федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)

Институт Клинической медицины
им.Н.В.Склифосовского
Кафедра поликлинической терапии

Методические материалы по дисциплине:
Государственный экзамен
основная профессиональная образовательная программа
высшего профессионального образования - программа специалитета

31.05.01 Лечебное дело

Задача N1

Пациент 56 лет, обратился к врачу общей практики с жалобами на сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание (в том числе, в ночное время), боли в ногах (задняя поверхность голеней, стопа) по ночам.

Анамнез: год назад при диспансерном обследовании на работе была выявлена гипергликемия натощак (7,6 ммоль/л), рекомендовано дообследование, однако пациент рекомендации не выполнил, к врачу не обращался. В течение 3-х месяцев стали беспокоить вышеуказанные жалобы. Перенесённые заболевания: в течение 4-х лет в связи с повышением артериального давления получает моксонидин 0,4 мг в сутки, на этом фоне периодически при самоконтроле отмечает повышение артериального давления, максимально до 175 и 100 мм.рт.ст.

Наследственность: у отца – сахарный диабет 2 типа.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Вредные привычки: курит.

Данные осмотра: состояние относительно удовлетворительное. Индекс массы тела - 27,7 кг/м^2. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Осмотр нижних конечностей: кожа сухая, участки гиперкератоза в областях избыточного давления на стопах, пульсация на артериях стопы (aa. dorsales pedis) сохранена с обеих сторон. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 68 в минуту. АД 155/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, диагностические критерии данного заболевания.
2. Какие осложнения данного заболевания можно предположить по жалобам и результатам клинического осмотра?
3. Составьте план обследования, необходимый для постановки диагноза.
4. Назовите подходы к лечению и дайте необходимые рекомендации.

Задача N2

Пациентка, 50 лет.

Жалобы на периодически беспокоящую сухость во рту, кожный зуд, мелькание мушек перед глазами, одышку при незначительной физической нагрузке.

Анамнез: Указанные жалобы беспокоят на протяжении нескольких месяцев. Около 2 лет назад установлен диагноз артериальной гипертензии (повышение артериального давления до 155/100 мм рт ст), назначен лозартан в дозе 180 мг.

Перенесённые заболевания: простудные.

Беременность – 1, роды – 1 (вес ребенка при рождении 4200 г).

Наследственность: у отца инфаркт миокарда.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Вредные привычки: курит.

Данные осмотра: состояние относительно удовлетворительное. Индекс массы тела 36,5 кг/м^2, t тела 36,5°С. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёки голеней. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – хрипов нет, частота дыханий – 15 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78 в минуту. АД 185/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Глюкоза плазмы венозной крови - 12,6 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, диагностические критерии данного заболевания.
2. Составьте план обследования, необходимый для постановки диагноза.
3. Назовите подходы к лечению и дайте необходимые рекомендации.

Задача N3

Пациент, 26 лет, доставлен в приемное отделение городской клинической больницы.

Жалобы на сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание, снижение массы тела, общую слабость, тошноту, однократную рвоту.

Около 2-х недель беспокоит слабость, сухость во рту и жажда, учащенное мочеиспускание. З*а последние*

2 месяца отметил снижение массы тела на 10 кг.

Перенесённые заболевания: простудные, хронический вазомоторный ринит. Наследственность: не отягощена. Аллергоанамнез: не отягощен.

Вредные привычки: курит.

При осмотре: состояние средней тяжести. Отмечается запах «ацетона» изо рта. Индекс массы тела 20,6 кг/м^2, t тела 36,6°С. Кожные покровы нормальной окраски, язык сухой, обложен белым налетом, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 86 в минуту. АД 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный во всех отделах. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Глюкоза плазмы венозной крови– 21,4 ммоль/л, в общем анализе мочи - кетонурия +++

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Составьте план обследования, необходимый для постановки диагноза.
3. Составьте план лечения выявленного у пациента осложнения заболевания.
4. Каковы будут рекомендации по лечению заболевания в дальнейшем?

Задача N4

Пациентка, 66 лет. Пенсионерка.

Жалобы на периодически возникающую сухость во рту, частое и обильное мочеиспускание.

Страдает артериальной гипертензией в течение 7 лет. 3 года назад перенесла ОКС, установлен стент. В течение последних 10 лет отмечает постепенное увеличение веса на 10 кг. Получает эналаприл 10 мг, гипотиазид 12,5 мг, аторвастатин 10 мг. Перенесённые заболевания: холецистэктомия 5 лет назад. Беременности – 2, роды – 1. Наследственность: у матери - артериальная гипертензия, ишемический инсульт в возрасте 69 лет, у отца – сахарный диабет 2 типа. Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки: отрицает.

Состояние относительно удовлетворительное. Индекс массы тела 26,8 кг/м^2, t тела 36,7°С. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, пастозность голеней. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 14 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 74 в минуту. АД 120/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. При лабораторном обследовании: мочевина - 4,2 (норма 2,5–6,4 ммоль/л), креатинин- 96 (норма 58,0-96,0 мкмоль/л), СКФ по CKD-Epi – 53 мл/мин/1,73м2, АСТ- 35 (норма 0,0-34,0 Ед/л), АЛТ - 29 (норма 0,0-31,0 Ед/л), глюкоза – 6,5 (норма 4,1-6,0 ммоль/л), гликированный гемоглобин (HbA1c) - 6,3 % (норма 4,0-6,0%).

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дообследования, необходимый для постановки диагноза.
3. Назовите подходы к лечению и дайте необходимые рекомендации.

Задача N5

Пациент А., 49 лет.

Жалобы на периодически возникающую сухость во рту, онемение и жжение в стопах, боль в правой ноге при ходьбе на расстояние более 300 метров.

Из анамнеза: в течение 3-х лет болеет сахарным диабетом, получает пероральную сахароснижающую терапию (метформин 2000 мг в сутки). Значения глюкозы натощак при самоконтроле на этом фоне 8-12 ммоль/л, гликированный гемоглобин (HbA1c) - 8,3 %. Артериальная гипертензия (повышение артериального давления до 160/100 мм рт. ст., регулярной гипотензивной терапии не получает).

Наследственность: у матери сахарный диабет 2 типа

Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки: курит по 10-15 сигарет в день.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Индекс массы тела 33,5 кг/м2, t тела 36,7°С. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, периферических отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 15 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78 в минуту. АД 145/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Кожные покровы правой стопы бледные, холодные на ощупь, пульсация тыльной артерии правой стопы снижена. На дистальной фаланге безымянного пальца правой стопы язвенный дефект 0,5х0,5 см без гнойного отделяемого, без эритемы. Снижена тактильная и болевая чувствительность правой стопы. Сухожильные рефлексы сохранены.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз. Какое осложнение сахарного диабета развилось у пациента?
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести пациенту?
3. Какие инструментальные исследования необходимы для диагностики данного осложнения?
4. Определите тактику ведения пациента

Задача N6

Пациентка 25 лет, обратилась на прием с жалобами на снижение веса, повышенный аппетит, возбудимость, бессонницу, ощущение сердцебиения, повышенную потливость, ломкость ногтей, выпадение волос, слезотечение, покраснение глаз.

После сильного психо-эмоционального стресса, на протяжении нескольких месяцев стала отмечать вышеуказанную симптоматику.

Работает. *Перенесённые заболевания: детские инфекции. Беременности – 0, роды – 0 . Наследственность: у матери аутоиммунный тиреоидит, первичный гипотиреоз, принимает левотироксин. Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки: курит.*

Состояние относительно удовлетворительное. Индекс массы тела 20,9 кг/м^2, t тела 36,8°С. Кожные покровы физиологической окраски, влажные, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 100 в минуту. АД 130/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа при пальпации увеличена, умеренной плотности, безболезненная, подвижная при глотании. По ВОЗ – зоб 1 ст. OU отек век, умеренная гиперемия конъюнктивы, экзофтальм, ретракция верхнего века 1 мм, положительный симптом Грефе. При лабораторном обследовании: мочевина - 4,2 (норма 2,5–6,4 ммоль/л)
креатинин- 74 (норма 58,0-96,0 мкмоль/л), АСТ- 36 (норма 0,0-34,0 Ед/л), АЛТ - 27 (норма 0,0-31,0 Ед/л), глюкоза - 5,2 (норма 3,5-6,1 ммоль/л), ТТГ 0,01 мЕд/мл (норма 0,4-4,0 мЕд/мл), Т4 св. – 28,9 (норма 10,8 - 22,0 пмоль/л), Т3 св. – 7,8 (норма 2,6-5,7 пмоль/л), АТ к рТТГ 25 Ед/л (норма <1 Ед/л).

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дообследования, необходимый для постановки диагноза.
3. Назовите подходы к лечению и необходимые рекомендации.

Задача N7

Пациентка, 48 лет. *Работает библиотекарем.*

Жалобы на слабость, выпадение волос, ломкость ногтей, набор массы тела.

В течение полугода отмечает общую слабость, выпадение волос, ломкость ногтей. За год отмечается набор массы тела на 8 кг.

В анамнезе- псориаз. Беременности – 3, роды – 2. Наследственность: не отягощена. Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки: отрицает.

Состояние относительно удовлетворительное. Речь замедлена. Индекс массы тела 24,1 кг/м^2 Кожные покровы бледные, сухие, периферические лимфоузлы не увеличены, пастозность голеней и стоп. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – ослабленное дыхание в нижних отделах легких, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 60 в минуту. АД 120/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации не увеличена, узлы не пальпируются. Шейные и надключичные лимфатические узлы не увеличены. Глазные симптомы отрицательные. Периорбитальные отеки. При лабораторном обследовании выявлено: гемоглобин (Hb) – 110 (норма 120-140 г/л), эритроциты (RBC) – 3,9 (норма 3,8-4,5 *10^{12}/л), лейкоциты (WBC) – 8,8(норма 4-9 *10^9/л), ТТГ – 54,6 (норма 0,4-4,0 мЕд/л).

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дообследования, необходимый для постановки диагноза.
3. Назовите подходы к лечению и дайте необходимые рекомендации.

Задача N8

Пациент, 35 лет.

Жалобы на приступы сердцебиения, внутренней дрожи, потливости, сухость во рту, жажду. Несколько месяцев назад впервые возник приступ, сопровождающийся чувством страха, повышением артериального давления до 220/100 мм.рт.ст., сердцебиением и потливостью. Приступы продолжаются около 1 часа, возникают 1-2 раза в неделю, проходят самостоятельно. К врачу с данными жалобами обратился впервые. Лекарственную терапию не получает.

Работает водителем. Перенесённые заболевания: детские инфекции, ОРВИ. Наследственность: у отца медуллярный рак щитовидной железы. Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки: отрицает.

Состояние относительно удовлетворительное. Индекс массы тела 23,9 кг/м^2. Кожные покровы физиологической окраски и влажности, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 76 в минуту. Лежа АД 120/75 мм рт. ст., стоя 85/65 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. При осмотре конфигурация области шеи не изменена. При пальпации: щитовидная железа не увеличена, подвижная при глотании, узловые образования не пальпируются. Шейные и надключичные лимфатические узлы не увеличены. Глазных симптомов тиреотоксикоза нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дообследования, необходимый для постановки диагноза.
3. Назовите подходы к лечению и дайте необходимые рекомендации.

Задача N9

Пациентка, 40 лет.

Жалобы на головные боли, слабость.

Выявлено повышение артериального давления 2 года назад до 150/100 мм рт ст. В качестве гипотензивной терапии получает лозартан 100 мг в сутки. Несколько лет наблюдается у гинеколога с олигоменореей. Полгода назад появилась и стала нарастать мышечная слабость в ногах. За год прибавка в весе составила 10 кг.

Перенесённые заболевания: детские инфекции. Менструации нерегулярные (менструальный цикл от 28 до 45 дней), скудные. Беременностей 2 (в 29 и 36 лет, протекали нормально), родов 2. Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки: отрицает.

Состояние относительно удовлетворительное. Распределение подкожно-жировой клетчатки по абдоминальному типу, индекс массы тела 26,1 кг/м^2, t тела 36,5°С. Лицо лунообразное, рубеоз щек. Кожные покровы: на спине и груди – элементы пиодермии, на боковых поверхностях туловища, пояснице – широкие багрово-цианотичные стрии, гиперпигментация кожных складок. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 70 в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа при пальпации безболезненная, узловые образования не пальпируются, подвижная при глотании, не увеличена. Шейные и надключичные лимфатические узлы не увеличены. Глазных симптомов нет. При лабораторном обследовании: мочевина – 4,7 (норма 2,5–6,4 ммоль/л), креатинин- 76 (норма 58,0-96,0 мкмоль/л), АСТ- 28 (норма 0,0-34,0 Ед/л), АЛТ - 15 (норма 0,0-31,0 Ед/л), глюкоза – 6,1 (норма 4,1-6,0 ммоль/л), калий – 3,2 (норма 3,4-5,3 ммоль/л), натрий –146 (норма 136 – 145 ммоль/л), ТТГ – 2,4 (норма 0,4-4,0 мЕд/мл), свободный кортизол мочи -506 (норма < 485,6 нмоль/сут), АКТГ - 56 (норма < 46 пг/мл).

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дообследования, необходимый для постановки диагноза.
3. Проведите дифференциальный диагноз и назовите подходы к лечению.

Задача N10

Пациентка, 21 год, студентка.

Жалобы на слабость, плохой аппетит, снижение веса, головокружение. Пациентка затрудняется сказать, когда появилась слабость, снизился аппетит. В течение последнего месяца похудела на 4 кг, появилось головокружение, особенно выраженное при перемене положения тела. В связи с плохим настроением 2 месяца назад обращалась к психиатру, был назначен антидепрессант, однако, в связи с отсутствием положительного эффекта, самостоятельно отменила лечение 3 недели назад.

Перенесённые заболевания: детские инфекции. Менструации регулярные, средней обильности, безболезненные. Наследственность: у матери аутоиммунный тиреоидит, принимает левотироксин около 10 лет. Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки: курит.

Состояние относительно удовлетворительное. Индекс массы тела 18,4 кг/м^2. Кожные покровы оттенка легкого загара, влажные, кожные складки гиперпигментированы, гиперпигментация слизистой оболочки полости рта, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. Лобковое оволосение по женскому типу, скудное. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 72 в минуту. АД 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации безболезненная, узловые образования не пальпируются, подвижная при глотании, не увеличена. Шейные и надключичные лимфатические узлы не увеличены. Глазных симптомов тиреотоксикоза нет. При лабораторном обследовании: мочевина - 6,0 (норма 2,5–6,4 ммоль/л), креатинин- 76 (норма 58,0-96,0 мкмоль/л), АСТ- 28 (норма 0,0-34,0 Ед/л), АЛТ - 15 (норма 0,0-31,0 Ед/л), глюкоза – 4,0 (норма 4,1-6,0 ммоль/л), калий - 5,4 (норма 3,4-5,3 ммоль/л), натрий –136 (норма 136 – 145 ммоль/л), ТТГ - 3,9 (норма 0,4-4,0 мЕд/мл).

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дообследования, необходимый для постановки диагноза.
3. Назовите подходы к лечению и дайте необходимые рекомендации.

ЗАДАЧА 1

Больная 20 лет жалуется на ежедневный приступообразный малопродуктивный кашель, возникающий в ночные и утренние часы. Указанные жалобы беспокоят в течение 3 месяцев. Последние 4 года в апреле-мае слезятся глаза, закладывает нос. Последние два года уезжает на майские праздники на море.

При обследовании: Состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, ИМТ 22,5 кг/м^2. Кожные покровы чистые. Отеков нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный, дополнительные тоны и шумы не выслушиваются. Перкуторно легочный звук, при аускультации дыхание везикулярное, проводится во все отделы, сухие свистящие хрипы над всеми отделами легких. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какое обследование следует назначить пациентке для подтверждения диагноза?
3. Какая причина ежегодного риноконъюнктивита?
4. Какое обследование следует назначить пациентке для выявления причины риноконъюнктивита?
5. При подтверждении диагноза какое лечение следует назначить пациентке? Какие рекомендации Вы дадите по изменению образа жизни и питанию?

ЗАДАЧА 2

Пациентка 40 лет поступила в стационар по «скорой помощи» к жалобами на удушье, приступообразный сухой кашель. Указанный жалобы развились впервые.

В течение 10 лет наблюдается отоларингологом по поводу полипозного риносинусита. Неоднократно проводили полипэктомию. В связи с головной болью сегодня приняла таблетку метамизола натрия, после чего развился приступ удушья.

При осмотре: пациентка возбуждена, на вопросы отвечает отдельными словами, положение вынужденное. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 130 в 1 мин, АД 160/90 мм рт ст. Дыхание ослабленное везикулярное, сухие свистящие хрипы, ЧДД 35 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. При пульсоксиметрии SpO2 88%.

Вопросы:

1. Объясните, с чем связано ухудшение состояния больной?
2. Поставьте диагноз с указанием критериев диагностики
3. Какое лечение следует назначить больной?
4. Какое лечение следует назначить пациентке после выписки из стационара?
5. Относится ли пациентка к группе риска неблагоприятного прогноза? Обоснуйте.

ЗАДАЧА 3

Пациентка 22 лет, с 5 лет страдает бронхиальной астмой. В последние месяцы принимает будесонид 400 мкг/сут+формотерол 24 мкг/сут. Потребность в ингаляционных β2-агонистах короткого действия 1-2 раза в месяц, физическая активность не ограничена, нет ночных пробуждений из-за астмы. Обратилась в женскую консультацию по поводу беременности 10 недель.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Отеков нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Перкуторно легочный звук, при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. SpO_2 98%.

Спирометрия: ФЖЕЛ 3,5 л (98% от должных величин), ОФВ1 2,97 л (95 % от должных величин), после бронхолитика ФЖЕЛ 3,6 л, ОФВ1 3,0.

Вопросы:

1. Оцените результаты спирометрии
2. Сформулируйте диагноз бронхиальной астмы с учетом современных классификаций (по уровню контроля и тяжести течения). Обоснуйте. (4 балла)
3. Можете ли Вы прогнозировать как изменится течение бронхиальной астмы при сохранении беременности? (3 балла)
4. Какое лечение по бронхиальной астме следует назначить пациентке? (3 балла)

ЗАДАЧА 4

Мужчина 18 лет занимает легкой атлетикой. Через 5-10 мин после прекращения бега появляется непродуктивный кашель, затрудненное дыхание, которые самостоятельно проходят через 30-40 мин. По совету тренера начал принимать сальбутамол, который полностью купирует кашель. Аллергоанамнез не отягощен.

При осмотре: Состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, ИМТ 21 кг/м^2. Границы сердца не увеличены. Тоны сердца звучные, ритм правильный. АД 110/70 мм рт ст. Пульс 70 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный.

Спирометрия: ФЖЕЛ 6,0 л (130% от должных величин), ОФВ1 – 4,7 л (101% от должных величин). После пробы с бронхолитиком ФЖЕЛ 6,1 л, ОФВ1 – 4,8 л

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Оцените результаты спирометрии.
3. Какое исследование следует назначить пациенту для верификации диагноза?
4. Следует ли пациенту прекратить занятия спортом?
5. Ваша тактика ведения.

ЗАДАЧА 5

Женщина 50 лет предъявляет жалобы на постоянный продуктивный кашель по утрам, одышку при быстрой ходьбе по ровной поверхности. Курит по 1 пачке (20 сигарет) в день в течение 30 лет. Аллергоанамнез не отягощен. Сопутствующие хронические заболевания отрицает.

При осмотре: Правильного телосложения, ИМТ 26 кг/м^2. Кожные покровы обычной окраски. ЧДД 20 в 1 мин. Дыхание жесткое, единичные рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС 80 в 1 мин. АД 130/80 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный.

При спирометрии: ФЖЕЛ= 2,82 л (норма 2,70), ОФВ 1 = 1,62 л (норма 2,28), ОФВ1/ФЖЕЛ =57,4%. После пробы с бронхолитиком ФЖЕЛ =2,75 л, ОФВ1= 1,60 л, ОФВ1/ФЖЕЛ =58,2%.

1. Оцените индекс курящего человека и анамнез курения
2. Оцените выраженность одышки по модифицированному вопроснику Британского медицинского исследовательского совета (mMRC)
3. Оцените изменения при исследовании ФВД
4. Сформулируйте и обоснуйте диагноз
5. Назначьте лечение

Ответы

Вариант 1

1. Учитывая жалобы (приступообразный малопродуктивный кашель, возникающий в ночные и утренние часы), анамнез (вероятен сезонный аллергический риноконъюнктивит), данные обследования (сухие свистящие хрипы при аускультации легких) следует предположить диагноз бронхиальной астмы, впервые выявленной.
2. Для подтверждения диагноза пациентке следует назначить спирометрию с тестом с бронхолитиком (сальбутамол 200-400 мкг). Для подтверждения атопической природы

заболевания рекомендовано исследование общего IgE и исследование NO в выдыхаемом воздухе.

3. Сезонный аллергический риноконъюнктивит (поллиноз), связанный с цветением деревьев
4. Исследование специфического IgE к пыльце деревьев (прежде всего березы и ольхи). Не раньше осени при отсутствии бронхообструкции могут быть проведены кожные аллергопробы.
5. Для лечения бронхиальной астмы следует назначить на постоянный прием ингаляционные глюкокортикостероиды в низких дозах, а для симптоматической терапии – бета-2-агонисты короткого действия.

При подтверждении аллергического риноконъюнктивита следует рекомендовать аллерген-специфическую иммунотерапию (АСИТ).

Рекомендации по образу жизни. В период цветения ограничить пребывание на улице в сухую жаркую погоду и в дневные часы, воздерживаться от походов в лес, поездок за город; плотно закрывать окна в квартире и на работе; установить в квартире кондиционер или воздушный фильтр; носить защитные очки; регулярно, особенно, при возвращении домой промывать слизистые носа и глаз; ограничить или исключить на время цветения употребление в пищу пищевых продуктов, которые могут вызвать перекрестные пищевые реакции (березовый сок, фрукты (яблоки, груши, черешня, вишня, персики, абрикосы, сливы, киви), маслины, оливки, орехи, морковь, зелень и специи (сельдерей, укроп, карри, анис, тмин)).

Вариант 2

1. Обострение заболевания связано с приемом НПВП. У пациентки аспириновая триада: бронхиальная астма, полипозный риносинусит, непереносимость НПВП.
2. Диагноз: Бронхиальная астма, впервые выявленная, тяжелое обострение. Тяжелое обострение поставлено на основании критериев GINA: речь – отдельными словами, уровень бодрствования –возбуждена, частота дыхания – часто > 30 в минуту, участие вспомогательной дыхательной мускулатуры в акте, свистящие хрипы, SpO2< 90%.
3. Ингаляция кислорода до достижения SpO2 ≥ 90%, ингаляция β2-агониста короткого действия или ингаляция β2-агониста в сочетании с антихолинергическим препаратом короткого действия, короткий курс системных глюкокортикостероидов (предпочтительно пероральных (в эквиваленте к преднизолону - 1 мг/кг/сут, максимальная доза 50 мг, обычно в течение 5-7 дней))
4. Учитывая тяжелое обострение, пациентке следует назначить средние дозы ИГКС+ДДБА или высокие дозы ИГКС, затем уменьшить объем терапии
5. Поскольку пациентка переносит тяжелое обострение бронхиальной астмы, она относится к группе риска неблагоприятного прогноза, в частности повторных обострений.

Вариант 3

1. Вентиляционных нарушений не выявлено
2. Бронхиальная астма, контролируемое течение (дневные симптомы реже 2 раз в неделю, потребность в препаратах, купирующих приступ не более 2 раз в неделю, физическая активность не ограничена, ночных пробуждений из-за астмы нет), средней степени тяжести (контролирующая терапия соответствует 3 ступени). 4 балла
3. Нет. Примерно у трети женщин течение БА ухудшается, у трети становится менее тяжелым, а у оставшейся трети не меняется. 3 балла
4. Поскольку в настоящее время проводимая терапия контролирует течение заболевания, ее следует оставить без изменений. 3 балла

Вариант 4

1. Быстрое уменьшение симптомов постнагрузочного бронхоспазма после ингаляции β-2 агонистом короткого действия говорит в пользу диагноза бронхиальной астмы (астма физического усилия).
2. При спирометрии вентиляционных нарушений не выявлено. Проба с бронхолитиком отрицательная
3. У таких больных или при сомнении в диагнозе целесообразно провести спирометрию при провокационной пробе с физической нагрузкой. Протокол с 8-минутным бегом легко использовать в клинической практике, этот метод способствует постановке диагноза бронхиальной астмы.
4. Пациент может продолжить занятия спортом при назначении необходимой терапии БА.

5. Для купирования бронхоспазма и его профилактики могут быть использованы β-2 агонисты короткого действия. Антилейкотриеновые препараты доказали свою эффективность при лечении астмы физического усилия.

Вариант 5

1. Индекс курящего человека 20 х 12= 240, анамнез курения 20 х 30/20 = 30 пачка/лет. Злостный курильщик.
2. Степень 1 (легкая)
3. Обструктивные нарушения. Необратимая обструкция (после пробы с бронхолитиком ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,7 (70%)). ОФВ1 составляет 1,60 х 100/2,28=70,2 % от должных величин.
4. Учитывая постоянный характер клинических симптомов (постоянный продуктивный кашель, одышку), длительный анамнез курения, данные спирометрии (ОФВ1/ФЖЕЛ<0,7) у пациентки ХОБЛ. В соответствии спирометрической классификации ХОБЛ II (среднетяжелая). При комбинированной оценке (с учетом mMRC и тяжести бронхообструкции) пациентка относится к группе А.
5. Категорический отказ от курения. Рекомендовано назначить бета2-агонист или М-холинолитик короткого действия.

Тема «Пневмонии»

ЗАДАЧА №1

Женщина 58 лет, пенсионерка, находящаяся в стационаре по поводу маточного кровотечения, на вторые сутки почувствовала резкое ухудшение состояния: появилась резкая слабость, с ознобом поднялась температура до 39,2°С, появились сухой надсадный кашель, боль в левой половине грудной клетки, усиливающаяся при глубоком вдохе и нестерпимая при кашле. В анамнезе: гипертоническая болезнь II ст. с периодическими подъемами АД до 170/100 мм.рт.ст., несмотря на постоянный прием ингибиторов АПФ. По поводу миомы матки наблюдается в течение 10 лет. Год назад была выявлена железодефицитная анемия, легкой степени, из-за чего почти постоянно принимает препараты железа. Четыре дня назад у пациентки началось маточное кровотечение, в связи с которым позавчера была госпитализирована. Кровотечение было остановлено с помощью медикаментозной терапии. Пациентка не курит, алкоголь не употребляет. В течение последнего года за рубеж не выезжала.

При осмотре: перкуторно – некоторое укорочение перкуторного звука с тимпаническим оттенком в левой подмышечной области, там же – бронхиальное дыхание и крепитация. Над другими областями легочного поля – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 24 в 1 мин. SpO_2 = 93%. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС = 112 в 1 мин. АД = 130/90 мм.рт.ст.

Результаты лабораторных и инструментальных исследований по *cito!*:

Клинический анализ крови:

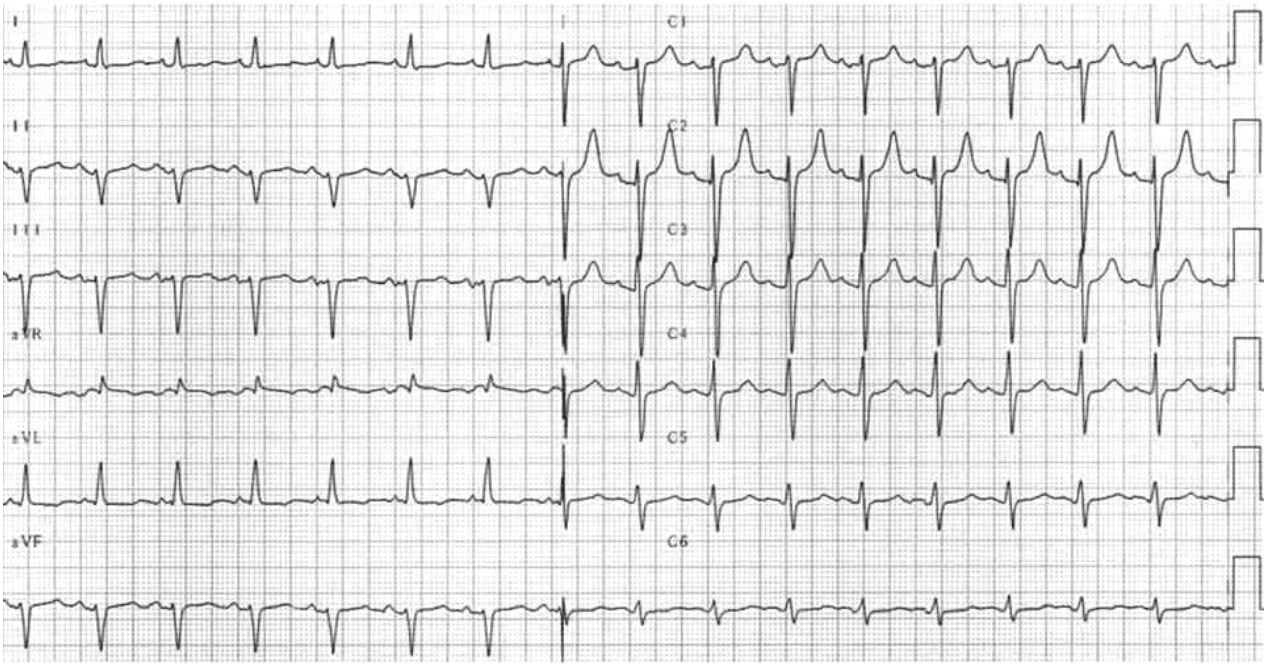
Эр. ($x10^{12}$)	Hb ($x10^{12}$)	ЦП	Тр. ($x10^9$)	Лейкоциты						СОЭ (мм/ч)
				Всего ($x10^9$)	Нейтрофилы (%)		Эоз. (%)	Лимф. (%)	Мон. (%)	
					ПЯ	СЯ				
3,8	89	0,70	210	16,5	8	73	1	16	2	44

Биохимический анализ крови:

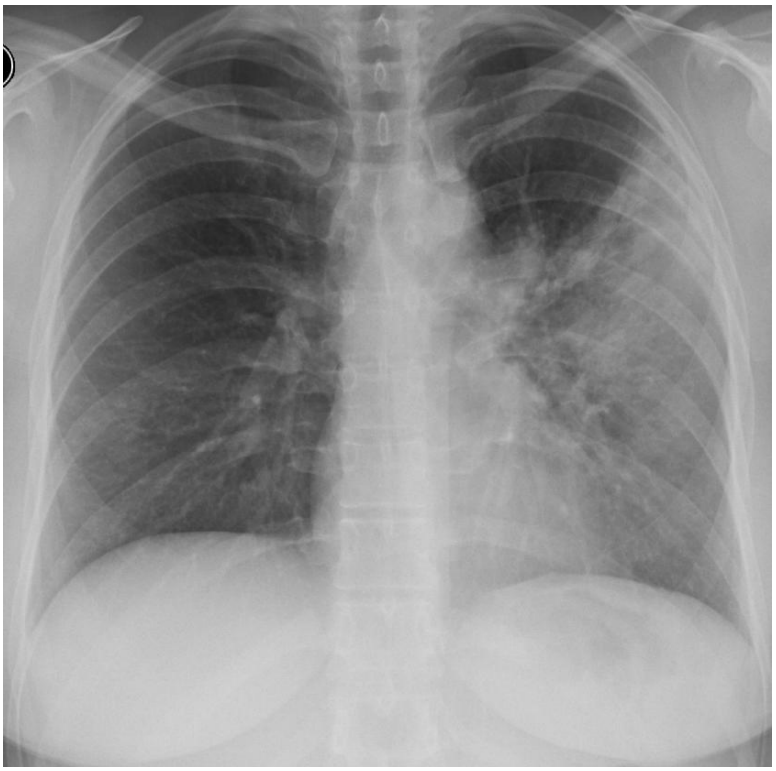
О.белок (г/л)	Глюкоза (ммоль/л)	Мочевина (ммоль/л)	Креатинин (мкмоль/л)	О.билирубин (мкмоль/л)	ЩФ (Ед/л)	Сыв.железо (мкмоль/л)	ОЖСС (мкмоль/л)	СРБ (мг/л)
68	7,5	6,3	61	17	128	9,2	71	15

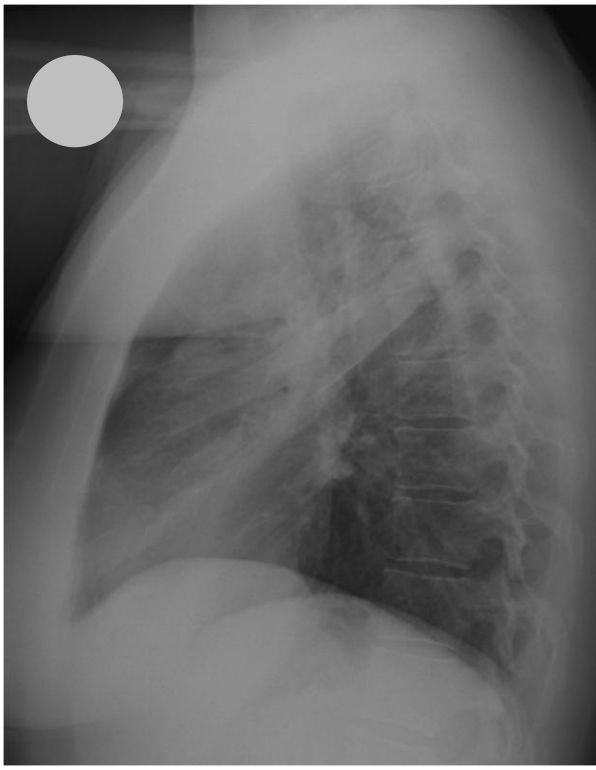
Анализ газового состава артериальной крови: PaO_2 = 65 mm Hg, $PaCO_2$ = 33 mm Hg, pH = 7,37

Электрокардиография:



Рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях:





ВОПРОСЫ к ЗАДАЧЕ №1:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, включая основное заболевание, осложнения основного заболевания, фоновые и сопутствующие заболевания. (2 балла)
2. Укажите предполагаемый этиологический вариант/варианты основного заболевания. Ответ обоснуйте. (2 балла)
3. Определите принципиальный дифференциально-диагностический вопрос в контексте основного заболевания. (2 балла)
4. Обоснуйте степень тяжести основного заболевания и определите прогноз. *(разрешается использование соответствующих электронных медицинских калькуляторов)* Где необходимо продолжить лечение пациентки. (2 балла)
5. Назначьте адекватную инициальную антибактериальную терапию с обоснованием выбранных препаратов. (2 балла)

ЗАДАЧА №2

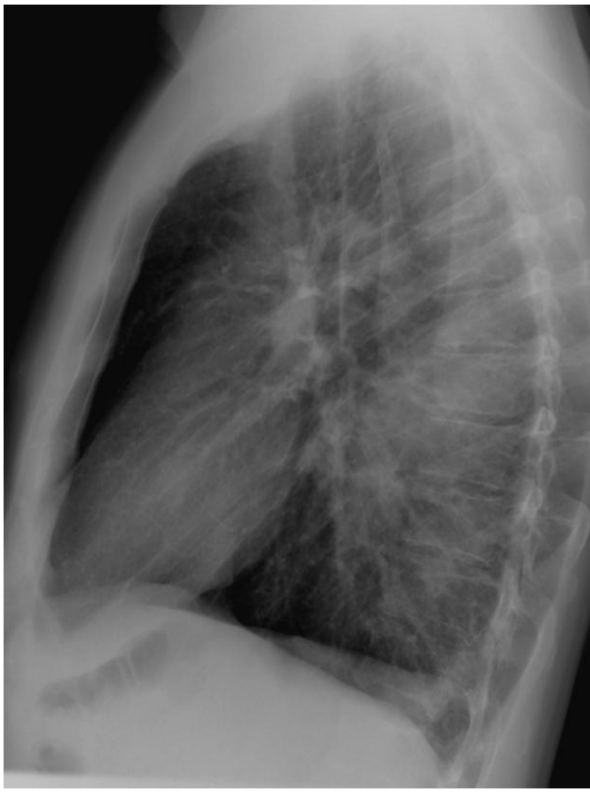
Мужчина 46 лет, учитель школы, обратился в поликлинику с жалобами на головную боль, ломоту в мышцах, першение в горле, повышение температуры тела до 37,6°С, озноб. Из

анамнеза известно, что пациент не курит, хронических заболеваний не имеет. Заболел сегодня после того, как накануне попал под дождь. Пациенту был поставлен диагноз ОРВИ и назначена соответствующая терапия. В течение 2 последующих дней состояние пациента ухудшалось: нарастала слабость, температура тела поднималась до 38,4°С, появились умеренно-выраженная одышка и кашель с отделением скудного количества слизистой мокроты.

При повторном осмотре: перкуторно – некоторое укорочение перкуторного звука в области нижнего угла левой лопатки, там же выслушиваются единичные мелкопузырчатые хрипы. Над другими областями легочного поля – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 20 в 1 мин. SpO_2 = 97%. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС = 88 в 1 мин. АД = 120/70 мм.рт.ст.

Пациенту проведено рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

Рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях:



ВОПРОСЫ к ЗАДАЧЕ №2:

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз, включая основное заболевание, осложнения основного заболевания, фоновые и сопутствующие заболевания. (2 балла)
2. Обоснуйте определенность основного диагноза с использованием групп диагностических критериев. (2 балла)
3. Укажите предполагаемый этиологический вариант/варианты основного заболевания. Ответ обоснуйте. (2 балла)
4. Обоснуйте степень тяжести основного заболевания и определите прогноз. *(разрешается использование соответствующих электронных медицинских калькуляторов)* Где Вы продолжите лечение пациента. (2 балла)

ЗАДАЧА №3

Пациент 53 лет асоциального вида доставлен в приемное отделение стационара. Положение вынужденное – с наклоном вправо, прижимает правую руку к груди. t тела = 39,4°С. Сознание спутанное, однако, удается выяснить, что беспокоят боли в правой половине грудной клетки и кашель с отделением вязкой кровянисто-гнойной мокроты. Болен в течение 9 дней. Пытался «как обычно лечиться» алкоголем (думал, что «просто простудился»). Курит

по 1,5 пачки сигарет более 30 лет. Много лет злоупотребляет алкоголем.

При осмотре: акроцианоз, справа над верхними отделами правого легкого – укорочение перкуторного звука, бронхиальное дыхание, крепитация. Над остальными отделами легочного поля – ослабленное везикулярное дыхание, множественные сухие разнотональные хрипы. ЧДД = 32 в 1 мин. SpO_2 = 88%. Тоны сердца глухие, ЧСС = 128 в 1 мин; АД = 75/50 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени умеренно увеличены.

Результаты лабораторных и инструментальных исследований по *cito!*:

Клинический анализ крови:

Эр. ($x10^{12}$)	Hb ($x10^{12}$)	Hct (%)	Лейкоциты							СОЭ (мм/ч)
			Всего ($x10^9$)	Нейтрофилы (%)			Эоз. (%)	Лимф. (%)	Мон. (%)	
				Метамиелоциты	ПЯ	СЯ				
3,7	98	34	28,4	3	14	69	1	11	2	52

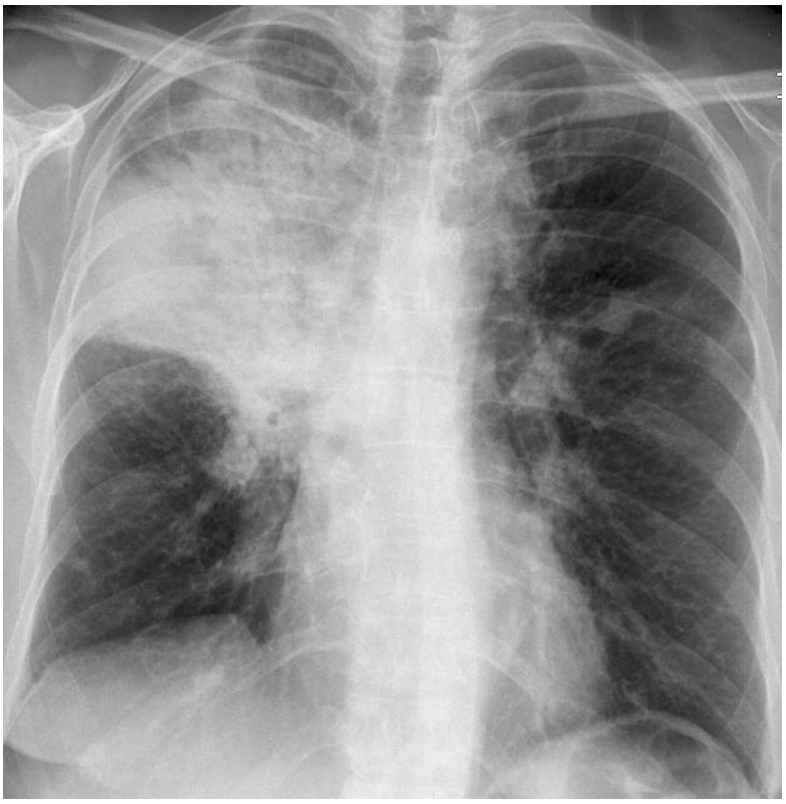
Биохимический анализ крови:

О.белок (г/л)	Глюкоза (ммоль/л)	Мочевина (ммоль/л)	Креатинин (мкмоль/л)	О.билирубин (мкмоль/л)	ЩФ (Ед/л)	АЛТ (МЕ/л)	АСТ (МЕ/л)	ЛДГоб. (Ед/л)	Na^{++} (ммоль/л)
59	5,3	14,8	72	23	237	65	72	320	131

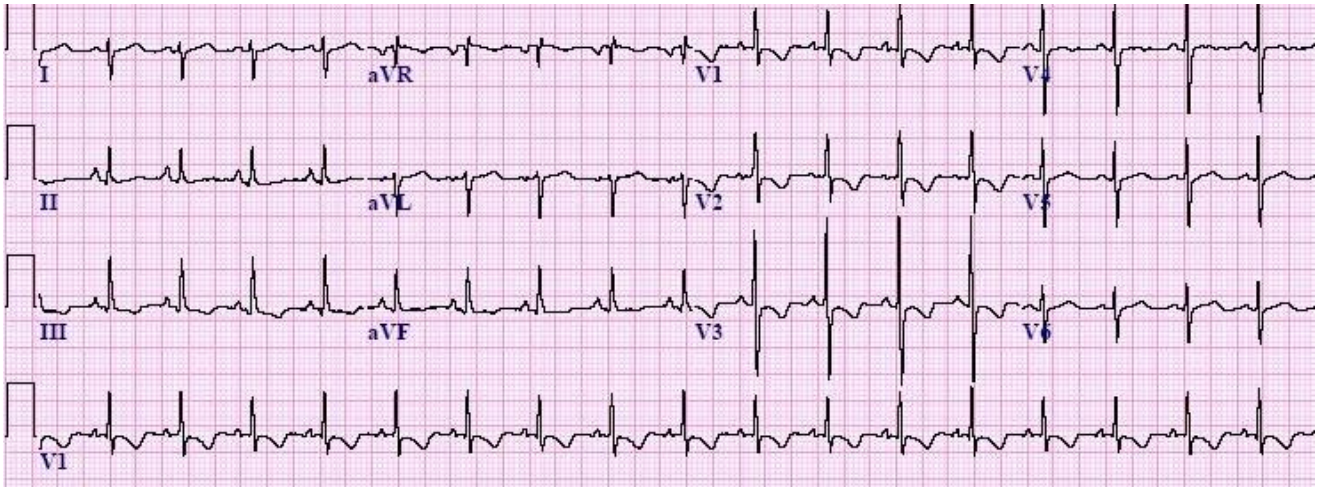
Микроскопия мокроты: нейтрофилы покрывают все поля зрения, эритроциты 200-250 в п/з, Грам-отрицательные палочки.

Анализ газового состава артериальной крови: PaO_2 = 59 mm Hg, $PaCO_2$ = 34 mm Hg, pH = 7,27

Рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях:



Электрокардиография:



ВОПРОСЫ к ЗАДАЧЕ №3:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, включая основное заболевание, осложнения основного заболевания, фоновые и сопутствующие заболевания. (3 балла)
2. Укажите предполагаемый этиологический вариант/варианты основного заболевания. Ответ обоснуйте. (2 балла)
3. С какими заболеваниями/состояниями в данном случае необходимо проводить дифференциальную диагностику. (1 балл)
4. Обоснуйте степень тяжести основного заболевания и определите прогноз. *(разрешается использование соответствующих электронных медицинских калькуляторов)* В какое отделение Вы направите пациента для лечения. (2 балла)
5. Назначьте адекватную инициальную антибактериальную терапию. (2 балла)

ЗАДАЧА №4

Мужчина 38 лет, находится в травматологическом стационаре по поводу перелома бедра. Был проведен металлоостеосинтез. После операции постоянно отмечался субфебрилитет (до 37,6°С) в вечерние часы. На 6-е сутки пребывания в отделении почувствовал озноб и боль в правом боку. Температура поднялась до 38,8°С. Дежурный врач назначил инъекцию анальгина, после чего температура снизилась до 37,4°С, однако оставалось ощущение познабливания. Утром появились кашель с небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты, одышка. Температура повысилась до 39,2°С. При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые бледные. При перкуссии грудной клетки над базальными отделами правого легкого определяется притупление. Дыхание в этой зоне ослаблено, выслушиваются влажные мелкорузырчатые хрипы. ЧДД = 22 в 1 мин. SpO_2 = 94%. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС = 102 в 1 мин. АД = 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени не увеличены. St.localis: в области послеоперационного шва гиперемии и отечности нет.

Рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях:

ВОПРОСЫ к ЗАДАЧЕ №4:

1. Сформулируйте диагноз поражения респираторной системы у данного пациента. (2 балла)
2. Обоснуйте определенность диагноза поражения респираторной системы с использованием групп диагностических критериев. (2 балла)
3. Укажите вероятные этиологический варианты заболевания. Ответ обоснуйте. (2 балла)
4. Назначьте неотложные исследования (минимальный необходимый объем). (2 балла)
5. Назначьте адекватную инициальную антибактериальную терапию. Ответ обоснуйте. (2 балла)

ЗАДАЧА №5

Женщина 64 лет, обратилась за медицинской помощью в связи с жалобами на выраженную одышку, приступообразный кашель с отделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, боль в правой половине груди при дыхании и кашле, общую слабость, потливость, повышение температуры тела до 38,7°С.

Больна в течение 2 дней, когда внезапно появилась резкая слабость и стала быстро подниматься температура тела. Пациентка приняла парацетамол, на фоне которого состояние несколько улучшилось, однако затем появились и стали нарастать вышеуказанные жалобы. В течение 15 лет страдает гипертонической болезнью с подъемами АД до 190/110 мм.рт.ст. При нагрузках немного больше обычных беспокоят давящие боли за грудиной и одышка. Постоянно наблюдается у кардиолога в районной поликлинике. Принимает изосорбида динитрат, кардиоаспирин, эналаприл. В стационарах не проходила обследования и лечения много лет.

При осмотре: пациентка повышенного питания (h = 165 см, m = 88 кг) кожные покровы и видимые слизистые с бледным оттенком. Небольшая отечность голеней, больше справа, до границы средней и нижней трети. Трофические изменения кожи голеней. Справа – варикозные изменения магистральных вен, слева – ретикулярные вены и варикозно-измененные притоки магистральных вен. При перкуссии грудной клетки в правой аксиллярной области определяется некоторое укорочение перкуторного звука. При аускультации, там же дыхание ослаблено, отмечается шум трения плевры. ЧДД = 22 в 1 мин.

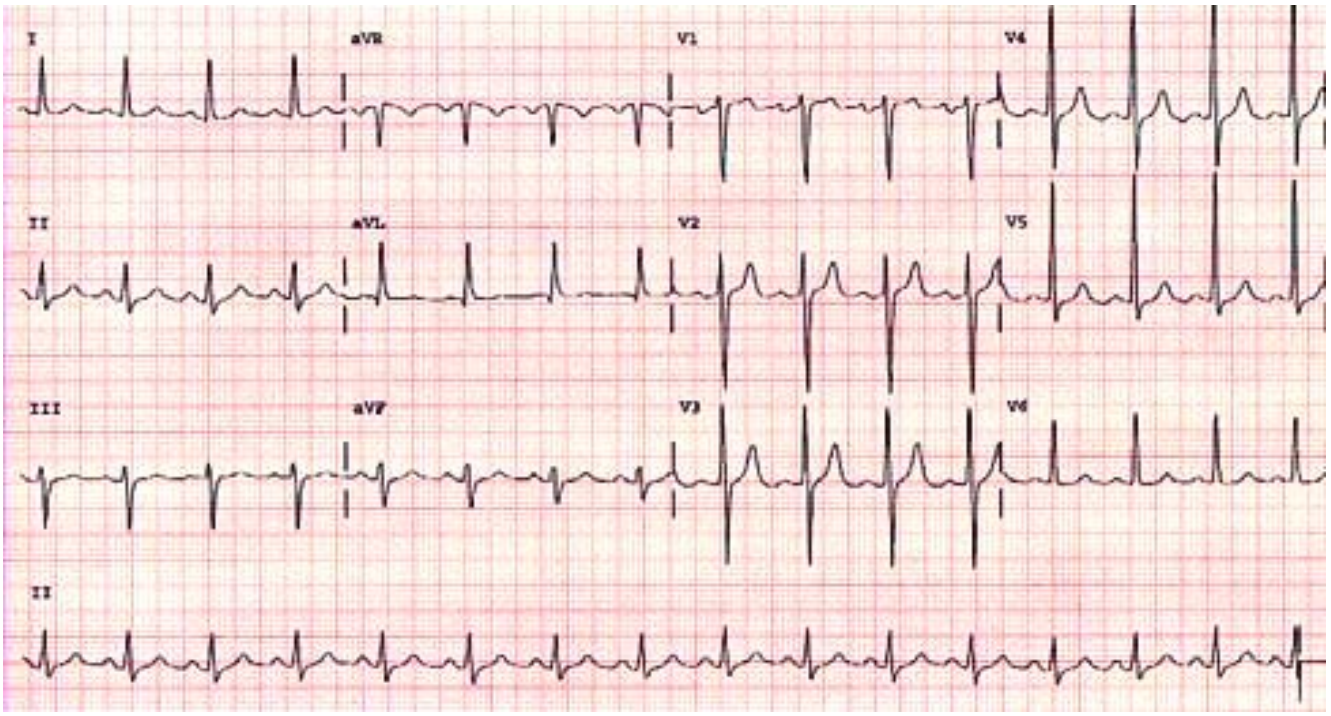
SpO_2 = 94%. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС = 96 в 1 мин. АД = 160/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, размеры печени не увеличены.

Клинический анализ крови:

Эр. ($x10^{12}$)	Hb ($x10^{12}$)	ЦП	Тр. ($x10^9$)	Лейкоциты						СОЭ (мм/ч)
				Всего ($x10^9$)	Нейтрофилы (%)		Эоз. (%)	Лимф. (%)	Мон. (%)	
					ПЯ	СЯ				
4,3	141	0,98	280	12,4	6	67	3	22	2	34

Рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях:

Электрокардиография:



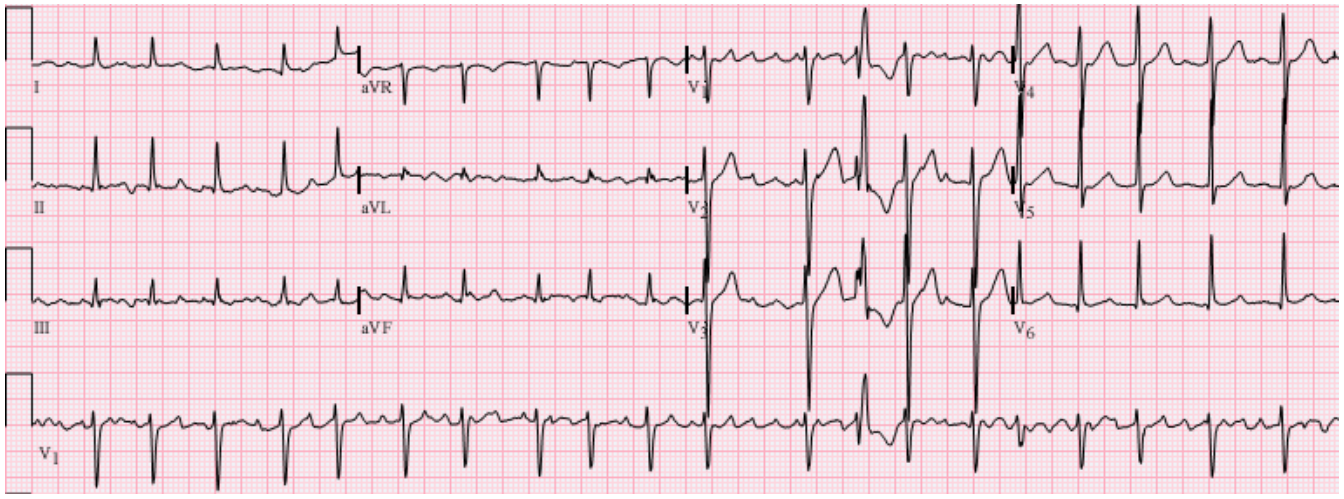
ВОПРОСЫ к ЗАДАЧЕ №5:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, включая основное заболевание, осложнения основного заболевания, фоновые и сопутствующие заболевания. (2 балла)
2. Укажите предполагаемый этиологический вариант/варианты основного заболевания. Ответ обоснуйте. (2 балла)
3. С какими заболеваниями/состояниями в данном случае необходимо проводить дифференциальную диагностику. (2 балла)
4. Обоснуйте степень тяжести основного заболевания и определите прогноз. *(разрешается использование соответствующих электронных медицинских калькуляторов)* Где Вы продолжите лечение пациентки. (2 балла)
5. Назначьте и обоснуйте адекватную инициальную терапию. (2 балла)

ЗАДАЧА №6

Женщина 57 лет, находится в стационаре по поводу впервые возникшей фибрилляции предсердий. Исходно поступала в ОРИТ, где фибрилляция предсердий была купирована кордароном и на следующий день пациентка была переведена в кардиологическое отделение для обследования и достижения насыщающей дозы кордарона. На 3 сутки у пациентки стала с ознобом подниматься температура тела, появилась одышка, а затем чувство «трепетания в сердце». При осмотре: Т = 38,7°С, кожные покровы несколько бледные, яркий румянец на щеках. При перкуссии грудной клетки над базальными отделами правого легкого определяется некоторое укорочение перкуторного звука с тимпаническим оттенком. Там же выслушиваются бронхиальное дыхание и крепитация. Над остальными отделами легких – дыхание везикулярное, единичные влажные незвучные хрипы. ЧДД = 26 в 1 мин. SpO_2 = 90%. Тоны сердца приглушены, аритмичны. ЧСС = 145 в 1 мин. Пульс = 117 в 1 мин. АД = 90/50 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени не увеличены.

Электрокардиография:



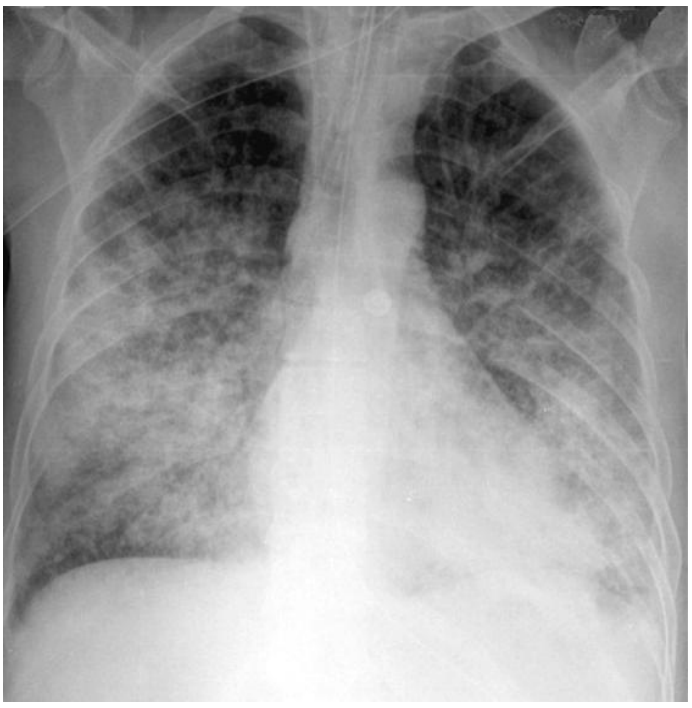
Рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях:

ВОПРОСЫ к ЗАДАЧЕ №6:

1. Сформулируйте диагноз. (2 балла)
2. Укажите вероятные этиологические факторы заболеваний/состояний. Ответ обоснуйте. (3 балла)
3. С какими заболеваниями/состояниями в данном случае необходимо проводить первоочередную дифференциальную диагностику. (1 балл)
4. Определите тактику ведения больной. (2 балла)
5. Есть ли необходимость в назначении антибактериальной терапии. Если ответ «ДА», обоснуйте назначение адекватной антибактериальной терапии. (2 балла)

ЗАДАЧА №7

Мужчина 50 лет, менеджер, доставлен в стационар бригадой СМП. При расспросе жены становится известно, что пациент неделю назад вернулся из отпуска, который проводил в Кении, где охотился на диких животных. Через два дня после возвращения почувствовал общее недомогание и головную боль, затем присоединились диарея и повышение температуры тела до 38,6°С. Пациент решил, что ел несвежую еду в самолете. На 3-й день от начала заболевания появился сухой кашель, а накануне госпитализации – сильная одышка. Пациент заторможен, кожные покровы бледные. Губы цианотичны. Т = 39,4°С. При перкуссии над базальными отделами легких отмечается притупление, там же большое количество мелкопузырчатых влажных хрипов. ЧДД = 32 в 1 мин. SpO_2 = 88%. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС = 130 в 1 мин. АД = 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненность в правом подреберье. Печень увеличена в вертикальном размере, на 4 см выступает из-под края реберной дуги.



Пациенту произведена рентгенография (см.) органов грудной клетки в положении сидя (пациент самостоятельно не может стоять на ногах) и по *cito* выполнены исследования крови (см.)

Клинический анализ крови:

Эр. ($x10^{12}$)	Hb ($x10^{12}$)	Hct (%)	Лейкоциты							СОЭ (мм/ч)
			Всего ($x10^9$)	Нейтрофилы (%)			Эоз. (%)	Лимф. (%)	Мон. (%)	
				Метамиелоциты	ПЯ	СЯ				
4,7	142	38	14,4	1	8	72	1	16	2	42

Биохимический анализ крови:

О.белок (г/л)	Глюкоза (ммоль/л)	Мочевина (ммоль/л)	Креатинин (мкмоль/л)	О.билирубин (мкмоль/л)	ЩФ (Ед/л)	АЛТ (МЕ/л)	АСТ (МЕ/л)	ЛДГоб. (Ед/л)	Na^{++} (ммоль/л)
68	7,3	12,5	119	23	127	112	134	416	131

Анализ газового состава артериальной крови: PaO_2 = 49 mm Hg, $PaCO_2$ = 26 mm Hg, pH = 7,27

ВОПРОСЫ к ЗАДАЧЕ №7:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, включая основное заболевание и его осложнения. (2 балла)
2. Укажите предполагаемый этиологический вариант/варианты основного заболевания. Ответ обоснуйте. (2 балла)
3. С каким/какими заболеваниями/состояниями в данном случае необходимо проводить дифференциальную диагностику. (2 балла)
4. Обоснуйте степень тяжести основного заболевания и определите прогноз. *(разрешается использование соответствующих электронных медицинских калькуляторов)* В какое отделение Вы направите пациента для лечения. (2 балла)
5. Назначьте адекватную инициальную антибактериальную терапию. (2 балла)

ЗАДАЧА №8

Мужчина 47 лет, военный, курильщик (курит по 1 пачке сигарет в течение 25 лет), находится в ОРИТ после операции по поводу огнестрельного ранения брюшной полости. В качестве профилактики постоперационных инфекционнах осложнений проводились в/в инфузии цефтриаксона по 1 г 2 раза в сутуи. На 3-и сутки после операции стало отмечаться падение SpO_2 (с 97% до 89%), несмотря на проводимую ИВЛ. Дежурный реаниматолог провел аускультацию легких, выявил небольшое количество влажных застойных хрипов, увеличил концентрацию кислорода во вдыхаемой газовой смеси с 24% до 32% и назначил анализ газового состава артериальной крови. Т.к. в этот момент только началась промывка и калибровка газоанализатора, проведение анализа было отложено. Через 1 час у пациента начала быстро подниматься температура тела (с 37,8°C до 39,6°C). ЧСС = 128 в 1 мин. АД = 100/60 мм.рт.ст. ГАК при FiO2 = 0,32: SaO_2 = 92%, PaO_2 = 65 mm Hg, $PaCO_2$ = 35 mm

Hg, pH = 7,29. При аускультации легких распространенность и интенсивность влажных хрипов увеличилась. Пациенту выполнены рентгенография ОГК и клинический анализ крови (см.). Также была выполнена ревизия эндотрахеальной трубки, при которой было получено гнойное отделяемое.

Клинический анализ крови:

Эр. ($x10^{12}$)	Hb ($x10^{12}$)	Hct (%)	Тр. ($x10^9$)	Лейкоциты							СОЭ (мм/ч)
				Всего ($x10^9$)	Нейтрофилы (%)			Эоз. (%)	Лимф. (%)	Мон. (%)	
					Юные формы	ПЯ	СЯ				
3,2	96	30	190	13,7	2	9	67	4	17	1	61

ВОПРОСЫ к ЗАДАЧЕ №8:

1. Сформулируйте диагноз поражения респираторной системы у данного пациента. (2 балла)
2. Обоснуйте определенность диагноза поражения респираторной системы с использованием групп диагностических критериев. (3 балла)
3. Укажите вероятные этиологический варианты заболевания. Ответ обоснуйте. (2 балла)
4. С каким состоянием в данном случае необходимо проводить первоочередную дифференциальную диагностику. (1 балл)
5. Назначьте адекватную инициальную антибактериальную терапию. Ответ обоснуйте. (2 балла)

ЗАДАЧА №9

Мужчина 34 лет, нигде не работающий «свободный художник», курильщик, в течение недели проходит в стационаре лечение по поводу пневмонии. В течение 2 недель пациент отмечал общую слабость, першение в горле, затем - несильный кашель, вначале сухой, затем с умеренным количеством слизисто-гнойной мокроты. При обычных нагрузках появлялась одышка. 17 марта – с ознобом поднялась температура тела до 39,8°С. 18 марта пациент вызвал бригаду СМП, которая доставила его в стационар. При поступлении: кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В межлопаточной области выслушивается небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. ЧДД = 26 в 1 мин. SpO2 = 91%. Тоны сердца приглушены. ЧСС 122 в 1 мин. АД = 110/60 мм.рт.ст. Была проведена рентгенография (см.исходную рентгенограмму). Пациенту был поставлен диагноз двусторонней внебольничной пневмонии и начато лечение в терапевтическом отделении цефтриаксоном по 1 г 2 раза в сутки внутривенно + эритромицин 1 г 4 раза в сутки внутривенно, а также дезинтоксикационная и кислородотерапия. На фоне проводимой терапии температура снизилась до 37,8°С, однако другие проявления интоксикации и одышка постепенно продолжали нарастать. Показатели клинического и биохимического анализов крови (см.) демонстрировали отрицательную динамику. Лечение пациента продолжалось в терапевтическом отделении, т.к. шкала CURB-65 показывала риск не выше среднего. 26 марта состояние значительно ухудшилось: пациент оглушен, дыхание частое (ЧДД = 36 в 1 мин.), поверхностное. Кожные покровы цианотичны. Дыхание резко ослаблено, с двух сторон мелкопузырчатые хрипы. SpO_2 = 84% при FiO_2 = 0,4. Тоны сердца глухие. ЧСС = 140 в 1 мин. АД = 70/50 мм.рт.ст.

Результаты лабораторных и инструментальных исследований:

Клинический анализ крови:

Дата анализа	Эр. ($x10^{12}$)	Hb ($x10^{12}$)	Hct (%)	Тр. ($x10^9$)	Лейкоциты						СОЭ (мм/ч)
					Всего ($x10^9$)	Нейтрофилы (%)		Эоз. (%)	Лимф. (%)	Мон. (%)	
						ПЯ	СЯ				
18.03.	4,2	102	32	230	27,5	7	64	14	14	1	57

22.03.	4,1	101	29	190	29,2	6	63	14	16	2	62
25.03.	4,3	99	29	160	31,4	7	62	18	12	1	59

Биохимический анализ крови:

Дата анализа	О.бел. (г/л)	Глюкоза (ммоль/л)	Мочевина (ммоль/л)	Креатинин (мкмоль/л)	О.билир. (мкмоль/л)	ЩФ (Ед/л)	ЛДГ (Ед/л)	Na^{++} (ммоль/л)	СРБ (мг/л)
18.03.	62	5,5	15,3	121	23	128	370	131	41
22.03.	63	5,8	17,8	140	22	119	524	129	58
25.03.	60	6,4	21,1	137	24	121	587	128	59

Анализ газового состава артериальной крови:

Дата анализа:	SaO_2 (%)	PaO_2 (mm Hg)	PaO_2/FiO_2	$PaCO_2$ (mm Hg)	pH
19.03.	93	69	246	33	7,37
23.03.	89	61	217	37	7,29
26.03.	82	52	130	36	7,19

Оценка по шкале CURB-65:

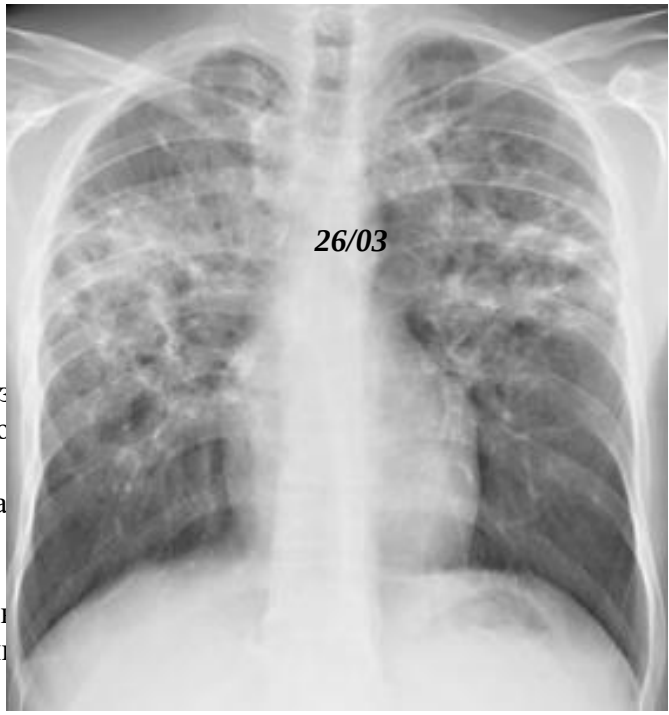
Дата	18/03	19/03	20/03	21/03	22/03	23/03	24/03	25/03	26/03
Результат (баллы)	1	1	1	1	1	2	2	2	4

Микроскопия мокроты (19.03): лейкоциты – 50-70 в п/з, эритроциты 1-3 в п/з

Анализ крови на HBsAg (22.03): положительный.

Анализ крови на ВИЧ АГ+АТ (22.03): положительный.
Бактериологическое исследование мокроты (24.03): посев мокроты диагностически значимого роста микроорганизмов не выявил.

Рентгенография органов грудной клетки в динамике:



ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет)
Кафедра пульмонологии ИКМ
дисциплина «Госпитальная терапия»
Тема «Пневмонии»

ЗАДАЧА №10

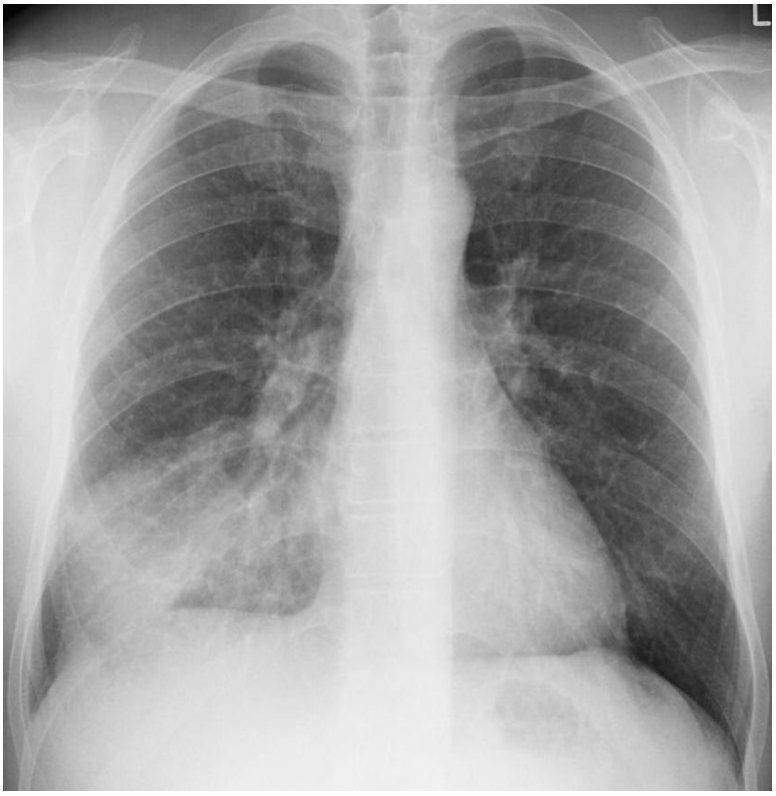
Мужчина 52 лет, обратился за медицинской помощью в связи с жалобами на выраженную одышку, приступообразный изнуряющий кашель с отделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, повышение температуры тела до 37,5°С, общую слабость, потливость. Болен в течение 5 дней, когда после переохлаждения сначала появилась заложенность носа и поднялась температура тела до 38,6°С. Принимал аспирин, состояние сначала улучшилось, но затем появились и стали нарастать вышеуказанные жалобы. Пациент курит около 30 лет по 1,5-2 пачки сигарет в день. В анамнезе – ХОБЛ средне-тяжелого течения постоянно использует ингаляторы (Симбикорт и Вентолин). Обострения 1-2 раза в году. Полгода назад для лечения обострения ХОБЛ использовались антибактериальные препараты. Пять лет назад перенес инфаркт миокарда, проведена транслюминальная баллонная ангиопластика с установкой стента. Боли за грудиной не беспокоят, иногда к вечеру появляется небольшая отечность голеней. Постоянно принимает бисопролол, кардиоаспирин, клопидогрель и аторвастатин.

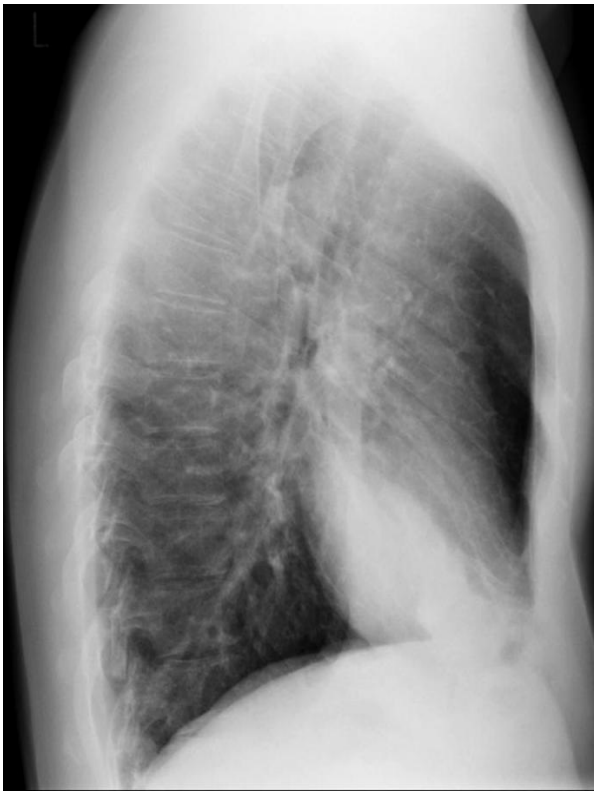
При осмотре: кожные покровы с бледным оттенком, губы несколько цианотичны. При перкуссии грудной клетки определяется звук с коробочным оттенком. При аускультации дыхание везикулярное, ослабленное над всем легочным полем, большое количество разнотональных сухих хрипов, интенсивность которых увеличивается при форсировании выдоха. В правой подмышечной области – пневмосклеротические шумы и единичные влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. ЧДД = 22 в 1 мин. SpO_2 = 93%. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС = 96 в 1 мин. АД = 140/80 мм.рт.ст.

Клинический анализ крови:

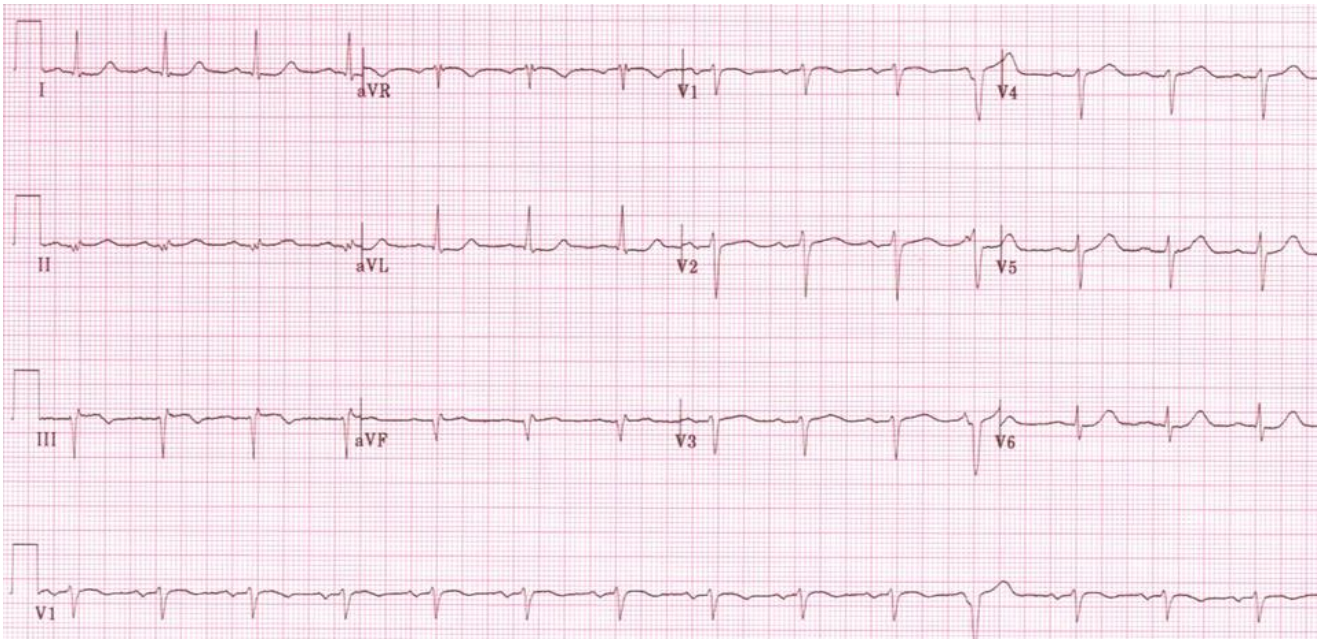
Эр. ($x10^{12}$)	Hb ($x10^{12}$)	ЦП	Тр. ($x10^9$)	Лейкоциты						СОЭ (мм/ч)
				Всего ($x10^9$)	Нейтрофилы (%)		Эоз. (%)	Лимф. (%)	Мон. (%)	
					ПЯ	СЯ				
5,5	168	0,91	330	11,5	7	68	1	22	2	26

Рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях:





Электрокардиография:



ВОПРОСЫ к ЗАДАЧЕ №10:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, включая основное заболевание, осложнения основного заболевания, фоновые и сопутствующие заболевания. (2 балла)
2. Укажите предполагаемый этиологический вариант/варианты основного заболевания. Ответ обоснуйте. (3 балла)
3. С какими заболеваниями/состояниями в данном случае необходимо проводить дифференциальную диагностику, в каком случае и почему. (1 балл)
4. Обоснуйте степень тяжести основного заболевания и определите прогноз. *(разрешается использование соответствующих электронных медицинских калькуляторов)* Где Вы продолжите лечение пациента. (2 балла)

ОБРАЗЦЫ ОТВЕТОВ к КЛИНИЧЕСКИМ ЗАДАЧАМ по ТЕМЕ «ПНЕВМОНИИ»

ОТВЕТЫ к ЗАДАЧЕ №1:

1. Внебольничная левосторонняя верхнедолевая пневмония, легкое течение (или низкий риск). Миома матки. Маточное кровотечение. Железодефицитная анемия средней степени тяжести. Гипертоническая болезнь II ст. АГ 2 ст. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Блокада передней ветви ЛНПГ.
2. Учитывая внебольничную форму пневмонии, возраст < 65 лет и отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний наиболее вероятными причинными микроорганизмами являются возбудители типичной внебольничной пневмонии. Острое начало с выраженной гипертермией, вовлечение в процесс плевры, долевой характер инфильтрации на рентгенограмме позволяют с большой вероятностью предположить, что у пневмония у пациентки вызвана *S.pneumoniae*.
3. Наиболее важным дифференциально-диагностическим моментом является определение формы пневмонии: внебольничная или госпитальная, т.к. в последнем случае возрастает вероятность наличия резистентных к антибактериальным препаратам штаммов.
4. Учитывая имеющиеся клинико-лабораторные данные, возможно использование только шкалы CURB-65. По этой шкале пациентка набирает 0 баллов (ясное сознание – 0 баллов, мочевина < 7 ммоль/л – 0 баллов, ЧДД < 30 – 0 баллов, АД сист. > 90 мм.рт.ст./АД диаст. > 60 мм.рт.ст. – 0 баллов, возраст <65 лет – 0 баллов) . Группа низкого риска и легкого течения. Прогноз – благоприятный, т.к. вероятность летального исхода составляет 1%. Показано лечение в условиях терапевтического/пульмонологического стационара.
5. Возможен выбор из трех групп препаратов: пенициллины (незащищенные или защищенные) или цефалоспорины III поколения или респираторные фторхинолоны парентерально. Учитывая высокую вероятность наличия *S.pneumoniae* предпочтение следует отдать пенициллинам.

ОТВЕТЫ к ЗАДАЧЕ №2:

1. Внебольничная пневмония, очаговая с локализацией в нижней доле левого легкого, низкий риск (или легкое течение).
2. Диагноз внебольничной пневмонии считается определенным при наличии соответствующей рентгенологической картины и наличии 2 из четырех групп клинических признаков. В данном случае наличествуют рентгенологические признаки (инфильтрация в нижней доле левого легкого), группа физикальных признаков, а также кашель с отделением мокроты.
3. Учитывая нетяжелый характер течения пневмонии, молодой возраст пациента и отсутствие у него хронических заболеваний, наиболее вероятными возбудителями внебольничной пневмонии являются *S.pneumoniae, M.pneumoniae, C.pneumoniae*. Т.к. начало заболевания было ОРВИ-подобным, отмечался постепенный подъем температуры тела, отсутствует гнойность мокроты, а также данные о работе в коллективе (школа), более вероятным представляется наличие «внутриклеточных» возбудителей (*M.pneumoniae, C.pneumoniae*).
4. В данном случае возможно использование упрощенной шкалы CRB-65. По указанной шкале пациент набирает 0 баллов (отсутствуют признаки нарушения сознания – 0 баллов, ЧДД < 30 – 0 баллов, АД сист. > 90 мм.рт.ст./АД диаст. > 60 мм.рт.ст. – 0 баллов, возраст <65 лет – 0 баллов) , что относит его к группе низкого риска и легкого течения. Прогноз – благоприятный. Вероятность летального исхода не превышает 1%. Лечение следует проводить в амбулаторных условиях.
5. Учитывая высокую вероятность наличия внутриклеточных возбудителей, предпочтение следует отдать пероральному назначению одного из макролидных антибиотиков (азитромицин, кларитромицин, джозамицин, спирамицин).

ОТВЕТЫ к ЗАДАЧЕ №3

1. Внебольничная пневмония верхней доли правого легкого, тяжелое течение. Острая дыхательная недостаточность 1-го типа. Инфекционно-токсический шок. Кровохарканье. Алкоголизм. ХОБЛ.
2. Учитывая наличие у пациента алкоголизма, а также обнаружение при микроскопии мокроты грам-отрицательных палочек, наиболее вероятными возбудителями могут быть представители семейства энтеробактерий. Густая кровянистая мокрота позволяет с большой долей вероятности предположить в качестве этиологического фактора *K.pneumoniae*.
3. Необходима дифференциальная диагностика с туберкулезом легких, раком легкого, пневмониями другой этиологии.
4. Учитывая имеющиеся клинико-лабораторные данные, возможно использование шкал CURB-65 или PORT. Для ответа достаточно использование одной шкалы с объяснением подсчета. Например, по шкале CURB-65 пациент набирает 4 балла (спутанность сознания – 1 балл, мочевина > 7 ммоль/л – 1 балл, ЧДД ≥ 30 – 1 балл, АД сист. < 90 мм.рт.ст./АД диаст. < 60 мм.рт.ст. – 1 балл, возраст <65 лет – 0 баллов) . По шкале PORT – 183 балла. Группа высокого риска и тяжелого течения. Прогноз – неблагоприятный, т.к. вероятность летального исхода превышает 30%. Пневмония часто имеет характер деструктивной. ОРИТ.
5. Цефалоспорин III поколения (цефтриаксон или цефотаксим) в/в в сочетании с респираторными фторхинолонами (левофлоксацин или моксифлоксацин) в/в.

ОТВЕТЫ к ЗАДАЧЕ №4:

1. Правосторонняя нижнедолевая госпитальная пневмония с факторами риска наличия мультирезистентных возбудителей (поздняя). Правосторонний экссудативный плеврит.
2. Критерии диагноза госпитальной пневмонии включают 3 группы признаков: 1-й критерий – наличие «свежих» инфильтративных теней на рентгенограмме; 2-й критерий – сочетание двух признаков из следующих: лихорадка > 38,3С, гипоксемия, наличие мокроты; 3-й критерий – сочетание двух признаков из следующих: клинические проявления (кашель, тахипноэ, аускультативные феномены), лабораторные признаки (лейкопения или лейкоцитоз), гнойность мокроты. При наличии 3 критериев диагноз госпитальной пневмонии является определенным. У данного пациента имеется сочетание всех 3-х критериев.
3. Учитывая, что пневмония развилась позже 4-х суток нахождения в стационаре, она считается «поздней», а значит присутствует риск наличия мультирезистентной флоры. Наиболее часто этиологическим фактором такой пневмонии являются: *E.coli*, *K.pneumoniae*, *Acinetobacter spp.*, *P.aeruginosa*, *S.aureus* (часто MRSA), могут выявляться и другие микроорганизмы.
4. Бактериологическое исследование мокроты с определением чувствительности к антибиотикам, бактериологическое исследование крови с определением чувствительности к антибиотикам, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (общий белок, мочевина, креатинин), анализ крови на электролиты, исследование газового состава артериальной крови.
5. Учитывая возможность наличия широкого спектра мультирезистентных возбудителей, необходимо назначение 2 групп препаратов: с высокой антитпсевдомонадной и антиэнтеробактериальной активностью (карбапенемы или защищенные уреидопенициллины или защищенные цефлоспорины 3-го поколения) и с высокой активностью против MRSA (гликопептиды или оксазолидиноны). Еще более приветствуется ответ с конкретными лекарственными препаратами и дозами.

ОТВЕТЫ к ЗАДАЧЕ №5:

1. Внебольничная пневмония средней доли правого легкого, легкое течение (или низкий риск). ИБС: стенокардия напряжения II ФК. Гипертоническая болезнь II ст. АГ III ст.

НК I ст NYHA II. PCCO III. Варикозная болезнь C4aS. Хроническая венозная недостаточность.

2. У пациентки легкое течение пневмонии при наличии хронических сопутствующих заболеваний. Наиболее вероятными возбудителями являются: *S.pneumoniae*, *H.influenzae*, представители *Enterobacteriaceae*. Учитывая долевое поражение и вовлечение в процесс плевры, наиболее вероятным этиологическим фактором является *S.pneumoniae*.
3. Наиболее важной представляется этиологическая дифференциация пневмонии, однако учитывая наличие варикозной болезни, большую выраженность отека правой ноги, вовлечение в процесс плевры необходимо проводить дифференциацию с ТЭЛА и инфарктной пневмонией.
4. В настоящий момент, имеющиеся клинико-лабораторные данные позволяют оценить состояние только по шкале CRB-65. По ней пациент набирает 0 баллов (нет нарушения сознания – 0 баллов, ЧДД < 30 – 0 баллов, АД сист. > 90 мм.рт.ст./АД диаст. > 60 мм.рт.ст. – 0 баллов, возраст <65 лет – 0 баллов). Группа низкого риска и легкого течения. Прогноз – благоприятный, т.к. вероятность летального исхода не превышает 1%. Показано лечение в амбулаторных условиях.
5. Т.к. у пациентки присутствует сопутствующая хроническая патология показано назначение Амоксициллина/клавуланата (при необходимости в сочетании с макролидами) или одного из респираторных фторхинолонов (гемифлоксацин, левофлоксацин, моксифлоксацин) per os. Учитывая высокую вероятность наличия S.pneumoniae, предпочтение стоит отдать назначению Амоксициллина/клавуланата.

ОТВЕТЫ к ЗАДАЧЕ №6:

1. Правосторонняя нижнедолевая госпитальная пневмония без факторов риска наличия мультирезистентных возбудителей (ранняя). Острая дыхательная недостаточность I типа. Пароксизм фибрилляции предсердий. Единичная ЖЭС Острая левожелудочковая недостаточность (сердечная астма).
2. Учитывая «ранние» сроки развития госпитальной пневмонии, а также отсутствие факторов наличия мультирезистентных возбудителей, наиболее вероятным представляется наличие возбудителей, вызывающих внебольничную пневмонию: *S.pneumoniae*, *H.influenzae*, *S.aureus(MSSA*), вирусы. Учитывая долевой характер инфильтрации на рентгенограмме наиболее вероятным возбудителем является *S.pneumoniae*. Причиной развития фибрилляции предсердий вероятно являются гипоксемия и интоксикация сопровождающие пневмонию.
3. В первую очередь необходимо дифференцировать госпитальную пневмонию по наличию факторов риска наличия мультирезистентных возбудителей. Учитывая тот факт, что в течение 4 дней проводилась терапия кордароном, необходимо учитывать небольшую (в связи с кратковременностью приема) вероятность развития амиодаронового легкого.
4. Пациентка нуждается в ведении в условиях ОРИТ. Показаны: мониторное наблюдение (ЭКГ, ЧСС, АД, SpO_2), назначение антиаритмических препаратов (неамиодаронового ряда), кислородотерапия, антибактериальная терапия.
5. Для лечения «ранней» ГП используется внутривенная монотерапия антибиотиками широкого спектра: или один из цефалоспоринов третьего поколения (цефтриаксон, цефотаксим), или один из респираторных фторхинолонов (левофлоксацин, моксифлоксацин), или защищенные уреидопенициллины (пиперациллин/тазобактам), или карбапенемы (эртапенем).

ОТВЕТЫ к ЗАДАЧЕ №7:

1. Двусторонняя внебольничная пневмония, тяжелое течение, Острая дыхательная недостаточность I типа. Метаболический ацидоз. Острое повреждение печени.

2. Учитывая анамнез пребывания в Кении, сочетание клинических признаков: выраженная интоксикация + диарея + поражение печени + выраженность дыхательной недостаточности, рентгенологическую картину двухстороннего интерстициального процесса с негомогенной сливающейся инфильтрацией с перибронхиальным акцентом, наиболее вероятным причинным микроорганизмом является *L.pneumophilia*.
3. Учитывая характер рентгенологических находок и тяжесть состояния, необходимо дифференцировать различные варианты внебольничной пневмонии (*Pneumocystis jiroveci, Klebsiella pneumonia),* вирусных пневмонитов или неинфекционных интерстициальных заболеваний легких.
4. В настоящий момент, имеющиеся клинико-лабораторные данные позволяют оценить состояние только по шкале CRB-65. По ней пациент набирает 2 балла (нарушение сознания – 1 балл, ЧДД > 30 – 1 балл, АД сист. > 90 мм.рт.ст./АД диаст. > 60 мм.рт.ст. – 0 баллов, возраст <65 лет – 0 баллов). Группа среднего риска. Вероятность летального исхода составляет 10-12%. Учитывая наличие ОДН показано лечение в условиях ОРИТ.
5. Учитывая тяжелое течение внебольничной пневмонии у пациента нуждающегося в госпитализации, показано внутривенное введение комбинации 2 антибактериальных препаратов: бета-лактамов (защищенные аминопенициллины или цефалоспорины 3 поколения) с макролидами или цефалоспоринов 3-го поколения (цефтриаксон, цефотаксим) с респираторными фторхинолонами (левофлоусацин, моксифлоксацин). Учитывая более высокую активность макролидов в отношении легионеллы, более правильной представляется 1-я комбинация

ОТВЕТЫ к ЗАДАЧЕ №8:

1. Двусторонняя полисегментарная вентилятор-ассоциированная (госпитальная) пневмония, Острая дыхательная недостаточность I типа.
2. Подтверждение вентилятор-ассоциированной пневмонии лучше проводить при помощи шкалы SPIS. По данной шкале пациент набирает 9 баллов, что позволяет считать диагноз вентилятор-ассоциированной пневмонии определенным. В настоящей задаче возможна постановка диагноза и при помощи критериев диагноза госпитальной пневмонии: 1-й критерий – «свежие» инфильтративные тени на рентгенограмме, 2-й критерий – сочетание двух признаков – лихорадки и гипоксемии, 3-й критерий – сочетание двух признаков гнойность трахеального секрета и лейкоцитоз > $12x10^9$/л. Наличие 3 критериев позволяет считать диагноз госпитальной пневмонии определенным.
3. Наиболее часто этиологическим фактором вентилятор-ассоциированной пневмонии являются возбудители с высокой вероятностью антибиотикорезистентности: *P.aeruginosa*, *S.aureus* (часто MRSA), *E.coli*, *K.pneumoniae*, *Acinetobacter spp*., могут выявляться и другие микроорганизмы.
4. В первую очередь необходима дифференциальная диагностика с ОРДС.
5. Учитывая возможность наличия широкого спектра мультирезистентных возбудителей, необходимо назначение 2 групп препаратов: с высокой антитпсевдомонадной и антиэнтеробактериальной активностью (карбапенемы или защищенные уреидопенициллины или защищенные цефлоспорины 3-го поколения) и с высокой активностью против MRSA (гликопептиды или оксазолидиноны). Еще более приветствуется ответ с конкретными лекарственными препаратами и дозами.

ОТВЕТЫ к ЗАДАЧЕ №9:

1. Двусторонняя внебольничная пневмония у лиц с выраженными нарушениями иммунитета (СПИД?), тяжелое течение (или высокий риск). Острая дыхательная недостаточность I типа. Инфекционно-токсический шок. Метаболический ацидоз.
2. Положительный тест на ВИЧ может предполагать наличие СПИДа. Достаточно часто СПИД манифестирует пневмонией, вызванной *Pneumocystis jiroveci*. За пневмоцистный характер пневмонии говорят также выраженная дыхательная недостаточность,

выраженный эозильно-нейтрофильный лейкоцитоз и рентгенологическая картина легочной диссеминации.

3. **Недооценка выраженности дыхательной недостаточности**: уже 19 марта соотношение PaO2/FiO2 опустилось ниже 250, что является критерием для перевода в ОРИТ. В дальнейшем этот показатель ухудшался, но пациент оставался в терапевтическом отделении. **Переоценка эффективности антибактериальной терапии**: оценка эффективности проводится в интервале 48-72 часов. Оцениваются: температура тела, выраженность интоксикации и дыхательной недостаточности. У пациента отмечалось незначительное улучшение только по одному показателю (температура тела), зато по двум другим отмечалось ухудшение. В этой ситуации необходим пересмотр антибактериальной терапии. **Недооценка результатов исследований:** интерсициальный характер поражения на рентгенограмме и положительный результат исследования на ВИЧ заставляют заподозрить нестандартных возбудителей ВП. **Переоценка результатов по шкале CURB-65** без учета других данных о состоянии пациента.
4. Перевод в ОРИТ. Вазопрессоры. ИВЛ. Дезинтоксикационная терапия. Коррекция КОС. Смена антибактериальных препаратов.
5. Триметоприм/сульфаметоксазол в/в.

ОТВЕТЫ к ЗАДАЧЕ №10:

1. Внебольничная пневмония средней доли правого легкого, легкое течение (или низкий риск). ХОБЛ средне-тяжелого течения. ИБС: постинфарктный кардиосклероз, ТБА со стентированием. НК I.
2. У пациента легкое течение пневмонии при наличии хронических сопутствующих заболеваний. Наиболее вероятными возбудителями являются: *S.pneumoniae, H.influenzae,* представители *Enterobacteriaceae*. Учитывая длительный анамнез курения, наличие ХОБЛ нетяжелого течения, особенности клинической картины (изнуряющий кашель, отсутствие выраженной интоксикации), физикальных признаков (отсутствие классической аускультативно-перкуторной картины), слабовыраженный лейкоцитоз и отсутствие четкой и равномерной консолидации легочной ткани на рентгенограмме, наиболее вероятным этиологическим фактором является *H.influenzae*.
3. Наиболее важной представляется этиологическая дифференциация пневмонии, однако учитывая поражение средней доли, при недостаточном эффекте антибактериальной терапии нужно исключать новообразования корня легкого, туберкулез и ТЭЛА.
4. В настоящий момент, имеющиеся клинико-лабораторные данные позволяют оценить состояние только по шкале CRB-65. По ней пациент набирает 0 баллов (ясное сознание – 0 баллов, ЧДД < 30 – 0 баллов, АД сист. > 90 мм.рт.ст./АД диаст. > 60 мм.рт.ст. – 0 баллов, возраст <65 лет – 0 баллов). Группа низкого риска и легкого течения. Прогноз – благоприятный, т.к. вероятность летального исхода не превышает 1%. Показано лечение в амбулаторных условиях.
5. Т.к. у пациента присутствует сопутствующая хроническая патология показано назначение Амоксициллина/клавуланата (при необходимости в сочетании с макролидами) или одного из респираторных фторхинолонов (гемифлоксацин, левофлоксацин, моксифлоксацин) per os. Учитывая высокую вероятность наличия H.influenzae, предпочтение стоит отдать назначению Амоксициллина/клавуланата.

Экзаменационные задачи для ГИА

ЗАДАЧА 1

44-летний мужчина, по профессии врач-лаборант, отмечает появление слабости, повышенной утомляемости, желтушности склер на протяжении последних 6 мес. Из анамнеза известно, что около 15 лет назад был эпизод желтухи, который прошел самостоятельно. Далее не обследовался. При осмотре отмечается иктеричность склер, на коже лица и верхней половины туловища телеангиэктазии, пальпируется край печени (выступает на 1 см из-под края правой реберной дуги), пальпируется селезенка. В анализах крови: альбумин – 3.3 г/дл, АЛТ – 143 ЕД/л, АСТ – 115 ЕД/л, общий билирубин – 1.8 мг/дл, прямой 0.9 мг/дл, лейкоциты – $3.1x10^9$/л, тромбоциты – $90x10^9$/л. Выполнена биопсия печени: долькое и балочное строение печени местами нарушено, определяются многочисленные фиброзные порто-портальные и порто-центральные септы, межуточный гепатит, лимфоцитарный инфильтрат проникает из портальных трактов вглубь долек и достигает соседних трактов, очаговая баллонная дистрофия гепатоцитов, скопления гепатоцитов с матовостекловидной цитоплазмой.

1. Сформулируйте диагноз

   Цирроз печени вирусной (вирус гепатита В) этиологии с синдромом печеночной недостаточности и портальной гипертензии
2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения причины, тяжести и прогноза заболевания?

   Анализ крови на ДНКВГВ (качественный и количественный), РНКВГД (качественный), РНКВГС (качественный), ЭФГДС (оценка состояния вен пищевода и желудка), КТ брюшной полости и альфа-фетопротеин (для исключения ГЦК)
3. Предложите план лечения и наблюдения за пациентом

   Энтекавир (1 мг/сут) или Тенофовир 300 мг/сут длительно (вероятно пожизненно); альфа-фетопротеин и УЗИ печени (1 раз в 6 мес)

ЗАДАЧА 2

Мужчина 41 года в тяжелом состоянии доставлен в больницу. При осмотре обращает на себя внимание желтушность кожи и склер, контрактура Дюпюитрена, увеличение живота за счет жидкости, пастозность голеней и стоп. Плохо ориентируется во времени и пространстве, отмечается тремор рук, пальце-носовую пробу выполняет неуверенно. В анализах крови: общий белок – 6.5 г/дл, альбумин – 2.8 г/дл, общий билирубин – 4.8 мг/дл, прямой билирубин – 2.7 мг/дл, АСТ – 163 ЕД/л, АЛТ – 87 ЕД/л, ГГТ – 740 ЕД/л, ЩФ – 84 ЕД/л, креатинин – 2.2 мг/дл, аммиак – 95 мкмоль/л, ПТИ – 55%. При КТ брюшной полости выявлен выраженный асцит, увеличение печени и селезенки в размерах и уменьшение эхогенности печени.При ЭГДС выявлены варикозное расширение вен пищевода 3 степени. При биопсии печени долькое и балочное строение печени нарушено,в ткани печени выявлены тельца Маллори, нейтрофильная инфильтрация портальных трактов, массивные некрозы

гепатоцитов и выраженный крупнокапельный стеатоз.

1. Сформулируйте диагноз

Цирроз печени алкогольной этиологии с синдромом печеночной недостаточности, портальной гипертензии и печеночной энцефалопатии

2. Выделите основные клинико-лабораторные синдромы заболевания?

Печеночная недостаточность (гипоальбуминемия, гипопротромбинемия, гипербилирубинемия); портальная гипертензия (асцит, ВРВП, спленомегалия); печеночная энцефалопатия (тремор рук, промахивание при пальце-носовойпробе, увеличение аммиака в крови)

3. Предложите план лечения

Полное исключение алкоголя, лигирование вен пищевода, преднизолон внутрь, мочегонная терапия (антагонисты альдостерона и петлевые диуретики), обсуждение вопроса о необходимости трансплантации печени

Задача 3

Больного К., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на одышку, кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, сердцебиение, отеки ног. Из анамнеза: в течение 23 лет курит по пачке сигарет в день, инженер в строительной организации. В течение длительного времени беспокоит утренний кашель с выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, эпизоды лихорадки весной и осенью, лечился антибиотиками, отхаркивающими средствами с эффектом. В течение 5 лет отмечает нарастание одышки при физической нагрузке, последние 2 года – отеки конечностей, увеличивающиеся к вечеру. При поступлении: полулежит в постели, цианотичный румянец щек, акроцианоз, отеки голеней и стоп. Грудная клетка эмфизематозна. ЧДД 24 в мин, нижние границы легких опущены, подвижность легочного края ограничена, перкуторно над легкими коробочный звук. Дыхание ослаблено, выдох удлинен, над всей поверхностью легких выслушиваются сухие дискантовые и басовые хрипы, при аускультации над трахеей продолжительность выдоха 6 сек. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над легочной артерией. ЧСС 100 в мин, АД 110/70 мм рт ст. Печень выступает на 4 см из-под края реберной дуги. Положительный гепатоюгулярный рефлюкс. При обследовании: в общем анализе крови – гемоглобин 177г/л, эритроциты $6{,}0x10^{12}$/л, лейкоциты $10{,}8x10^{9}$/л, п/я 6%, с/я 89%, эоз 1%, лимф 4%, мон 7%, СОЭ 2 мм/ч. Гематокрит 60%. ФВД: ЖЕЛ 80%, проба Тиффно 53%, ОФВ1 - 58%. Газовый состав крови: pCO2 51 мм рт ст, pO2 56 мм рт ст. Рентгенологическое исследование: легкие эмфизематозны, усилен интерстициальный и сосудистый рисунок прикорневых отделов. Сердце увеличено в размерах за счет правого желудочка, выбухает дуга легочной артерии.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие клинические синдромы можно выявить у больного?

3. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному?

4. Какие основные принципы лечения данного заболевания?

Задача 4

Больной Д., 52 лет, специалист банковского дела.

Предъявляет жалобы на кашель с отделением небольшого количества мокроты желто-зеленого цвета, одышку при обычной физической нагрузке (подъем на 1 этаж), утомляемость. Проходит курс лечения у психиатра по поводу депрессии, получает трициклические антидепрессанты в средних терапевтических дозах с эффектом. Курит около 30 лет по 20-30 сигарет в сутки, попытки самостоятельного отказа от курения прерывал дважды в связи с усилением кашля и выраженным абстинентным синдромом. За последний год перенес 3 эпизода простудных заболеваний, каждый из которых потребовал применения антибактериальной терапии.

При осмотре: гиперстеничен, окружность талии 125 см, бедер 120 см, кожные покровы, видимые слизистые обычной окраски, периферические лимфатические узлы не увеличены, носовое дыхание свободное. Над легкими перкуторный звук коробочный, аускультативно - дыхание везикулярное, выдох удлинен, масса сухих разнокалиберных хрипов диффузно над всей поверхностью легких. Сатурация кислорода 96%, частота дыхания 22 в минуту. АД 148/96 мм рт ст, ЧСС 94 в минуту. Сердечные тоня ясные, ритмичные, акценты, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень у края реберной дуги, перкурно по Курлову 11х10х9см, селезенка, почки не пальпируются, отеков нет.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 92 в мин, интервал QT 520 mc, признаки гипертрофии миокарда левого желудочка. Общие тесты крови, мочи – без изменений.

Вопросы.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Представьте план дополнительного обследования
3. Составьте план лечения

Задача 5

Больной Р., 56 лет, программист.

Предъявляет жалобы на слабость, одышку, кашель с отделением небольшого количества мокроты желтого цвета с прожилками крови, повышение температуры тела до 38.5°С, озноб. Болен третьи сутки, причиной считает переохлаждение, вчера вечером появились сильные боли в правой голени. Принимал аспирин без эффекта, ранее считал себя здоровым, варикозная болезнь вен нижних конечностей диагностирована в прошлом году, лечения не получает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. В окружении никто не болен респираторными инфекциями.

При осмотре: гиперстеничен, вес 125 кг, рост 180 см, кожные покровы, видимые слизистые обычной окраски, периферические лимфатические узлы не увеличены, носовое дыхание свободное. Над легкими перкуторный звук легочный, справа в базальных отделах притуплен, аускультативно - дыхание везикулярное ослаблено, выдох не удлинен, справа в базальных отделах

крепитация. Сатурация кислорода 95%, частота дыхания 30 в минуту. АД 130/80 мм рт ст, ЧСС 94 в минуту. Сердечные тоня ясные, ритмичные, акценты, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень у края реберной дуги, перкурно по Курлову 11х10х9см, селезенка, почки не пальпируются, левая голень отечна, кожные покровы не изменены, пальпация болезненна, варикозно расширенные вены, пульс на артериях стоп сохранный.
Вопросы.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Представьте план дополнительного обследования
3. Составьте план лечения

Задача 6

Женщина 30 лет обратилась к врачу с жалобами на сильные боли в поясничной области справа, иррадиирующие в пах, учащенное болезненное мочеиспускание, ознобы, лихорадку до 39°С, появившиеся после переохлаждения менее недели назад. При амбулаторном обследовании выявлена протеинурия 0,125 г/л, лейкоцитурия 50-70 в зр, эритроцитурия 8-10 в п/зр, уд. вес мочи 1016, pH 7,0 (ранее анализы мочи без изменений). В общем анализе крови лейкоциты 13,6 х10^9/л, СОЭ 30 мм/ч. В биохимическом анализе крови креатинин 75 мкмоль/л. В течение одного дня принимает левофлоксацин в дозе 250 мг/сут.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 37,5°С ИМТ – 23 кг/м^2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ритм правильный. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/75 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации чувствительный в надлобковой области. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное, болезненное, моча мутная. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа.

Предложите наиболее вероятный диагноз, обоснуйте. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Сформулируйте тактику лечения и профилактики рецидивов.

Задача 7

25-летняя женщина, секретарь-референт, обратилась в поликлинику с жалобами на учащение и болезненность при мочеиспускании, повышение температуры тела, тянущие ощущения в области поясницы справа. Из анамнеза: 4 дня назад, после купания в холодной воде, отметила появление неприятных ощущений при мочеиспускании, увеличение частоты позывов к мочеиспусканию, выделение мочи маленькими порциями. Затем присоединились симптомы общего недомогания, повысилась температура тела до 38,0°С, появились умеренные тянущие боли в поясничной области справа. При скрининговом исследовании мочи с помощью тест-полосок отмечается положительная реакция на кровь (+), нитриты – (+++), лейкоциты – (+++).

При осмотре обращает на себя внимание лихорадка (38,0 °С), слабо положительный симптом поколачивания справа, слабо выраженные болезненность и напряжение мышц в костовертебральном углу при пальпации справа.

Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить больной в первую очередь? Предложите наиболее вероятный

диагноз, обоснуйте. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Сформулируйте тактику лечения и профилактики рецидивов.

Задача 8

Больная, 45 лет, фармацевт. С пяти лет в анализах мочи выявляется мочевой синдром (эритроцитурия 20-30 в п/зр, протеинурия – 0.165%) по этому поводу проводилось лечение глюкокортикостероидами, без эффекта (сохранялась гематурия, протеинурия). С 15-ти летнего возраста наблюдалась в поликлинике по м/ж, детального нефрологического обследования не проходила. Из амбулаторной карты больной известно, что в течении 30 лет сохранялась гематурия 10-25 в п/зр, протеинурия 0.06-0.26 г/л. В 44 г. больная перенесла ОРЗ, после которого ее стали беспокоить сердцебиение, тошнота, при обследовании выявлено повышение АД до 160/90 мм.рт.ст., гематурия 8-10 в п/зр., протеинурия – 0.62 г/с, общий белок – 63.6 г/л, альбумин- 35 г/л, мочевая кислота – 478,2 ммоль/л, холестерин – 265 мг/дл, креатинин – 2.39 мг/дл, СКФ – 34 мл/мин., гемоглобин – 110г/л. УЗИ почек: уменьшение размеров почек: левая почка:91х51/14 мм, правая: 85х53/15мм.

Предложите наиболее вероятный диагноз, обоснуйте.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Сформулируйте тактику лечения.

Задача 9

Б-ная 28 лет, воспитатель детского сада. 4 года назад, во второй половине беременности, впервые были выявлены протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия. После родов анализы мочи нормализовались. Около 2 нед. назад, после перенесенного гриппа, появились сильные боли в поясничной области справа, иррадирующие в пах, учащенное болезненное мочеиспускание, ознобы, лихорадка до 39 гр. При амбулаторном исследовании выявлена протеинурия 0,125 г/л, лейкоцитурия 25-30 в поле зрения, эритроцитурия 8-10 в поле зрения, уд. вес мочи 1016. В крови лейкоциты 13,6*109 /л, СОЭ -30 мм/час. Назначенная терапия эритромицином в дозе 1 гр/сут. существенного эффекта не дала, хотя температура снизилась до субфебрильных цифр.

Предложите наиболее вероятный диагноз, обоснуйте.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Сформулируйте тактику лечения.

Задача 10.

Больная Р., 45 лет, педагог средней школы. Из анамнеза: считает себя больной в течение года, когда впервые появились сухой надсадный кашель, повышение температуры тела до субфебрильной, утомляемость и слабость; через 3 месяца присоединилась одышка при небольшой физической нагрузке. Клиническая картина расценена как затянувшаяся двусторонняя пневмония, в связи с чем назначены антибактериальные препараты, не повлиявшие, однако, на симптомы в течение ближайшего месяца. Рентгенологически определялась множественная мелкоочаговая диссеминация по обоим легочным полям. При поступлении в клинику предъявляет жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, сухой кашель, выраженную слабость. При осмотре отмечены цианоз, начальные изменения ногтевых пластинок кистей по типу "часовых стекол". При аускультации с обеих сторон на фоне жесткого дыхания выслушивалась обильная распространенная крепитация, особенно над базальными отделами

легких. При обследовании: СОЭ — 38 мм/ч, функция внешнего дыхания (ФВД): жизненная емкость легких (ЖЕЛ) — 59%, индекс Тиффно — 73%. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки — уменьшение легочных полей, снижение их прозрачности, обильная очагово-сетчатая диссеминация, преимущественно в средних и нижних отделах.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие клинические синдромы можно выявить у больного?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному?
4. Какие основные принципы лечения данного заболевания?

Задача 11.

Девушка 25 лет жалуется на выраженную слабость, одышку при нагрузке, вздутие и чувство «распирания» в животе после еды, отхождение большого количества зловонных газов, жидкий пенистый стул до 5-6 раза в сутки без патологических примесей. Указанные жалобы отмечаются в течение последних нескольких лет. За этот период похудела на 15 кг. Из анамнеза известно, что пациентка отставала в росте и развитии от своих сверстников, ходить начала с 2 лет. В течение последних нескольких лет наблюдается железодефицитная анемия (Hb 90-100 г/л), резистентная к пероральной терапии препаратами железа. За последние 5 лет дважды при падении возникали переломы костей нижних конечностей. Менструации отсутствуют.

При осмотре: астеническое телосложение (рост 152, вес 33 кг), бледность и сухость кожных покровов, в области бедер и голеней — большое количество синяков, которые, со слов больной, возникают при незначительных ушибах, отеки на голенях и стопах. Живот вздут, чувствительный при пальпации во всех отделах. По другим органам без особенностей. АД 80 и 50 мм рт. ст., пульс 90, ритмичный.

При обследовании выявлена анемия (Hb до 90 г/л, ЦП 0,70, гипопротеинемия (общий белок 54 г/л), гипоальбуминемия (альбумин в крови 29 г/л), гипокальциемия, снижение уровня сывороточного железа, антитела к глиадину в высоком титре. Остальные биохимические показатели в пределах нормы. В анализе кала - большое количество нейтрального жира. Больной была выполнена ЭГДС с биопсией слизистой двенадцатиперстной кишки, выявившей выраженную атрофию кишечных ворсинок, гиперплазию кишечных крипт, лимфоплазмоцитарную инфильтрацию слизистой оболочки.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие клинические синдромы можно выявить у больного?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному?
4. Какие основные принципы лечения данного заболевания?

Задача 12.

Больной А., 64 лет, обратился к врачу с жалобами на общую слабость, недомогание, тошноту, чувство тяжести в правом подреберье, метеоризм,

кожный зуд, ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи и физической нагрузки, носовые кровотечения. Из анамнеза: в течение многих лет употребляет спиртные напитки в большом количестве. Объективно: температура $36,9^0$С. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки желтоватого цвета, видны следы расчесов на коже. Губы яркие, блестящие, язык гладкий, влажный. Ладони гиперемированы. На коже груди сосудистые звездочки, на коже живота вокруг пупка расширенные и извитые подкожные вены. Отмечается отсутствие оволосения в подмышечных впадинах, увеличение молочных желез. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание ослаблено. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин., АД 140/90 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах, при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Печень на 5 см выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии, слабо болезненная при пальпацм, плотная, поверхность неровная. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 2 см, безболезненная при пальпации.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие клинические синдромы можно выявить у больного?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному?
4. Какие основные принципы лечения данного заболевания?

Задача 1.

Больная В., 54 лет, жалуется на резкую слабость, шум в ушах, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, сердцебиение.

Из анамнеза известно, что запоры беспокоят больную уже 5 - 6 лет. В течение года стали беспокоить периодические боли в промежности при акте дефекации, наличие на поверхности каловых масс капель алой крови. Остальные проявления заболевания постепенно появились в последние 4 - 5 месяцев.

Больная работает библиотекарем, по месту работы профессиональных вредностей пет. Вредные привычки отрицает.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,4°С. Кожные покровы бледные. При аускультации дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 96 уд. в 1 мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт. ст.

Живот обычной формы. При поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой, методической пальпации сигмовидная и нисходящая часть ободочной кишки - неоднородной плотности, бугристые, чувствительные при пальпации (стула у больной не было три дня). Печень, селезенка не увеличены. Дизурии нет.

Клинический анализ крови: Нв 77 г/л, эритроциты $3,1x10^{12}$/л, цветной показатель - 0.75, лейкоциты - $5,6x10^{9}$%, п/я - 4 %, с/я - 54 %, эоз. 2 %, лимф. - 33%, мон. - 7 %, СОЭ 14 мм/час. Микроцитоз, пойкилоцитоз.

Биохимический анализ крови: сывороточное железо - 5,0 мкмоль/л, общая железосвязывающая способность сыворотки -98 мкмоль/л.

Задача 2.

Больной Д., 37 лет, инженер, доставлен в стационар скорой медицинской помощью. Больной предъявляет жалобы на боль в правой половине грудной клетки при дыхании, небольшой кашель со слизисто-гнойной мокротой, повышение температуры тела до 38°С. Заболел остро, накануне вечером.

Состояние тяжелое, температура тела 38°С. Кожные покровы бледные, чистые, влажные, цианоз губ. Форма грудной клетки нормостеническая, правая половина грудной клетки отстает при дыхании. ЧД в покое до 24 дыхательных движений в минуту. При сравнительной перкуссии: справа ниже угла лопатки звук притуплён, над остальными участками легких - ясный легочный. При аускультации: справа над участком притупления перкуторного звука выслушивается небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов.

Область сердца и крупных сосудов не изменена. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. ЧСС 92 уд. в 1 мин., АД 110 / 70 мм рт.ст.

Живот обычной формы. Верхняя половина живота активно участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10х9х8 см. Селезенка не увеличена.

В анализе крови: Нв 140 г/л, лейкоциты - 14,8 тыс./л: п/я - 9 %, с/я 67 %, эоз.- 1%, лимф. - 21 %, мои. -2 %, СОЭ 38 мм/ч.

Рентгенография органов грудной полости: интенсивная инфильтративная тень в проекции нижней доли правого легкого. Экскурсия правого купола диафрагмы ограничена, значительно утолщена плевра в области передне-диафрагмального синуса.

Задача 3.

Больной Л., 48 лет, поступил в приемное отделение с жалобами на боли за грудиной давящего характера, беспокоящие в течение 1 часа, которые возникли после интенсивной физической нагрузки. Из анамнеза

известно, что эпизодически отмечал повышение АД до максимальных цифр 180/100 мм.рт.ст., постоянной гипотензивной терапии не получал. Семейный анамнез: отец больного умер в возрасте 50 лет от инфаркта миокарда.

При осмотре состояние средней тяжести. Рост 185 см, вес 120 кг. Кожные покровы бледные. Отеков нет. При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание, хрипов нет. ЧД 16 в минуту. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации отмечается приглушение тонов сердца. Шумов нет. ЧСС 85 в мин. Ритм сердца правильный. АД 110 и 70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края правой реберной дуги, безболезненная.

На ЭКГ выявлена элевация сегмента ST в отведениях II, III, avF. Тропониновый тест при поступлении положительный.

Задача 4.

Больная Т., 42 года, библиотекарь, предъявляет жалобы на слабость, быструю утомляемость, головокружение, мелькание "мушек" перед глазами, одышку при ходьбе на небольшие расстояния.

Из анамнеза известно, что в течение последних 6 месяцев отмечает выраженную слабость, головокружение, значительно снизилась толерантность к физической нагрузке, за две недели до госпитализации был кратковременный

эпизод потери сознания в метро, однако от госпитализации пациентка отказалась. Последний год отмечает появление длительных обильных менструаций, продолжительностью до 7 дней.

В общем анализе крови: Гемоглобин 83 г/л, эритроциты 3.3 х 10^{12}/л, ЦП 0.74, гематокрит 30.6%, СОЭ 20 мм/час.

В биохимическом анализе крови: железо сыворотки 4.6 мкмоль/л, обжая железосвязывающая способность сыворотки 88.7 мкмоль/л.

УЗИ органов малого таза: Матка в срединном положении, размерами 84*73*96 мм. В миометрии определяется несколько миоматозных узлов: наибольший по задней стенке матки - интерстициальный субмукозный узел, размером 4 см; по передней стенке матки интерстициальный узел размером 2 см, по левой боковой стенке - 1,5 см. М-эхо: эндометрий 12 мм, соответствует 2 фазе цикла, деформированный миоматозными узлами. Шейка матки с единичными кистами, правый яичник размером 25*30 мм, левый 26*33 мм, обычного строения.

Задача 5.

Больной М., 60 лет, госпитализирован в приемное отделение стационара с жалобами на рвоту «кофейной гущей», эпизод дегтеобразного стула, слабость, головокружение.

Из анамнеза известно, что пациент около 10 лет отмечает повышение АД до 170/110 мм рт.ст., с этого же времени отмечает эпизоды фибрилляции предсердий. Около 5 лет отмечает появление и прогрессирование одышки, признаки застойных явлений в легких, получал моноприл 10 мг, соталол 160 мг,

индапамид 1,5 мг, симвастатин 20 мг, варфарин 7,5 мг.

При осмотре в приемном отделении: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, холодный липкий пот. Частота дыханий 20 в мин. В легких везикулярное дыхание, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. ЧСС 115 в мин, дефицит пульса около 10 в мин. АД 100/60 мм рт.ст. Шумов нет. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастрии. Там же положительный симптом Менделя. Симптом Щеткина-Блюмберга – отрицательный. Печень – размеры по Курлову 9х8х6 см, край печени мягкий, безболезненный, пальпируется под краем реберной дуги. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания – отрицательный с обеих сторон. Дизурических явлений нет. При ректальном обследовании – на высоте пальца дополнительных образований нет. Кал на перчатке черный, дегтеобразный.

При ЭГДС: слизистая оболочка желудка бледная с множественными эрозиями и язвами диаметром 4-6 мм в дне и теле желудка с признаками продолжающего кровотечения.

Задача 6.

Больная П., 54 лет госпитализирована с жалобами на пожелтение кожных покровов и склер, увеличение живота в объеме, потемнение цвета мочи, слабость.

Считает себя больной в течение последних трех лет, когда на фоне ежедневного употребления алкоголя впервые обратила внимание на увеличение живота в объеме, появление кожного зуда. Ухудшение состояния в течение последних трех дней, когда отметила появление желтухи, значительное увеличение живота в объеме, потемнение цвета мочи. Также беспокоила слабость, повышенная утомляемость, инверсия сна, в связи с чем пациентка обратилась в поликлинику по месту жительства и была направлена на госпитализацию с подозрением на механическую желтуху.

При осмотре состояние больной тяжелое. Положение активное. В сознании, ориентирована. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы, видимые слизистые оболочки интенсивно желтые, окрашены равномерно. Яркая желтушность склер. Гиперплазия околоушных слюнных желез. На коже груди, верхних отделов живота, рук – «сосудистые звездочки». Пальмарная эритема. Пастозность голеней и стоп. Число дыханий 14 в 1 мин. Число сердечных сокращений 80 в мин. АД 115/75 мм рт.ст. Перкуторные признаки асцита. Размеры печени по Курлову 20х12х8 см. Селезенка перкуторно 15х8 см,

В общем анализе крови: Hb 91 г/л, эритроциты $3,23x10^{12}$, цветовой показатель 0,84, лейкоциты 8,8 $x10^9$, формула не изменена, СОЭ 48 мм/ч, тромбоциты 160 $x10^9$

В биохимическом анализе крови**:** общий белок 65,5 г/л, АСТ 136 МЕ/л, АЛТ 90 МЕ/л, общий билирубин 593 мкмоль/л, прямой билирубин - 308 мкмоль/л, щелочная фосфатаза 194,7 ЕД/л, гамма-ГТП – 1073 Ед/л, общий холестерин 2,7 ммоль/л, альбумин 29,3 г/л.

RW, АТ к ВИЧ, HBsAg, HCV отрицательны.

ЭГДС: Варикозное расширение вен пищевода I ст.

Задача 7.

Больная Г., 71 года, госпитализирована в хирургическое отделение в связи с абсцессом левого бедра. Предъявляет жалобы на пульсирующую боль в области абсцесса, общую слабость, утомляемость, сухость и шелушение кожных покровов, легкое образование синяков на коже, боли в коленных суставах. Из анамнеза известно, что в течение нескольких лет в анализах крови выявляется лейкоцитоз.

При осмотре — состояние средней тяжести. Температура тела 37.5С. Больная нормостенического телосложения, рост 169 см, вес 60 кг. Кожные покровы бледные, сухие, с шелушением, единичные небольшие геморрагии, в области передней поверхности левого бедра инфильтрат с флюктуацией, кожа дряблая. При пальпации определяются подчелюстные лимфатические узлы, размером с горошину, эластической консистенции, безболезненные, не спаянные с окружающими тканями. Другие группы лимфатических узлов не пальпируются. При пальпации и поколачивании костей черепа, грудной клетки,

позвоночника, конечностей болезненности не отмечается. Коленные суставы отечны, кожа над ними гиперемирована, объем активных и пассивных движений ограничен. ЧД 18 в минуту, ЧСС 88, АД 130/80 мм.рт.ст. Печень пальпируется на 3 см ниже края правой реберной дуги, край печени плотный, ровный, гладкий, безболезненный. Селезенка выступает из-под реберного края на 7 см, плотная, безболезненная, поверхность гладкая. При перкуссии селезенки — длинник 22 см, поперечник 15 см.

Клинический анализ крови: Hb 82г/л, эритроциты 2,4 млн, ЦП 1,03, лейкоциты 28 тыс., промиелоциты 1%, миелоциты 2%, метамиелоциты 9%, палочкоядерные 13%, сегментоядерные 55%, эозинофилы 5%, базофилы 2%, лимфоциты 12%, моноциты 1%, тромбоциты 92 тыс., СОЭ 52 мм/ч.

Задача 8.

Больной П., 64 лет, вызвал бригаду скорой медицинской помощи в связи с жалобами на остро возникшие боли в правой голени и стопе, изменение цвета кожи - побледнение над местом болей, также пациента беспокоит сухость во рту, жажда, частое безболезненное обильное мочеиспускание.

Из анамнеза известно, что 20 лет страдает гипертонической болезнью. Около 10 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, по поводу которого принимает диабетон, но диету не соблюдает, систематически уровень гликемии не контролирует. Около 10 лет назад пациент впервые обратил внимание на появление давящих болей за грудиной, возникающих при физической нагрузке. В течение последних нескольких дней отмечает снижение чувствительности и похолодание правой стопы, усиление и учащение болей в икроножных мышцах, больше справа. В течение этого же времени обратил внимание на усиление полидипсии и полиурии, появление кожного зуда.

При осмотре в приемном отделении: Состояние больного тяжелое. Больной гиперстенического телосложения, повышенного питания. ЧД 18 в мин. ЧСС 95 в мин. АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

Status localis: Отмечается выраженная бледность кожи правой голени и стопы. При пальпации кожные покровы правой голени и стопы сухие, холодные. Пульсация на артериях тыла стопы, большеберцовых и подколенных артериях слева ослаблена, справа - не определяется. Трофических изменений на стопах и голенях нет.

Общий анализ мочи удельный вес – 1026, белок 0,03 г/л, эритроциты отсутствуют, лейкоциты отсутствуют, глюкоза ++++, кетоновые тела ++.

Задача 9.

Больная М. 60 лет, доставлена в клинику бригадой СМП с жалобой на резкую слабость головокружение, тяжесть в правом и левом подреберье, припухание в правой и левой подмышечных областях. Точную дату начала заболевания назвать не может, все начиналось постепенно, незаметно. Отчетливое ухудшение состояния около года. Припухание в подмышечных областях заметила около месяца назад. Причиной обращения к врачу стала резкая слабость.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 37,3С. Больная нормостенического телосложения, рост 170 см, вес 60 кг, Кожные покровы бледные, умеренно влажные, эластичность кожи снижена. Пальпируются безболезненные, не спаянные между собой и окружающими тканями шейные, паховые лимфатические узлы, размером с фасоль, подмышечные лимфоузлы увеличены до размеров грецкого ореха.

При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 20 в 1 минуту. Границы сердца не изменены. ЧСС 100 в минуту. АД130\80мм рт.ст. Живот, при пальпации мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. Печень пальпируется на 5 см. ниже края правой реберной дуги, край острый, плотный ровный, гладкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову:16х14х13 см. Селезенка выступает из подреберного края на 15 см.,

плотная, безболезненная.

Клинический анализ крови: Гемоглобин 80 г\л, эритроциты 2,4х10^{12}\л тромбоциты 90х10^{9}\л, лейкоциты 98х10^{9}\л, сигментоядерные 3%, лимфоциты 97%. В миелограмме лимфоциты 925, гранулоциты 5%, эритроциты 3%.

Задача 10.

Больной К., 17 лет, был госпитализирован в больницу с жалобами на сильную головную боль, лихорадку до 39, сыпь на коже стоп, груди и спины.

Со слов матери в течение года употребляет внутривенно героин.

При осмотре - состояние тяжелое. Астенического телосложения. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, мелкие геморрагические высыпания на груди, предплечьях, многочисленные следы внутривенных инъекций. На конъюктиве и переходной складке век определяются точечные кровоизлияния. Отмечается пульсация сонных артерий. Отеков нет.

При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание, хрипов нет. Грудная клетка в области сердца не изменена. ЧД 20 в минуту. При аускультации: тоны сердца ритмичные, справа от грудины во 2 межреберье выслушивается протодиастолический шум. АД 120/40 мм. рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 14-12-11 см. Селезенка пальпируется у края реберной дуги, болезненная, поверхность ровная, размеры 10 и 12 см.

В анализе крови гемоглобин 91 г/л, Эр 2.83, Л 12, п 6, с 80, л 11, м 3, СОЭ 52. Креатинин 100 г/л, фибриноген 11.52 г/л, сиаловая проба 320 Ед, формоловая проба -положительная, a_1-глобулины 9.4%.

При бактериологическом исследовании крови выделен зеленящий стрептококк.