**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Институт дополнительного профессиональногообразования**

Кафедра терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сафуанова Г. Ш.

«22 » апреля 2015 г.

**КОМПЛЕКТ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ**

ДПП ПК «Терапия с основами паллиативной медицинской помощи»

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Институт дополнительного профессиональногообразования**

Кафедра терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии

ДПП ПК «Терапия с основами паллиативной медицинской помощи»

**Ситуационная задача № 1**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Условие задачи.**Больной 50 лет. Жалуется на головную боль, ухудшающуюся память, кожный зуд, усиливающийся после ванны. Считает себя больным 2 года. Работает оператором КИП на заводе. Плеторичен. Физикальных отклонений со стороны системы органов дыхания нет. Левая граница сердца - в 5 межреберье на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Акцент 2 тона на аорте. Пульс 72 в мин., ритмичный, напряженный. АД стабильно 180-170/120-115 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги по правой срединно-ключичной линии. Селезенка выступает из-под края реберной дуги по левой передней подмышечной линии на 5 см. Параклиническими методами исследования со стороны внутренних органов патологии не выявлено.Анализ крови: RBC 16,5x1012 \L, HGB 206 g\dl, HCT 76%, PLT 570x109\L, LYM 20%, NEUT 80 %, СОЭ 1 мм\ч.ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС 78 в минуту. Электрическая ось сердца не отклонена.В костномозговом пунктате трехотростковая гиперплазия, высокая степень отшнуровки тромбоцитов от мегакариоцитов.УЗИ органов брюшной полости: Печень + 4 см, плотная. Селезенка увеличена в размерах, + 5 см.  |
|   | **Контрольные вопросы или задания.**1. Выскажите Ваши соображения относительно диагноза.2. Какое патогенетическое и симптоматическое лечение необходимо назначить больному.3. Определите тактику паллиативной помощи. |

|  |  |
| --- | --- |
| «22» апреля 2015 года | Зав. кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сафуанова Г. Ш.  |
|  |  |

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Институт дополнительного профессиональногообразования**

Кафедра терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии

ДПП ПК «Терапия с основами паллиативной медицинской помощи»

**Ситуационная задача № 2**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | **Условие задачи.**Больной 60 лет, госпитализирован в клинику в связи с развитием нижнего парапареза без нарушения функций тазовых органов. Жалобы на выраженную общую слабость, отсутствие аппетита, головные боли, пастозность ног. Ранее не обследовался и не лечилсяРезультаты лабораторно-инструментальных методов исследования:RBC 5,3x1012 \L, HGB 8,8 g\dl, HCT 45%, PLT 200x109\L, LYM 34%, NEUT 56%, СОЭ 50 мм\ч В биохимическом анализе крови: общий белок- 100 г/л, мочевина 8,2 ммоль\л, креатинин- 98 мкмоль\л; в гамма-зоне М-градиент - 54%.В общем анализе мочи: с\ж, прозрачная, уд. вес- 1026, белок- 3,65 %0, белок Бенс-Джонса киппа-типа. В костном мозге - плазматические клетки 30%. Неврологическая симптоматика: компрессия спинного мозга на уровне 8 грудного позвонка.  |
| 2. | **Контрольные вопросы или задания.**1. Ваш диагноз.2. Развитие какого поражения почек возможно у данного больного и почему.3. Назначьте лечение больному.4. Определите тактику паллиативной помощи. |

|  |  |
| --- | --- |
| «22» апреля 2015 года | Зав. кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сафуанова Г. Ш.  |
|  |  |

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Институт дополнительного профессиональногообразования**

Кафедра терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии

ДПП ПК «Терапия с основами паллиативной медицинской помощи»

**Ситуационная задача № 3**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | **Условие задачи.**Больной 58 лет. Работает учителем в школе. В течение года заметил увеличение шейных лимфоузлов, которые постепенно росли в размерах, появились лимфоузлы в других областях. При осмотре: увеличены шейные подмышечные, паховые лимфоузлы плотно-эластической консистенции, безболезненные, не спаянные с кожей и окружающими тканями в виде пакетов. Пальпируется край селезенки на 4 см ниже реберной дуги. Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования:RBC 4,0x1012 \L, HGB 145 g\dl, PLT 350x109\L, WBC-77 x10 9 \л, LYM 97%, NEUT 3%, СОЭ 20 мм\ч. В биохимическом анализе крови: общий белок- 68 г/л, мочевина 7,8 ммоль\л, креатинин- 96 мкмоль\л.В общем анализе мочи: с\ж, прозрачная, уд. вес- 1026, белок- отриц, лейк. Ед. в поле зренияУЗИ ОБП: печень и селезенка нормальных размеров. Определяются увеличенные лимфатические узлы в брюшной полости и в малом тазу. |
| 2. | **Контрольные вопросы или задания.**1. Поставьте предварительный диагноз.2. Какие мероприятия необходимы для его окончательного установления.3. Назначьте патогенетическое лечение.4. Определите тактику паллиативной помощи. |

|  |  |
| --- | --- |
| «22» апреля 2015года | Зав. кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сафуанова Г. Ш.  |

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Институт дополнительного профессиональногообразования**

Кафедра терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии

ДПП ПК «Терапия с основами паллиативной медицинской помощи»

**Ситуационная задача № 4**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | **Условие задачи.**Больной 25 лет, студент, вскоре после вакцинации противогриппозной вакциной отметил появление небольшой желтушности кожных покровов, слабость, утомляемость, тяжесть в левом подреберье. Пальпаторно определяется увеличение селезенки на 4 см ниже края реберной дуги по левой срединно-ключичной линии.Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования:RBC 2,0x1012 \L, HGB 64 g\dl, PLT 215x109\L, WBC-15 x10 9 \л, LYM 10%, NEUT 90%, СОЭ 17 мм\ч. В биохимическом анализе крови: общий белок- 68 г/л, мочевина 7,8 ммоль\л, креатинин- 96 мкмоль\л, билирубин 60 мкмоль\л, прямой- 10 мкмоль\л, непрямой- 50 мкмоль\л, сывороточное железо- 20 мкмоль\л.В общем анализе мочи: с\ж, прозрачная, уд. вес- 1026, белок- 0,03%0, лейк. Ед. в поле зрения. Реакция на гемосидерин- отриц. Проба Кумбса +++.Миелограмма: выраженная гиперплазия эритроидного ростка костного мозга, эритрокариоциты- 57%, соотношение лейко\эритро- 1:1УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, не изменена. Селезенка увеличена в размерах на + 4 см.  |
| 2. | **Контрольные вопросы или задания.**1. Ваш диагноз.2. Каков предположительный механизм вызванной анемии.3. Назначьте лечение, определите его этапы.4. Показано ли данному больному переливание эритроцитарной массы, если показано, то каким образом она должна быть приготовлена.5. Определите тактику паллиативной помощи. |

|  |  |
| --- | --- |
| «22» апреля 2015 года | Зав. кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сафуанова Г. Ш.  |
|  |  |

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Институт дополнительного профессиональногообразования**

Кафедра терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии

ДПП ПК «Терапия с основами паллиативной медицинской помощи»

**Ситуационная задача № 5**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | **Условие задачи.**Больной П., 35 лет, в 16-летнем возрасте перенес экссудативный плеврит, спустя 20 лет у него был выявлен диссеминированный туберкулез легких в фазе распада. МБТ +. Лечился 14 месяцев в стационаре и санатории. Отмечено прекращение бактериовыделения, рассасывание и уплотнение очагов в легких, но справа во 2-ом сегменте сформирована полость с толстыми стенками. От хирургического лечения больной отказался.Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. При перкуссии справа над правой верхушкой легкого сзади определяется притупление легочного звука: в этой же зоне при покашливании определяются стойкие влажные хрипы среднего калибра. Со стороны других систем и органов при физикальном обследовании отклонений не выявлено.Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования:RBC 4,5 x1012 \L, HGB 130 g\dl, PLT 220x109\L, WBC-8,0 x10 9 \л, LYM 20%, NEUT 80%, СОЭ 12 мм\ч.В биохимическом анализе крови: общий белок- 65 г/л, мочевина 8,0 ммоль\л, креатинин- 99 мкмоль\лВ общем анализе мочи: уд. вес-1022, белок-0, 04%0, лейк. 4-6-4 в поле зрения, ед. эритроциты |
| 2. | **Контрольные вопросы или задания.**1. Поставить клинический диагноз и обосновать его.2. Определить тактику врача-фтизиатра после отказа больного от операции.3. Тактика участкового врача-терапевта в отношении данного больного.4. Определите тактику паллиативной помощи. |

|  |  |
| --- | --- |
| «22» апреля 2015 года | Зав. кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сафуанова Г. Ш.  |
|  |  |

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Институт дополнительного профессиональногообразования**

Кафедра терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии

ДПП ПК «Терапия с основами паллиативной медицинской помощи»

**Ситуационная задача № 6**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | **Условие задачи.**Больной С., 55 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на учащение приступов стенокардии, одышку, кашель с трудноотделяемой мокротой слизисто-гнойного характера. В анамнезе стенокардия напряжения 1ФК, лечился в стационаре 2 года назад. Отмечает, что в течение последних трех дней приступы стали более длительными, купируются 3 таблетками нитроглицерина. В анамнезе хронический бронхит, по поводу которого неоднократно лечился в стационарных условиях. Постоянное медикаментозное лечение не получает. Работает слесарем на заводе. Работа сменная. При осмотре - акроцианоз, кисти холодные, влажные, ногтевые пластинки в виде часовых стекол, дистальные фаланги - в виде барабанных палочек. Дыхание ослабленное везикулярное, рассеянные сухие хрипы. Сердечные тоны приглушены, ритм сохранен. АД 130/80 мм рт.ст., ЧСС 86 ударов в мин. При пальпации живот безболезненный, печень по краю реберной дуги. Пастозность голеней. Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования:RBC 4,6 x1012 \L, HGB 130 g\dl, PLT 290x109\L, WBC-5,2 x10 9 \л, LYM 24%, NEUT 76%, СОЭ 15 мм\ч.ЭКГ - ритм синусовый, ЧСС 82 удара в минуту, электрическая ось не отклонена, признаки гипертрофии обоих желудочка, неполная блокада правой ножки пучка Гиса. В сравнении с ЭКГ месячной давности существенной динамики нет. Общий анализ мочи - прозрачная, удельный вес 1023, белка нет, микроскопия- 1-3-2 лейкоцитов в поле зрения. Спирография - ЖЕЛ-77%, МВЛ-81%,проба Тиффно-55%  |
| 2. | **Контрольные вопросы или задания.**1.Поставьте диагноз 2.Определите тактику ведения больного 3. Определите тактику паллиативной помощи. |
|  «22» апреля 2015 года | Зав. кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сафуанова Г. Ш.  |
|  |  |

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Институт дополнительного профессиональногообразования**

Кафедра терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии

ДПП ПК «Терапия с основами паллиативной медицинской помощи»

**Ситуационная задача № 7**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | **Условие задачи.**У больного 40 лет, при выполнении клинического минимума в клинике выявлена округлая тень с бухтообразным распадом в центре, размерами 3,5 см в третьем сегменте правого легкого. Окружающая легочная ткань не изменена.Обратился к врачу в связи с длительным сухим надсадным кашлем, сопровождающимся, в последнее время, кровохарканьем (прожилки крови в мокроте), снижением веса, слабостью, понижением аппетита.Над легкими выслушиваются единичные сухие хрипы, тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс - 80 в мин., ритмичный. АД - 140/90 мм рт. ст.Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования:RBC 3,6 x1012 \L, HGB 95 g\dl, PLT 290x109\L, WBC-5,18 x10 9 \л, LYM 21%, NEUT 79%, СОЭ 44 мм\ч.Б\х анализ крови: без особых измененийРентгенография легких: округлая тень диаметром 3,5 см в правом легком. Окружающая легочная ткань без изменений.Общий анализ мочи - прозрачная, удельный вес 1020, белка нет, микроскопия- 1-3-2 лейкоцитов в поле зрения.  |
| 2. | **Контрольные вопросы или задания.**1. Назовите и обоснуйте предварительный диагноз, составив предварительно дифференциально-диагностический ряд.2. Составить план обследования для верификации диагноза.3. Определить лечебную тактику.4. Определите тактику паллиативной помощи. |

|  |  |
| --- | --- |
| «22» апреля 2015 года | Зав. кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сафуанова Г. Ш.   |

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Институт дополнительного профессиональногообразования**

Кафедра терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии

ДПП ПК «Терапия с основами паллиативной медицинской помощи»

**Ситуационная задача № 8**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | **Условие задачи.**Больной 51 года. После перенесенного гриппа в течение 3-х недель держится субфебрильная температура. Обратился в поликлинику повторно. Жалобы предъявляет на слабость, упадок сил, кашель со скудной мокротой, одышку в покое. При осмотре: состояние удовлетворительное. Астенического телосложения. Подмышечные лимфатические узлы мягкие, безболезненные. Грудная клетка обычной формы.При аускультации справа в верхнем отделе легкого выслушивается ослабленное дыхание. Границы сердца не изменены, тоны сердца ритмичные, нескшолько приглушены. Пульс 74 удара в минуту. АД 120\70 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги.Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования:RBC 4,1 x1012 \L, HGB 112 g\dl, PLT 290x109\L, WBC-3,8 x10 9 \л, LYM 21%, NEUT 79%, СОЭ 40 мм\ч.Б\х анализ крови: без особых измененийРентгенография легких: округлая тень диаметром 4,0 см в верхнем отделе правого легкого. Окружающая легочная ткань без изменений.Общий анализ мочи - прозрачная, удельный вес 1024, белка нет, микроскопия- 2-2-1 лейкоцитов в поле зрения.  |
| 2. | **Контрольные вопросы или задания.**1. Ваш предварительный диагноз.2. С помощью каких дополнительных исследований следует провести дифференциальную диагностику.3. Какие методы лечения показаны при верификации диагноза.4. Определите тактику паллиативной помощи. |

|  |  |
| --- | --- |
| «22» апреля 2015 года | Зав. кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сафуанова Г. Ш.   |

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Институт дополнительного профессиональногообразования**

Кафедра терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии

ДПП ПК «Терапия с основами паллиативной медицинской помощи»

**Ситуационная задача № 9**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | **Условие задачи.**Больной 57 лет, обратился к Вам (на амбулаторном приеме) с жалобами на боли в груди, надсадный сухой кашель, одышку. Мокрота отделяется редко, с трудом, скудная. Иногда отмечает прожилки крови в мокроте. В анамнезе ОРЗ, грипп, как правило, переносил на ногах. Работает строителем в Ярославле 8 лет, до этого в течение 26 лет строил промышленные объекты в Семипалатинской области. Болен 2 месяца. За это время отмечает быструю утомляемость, нарастающую слабость. Температура была повышенной только в первую неделю заболевания. Во время осмотра температура нормальная. При аускультации в легких дыхание везикулярное, несколько жестче справа. Периферические узлы не увеличены.Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования:RBC 3,8 x1012 \L, HGB 100 g\dl, PLT 220x109\L, WBC-5,8 x10 9 \л, LYM 19%, NEUT 81%, СОЭ 36 мм\ч.Б\х анализ крови: без особых измененийОбщий анализ мочи - прозрачная, удельный вес 1024, белка нет, микроскопия- 2-2-1 лейкоцитов в поле зрения. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 74 удара в минуту, электрическая ось сердца не отклонена. УЗИ органов брюшной полости м малого таза: без особенностей.  |
| 2. | **Контрольные вопросы или задания.**1. О каком заболевании можно думать.2. Назовите перечень дифференцируемых заболеваний.3. Какие данные дополнительных исследований позволят уточнить диагноз.4. При обнаружении онкологического заболевания определите клиническую группу.5. Какие документы следует заполнить.**6.** Определите тактику паллиативной помощи. |

|  |  |
| --- | --- |
| «22» апреля 2015 года | Зав. кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сафуанова Г. Ш.  |

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Институт дополнительного профессиональногообразования**

Кафедра терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии

ДПП ПК «Терапия с основами паллиативной медицинской помощи»

**Ситуационная задача № 10**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | **Условие задачи.**Больная Г., 61 года, находится в клинике на обследовании. Жалобы при поступлении на боли в эпигастрии, тошноту, изредка рвоту, выраженную слаботь, снижение аппетита, отрыжку. Общее состояние удовлетворительное. В эпигастрии пальпируется плотное образование, умеренно болезненное. Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования:RBC 3,2 x1012 \L, HGB 94 g\dl, PLT 200x109\L, WBC-4,8 x10 9 \л, LYM 22%, NEUT 78%, СОЭ 42 мм\ч.Б\х анализ крови: без особых измененийОбщий анализ мочи - прозрачная, удельный вес 1024, белка нет, микроскопия- 2-2-1 лейкоцитов в поле зрения. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 74 удара в минуту, электрическая ось сердца не отклонена. УЗИ органов брюшной полости и малого таза: Печень +1,0 см. При ФГС патологии в пищеводе, желудке и ДПК не выявлено. При лапароскопии в левой доле печени обнаружен одиночный опухолевой узел размерами 5 х 6 см, выступающий над капсулой печени на 2 см. |
| 2. | **Контрольные вопросы или задания.**1. Ваши рекомендации по дальнейшему обследованию.2. После установления диагноза определите клиническую группу.3. План лечения.4**.** Определите тактику паллиативной помощи. |

|  |  |
| --- | --- |
| «22» апреля 2015 года | Зав. кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сафуанова Г. Ш.  |

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Институт дополнительного профессиональногообразования**

Кафедра терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии

ДПП ПК «Терапия с основами паллиативной медицинской помощи»

**Ситуационная задача № 11**

**1. Условие задачи.**

Больная З., 54 лет. Предъявляет жалобы на сухость во рту, слабость, похудание в течение последних 3 месяцев на 7 кг, отечность обеих ног, онемение, отсутствие чувствительности в ногах. Сахарный диабет диагностирован 10 лет назад, получала пероральную сахароснижающую терапию, год назад ампутирован 1-й палец правой стопы.

При поступлении состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. По данным аускультации в легких дыхание везикулярное, тоны сердца приглушены, ритмичны. АД – 130 и 80 мм рт. ст. Живот при пальпации безболезненный, печень не увеличена.

ОАК: WBC – 5,3×109/л; RBC – 3,8×1012/л; HGB – 112 г/л; HCT – 33,9 %; MCV – 89 fL; MCH – 29,3 pg; MCHC – 32,9 g/dl; RDW – 14,7 %; PLT – 293×1012/л; LYM – 38,5 % (2×1012/л); MON – 4,4 % (0,2×1012/л); GRA – 57,1 % (3,1×1012/л); СОЭ – 45 мм/ч.

ОАМ: Моча светло-желтая, прозрачная; уд. вес – 2010–2025; белок – 0,033–0,33 %0;сахар – 0,5–2,0 %, ацетон – отр., желчн. пигм. – отр., лейк. – 12–25, эритроциты – до 25 в поле зрения.

Глюкоза крови: 8,19 – 15,4 ммоль/л.

БАК: общий белок – 76 г/л; мочевина – 10,2 ммоль/л; креатинин – 200 ммоль/л; билирубин общий – 12,4 мкмоль/л; холестерин – 6,2 ммоль/л; глюкоза – 5,02 ммоль/л; АЛТ – 16 Е/л; АСТ – 19 Ед/л.

Рентгенография ОГК: усиление легочного рисунка, расширение корней, расширение тени сердца, релаксация диафрагмы. Заключение: Исключить патологию сердца. Застой в легких.

Заключение окулиста: Почти зрелая осложненная катаракта OS, артифакия OD. Диабетическая ретинопатия, пролиферативная стадия OU.

Заключение невролога: Диабетическая полинейропатия. Энцефалопатия диабетическая, дисциркуляторная с вестибулоатаксией

**2. Контрольные вопросы или задания.**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте стадию диабетической нефропатии.
3. Определите тактику паллиативной помощи.

|  |  |
| --- | --- |
| «22» апреля 2015 года | Зав. кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сафуанова Г. Ш.  |

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Институт дополнительного профессиональногообразования**

Кафедра терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии

ДПП ПК «Терапия с основами паллиативной медицинской помощи»

**Ситуационная задача № 12**

**1. Условие задачи.**

Больной 49 лет обратился с жалобами на опоясывающие боли в верхней части брюшной полости, не связанные с приемом пищи и временем суток. Боли купировались приемом 4-х таблеток баралгина. Впервые обратил внимание на боли за 2 месяца до обращения. При УЗИ исследовании брюшной полости, произведенгном за 9 месяцев до обращени я была выявлена киста поджелудочной железы и больной был предупрежден о безопасном течении заболевания. Однако вскоре возникли боли опоясывающего характера и больной обратился в поликлиническое отделение Инстиута хирургии, где ему было предложено провести КТ обследование брюшной полости.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования:

RBC 3,2 x1012 \L, HGB 94 g\dl, PLT 200x109\L, WBC-4,8 x10 9 \л, LYM 22%, NEUT 78%, СОЭ 45 мм\ч.

Б\х анализ крови: без особых изменений

Общий анализ мочи - прозрачная, удельный вес 1024, белка нет, микроскопия- 2-2-1 лейкоцитов в поле зрения.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 74 удара в минуту, электрическая ось сердца не отклонена.

При КТ исследовании было выявлено наличие значительного количества жидкости в брюшной полости, расширение тела поджелудочной железы до 27 мм, негомогенность изображения тела поджелудочной железы и полицикличность его контуров. Плотность паренхимы в области хвоста равна 12-19 ед.Н. В теле поджелудочной железы визуализировалась киста размерами 19х18 мм с содержимым плотностью 2 ед.Н. В оставшихся частях тела поджелудочной железы отмечены участки плотностью до 30 ед.Н. с вкраплениями менее плотных : до 21 ед.Н. В гепатодуоденальной связке была выявлена группа увеличенных и уплотненных лимфатических узлов. Кроме того, инфильтративные изменения определялись вокруг аорты на протяжении отхождения чревного ствола до уровня левой почечной ножки, включая начало мезентериальной артерии. В связи с инфильтративными изменениями на этом участке контур аорты в переднем отделе отдельно выявить было невозможно. Увеличен левый надпочечник.

|  |  |
| --- | --- |
| 2. | **Контрольные вопросы или задания.**1. Ваш диагноз2. Какие дополнительные методы диагностики нужно провести3. План лечения.4**.** Определите тактику паллиативной помощи.22 апреля 2015 г Зав. кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сафуанова Г. Ш.  |
|  |  |

**Эталон ответов к ситуационной задаче № 1**

1. Предварительный диагноз: эритремия.

2. Необходимо дифференцировать с вторичными эритроцитозами гипоксического характера на фоне хронических заболеваний легких, почечных эритроцитозов и др., на что в данном случае указаний нет, но требуется провести дополнительно УЗИ внутренних органов, рентгенографию легких, в/в урографию.

3. Лечение: необходимо назначить кровопускания по 400 мл 2 раза в неделю с возмещением количества выведенной крови раствором реополиглюкина или солевыми растворами до снижения гематокрита 46-47%, затем назначить один из цитостатиков: имифоз или гидреа, или миелосан. Кроме того, необходимы гипотензивные препараты антиагреганты (трентал, аспирин), для снятия зуда - антигистаминные препараты.

**Эталон ответов к ситуационной задаче № 2**

1. Предварительный диагноз: миеломная болезнь, диффузная форма.

2. У больного возможно развитие миеломной нефропатии, проявляющейся протеинурией при отсутствии отеков и гипертонии, которая может осложниться почечной недостаточностью. Для исключения этого необходимо исследование крови на мочевину, креатинин.

3. Лечение: нужно назначить цитостатики: циклофосфан или сарколизин в сочетании с кортикостероидами и анаболическими стероидами. Наличие компрессии спинного мозга диктует необходимость нейрохирургической операции на позвоночнике.

**Эталон ответов к ситуационной задаче № 3**

1. Предварительный диагноз: хронический лимфолейкоз.

2. Для окончательного установления диагноза необходимо исследование костного мозга, в миелограмме должно быть определено более 30% лимфоцитов (см. миелограмму).

3. Лечение: необходимо назначить циклофосфан или хлорбутин.

**Эталон ответов к ситуационной задаче № 4**

1. Предварительный диагноз: гемолитическая анемия.

2. Аутоиммунная или гетероиммунная, связанная с появлением в организме больного антител к эритроцитам, что доказывается положительной пробой Кумбса.

3. Лечение: показано назначение кортикостероидных гормонов в дозе 1 мг на кг массы. При отсутствии эффекта от кортикостероидных гормонов возможно проведение спленэктомии. Назначение цитостатиков в качестве иммунодепрессантов в данном случае менее желательно, учитывая молодой возраст пациента.

4. Данному больному переливание эритроцитарной массы не показан, т.к. показанием к ее назначению является не уровень анемии, а состояние больного, гемодинамические показатели. Переливания проводятся только по жизненным показаниям и переливаются только индивидуально подобранные по пробе Кумбса, отмытые и еще лучше - размороженные эритроциты.

**Эталон ответов к ситуационной задаче № 5**

1. Прежде всего, в данной ситуации, необходимо составить дифференциально-диагностический ряд из наиболее часто встречающихся заболеваний. Сюда надо отнести: фиброзно-кавернозный туберкулез легких, хронический абсцесс, распадающийся рак легкого.

2. У данного больного имеет место фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Об этом свидетельствуют:

1) перенесенный экссудативный плеврит в анамнезе и выявленный

14 месяцев назад диссеминированный туберкулез легких с аба-

циллированием;

2) формирование итогового процесса в результате длительного неэффективного лечения в стационаре и санатории АБ препаратами;

3) характерная рентгенологическая картина:

4) локализация полости во 11 сегменте

5) характер полости - толстые стенки

6) полость располагается на фоне фиброза легочной ткани

7) наличие плотных очагов бронхогенной диссеминации

3. Больной будет наблюдаться по 1 А гр. ДУ (БК+). Ему будет продолжен амбулаторно основной курс лечения двумя АБП интермитирующим методом и проводиться рентген-контроль через каждые 3 месяца.

4. Участковый врач-терапевт имеет сведения о наличии на участке данного больного- бацилловыделителя.

5. Учитывая количество контактов в эпид. очаге и при их обращении в поликлинику проявляет фтизиатрическую настороженность.

6. Совместно с эпидемиологом и врачом фтизиатором посещает эпид. очаг сразу после его выявления и участвует в составлении плана его оздоровления.

**Эталон ответов к ситуационной задаче № 6**

1.ИБС, прогрессирующая стенокарди, НК II, соп. Хронический обструктивный бронхит в стадии обострения, ДН II;
2. экстренная госпитализация;

**Эталон ответов к ситуационной задаче № 7**

1. Предварительный диагноз: в данной клинической ситуации можно предположить о наличии у больного следующих заболеваний:

- распадающийся рак легкого

- деструктивная пневмония

- тубуркулома с распадом

- аспергиллема.

2. Больше данных за наличие у больного распадающейся опухоли (первично-полостного рака). За этот диагноз свидетельствуют:

- наличие длительного, сухого, надсадного кашля

- кровохарканье ( прожилки крови в мокроте)

- наличие астенического синдрома

- умеренная анемия

- высокое СОЭ

- наличие округлой тени с бухтообразным распадом в центре

- расположение образования в третьем сегменте.

3. План обследования: для верификации диагноза необходимо провести:

- фибробронхоскопию с биопсией при наличии патологии в В3 и забором содержимого бронхов на атипические клетки и МБТ

- катетеризационная биопсия с гистологическим и бактериоскопическим исследованием материала

- компьютерная томография

- подкожная проба с туберкулином ( Коха).

4. Лечебная тактика: для подтверждения диагноза опухоли необходима срочная радикальная операция- удаление ( резекция) верхней доли справа с ревизией региональных лимфоузлов.

**Эталон ответов к задаче № 8**

1. Предварительный диагноз: рак верхнедолевого бронха справа.

2. Первая задача - подтвердить или исключить онкологическое заболевание. Необходимо: полное клиническое обследование, бронхоскопия со взятием материала для морфологического исследования, томография легких, УЗИ органов живота.

3. При морфологической верификации диагноза определяют местное (локализация, гистологическая характеристика опухоли, анатомический тип роста, стадия заболевания) и общее ( функциональное состояние дыхательной и сердечно-сосудистой деятельности и др. сопутствующие заболевания, иммунный статус) критерии заболевания.

На основании полученных данных выбирают метод лечения:

1) радикальное - операция (лобэктомия, пневмонэктомия), комбинированное ( операция + лучевая терапия), химиотерапия, комплексное ( удаление первичного очага + химиотерапия).

2) паллиативное.

**Эталон ответов к ситуационной задаче № 9**

1. Предварительный диагноз : рак легкого.

2. Дифференцируемые заболевания: рак легкого, туберкулез, бронхит, пневмония.

3. Дополнительное обследование: обзорная рентгенография в 2 -х проекциях, томография грудной клетки, трахеобронхоскопия с биопсией, общий анализ крови, туберкулиновые пробы, УЗИ органов живота, лимфатических узлов шеи.

4. П-я клиническая группа в случае отсутствия отдаленных метастазов.

Контрольная карта диспансерного наблюдения ( онко) , форма 030- 6/у. “Медицинская карта амбулаторного больного “ - 025-6/у. Извещение на впервые выявленного больного с злокачественной опухолью ( Ф. 090/у) в трех дневный срок направляется в онкодиспансер, онкокабинет по месту проживания больного

**Эталон ответов к задаче № 10**

1. Необходимо сделать: полное клиническое обследование, УЗИ органов живота, включая матку и придатки, фиброколоноскопию, рентгенологическое исследование грудной клетки.

2. После обнаружения первичного опухолевого очага определить местное и общее критерии заболевания. В случае резектабельности опухоли при одиночном отдаленном метастазе - вторая клиническая группа.

3. План лечения: хирургическое удаление первичной опухоли, резекция левой доли печени (комбинированная операция), последующая химиотерапия, если опухоль чувствительна к цитостатикам. При обнаружении множественных отдаленных метастазов лечение паллиативное.

**Эталон ответов к ситуационной задаче № 11**

1. Сахарный диабет 2 типа, тяжелая форма. Осложнения: диабетическая ретинопатия III (пролиферативная), дистальная полинейропатия III, нефропатия III (уремическая), нефрогенная анемия, миокардиодистрофия, ХСН II Б, ФК III.

2. Повышение уровня креатинина и мочевины, снижение уровня гемоглобина на фоне длительного стажа сахарного диабета свидетельствуют об уремической стадии диабетической нефропатии.

3. Больная нуждается в переводе на инсулинотерапию, консультации нефролога

**Эталон ответов к ситуационной задаче № 12**

1. Рак тела поджелудочной железы в сочетании с кистой тела, осложненные лимфогенным метастазированием в узлы малого сальника, асцитом, поражением левого надпочечника и инфильтрацией парааортальнотй области.

2. Провести УЗИ органов брюшной полости и малого таза, рентгенографию органов грудной клетки, ФГС, повторно общий анализ крови и развернутый биохимический анализ крови.

3. Назначить консультацию онколога. План лечения: хирургическое удаление первичной опухоли, резекция левой доли печени (комбинированная операция), последующая химиотерапия, если опухоль чувствительна к цитостатикам. При обнаружении множественных отдаленных метастазов лечение паллиативное.

4. После обнаружения первичного опухолевого очага определить местное и общее критерии заболевания. В случае резектабельности опухоли при одиночном отдаленном метастазе - вторая клиническая группа.