева: суточный диурез - 200 мл, клубочковая фильтрация - 42 мл/мин., канальцевая реабсорбция – 98 %.

ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 100уд. в минуту.

***Вопросы к задаче*:**

1. Сформулируйте диагноз. (ПК-13, ПК-14, ОПК-4, ОПК-5)
2. Назовите основные клинические варианты данного заболевания. (ОПК-4, ОПК-5, ПК-13)
3. Назовите этиологические факторы. (ОПК-5, ПК-13)
4. Основные механизмы патогенеза данного заболевания. (ОПК-5, ПК-13)
5. Оцените данные лабораторных и инструментальных методов исследования. (ПК-13, ОПК-4)
6. Перечислите основные принципы диеты при данном заболевании (ОПК-7)
7. Проведите дифференциальный диагноз данного заболевания с ГЛПС. (ОПК-4, ПК-14)
8. Назначьте лечение (выпишите рецепты). (ПК-13, ПК-14, ОПК-7)

**Задача 15.**

Пациент О., 34 года, водитель.

**Жалобы** на сильные боли в подложечной области, возникающие через 1,5-2 часа после приёма пищи, в ночное время, натощак, которые уменьшаются после приёма пищи, а также на слабость, изжогу, отрыжку кислым, запоры.

**Из анамнеза заболевания и жизни:** считает себя больным в течение 2-х лет. Развитие заболевания связывает с частыми командировками и нарушением режима питания. К врачам не обращался. При появлении изжоги принимал соду. Ухудшение состояния отмечает после тяжелой физической работы.

**Объективно:** состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Над легкими везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, чистые. Пульс - 72 в 1 мин., ритмичен. АД- 110/70 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации - умеренно напряжен в области эпигастрия, определяется локальная болезненность в зоне Шоффара, в точках Опенховского, Боаса, положительный симптом Менделя. Печень не увеличена.

**Данные лабораторных исследований:**

Общий анализ крови: RBC 3,5х1012 /л, HGB - 102 г/л, WBC 6,8х109 /л, Лейкоформула без особенностей. СОЭ - 20 мм/час

R-скопия желудка: перистальтика желудка усилена, конвергенция складок, деформация и раздражение луковицы 12-перстной кишки, эвакуация замедлена.

Анализ кала: реакция Грегерсена положительная.

***Вопросы к задаче*:**

1. Сформулируйте диагноз. (ПК-13, ПК-14, ОПК-4, ОПК-5)
2. Какое обследование необходимо для уточнения диагноза? (ПК-13, ОПК-4)
3. Назовите рентгенологические признаки при данной патологии. (ПК-13, ОПК-4)
4. При каких состояниях наблюдается положительная реакция Грегерсена? (ПК-13, ОПК-4)
5. Какие осложнения угрожают больному? (ПК-13, ПК-14, ОПК-4)
6. Что такое симптомы Менделя, Опенховского, Боаса? (ПК-13, ОПК-4)
7. Назначьте лечение (выпишите рецепты). (ПК-13, ПК-14, ОПК-7)
8. Что такое эрадикационная терапия? Показана ли она больному? (ПК-13, ПК-14, ОПК-7)

**Задача 16.**

Пациентка С., 30 лет, учительница.

**Жалобы** на ощущение “стеснения в груди”, затрудненное дыхание (особенно затруднен выдох), кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой.

**Из анамнеза заболевания и жизни: б**ольной себя считает около 7 лет. Приступы удушья возникают чаще ночью. Данное ухудшение состояния отмечает после посещения зоопарка с классом.

**Объективно:** состояние средней тяжести. Положение вынужденное. Кожные покровы бледные, влажные. Дыхание затрудненное, с участием вспомогательных мышц, сопровождается слышными на расстоянии свистящими хрипами. Число дыханий - 28 в минуту. Грудная клетка бочкообразной формы, над легкими перкуторно - коробочный звук, аускультативно – разнокалиберные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС= Пульс= 90 в мин., ритм правильный, АД - 100/60 мм рт. ст. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги.

**Данные лабораторных исследований:**

Общий анализ крови: RBC - 3,8 х10 12 /л; HGB - 132 г/л, WBC - 7,8х 10 9 /л; э - 12%, п/я - 4%, с\я - 36%, лимф. - 42%, м. - 6%, СОЭ - 15 мм/час.

Анализ мокроты: мокрота вязкая. При микроскопии определяются эозинофилы.

R-графия грудной клетки: повышенная прозрачность легочной ткани, усиление легочного рисунка.

***Вопросы к задаче*:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. (ПК-13, ПК-14, ОПК-4, ОПК-5)
2. Назначьте лечебные средства для купирования приступа удушья. (ОПК-4, ОПК-7)
3. Какое лечение можно рекомендовать в межприступном периоде? (ОПК-7)
4. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза? (ПК-13, ОПК-4)
5. Назовите нарушения функции внешнего дыхания при данном заболевания. (ПК-13, ПК-14, ОПК-4)
6. При каких заболеваниях могут развиться подобные симптомы? (ОПК-4, ПК-14)
7. Какие механизмы участвуют в развитии заболевания? (ОПК-5, ПК-14)
8. Какие осложнения могут угрожать больной? (ПК-13, ПК-14, ОПК-4)

**Задача 17.**

Больной Н., 60 лет, строитель, поступил в клинику с жалобамина периодический кашель с трудноотделяемой слизистой мокротой, одышку при небольшой физической нагрузке, слабость. На протяжении последних 3 лет отмечает появление одышки, затруднение отхождения мокроты, снижение работоспособности. **В анамнезе**: длительный срок курения (40 лет), работа, связанная с частыми переохлаждениями, хронический бронхит. **Объективно:** состояние больного тяжелое, диффузный теплый цианоз кожи. ИМТ 30 кг/м2. Грудная клетка бочкообразной формы. Число дыханий 26 в минуту. При перкуссии над легкими коробочный звук. Аускультативно над легкими – ослабленное дыхание с удлиненным выдохом, при форсированном дыхании появляются рассеянные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС= Пульс=96 в 1 минуту, ритм правильный. АД – 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отеков нет. Пульсоксиметрия – 94%.

**Данные лабораторных исследований:** общий анализ крови: RBC – 6,0х1012/л, НBG – 170 г/л, WBC – 8,7х109/л, СОЭ – 2 мм/ час.**,** общий анализ мочи: уд. вес – 1020, белок отр.**,** рентгенография органов грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности. Легочный рисунок усилен.

Спирография: ОФВ1 /ФЖЕЛ - 59%, ОФВ1 - 68% (постбронходилатационный).

ЭКГ: Ритм синусовый. ЧСС =96 в мин. Амплитуда зубца Р во II, III и AVF 2,5 мм, форма остроконечная.

**Вопросы к задаче**

1. Выделите ведущий синдром из имеющихся симптомов. (ПК-13, ПК-14, ОПК-4)

2. Перечислите заболевания с подобным состоянием. (ОПК-4, ПК-14)

3. Назначьте дополнительные методы обследования. (ПК-13, ОПК-4)

4.Оцените показатели лабораторно-инструментальных исследований (ПК-13, ОПК-4)

5. Сформулируйте предварительный диагноз. (ПК-13, ПК-14, ОПК-4, ОПК-5)

6. Назовите экзогенные факторы риска данного заболевания. (ПК-13, ПК-14, ОПК-4)

7. Назначьте лечение. (ОПК-7, ПК-13, ПК-14)

**Задача 18.**

Пациент Д., 45 лет, монтажник.

**Жалобы** на интенсивные боли в эпигастральной области, тошноту, слабость. **Из анамнеза заболевания и жизни: б**оли в эпигастрии появились сегодня после выполнения физической работы. Нарушений диеты не было. 7 лет назад диагностирована язвенная болезнь желудка. **Объективно:** состояние тяжелое, сознание ясное. Кожные покровы бледные. Периферических отеков нет. ЧД-18 в 1 минуту. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 100/60 мм рт.ст., ЧСС=94 в минуту. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастрии, симптомов раздражения брюшины не обнаружено. Печень - у края реберной дуги.

С диагнозом «обострение язвенной болезни желудка» больной направлен на фиброгастроскопию, где потерял сознание.

**Объективно:** состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные, холодные, цианотичные. Тоны сердца глухие, ритмичные. АД-60/30 мм. рт. ст. ЧСС=Пульс= 100 в 1 минуту. Живот мягкий.

**Данные лабораторно-инструментальных исследований:**

Общий анализ крови: RBC 4,0х10 12/л; HGB - 128 г/л; WBC - 9,8 х10 9 /л; СОЭ -5 мм/час.

На электрокардиограмме: подъем сегмента SТ на 3 мм в отведениях II, III, AVF, снижение сегмента ST в отведениях V1 – V3.

Биохимический анализ крови (через 2 часа после приступа): Тропонин I -0,3 нг/мл (норма <0,026нг/мл); КФК - МВ- 7,3 (норма ≤5,2 нг/мл)

***Вопросы к задаче:***

1. Чем обусловлено резкое ухудшение состояния больного при проведении ФГС? (ОПК-4, ПК-14)
2. Оцените данные ЭКГ. Нарисуйте ЭКГ больного. (ПК-13, ОПК-4)
3. Ваша интерпретация лабораторных показателей. (ПК-13, ОПК-4)
4. Назначьте дополнительные исследования для уточнения диагноза (ПК-13, ОПК-4)
5. Сформулируйте диагноз. (ПК-13, ПК-14, ОПК-4, ОПК-5)
6. Какие осложнения угрожают больному с данной патологией? (ПК-13, ПК-14, ОПК-4)
7. Современная тактика оказания медицинской помощи больному с ОКС (ПК-13, ПК-14, ОПК-7)
8. Назначьте медикаментозную терапию (выписать рецепты). (ПК-13, ПК-14, ОПК-7)

**Задача 19.**

Пациент 62 лет, пенсионер.

**Жалобы** на интенсивные жгучие боли за грудиной с иррадиацией под левую лопатку и в левую половину шеи, левое плечо, продолжительностью 20 минут.

**Анамнез:** страдает стенокардией напряжения 10 лет. Средняя потребность в нитроглицерине - 2-3 таблетки в неделю. В течение последней недели участились стенокардитические боли. Утром после стресса развился данный приступ, принял 2 дозы спрея нитроминт сублингвально без эффекта. Курит.

**Объективно:** состояние тяжелое, сознание ясное, ИМТ 28,9 кг/м2. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное. ЧД - 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД -130/85 мм рт ст. ЧСС=пульс=80уд. в минуту. Живот при пальпации безболезненный. Печень не увеличена.

**Данные дополнительных методов исследований**

***ЭКГ №1***- ритм синусовый, ЧСС 95 в минуту. Депрессия сегмента ST на 2 мм и отрицательный зубец Т в I, AVL, V5, V6.

***ЭКГ №2*** (через 20 минут после в/в введения промедола и фраксипарина) –ритм синусовый, ЧСС 88 в минуту. Сегмент ST на изолинии во всех отведениях, зубец Т – слабо положительный.

***Общий анализ крови:*** RBC - 4,5х 1012/л; НGВ - 150 г/л; Лейкоциты - 9,5х109/л

***Биохимический анализ крови:*** тропонин I -0,025 нг/мл (норма <0,026нг/мл);

***ЭХО-КГ*:** аортальный клапан без особенностей, глобальная сократительная способность миокарда сохранена.

***Вопросы к задаче*:**

1. Оцените данные лабораторных и инструментальных методов исследования. (ПК-13, ОПК-4)
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. (ПК-13, ПК-14, ОПК-4, ОПК-5)
3. Составьте план обследования больного (ПК-13, ОПК-4)
4. Укажите заболевания, имеющие сходную симптоматику (ОПК-4, ПК-14)
5. Назовите возможные осложнения, угрожающие пациенту (ОПК-4, ПК-13, ПК-14)
6. Разработайте тактику ведения больного (ПК-13, ПК-14, ОПК-7)
7. Назовите медикаментозные препараты для лечения, выпишите рецепты (ПК-13, ПК-14, ОПК-7)
8. Назовите факторы риска данного заболевания (ПК-13, ПК-14, ОПК-4)

**Задача 20.**

Пациент Т., 36 лет, землекоп.

**Жалобы** на сильную головную боль, повторную рвоту, боли в области поясницы.

**Из анамнеза заболевания**: болен 10-ый день. Заболел остро, когда повысилась температура до 400С, появилась сильная головная боль, повторная рвота. С 3–го дня болезни появились боли в области поясницы и живота, отсутствие аппетита, жажда, стал плохо видеть, появилась сыпь на коже.

**Эпиданамнез:** работает в лесном массиве на земляных работах.

**Объективно:** общее состояние больного тяжелое, сознание ясное. Гиперемия лица и плечевого пояса, на боковых поверхностях грудной клетки, на спине обильная петехиальная сыпь, в местах инъекций – обширные кровоподтеки. В склере правого глаза – кровоизлияние. Слизистая ротовой полости сухая, на твердом небе пятнистая энантема. В легких везикулярное дыхание. ЧСС=Пульс 88 уд. в мин., ритмичный, АД 110/90 мм рт.ст. Тоны сердца глухие.

Живот мягкий, безболезненный в эпигастрии. Печень своим нижним краем выступает на 3 см из-под реберной дуги, плотная и болезненная. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Менингеальных симптомов нет.

**Данные дополнительных исследований:** за сутки выпил 2200 мл воды, выделил мочи – 750мл.

***Общий анализ мочи****:* относительная плотность – 1008, белок – 3,3‰, эритроциты свежие 10-12 в п/з, цил. гиалиновые 5-6 в п/з.

***Вопросы к задаче*:**

1. Определите ведущие синдромы в клинике заболевания (ОПК-4, ОПК-5, ПК-13)
2. Сформулируйте предварительный диагноз (ПК-13, ПК-14, ОПК-4, ОПК-5)
3. Перечислите заболевания со сходными симптомами (ОПК-4, ПК-14)
4. Составьте план обследования (ОПК-4, ПК-13)
5. Укажите наиболее вероятного возбудителя болезни (ОПК-5)
6. Разработайте тактику ведения пациента (ПК-13, ПК-14, ОПК-7)
7. Составьте план лечения больного (ОПК-7, ПК-13, ПК-14)
8. Назовите меры профилактики данного заболевания (ОПК-7, ПК-13, ПК-14)

**Задача 21.**

1. Пациент К. 38 лет, водитель.

**Жалобы** на общую слабость, повышение температуры тела до 38-390, озноб, потливость, одышку и учащенное сердцебиение при ходьбе.

**Из анамнеза заболевания и жизни**: состояние резко ухудшилось месяц назад после удаления зуба: появились ознобы, фебрильная температура. Прием аспирина, ампициллина был неэффективным. В анамнезе - двустворчатый аортальный клапан.

**Объективно**: общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, на коже предплечий, плеч петехиальные кровоизлияния, акроцианоз. Симптом Мюссе. В легких везикулярное дыхание. Верхушечный толчок усилен, пальпируется в VII межреберье. На верхушке сердца определяется диастолическое дрожание. Границы сердца расширены влево, вниз. Аускультативно: ослабление I тона, систолический и диастолический шумы на верхушке. Над аортой II тон резко ослаблен, выслушивается мягкий, дующий диастолический шум, который проводится в точку Боткина-Эрба. ЧСС – 90 в мин. АД 160/40 мм рт. ст. Пульс – 90 уд/мин., скорый, высокий, аритмичный

Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 5 см из-под края реберной дуги. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон.

**Данные лабораторно-инструментальных исследований:**

общий анализ крови: RBC - 2,1 ·1012 /л, НGВ - 92 г/л, WBC - 15 ·109 /л, э. - 2%, п/я - 12%, с/я- 64%, лимф. -16%, м. - 6%, СОЭ - 54 мм/час.

Общий анализ мочи: уд. вес. - 1013, белок - 1,65‰, Эр. - 25-40 в п/зр., цил. гиалиновые - 6-7 в п/зр.

***Вопросы к задаче*:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз. (ОПК-4, ОПК-5, ПК-13, ПК-14)
2. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4, ПК-13)
3. Назначьте дополнительные методы исследования. (ОПК-4, ПК-13)
4. Объясните причину ухудшения состояния больного. (ОПК-4, ПК-13, ПК-14)
5. Что такое симптом Мюссе? (ОПК-4, ОПК-5, ПК-13, ПК-14)
6. Объясните причину выявленного у больного геморрагического синдрома. (ОПК-5, ПК-14)
7. Объясните свойства пульса у данного пациента (ОПК-4, ПК-13, ПК-14)
8. Назначьте лечение (выписать рецепты) (ОПК-7, ПК-13, ПК-14)

**Задача 22.**

Пациент З., 35 лет, сотрудник НИИ.

**Жалобы** на резкую слабость, головокружение, одышку, учащенное сердцебиение, боли в эпигастральной области.

**Из анамнеза заболевания:** ухудшение состояния наступило на фоне физической работы в саду, когда появилась резкая слабость, потливость, однократно дегтеобразный стул. Доставлен СМП в стационар.

**Из анамнеза жизни:** перенесенные заболевания: гастрит; курит 1 пачку сигарет в день около 10 лет.

**Объективно:** общее состояние тяжелое, сознание ясное, положение с ограничение двигательной активности из-за слабости. ИМТ 21 кг/м2.

Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Холодный пот.

В легких дыхание везикулярное. ЧД 26 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС=Пульс= 120 в 1 мин., АД 80/60 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот несколько вздут, при пальпации болезненный в эпигастрия и зоне Шоффара. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

***Вопросы к задаче*:**

1. С чем связано ухудшение состояния больного? (ОПК-4, ПК-13, ПК-14)
2. При каких заболеваниях могут развиться подобные осложнения? (ОПК-4, ПК-14)
3. Оцените показатели общего анализа крови: RBC- 2,0 х 10 12 /л, НBG - 70 г/л, ЦП - 1,0; WBC - 7,4 х 10 9 /л, лейкоформула без особенностей, СОЭ - 14 мм/час. (ОПК-4, ПК-13)
4. Объясните нормохромный характер анемии (ОПК-4, ПК-13)
5. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз заболевания. (ОПК-4, ОПК-5, ПК-13, ПК-14)
6. Назовите причины основного заболевания (ОПК-4, ПК-13, ПК-14)
7. Составьте план обследования. (ОПК-7, ПК-13, ПК-14)
8. Составьте план лечения (выписать рецепты) (ОПК-7, ПК-13, ПК-14)

**Задача 23.**

Пациент К., 40 лет, слесарь.

**Жалобы** на периодический кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, одышку при умеренной физической нагрузке, быструю утомляемость.

**Из анамнеза заболевания:** около 10 лет беспокоит кашель, последние полгода - одышка при физической нагрузке, быстрая утомляемость.

**Из анамнеза жизни:** курит 25 лет по 2 пачки сигарет в день.

**Объективно:** общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. ИМТ 30 кг/м2. Умеренный диффузный теплый цианоз. Пальцы - в виде «барабанных палочек», ногти как «часовые стекла». Грудная клетка бочкообразной формы, надключичные пространства выбухают. Перкуторно над легкими - коробочный звук. В легких дыхание жесткое, при форсированном дыхании появляются сухие свистящие хрипы. ЧД – 18 в мин. (в покое). Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС=Пульс=80 в мин. АД= 135/80 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена.

**Данные дополнительных методов обследования:**

Общий анализ крови: RBC-5,1·1012/л, HGB-161г/л, WBC-6,5·109/л, СОЭ 3мм/ч;

Рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности. Легочный рисунок усилен.

Спирография: ОФВ1 /ФЖЕЛ - 59%, ОФВ1= 68% (постбронходилатационный).

Анализ мокроты (микроскопия): эпителиальные клетки в большом количестве, лейкоциты 5-6 в поле зрения.

ЭКГ: Синусовый ритм, ЧСС 80 в 1 мин. Перегрузка правых отделов сердца.

***Вопросы к задаче:***

1. Выделите основные синдромы. (ОПК-4, ПК-13, ПК-14)

2. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. (ОПК-4, ОПК-5, ПК-13, ПК-14)

3. Составьте план обследования (ПК-13)

4. Назовите этиологические факторы заболевания. (ОПК-4, ОПК-5, ПК-13, ПК-14)

5. Перечислите основные компоненты необратимой обструкции бронхов. (ОПК-5, ПК-13)

6. Перечислите немедикаментозные средства лечения данного больного. (ОПК-7, ПК-13, ПК-14)

7. Назовите препараты для базисной терапии (выпишите рецепты). (ОПК-7, ПК-13, ПК-14)

8. Дайте рекомендации по санаторно-курортному лечению. (ОПК-7, ПК-13, ПК-14)

**Задача 24.**

Пациент В. 25 лет, строитель

**Жалобы** на боли в грудной клетке справа, сухой кашель, одышку, подъем t0  до 390С С, озноб, резкую слабость.

**Из анамнеза заболевания**: Заболел остро, после переохлаждения, когда появились озноб, слабость, повысилась Т0  тела до 38,50 . Принял чай с малиной без улучшения. Вызвал СМП. Госпитализирован.

**Объективно**: общее состояние тяжелое, сознание ясное, положение активное. Правильного телосложения, ИМТ 19 кг/м2..

Кожные покровы горячие, влажные, гиперемия правой щеки. Отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Над нижнебоковой поверхностью правого легкого - усиление голосового дрожания, укорочение перкуторного звука, аускультативно - дыхание бронхиальное, крепитация. ЧД - 32 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, тахикардия. ЧСС=Пульс= 112 в мин. АД - 90/60 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Печень, селезенка не увеличены. Отеков нет.

**Данные лабораторно-инструментальных исследований:**

Общий анализ крови: RBC- 4,2х1012/лHGB - 126 г/л; WBC-17,0х109/л; э. - 1%, нейтрофилы: ю - 10%: п/я - 17%, с/я- 54%, лимф. - 10%, м - 8%, СОЭ - 58 мм/час.

R-графия грудной клетки: справа гомогенное затемнение в проекции S4,S5 Д3

ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС 125 в мин.

***Вопросы к задаче*:**

1. Назовите наиболее вероятное заболевание у больного (ОПК-4, ОПК-5, ПК-13)
2. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4, ПК-13)
3. О каких заболеваниях можно думать по рентгенологическим данным? (ОПК-4, ПК-14)
4. Какие дополнительные обследования необходимы для уточнения диагноза? (ОПК-4, ПК-13)
5. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз. (ОПК-4, ОПК-5, ПК-14)
6. Назовите наиболее частых возбудителей данного заболевания. (ОПК-5)
7. Назначьте лечение (напишите рецепты). (ОПК-7, ПК-13, ПК-14)

8. Перечислите возможные осложнения данного заболевания? (ОПК-4, ПК-13, ПК-14)

**Задача 25.**

Пациент К. 19 лет, студент.

**Жалобы** на приступ удушья.

**Из анамнеза заболевания:** на празднике в кафе покурил кальян, после чего появился сильный кашель, приступ удушья. Друзьями доставлен в стационар.

**Из анамнеза жизни:** с детства приступы удушья при физической нагрузке, нахождении на ветру, в холодную погоду, при ОРВИ, при приеме морепродуктов.

У отца – аллергический ринит.

**Объективно:** общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Положение вынужденное, сидячее, с фиксацией плечевого пояса. ИМТ 25 кг/м2..

В дыхании участвует вспомогательная мускулатура. На расстоянии слышны свистящие хрипы. ЧДД - 24 в 1 мин. При перкуссии с обеих сторон - коробочный звук. При аускультации – масса сухих, свистящих хрипов, дыхание резко ослаблено.

Пульс учащен - 105 в мин. Тоны сердца ритмичные, звучные, АД- 110/70 мм. рт. ст. Живот безболезненный. Печень не увеличена.

**Данные лабораторно-инструментальных исследований:**

Общий анализ крови: RBC - 4,1х1012/л; HGB - 138 г/л, WBC- 17,0х109/л; э. - 21%, п/я - 2%, с/я- 49%, лимфоциты - 22%, моноциты - 6%, СОЭ - 10 мм/час.

ЭКГ: Синусовый ритм. ЧСС 80 в 1 мин. Перегрузка правых отделов сердца.

***Вопросы к задаче*:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. (ОПК-4, ОПК-5, ПК-14)
2. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4, ПК-13)
3. Перечислите дополнительные методы (ОПК-4, ПК-13)
4. Назовите мероприятия для купирования приступа удушья. (ОПК-4, ОПК-7)
5. Составьте план лечения в межприступном периоде (выпишите рецепты) (ОПК-7, ПК-13, ПК-14)
6. Назовите заболевания, при которых могут развиваться подобные симптомы (ОПК-4, ПК-14)
7. Назовите тип нарушения функции внешнего дыхания у данного пациента. (ОПК-5, ПК-13)
8. Какие иммунологические механизмы участвуют в развитии болезни? (ОПК-5)

**Задача 26.**

Больной К., студент, жалуется на боли в эпигастрии голодные и через 1,5-2 часа после приема пищи, иногда боли по ночам, тошноту, изжогу, купируемую приемом молока, повышенную утомляемость, раздражительность. Болен в течение 2 лет. В прошлом году дважды находился на стационарном лечении по поводу обострения данного заболевания. В последнее время боли усилились. В анамнезе частые нарушения пищевого режима. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД– 18 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 72 в минуту, АД – 115/70 мм рт. ст. Язык влажный, умеренно обложен налетом белого цвета. При пальпации живот мягкий, болезненный в пилородуоденальной зоне. Симптом Менделя отрицательный. Печень не увеличена. **ФГДС** - в антральном отделе желудка наблюдается отек слизистой оболочки, очаги гиперемии, единичные эрозии. Просвет луковицы двенадцатиперстной кишки деформирован за счет отечных, ригидных складок. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки гиперемирована, с множеством белесоватых эрозий. По медиальной стенке луковицы двенадцатиперстной кишки определяется язва средней глубины, размерами 0,8х0,7 см. Края язвы отечны, подрыты. Дно язвы покрыто белым фибрином. Слизистая постбульбарного отдела очагово гиперемирована. БДС не увеличен.

Заключение: Язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Катаральный рефлюкс-эзофагит. Недостаточность кардии. Поверхностный гастродуоденит.

*Вопросы к задаче:*

1. Сформулируйте диагноз. (ОПК-4, ОПК-5, ПК-14)

2. Перечислите основные синдромы, имеющиеся у данного больного. (ПК-13, ПК-14, ОПК-4)

3. Для какого типа желудочной секреции характерны подобные симптомы? Как это подтвердить? (ОПК-4, ПК-14)

4. Назовите основные этиологические факторы данного заболевания. (ОПК-5)

5. Назовите методы исследования для определения Helicobacter pylori. (ОПК-4, ПК-13)

6. Какие изменения на ФГДС характеризуют данное заболевание у пациента. (ОПК-4, ПК-14)

7. Какой прогноз при данном заболевании. (ПК-13, ПК-14)

8. Напишите одну из схем эрадикационной терапии. (ОПК-7, ПК-13, ПК-14)

9. Рекомендации по санаторно-курортному лечению и профилактике обострений. (ОПК-7, ПК-14)

**Задача 27.**

Пациентка Ж., 30 лет, кондуктор автобуса. **Жалобы** на общую слабость, отеки лица, поясницы и нижних конечностей, сухость во рту, жажду, уменьшение количества мочи. **Из анамнеза заболевания:** 3года назад после перенесенной ангины впервые обнаружена протеинурия, которая в дальнейшем нарастала. Появились отеки на лице. Лечилась в стационаре по поводу заболевания почек. Ухудшение состояния наступило 2 недели назад после перенесённой ОРВИ. **Объективно:** общее состояние тяжелое, сознание ясное, положение активное. ИМТ 27 кг/м2..Кожные покровы бледные и сухие. Выраженные отеки на лице, нижних конечностях, в области поясницы. В легких - везикулярное дыхание. Чистота дыхания 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС=Пульс=70 в мин. АД - 125/75 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена .**Данные лабораторных исследований:** Общий анализ крови: RBC - 3,5х1012/л, HGB - 90 г/л, НCT - 32%; MCV-70 fl, MCH - 25пг, MCHC - 300 г/л, RDW - 17%, PLT – 320х109/л, WBC - 6,8 х109/л, СОЭ - 40 мм /час, лейкограмма без особенностей. Биохимический анализ крови: общий белок - 60 г/л, билирубин - 17 мкмоль/л, холестерин - 10,1 ммоль/л, мочевина - 8,2 ммоль/л, креатинин - 205 мкмоль/л.Общий анализ мочи: прозрачная, относительная плотность - 1021, реакция кислая, белок - 6,6‰, эр. выщелоченные 5-8 в п. зр., Л. - 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые - 5-6, восковидные - 2-3 в п.зр.

***Вопросы к задаче*:**

1. Назовите основные синдромы (ОПК-4, ПК-13, ПК-14)
2. Сформулируйте диагноз. (ОПК-4, ОПК-5, ПК-14)
3. Укажите этиологию заболевания. (ОПК-5)
4. Что означает «нефротический синдром» (критерии)? (ОПК-4, ПК-13)
5. Какие дополнительные методы исследования необходимы? (ОПК-4, ПК-13)
6. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? (ОПК-4, ПК-14)
7. Назовите осложнения данного заболевания. (ОПК-4, ПК-13, ПК-14)
8. Составьте план лечения больной (выпишите рецепты). (ОПК-7, ПК-13, ПК-14)

**Задача 28.**

Пациент И. 28 лет, пекарь.

**Жалобы** на головные боли, тошноту, рвоту.

**Из анамнеза заболевания и жизни**: частые ангины. В возрасте 18 лет перенес острый нефрит с большими отеками, макрогематурией, повышением АД.

**Объективно:** общее состояние тяжелое, сознание ясное, положение активное. ИМТ 27 кг/м2..Кожные покровы бледные, сухие. Лицо пастозно. В легких везикулярное дыхание. ЧД 18 в мин. Сердце расширено в поперечнике за счет левых отделов. Тоны сердца приглушены, тахикардия. ЧСС=Пульс=96 в мин. Акцент II тона на аорте. Пульс ритмичный, напряжен. АД - 200/140 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный.

**Данные лабораторно-инструментальных исследований**:

Общий анализ крови: RBC - 3,5 х1012/л, HGB - 90 г/л, НCT 32%; MCV - 70 fl, MCH - 25 пг, MCHC - 300 г/л, RDW - 21%; PLT – 350х109 /л, WBC - 7,0х109/л, Э. - 2%, п/я -3% с/я - 70%, лимф. - 20%, м - 5%, СОЭ - 35 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 65 г/л, мочевина - 12,66 ммоль/л, креатинин - 305,04 мкмоль/л, калий - 4,6 ммоль/л, натрий - 132 ммоль/л

Обший анализ мочи: уд вес - 1006, белок - 0,165‰, Эр. - 3-5 в п/зр, гиал. цилиндры - единичные.

Проба Реберга-Тареева:клубочковая фильтрация - 23 мл/мин, канальцевая реабсорбция - 96%.

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС 98 в мин, признаки гипертрофии левого желудочка.

***Вопросы к задаче*:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. (ОПК-4, ОПК-5, ПК-14)
2. Назовите основные клинические формы данного заболевания. (ОПК-4, ПК-13, ПК-14)
3. Оцените данные дополнительных методов обследования. (ОПК-4, ПК-13)
4. Назовите методы определения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) (ОПК-4, ПК-13)
5. Назовите осложнения заболевания (ОПК-4, ПК-13, ПК-14)
6. Перечислите основные принципы диеты при данном заболевании (ОПК-7, ПК-13, ПК-14)
7. Назовите четырехкомпонентную схему лечения данного заболевания. (ОПК-7, ПК-13, ПК-14)

8. Назначьте лечение больному (выпишите рецепты). (ОПК-7, ПК-13, ПК-14)

**Задача 29.**

Задача. Больной М. 16 лет, поступил в клинику с жалобами на колющие боли в области сердца, «перебои», учащенное сердцебиение, одышку при физической нагрузке, боли в крупных суставах, повышение температуры до 37,2 – 37,5° по вечерам. Анамнез: 3 недели назад перенес ангину, не долечившись, приступил к занятиям. Вскоре появились боли в области сердца, одышка, повысилась тела до 38°, затем появились боли в коленных и локтевых суставах. Объективно: бледность кожных покровов, легкий акроцианоз. Верхушечный толчок несколько ослаблен, смещен вниз и влево в VI межреберье по средне – ключичной линии. Границы сердца умеренно расширены влево. Тоны сердца приглушены, мягкий систолический шум на верхушке дующего характера, тахикардия до 102 уд. в минуту. АД 125/75 мм рт. ст. На ЭКГ – синусовая тахикардия, снижен вольтаж основных зубцов. В грудных отведениях зубец Т (+ -). Общий анализ крови: RBC - 4,2х1012/л, НGB - 120 г/л, HCT - 48%, MCH – 28pg, MCV – 84fl, WBC- 11х109/л (эоз. – 5%, п/яд – 7%, с/яд – 53%, лимф. – 30%, мон. – 5%), СОЭ – 47 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок -75 г/л, альбумины - 43%, a1 глобулины – 6%, a2 – 12%, b – 14%, g – 25%, фибриноген – 6 г/л; СРБ (+++), серомукоиды – 460 ед, сиаловые кислоты - 490 ед. Иммунограмма выявила снижение количества Т – супрессоров, повышенный уровень иммуноглобулинов. АСЛ-О 1:750ед.

***Вопросы к задаче:***

1. Ваш диагноз и обоснование его. (ОПК-4, ОПК-5, ПК-14)

2. Назовите этиологические факторы данного заболевания. (ОПК-5)

3. Какие современные методы обследования необходимы для диагностики данного заболевания? (ОПК-4, ПК-13)

4. Выделите большие и малые критерии заболевания. . (ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ПК-14).

5. С какими болезнями необходимо провести дифференциальную диагностику? (ОПК-4, ПК-14)

6. Какие лечебные мероприятия включает в себя 3х – этапный принцип лечения данного заболевания? (ОПК-7, ПК-13, ПК-14)

**Задача 30.**

Пациентка Д., 27 лет, учитель.

**Жалобы** на тупые ноющие боли в правом подреберье, тошноту,

**Из анамнеза заболевания и жизни**: около 5 лет отмечает периодические боли в правом подреберье, возникающие после приема жирной пищи, длительной работы за компьютером, иногда ночью, купирующиеся приемом но-шпы, аллохола. Склонность к запорам. У матери и бабушки желчнокаменная болезнь.

**Объективно**: общее состояние удовлетворительное. ИМТ 30 кг/м2.

Кожные покровы обычной окраски, чистые. Субиктеричность склер. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД-16 в/мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС = Пульс = 90 в/мин. АД-115/70 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптомы Мюсси, Кера, Мерфи отрицательные. Печень, селезенка не увеличены. Отеков нет. Диурез без особенностей.

**Данные дополнительных исследований**

Общий анализ крови: RBC - 3,7х1012/л, НGВ - 125 г/л, WBC - 8,0х109/л, э.-1%, нейтрофилы: п/я-2%, c/я - 58%, лимфоциты - 30%, моноциты - 7%, СОЭ - 5 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, мочевина - 7,6 ммоль/л, креатинин – 85 мкмоль/л, глюкоза - 4,1 ммоль/л, билирубин - 30 мкмоль/л.

УЗИ ОБП: снижена сократительная способность желчного пузыря, холедох-толщина стенки- 4 мм.

***Вопросы к задаче:***

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. (ОПК-4, ОПК-5, ПК-14)
2. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4, ПК-13)

Назначьте план обследования (ОПК-4, ПК-13)

1. Назовите факторы риска развития ЖКБ у пациентки (ОПК-4, (ОПК-5)
2. Назначьте лечение (выпишите рецепты). (ОПК-7, ПК-13, ПК-14)
3. Перечислите заболевания, протекающие со сходной симптоматикой (ОПК-4, ПК-14)
4. Дайте рекомендации по санаторно-курортному лечению (ОПК-7, ПК-13, ПК-14)
5. Перечислите возможные осложнения данного заболевания. (ОПК-7, ПК-13, ПК-14)

**Задача 31.**

Больная Л., 40 лет, домохозяйка,.Жалобы на интенсивный зуд кожи преимущественно в вечернее время, незначительное увеличение в размерах живота, похудание за 2 года на 20 кг. Считает себя больной около 3 лет, когда впервые появился кожный зуд -длительное время лечилась у дерматолога - без эффекта. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния госпитализирована для обследования. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Профессиональных вредностей не имеет. Семейный анамнез: мать, 67 лет, страдает ИБС: стенокардией II ФК, ГБ, Отец погиб в 50 лет в результате аварии. Аллергологический анамнез не отягощен. **При осмотре:** состояние средней тяжести. Пониженного питания. Кожные покровы и склеры желтушные. Ксантелазмы век. Пергаментность кожи на стопах и голенях, большое количество расчесов. Периферических отеков нет. ЧД–17 в 1 мин. Конституция нормостеническая. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет, бронхофония не изменена. Границы относительной тупости сердца - в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс – 78 уд/мин, удовлетворительного наполнения. АД – 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Нижний край печени выступает из-под края реберной дуги на 4 см. Размеры печени по Курлову – 12 х 10 х 10 см. Селезенка не пальпируется. Стул объемный, пенистый. Мочеиспускание в норме. **ОАК:** RBC– 3,7х1012/л, HGB – 130/л, WBC – 7,8х109/л, лейкоцитарная формула: GRA – 79% (э -1%, п -3%, с -78%), LYM-17%, MON - 6%, СОЭ – 58 мм/ч. **БАК:** общий белок – 7,8г/л, альбумин – 40,0%, холестерин – 7,8ммоль/л, мочевина – 6,1ммоль/л, креатинин – 101мкмоль/л, глюкоза – 5,8ммоль/л, общий билирубин – 182ммоль/л, прямой билирубин – 162 ммоль/л, К – 4,1 мэкв/л, Na – 145 мэкв/л, АЛТ – 52Ед/л, АСТ – 48Ед/л, ЩФ – 720Ед/л, ГГТП – 460Ед/л. **Маркеры вирусных гепатитов** не обнаружены **Копрология:** консистенция мягкая, форма оформленная, цвет коричневый, мышечные волокна: с исчерченностью – немного, без исчерченности – немного, жир нейтральный – обнаружен; мыла в небольшом количестве, растительная неперевариваемая клетчатка – много; крахмал, иодофильная флора не обнаружены; дрожжевых грибов нет. **УЗИ ОБП;** увеличение размеров печени и умеренная спленомегалия, умеренное расширение воротной вены, общий желчный проток не расширен, небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости. **ФГДС:** пищевод не изменен. Хронический гастрит.

***Вопросы к задаче:***

1. Сформулируйте предварительный диагноз. (ОПК-4, ОПК-5, ПК-14)

2.Какие методы обследования необходимы для верификации предварительного диагноза (ОПК-4, ПК-13)

3. Какие препараты используют для купирования кожного зуда (ОПК-7, ПК-13, ПК-14)

4. Обоснуйте назначение витаминов А, Д, Е, К у данной больной (ОПК-7, ПК-13, ПК-14)

5. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов (ОПК-7, ПК-13, ПК-14)

6. Оценить трудоспособность пациента (ПК-13, ПК-14)

7. Профилактика цирроза печени (ОПК-7, ПК-13, ПК-14)

**Задача 32.**

Пациент К., 47 лет, инженер. **Жалобы** на боли сжимающего характера за грудиной и одышку при физической нагрузке, частые головокружения, головные боли, склонность к обморочным состояниям.

**Из анамнеза заболевания и жизни**: данные жалобы беспокоят около 5 лет, Ухудшение состояния связывает с физическим перенапряжением во время ремонта квартиры. В детстве - частые ангины.

**Объективно**: общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледные, чистые. В легких дыхание везикулярное. Частота дыхания 18 в мин. Левая граница относительной тупости сердца определяется в 6 межреберье по передней подмышечной линии. Тоны сердца приглушены, II т. над аортой ослаблен, здесь же выслушивается грубый систолический шум, иррадиирующий на сосуды шеи. ЧСС = Пульс = 76 в мин. Пульс слабого наполнения. АД - 110/80 мм. Рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. **Данные лабораторно-инструментальных исследований**:

Общий анализ крови: RBC - 4,5х1012/л, НGВ - 140 г/л, НCT-32%; MCV-100 fl, MCH - 31 пг, MCHC - 330 г/л, RDW-11,6%; PLT – 230х109/л, WBC - 7,0 х 10 9/л, СОЭ - 5 мм/час.

Биохимический анализ крови: креатинин - 90 мкмоль/л, глюкоза - 4,1 ммоль/л,

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС 98 в мин., признаки гипертрофии левого желудочка.

***Вопросы к задаче*:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз (ОПК-4, ОПК-5, ПК-14)
2. Оцените данные дополнительных методов обследования (ОПК-4, ПК-13)
3. Назначьте план обследования (ОПК-4, ПК-13)
4. Объясните причину обморочных состояний у больного. (ОПК-4, ПК-13)
5. Нарисуйте ЭКГ, характерную для данного заболевания. (ОПК-4, ПК-14)
6. Объясните причину появления сжимающих болей в сердце у больного. (ОПК-5)
7. Перечислите вероятные осложнения данного заболевания (ОПК-4, ПК-13, ПК-14)
8. Назначьте лечение (выписать рецепты). (ОПК-7, ПК-13, ПК-14)

**Задача 33.**

Пациент С. 69 лет, пенсионер.

**Жалобы** на боли за грудиной сжимающего характера при ходьбе на расстояние 100-150 м и подъеме на 1 этаж, головокружение, периодические приступы слабости с кратковременной потерей сознания, одышку при ходьбе.

**Из анамнеза заболевания и жизни**: болен в течение 3-х лет. Доставлен бригадой скорой помощи с улицы - был приступ потери сознания.

**Объективно:** Общее состояние тяжелое, сознание ясное. Акроцианоз. В легких дыхание везикулярное, выслушиваются влажные хрипы в заднебоковых отделах легких. Перкуторно - расширение границ сердца влево и вправо. Тоны сердца глухие, периодически звучность I тона усиливается (“пушечный тон” Стражеско). Акцент и металлический оттенок II тона на аорте. Пульс ритмичен, напряжен, 42 удара в минуту. АД - 160/80 мм рт ст.

**Данные лабораторно-инструментальных исследований:**

Общий анализ крови: RBC - 4,2х1012/л, НGВ - 145 г/л, WBC - 6,3х109/л, СОЭ - 4 мм/час. Лейкоцитарная формула не изменена.

Общий анализ мочи: уд. вес- 1014, белок - 0,033 ‰, л. - ед. в поле зрения.

ЭКГ: зубцы Р и комплексы QRST регистрируются каждый в своем ритме, соответственно 88 и 42 в минуту, часть зубцов Р накладывается на комплекс QRSТ.

***Вопросы к задаче*:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз. (ОПК-4, ОПК-5, ПК-14)
2. Назовите вид аритмии у пациента? (ОПК-4, ПК-14)
3. Объясните термин “пушечный тон” Стражеско. (ОПК-4, ПК-13)
4. Объясните причину приступов потери сознания у больного. (ОПК-4, ПК-13)
5. Ваша тактика во время приступа потери сознания. (ОПК-4)
6. Назначьте план обследования (ОПК-4, ПК-13)
7. Назовите заболевания с подобной симптоматикой (ОПК-4, ПК-14)

8. Назначьте медикаментозное лечение (выписать рецепты) (ОПК-7, ПК-13, ПК-14)

**Задача 34**

Больная С. 56 лет обратилась к врачу с жалобами на головные боли, сердцебиение, одышку при физической нагрузке (подъем по лестнице на 1 этаж, ходьба в быстром темпе на расстояние более 50 метров), нестабильность артериального давления с тенденцией к гипертензии (в пределах 160/100 – 195/110 мм.рт.ст.). **Из анамнеза** страдает артериальной гипертензией 10 лет. Год назад у больной была транзиторная ишемическая атака. Антигипертензивные медикаментозные препараты, назначенные ранее, в последние 2 месяца принимала нерегулярно. Наследственность: отец умер от инсульта в возрасте 54 лет, мать – жива (76 лет), - артериальнАЯ гипертензиеЯ с 55 лет. **Объективно:** состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы чистые, обычной окраски, легкий акроцианоз. Индекс массы тела 34,3 кг/м2. Окружность талии 104 см, окружность бедер 120 см. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны, акцент II тона над аортой. Пульс – 88 в мин. АД – 160/112 мм.рт. ст. Левая граница смещена влево на 2 см от средне-ключичной линии. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, отеков нет. Дизурических явлений нет. Симптомы поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон. **Лабораторно-инструментальные данные:** **ОАК** – без патологии; **БАК** (общий холестерин - 7,2 ммоль/л, Триглицериды - 2,7 ммоль/л (норма <1,7 ммоль/л), ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л (норма> 1,2 ммоль/л), ХС-ЛПНП – 4,6 ммоль/л (норма <3 ммоль/л); глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л; креатинин – 108,8 мкмоль/л (норма 50-98 мкмоль/л), СКФ (по формуле CKD-EPI) = 53 мл/мин.

***Вопросы к задаче:***

1. Предположите вероятный диагноз с указанием степени и стадии болезни. (ОПК-4, ОПК-5, ПК-14)

2. Обоснуйте сформулированный Вами диагноз. (ОПК-4, ОПК-5, ПК-14)

3. Перечислите факторы сердечно-сосудистого риска, имеющиеся у больной. (ОПК-4, ОПК-5, ПК-14)

4. Назовите поражения органов мишеней у пациентки. (ОПК-5,ПК-14)

5. Укажите диагностические методики, которые возможно применить для определения пораженности сосудов при гипертонической болезни. (ОПК-4, ПК-13)

6. Составьте план дополнительного лабораторно-инструментального исследования. (ОПК-4, ПК-13)

7. Препараты каких групп антигипертензивных средств рекомендованы пациентке в составе комбинированной терапии. Свой выбор обоснуйте. (ОПК-7, ПК-13, ПК-14)

8. Назовите противопоказания к применению ингибиторов АПФ. (ОПК-7, ПК-13, ПК-14)

**Задача 35.**

Больной С., 26 лет, обратился с жалобами на чувство тяжести, дискомфорт в правом подребрье, слабость, повышенную утомляемость, незначительное повышение Т (до 37,2°). Впервые подобные жалобы возникли полгода назад, но больной к врачам не обращался, не лечился. В течение последней недели заметил появление небольшой желтушности кожи, в связи с чем, обратился к участковому врачу.**В анамнезе больного**: эпизод внутривенной наркомании, злоупотребление алкоголем отрицает, инфекционный гепатит в детстве отрицает, имеет длительный стаж курения, отмечает нерегулярное питание, частое употребление жирной, жареной пищей. **При осмотре:** состояние средней тяжести, отмечается субиктеричность кожи и склер. По органам грудной клетки без особенностей. Живот при поверхностной пальпации мягкий, болезненный, в правом подреберье пальпируется край печени, гладкий, положителен симптом Кера. Размеры печени по Курлову 12 х 10 х 9см. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон. Было проведено обследование: **общий анализ крови:** HB – 125г/л, RBC 4,6 х 1012/л, WBC – 9,6 х 109/л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ –25мм/ч. **Анализ мочи**: уд. вес – 1012, белoк, глюкоза отрицат., лейкоциты – 2 – 4 в поле зрения, эритроцитов нет, желчные пигменты отрицательны. По данным **биохимии крови** общий белок -75г/л, общий билирубин – 45ммоль/л, АЛТ -226ед, АСТ-80ед., глюкоза – 4,1ммоль/л, креатинин – 98мкмоль/л. По результатам **УЗИ ОБП** выявлена умеренная гепатомегалия, утолщение стенок желчного пузыря до 4 мм

***Вопросы к задаче:***

1. Выделите клинические синдромы.

2. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. (ОПК-4, ОПК-5, ПК-14)

3. Какие факторы риска поражения печени имеются у больного? (ОПК-4, ПК-13)

4. Сформулируйте алгоритм дальнейших исследований. (ОПК-4, ПК-13)

5. Назовите основные серологические маркеры вирусных гепатитов В и С. (ОПК-4, ПК-13)

6. Назначьте необходимое лечение. (ОПК-7, ПК-13, ПК-14)

7. Какие осложнения данного заболевания возможны? (ОПК-4, ПК-13, ПК-14)

**Задача 36.**

Пациент Ж., 45 лет, руководитель малого предприятия.

**Жалобы** на боли жгучего характера за грудиной, сопровождающиеся ощущением нехватки воздуха и сердцебиением.

**Из анамнеза заболевания и жизни**: состояние резко ухудшилось 40 минут назад, когда после стресса появились загрудинные боли. Прием нитроглицерина уменьшил боли на короткое время. Через несколько минут загрудинные боли усилились, появилась резкая слабость, потливость, «страх смерти».

**Объективно:** общее состояние тяжелое, сознание ясное. Бледность кожных покровов, акроцианоз, холодный пот. Над легкими - везикулярное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы с обеих сторон. Тоны сердца глухие, аритмичные. ЧСС=Пульс= 110 в мин. АД - 80/50 мм рт. ст. Пульс - слабого наполнения, аритмичен. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отеков нет.

**Данные лабораторно-инструментальных исследований:**

Общий анализ крови: RBC-4,8х1012/л, НGВ - 145 г/л, НCT- 37%; MCV- 86 fl, MCH - 28пг, MCHC - 300 г/л, RDW-13%; PLT- 270х109 /л, WBC – 13х109/л, СОЭ - 6 мм/час.

Тропонин I - 0,006 нг/мл (норма <0,026нг/мл); КФК – МВ - 1,4 нг/мл (норма ≤5,2 нг/мл)

ЭКГ: синусовая тахикардия, единичные желудочковые экстрасистолы. В I, II, AVL, V2 - V3 -V4 отв. - сегмент ST в виде монофазной кривой.

***Вопросы к задаче*:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз. (ОПК-4, ОПК-5, ПК-14)

1. Тактика врача скорой помощи на догоспитальном этапе. (ОПК-5, ПК-14)
2. Чем обусловлена тяжесть состояния больного? (ОПК-5, ОПК-4, ПК-13)
3. Назовите возможные осложнения данного состояния (ОПК-4, ПК-13, ПК-14)
4. Оцените данные дополнительных исследований. (ОПК-4, ПК-13)
5. Нарисуйте ЭКГ пациента. (ОПК-4, ПК-14)
6. Современная тактика оказания медицинской помощи больному с данной патологией (выписать рецепты). (ОПК-7, ПК-13, ПК-14)
7. Назовите факторы риска этого заболевания. (ОПК-4, ПК-13)

**Эталоны ответов.**

**Задача №1**

*1. Биохимический анализ крови:* гиперхолестеринемия, дислипидемия. *ЭКГ в покое* без особенностей. *Велоэргометрческая проба*: появление патологической депрессии сегмента SТ-Т на 2 мм в отведениях V1 -V4, что свидетельствует о возникновении ишемии в передне-перегородочном отделе левого желудочка. Заключение: стресс–тест положителен в отношении ишемии.

1. План обследования: стресс-ЭХО-КГ; для уточнения степени поражения коронарного русла требуется проведение визуализирующих исследований. В качестве метода визуализации коронарных артерий в данном случае предпочтение следует отдать МСКТ-ангиографии. С целью оценки поражения атеросклерозом артерий других бассейнов следует рекомендовать выполнение ультразвуковой допплерографии магистральных сосудов головы и шеи.
2. Предварительный диагноз:

*Основное заболевание:* ИБС: стенокардия напряжения впервые возникшая.

*Сопутствующее заболевание: Гиперхолестеринемия.*

1. Инфаркт миокарда, выраженная гипертрофия миокарда при различных сердечно-сосудистых заболеваниях (АГ, аортальный стеноз, коронарииты, вазоспастическая стенокардия, ТЭЛА, перикардит); острый бронхит, трахеит, БА, плеврит, пневмония, пневмоторакс, рак легких; острые и хронические заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта: рефлюкс-эзофагит, спазм пищевода, эрозивное поражение, язвенная болезнь и опухоли пищевода, желудка и двенадцатипестной кишки, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, холецистит, панкреатит; остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника с корешковым синдромом; межреберная невралгия, миалгия и др.
2. *Немодифицируемые ФР:* возраст (мужчины старше 45 лет, женщины 55 лет, мужской пол, отягощенная по ИБС наследственность; *модифицируемые ФР:* дислипидемия (повышение холестерина, ТГ, ЛПНП), АГ, гиподинамия, курение, ожирение, СД; а также *социальные ФР:* урбанизация, индустриализация, экономическая отсталость населения.
3. Неадекватный коронарный кровоток→ишемия миокарда→нарушение биохимических и электрических процессов в миокарде, активация ПОЛ→повреждение и некроз миокарда→нарушение проводимости и ритма, диастолическая и систолическая дисфункция ЛЖ.
4. Рекомендована госпитализация на стационарное лечение, так как впервые возникшая стенокардия напряжения является нестабильной и высок риск развития ОКС, ИМ. Немедикаментозная терапия: устранение модифицируемых ФР ИБС- отказ от курения, диета, физическая активность, коррекция дислипидемии, психоэмоциональных факторов. В качестве медикаментозной терапии, направленной на устранение симптомов пациенту следует рекомендовать бета-адреноблокаторы (например, бисопролол в стартовой дозировке 2.5-5 мг/сут. с последующей титрацией дозы под контролем АД и ЧСС, целевые значения ЧСС 55-60 в минуту). Для предотвращения сердечно-сосудистых осложнений пациенту необходимо лечение гиполипидемическими препратами и антитромбоцитарными средствами. Среди гиполипидемических средств группой выбора будут статины (например, аторвастатин в дозе 20 мг/сут, в динамике требуется титрация дозы препарата до достижения целевых показателей липидов в крови). Среди антитромбоцитарных средств следует предпочесть ацетилсалициловую кислоту в дозировке 75-150 мг/сут.
5. Прогноз непредсказуем, так как стенокардия нестабильна. При переходе в стабильную стенокардию напряжения-наиболее благоприятен. Профилактика заключается в устранении модифицируемых ФР.

**Задача №2**

1. Болевой, диспептический, астеновегетативный.
2. Предварительный диагноз:

*Основное заболевание:* Язвенная болезнь желудка, редко рецидивирующее течение, фаза обострения. (НПВС-гастропатия)

*Сопутствующее заболевание:* Гипертоническая болезнь I стадии, степень АГ 1, риск 2.

1. ФГДС – «золотой стандарт» диагностики, рентгенография, УЗИ ОБП для диагностики осложнений ЯБ. ОАК с целью исключения анемии (при осложнениях ЯБ), обследование на наличие инфицированности хеликобактер пилори (Нр), а именно: инвазивные: быстрый уреазный тест (КЛО-тест), гистологическое исследование-«золотой стандарт»; неинвазивные: дыхательный, иммунологическое исследование (ИФА); иммуногистохимический- определение моноклональных антител к H.pylori в биоптате; молекулярно-генетический (ПЦР).
2. *Прямые:* язвенная ниша, воспалительный инфильтративный вал, конвергенция складок слизистой, деформация стенки желудка; *косвенные(функциональные):* гиперсекреторный слой натощак, локальный спазм («указующий перст»), усиленная перистальтика, ускоренная эвакуация.
3. Язвы желудка в большинстве случаев располагаются по его малой кривизне в препилорическом и пилорическом отделах. Реже они находятся в кардиальном и субкардиальном отделах. Более 90% язв желудка располагаются на границе между зонами желудочных и пилорических желез, обычно на стороне пилорических желез. Это соответствует участку стенки желудка, ограниченному передними и задними косыми волокнами и круговым слоем мышечной оболочки стенки желудка, где при его движениях имеется наибольшее растяжение стенки. Размер гастродуоденальных язв может колебаться от нескольких мм до 50-60 мм в диаметре и более. Глубина язв также может быть различной - от 5 до 20 мм. Язвы могут иметь округлую, овальную или неправильную форму. Край язвы, обращенный к входу в желудок, как правило, подрыт, и слизистая оболочка нависает над язвенным дефектом. Противоположный край чаше всего представляется пологим. Складки слизистой оболочки по периферии язвы утолщены и конвергируют к ее краям. Серозная оболочка в зоне язвы резко утолщена.
4. Дифференциальная диагностика язвенной болезни с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта, хроническим гастродуоденитом, хроническими заболеваниями печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы проводится по данным анамнеза, осмотра, результатов лабораторного, эндоскопического, рентгенологического и ультразвукового исследований.Язвенную болезнь необходимо дифференцировать с симптоматическими язвами, патогенез которых связан с определёнными фоновыми заболеваниями или конкретными этиологическими факторами. Клиническая картина обострения этих язв стёрта, отсутствует сезонность и периодичность заболевания.Язвы желудка и 12-перстной кишки могут являться клиническими проявлениями болезни Крона и специфических заболеваний желудочно-кишечного тракта.Это может быть как при изолированном поражении желудка, так и в сочетании с любыми другими локализациями поражения при болезни Крона
5. Отмена приема НПВС. Рекомендации по приему НПВС в будущем только под «прикрытием» ИПП. Если инфекция Н.pylori «+», то тройная стандартная-терапия первой линии: 1) ингибитор протонной помпы в стандартной дозе (омепразол 0,02 г или лансопразол 0,03г или рабепрозол 0,02) 2 раза в день за 30 минут до приема пищи, 2) + клатитромицин 500мг 2 раза в день, 3) +амоксициллин 1000 мг 2 раза в день. Курс 14 дней. Если инфекция Н.pylori «-», то при неосложненной язве желудка длительность антисекреторной терапии должна составлять не менее 8 недель. При осложненной язве желудка продолжительность антисекреторной терапии должна составлять 8-12 недель (включая прием ИПП в составе антихеликобактерной терапии).
6. Перфорация, пенетрация, кровотечение, стеноз привратника, малигнизация.

**Задача №3**

1. Ухудшение состояния пациента при проведении ФГДС обусловлено развитием ОКС, острого инфаркта миокарда, осложненного кардиогенным шоком.
2. Данные ЭКГ говорят о развитии острейшего периода острого инфаркта миокарда нижней стенки левого желудочка (задне-диафрагмальной области ЛЖ) - подъем сегмента SТ на 3 мм в отведениях II, III, AVF и реципрокных изменениях передне-перегородочной области (снижение сегмента ST в отведениях V1 – V3), высокий остроконечный положительный зубец Т в V1 - V3, появление которых свидетельствует об обширности ИМ.
3. Повышение уровня биохимических показателей: ЛДГ, КФК, АСТ, а также лейкоцитоз и увеличение СОЭ характерно для острого ИМ.
4. Исследование крови на специфические маркеры некроза миокарда: Тропонин I и Тропонин Т.

Эхокардиография позволяет выявить локальные нарушения сократимости стенок левого желудочка.

Рентгенография грудной клетки позволяет выявить осложнения ИМ (застой в легких) и провести дифференциальную диагностику (пневмоторакс, расслоение аорты, тромбоэмболия ветвей легочной артерии).

1. Диагноз: ИБС. Острый инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка острейшая стадия. Осл. Кардиогенный шок.
2. Одно из наиболее тяжелых осложнений – острая сердечная недостаточность, появление которой является плохим прогностическим признаком;

- кардиогенный шок;

- отек легких;

- разрыв межжелудочковой перегородки и стенки ЛЖ с тампонадой;

- нарушения ритма и проводимости (синусовая брадикардия, АВ- блокады, желудочковые нарушения ритма, тромбоэмболии артерий).

1. Для больного с ОКС обязательна неотложная госпитализация в отделение реанимации или блок интенсивной терапии на 24 часа. Продолжительность дальнейшего пребывания в отделении реанимации зависит от тяжести состояния больного, динамики ЭКГ, анализов крови и биохимических показателей.
2. Лечение:
3. Экстренные противошоковые мероприятия:

* повышение АД – добутамин – селективный β1-адреномиметик в дозе 2,5 -10 мкг/кгмин;
* норадреналин гидротартрат в дозе 2-4 мкг/мин;
* внутриаортальная баллонная контрпульсация,
* чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика.

1. Аналгезия (нитроглицерин перорально или в/в, морфин);
2. Оксигенотерапия;
3. Тромболитическая терапия при наличии зубца Q на ЭКГ (не позднее 12 часов от начала ИМ) – стрептокиназа, альтеплаза;
4. β-Адреноблокаторы;
5. Блокаторы медленных кальциевых каналов;
6. Антитромботические антитромбоцитарные препараты (ацетилсалициловая кислота, клопидогрел, блокаторы IIb/IIIa гликопротеиновых рецепторов для в/в введения – абциксимаб, эптифибатид);
7. Антитромботические антитромбиновые препараты – гепарин-натрий, низкомолекулярные гепарины – эноксапарин натрий, надропарин кальций.

**Задача №4**

1. Инфекционный эндокардит, вторичный, острое течение, активность высокая. Стеноз митрального клапана. Геморрагический васкулит. Гломерулонефрит. Анемия средней степени тяжести. Осложнения: ХСН II Б стадии, IV функциональный класс по NYHA.
2. Ухудшение состояния больного развилось в результате преходящей бактериемии при экстракции зуба. У пациентов с «кардиогенными факторами риска» (врождѐнные и приобретѐнные пороки сердца) при выполнении у них различных медицинских вмешательств, которые могут сопровождаться преходящей бактериемией: экстракция зуба, тонзиллэктомия, урологические, гинекологические операции и диагностические манипуляции, иссечение и дренирование инфицированных мягких тканей и т. д., должна осуществляться антибиотикопрофилактика.
3. Приступы удушья по ночам свидетельствуют о выраженном застое крови в легких и возникновении интерстициального (сердечная астма) или альвеолярного отека легких.
4. Пульс при аортальной недостаточности скорый, высокий, большой, быстрый или скачущий (pulsus celer, altus, magnus et frequens). Пульсация артерий на предплечье хорошо заметна на глаз даже без пальпации.
5. Смещение границ сердца вверх и вправо, диастолический шум на верхушке сердца, печень выступает на 5 см из-под края реберной дуги, отеки голеней, незвучные мелкопузырчатые хрипы в нижнебоковых отделах.
6. Тахикардия, признаки гипертрофии ЛЖ (высокий зубец R в отведении I и глубокий зубец S в отведении III), которые сочетаются со смещением интервала ST вниз от изолинии и отрицательном зубцом T (признаки гиперфункции и ишемии миокарда)
7. «Deficit» пульса- это разница между количеством пульсовых волн и ЧСС. Пульс «differenсе»- пульс меньшего наполнения в левой радиальной артерии по сравнению с правой.
8. Ингаляция кислорода 4-8 л/мин через назальный катетер, морфин 1% 1 мл в 10 мл физ. раствора в/в медленно, промедол 1% 2 мл в 10 мл физ. раствора в/в медленно, фуросемид 40-120 мг в 10 мл физ. раствора в/в медленно. Если сердечная астма развилась на фоне гипертонического криза - пентамин 1 мл 5% р-ра в 20 мл. изотонического раствора хлорида натрия, дробно (по 0,3-0,5 мл), медленно, под контролем АД. При низком АД дофамин4% р-р 5мл. (200 мг.) в 500 мл физраствора. Гепарин 5 000 Ед в/в на физрастворе ( при АД не выше 180/120 мм.рт.ст.)

**Задача №5**

1. Синдромы: митрального порока сердца, аритмический, астеновегетативный.
2. ЭКГ: ритм неправильный, частота 100 в мин., интервалы R-R различной величины, зубцы Р отсутствуют, волны f, комплексы QRS не расширены. Данное заключение говорит о наличии мерцательной аритмии у пациентки, как результат длительного течения порока.
3. Усиление I тона может быть обусловлено большей интенсивностью сердечных сокращений. При стеноз митрального клапана происходит уменьшение диастолического наполнения ЛЖ и увеличение амплитуды движения створок митрального клапана, в результате I тон на верхушке сердца усиливается и изменяет тембр, приобретая хлопающий характер.
4. Осн.:Хроническая ревматическая болезнь сердца, умеренной степени, активная фаза.

Осл.:Стеноз митрального клапана. Соп.: Анемия легкой степени тяжести.

1. ЭХО-КГ, которая выявляет ограничение диастолического открытия створок, что проявляется как «куполообразное» диастолическое выбухание передней митральной створки в полость ЛЖ («парусение» и ограничение подвижности задней митральной створки), площадь левого АВ-отверстия.

При рентгенологическом исследовании- митральная конфигурация сердца с увеличением левого предсердия.

1. Самая частая причина митрального стеноза ревматический кардит. Ревматический процесс приводит к утолщению и кальцификации створок, сращению комиссур и хорд или их комбинации. Результат – воронкообразный митральный аппарат со значительным уменьшением площади отверстия. Сужение митрального отверстия (“первый барьер”) ведет к неполному опорожнению ЛП и повышению давления в нем с 4-8 мм рт. ст. (в норме) до 20-30 мм рт.ст. Повышение давления приводит к гипертрофии и дилатации ЛП. Повышение давления в левом предсердии приводит к повышению давления в легочных венах и капиллярах. Развивается венозная “пассивная” гипертензия - 60 мм рт ст. –застой крови в легких (интерстициальный отек), затрудняющий вентиляцию. Для предотвращения разрыва легочных капилляров и альвеолярного отека легких возникает защитный рефлекторный спазм легочных артериол (рефлекс Китаева), уменьшающий приток крови к легочным капиллярам. Давление в легочной артерии резко возрастает до 150-160 мм рт ст. (активная прекапиллярная легочная гипертензия). Со временем спазм артериол переходит в органическое сужение просвета (“второй барьер”). Развитие высокой легочной гипертензии приводит к значительной гипертрофии, а затем дилатации правого желудочка, с развитием застойных явлений по большому кругу. Характерен “фиксированный” ударный объем– неспособность сердца увеличивать УО в ответ на нагрузку. Перфузии периферических органов и тканей снижена.
2. Диуретики, нитраты, сердечные гликозиды, антикоагулянты. Хирургическое лечение.

Митральный стеноз может прогрессировать вследствие рецидивов ревматической лихорадки. Более 80% процентов декомпенсированных и неоперированных больных погибают от тромбоэмболических осложнений или ХСН в течение 10 лет. Хирургическое лечение улучшает прогноз, однако сохраняется вероятность развития рестеноза.

**Задача № 6.**

1. Цитолитический синдром – характеризуется повышением уровня АЛТ, АСТ. Синдром печеночно-клеточной желтухи – субиктеричность склер, повышение уровня прямого билирубина, снижение уровня альбумина, ПТИ. Астеновегетативный синдром – слабость, повышенная утомляемость. Синдром гепатомегалии – увеличение размеров печени, боли в правом подреберье.

2. Хронический вирусный гепатит (В или С), фаза репликации

3. Кровь на маркеры вирусных гепатитов В и С, определение маркеров активности (ПЦР), УЗИ ОБП

4. Вирусные гепатиты В и С

5. Цирроз печени, хронический холецистит

6. АЛТ, АСТ

7. Противовирусные препараты, гепатопротекторы, спазмолитики, препараты дезоксихолевой кислоты

8. Санатории: Красноусольск, Ассы, Юбилейный, Юматово, Кавказские минеральные воды.

**Задача №7**

1. Бронхообструктивный синдром, синдром дыхательной недостаточности

2. Бронхиальная астма, ХОБЛ.

3. Компьютерная томография органов грудной клетки, эхокардиография, пульсоксиметрия, аллергологическое обследование, спирометрия с бронходилатационнымм тестом

4. Лейкоцитоз, эозинофилия крови, мокроты.

5. Бронхиальная астма, аллергическая форма, средней степени тяжести, неконтролируемая. Осл**.**: ДН 2 ст.

6. Атопический

7. Ингаляционные кортикостероиды, в2-адреномиметики через небулайзер.

**Задача № 8.**

1. Основные синдромы – астенический, гепатомегалии, холестатический, цитолитический, мезенхимально-воспалительный, геморрагический

2. Похудание, повышение уровней АЛТ, АСТ

3. Нет, в анамнезе инъекционная наркомания

4. Хронический вирусный гепатит С, в фазе репликации

5. Кровь на маркеры вирусного гепатита С, определение маркеров активности (ПЦР) (антитела к HCV (IgG, M), фрагменты ДНК/РНК вирусов в крови)

6. Противовирусные препараты, гепатопротекторы, спазмолитики, препараты дезоксихолевой кислоты, дезинтоксикационная терапия

7. Отсутствие адекватной терапии приводит к циррозу печени

8. Показана вакцинация против гепатита В. Специфическая профилактика других форм этой патологии не разработана.

**Задача №9.**

1. Дилатация левого предсердия и мерцание предсердий способствуют образованию тромбов. Оторвавшиеся тромбы – источник эмболии в системе большого круга кровообращения.

2. Общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (белок, белковые фракции, С–реактивный белок, фибриноген, сиаловые кислоты), ЭКГ, ФКГ, R-графия сердца в 3-х проекциях, ЭхоКГ, исследование глазного дна, исследование свертывающей системы крови.

3. Хроническая ревматическая болезнь сердца (степень активности уточнить после дообследования), стеноз митрального клапана. Осл.: Фибрилляция предсердий, постоянная форма, тахисистолия. ХСН IIБ. Острое нарушение мозгового кровообращения с правосторонним гемипарезом в результате тромбоэмболии в сосуды головного мозга

4. ОНМК

5. Ревматическая лихорадка – инфекционно – аллергическое заболевание, характеризующееся воспалительным поражением соединительной ткани с преимущественной локализацией в сердечно-сосудистой системе. Первичная роль принадлежит стрептококковой инфекции – В–гемолитический стрептококк группы А сенсибилизирует организм, с последующим развитием гиперергической реакции соединительной ткани, главным образом сердца и сосудов.

6. Хлопающий I тон, II тон, щелчок открытия митрального клапана создают трехчленный ритм («спать пора»). Дефицит пульса – это разница между частотой сердечных сокращений и частотой пульса.

7. Это можно объяснить сдавлением левой подключичной артерии, увеличенным левым предсердием (симптом Попова–Савельева)

8. Дезагреганты, ноотропы, антикоагулянты, кардиометаболические средства.

**Задача №10.**

1. Внебольничная бактериальная правосторонняя нижнедолевая (крупозная) пневмония, средней степени тяжести. ДН II степени

2. Пневмококки. Развивается чаще у здоровых лиц, проявляется как гиперергическое воспаление.

3. Вовлечение в процесс диафрагмальной плевры.

4. R-графия грудной клетки, ОАМ, ЭКГ, анализ мокроты, общий + бактериологическое исследование.

5. Плеврит экссудативный, абсцедирование, дыхательная недостаточность; инфекционно-токсический шок, острая сердечная и токсическая сосудистая недостаточность, нефрит, миокардит.

6. Острая дыхательная недостаточность (дистресс-синдром), острая сердечно-сосудистая недостаточность, почечная недостаточность, ДВС-синдром.

7. Антибактериальная, противовоспалительная, десенсибилизирующая и

дезинтоксикационная терапия

1. Тошнота, рвота, лейкопения, синдром Лайэлла, анафилактический шок, крапивница и др. аллергические реакции, нефро- и гепатотоксичность, тератогенность (у некоторых групп), дисбактериоз

**Задача №11.**

1. Осн.: Алкогольный цирроз печени, начальная стадия. Осл: отечно-асцитический синдром.

2. Патогенез: воздействия этиологического фактора → Воспалительно-некротический процесс в паренхиме печени, узлообразование и фиброзирование → нарушение системы кровообращения печени → портальная гипертензия → шунтирование крови → ишемия сохранной ткани и дальнейший некроз → повторное узлообразованиие и фиброз → нарушение синтеза белков→ гипопротеинемия, гипоальбуминемия → снижение онкотического давления крови → отек, асцит

3. ПТИ = 50% при норме 81-140% вследствие нарушения синтезирующей функции печени (протромбин синтезируется печенью при участии витамина K)

4. Дополнительные исследования, консультация специалистов: ФГДС – для визуализации варикоза пищевода УЗИ – структура печени, выявить узлы регенерации, КТ –для дифференциальной диагностики с вторичным билиарным циррозом. Лапароскопия с пункционной биопсией для верификации диагноза. Консультация абдоминального хирурга

5. Препараты альбумина, диуретики, препараты дезоксихолевой кислоты, гепатопротекторы, витамины группы В

6. Показаниями для лечебного лапароцентеза являются: напряженный асцит, рефрактерный асцит. Показаниями для диагностического лапароцентеза: впервые выявленный асцит, подозрение на инфицирование асцитической жидкости, злокачественную опухоль, перфорация органа брюшной полости при отсутствии других методов диагностики. Показаниями для назначения переливаний плазмы свежезамороженной являются: (ДВС), осложняющий течение шоков различного генеза, синдром массивных трансфузий, острая массивная кровопотеря (более 30% объема циркулирующей крови) с развитием геморрагического шока и ДВС-синдрома; болезни печени, сопровождающиеся снижением продукции плазменных факторов свертывания(острый фульминантный гепатит, цирроз печени); передозировка антикоагулянтов непрямого действия (дикумарин и другие); при тяжелых отравлениях, сепсисе, остром ДВС-синдроме; коагулопатии, обусловленные дефицитом плазменных физиологических антикоагулянтов.

7. Прогноз неблагоприятный, т.к. у пациента класс В по Чайлд-Пью, пациенты с классом B в среднем живут до 5 лет. Возможные осложнения: отечно-асцитический синдром, пищеводно-желудочное кровотечение, гиперспленизм, печеночная энцефалопатия, инфекционные осложнения.

8. Профилактика: устранение факторов риска, своевременная диагностика и лечение. Гепатотоксичным принято считать количество алкоголя, равное 40-80 г этилового спирта в сутки для мужчин, 20 г – для женщин.

**Задача №12.**

1.Синдром бронхообструкции

2.Бронхиальная астма, смешанная форма, в стадии обострения

3.На основании жалоб: на резко выраженную одышку, возникающую в покое и при незначительной физической нагрузке, сухой приступообразный кашель со скудной, слизистой, трудноотделяемой мокротой, общую слабость, потливость. Отмечает усиление симптомов одышки и кашля ночью и в ранние утренние часы.

На основании анамнеза: **у**худшению самочувствия предшествовал контакт с кошкой. В прошлом неоднократно отмечал у себя эпизоды затрудненного дыхания во время занятий спортом. Наследственность отягощена по аллергии (у матери и брата).

На основании физикальных данных: Перкуторно по всем легочным полям определяется коробочный звук, аускультативно - над всеми участками аускультации ослабленное везикулярное дыхание. Выслушивается множество сухих свистящих хрипов на вдохе и выдохе.

4.Препараты для неотложной помощи: С помощью небулайзера ингаляционно ввести бронхорасширяющий препарат: сальбутамол (вентолин); фенотерол (беротек); ипратропия бромид (атровент); беродуал (ипратропия бромид + фенотерол), гормональный препарат (будесонид). Внутривенно медленно ввести раствор эуфиллина 2,4% 5 – 10 мл на 5 – 10 мл физиологического раствора натрия хлорида. При неэффективности – раствор преднизолона 30 – 60 мг внутривенно.

5.План обследования включает: общий анализ крови в целях выявить аллергическую форму бронхиальной астмы, анализ мокроты для обнаружения эозинофилов, спирали Куршмана и кристаллы Шарко-Лейдена.

Серологический анализ: Иммуноглобулин Е общий. Скарификационные кожные пробы в целях выявления аллергена. Спирометрия с бронходилатационной пробой выявить бронхообструкцию.

6.Бронходилатационный тест - последовательное проведение спирометрии до и после ингаляции бронхорасширяющего препарата с целью оценки реакции дыхательных путей на его воздействие. При первичном обследовании всегда предпочтительно проведение БДТ, который в отличие от однократной спирометрии позволяет более полно охарактеризовать вентиляционную функцию легких.

7.Основные препараты для базисной терапии: в2-агонисты длительного действия: формотерол, сальматерол; ингаляционные глюкокортикостероиды: будесонид, флутиказон; комбинированные препараты: сальметерол + флутиказон , формотерол + будесонид; кромоны: кромогликат натрия; антилейкотриеновые препараты: монтелукаст, зафирлукаст; метилксантины пролонгированной формы (теопек)

8. АСИТ- один из основных методов патогенетического лечения аллергических заболеваний, связанных с IgE-опосредованным механизмом аллергии, заключающийся во введении в организм пациента возрастающих доз аллергена, ответственного за клинические проявления заболевания у данного больного. Показания для АСИТ: пациентам с контролируемой атопической бронхиальной астмой (легкой и среднетяжелой формой, при показателях FEV1 более 70% от должных величин на фоне адекватной фармакотерапии); - пациентам, имеющим как бронхиальные, так и риноконъюнктивальные симптомы.

**Задача №13.**

1.Хронический билиарнозависимый панкреатит в стадии обострения

2. Операция по поводу желчно-каменной болезни 4 года назад. Приступы повторяются 1-2 раза в год, после погрешностей в диете.

3.План обследования: биохимия крови, копрограмма, УЗИ брюшной полости.

4.Признаки экзокринной недостаточности – увеличение уровня амилазы в крови и моче.

5.Нарушение эндокринной функции может проявится повышением уровня глюкозы в крови.

6.Лечение: Исходя из патогенеза, следует назначить голод в течение 1-3 дней; в дальнейшем диета №5п, блокаторы Н2-гистамиовых рецепторов (фамотидин) или блокаторы протонной помпы (омепразол)-для уменьшения секреторной функции поджелудочной железы; подавление секреции-(сандостатин или октреотид); ингибиторы протеолиза ткани поджелудочной железы(трасилол, контрикал,гордокс); снижение давления в просвете ДПК (домперидон); купирование болевого синдрома (кетонал, трамадол, спазмолитики); лечение внешнесекреторной недостаточности (креон, мезим-форте, эрмиталь); восстановлениемводно-электролитного баланса; стимуляция репаративных прцессов и усиление продукции эндогенных ингибиторов протеаз показано назначение на фоне высокобелковой диеты анаболических стероидных препаратов (ретаболил, метандростенолон); витаминотерапия.

7. Правильное питание (исключение тяжелых животных жиров, острых приправ), адекватная поддерживающая терапия.

8. При соблюдение мер профилактики , прогноз благоприятный.

**Задача №14.**

1.Острый гломерулонефрит, смешанная форма в фазе обострения

2.Клинические варианты: нефротический, нефритический, мочевой

3.Стрептококковая инфекция

4. Патогенез острого гломерулонефрита заключается в том, что при развитии стрептококковой инфекции и попадании экзогенного антигена в организм, антителообразующие клетки в увеличенном количестве начинают продуцировать антитела для связывания с антигеном и формирования иммунного комплекса. Часть этих комплексов реутилизируется непосредственно клетками гранулоцитарного ряда в периферическом русле, оставшаяся часть попадает в ткань клубочка и откладывается там. Далее наблюдается активация системы комплемента, что в свою очередь привлекает в зону клубочка нейтрофилы. Нейтрофилы при фагоцитозе иммунных комплексов в зоне базальной мембраны выбрасывают лизосомальные ферменты, тем самым повреждая эти участки мембраны.

5. По данным ОАК: воспалительный синдром увеличение СОЭ. По Б/Х крови: гипопротеинемия, гиперхолестеринемия, нарушение функции почек. ОАМ: массивная протеинурия, гематурия. Проба Реберга-Тареева: нарушение клубочковой фильтрации

6. Питание при нефритах (диета №7). При обострениях нефритов (пиелонефрит, гломерулонефрит и т.д.) в период выздоровления и период ремиссии хронических заболеваний почек рекомендуют придерживаться диеты №7 по Певзнеру. Диета №7 направлена на создание условий для умеренного щажения почек, борьбы с отеками и повышенным артериальным давлением, выведением азотистых продуктов распада из организма и является логическим продолжением диеты №7Б.

7. Перед появлением почечной недостаточности при гломерулонефрите в анамнезе; есть указание на перенесенную ангину, ОРВИ, нет четкой цикличности в развитии почечной недостаточности. Больные бледные, отечные, имеется стойкая артериальная гипертония, нет геморрагического синдрома. Правильно собранный эпидемиологический анамнез помогает в постановке диагноза.

8. Глюкокортикоиды, цитостатики (азатиоприн, циклофосфамид (при стероидорезистентных формах и при развитии побочных явлений стероидной терапии), антикоагулянты (гепарин, фенилин), антиагреганты (дипиридамол, ацетилсалициловая кислота, курантил), нестероидные противовоспалительные препараты (индометацин, ибупрофен, вольтарен), лечебный плазмаферез.

**Задача №15.**

1.Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии обострения.

2.Фиброгастродуоденоскопия

3.Косвенные признаки язвы: перистальтика желудка усилена, конвергенция складок, деформация и раздражение луковицы 12-перстной кишки, эвакуация замедлена.

4. Положительная реакция Грегерсена свидетельствует о наличии небольших

количеств крови в кале (о внутреннем кровотечении), наблюдается при ЯБ

желудка и 12-перстной кишки, эрозиях слизистой.

5. Больному может угрожать кровотечение, стеноз луковицы 12-перстной

кишки.

6.Симптом Менделя – локальная болезненность передней брюшной стенки при перкуссии прямых мышц живота, болевые точки Опенховского –

болезненность при надавливании или поколачивании по остистым отросткам

X-ХII грудных позвонков, точки Боаса – болезненность при надавливании

поперечных отростков Х, ХI, ХII грудных позвонков.

7.Де–нол, вентер, трихопол, амоксициллин, квамател, маалокс, даларгин.

**Задача №16.**

1.Бронхиальная астма аллергического генеза в стадии обострения. А основании жалоб: на ощущение “стеснения в груди”, затрудненное дыхание (особенно затруднен выдох), кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой.

Из данных анамнеза: страдает в течение 7 лет. Обострение произошло после посещение зоопарка. По данным физикального осмотра: Грудная клетка бочкообразной формы, над легкими перкуторно - коробочный звук, аускультативно – разнокалиберные сухие хрипы. Микроскопии мокроты : выявлена эозинофилия.

2.С помощью небулайзера ингаляционно ввести бронхорасширяющий препарат: сальбутамол (вентолин); фенотерол (беротек); ипратропия бромид (атровент); беродуал (ипратропия бромид + фенотерол), гормональный препарат (будесонид). Внутривенно медленно ввести раствор эуфиллина 2,4% 5 – 10 мл на 5 – 10 мл физиологического раствора натрия хлорида. При неэффективности – раствор преднизолона 30 – 60 мг внутривенно.

3.В межприступный период: в2-агонисты длительного действия: формотерол, сальматерол; ингаляционные глюкокортикостероиды: будесонид, флутиказон; комбинированные препараты: сальметерол + флутиказон , формотерол + будесонид; кромоны: кромогликат натрия; антилейкотриеновые препараты: монтелукаст, зафирлукаст; метилксантины пролонгированной формы (теопек).

4. Общий анализ крови в целях выявить аллергическую форму бронхиальной астмы, серологический анализ: Иммуноглобулин Е общий. Скарификационные кожные пробы в целях выявления аллергена. Спирометрия с бронходилатационной пробой выявить бронхообструкцию.

5. Выявляется преобладание мощности вдоха над мощностью выдоха (ранний признак бронхиальной обструкции), снижена ЖЕЛ; увеличен остаточный объём лёгких.

6. Бронхоспастический синдром при воспалительных заболеваниях

органов дыхания.

7 Реакции гиперчувствительности реагинового и клеточного типа,

гиперреактивность бронхов, адренергический дисбаланс.

8 Астматический статус, хроническое легочное сердце.

**Задача №17**

1.Бронхообструктивный синдром, синдром дыхательной недостаточности.

2. Бронхиальная астма, ХОБЛ.

3. Компьютерная томография органов грудной клетки, эхокардиография, пульсоксиметрия в динамике, оценка по шкале mMRC, проведение CAT-теста, определение уровня а1-антитрипсина.

4. ОАК – эритроцитоз, снижение СОЭ. R-графия ОГК – признаки эмфиземы, ЭКГ – перегрузка правого предсердия

5. ХОБЛ, смешанный (эмфизематозно-бронхитический) фенотип, бронхиальная обструкция средней степени тяжести. Осл: ДН 2 ст.

6. Курение, профессиональные вредности, неблагоприятные экологические факторы, переохлаждение, инфекция.

7. Немедикаментозная терапия: отказ от курения, снижение веса. Длительно действующие антихолинергические бронхолитики, муколитики.

**Задача №18**

1. Ухудшение состояния пациента при проведении ФГДС обусловлено развитием ОКС, острого инфаркта миокарда, осложненного кардиогенным шоком.
2. Данные ЭКГ говорят о развитии острейшего периода острого инфаркта миокарда нижней стенки левого желудочка (задне-диафрагмальной области ЛЖ) - подъем сегмента SТ на 3 мм в отведениях II, III, AVF и реципрокных изменениях передне-перегородочной области (снижение сегмента ST в отведениях V1 – V3), появление которых свидетельствует об обширности ИМ.
3. Повышение уровня биохимических показателей Тропонина I и КФК – МВ характерно для острого ИМ.
4. Эхокардиография позволяет выявить локальные нарушения сократимости стенок левого желудочка.

Рентгенография грудной клетки позволяет выявить осложнения ИМ (застой в легких) и провести дифференциальную диагностику (пневмоторакс, расслоение аорты, тромбоэмболия ветвей легочной артерии).

1. Диагноз: ИБС. Острый инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка острейшая стадия. Осл. Кардиогенный шок.
2. Одно из наиболее тяжелых осложнений – острая сердечная недостаточность, появление которой является плохим прогностическим признаком;

- кардиогенный шок;

- отек легких;

- разрыв межжелудочковой перегородки и стенки ЛЖ с тампонадой;

- нарушения ритма и проводимости (синусовая брадикардия, АВ- блокады, желудочковые нарушения ритма, тромбоэмболии артерий).

1. Для больного с ОКС обязательна неотложная госпитализация в отделение реанимации или блок интенсивной терапии на 24 часа. Продолжительность дальнейшего пребывания в отделении реанимации зависит от тяжести состояния больного, динамики ЭКГ, анализов крови и биохимических показателей.
2. Лечение:
3. Экстренные противошоковые мероприятия:

* повышение АД – добутамин – селективный β1-адреномиметик в дозе 2,5 -10 мкг/кгмин;
* норадреналин гидротартрат в дозе 2-4 мкг/мин;
* внутриаортальная баллонная контрпульсация,
* чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика.

1. Аналгезия (нитроглицерин перорально или в/в, морфин);
2. Оксигенотерапия;
3. Тромболитическая терапия при наличии зубца Q на ЭКГ (не позднее 12 часов от начала ИМ) – стрептокиназа, альтеплаза;
4. β-Адреноблокаторы;
5. Блокаторы медленных кальциевых каналов;
6. Антитромботические антитромбоцитарные препараты (ацетилсалициловая кислота, клопидогрел, блокаторы IIb/IIIa гликопротеиновых рецепторов для в/в введения – абциксимаб, эптифибатид);
7. Антитромботические антитромбиновые препараты – гепарин-натрий, низкомолекулярные гепарины – эноксапарин натрий, надропарин кальций.

**Задача №19**

1. Через 20 минут после в/в введения промедола и фраксипарина –ритм синусовый, ЧСС 88 в минуту. Сегмент ST на изолинии во всех отведениях, зубец Т – слабо положительный, что говорит о нестабильной прогрессирующей стенокардии;

нормальные биохимические показатели (специфических маркеров некроза миокарда) и ЭХО-КГ – исключают острый инфаркт миокарда.

1. ИБС. Нестабильная прогрессирующая стенокардия (ОКС без подъема сегмента ST). Диагноз выставлен на основании:
2. жалоб больного - на интенсивные жгучие боли за грудиной с иррадиацией под левую лопатку и в левую половину шеи, левое плечо, продолжительностью 20 минут;
3. анамнеза - страдает стенокардией напряжения 10 лет. Средняя потребность в нитроглицерине - 2-3 таблетки в неделю. В течение последней недели участились стенокардитические боли. Утром после стресса развился данный приступ, принял 2 дозы спрея нитроминт сублингвально без эффекта;
4. объективных данных: состояние тяжелое, сознание ясное, ИМТ 28,9 кг/м2. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное. ЧД - 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД -130/85 мм рт ст. ЧСС=пульс=80 уд. в минуту. Живот при пальпации безболезненный. Печень не увеличена;
5. данных дополнительных методов исследований – восстановление сниженного сегмента ST на изолинию, зубца Т из отрицательного в слабоположительный через 20 мин. после в/в введения промедола и фраксипарина, нормальные биохимические показатели (специфических маркеров некроза миокарда) и ЭХО-КГ, что исключает острый инфаркт миокарда.
6. Динамика ЭКГ, ЭХО-КГ, ОАК, Биохимические показатели (трпонины, МВ фракции КФК, глюкозы).
7. Инфаркт миокарда без подъема сегмента ST, нестабильная стенокардия.
8. Возможные осложнения ОКС – внезапная смерть, ИМ, острая сердечная недостаточность, серьезные нарушения ритма сердца (повторные эпизоды желудочковой тахикардии, фибрилляция желудочков).
9. Для больного с ОКС обязательна неотложная госпитализация в отделение реанимации или блок интенсивной терапии на 24 часа. Продолжительность дальнейшего пребывания в отделении реанимации зависит от тяжести состояния больного, динамики ЭКГ, анализов крови и биохимических показателей.
10. Лечение:
11. нитраты;
12. β-Адреноблокаторы;
13. Блокаторы медленных кальциевых каналов;
14. Антитромботические антитромбоцитарные препараты (ацетилсалициловая кислота, клопидогрел, блокаторы IIb/IIIa гликопротеиновых рецепторов для в/в введения – абциксимаб, эптифибатид);
15. Антитромботические антитромбиновые препараты – гепарин-натрий, низкомолекулярные гепарины – эноксапарин натрий, надропарин кальций.
16. Факторы риска. Неуправляемые:

* Возраст
* Пол
* Генетическая предрасположенность

Управляемые:

* Дислипидемии
* Ожирение
* Нерациональное питание
* Артериальная гипертензия
* Гиподинамия
* Психо -эмоциональные факторы
* Сахарный диабет
* Курение
* Гипергомоцистеинемия

**Задача №20**

1. Синдромы: интоксикационный, острого повреждения почек, олигурический, геморрагический, ДВС-синдром.
2. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом олигурический период, среднетяжелое течение.
3. Острый гломерулонефрит, острый пиелонефрит, грипп, пневмония, лептоспироз, брюшной тиф.
4. План обследования: ОАК, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмма, УЗИ почек, ультразвуковая допплерография почечных сосудов. С

Серологические иммунологические исследования – определение титра специфических антител в парных сыворотках больных методом иммуноферментного анализа (ИФА), определение специфических IgM и IgG с использованием диагностической системы ELISA.

1. Возбудитель ГЛПС – вирус, относящийся к роду Hantavirus семейства Bunyaviridae. Представлен 4 серотипами: Хантаан, Сеул, Пуумала, Добрава.
2. Тактика ведения:

* Ранняя госпитализация (в первые 3 дня болезни).
* Транспортировка больного в стационар максимально щадящая – на санитарном транспорте или, если это невозможно, легковым автотранспортом в сопровождении медицинского работника. Перевод из больницы в другие стационары и хирургические вмешательства (кроме вмешательств по жизненным показаниям) недопустимы.
* Соблюдение больным постельного режима до восстановления диуреза.
* Строгий учет вводимой жидкости (питье, в/в инфузии) и ее выделения (диурез, рвотные массы, стул)
* Полноценное дробное питание. При олигурии исключаются продукты, богатые белком (мясо, рыба, бобовые). В полиурии, наоборот, эти продукты наиболее необходимы
* Питьевой режим должен быть дозированным с учетом выделенной жидкости. Количество выпиваемой и вводимой внутрь жидкости не должно превышать объема выделенной (диурез, рвотные массы, стул) более чем на 500-700 мл.

1. Медикаментозная терапия:

* Этиотропное лечение: *противовирусная терапия* - рибавирин, *индукторы интерферона* – амиксин, циклоферон, йодантипирин;
* *Терапия иммунобиологическими средствами* – гипериммунная плазма, донорский специфический иммуноглобулин против ГЛПС, комплексный иммуноглобулиновый препарат (КИП), препараты интерферонов (человеческий лейкоцитарный, виферон);
* *Детоксикационная терапия* – в/в инфузии 5-10% раствора глюкозы, физ. Раствора до 1,0-1,5 л в сутки;
* *Профилактика ДВС-синдрома* – *дезагреганты* трентал, дипиридамол, с целью улучшения микроциркуляции гепарин до 5000 ЕД в сутки и низкомолекулярные гепарины – надропарин кальций (фраксипарин) 0,3 мл в сутки, эноксапарин натрий (клексан) 0,2 мл в сутки. При тяжелом течении болезни целесообразно раннеу назначение *свежезамороженной плазмы* (СЗП) и *ингибиторов протеаз* (контрокал, гордокс, трасилол).

1. Профилактика.

**Для ГЛПС отсутствуют меры специфической профилактики**, то есть не существует вакцины или специфического иммуноглобулина против этой болезни. Предупреждение заболеваний ГЛПС сводится к общесанитарным мероприятиям и борьбе с грызунами.

**В целях профилактики:**

* во время работы при большом количестве пыли (снос старых строений, погрузка сена, соломы, травы, разборка штабелей досок, брёвен, куч хвороста, уборка помещений и т.п.) необходимо использовать рукавицы и респиратор или ватно-марлевую повязку;
* уборка помещений должна проводиться только влажным способом;
* продукты должны быть недоступными для грызунов, храниться в металлической, плотно закрывающейся таре. Поврежденные грызунами пищевые продукты нельзя использовать в пищу без термической обработки;
* строго запрещается курить и принимать пищу немытыми руками;
* ни в коем случае нельзя прикасаться к живым или мертвым грызунам без рукавиц или резиновых перчаток.

**Задача №21**

1. Инфекционный эндокардит, вторичный, острое течение, активность высокая. Недостаточность аортального клапана. Геморрагический васкулит. Гломерулонефрит. Анемия средней степени тяжести. Осложнения: ХСН II Б стадии, IV функциональный класс по NYHA.
2. ОАК – анемия средней степени тяжести (гемоглобин 92 г/л, RBC - 2,1 ·1012 /л), признаки воспаления - лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, ускоренная СОЭ до 54 мм/час.
3. ОАМ – мочевой синдром (протеинурия, гематурия, цилиндрурия)
4. Ухудшение состояния больного развилось в результате преходящей бактериемии при экстракции зуба. У пациентов с «кардиогенными факторами риска» (врождѐнные и приобретѐнные пороки сердца) при выполнении у них различных медицинских вмешательств, которые могут сопровождаться преходящей бактериемией: экстракция зуба, тонзиллэктомия, урологические, гинекологические операции и диагностические манипуляции, иссечение и дренирование инфицированных мягких тканей и т. д., должна осуществляться антибиотикопрофилактика.
5. Симптом Мюссе – ритмичное покачивание головы вперед и назад в соответствии с фазами сердечного цикла.
6. Геморрагический васкулит при ИЭ развивается вследствие иммуновоспалительной реакции. Формирование инфекционного деструктивного очага в сердце сопровождается общими иммунопатологическими реакциями (образование циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), высокие титры аутоантител к поврежденным тканям и др.), что приводит к иммунной генерализации процесса и развитию системных васкулитов, наряду с другими системными проявлениями – гломерулонефритами, миокардитами, артритами и др.
7. Пульс при аортальной недостаточности скорый, высокий, большой, быстрый или скачущий (pulsus celer, altus, magnus et frequens). Пульсация артерий на предплечье хорошо заметна на глаз даже без пальпации.
8. Принципы лечения: режим полупостельный; диета №10, ограничение поваренной соли и жидкости, употребление продуктов, богатых калием; оксигенотерапия. Комплексное лечение ИЭ должно быть этиотропным, патогенетическим и симптоматическим.

Лечение включает в себя: назначение 2 или 3 антибиотиков (АБ) синергидного действия с учѐтом чувствительности выделенного микроорганизма, применение гипериммунной плазмы и глюкокортикоидов, коррекцию СН, симптоматическое лечение и экстракорпоральную гемокоррекцию, которая снижает резистентность патогенных бактерий к АБ.

Для проведения эффективной АБТ необходимыми условиями являются: раннее начало лечения (промедление с назначением АБ от 2 до 8 недель от начала заболевания снижает выживаемость в два раза). Использование максимальных суточных доз бактерицидных АБ с парентеральным способом введения. Проведение АБТ не менее 4-6 при раннем и 8-10 недель при поздно начатом лечении. Использование АБ с учѐтом чувствительности к ним бактерий.

Эмпирическая АБТ: при стрептококковом ИЭ

* Бензилпенициллин в/в по 12-24 млн ЕД/сут – 4 недели + гентамицин по 80 мг х 2-3 р/сут в/в или в/м 2 недели или
* Ампициллин/сульбактам в/в по 12г/сут 4недели + гентамицин по 80 мг х 2-3 р/сут в/в или в/м 2 недели или
* Цефтриаксон по 2 г х1 р/сут +в/в + гентамицин по 80 мг х 2-3 р/сут в/в или в/м 2 недели или
* Ванкомицин по 1г х 2р/сут в/в кап. 4 недели;
* При выделении эпидермального и золотистого стафилококков, резистентных к полусинтетическим пенициллинам, применяют Ванкомицин (500 мг, 4 раз/сут; 1000 мг 2 раз/сут, в/в или в/м) в виде монотерапии или в комбинации с аминогликозидами (Гентамицин 60-80 мг 2-3 раз/сут; Амикацин 5 мг/кг каждые 8 ч.). Использование Ванкомицина (500 мг через 6 часов в/м или в/в) с Гентамицином (60-80 мг 2-3 раз/сут) оказывает выраженный клинический эффект из-за синергизма действия. У больных ИЭ, вызванным метициллинрезистентным штаммом золотистого стафилококка, в лечении используют Ванкомицин (1000 мг через 12 часов в/в).

**Задача №22**

1. Ухудшение состояния больного связано с кровотечением из язвенного дефекта слизистой желудка после физической нагрузки (работа в саду).
2. **Источник желудочно-кишечного кровотечения** — эрозированные кровеносные сосуды, прилегающие к стенкам пищевода, желудка или кишечника. Эрозии и кровотечения являются осложнениями многих заболеваний пищевода, желудка и кишечника. К ним относятся: наследственные телеангиэктазии (сосудистые звездочки), ангиодисплазии (венозные мальформации), язва желудка, язвенный колит, варикоз вен пищевода при циррозе печени  геморрой (острый и хронический), рак желудка и др.
3. ОАК – снижение уровня эритроцитов до 2,0х1012/л, НBG - 70 г/л, ЦП - 1,0, что говорит о наличии нормохромной анемии, которая чаще всего встречается при кровотечениях.
4. Снижение уровня гемоглобина и эритроцитов с ЦП 1,0 является признаком нормохромной анемии.
5. Язвенная болезнь желудка, хроническое течение, в фазе обострения. Осл. Желудочное кровотечение. Геморрагический шок.
6. Основные причины язвенной болезни желудка и 12п.к.

* Helicobacter pylori;
* Алиментарные погрешности (нарушение режима и характера питания);
* Нервно-психический (стрессовый) фактор;
* Повышение секреции желудочного сока и снижение активности защитных факторов (мукопротеидов, бикарбонатов);
* Наличие вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем);
* Неконтролируемый прием НПВС и ГКС;
* Наследственные факторы.

1. План обследования:

* ФЭГДС;
* Рентгеноскопия желудка и 12п.к. – симптом «ниши», конвергенция складок, ригидность стенок в месте дефекта, симптом «указующего перста»;
* Выявление Helicobacter pylori;
* Исследование секреторной функции желудка – фракционное зондирование, РН – метрия с помощью зонда или капсулы;

1. План лечения.

**Неотложная терапия геморрагического шока:**

* Восполнение ОЦК – введение инфузионных растворов – кристаллоидные и и коллоидные препараты в соотношении 2:1, свежезамороженная плазма, эритроцитарная и тромбоцитарная масса.
* Для устранения метаболического ацидоза – натрия гидрокарбонат;
* Ингаляции увлажненного кислорода;
* Осмотические или петлевые диуретики при нарушении функции почек;
* Сердечные гликозиды при нарушениях работы сердца.

**Базисная антисекреторная терапия ЯБ**:

* Ингибиторы протонной помпы – омепразол по 20 мг 2 раза в сутки;
* Н2 –блокаторы гистамина – ранитидин по 0,15 г 2 раза в сутки;
* М-холинолитики – атропин, платифиллин, фосфалюгель;

**Эрадикационная терапия:**

* Трехкомпонентная схема эрадикации Helicobacter pylori – 7-10 дней: омепразол 20 мг 2 раза в сутки+ кларитромицин 0,5 г 2 р/сут+ амоксициллин 1,0 2р/сут;
* Четырехкомпонентная схема эрадикации Helicobacter pylori - омепразол 20 мг х 2 раза в сутки + де-нол 120 мг х 4 р/сут + тетрациклин 0,5х 4р/сут + метронидазол 0,5х3р/сут

**Задача №23.**

1. Бронхообструктивный синдром.
2. ХОБЛ, среднетяжелой степени, в стадии обострения.

Осл: Эмфизема легких. Хроническое легочное сердце, стадия компенсации.

3. Бронхоскопия.

4. Курение, профессиональные вредности, неблагоприятные экологические факторы, переохлаждение, инфекция.

5. Эмфизема легких, хроническое легочное сердце, пневмосклероз.

6. Отказ от курения. Дыхательная гимнастика. Физическая активность. Обучение. Контроль пикфлуометрии.

7. Бронхолитики, муколитики, антибактериальные средства.

8. Юматово.

**Задача №24.**

1. Внебольничная пневмония.
2. Нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, повышение СОЭ свидетельствуют о наличии острого инфекционно-воспалительного процесса.
3. По рентгенологическим данным можно думать о правосторонней пневмонии в проекции S4,S5 Д3.
4. Для уточнения диагноза можно назначить Биохимический анализ крови (общий белок, α2 –глобулины, сиаловые кислоты, серомукоид, СРБ, общий билирубин, креатинин, мочевина, глюкоза, АЛТ, АСТ); коагулограмма, общий анализ мокроты, анализ мокроты на чувствительность к антибиотикам; УЗИ плевральных полостей и КТ-грудной клетки по показаниям, ПЦР на ОРВИ и ПЦР на выявление РНК SARS-CoV-2.
5. Внебольничная бактериальная правосторонняя пневмония в проекции S4,S5 Д3, тяжелой степени тяжести. Осл.: ИТШ I ст. ДН 3 ст.
6. Наиболее частый возбудитель данного заболевания -пневмококк.
7. Антибиотики бактерицидного действия (пенициллины, цепалоспорины, макролиды, фторхинолоны), дезинтоксикационная, жаронижающая терапия, муколитики.

8. Инфекционно-токсический шок. Дыхательная недостаточность.

**Задача №25.**

1. Бронхиальная астма смешанного генеза (аллергическая, эндогенная), впервые выявленная.
2. Эозинофилия крови, лейкоцитоз. Перегрузка правых отделов сердца.
3. Биохимический анализ крови, спирография, бронходилатационный тест, рентгенография ОГК, анализ крови на общий и специфический IgE. Консультация аллерголога.
4. Внутривенно кортикостероиды.
5. Прекратить курить, избегать пассивного курения.

Избегать переохлаждений, трудоустройство с учетом аллергологического анамнеза. в2-адреномиметики по потребности не более 2 раз в день.

1. Бронхит, аллергическая реакция.
2. Обструктивный тип.
3. Аллергическая реакция замедленного типа.

**Задача №26**

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки хроническая форма, рецидивирующее течение, обострение.

2. Болевой, диспептический, астеновегетативный, синдром вегетативной дисфункции.

3. Гиперсекреция. ФГС с рН-метрией.

4. Наследственная предрасположенность, психоэмоциональные и алиментарные факторы, хеликобактерная инфекция, вредные привычки, неконтролируемый прием НПВС, ГКС.

5. Инвазивные: быстрый уреазный тест (КЛО-тест), гистологическое исследование-«золотой стандарт»); неинвазивные: дыхательный, иммунологическое исследование (ИФА); иммуногистохимический- определение моноклональных антител к H.pylori в биоптате; молекулярно-генетический (ПЦР).

6. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки гиперемирована, с множеством белесоватых эрозий. По медиальной стенке луковицы двенадцатиперстной кишки определяется язва средней глубины, размерами 0,8х0,7 см. Края язвы отечны, подрыты. Дно язвы покрыто белым фибрином.

7. Прогноз при условии своевременной диагностики и правильного лечения, соблюдения больным мер профилактики благоприятный.

8. Тройная стандартная-терапия первой линии: 1) ингибитор протонной помпы в стандартной дозе (омепразол 0,02 г или лансопразол 0,03г или рабепрозол 0,02) 2 раза в день, 2) + клатитромицин 500мг 2 раза в день, 3) +амоксициллин 1000 мг 2 раза в день. Курс 7-10 дней.

9. При заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта – санатории: Арзни, Моршин, Пятигорск, Старая Русса, Кисловодск, Ижевские минводы, Красноусольск.

**Задача №27.**

1. Нефротический, отечный, мочевой.
2. Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма в фазе обострения.
3. Стрептококковая инфекция.
4. Протеинурия, гипоальбуминемия, гиперлипидемия, отеки.
5. Проба по Зимницкому, пункционная биопсия почек, УЗИ органов брюшной полости, сканирование почек, исследование сосудов глазного дна, расчет СКФ.
6. Амилоидоз почек, системная красная волчанка, поражение почек при ревматоидном артрите.
7. Нефрогенная гипертония, хроническая почечная недостаточность (ХПН), развитие вторично сморщенной почки с ХПН.
8. Глюкокортикоиды, цитостатики (азатиоприн, циклофосфамид (при стероидорезистентных формах и при развитии побочных явлений стероидной терапии), антикоагулянты (гепарин, фенилин), антиагреганты (дипиридамол, ацетилсалициловая кислота, курантил), нестероидные противовоспалительные препараты (индометацин, ибупрофен, вольтарен), лечебный плазмаферез.

**Задача №28.**

1. Хроническая болезнь почек 4 стадии. Хронический гломерулонефрит.
2. Мочевой, гипертонический, отечный.
3. Анемия, повышение креатинина, мочевины, протеинурия, снижение СКФ.
4. СКD-EPI.
5. ХПН, гипертензия, анемия, гиперпаратиреоз вторичный.
6. Диета №7, уменьшить потребление поваренной соли, до 5 г в сутки, ограничение белка .
7. Глюкокортикоиды, цитостатики, антиагреганты, нестероидные противовоспалительные препараты.

8. Глюкокортикоиды, цитостатики (азатиоприн, циклофосфамид (при стероидорезистентных формах и при развитии побочных явлений стероидной терапии), антикоагулянты (гепарин, фенилин), антиагреганты (дипиридамол, ацетилсалициловая кислота, курантил), нестероидные противовоспалительные препараты (индометацин, ибупрофен, вольтарен), лечебный плазмаферез.

**Задача №29**

1. Ревматическая лихорадка, активная фаза, II степень активности, первичный ревмокардит, острое течение. Полиартрит. Осл. СН I ст.

2. b-гемолитический стрептококк группы А (тонзиллит, фарингит). Предрасполагающие факторы: переохлаждение, молодой возраст, наследственность.

3. Биохимический анализ крови, общий анализ крови, иммунограмма, ЭКГ, ЭХО-КГ.

4**.** Большие критерии: кардит, полиартрит, хорея, кольцевидная эритема, подкожные узелки.

Малые: предшествующая ревматическая лихорадка, артралгии, повышение температуры тела, ускоренная СОЭ, лейкоцитоз, СРБ, диспротеинемия, удлинение PQ на ЭКГ.

5**.** Ревматоидный артрит, инфекционно-аллергический миокардит, инфекционный эндокардит.

6**.** 3-х этапность лечения Р:

а) лечение активной фазы болезни в стационаре;

б) продолжение лечения после выписки в реабилитационном отделении кардиологического санатория или кардиоревматологическом кабинете поликлиники;

в) последующее многолетнее диспансерное наблюдение в поликлинике.

**7.** Основные лечебные мероприятия:

* борьба со стрептококковой инфекцией;
* подавление активного ревматического процесса;
* коррекция иммунологических нарушений;
* препараты метаболического действия;
* лечение сердечной недостаточности.

**Задача №30**

1. **Осн**.: Дисфункция желчного пузыря гипомоторного типа.

**Соп.**: Избыточная масса тела II а степени.

**Диагноз поставлен** на основании **жалоб** (периодические, тупые, ноющие боли в правом подреберье, тошнота, связанные с приемом жирной пищи и длительной сидячей работой); **анамнеза** (наследственная предрасположенность к ЖКБ), **физикальных данных** (отсутствие локальных и общих признаков воспаления желчевыводящих путей); **лабораторных и инструментальных данных** (ОАК без признаков воспаления, небольшая гипербилирубинемия, УЗИ – снижение сократительной способности желчного пузыря при нормальной толщине стенок желчного пузыря и холедоха).

2. ОАК – без изменений, в б/х анализе крови повышение концентрации билирубина, по УЗИ желчного пузыря снижение его сократительной функции, нормальная толщина стенок желчного пузыря и холедоха. Дополнительно показано: определение в крови фракций билирубина, АСТ, АЛТ, ЩФ, гамма-ГТП, холестерина, СРБ; анализ мочи на содержание желчных пигментов, ФГС.

3. Наследственная предрасположенность к ЖКБ, избыточная масса тела, нарушения диеты, малоподвижный образ жизни, склонность к запорам.

4. **Желчегонные** **холеретики** (*фламин*  по 50 мг 3 раза в сутки до еды, *хофитол* по 200 мг 3 раза в сутки до еды, *аллохол* по 1 табл 3 раза в сутки), **холекинетики** для периодических тюбажей без зонда (*сорбит*, минеральные воды с *сульфатом магния*); **прокинетики** (*домперидон* по 10 мг 3 раза в сутки), при болях – **спазмолитики** *(дротаверин* по 40 мг 2-3 раза в сутки или *дюспаталин* по 200 мг 2 раза в сутки).

5. Хронический холецистит, дисфункция билиарного отдела сфинктера Одди, хронический гепатит.

6. Красноусольск, Минеральные воды, Карловы Вары

7. Развитие хронического холецистита, ЖКБ.

**Задача №31**

1. **Основной:** первичный билиарный цирроз печени. Портальная гипертензия. Отечно-асцитический синдром. Асцит.

2. Необходимо определение антимитохондриальных антител в сыворотке крови, которые положительны у 95% больных. Для подтверждения диагноза необходимо проведение биопсии печени и морфологическое исследование, являющееся золотым стандартом диагностики.

3. Холестирамин в дозе 4г 3 р/день во время приема уменьшает интенсивность кожного зуда более чем у 90% больных. Урсодезоксихолевая кислота в дозе 12 – 15мг/кг уменьшает кожный зуд, приводит к снижению уровня билирубина, ЩФ, трансаминаз. Антигистаминные препараты могут назначаться на ранних стадиях заболевания при интенсивном зуде, однако их эффективность невелика, действие обусловлено индукцией сна.

4. Нарушенная секреция желчи у больной ЦП приводит к снижению поступления в просвет кишечника желчных кислот, необходимых для всасывания нейтральных жиров, и нарушению всасывания жирорастворимых витаминов А, Д, Е, К. Наличие стеатореи у данной больной подтверждается данными клиники – обильный пенистый стул и результатами копрологического исследования – обнаружение нейтрального жира. При дефиците жирорастворимых витаминов их следует назначать раздельно с холестирамином, т.к. он может подавлять их абсорбцию.

5. У больного имеет место впервые выявленное серьезное непрерывно прогрессирующее в течение минимум 5 месяцев заболевание кишечника в фазе обострения. Пациент нуждается в динамическом врачебном наблюдении с целью своевременной и адекватной коррекции лечения при необходимости. Показано стационарное лечение в условиях специализированного гастроэнтерологического отделения.

Диетотерапия – стол 4 Активная комплексная медикаментозная терапия, включающая применение стероидных гормонов (системных и местнодействующих: Преднизолон, Будесонид, Гидрокортизон), воздействующих на слизистую оболочку толстой кишки. Препаратами выбора в острой стадии патологического процесса (дистального или левостороннего) являются топические стероиды стандартных дозах (0,5-1,0 мг/кг/с) в течение не менее 8 недель. Препараты 5- аминосалициловой кислоты (5-АСК): Месалазин, Сульфасалазин — в виде перорального средства и местнодействующих лекарственных

форм (суспензия, суппозитории, пена) назначаются длительно, на стадии достижения клинической и эндоскопической ремиссии — в поддерживающих дозах постоянно. В случае достижения клинической и эндоскопической ремиссии с использованием стероидных гормонов поддержание ремиссии осуществляется с использованием иммунодепрессантов (Азатиоприн, Метотрексат). Используется симптоматическая терапия по показаниям (панкреатические полиферментные средства, препараты железа и т. д.).

6. Пациент временно нетрудоспособен в течение 4 недель. Продолжительность пребывания на больничном листе будет определяться степенью тяжести процесса, эффективностью применяемой схемы лечения. После завершения стационарного этапа лечения пациент будет продолжать лечение под наблюдением гастроэнтеролога с переводом на поддерживающие дозы базисных препаратов не менее 5 лет. В случае достижения стойкой ремиссии вопрос о прекращении динамического наблюдения решается индивидуально.

7. 1) Внимательно относиться к своему здоровью

2) Своевременно лечить болезни, негативно влияющие на печень и

приводящие к циррозу.

3) Не злоупотреблять алкогольными напитками.

**Задача №32**

1**.Осн.** Хроническая ревматическая болезнь сердца. Аортальный стеноз.

**Осл.:** Синдром стенокардии. ХСН I ст, ФК2.

В процессе обследования исключить у пациента 47 лет присоединение к основному заболеванию атеросклероза аорты, коронарных и мозговых артерий, ИБС в форме стенокардии напряжения.

2.ОАК - в норме. ЭКГ- гипертрофия левого желудочка

3. Биохимический анализ крови (общий белок, белковые фракции, СРБ, холестерин, триглицериды, ЛПНП, ЛПВП, фибриноген), ЭхоКГ. УЗИ ОБП, коронароангиография, УЗДГ МАГ.

4.Сниженный выброс крови в аорту из левого желудочка через суженное аортальное отверстие ведет к снижению кровотока в сосудах головного мозга.

5.Синусовый ритм. Левый тип ЭКГ. Признаки гипертрофии левого желудочка.

6. Сниженное АД в аорте ведет к уменьшению кровенаполнения коронарных артерий с развитием относительной коронарной недостаточности при выраженной гипертрофии левого желудочка.

7.Сердечная астма и отек легких, инфаркт миокарда, нарушения ритма сердца и проводимости, нарушения мозгового кровообращения, развитие инфекционного эндокардита.

8. **β-блокаторы** в небольших дозах (*метопролола тартрат* по 25 мг 2 раза в день), **ингибиторы АПФ** (*периндоприл* 2,5 -5 мг в сутки), при появлении отеков - **диуретики**. При снижении фракции выброса менее 40% и фибрилляции предсердий – *дигоксин* по 0,1 мг 2 раза в сутки), **метаболические средства** (*милдронат* по 0,5 г в день, *триметазидин* по 80 мг 1 раз в сутки), больным пожилого возраста с кальцификацией аортального клапана – **статины.**

**Задача №33**

1. **Осн:** ИБС. Стенокардия напряжения, ФК III. Полная АВ - блокада.

**Осл.**: Приступ Морганьи-Адамса-Стокса. ХСН IIА стадия. Застойные легкие.

**Соп:** Изолированная систолическая АГ 2 степени.

2.Полная АВ-блокада (III степени).

3. Усиление I тона при одновременном сокращении предсердий и желудочков.

4. Временная асистолия желудочков в момент развития полной АВ-блокады.

5. Приступ Морганьи – Адамса – Стоксатребует внутривенного введения 0,5 *–*1,0 мл 0,1% раствора *атропина* и 1мл 0,1% раствора *адреналина,* в тяжелых случаяхпроведения реанимационных мероприятий: прекардиальный удар, непрямой массаж сердца, искусственная вентиляция легких, экстренная временная электрокардиостимуляция (трансвенозная эндокардиальная или чрезпищеводная).

Первый клинически развернутый приступ Морганьи – Адамса – Стокса является показанием к установке имплантируемого электрокардиостимулятора (ЭКС).

6. Биохимический клинический анализ крови, коагулограмма,

ХМ ЭКГ и ХМ АД, ЭхоКГ, коронароангиография, УЗДГ МАГ.

7. Внезапная сердечная смерть.

8. С гипотензивной целью – *амлодипин* (по 2,5-5 мг в сутки), ингибиторы АПФ (*периндоприл* по 2,5-5 мг). С целью улучшения АВ-проводимости *капли Зеленина* с атропином. При приступах стенокардии - **нитраты**  (*нитроглицерин* 0,5 мг), для улучшения прогноза - **дезагреганты** (*кардиомагнил* по 75 мг ежедневно вечером), **статины (***аторвастатин* по 10 мг ежедневно, консультация кардиолога-аритмолога в отношении имплантации ЭКС.

**Задача №34**

1. Гипертоническая болезнь III стадии, неконтролируемая АГ, риск 4 (очень высокий). Ожирение II степени. Гиперлипидемия. ХБП С1. Целевое АД 130-139/ <мм рт. ст.
2. Артериальная гипертензия возникла у женщины среднего возраста в период перименопаузы при наличии генетической предрасположенности к гипертонической болезни. Отсутствие признаков симптоматической артериальной гипертензии (нефрогенной, гипертиреоз, симпатоадреналовые кризы) позволяет поставить диагноз гипертонической болезни. Степень артериальной гипертензии определяется уровнем АД, а риск – наличием поражения органов мишеней: в анамнезе ТИА, гипертрофия левого желудочка, гипертоническая нефропатия (СКФ 53 мл/мин) и фактор риска в виде отягощенной наследственности.
3. Факторы сердечно-сосудистого риска пациентки:
4. возраст;
5. избыточная масса тела (ожирение);
6. наследственная предрасположенность;
7. в анамнезе ТИА
8. ПОМ
9. сердце;
10. почки;
11. сосуды.
12. Исследование глазного дна, УЗДГ МАГ (для определения ТКИМ), УЗДГ сосудов почек;
13. Дополнительные методы исследования
14. ЭКГ (для документирования сердечного ритма, ЧСС и выявления аритмий); Эхо-КГ для выявления степени ГЛЖ;
15. общий (клинический) анализ мочи с микроскопическим исследованием осадка мочи, количественной оценкой альбуминурии или отношения альбумин/креатинин (оптимально);
16. исследование уровня калия и натрия в крови для выявления электролитных нарушений и дифференциального диагноза с вторичной АГ;
17. для выявления гиперурикемии рекомендуется исследование уровня мочевой кислоты в крови;
18. УЗИ (ультразвукового исследования) почек и дуплексного сканирования артерий почек с целью оценки размеров, структуры, а также наличия врожденных аномалий почек или стеноза почечных артерий;
19. исследование глазного дна врачом-офтальмологом (геморрагии, экссудаты, отек соска зрительного нерва) для выявления гипертонической ретинопатии.

7. Монотерапия эффективно снижает АД лишь у ограниченного числа пациентов АГ, большинству пациентов для контроля АД требуется комбинация как минимум из двух препаратов. Комбинация двух препаратов из любых двух классов антигипертензивных средств усиливает степень снижения АД намного сильнее, чем повышение дозы одного препарата. Еще одно преимущество комбинированной терапии — возможность физиологического и фармакологического синергизма между препаратами разных классов, что может не только лежать в основе более выраженного снижения АД и лучшей переносимости. Все преимущества комбинированной терапии присущи только *рациональным комбинациям АГП*. К ним относятся:

1. ИАПФ + диуретик;
2. БРА + диуретик;
3. ИАПФ + АК;
4. БРА + АК,
5. дигидропиридиновый АК + ББ,
6. АК + диуретик,
7. ББ + диуретик.

Предпочтительные комбинации должны включать блокатор ренинангиотензиновой системы (РААС) (ингибитор АПФ или БРА) и дигидропиридиновый АК или диуретик.

8. Противопоказания для назначения и-АПФ: беременность, высокая гиперкалиемия (≥5,5 ммоль/л), двухсторонний стеноз почечных артерий, стенозе почечной артерии единственной почки, ангионевротический отек в анамнезе.

**Задача №35**

1. Основные синдромы – астенический, гепатомегалии, холестатический, цитолитический
2. Хронический вирусный гепатит (В или С), активная фаза (репликация).

Соп.: Хронический бескаменный холецистит.

1. Внутривенная наркомания, неправильное питание
2. кровь на маркеры вирусных гепатитов В и С, определение маркеров активности (ПЦР), при необходимости другие иммунологические исследования (противопеченочные антитела)
3. HBsAg, HBeAg, HBcAg, антитела к ним (IgG, M), антитела к HCV (IgG, M), фрагменты ДНК/РНК вирусов в крови
4. Препараты α-интерферона, гепатопротекторы, урсодезоксихолевая кислота
5. Прогрессирование заболевания ведет к формированию цирроза печени, при тяжелом течении вирусного гепатита возможно развитие острой печеночной недостаточности, присоединение геморрагического синдрома

**Задача №36**

**1. Осн:** ИБС. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST.

**Осл.**: Кардиогенный шок. Отек легких. Желудочковая экстрасистолия.

1. Обезболивание (*морфин* 1% 1 мл в/в), *гепарин* 5000 ЕД в/в болюсно, инфузия *глюкозы* 5% с *допамином,* реополиглюкина, прием внутрь *аспирина* 0,5 г и *клопидогрела* 300 мг.
2. Кардиогенным шоком с отеком легких
3. Трансформация ОКС в крупноочаговый инфаркт миокарда. Желудочковая тахикардия, фибрилляция желудочков с клиникой внезапной коронарной смерти, тромбоэмболические осложнения, разрывы миокарда.
4. Лейкоцитоз крови, подъем сегмента ST в передне-перегородочных и верхушечном отведениях ЭКГ, единичные желудочковые экстрасистолы. Биохимические маркеры некроза миокарда не повышены.
5. Синусовая тахикардия, подъем сегмента ST в виде «крыши» в отведениях I, II, AVL, V2 - V3 -V4 , зубца Q нет, единичные желудочковые экстрасистолы.
6. Примение тромболизиса (*альтеплаза, тенектеплаза, проурокиназа*) или проведение ЧКВ с последующей коронароангиографией, баллонной ангиопластикой и стентированием суженных коронарных артерий.
7. Неуправляемые (пол, возраст, наследственная предрасположенность) и управляемые (АГ, дислипидемия, малоподвижный образ жизни, избыточная масса тела, сахарный диабет и др.)

Завуч кафедры факультетской терапии,

 доцент

Э.Р.Камаева