



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г

Фонд оценочных средств для государственной итоговой аттестации	
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело
Квалификация	Врач-лечебник
Форма обучения	Очная

Составитель/и:

А.В. Павлов, д.м.н., профессор, декан лечебного факультета

Н.А. Афонина, к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом организации здравоохранения ФДПО

Е.В. Заикина, к.м.н., доцент кафедры поликлинической терапии, профилактической медицины и общей врачебной практики

Н.В. Добрынина, к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы

С.Н. Соколова, к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии

Н.Б. Репина, к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии

Рецензент/ы:

Е.В. Филиппов, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой поликлинической терапии, профилактической медицины и общей врачебной практики

А.В. Федосеев, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии

Фонд оценочных средств для государственного экзамена ежегодно утверждается Университетом в установленном порядке.

Оценочные средства для 1 этапа (тестирования) формируются с учетом требований к аккредитации специалистов, установленных законодательством Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

Второй этап (собеседование) проводится на основе решения ситуационных задач междисциплинарного (обобщенного) характера.

1. Перечень ситуационных задач по разделу «Акушерство»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

В родильный зал поступила первородящая Н., 29 лет в первом периоде родов, срок гестации 38 недель. Объективно: общее состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС 70 уд/мин. Матка овоидной формы, соответствует сроку гестации. Схватки через 3 минуты по 45 секунд хорошей силы, потуги через 1-2 минуты хорошей силы. Предполагаемая масса 4100 грамм. Размеры таза: 26-29-31-22 см. Сердцебиение плода ясное, ритмичное с частотой 132 уд/мин. Видимых отеков нет. Первый период родов без особенностей. Продолжительность первого периода 7 часов. Через 4 часа от поступления начались потуги через 2 минуты по 45-50 секунд хорошей силы. После рождения головки плода в течение минуты не произошло рождение плечиков. Головка плода плотно прижата подбородком к промежности родильницы, шея плода не доступна осмотру, головка плода несколько вдаётся в половую щель.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Патогенез развития осложнения.
3. План дальнейшего родоразрешения.
4. Этапы оказания помощи.
5. Опишите технику выполнения эпизиотомии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

Роженица И., 29 лет, поступила в родильный дом в 21 час 18 февраля. Из анамнеза: данная беременность вторая, первая закончилась срочными родами четыре года назад. Послеродовый период осложнился метроэндометритом. В течение последующих трех лет при регулярной половой жизни мер контрацепции не применяла, беременность не наступала.

Течение настоящей беременности осложнилось угрозы прерывания, по поводу чего трижды проводилось стационарное лечение.

Схватки начались 18 февраля в 3 часа, околоплодные воды излились в 18 часов того же дня. Объективно: роженица утомлена. Общее состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС – 78 уд/мин, температура – 36,0°С. Размеры таза – 25-27-32-20 см, окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 34 см. Родовая деятельность – регулярные схватки по 30-40 секунд через 3-4 минуты, с переходом в потуги, слабые. Положение плода продольное, предлежит головка, в полости малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное с частотой 140 уд/мин. Влагалищное исследование: шейка матки не определяется, плодного пузыря нет, головка плода – в узкой части полости малого таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди, на головке

небольшая родовая опухоль. Поступательного движения головки во время потуги не наблюдается.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Вероятные причины осложнения.
3. Начертите и оцените данные партограммы.
4. Тактика на данном этапе родового процесса.
5. Что делать при отсутствии эффекта от консервативного ведения родов?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

Первобеременная Л., 20 лет, доставлена машиной скорой помощи в родильный дом в тяжелом состоянии после судорожного припадка, произошедшего дома час назад. Врачом скорой помощи внутримышечно введены 2 мл 2% раствора промедола, 2 мл 1% раствора димедрола. По данным индивидуальной карты беременной срок беременности 37-38 недель. Врача женской консультации посещала нерегулярно, последний раз на приеме была 4 недели назад.

Объективно: общее состояние тяжелое, беременная в сознании, жалуется на головную боль, тошноту. О произошедшем припадке судорог беременная не помнит. Лицо одутловатое, на ногах и передней брюшной стенке выраженные отеки. АД 160/100 мм рт. ст. и 155/100 мм рт. ст. Родовой деятельности нет. Матка овоидной формы, соответствует гестационному сроку, в нормотонусе, безболезненная при пальпации. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное с частотой 140 уд/мин.

Влагалищное исследование: шейка матки плотная, отклонена кзади, длина влагалищной части 3 см, наружный маточный зев замкнут. Через своды пальпируется головка, над входом в малый таз. Выделения из половых путей светлые, слизистые, скудные. Лабораторно (cito): в общем анализе крови эритроциты $4,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 130 г/л, лейкоциты $12,2 \times 10^9 /л$; в общем анализе мочи лейкоциты 5-6 в поле зрения, эритроциты 1-2 в поле зрения, белок 1,3 г/л.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Последовательность мероприятий по неотложной помощи.
3. Необходимый объем дополнительных обследований.
4. Оцените биологическую готовность к родам.
5. Определите метод родоразрешения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4

Больная С., 40 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на резкие боли внизу живота, чувство жара, озноб, слабость. Наследственность не отягощена. Менструации с 14 лет, установились сразу (по 3-4 дня, цикл 28 дней), регулярные, безболезненные. Последняя менструация закончилась неделю назад. Половая жизнь с 20 лет. Было 4 беременности, одна из них закончилась срочными родами, 3 – искусственными абортами. Последний аборт 4 года назад, осложнился острым воспалением придатков матки, по поводу

чего больная лечилась в стационаре. После этого неоднократно возникало обострение воспалительного процесса. Периодически беспокоили бели гнойного характера, в связи с чем проводилась санация влагалища. Объективное обследование: состояние больной при поступлении средней степени тяжести. Пульс 112 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД 120/80 мм рт. ст., температура тела 38,8°C. Кожные покровы несколько бледные, слизистые розового цвета. Язык сухой, обложен белым налетом. Тоны сердца ясные, ритмичные. В легких прослушивается везикулярное дыхание. Живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации болезненный во всех отделах. Отмечается напряжение прямых мышц живота и признаки раздражения брюшины. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул в норме, мочеиспускание свободное. Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки цилиндрической формы, чистая, зев закрыт. При смещении шейки матки отмечается болезненность. Во влагалище небольшое количество гнойных выделений. Матка несколько увеличена, болезненна при пальпации. Справа и слева в области придатков определяются опухолевидные образования, без четких границ, тугоэластичной консистенции, интимно спаянные с маткой, неподвижные, резко болезненные при пальпации.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5

Больная В. 25 лет, обратилась в женскую консультацию за направлением для искусственного прерывания беременности. Жалоб не предъявляла. Наследственность не отягощена. Менструации с 14 лет, установились сразу (по 4-5 дней, цикл 28 дней), безболезненные, умеренные. Последняя менструация была 2 месяца назад. Половая жизнь с 20 лет. Было 2 беременности: первая закончилась нормальными срочными родами (масса ребенка 3500 граммов), вторая – искусственным абортом (срок 10 недель). После аборта в течение 3 дней держалась температура 37,5°C, болел низ живота. По поводу эндометрита больная получила курс антибактериальной терапии, внутримышечные инъекции окситоцина. Была выписана на 10 день после операции. Другие перенесенные гинекологические болезни отрицает. Объективное исследование: состояние больной при поступлении удовлетворительное. Пульс 72 удара в минуту, ритмичный. АД – 100/70 мм рт. ст., t 36,7°C. Больная правильного телосложения, умеренного питания. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Со стороны органов и систем патологии не выявлено. Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Влагалище – рожавшей женщины. Шейка матки – чистая, цианотичная, цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка расположена правильно, мягковатой консистенции, подвижная, безболезненная, увеличена до 8-9 недель беременности. Придатки матки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Выделения слизистые.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Программа обследования женщины перед направлением на медицинский аборт.
3. Возможные осложнения во время и после медицинского аборта.
4. Рекомендации врача по ведению женщины.
5. Какие методы контрацепции можете порекомендовать для данной пациентки после медицинского аборта.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6

Роженица К, 22 лет, доставлена 5 марта бригадой скорой помощи из дома по поводу начавшейся родовой деятельности. Жалобы на головную боль. Вызван анестезиолог, на каталке переведена в родовое отделение.

Из анамнеза. Росла и развивалась соответственно возрасту. Хронические заболевания отрицает. Менструации с 12 лет, по 4 дня, через 30 дней, выделения умеренные. Последняя менструация 26-30 мая. Настоящая беременность первая. Наблюдалась в женской консультации, беременность осложнилась отеками, чрезмерной прибавкой веса, по поводу чего проводилось стационарное лечение. Получив дородовой отпуск, женщина уехала в деревню. С началом родовой деятельности вернулась домой. Три дня назад почувствовала недомогание, появилась головная боль, была однократная рвота. Регулярная родовая деятельность в течение 4 часов. Status praesens. Общее состояние тяжёлое. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, сухие. Температура тела 37.2 С. Пульс 86 в мин. АД 160/130-150/120 мм.рт.ст. Выраженные отёки лица, голени, передней брюшной стенки. Status obstetricus. Размеры таза: 26-29-31-20 см. Живот увеличен в объёме за счет беременной матки. ОЖ 105 см. ВДМ 39 см. Схватки по 20 сек. Через 3 мин. Регулярные, слабые. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. С/б плода ритмичное, глухое, 120 уд/мин, выслушивается ниже пупка, слева.

Влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободное. Шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4см. Плодный пузырь цел. Выполнена амниотомия. Излилось около 100 мл зеленых околоплодных вод. Предлежит головка, в плоскости входа в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева, спереди. Мыс не достигается. При проведении влагалищного исследования появились мелкие фибриллярные подёргивания мышц лица. Затем начались судорожные подёргивания верхних конечностей, тело беременной вытянулось, позвоночный столб изогнулся, челюсти плотно сжались, дыхание прекратилось. Тонические сокращения всей скелетной мускулатуры с потерей сознания, апноэ, прикусом языка и расширением зрачков (продолжительностью до 30 сек.). Вслед за этим последовали клонические судороги с распространением на нижние конечности, появился выраженный цианоз, набухание яремных вен. Затем судороги стали реже и наконец, прекратились, был глубокий шумный вдох, на губах выступила пена, окрашенная кровью. Дыхание восстановилось, стало глубоким, беременная не приходила в сознание (кома). Приступ длился 15 мин.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7

Беременная Т, 30 лет доставлена в роддом 17 июля в экстренном порядке машиной скорой помощи на носилках по поводу преэклампсии.

Жалобы: на головную боль, шум в ушах, слабость, рвоту.

Из анамнеза. Половая жизнь с 29 лет. Менструальная функция не нарушена. Беременность первая. Последняя менструация 20 января. Стоит на учете в женской консультации с десяти недель беременности, наблюдалась регулярно. Беременность осложнилась рвотой беременных легкой степени тяжести. Лечилась амбулаторно. В сроке 13-14 недель наблюдалось повышение АД до 160/90 мм рт.ст., головные боли, носовые кровотечения. По этому поводу лечилась в терапевтическом отделении в течение 3 недель. Выписана в удовлетворительном состоянии с заключительным диагнозом гипертоническая болезнь III стадии. В сроке 20-22 недели вновь появились головные боли. С 24-25 недель диагностирована умеренная преэклампсия, от стац. лечения отказалась. В течение месяца не обследовалась, не лечилась, женскую консультацию не посещала. 17 июля состояние ухудшилось, усилились головные боли (больше в височных областях), слабость, была рвота.

Вызвала скорую медицинскую помощь, на носилках транспортирована в стационар III уровня. Наследственность отягощена гипертонической болезнью у отца. Аллергологический анамнез не отягощен.

Status praesens. Состояние тяжёлое. Кожные покровы бледные. Отёки голеней, передней брюшной стенки. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент 2 тона на аорте. АД 180/110 – 170/100 мм рт.ст.

Status obstetricus. Размеры таза: 26-28-31-21 см. Матка в повышенном тонусе. В дне матки – определяется головка плода. ВДМ 35 см, ОЖ 100 см. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец над входом в м/таз, I позиция, передний вид. С/б плода приглушено, ритмичное 156 уд/мин слева выше пупка.

Влагалищное исследование. Шейка матки цилиндрической формы, чистая, цианотична. Наружный зев округлой формы. Шейка матки укорочена до двух см, размягчена не полностью, расположено по проводной оси таза. Цервикальный канал проходим для пальца. Предлежит тазовый конец, над плоскостью входа в малый таз. Мыс не достижим. Плодный пузырь цел.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план первой помощи.
4. Тактика ведения.
5. Ошибки в ведении беременной.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №8

Беременная Ч, 28 лет, доставлена машиной скорой помощи в отделение патологии беременности в сроке беременности 28 недель.

Жалобы на боли в поясничной области справа, слабость.

Из анамнеза. Беременность вторая. Первая закончилась самопроизвольно выкидышем в сроке 16 недель, 2 года назад. По поводу настоящей беременности наблюдается в женской консультации с 7-8 недель, регулярно. Беременность осложнилась в 9-10 недель рвотой беременной лёгкой степени, лечилась амбулаторно, эффект положительный, в 23 -24 недели – ложными схватками до 37 недель. От стационарного лечения отказалась. Наследственность и аллергологический анамнез не отягощены. Отмечает частые простудные заболевания, хронический пиелонефрит.

Status praesens. Общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. Температура тела 38*С. Отёки голеней. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД 130/80 и 120/80 мм.рт.ст., пульс 104 в минуту. Симптом «поколачивания» положительный справа, мочеиспускание учащено. Стул регулярный.

Status obstetricus. Размеры таза 26-28-30-20 см. ОЖ 86 см. ВДМ 26 см. матка в нормотонусе. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. С/б плода ясное, ритмичное 142 уд/мин.

Влагалищное исследование. Наружные половые органы сформированы правильно, шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный, выделения светлые, умеренные. Шейка матки длиной 3 см. плотная, отклонён кзади. Наружный зев пропускает кончик пальца. Через своды, предлежит головка, над плоскостью входа в малый таз.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Какими лабораторными методами исследования может быть подтвержден пиелонефрит?
4. Составьте план лечения пиелонефрита у данной беременной.
5. Почему у беременных женщин чаще развивается правосторонний пиелонефрит?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9

Роженица С. 33 лет, поступила 1 июня в роддом в связи с началом родовой деятельности, излитием околоплодных вод.

Из анамнеза. Последняя менструация 22-25 августа, беременность третья, первые роды преждевременные, вторые роды были затяжными, ребёнок умер на вторые сутки. Настоящая беременность протекала без осложнений.

Через 12 часов от поступления появились жалобы на частые, болезненные схватки, затруднённое мочеиспускание, женщина кричит, мечется в кровати.

Общее состояние удовлетворительное. Отёков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс 100 в мин., АД 130/80 и 130/80 мм. рт. ст. Схватки через 1-2 минуты по 70-80 секунд. ОЖ 100 см. ВДМ 41 см. Матка в форме песочных часов, контрационное кольцо во время потуг на уровне пупка. Матка в гипертонусе, вне схватки не расслабляется, резко болезненная при пальпации. Положение плода продольное, предлежащая часть плода не определяется из-за напряжения и болезненности матки, пальпация нижнего сегмента очень болезненная. Размеры таза: 25-26-29-18 см. Индекс Соловьёва 15 см. Признаки Вастена и Цангемейстера положительные. С/б плода ритмичное, приглушено 110 уд/мин. Предполагаемый вес плода 4100. Кардиотокограмма: оценка по Фишеру 4 балла.

Влагалищное исследование: открытие шейки матки полное, края её отёчны. Головка плода в плоскости входа в м/таз. На головке большая родовая опухоль. Диагональная конъюгата 12 см. Моча выведена катетером, окрашена кровью.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Обоснуйте тактику ведения данного случая.
4. Каков объём операции при совершившемся разрыве матки?
5. Как контролировать ведение родов через естественный родовой путь у женщины с рубцом на матке?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10

Роженица Т, 32 лет, доставлена 5 декабря в 10 час. 30 мин вертолётном в ЦРБ из таёжного посёлка. Жалобы на схваткообразные боли в животе, боли в области послеоперационного рубца, появившиеся 1 час назад, отсутствие шевеления плода.

Из анамнеза. Последняя менструация 27-30 марта. Беременность третья, первая закончилась срочными родами через естественный родовой путь живым ребёнком. Вторая, шесть лет назад, преждевременными родами путём операции кесарево сечение по поводу предлежания плаценты, послеоперационный период осложнился метроэндометритом, получала лечение

в стационаре. Общее состояние тяжёлое, сознание спутанное. Кожные покровы бледные, пульс 130 уд/мин, АД 70/0 и 70/10 мм.рт. ст.

Акушерский статус. Живот имеет неправильную форму, болезненный при пальпации. Через переднюю брюшную стенку пальпируются мелкие части плода, с/б плода не выслушивается. Контур матки отсутствуют, схваток нет, из полового пути умеренные кровянистые выделения. Общий анализ крови: эритроциты $1,5 \cdot 10^{12}/л$, Нв-62г/л, Нт-23%.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план ведения данной роженицы.
4. Особенности ведения беременности при рубце на матке.
5. Каков объем операции при свершившемся разрыве матки.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11

Беременная П. 35 лет, поступила в роддом по направлению женской консультации для родоразрешения. Жалобы на урежение шевелений плода в последние 2-3 дня.

Из анамнеза. Менструации с 16 лет, нерегулярные, болезненные, скудные. Последняя менструация 25-29 сентября прошлого года. Половая жизнь с 24 лет, брак первый, муж здоров. Предохранялась ритм-методом. Беременность первая, желанная. В женской консультации наблюдается с 6 недель, регулярно. Проводилось УЗИ: беременность 6-7 недель. Первая половина беременности осложнилась рвотой беременных, проведено стационарное лечение, эффект положительный. Первое шевеление плода ощутила в феврале. Состояние удовлетворительное, кожа и слизистые чистые. Температура тела $36,6^{\circ}C$. Пульс 76 в минуту, АД 110/70 110/70 мм.рт.ст. на обеих руках. Со стороны внутренних органов без патологии. Масса 53 кг. Отёков нет.

Акушерский статус. ОЖ 90 см, ВДМ 37 см. Размеры таза: 25-27-30-20 см. Матка при пальпации в нормальном тоне. Длина плода в матке при измерении тазомером 30 см. Предлежит головка над входом в малый таз, лобно-затылочный размер головки 12 см. Вторая позиция, передний вид. С/б плода справа ниже пупка приглушено, ритмичное, 125 уд/мин.

Влагалищное исследование. При осмотре наружные половые органы сформированы правильно. Влагалище не рожавшей. Шейка матки конической формы, чистая. Зев округлый. Шейка матки длиной 3 см, плотная, отклонена кзади, наружный зев пропускает кончик пальца. Через своды высоко определяется головка плода. Мыс недостижим.

Дополнительные методы обследования. УЗИ: масса плода 3100-3300г. Плацента по задней стенке. Допплерометрия: нарушение маточно-плацентарного кровотока, нарушение плодово-плацентарного кровотока достигающее критических значений (реверсивный диастолический кровоток).

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Тактика врача

4. Через 6 часов после введения пропидил-геля (0,5 мг динопростона) излились мутные, мекониальные околоплодные воды до 100 мл. Проведена КТГ: патологический тип. Действия врача?
5. Ошибки ведения беременной в акушерском стационаре

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12

Роженица У., 28 лет, поступила в роддом в экстренном порядке. Доставлена бригадой скорой помощи по поводу начавшейся родовой деятельности и появившихся кровянистых выделений из полового пути.

Из анамнеза. Менструации с 12 лет, по 6 дней, через 32 дня, умеренные, регулярные, незначительно болезненные. Беременность 8-я. Первая – 7 лет назад, протекала без осложнений, роды срочные, живым плодом мужского пола весом 3400г. Вторая – 6 лет назад, прерывание беременности в сроке 25 недель, по социальным показаниям: муж был осужден на 3 года лишения свободы. Проведено выскабливание полости матки, послеабортный период осложнился острым метрэндометритом, проводилось стационарное лечение. Медаборты – 5. Последняя менструация – 5-14 августа, первое шевеление плода 12 декабря, в ЖК не наблюдалась.

Общий статус. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. АД 105/65 и 100/60 мм рт. ст. Пульс 88 уд/мин.

Акушерский статус. ОЖ 84 см, ВДМ 31 см. Размеры таза: 26-28-30-20 см. Положение плода продольное, предлежит головка высоко над входом в малый таз, вторая позиция, передний вид, С/б плода ясное, ритмичное 128 уд/мин. Схватки по 60 сек, через 2-3 мин. Из полового пути кровянистые выделения, обильные. Кровопотеря 500 мл.

Влагалищное исследование. Наружные половые органы сформированы правильно, шейка матки чистая, из цервикального канала обильные, алые, кровянистые выделения. Шейка матки отклонена кзади, укорочена до 1,5 см, наружный зев закрыт.

УЗИ: плацента по передней стенке матки, полностью перекрывает внутренний зев, толщина 33 мм.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какую тактику вы выбираете в данном случае?
4. В чем заключается предоперационная подготовка?
5. Диспансерное наблюдение после кесарева сечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13

Роженица Ю, 26 лет, поступила в роддом в 14 часов. Срок беременности 39 недель. Жалобы на схваткообразные боли в животе в течение 6 часов, слабость, отеки верхних и нижних конечностей.

Из анамнеза: беременность I, наблюдалась в женской консультации совместно с эндокринологом с 7-8 недель регулярно.

Беременность осложнилась угрожающим выкидышем в 16 недель беременности. Лечилась стационарно, эффект положительный. С 24 недель вызванная беременностью гипертензия, дважды лечилась в стационаре. Выписана в сроке 32 недели. С 26 недель – анемия беременных, получала антианемическую терапию – сорбифер по 1тх2р/д.

Страдает гипотиреозом с 22 лет. В течение 4 лет лечилась по поводу бесплодия, получает L-тироксин по 1т в день в течение всей беременности по назначению эндокринолога.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Масса тела 95 кг. кожные покровы бледные, сухие. Отеки нижних конечностей, передней брюшной стенки. Речь и движения замедленны. Тоны сердца приглушенны, ритмичные. АД 150/90, 140/90 мм.рт.ст. Ps-62 уд/мин. Стул нерегулярный, склонный к запорам.

Акушерский статус: размеры таза 26-29-31-21 см. Матка возбудима, расслабляется полностью. Положение плода продольное, предлежит головка прижата ко входу в малый таз. I позиция передний вид. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд/мин. ОЖ-108см, ВДМ-40см. Схватки через 4-5 минут по 15-20 секунд. Анализ мочи по cito – белок -3,4 г/л.

Проведено влагалищное исследование в 15:00: наружные половые органы сформированы правильно. Шейка матки укорочена до 1,5 см, размягчена, по проводной оси таз, цервикальный канал пропускает 1 п/п. Мыс недостижим.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Ведение данной роженицы при поступлении. Правильно ли выбрана тактика?
4. Дальнейшая тактика ведения данной женщины.
5. Течение родов и послеродового периода у женщин с гипотиреозом.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14

В роддом бригадой скорой помощи в экстренном порядке, 11 апреля доставлена роженица Т, 22 лет.

Жалобы на головную боль, боли в эпигастрии, за последний час дважды была рвота. Со слов женщины родовая деятельность в течение 8 часов, 6 часов назад отошли воды зеленого цвета в небольшом количестве.

Из анамнеза: настоящая беременность III. Первая беременность -3 года назад, осложнилась тяжелой преэклампсией, по поводу чего в 36-37 недель были проведены индуцированные роды, родился живой доношенный плод женского пола весом 2600гр, длиной 43 см. Вторая беременность – 2 года назад, закончилась медицинский абортom в 6-7 недель, по желанию женщины, без осложнений. Последняя менструация 14-18 июля. Данная беременность желанная, в браке, на учете в женской консультации с 6-7 недель.

С 26 недель чрезмерная прибавка массы тела, вызванная беременностью гипертензия. В 28, 32, 36 недель женщину направляли на стационарное лечение, от которого она отказалась. Затем в течение 2х недель на прием не приходила.

Состояние: средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. ЧДД 20 в минуту, АД 150/100, 160/110 мм.рт.ст., Ps – 99 уд/мин. Отеки голеней и передней брюшной стенки.

Акушерский статус: размеры таза 27-29-31-21. Матка овоидной формы. Положение плода продольное. I позиция, передний вид. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 168 уд/мин. Схватки через 1-2 минуты по 30-40 секунд. В анализе мочи белок – 3,12 г/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. В данной акушерской ситуации необходимо вызвать анестезиолога. С какой целью?
4. Тактика ведения данной женщины в сложившейся акушерской ситуации
5. Ведение 3 периода родов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15

Беременная П, 18 лет, поступила в род дом 16 марта в 8 часов 10 минут на машине скорой медицинской помощи в экстренном порядке. Жалобы на резкие боли внизу живота, слабость в течение последнего часа.

Из анамнеза: менструация с 13 лет по 5 дней через 30 дней регулярные, умеренный, половая жизнь с 17 лет. Последняя менструация 12-17 июля, беременность I, в 30 недель находилась на стационарном лечении в ОПБ беременности по поводу умеренной преэклампсии. 2 недели назад самовольно ушла из стационара, не наблюдалась. Общее состояние: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, отеки голеней. Вес 75 кг, рост 155 см. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 90/50, 90/50 мм.рт.ст. Ps-120уд/мин.

Акушерский статус: живот увеличен за счет беременной матки. ОЖ-82см, ВДМ-36см. Матка овоидной формы, в гипертонусе, не расслабляется. Положение плода продольное, предлежащая часть плода не определяется из-за гипертонуса матки, сердцебиение плода приглушенное, ритмичное – 170 уд/мин

Влагалищное исследование: шейка матки отклонена кзади, чистая, выделения кровянистые. Шейка матки сформирована, длиной 3 см, цервикальный канал пропускает 1 палец. Предлежит головка над входом в малый таз. Плодный пузырь цел. Выделения из половых путей кровянистые, скудные

УЗИ: плацента по задней стенке матки, край плаценты на 7 см выше внутреннего зева, ретроплацентарная гематома 3х3см., предполагаемый вес плода 2200-2400г.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Тактика ведения данной женщины в сложившейся акушерской ситуации
4. Лабораторное исследование перед операцией.
5. Окончательный диагноз, подтвержденный оперативно.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16

Беременная 25 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на чувство тяжести в низу живота. Беременность третья, первая беременность закончилась медицинским абортom в сроке 11- 12 недель, вторая беременность год назад – самопроизвольным выкидышем в 21 неделю беременности с выскабливанием полости матки, выкидыш начался с излития околоплодных вод. Последняя менструация четыре месяца назад. Объективно: общее состояние удовлетворительное. АД - 115/70 мм рт. ст, пульс 80 ударов в минуту. Живот увеличен за счет беременной матки, матка при пальпации приходит в повышенный тонус. Влагалищное исследование: влагалище и своды свободные. Шейка матки цилиндрической формы, длиной 1,5 – 2 см, цервикальный канал свободно проходим для пальца (1,5см). Плодный пузырь цел. Выделения слизистые. Тело матки увеличено до 16 недель

беременности, в правильном положении, в повышенном тоне, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются, безболезненные. Выделения из влагалища слизистые.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Причины развившейся патологии.
3. Программа обследования.
4. Лечение.
5. Назовите противопоказания для постановки акушерского пессария.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №17

Больная Н., 60 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на периодически появляющиеся кровянистые выделения из влагалища. Менопауза последние десять лет. Соматические заболевания — гипертоническая болезнь, ожирение второй степени. Влагалищное исследование: влагалище свободное, своды глубокие. Шейка матки цилиндрическая, обычной консистенции, на зеркалах чистая, из цервикального канала выделения темно-красного цвета в небольшом количестве. Тело матки несколько увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. В области придатков матки инфильтратов не определяется.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.
2. Как подтвердить диагноз?
3. Какие дополнительные методы необходимо провести для уточнения распространения процесса?
4. Какое лечение следует провести больной?
5. Каков прогноз для данной пациентки?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18

Больная К., 19 лет, доставлена в гинекологическое отделение в связи с кровотечением из половых путей. Считала себя беременной. На учете по беременности не состояла. Беременность не желанная. Два дня назад начались ноющие боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей. Через сутки произошел самопроизвольный аборт, кровотечение было умеренным, за помощью не обращалась. К вечеру того же дня появилась температура до 38С, был однократно озноб. Соматически здорова, менструальная функция не нарушена. Последняя менструация 3 месяца назад. Половая жизнь с 16 лет, беременность первая, вне брака. Гинекологические заболевания отрицает. Объективно: Состояние средней степени тяжести, обусловлено интоксикационным синдромом. Кожные покровы и видимые слизистые бледноватые, чистые. Температура 37,8°С. Пульс — 96 ударов в минуту. АД — 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Перкуторно в брюшной полости свободная жидкость не определяется. Гинекологический статус: Влагалище нерожавшей. Шейка матки чистая, цервикальный канал свободно пропускает палец. Тело матки увеличено до десяти недель беременности, мягкое, болезненное при пальпации. Своды влагалища свободные, придатки не пальпируются. Выделения кровянистые, незначительные.

Вопросы:

1. Клинический диагноз.
2. Объем неотложной помощи.
3. Назовите критерии положительной динамики от проводимой консервативной терапии при криминальном инфицированном вмешательстве.
4. Порядок проведения лечебных мероприятий.
5. Какие осложнения можно ожидать.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №19

Беременная З., 22-х лет, поступила в отделение патологии беременности с угрозой позднего самопроизвольного аборта в сроке 21-22 недели. Жалуется на постоянную боль внизу живота, больше справа, тошноту. Из анамнеза выяснено, что заболела накануне вечером, когда появилась боль в эпигастральной области, тошнота, однократная рвота. Приняла 2 таблетки но-шпы, уснула. Утром боль возобновилась, начала нарастать, больше справа в нижних отделах живота, появилась тошнота, рвота. Больная вызвала скорую помощь. Беременность первая, протекала без осложнений. Соматические заболевания отрицает. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые нормальной окраски, язык сухой, обложен сероватым налетом. Температура тела 37,60С, пульс 100 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. При пальпации живота определяется умеренное напряжение мышц живота, болезненность при пальпации в правой подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный, боль усиливается в положении на правом боку. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Матка в нормотонусе, легко возбудима. Дно матки на 2 пальца ниже пупка. Части плода не пальпируются, сердцебиение плода выслушивается. Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки цилиндрической формы, зев закрыт, своды свободные, над входом в малый таз определяется головка. Выделения светлые.

Вопросы:

1. Выделите синдромы.
2. Диагноз и его обоснование.
3. Предположительная стадия процесса, исходя из его давности.
4. Врачебная тактика. Тактика в отношении беременности во время оперативного вмешательства.
5. Особенности ведения в послеоперационном периоде.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №20

Роженица А., 26 лет, поступила в клинику через 8 часов от начала срочных родов. Настоящая беременность первая. Во время данной беременности врача не посещала, самочувствие не страдало. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура нормальная, АД 120/60 мм рт. ст. Отеков нет. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Положение плода продольное, головка в полости малого таза. Сердцебиение плода приглушенное,

ритмичное с частотой 140 уд/мин. В приемном отделении излились околоплодные воды желтого цвета в умеренном количестве.

Влагалищное исследование: наружные половые органы сформированы правильно, шейка не определяется, открытие полное. Головка находится в узкой части полости малого таза, стреловидный шов в прямом размере таза, малый родничок слева спереди. Полость таза без деформаций. Через 20 минут родилась девочка массой 3200 г, закричала сразу, но ребенок вялый, кожа бледная с желтоватым оттенком, отеков нет. Живот мягкий, пальпируется увеличенная печень и селезенка, асцит перкуторно нет. Послеродовый период у женщины протекал без осложнений. Масса плаценты 900 г. Проведенные исследования крови матери показали, что у матери А (II) резус-отрицательная группа крови, имеются резус-антитела в титре 1:32. У ребенка А (II) резус-положительная группа крови. В крови, взятой из пуповины, содержание билирубина 90 ммоль/л, гемоглобин 110 г/л, количество эритроцитов $2,0 \times 10^{12}/л$.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Какая патология новорожденного имеет место?
3. Клинические и лабораторные признаки, подтверждающие данную патологию.
4. Механизм развития гепатоспленомегалии.
5. О чем свидетельствует характер излившихся околоплодных вод?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №21

Беременная С., 28 лет, доставлена в роддом машиной скорой помощи в 2 часа ночи с жалобами на кровотечение из влагалища, слабость. Данная беременность пятая, желанная. В анамнезе одни срочные нормальные роды. Затем три медицинских аборта, последний осложнился эндометритом на фоне остатков плодного яйца. С данной беременностью при сроке 6-7 недель в связи с мажущими кровянистыми выделениями проходила лечение в гинекологическом отделении, которое покинула самовольно из-за семейных обстоятельств. В дальнейшем периодически отмечала скудные кровяные выделения из влагалища, однако не придавала им значения, врачу женской консультации об этом не говорила.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы умеренно бледные, чистые, пульс 92 уд/мин, удовлетворительного наполнения, АД 100/60 мм рт. ст. на обеих руках. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный, перитонеальных симптомов нет. Матка овоидной формы с четкими контурами, безболезненная, в нормальном тоне, соответствует 31 недели беременности. Родовой деятельности нет. Положение плода косое, сердцебиение приглушенное, ритмичное, 140 уд/мин. В гипогастриальной области выслушивается дующий шум, совпадающий с пульсом матери. На подкладной пятно алой крови до 10 см в диаметре.

Вопросы:

1. Выделите синдромы.
2. Диагноз и его обоснование.
3. Назовите все возможные причины вагинального кровотечения у беременной.
4. Последовательность мероприятий при оказании неотложной помощи. Каковы ожидаемые результаты при обследовании?

5. Оцените прогноз для матери и плода.
6. Возможные варианты акушерской тактики при данной патологии. От каких моментов она будет зависеть?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №22

В приемное отделение обратилась пациентка В., 19 лет, с жалобами на задержку менструации в течение 5 недель, тошноту, рвоту до 11 раз в сутки, не связанную с приемом пищи, слабость. Считает себя беременной. Из анамнеза выяснено: менархе в 14 лет, менструальный цикл 28 дней, регулярный, менструации по 5 дней, умеренные, безболезненные. Начало половой жизни в 17 лет, в браке. От беременности не предохранялась, беременность первая, желанная. На 2 неделе задержки менструации проведен тест на ХГ – положительный, примерно в это же время появилась тошнота; с 3 недели задержки менструации беспокоит рвота до 5-6 раз в сутки, по поводу чего лечилась амбулаторно в дневном стационаре. Последние два дня беспокоит рвота до 11 раз в сутки, не зависимо от приема пищи. Вес до беременности 70 кг. Объективно: общее состояние ближе к удовлетворительному, умеренного питания, рост 167 см, вес 67 кг, положение активное. Кожные покровы с иктеричным оттенком, видимые слизистые сухие. Температура тела 37,40С; ЧД 21 в мин, пульс 92 уд в мин, АД 110/80 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный, перитонеальных симптомов нет. Печень не увеличена, безболезненная. Отмечает снижение количества мочи за сутки, моча концентрированная. Гинекологическое исследование: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу. Влагалище свободное, слизистая не изменена, шейка матки цианотичная, конической формы, наружный зев точечный. Матка отклонена кпереди, шаровидной формы, мягкая, размером, соответствующим 8-9 неделям беременности, безболезненная, подвижная. Придатки матки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная. Своды свободные, безболезненные. Выделения из половых путей слизистые, без запаха.

Вопросы:

1. Выделите синдромы.
2. Диагноз и его обоснование.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное осложнение?
4. Объем обследования пациентки.
5. Лечебная тактика. Показания к прерыванию беременности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №23

В приемное отделение «скорой помощи» из дома доставлена повторнородящая О., 26 лет, с регулярной родовой деятельностью в течение 3-х часов. Во время транспортировки в приемное отделение у роженицы отошли воды. Жалуется на схваткообразные боли внизу живота. Из анамнеза выявлено, что данная беременность 3, первая беременность 5 лет назад закончилась медицинским абортom, без осложнений; вторая – родами. Данная беременность желанная, женскую консультацию посещала регулярно. Течение беременности осложнилось угрозой прерывания в раннем сроке.

Объективно: рост 165 см, вес 76 кг. Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы телесные, отеков нет. АД 120/80 мм рт. ст., пульс 80 уд/мин. Матка соответствует доношенной беременности, высота стояния дна матки 38 см, окружность живота 104 см.

Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Размеры таза 23-26-28-18 см. Родовая деятельность: схватки через 4 минуты по 30 секунд, умеренные, малоболезненные. ЧСС плода 100 уд/мин, сердцебиение приглушенное, ритмичное.

Влагалищное исследование: влагалище свободное. Шейка матки сглажена, открытие 8 см. Плодный пузырь отсутствует, во влагалище петли пульсирующей пуповины. Головка в плоскости входа в малый таз, малый родничок слева у лона, стреловидный шов в правом косом размере. Диагональная конъюгата 12 см. Подтекают светлые околоплодные воды.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Прогноз для матери и плода, предположительная масса плода.
3. План ведения родов
4. Лечебная тактика.
5. Возможные последствия для плода перенесенной в родах гипоксии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24

Роженица У., 32-х лет, доставлена в родильный дом с бурной родовой деятельностью, начавшейся 3 часа назад. Воды излились одновременно с началом схваток. Беременность доношенная.

Из анамнеза установлено, что данная беременность восьмая. В анамнезе 5 медицинских аборт, трое родов. Все новорожденные массой более 4000 гр. Последние роды были затяжными, продолжались на фоне родостимуляции около суток. Послеродовый период осложнился послеродовым эндометритом.

Объективно: роженица беспокойна, мечется, жалуется на резкие боли внизу живота во время и вне схватки. АД 130/80 мм рт. ст, пульс 100 уд/мин, ритмичный. Размеры таза 25-28-32-20 см. Дно матки у мечевидного отростка, матка имеет форму песочных часов, в гипертонусе, почти не расслабляется, умеренно болезненная при пальпации. Потуги частые, интенсивные. Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в малый таз. Симптом Вастена положительный. Сердцебиение плода глухое, ритмичное с частотой 150 уд/мин.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, края отечные, открытие зева 7 см. Плодного пузыря нет. Головка над входом в малый таз, на головке выраженная родовая опухоль. Емкость таза удовлетворительная, диагональная конъюгата 13 см., подтекают зеленые околоплодные воды.

Вопросы:

1. Диагноз
2. Обоснование диагноза.
3. Причина возникшего осложнения.
4. Какие дополнительные симптомы, подтверждающие диагноз, можно определить и чем обусловлено их появление?
5. Последовательность и характер неотложной помощи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №25

Беременная Д., поступила в акушерскую клинику 17 октября с родовой деятельностью, начавшейся 4 часа назад. Из анамнеза: беременность первая, наступила на первом году половой жизни. Женскую консультацию посещала регулярно, осложнений в течение беременности не было. Менструальная функция не нарушена, последняя менструация 10 января, первое шевеление плода ощутила 30 мая. Соматическую патологию отрицает.

Объективно: правильного телосложения, нормостеник. Рост 163 см, масса тела 72 кг. ВДМ 35 см, ОЖ 96 см. Матка овоидной формы. Положение плода продольное, предлежит головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода, ясное, ритмичное с частотой 140 уд/мин. Родовая деятельность регулярная, схватки через 3 минуты по 35-40 секунд, средней интенсивности. Воды не изливались.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4 см. Плодный пузырь цел, хорошо наливается во время схватки. Головка в плоскости входа в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок определяется слева у лона. Мыс не достигается. Выделения из половых путей слизистые, светлые.

Вопросы:

1. Диагноз
2. Обоснование диагноза.
3. Факторы, участвующие в механизмах начала родовой деятельности.
4. Начертите партограмму, определите предполагаемую продолжительность родов по партограмме.
5. Составьте план ведения родов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №26

Пациентка А., 53 лет, доставлена в гинекологический стационар машиной «скорой помощи» с жалобами на боли внизу живота слева, тошноту, рвоту (1 раз), которые возникли 6 часов назад после физической нагрузки. С целью обезболивания принимала анальгин. Однако боли постепенно усиливались, стали иррадиировать в левое бедро.

Из анамнеза: постменопауза в течение 2-х лет, из гинекологических заболеваний – хронический двусторонний сальпигоофорит.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Пульс 92 уд/мин, ритм правильный, удовлетворительного наполнения. АД – 140/90 мм рт. ст. Температура тела 37,4°C.

Органы дыхания без особенностей. Язык суховат, обложен белесоватым налетом. Живот правильной формы, умеренно вздут, при пальпации болезненный, больше в левой подвздошной области, где выявляется дефанс мышц передней брюшной стенки и положительный симптом раздражения брюшины. Перистальтика активная. Перкуторно тимпанит. Стул был накануне. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Влагалищное исследование: Шейка матки чистая, ее смещение безболезненно. Тело матки находится в положении *anteversio*, меньше нормы, плотное, подвижное, безболезненное, немного смещено вправо. Придатки справа не определяются. Слева и сзади от матки пальпируется округлое, тугоэластическое, с гладкой поверхностью, ограниченно

подвижное, резко болезненное при пальпации образование размерами 12x10x10 см. Своды влагалища свободны. Влагалищные выделения скудные, слизистые.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. С какими нозологиями будете дифференцировать данное заболевание?
4. Наметьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
5. Определите и обоснуйте тактику лечения пациентки в данной ситуации.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №27

Больная Д., 30 лет, поступила в стационар с жалобами на внезапно возникшие схваткообразные боли внизу живота, больше в левой пахово-подвздошной области, с иррадиацией в крестец и скудные кровяные выделения из влагалища. Сразу же после болей появилась тошнота. В настоящий момент боли несколько уменьшились.

Анамнез: Менструации по 4—5 дней, через 30 дней, умеренные, безболезненные. Последняя нормальная менструация была 6 недель назад. Женщина замужем. Беременностей было три: одна из них закончилась нормальными родами, две — искусственными абортами. После последнего аборта развился двусторонний сальпингоофорит (лечилась в стационаре). Последние 1,5 года половая жизнь без контрацепции.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс 84 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД — 110/70 мм рт. ст. Температура тела 36,8°C.

Язык влажный, обложен белесоватым налетом. Живот правильной формы, слегка вздут, болезненный над лоном и в левой подвздошной области. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Перистальтика кишечника активная. Стул был накануне. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Анализ крови: гемоглобин — 115 г/л, эритроцитов — $3,4 \cdot 10^{12}/л$, гематокрит — 32%, лейкоцитов — $8,6 \cdot 10^9/л$, СОЭ — 19 мм/ч.

Влагалищное исследование: наружные половые органы сформированы правильно. Шейка матки чистая, слегка цианотична, из цервикального канала отходят скудные кровяные выделения, смещение ее болезненно. Наружный зев проходим для кончика пальца, длина шейки составляет 3 см. Тело матки находится в обычном положении, несколько больше нормы, мягковато, слегка болезненно при исследовании. Придатки справа не увеличены, несколько болезненны при пальпации, область их тяжиста. Слева в области придатков определяется овоидное, тугоэластическое, ограниченно подвижное, болезненное образование размерами 5X4X5 см. Влагалищные своды глубокие. Выделения из влагалища кровяные, мажущие.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Наметьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
5. Определите и обоснуйте тактику лечения пациентки в данной ситуации.

Перечень ситуационных задач по разделу «Хирургия»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №28

Больная М., 52 лет, доставлена в клинику бригадой скорой медицинской помощи через 12 часов с момента заболевания.

Жалобы при поступлении на резкую слабость, головокружение, жидкий стул калом черного цвета. Считает себя больной около 12 часов, когда появилась слабость, была рвота кофейной гущей с последующим 2-х кратным, обильным стулом жидким калом черного цвета. Язвенного анамнеза нет.

Объективно: больная заторможена, сонлива. Кожные покровы и видимые слизистые бледного цвета. АД 90/40 мм.рт.ст., пульс 120/мин. слабого наполнения.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный, аускультативно — усиленные перистальтические шумы. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обоснуйте тактику лечения пациента
5. Методы определения групповой принадлежности крови.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №29

Больной П., 62 лет, находится в хирургическом отделении по поводу острого гангренозного аппендицита. Операция 5 суток назад. Сегодня появились боли в области послеоперационной раны, озноб, температура тела поднялась до 38,50С.

Объективно: послеоперационная рана отечна, кожа вокруг раны гиперемирована, при пальпации определяется инфильтрация и болезненность.

Лабораторные данные: Лейкоцитоз - $32 \cdot 10^9$ /л, п/я – 18 %, с/я – 43 %, СОЭ – 32 мм/час, определяется анизо - и - пойкилоцитоз.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте и обоснуйте консервативную терапию
5. Тактика ведения больного

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №30

Мужчина 40 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на опоясывающие боли в верхних отделах живота, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. В анализах крови общий билирубин 30 мкмоль/л, прямой билирубин 17 мкмоль/л, непрямой - 13 мкмоль/л, лейкоциты 12×10^9 /л., амилаза крови 56 мг крах м/ч.л. После проведенной инфузионной терапии состояние больного улучшилось, болевой синдром значительно уменьшился, но оставались тупые боли в эпигастрии и левом подреберье, лабораторные показатели пришли к норме. На 4-е сутки у больного отмечена субфебрильная температура - 37,4°С. На следующий день состояние больного резко ухудшилось: больной в сопоре, кожные покровы землистого цвета с желтушным оттенком, имеется петехиальная сыпь, температура тела 39,8°С, потрясающие ознобы, АД 60/40 мм.рт.ст., ЧСС 128 уд.в мин.,

лейкоциты $30 \times 10^9/\text{л}$, мочевого пузыря пуст, креатинин 343 мкмоль/л , мочевины 10 ммоль/л , остаточный азот 30 ммоль/л .

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Назовите ранние осложнения предполагаемого заболевания?
4. Назовите поздние осложнения предполагаемого заболевания?
5. Назовите и обоснуйте комплекс лечебных мероприятий

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №31

Больной А., 56 лет поступил в клинику с жалобами на нестерпимый зуд кожи, ноющие боли в правом подреберье и эпигастральной области, слабость, упадок сил, отсутствие аппетита, наличие желтухи, которая появилась 1,5 месяца назад и интенсивно нарастает. Приступов сильных болей никогда не отмечал.

При осмотре: склеры и кожа больного оливкового цвета, тургор кожи резко понижен; на ней множество расчесов. Живот мягкий. Печень увеличена. В правом подреберье пальпируется слегка болезненное образование тугоэластической консистенции, овоидной формы. Стул ахоличен.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. С какими заболеваниями надо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие методы лабораторной и инструментальной диагностики помогут установить окончательный диагноз?
5. План лечения больного

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №32

Больной Г., 35 лет, поступил с жалобами на боли в эпигастрии, интенсивные, сопровождаются тошнотой в течение последних двух мес. Боли возникают через 20-40 мин после еды. Из-за выраженного болевого синдрома имеется боязнь приема пищи, больной за последние 2 мес похудел на 18 кг. Злоупотребляет алкоголем. При объективном исследовании: пониженного питания, язык сухой. Лимфатические узлы не изменены. Аускультативная картина легких без патологических изменений. Тоны сердца не изменены, шумов нет. При пальпации живота печень выступает из под края реберной дуги на 3 см. Живот болезненный в эпигастрии. Определяется напряжение передней брюшной стенки в эпигастрии. Перистальтические шумы обычные. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Периферические отеки отсутствуют. При УЗИ печень уплотнена, несколько увеличена в размере, в проекции головки поджелудочной железы определяется жидкостное полостное образование диаметром до 5 см, при исследовании в динамике размеры образования изменяются. Желчевыводящие пути без патологии. При РХПГ контрастирован нерасширенный Вирсунгов проток, киста головки поджелудочной железы 5 см в диаметре. При фиброгастродуоденоскопии явления гастродуоденита. Диастаза мочи на высоте приступа 256 ЕД.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Необходимые дополнительные методы исследования.
4. Лечебная тактика
5. Назовите основные методы хирургического лечения хронического панкреатита

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №33

Больная К., 42 лет, поступила с жалобами на боли в эпигастрии и правом подреберье с иррадиацией в спину, тошноту, многократную рвоту, потемнение мочи. Приступ начался остро после приема жирной пищи. Ранее беспокоили тяжесть в правом подреберье, горечь во рту. При объективном исследовании выявляются небольшая иктеричность склер. Язык сухой. Лимфатические узлы не изменены. Аускультативная картина легких без патологических изменений. Тоны сердца не изменены, шумов нет. При пальпации живота печень не выступает из под края реберной дуги. Живот болезненный в эпигастрии и правом подреберье. Определяется напряжение передней брюшной стенки в эпигастрии. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Периферические отеки отсутствуют. Лабораторные методы исследования: билирубин общий - 56 мкмоль/л, билирубин прямой 32 мкмоль/л, билирубин непрямой - 24 мкмоль/л, протромбиновый индекс 98 %, диастаза мочи 1028 ЕД. При УЗИ печень в размерах не увеличена, желчный пузырь 112x45 мм, содержит мелкие конкременты. Холедох 9 мм. Головка поджелудочной железы 35 мм, отечна, контуры смазаны. В проекции сальниковой сумки определяется свободная жидкость. При обзорной рентгеноскопии парез кишечника во всех отделах.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Необходимые дополнительные методы исследования.
4. Предложите лечебную тактику ведения пациента
5. Укажите необходимый объем консервативной терапии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №34

Больной Н., 52 лет, поступил с жалобами на желтушность кожных покровов, потемнение мочи, светлый кал. 3 месяца назад перенес приступ болей в эпигастрии, после чего появилась желтушность склер. Лечился в стационаре, желтуха была купирована. Две недели назад без болевого приступа вновь появилась желтуха. В весе за время болезни потерял 8 кг. Злоупотребляет алкоголем. При осмотре иктеричность кожи и слизистых, правая доля печени несколько увеличена, пальпируется увеличенный безболезненный желчный пузырь. Лабораторные методы исследования: билирубин общий – 88 мкмоль/л, билирубин прямой 56 мкмоль/л, билирубин непрямой - 32 мкмоль/л, протромбиновый индекс 73 %, альбумин сыворотки - 32 г/л, амилаза крови 48 мг/(ч*мл).

При УЗИ печень с участками фиброза, край +3 см из-под реберной дуги, внутривенный протоки расширены, холедох расширен до 12 мм. В головке поджелудочной железы определяется образование пониженной плотности диаметром 33 мм. При попытке РХПГ холедох и вирсунгов проток не контрастированы.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
4. Назовите дополнительные методы исследования
5. Оперативное лечение

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №35

Больной в возрасте 56 лет жалуется на потерю массы тела (14,5 кг за 8 мес), кашицеобразный стул. На момент осмотра болей в животе нет, но из анамнеза известно, что два месяца назад больной отмечал боли в животе, иррадиирующие в спину. Такие боли продолжительностью примерно 7 дней последние 5 лет бывали у него регулярно 2 раза в год. Стул обычно кашицеобразный, иногда жирный. В период болей лихорадки и озноба не было. Аппетит хороший. Несколько лет назад у него было диагностировано нарушение толерантности к глюкозе. Аллергологический анамнез спокойный. Лекарств постоянно не принимает. Обычно он выпивает стакан вина ежедневно. Больной несколько гипотрофичен. Периферические лимфоузлы не увеличены. Обследование сердца и легких изменений не выявило. При пальпации живот мягкий, не вздут. Печень слегка увеличена, край гладкий. Селезенка не пальпируется. Ректальное исследование без патологии. Тест на скрытую кровь отрицательный. Данные лабораторных исследований. Глюкоза крови 6,2 ммоль/л, билирубин в норме, амилаза сыворотки крови 42 мг/кр/ч., альбумин 30 г/л, гемоглобин - 130 г/л. При УЗИ печени выявлено, что эхогенность диффузно изменена. Поджелудочная железа с уплотненной структурой. Характер изменения протоков при эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии - чередование расширений и сужений протоков (симптом «бус»).

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Назовите заболевания, с которыми нужно проводить дифференциальную диагностику.
4. Назовите дополнительные методы исследования
5. Назовите основные методы хирургического лечения хронического панкреатита

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №36

Больная Л., 45 лет поступила через 5 суток от начала приступа болей в правом подреберье, тошноту, повышение температуры тела до 38,0С, озноб.

При объективном исследовании: повышенного питания, язык сухой. Лимфатические узлы не изменены. Аускультативная картина легких без патологических изменений. Тоны сердца не изменены, шумов нет. При пальпации живота печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Живот болезненный в правом подреберье, где определяется инфильтрат. Перистальтические шумы обычные. Симптомов раздражения брюшины нет. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Периферические отеки отсутствуют. Абдоминальная ультрасонография. Общий желчный проток 8 мм в диаметре, в желчном пузыре определяются конкременты, один из которых (диаметром 12 мм) в шейке, и взвесь. Толщина стенки желчного пузыря 9 мм. Поджелудочная железа и почки в норме. Лейкоциты крови 16 000/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Назовите заболевания, с которыми нужно проводить дифференциальную диагностику.
4. Назовите дополнительные методы исследования
5. Назовите возможные варианты оперативного пособия

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №37

Больной 30 лет обратился с жалобами на боли в правой подвздошной области, тошноту, сухость во рту, повышение температуры тела до 38,5 С. Болен в течение 17 часов. В первые часы болевой синдром локализовался в эпигастральной области, умеренной интенсивности, без иррадиации, затем переместился вниз живота. За 1,5 часа до обращения к врачу почувствовал резкое усиление болей, тошноту.

При осмотре больной находится в вынужденном положении: лежа на спине с подогнутыми ногами, особенно правой. Изменение позиции вызывает боль. Язык не обложен, сухость во рту. Живот не вздут, при пальпации напряжен в правой подвздошной области (точке Мак-Бурнея). Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Щеткина. Наблюдается тахикардия до 96 ударов в минуту. Умеренный лейкоцитоз (14 X 10⁹/л).

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Назовите заболевания, с которыми нужно проводить дифференциальную диагностику.
4. Назовите возможные осложнения
5. Морфологическая классификация данного заболевания

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №38

Больной Н., 32 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение. Из анамнеза известно, что в течение последних 7 дней злоупотреблял алкоголем. В день поступления в отделение утром была многократная рвота, сначала – пищей, съеденной накануне, затем – алой кровью. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, изо рта запах дериватов алкоголя. Обычного питания. Пульс 100 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень на 3 см ниже реберной дуги, уплотнена. В момент осмотра у больного позывы на дефекацию, обильный дегтеобразный стул. Общий анализ крови: эритроциты 2,6x10¹², Hb- 82 г/л, Ht 0,27. Фиброгастроуденоскопия: на передней стенке абдоминального отдела пищевода с переходом на кардию линейный разрыв слизистой оболочки 5x1 см, из которого подтекает алая кровь.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Классификация кровотечения по степени тяжести
4. Классификация острой кровопотери по степени тяжести

5. Назовите эндоскопические методы гемостаза и дайте краткую характеристику.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №39

У больной 52 лет на 5-е сутки с момента операции по поводу флегмонозного аппендицита появились жалобы на боли в животе, тошноту, многократную рвоту кишечным содержимым, отрыжку. Накануне стула не было, газы не отходили. При осмотре больная лежит на боку, позывы на рвоту. Пульс 90 в мин. АД 110/70 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный по ходу послеоперационной раны. Перитонеальные симптомы отрицательные. Определяется шум плеска. Общий анализ крови: эритроциты $3,6 \times 10^{12}$, Нб- 122 г/л, лейкоциты $14,8 \times 10^9$ /л. При обзорной рентгеноскопии брюшной полости выявлены множественные чаши Клойбера, определяемые в центре брюшной полости.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Назовите заболевания, с которыми нужно проводить дифференциальную диагностику.
4. Меры профилактики ранней спаечной непроходимости
5. Консервативные мероприятия по лечению ранней спаечной непроходимости

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №40

Больная Е., 26 лет, обратилась в приемный покой стационара с жалобами на боли в правой груди, повышение температуры до 39,1 С, озноб. Считает себя больной в течение недели, когда заметила появление уплотнения размером с вишню в правой груди. Кормит грудью ребенка. Последние 3 дня беспокоят подъемы температуры до 38 С, уплотнение увеличилось в размерах до грецкого ореха. За последние сутки на фоне теплых компрессов уплотнение вдвое увеличилось, значительно уплотнилось. Принимала амоксицилин, парацетамол. При осмотре правая молочная железа гиперемирована, увеличена в размерах по сравнению с левой. Пальпация болезненна, ближе к ореоле соска определяется образование 7 x 6 x 8 см. Температура тела 38,1 С, лейкоциты $16,2 \times 10^9$ /л. При УЗИ правой молочной железы определяется округлое образование размерами 6 x 5 x 6 см, с четкой капсулой, заполненное жидким неоднородным содержимым.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Назовите заболевания, с которыми нужно проводить дифференциальную диагностику.
4. Классификация по локализации и характеру воспалительного процесса.
5. Какое лечение показано пациентке?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №41

Больная П., 66 лет, обратилась с жалобами на наличие опухолевидного образования, расположенного на передней поверхности брюшной стенки, периодические боли в области его.

Из анамнеза: три года назад оперирована по поводу гангренозно-перфоративного холецистита, желчного перитонита. Через 2 месяца после операции отметила появление опухолевидного образования в области послеоперационного рубца. Постепенно образование увеличилось в размерах, появились боли.

Наблюдается у участкового терапевта по поводу ИБС: стенокардия напряжения, ФК II; Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени.

При осмотре: состояние удовлетворительное, повышенного питания. Отмечается выраженная асимметрия живота за счет опухолевидного образования размером 20x25x18 см, мягко-эластической консистенции, невправимого в брюшную полость, расположенного в области старого послеоперационного рубца.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Назовите заболевания, с которыми нужно проводить дифференциальную диагностику.
4. Классификация заболевания (по размеру)
5. Современные методы хирургического лечения, этапы.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №42

Больной М., 50 лет, поступил с жалобами на боли в эпигастрии с иррадиацией в правое подреберье, тошноту, периодическую рвоту. Боли постоянные, усиливаются через 30-40 мин после приема пищи. Вышеуказанные симптомы беспокоят в течение последних 6 месяцев. Лечился амбулаторно по поводу язвенной болезни желудка без эффекта. При осмотре: удовлетворительное питание. Пульс 76 в мин. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, определяется локальная болезненность ниже мечевидного отростка грудины. Симптомов раздражения брюшины нет. Общий анализ крови: эритроциты $4,1 \times 10^{12}$, Hb-120 г/л, лейкоциты $7,3 \times 10^9$, СОЭ-15 мм/ч. Общий анализ мочи и биохимические анализы крови в пределах нормы. При ФГДС - каллезная язва средней трети желудка по задней стенке, ближе к малой кривизне, d около 2 см, дно язвы выполнено белым налетом. При рентгеноскопии желудка - «ниша» по малой кривизне тела желудка глубиной до 3 см с воспалительным кратером вокруг дефекта и конвергенцией складок слизистой.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Назовите заболевания, с которыми нужно проводить дифференциальную диагностику.
4. Назовите все осложнения заболевания
5. Какое лечение показано пациенту?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №43

Больной С., 51 года, поступил с жалобами на головокружение и резкую слабость. Из анамнеза: в течение последних 5 дней беспокоили умеренные ноющие боли в эпигастриальной области. Рано утром, около 8 часов назад, появилась сильная слабость, однократная рвота темной кровью со сгустками, боли в животе стихли, позже была мелена.

На несколько минут потерял сознание, упал, доставлен бригадой скорой помощи. Язвенный анамнез отсутствует. Общее состояние ближе к тяжелому. Удовлетворительное питание. Кожные покровы бледные, влажные. На лбу – свежая ссадина (ударился при падении). Пульс 100 ударов в мин, удовлетворительного наполнения. АД 100/70 мм рт ст. Язык чистый, сухой. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Per rectum: Ампула прямой кишки пуста, на перчатке следы черного жидкого кала. Общий анализ крови: эритроциты $2,8 \times 10^{12}$, Hb - 92 г/л, Ht-0,31. ФГДС: на стенках желудка следы темной крови, в антральном отделе каллезная язва диаметром около 1,5 см, в дне которой «пенек» сосуда диаметром около 2 мм. Данных за продолжающееся кровотечение нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Назовите заболевания, с которыми нужно проводить дифференциальную диагностику.
4. Дайте оценку эндоскопической картины по Forrest.
5. Схема консервативной терапии (после остановки кровотечения)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №44

Больная Н., 55 лет, поступила с жалобами на слабость, головокружение. 6 часов назад была рвота темной кровью, стула не было. Из анамнеза: 3 года назад был поставлен диагноз крупноузловой цирроза печени. При осмотре: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы субиктеричные, под кожей передней брюшной стенки определяются расширенные извитые вены. На коже бедер, груди – множественные сосудистые звездочки. Пониженное питание. Пульс 90 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, уплотнена. Перкуторно селезенка 15x10 см. Per rectum: ампула прямой кишки заполнена плотными каловыми массами коричневого цвета. Общий анализ крови: эритроциты $2,7 \times 10^{12}$, Hb- 88 г/л, Ht - 0,29. ФГДС: быстрое накопление темной крови в дистальном отделе пищевода. УЗИ: структура печени перестроена, свободной жидкости в брюшной полости нет. Биохимический анализ крови: билирубин общ. 38 мкмоль/л, прямой 12,2 мкмоль/л, непрямой 25,8 мкмоль/л, общ. белок 62 г/л (альбумин 55%, глобулины 45%).

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Дифференциальная диагностика кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.
4. К какой клинической группе следует отнести эту больную?
5. Назовите специальные гемостатические мероприятия при кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №45

Больной С., 32 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на сильные боли в животе. Из анамнеза известно, что на протяжении последних 4 лет неоднократно лечился амбулаторно по поводу гастрита. 3 суток назад вновь появились умеренные боли в верхних

отделах живота, тошнота, озноб. 6 часов назад боли резко усилились и распространились на правые отделы живота. Рвоты не было. К моменту поступления боли несколько уменьшились. При осмотре: общее состояние средней тяжести. Пониженного питания. Лежит неподвижно, на спине. Попытка сесть вызывает усиление болей. Температура тела 37,00С. Пульс 60 в мин. АД 120/70 мм рт. ст. Язык сухой. Живот не вздут, в акте дыхания не участвует, напряжен и болезнен по правому флангу и правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины положительны по правому флангу живота и в правой подвздошной области. Кишечная перистальтика удовлетворительная. Общий анализ крови: эритроциты - $4,8 \times 10^{12}$, Hb - 140 г/л, лейкоциты - $12,3 \times 10^9$. Диастаза мочи 64 ЕД.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Почему уменьшился болевой синдром к моменту поступления больного в стационар?
5. В чем заключается консервативное лечение по методу Тэйлора?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №46

Больной С., 46 лет, поступил в отделение неотложной хирургии с жалобами на боли в животе, рвоту не переваренной пищей, отрыжку тухлым. В течение 12 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с периодическими обострениями. Последние 6 месяцев беспокоят вышеуказанные симптомы, похудел на 15 кг. Ухудшение около 3 суток назад, когда значительно усилилась жажда, появились судороги мышц предплечий и икр. Общее состояние ближе к тяжелому. Пониженного питания, масса тела 55 кг. Кожные покровы бледные, тургор кожи снижен. Вял, адинамичен. Пульс 90 в мин. АД 100/60 мм рт. ст. Язык сухой. Живот увеличен в размерах за счет верхних отделов, мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. В эпигастрии и мезогастрии отчетливо определяется «шум плеска». Определяется мелкий тремор пальцев кистей рук. Общий анализ крови: эритроциты - $5,5 \times 10^{12}$, Hb - 180 г/л, лейкоциты - $9,3 \times 10^9$. Электролиты крови: натрий 146 ммоль/л, калий 2,8 ммоль/л, бикарбонаты 33 мэкв/л. Рентгеноскопия желудка: Желудок резко увеличен в размерах, натошак содержит большое количество жидкости, большая кривизна определяется над входом в малый таз, перистальтика отсутствует, выходной отдел желудка сужен до 3 мм.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Дайте краткую характеристику стадиям заболевания:
5. Лечение стеноза выходного отдела желудка

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №47

Больной 48 лет поступил в клинику с картиной ущемленной правосторонней паховой грыжи через 2 часа с момента ущемления. Однако после осмотра врачом в отделении грыжа самопроизвольно вправилась. Врач, учитывая длительный анамнез заболевания, склонность грыжи к ущемлению, а также настойчивые просьбы больного об операции, выполнил

грыжесечение. При этом не удалось осмотреть петли кишки, которые являлись содержимым грыжи. На следующий день у больного развилась картина разлитого перитонита.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Причины развития патологии и с чем это связано?
3. В чём была ошибка врача?
4. Определите тактику лечения больного.
5. Возможные виды хирургического лечения в данной ситуации?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №48

Женщина 80-ти лет, доставлена в хирургическую клинику с жалобами на сильные постоянные боли в правом подреберье и эпигастрии без иррадиации, тошноту, многократную рвоту, озноб, повышение температуры тела, кашель. Болеет вторые сутки. Повышение температуры отмечает только сегодня. Приступ начался постепенно, через 2 часа после приема жирной пищи. Ранее у больной после острой и жареной пищи неоднократно появлялись умеренные боли в правом подреберье, купировались приемом но-шпы. Настоящий приступ но-шпой не снялся. В анамнезе бронхоэктатическая болезнь, хронический бронхит, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, сахарный диабет. Объективно: состояние тяжелое, больная повышенного питания, температура тела 38,0С. Склеры обычного цвета, АД=180/90, пульс – 108 уд./мин, аритмичный. Одышка 25 в 1 мин. Дыхание жесткое, храпов нет, язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, где определяется опухолевидное, резко болезненное образование 5x8 см. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает из подреберья на 3 см. Имеется отечность нижних конечностей. Внутривенное введение физ. раствора со спазмолитиками в течение 6 часов боли не сняло.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Причины развития патологии и с чем это связано?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
4. Определите тактику лечения больного.
5. Возможные виды хирургического лечения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №49

Больной 44 лет жалуется на периодические кровотечения из прямой кишки во время акта дефекации, которые наблюдаются в течение 2 лет. Состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы бледноватые. При исследовании живота патологии не выявлено. При осмотре анальной области и пальцевом исследовании каких-либо образований не выявлено. При аноскопии выше гребешковой линии на 3,7,11 часах выявлены геморроидальные узлы, сливающиеся с гиперемированной и отечной слизистой над ними. Гемоглобин 108 г/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Причины развития патологии и с чем это связано?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
4. Определите тактику лечения больного.
5. Возможные виды хирургического лечения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №50

В приемное отделение доставлен больной 65 лет с жалобами на небольшие боли в правой половине живота, повышение температуры до 37,5 С. Из анамнеза установлено, что страдает запорами, небольшие боли в животе уже около месяца. Два дня назад больной сам прощупал у себя в правой подвздошной области живота малоболезненное образование. В это же время отметил небольшое повышение температуры. Не похудел. Объективно: состояние удовлетворительное. Язык влажный, обложен. Живот не вздут, мягкий, при пальпации, в правой половине живота определяется плотное ограниченно подвижное образование размерами до 10 см в диаметре. Малоболезненное. Печень не увеличена. Лейкоцитоз 10×10^9 /л, гемоглобин 96 г/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Причины развития патологии и с чем это связано?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
4. Определите тактику лечения больного.
5. Возможные виды хирургического лечения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №51

В поликлинику обратился больной 53 лет с жалобами на незначительные боли в области правой ягодицы в 5 см. от заднего прохода, выделение гноя из свища. Заболел 1 месяц назад, когда в области ягодицы появилось уплотнение, которое увеличивалось в размере, повысилась температура до 38 С. Лечился самостоятельно теплыми сидячими ванночками. Через неделю гнойник вскрылся, температура стала нормальной. Несмотря на улучшение самочувствия и проводимого лечения свищ не закрывался.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Причины развития патологии и с чем это связано?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту?
4. Определите тактику лечения больного.
5. Возможные виды хирургического лечения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №52

Больной С., 68 лет, болен в течении 1 месяца. За это время потерял в весе около 15 кг. Беспокоили тупые боли в эпигастрии. Около 2 недель назад отметил у себя пожелтение кожных покровов. Нарастание слабости и интенсивности желтухи побудили обратиться за медицинской помощью. При осмотре состояние больного тяжелое. Кожные покровы интенсивно желтушной окраски. Температура тела 37,1 С. Живот при пальпации мягкий,

умеренно болезненный в эпигастрии. При УЗИ органов брюшной полости выявлены признаки билиарной внутривенной гипертензии; диаметр общего желчного протока 6 мм; желчный пузырь малых размеров; в области ворот печени – тканевое образование диаметром 25 мм.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Поражение какого органа можно предположить, и с чем это связано?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту.
4. Определите тактику лечения больного.
5. Какие возможны хирургические операции?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №53

Молодой человек 24 лет, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи. Больным себя считает с армии, когда стал отмечать периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Лечился самостоятельно. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля. Два дня назад заметил дегтеобразный стул. Объективно общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледно-розового цвета, пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации незначительно болезнен в эпигастрии и справа. Перистальтика хорошая, стул темного цвета. В крови: Эр 3,5 x 10¹²/л, Нв – 100 г/л.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Какое осложнение возможно у больного?
3. Какие необходимые инструментальные и лабораторные методы обследования следует выполнить?
4. Алгоритмы Ваших действий.
5. Принципы консервативной терапии. Показания к оперативному лечению и возможные его варианты.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №54

Больная К., 72 лет поступила в хирургическое отделение через 12 часов после начала заболевания с жалобами на резкие боли в подложечной области и правом подреберье, однократную рвоту желчью, сухость, горечь во рту. Рвота была 2 часа назад, не приносящая облегчения. Из анамнеза установлено, что в течение года больную периодически беспокоят ноющие боли в правом подреберье, которые больная связывает с употреблением жирной, жареной, соленой, острой пищи. Не обследовалась, за медицинской помощью не обращалась, лечилась в домашних условиях, принимала спазмолитики, без эффекта. Объективно: общее состояние тяжелое. Тучная. Кожный покров и склеры слегка иктеричны. Пульс 102 в минуту, ритмичный. АД 100/60 мм.рт.ст. Одышка до 22-23 в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации напряжен и резко болезненный в правом подреберье и эпигастрии. Положительные симптомы Ортнера и Мерфи. Кишечные шумы выслушивается, ослаблены. Перитонеальных симптомов нет. Желчный пузырь не пальпируется. Т тела 37,2, в крови лейкоцитоз (11,8 x 10⁹ /л) с умеренным сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Вопросы:

1. О каком заболевании у больной можно думать?
2. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования Вы назначите при подтверждении диагноза?
3. Ваша тактика: А. Консервативная терапия. В. Оперативное лечение (характер, сроки выполнения)
4. Осложнения заболевания.
5. Экспертиза трудоспособности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №55

Больной К., 46 лет поступил в приемное отделение больницы с жалобами на слабость, головокружение, однократную потерю сознания, рвоту по типу «кофейной гущи» дважды, темный жидкий стул на протяжении последних двух дней. Из анамнеза известно, что последние 5 дней находился на амбулаторном лечении по поводу бронхита. Принимал антибиотики, аспирин, отхаркивающую микстуру. В течение последних 2 дней появилась нарастающая слабость, мелькание «мушек» перед глазами, темный жидкий стул, дважды рвота «кофейной гущей», холодный липкий пот. Родственники отметили бледность кожных покровов. На протяжении последних пяти лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. При осмотре: Кожные покровы бледные, пульс слабого наполнения 120 в мин., артериальное давление 80/20 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. В легких влажные проводные хрипы. Живот умеренно болезненный в эпигастральной области. Per rectum – мелена.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Лечебно – диагностическая тактика?
3. В каких дополнительных методах обследования нуждается больной?
4. Определите тяжесть волевических нарушений.
5. Алгоритм дальнейших действий по лечению больного?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №56

Больная М. 50 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на тошноту, острые ночные и голодные боли в эпигастрии, уменьшающиеся после приёма пищи, тошноту, рвоту «кофейной гущей», однократно чёрный «дегтеобразный» стул. Лечится по поводу ревматоидного артрита, длительно (более 3 месяцев) принимала Индометацин по 1 таблетке 3 раза в день. Ранее данных жалоб не отмечала, к врачу не обращалась. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Пониженного питания. Язык обложен белым налётом, влажный. В лёгких дыхание везикулярное, ЧД - 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 88 уд в мин, АД - 110/70 мм рт. ст. Живот напряжённый, резко болезненный локально в зоне Шофара. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул чёрный «дегтеобразный». Мочеиспускание не нарушено. Клинический анализ крови: гемоглобин - 100 г/л; эритроциты - $3,0 \cdot 10^{12}$ /л; лейкоциты $8,4 \cdot 10^9$ /л; палочкоядерные - 4%; сегментоядерные - 61%; эозинофилы - 1%; лимфоциты - 30%; моноциты - 4%; СОЭ - 20 мм/час.

Вопросы:

1. Каков наиболее вероятный диагноз, какие симптомы являются обязательными для данного заболевания, с какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз, какие методы исследования необходимы в данном случае?
2. Какое лечение следует назначить данному больному, нуждается ли пациент в оказании скорой или, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, назначении немедикаментозного лечения.
3. Правила оформления медицинской документации, определите признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функций организма у данного пациента.
4. Диспансерное наблюдение, обозначьте программу мероприятий медицинской реабилитации данного пациента, включая навыки самоконтроля и меры профилактики, включая формирование у пациентов физической подготовленности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №57

У больного 36 лет была сделана операция через 12 ч после ущемления паховой грыжи. В грыжевом мешке оказались две петли тонкой кишки. После рассечения ущемляющего кольца цвет кишечных петель стал нормальным, они перистальтировали, пульсация сосудов брыжейки была хорошей. Обе петли погружены в брюшную полость, произведена пластика задней стенки пахового канала. Через сутки после операции у больного появились признаки перитонита. Он повторно оперирован. Во время операции обнаружена перфорация некротизированной петли тонкого кишечника, распространенный гнойный перитонит.

Вопросы:

1. Сформулируйте полный диагноз.
2. Как называется данный вид ущемления?
3. В чём заключалась тактическая ошибка хирурга?
4. Критерии жизнеспособности /нежизнеспособности ущемлённой петли кишечника?
5. Последовательность действий хирурга при обнаружении ущемлённой кишечной петли?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №58

Больной 47 лет, 14 лет назад ему был наложен гастроэнтероанастомоз по поводу стеноза выходного отдела желудка. На протяжении 14 лет чувствовал себя хорошо. В последние 2 месяца у больного появились боли, возникающие после приема пищи, ухудшился аппетит, появилась слабость, повышенная утомляемость. Больной потерял в массе тела 8 кг за 3 месяца. Наличие язвы было подтверждено рентгенологически. При рентгенологическом исследовании было установлено, что желудок имеет форму мешка, опорожнение его содержимого происходит, в основном, через анастомоз. Определенного рентгенологического заключения сделано не было. В анализе крови эритроцитов $3,5 \times 10^9$ /л, гемоглобина 103 г/л, СОЭ - 30 мм/ч.

Вопросы:

1. Каков основной патогенетический механизм рецидива язвенной болезни после операции гастроэнтеростомии?
2. Чем следует объяснить ухудшение состояния больного через 14 лет после операции гастроэнтеростомии?
3. Какие клинические и лабораторные признаки позволяют обосновать данное осложнение?
4. Какие исследования следует провести для уточнения диагноза?
5. Какова лечебная тактика?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №59

Больной 40 лет поступил в хирургическое отделение через 4 ч от начала заболевания, с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе, появившиеся вскоре после тяжелой физической работы, рвоту, вздутие живота, неотхождение газов. Общее состояние больного средней тяжести, он беспокоен, мечется, пульс 92 в минуту, температура нормальная. Живот вздут, мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. При пальцевом ректальном исследовании ампула прямой кишки пуста. Дежурный врач установил диагноз острой кишечной непроходимости и с лечебной целью поставил сифонную клизму, однако уже после введения небольшой порции жидкости у больного появился стул цвета «мясных помоев». Это склонило врача в пользу диагноза илеоцекальной инвагинации, и он оперировал больного, используя правосторонний параректальный доступ по Ленандеру. Однако, слепая и подвздошная кишки оказались на месте. Не найдя патологии со стороны органов, доступных осмотру из этого разреза, хирург зашил рану и вскрыл брюшную полость среднесрединным разрезом. После длительной ревизии и продолжения разреза вверх было установлено, что в отверстии диафрагмы ущемлена часть поперечной ободочной кишки. Отверстие в диафрагме хирургом было расширено. Ущемленная петля кишки извлечена в брюшную полость, она оказалась жизнеспособной. Отверстие в диафрагме было ушито.

Вопросы:

1. Что позволило бы поставить правильный диагноз до операции?
2. Какие физикальные данные противоречили диагнозу «илеоцекальной инвагинации»?
3. Какую тактическую ошибку допустил хирург?
4. Какой хирургический доступ был бы в данном случае рациональным в случае своевременно диагностированной диафрагмальной грыжи?
5. Какова должна быть тактика хирурга в ходе операции?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №60

У больной 34 лет, страдающей ревматическим митральным пороком сердца, фибрилляцией предсердий, за сутки до поступления в клинику внезапно появились резкие боли в правой руке, чувство онемения, похолодания в предплечье, кисти. Через 3 часа боли стихли, исчезло чувство онемения, похолодания в покое, но при нагрузке на конечность они вновь появлялись. При осмотре кожные покровы правой верхней конечности обычной окраски, но при сжимании и разжимании пальцев кисти в течение 1 мин. отмечается ее побледнение, похолодание, появляются боли в пальцах. Активные движения в суставах в полном объеме, расстройства чувствительности нет. Пульсация плечевой артерии обрывается в средней трети плеча, на лучевой и локтевой артериях не определяется.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Тактика ведения больного
5. Какое лечение следует рекомендовать больной для профилактики повторных подобных заболеваний?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №61

У больной 71 года, страдающей ишемической болезнью сердца, фибрилляцией предсердий, за 8 ч до поступления внезапно появились резкие боли в обеих конечностях. Общее состояние тяжелое. Число дыханий 42 в минуту. В легких большое количество влажных хрипов. Число сердечных сокращений 144 в 1 мин., дефицит пульса 32 в 1 мин. АД – 240/120 мм рт. ст. Кожные покровы обеих нижних конечностей, передней брюшной стенки, ягодиц бледные, «мраморного рисунка», холодные на ощупь. Отеков конечностей нет. Активные движения в суставах отсутствуют, пассивные сохранены. Пульсация артерий не определяется на всем протяжении обеих нижних конечностей.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Тактика ведения больного.
5. Какое лечение следует рекомендовать больной для профилактики повторных подобных заболеваний?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №62

Больного 62 лет в течение 10 лет беспокоит боль в левой ноге, в летнее время может пройти без остановки 50 м. Общее состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы левой стопы и голени бледные, прохладные на ощупь, активные движения в полном объеме. Пульсация бедренной артерии под паховой складкой отчетливая, на подколенной артерии и артериях стопы не определяется. При ангиографии получено изображение бедренной артерии до уровня средней трети бедра. Контуры ее неровные, извитые. Подколенная артерия заполняется через хорошо выраженные коллатерали.

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №63

Больной 42 лет последние 6 лет отмечает боли в обеих нижних конечностях при ходьбе. В последнее время боли в мышцах голени и бедра стали появляться при прохождении каждых 150–200 м, отметил снижение половой потенции. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обеих нижних конечностей бледные, прохладные на ощупь, активные

движения в полном объеме. Пульсация артерий не определяется на всем протяжении обеих нижних конечностей. При ангиографии получено изображение брюшной аорты. Контуры ее ровные, подвздошные артерии не контрастируются с обеих сторон. Бедренные артерии заполняются через хорошо выраженные коллатерали.

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №64

У больного 49 лет в течение 6 лет отмечается высокая перемежающаяся хромота, боли в мезогастрии, усиливающиеся после еды, высокие цифры артериального давления. По поводу болей в животе обследован в стационаре, но проведенные исследования (рентгенография желудка, гастродуоденоскопия) патологии не выявили. Гипотензивная терапия эффекта не дала. Артериальное давление держалось на цифрах 260/160 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, перистальтика отчетливая. Кожные покровы обеих нижних конечностей бледные, прохладные на ощупь. Активные движения в полном объеме. Пульсация артерий не определяется на всем протяжении нижних конечностей.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Тактика ведения больного.
5. Чем, вероятнее всего, обусловлены боли в животе, гипертония?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №65

У больной 45 лет, много лет страдающей варикозной болезнью нижних конечностей, за неделю до поступления в клинику появились боли, покраснение и уплотнение по ходу поверхностных вен в верхней трети левой голени, повышение температуры. Лечилась амбулаторно. Были назначены постельный режим, антибиотики, местно – повязка с мазью Вишневского. В связи с неэффективностью амбулаторного лечения госпитализирована. Общее состояние больной удовлетворительное. Отека и цианоза левой нижней конечности нет. На внутренней ее поверхности по ходу варикозно расширенных поверхностных вен определяется гиперемия, пальпируется болезненный тяж до средней трети бедра. Пальпация сосудистого пучка выше зоны безболезненна.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Тактика ведения больного.
5. Как вы оцениваете лечение, проведенное больной амбулаторно?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №66

У больной 47 лет на 6-й день после резекции желудка по поводу опухоли появились боли в правой голени. При осмотре состояние больной удовлетворительное. Пульс 88 уд./мин. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий и болезненный по ходу операционной раны. Левая нижняя конечность не изменена. Кожные покровы правой нижней конечности обычной окраски, отмечается незначительный отек стопы и окололодыжечной области. Движения в суставах конечности сохранены, чувствительность не нарушена. Артериальная пульсация на всем протяжении конечности отчетливая. При тыльном сгибании стопы отмечается появление резких болей в икроножных мышцах.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Тактика ведения больного.
5. С помощью каких мер можно было попытаться предотвратить развитие данного послеоперационного осложнения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №67

Больной 37 лет поступил в клинику с жалобами на отек левой нижней конечности, наличие трофической язвы левой голени. Из анамнеза известно, что 3 года назад после аппендэктомии развился отек и цианоз левой нижней конечности, боли в паховой области. Проводилось лечение антикоагулянтами. Постепенно отек уменьшился, однако появились варикозно расширенные поверхностные вены в левой паховой области и нижней части живота. Год назад на медиальной поверхности голени открылась трофическая язва. Несмотря на проводимое консервативное лечение, язва постоянно рецидивирует.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Тактика ведения больного.
5. Какой механизм появления варикозно-расширенных вен?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №68

У больной 59 лет 4 дня назад появились боли в эпигастральной области, которые сместились затем в правую подвздошную область. Дважды была рвота, температура повысилась до 37,5°C. Больная принимала анальгин, и обратилась к врачу только на 4-й день заболевания в связи с сохранением болей. Состояние больной удовлетворительное. Температура 10 37,4°C, пульс 88 ударов в мин. Язык влажный, обложен белым налетом. В правой подвздошной области пальпируется образование размерами 12x8 см плотноэластической консистенции, неподвижное, с четкими границами, умеренно болезненное. Симптом Щеткина – Blumberg отрицательный. Лейкоцитов в крови 11×10^9 /л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Тактика ведения больного.
5. Дифференциальная диагностика.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №69

Больной 42 лет последние 6 лет отмечает боли в обеих нижних конечностях при ходьбе. В последнее время боли в 78 мышцах голени и бедра стали появляться при прохождении каждые 150-200 м, отметил снижение половой потенции. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обеих нижних конечностей бледные, прохладные на ощупь, активные движения в полном объеме. Пульсация артерий не определяется на всем протяжении обеих нижних конечностей. При ангиографии получено изображение брюшной аорты. Контуры ее ровные, подвздошные артерии не контрастируются с обеих сторон. Бедренные артерии заполняются через хорошо выраженные коллатерали.

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №70

У больной М. 80 лет, прооперированной по поводу рака желудка, на 4 день послеоперационного периода появились пульсирующие боли, покраснение и припухлость в околоушной области справа, затрудненное глотание, сухость во рту. При обследовании состояние больной средней степени тяжести, температура тела 39,0 °С. Язык сухой, покрыт грязно-серым плотным налетом, слизистая полости рта отечна, в области отверстия околоушного протока отмечается гиперемия. Пальпация околоушной области резко болезненная, кожа напряжена, мягкие ткани лица отечны, симптом флюктуации не определяется. При легком массаже околоушной слюнной железы из слюнного (стенозного) протока выделяется мутная слюна. В общем анализе крови лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличенная СОЭ.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите предрасполагающие факторы развития данного заболевания.
3. После каких операций чаще всего возникает данное осложнение?
4. Назовите основные методы лечения.
5. Целесообразно ли введение ферментных препаратов?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №71

Больной С. 30 лет поступил в приемный покой больницы с жалобами на сильные боли в правом предплечье. Из анамнеза: четыре дня назад на производстве он поранил правую кисть металлическим предметом. За помощью в лечебное учреждение не обращался. Через двое суток рука отекала, появились нарастающие боли в области правой кисти и предплечья, температура тела повысилась до 38 °С. На третьи сутки отек и гиперемия распространились

до локтевого сустава, движения правой рукой стали вызывать значительную болезненность, температура тела повысилась до 40°C, появились головные боли и сухость во рту. При объективном обследовании: кожные покровы несколько бледные, язык сухой, обложен серым налетом. Температура тела 39,5°C. Правое предплечье и кисть сильно отечны, наблюдается гиперемия кожи. При пальпации в средней трети предплечья определяется участок флюктуации. В общем анализе крови отмечается высокий лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Какие формы данного заболевания различают?
3. Как данное заболевание делится по локализации, укажите специальные названия отдельных видов?
4. Расскажите об основных принципах лечения и тактике ведения больных?
5. В каком конкретном лечении нуждается данный пациент?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №72

Больная М., 52 лет, доставлена в клинику бригадой скорой медицинской помощи через 12 часов с момента заболевания.

Жалобы при поступлении на резкую слабость, головокружение, жидкий стул калом черного цвета. Считает себя больной около 12 часов, когда появилась слабость, была рвота кофейной гущей с последующим 2-х кратным, обильным стулом жидким калом черного цвета. Язвенного анамнеза нет.

Объективно: больная заторможена, сонлива. Кожные покровы и видимые слизистые бледного цвета. АД 90/40 мм.рт.ст., пульс 120 /мин. слабого наполнения.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный, аускультативно — усиленные перистальтические шумы. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Вопросы:

1. Диагноз и дополнительные методы исследования.
2. Тактика, лечения.
3. Методы определения совместимости при переливании донорской крови.
4. Возможные осложнения при гемотрансфузии.
5. Понятие об универсальном доноре и исключение из него.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №73

Больной П., 62 лет, находится в хирургическом отделении по поводу острого гангренозного аппендицита. Операция 5 суток назад. Сегодня появились боли в области послеоперационной раны, озноб, температура тела поднялась до 38,5°C.

Объективно: послеоперационная рана отечна, кожа вокруг раны гиперемирована, при пальпации определяется инфильтрация и болезненность.

Лабораторные данные: Лейкоцитоз - $32 \cdot 10^9/\text{л}$, п/я - 18 %, с/я - 43 %, СОЭ - 32 мм/час, определяется анизо - и - пойкилоцитоз.

Вопросы:

1. Клинический диагноз.
2. Какие клинические и лабораторные данные позволяют заподозрить осложнение?
3. Тактика ведения больного.
4. Какие химиотерапевтические и антисептические средства применимы в данной ситуации?
5. Нуждается ли больной в переводе в другое отделение? Если да, то в какое?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №74

Мужчина 40 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на опоясывающие боли в верхних отделах живота, тошноту, многократную рво-ту, не приносящую облегчения. В анализах крови общий билирубин 30 мкмоль/л, прямой билирубин 17 мкмоль/л, непрямой - 13 мкмоль/л, лейкоциты 12×10^9 /л., амилаза крови 56 мг.крахм/ч.л. После проведенной инфузионной терапии состояние больного улучшилось, болевой синдром значительно уменьшился, но оставались тупые боли в эпигастрии и левом подреберье, лабораторные показатели пришли к норме. На 14 сутки у больного отмечена субфебрильная температура - $37,4^{\circ}\text{C}$. На следующий день состояние больного резко ухудшилось: больной в сопоре, кожные покровы землистого цвета с желтушным оттенком, имеется петехиальная сыпь, температура тела $39,8^{\circ}\text{C}$, потрясающие ознобы, АД 60/40 мм.рт.ст., ЧСС 128 уд.в мин., лейкоциты 30×10^9 /л, мочевого пузырь пуст, креатинин 343 мкмоль/л, мочевины 10 ммоль/л, остаточный азот 30 ммоль/л.

Вопросы:

1. Клинический диагноз.
2. Причина внезапного ухудшения состояния.
3. Какие клинико-лабораторные данные позволяют заподозрить развитие данного осложнения?
4. Какие инструментальные и лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза? Тактика ведения данного больного.
5. Если необходимо назначение антибактериальных средств, то каких?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №75

Больной Д., 32 лет, хирургом ЦРБ выполнена секторальная резекция правой молочной железы по поводу «фиброаденомы молочной железы». Через 10 дней после операции получен результат гистологического исследования: инвазивный протоковый рак молочной железы, диаметр опухоли 1,2 см. Пациентка направлена на консультацию в онкодиспансер. При осмотре: состояние удовлетворительное. В легких без патологии. ЧСС - 76 ударов в минуту, АД 130/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Местно: молочные железы мягкие, в верхненаружном квадранте правой молочной железы послеоперационный рубец - без особенностей. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

1. Как должен был поступить хирург ЦРБ при выявлении опухолевидного образования в молочной железе?
2. Какие методы дополнительного обследования молочных желез необходимо выполнить при обнаружении опухолевидного образования?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. В каком возрасте целесообразно назначать маммографию?

5. Какие методы обследования позволяют подтвердить диагноз «рак молочной железы»?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №75

Больная Р., 37 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в эпигастрии, плохой аппетит, похудание на 10 кг. Больна в течение 6 месяцев, когда впервые появились боли в животе, которые постепенно нарастали. При обследовании по месту жительства на УЗИ в правой доле печени выявлены образования, подозрительные на метастазы. Больная направлена в онкодиспансер. При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура 37,4⁰С. Пониженного питания. В надключичной области справа пальпируется плотный малоподвижный лимфатический узел 2 см. в диаметре. В легких без патологии. ЧСС 80 ударов в минуту, АД 100/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, где пальпируется плотный край печени, выступающий из-под реберных дуг на 5 см. В пунктате из лимфоузла - элементы эпителиальной злокачественной опухоли. При обследовании: рентгенография органов грудной клетки - без патологии, УЗИ брюшной полости – в правой доле печени множественные гетерогенные образования до 30 мм в диаметре. Выставлен диагноз: Метастазы в надключичный лимфоузел справа, печень без выявленного первичного очага.

Вопросы:

1. Опухоли каких локализаций могут метастазировать в правый надключичный лимфоузел?
2. Какие методы дополнительной инструментальной диагностики следует использовать для уточнения природы опухоли и локализации первичного очага?
3. Можно ли назвать данный метастаз Вирховским?
4. Определите стадию заболевания.
5. Рассмотрите варианты возможного лечения данного больного.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №76

Больной А., 56 лет поступил в клинику с жалобами на нестерпимый зуд кожи, ноющие боли в правом подреберье и эпигастриальной области, слабость, упадок сил, отсутствие аппетита, наличие желтухи, которая появилась 1,5 месяца назад и интенсивно нарастает. Приступов сильных болей никогда не отмечал.

При осмотре: склеры и кожа больного оливкового цвета, тургор кожи резко понижен; на ней множество расчесов. Живот мягкий. Печень увеличена. В правом подреберье пальпируется слегка болезненное образование тугоэластической консистенции, овоидной формы. Стул ахоличен.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. Какие методы лабораторной и инструментальной диагностики помогут установить окончательный диагноз?
3. С какими заболеваниями надо проводить дифференциальный диагноз?
4. Каким образом можно помочь больному?
5. Прогноз для данного больного.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №77

Больной Е., 47 лет, поступил в клинику с жалобами на интенсивную боль в верхней половине живота, внезапно появившуюся 2 часа назад. Из анамнеза известно, что больной длительно страдает язвенной болезнью желудка, в последние месяцы сильно похудел. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Частота пульса 84 удара в минуту. АД - 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации резко напряжён, болезнен во всех отделах. Симптом Щёткина положительный. При обзорной рентгенографии выявлено наличие свободного газа в брюшной полости. При экстренной лапаротомии выявлена язва препилорического отдела желудка, по малой кривизне, с белесоватыми краями хрящевидной плотности, в центре - перфорационное отверстие диаметром 2 мм. В малом сальнике увеличенные до 1,5 см плотные лимфатические узлы.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы дополнительного обследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Какая операция должна быть выполнена?
4. Опишите возможные послеоперационные осложнения.
5. Прогноз для данного больного.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №78

Больная К., 47 лет, поступила с жалобами на боли в эпигастрии, желтушность кожных покровов, слабость, похудание на 7 кг. Больна в течение 4 месяцев, желтуха появилась 1 месяц назад, постепенно нарастала. При осмотре: состояние средней тяжести. Склеры и кожа оливкового цвета. Пониженного питания В легких без патологии. ЧСС 100 ударов в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий. Печень увеличена на 2 см, край эластичный. Стул ахоличен. При обследовании: общий анализ крови - эритроциты $4,6 \cdot 10^{12}/л$, НЬ - 124 г/л, СОЭ - 35 мм/ч. Лейкоциты $8,4 \cdot 10^9/л$, формула не изменена. Биохимическое исследование крови - билирубин общий - 289 мкмоль/л, прямой 201 мкмоль/л, непрямой - 88 мкмоль/л; ФЛГ без патологии; ФГДС - поверхностный гастрит, двенадцатиперстная кишка без патологии, желчи не содержит; УЗИ брюшной полости — расширение внутрипечёночных желчных протоков до 0,8 см., холедох 6 мм, желчный пузырь 90x30x24 мм. При лапаротомии выявлена инфильтрация гепатикохоледоха, уходящая в ворота печени, около 10 метастатических узлов в правой доле печени.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Каким образом можно его подтвердить?
3. К какой клинической группе относится данный больной?
4. Какие оперативные пособия возможны в данной ситуации?
5. Прогноз для данного больного.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №79

Больной Н., 65 лет, трое суток назад при резком торможении автобуса упал и ударился правой половиной грудной клетки. Врач травмпункта установил наличие перелома VII –

VIII ребер справа по передне-подмышечной линии, наложил давящую повязку на грудь, рекомендовал больному принимать анальгин. Самочувствие больного не улучшалось, оставалась боль при дыхании, присоединился кашель с мокротой, стала нарастать одышка, повысилась температура. При осмотре у больного тахикардия до 94 ударов в минуту, цианоз губ, температура 38,4°C, резкое ослабление дыхания справа, рассеянные влажные хрипы.

Вопросы:

1. Какое осложнение перелома ребер имеет место.
2. Перечислите мероприятия, необходимые для ликвидации имеющегося у больного осложнения.
3. Объясните смысл и опишите технику новокаиновых блокад "трех точек".
4. Укажите неотложные мероприятия при напряженном пневмотораксе.
5. Перечислите методы лечения при "флотирующих" переломах ребер.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №80

Больной К., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на резкие боли в правой паховой области, появившиеся после поднятия тяжести. С момента появления боли прошло 3 часа. При осмотре: состояние удовлетворительное, живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошно-паховой области, симптомов раздражения брюшины нет.

В правой паховой области имеется резко болезненное опухолевидное образование плотно-эластической консистенции, размером 5х6х4 см, невправимое в брюшную полость. Кожа над ним не изменена.

Из анамнеза: в течение двух лет отмечал периодическое появление в правом паху данного образования, но оно самостоятельно исчезало.

Вопросы:

1. Сформулируйте полный клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?
3. Какова хирургическая тактика при этом заболевании?
4. Назовите особенности хирургического вмешательства при данной патологии.
1. Во время проведения хирургической операции у этого больного оказалось, что в рану подлежат две петли тонкой кишки обычного цвета, с блестящей серозной оболочкой, перистальтирующие, сосуды брыжейки пульсируют.
5. Какой вариант патологии имеется у больного и какова дальнейшая интраоперационная тактика?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №81

Больная П., 66 лет, обратилась с жалобами на наличие опухолевидного образования, расположенного на передней поверхности брюшной стенки, периодические боли в области его.

Из анамнеза: три года назад оперирована по поводу гангренозно-перфоративного холецистита, желчного перитонита. Через 2 месяца после операции отметила появление

опухолевидного образования в области послеоперационного рубца. Постепенно образование увеличилось в размерах, появились боли.

Сопутствующие заболевания: ИБС: стенокардия напряжения, ФК II; Гипертоническая болезнь II стадии.

При осмотре: состояние удовлетворительное, повышенного питания. Отмечается выраженная асимметрия живота за счет опухолевидного образования размером 20x25x18 см, мягко-эластической консистенции, невправимого в брюшную полость, расположенного в области старого послеоперационного рубца.

Вопросы:

1. Клинический диагноз.
2. Причины появления данного заболевания.
3. Особенности предоперационной подготовки при данном заболевании.
4. Современные методы хирургического лечения.
5. Ведение послеоперационного периода.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №82

Больной Ш., 24 лет, поступил в клинику с жалобами на одышку, боли в правой половине грудной клетки, кашель с гнойной мокротой, количество которой доходило до 1 литра в сутки. Заболел 6 месяцев назад, когда появилось общее недомогание, головная боль, боль в правой половине грудной клетки, температура повысилась до 39,2⁰С. Через 5 дней появился кашель с гнойной мокротой, в которой была примесь крови. До поступления получал антибиотикотерапию с переменным успехом. При поступлении: общее состояние тяжелое, кожные покровы с желтоватым оттенком, лицо одутловатое, губы и видимые слизистые цианотичные, ногтевые фаланги по типу «барабанных палочек».

При осмотре: правая половина грудной клетки отстает при дыхании, пальпация правой половины грудной клетки болезненна, перкуторный звук на всей поверхности правой половины грудной клетки укорочен; дыхание ослабленное, жесткое, с большим количеством разнокалиберных сухих и влажных хрипов, число дыхательных движений – 40 в минуту.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования больного.
3. Рентгенография легких: в верхней доле справа определяется интенсивное неомогенное затемнение легочной ткани с четкой нижней границей. На фоне затемнения видна полость с горизонтальным уровнем жидкости.
4. Окончательный клинический диагноз.
5. Основные методы консервативного лечения.
6. Показания и методы оперативного лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №83

Больной И., 45 лет, поступил в клинику через 2 часа после получения травмы в состоянии алкогольного опьянения с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся на вдохе. Со слов больного поскользнулся и упал на левый бок. При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, влажные. АД 100/60

мм.рт.ст, ЧСС – 100 в минуту; больной лежит на левом боку, изменение положение тела вызывает боли в грудной клетке и животе. На левой половине грудной клетки имеютсяссадины и кровоподтеки, локальная болезненность по ходу IX и X ребер слева по средней подмышечной линии. Живот не вздут, при пальпации резко болезнен и напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. В анализе крови: эр. – $4,5 \times 10^{12}/л$, Нб– 130 г/л, Нt – 0,40. При рентгеноскопии грудной клетки выявлен перелом X ребра слева.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения диагноза?
3. При выполнении диагностической лапароскопии в брюшной полости выявлено около 3 литров крови со сгустками, расположенной преимущественно по левому флангу.
4. Дальнейшая хирургическая тактика.
5. Что делать с излившейся в брюшную полость кровью? При ревизии органов брюшной полости во время операции выявлены множественные глубокие разрывы селезенки с распространением на ворота селезенки.
6. Окончательный клинический диагноз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №84

Больной Б., 42 лет, поступил в клинику на вторые сутки с момента травмы с жалобами на сильные боли в правой половине живота, тошноту, двукратную рвоту.

Больным себя считает с момента после отрезвления от алкогольного опьянения, когда почувствовал сильные боли в животе, особенно справа; они сопровождались тошнотой и рвотой съеденной пищей. С этими явлениями он оставался дома и не обращался за медицинской помощью. Постепенно состояние ухудшилось, боли в животе усилились, после чего и вызвал скорую помощь.

При поступлении: общее состояние средней тяжести, кожа и видимые слизистые обычной окраски, на животе имеются ссадины и кровоизлияния. АД 130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 110 уд. в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом, живот равномерно вздут, слабо участвует в акте дыхания. Положителен симптом Спизарного-Кларка. Пальпаторно живот напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Температура – $37,8^{\circ}C$, лейкоцитоз – $11,5 \times 10^9/л$. На обзорной рентгеноскопии: единичные, умеренной величины чаши Клойбера, под куполом диафрагмы полоска воздуха.

Вопросы:

1. Ваш диагноз, дифференциальная диагностика?
2. Хирургическая тактика.
На операции выявлен полный разрыв тонкой кишки на расстоянии 40 см от связки Трейтца с явлениями разлитого перитонита; края поврежденной кишки гиперемированы, покрыты фибрином.
3. Дальнейшие действия хирурга?
4. Классификация закрытых повреждений живота.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №85

Больной М., 50 лет, поступил с жалобами на боли в эпигастрии с иррадиацией в правое подреберье, тошноту, периодическую рвоту. Боли постоянные, усиливаются через 30-40 мин после приема пищи. Вышеуказанные симптомы беспокоят в течение последних 6 месяцев. Лечился амбулаторно по поводу язвенной болезни желудка без эффекта. При осмотре: Удовлетворительное питание. Пульс 76 в мин. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, определяется локальная болезненность ниже мечевидного отростка грудины. Симптомов раздражения брюшины нет. Общ. анализ крови: эритро. $4,1 \times 10^{12}$, Hb 120 г/л, лейкоц. $7,3 \times 10^9$, СОЭ 15 мм/ч. Общ. анализ мочи и биохимические анализы крови в пределах нормы. При ФГДС - каллезная язва средней трети желудка по задней стенке, ближе к малой кривизне, d около 2 см, дно язвы выполнено белым налетом. При рентгеноскопии желудка - «ниша» по малой кривизне тела желудка глубиной до 3 см с воспалительным кратером вокруг дефекта и конвергенцией складок слизистой. Исследование желудочной секреции аспирационно-титрационным методом: базальный уровень секреции соляной кислоты 5 ммоль/л, стимулированный – 10 ммоль/л. рН-метрия: нормацидное состояние, непрерывное кислотообразование, щелочное время 20 мин.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какое осложнение язвенной болезни желудка можно заподозрить?
3. Какой параметр желудочной секреции характеризует критерий «щелочное время»?
4. С чем связана резистентность к консервативной терапии?
5. Показания к плановому оперативному лечению язвенной болезни желудка?
Определите рациональный объем оперативного пособия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №86

Больной Н., 32 лет, поступил с жалобами на боли в эпигастрии, возникающие через 1 час после приема пищи, изжогу, тошноту после еды. Боли не иррадируют, часто возникают ночью, натошак. В течение 4 лет страдает язвенной болезнью, обострения весна-осень, по поводу которых лечился в стационаре терапевтического профиля. Был эпизод желудочно-кишечного кровотечения легкой степени. Объективно: Пониженного питания. Пульс 66 в мин. Язык влажный, покрыт белым налетом. Живот не вздут, мягкий, в эпигастрии определяется умеренная болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет. Общ. анализ крови: эр. $4,9 \times 10^{12}$, Hb 140 г/л, лейкоц. $6,3 \times 10^9$, СОЭ 15 мм/ч. Общ. анализ мочи и биохимические анализы крови в пределах нормы. При ФГДС- хроническая язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки (ДПК), диаметром около 1 см, глубиной до 0,5 см, дно язвы выполнено белым налетом. Отмечается гиперемия слизистой луковицы двенадцатиперстной кишки и антрального отдела желудка. В антральном отделе желудка следы желчи. При исследовании желудочной секреции выявлены: высокая секреция и кислотность в базальной и цефалической фазах и нормальная кислотность в желудочной фазе. Тест медикаментозной ваготомии положительн.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Особенности патогенеза язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.
3. Нуждается ли больной в проведении других методов исследования?
4. С чем может быть связана резистентность к консервативной терапии?

5. Показания к плановому оперативному лечению ЯБДПК, показано ли оперативное лечение этому больному?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №87

Больная Н., 55 лет, поступила с жалобами на слабость, головокружение. 6 часов назад была рвота темной кровью, стула не было. Из анамнеза: 3 года назад был поставлен диагноз крупноузлового цирроза печени. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы субиктеричные, под кожей передней брюшной стенки определяются расширенные извитые вены. На коже бедер, груди – множественные сосудистые звездочки. Пониженное питание. Пульс 90 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, уплотнена. Перкуторно селезенка 15x10 см. Per rectum: ампула прямой кишки заполнена плотными каловыми массами коричневого цвета. Общ. анализ крови: эритроц. $2,7 \times 10^{12}$, Hb 88 г/л, Ht 0,29. ФГДС: быстрое накопление темной крови в дистальном отделе пищевода. УЗИ: структура печени перестроена, свободной жидкости в брюшной полости нет. Биохимический анализ крови: билирубин общ. 38 мкмоль/л, прямой 12,2 мкмоль/л, не прямой 25,8 мкмоль/л, общ. белок 62 г/л (альбумин 55%, глобулины 45%).

Вопросы:

1. Клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.
2. Назовите наиболее частые причины крупноузлового цирроза печени.
3. К какой клинической группе по Child следует отнести эту больную?
4. Нуждается ли больная в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?
5. Определите рациональный объем оперативного пособия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №88

Больной С., 32 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на сильные боли в животе. Из анамнеза известно, что на протяжении последних 4 лет неоднократно лечился амбулаторно по поводу гастрита. 3 суток назад вновь появились умеренные боли в верхних отделах живота, тошнота, озноб. 6 часов назад боли резко усилились и распространились на правые отделы живота. Рвоты не было. К моменту поступления боли несколько уменьшились. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Пониженного питания. Лежит неподвижно, на спине. Попытка сесть вызывает усиление болей. Температура тела $37,0^{\circ}\text{C}$. Пульс 60 в мин. АД 120/70 мм рт. ст. Язык сухой. Живот не вздут, в акте дыхания не участвует, напряжен и болезнен по правому флангу и правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины положительны по правому флангу живота и в правой подвздошной области. Кишечная перистальтика удовлетворительная. Общий анализ крови: эритроц. $4,8 \times 10^{12}$, Hb 140 г/л, лейкоц. $12,3 \times 10^9$. Диастаза мочи 64 ЕД.

Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. С какими острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Почему уменьшился болевой синдром к моменту поступления больного в стационар?

4. Существуют ли показания к консервативному лечению этой патологии? В чем заключается консервативное лечение по методу Тэйлора?
5. Определить объем оперативного пособия при этой патологии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №89

Больной С., 46 лет, поступил в отделение неотложной хирургии с жалобами на боли в животе, рвоту не переваренной пищей, отрыжку тухлым. В течение 12 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с периодическими обострениями. Последние 6 месяцев беспокоят вышеуказанные симптомы, похудел на 15 кг. Ухудшение около 3 суток назад, когда значительно усилилась жажда, появились судороги мышц предплечий и икр. Общее состояние ближе к тяжелому. Пониженного питания, масса тела 55 кг. Кожные покровы бледные, тургор кожи снижен. Вял, адинамичен. Пульс 90 в мин. АД 100/60 мм рт ст. Язык сухой. Живот увеличен в размерах за счет верхних отделов, мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. В эпи- и мезогастрии отчетливо определяется «шум плеска». Определяется мелкий тремор пальцев кистей рук. Общий анализ крови: эритроц. $5,5 \times 10^{12}$, Hb 180 г/л, лейкоц. $9,3 \times 10^9$. Электролиты крови: натрий 146 ммоль/л, калий 2,8 ммоль/л, бикарбонаты 33 мэкв/л. Рентгеноскопия желудка: Желудок резко увеличен в размерах, натощак содержит большое количество жидкости, большая кривизна определяется над входом в малый таз, перистальтика отсутствует, выходной отдел желудка сужен до 3 мм.

Вопросы:

1. Диагноз
2. Патогенез нарушений водно-электролитного обмена.
3. Составьте схему коррекции водно-электролитных нарушений.
4. Чем определяется выбор объема операции при данной патологии?
5. План ведения больного в раннем послеоперационном периоде.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №90

Больной Н., 32 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение. Из анамнеза известно, что в течение последних 7 дней злоупотреблял алкоголем. В день поступления в отделение утром была многократная рвота, сначала – пищей, съеденной накануне, затем – алой кровью. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, изо рта запах дериватов алкоголя. Обычного питания. Пульс 100 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень на 3 см ниже реберной дуги, уплотнена. В момент осмотра у больного позывы на дефекацию, обильный дегтеобразный стул. Общ. анализ крови: эритроц. $2,6 \times 10^{12}$, Hb 82 г/л, Ht 0,27. Фиброгастродуоденоскопия: на передней стенке абдоминального отдела пищевода с переходом на кардию линейный разрыв слизистой оболочки 5x1 см, из которого подтекает алая кровь.

Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз
2. Патогенез заболевания.
3. Нуждается ли больной в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?

4. Тактика ведения больного?
5. Методики эндоскопического гемостаза?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №91

Больной 50 лет, поступил с жалобами на боли в эпигастральной области, тошноту, периодическую рвоту. Вышеуказанные симптомы беспокоят в течение последнего месяца. При гастродуоденоскопии обнаружена пенетрирующая язва средней трети желудка по задней стенке, ближе к малой кривизне, диаметром около 2 см. В крови определяется гастрин 500 пг/л. Исследование желудочной секреции: базальный уровень секреции соляной кислоты 25 ммоль/л, стимулированный – 30 ммоль/л.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие формы данной патологии существуют?
3. Дифференциальная диагностика.
4. Методы лечения данной патологии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №92

Больной 30 лет обратился с жалобами на боли в правой подвздошной области, тошноту, сухость во рту, повышение температуры тела до 38,5 С. Болен в течение 17 часов. В первые часы болевой синдром локализовался в эпигастральной области, умеренной интенсивности, без иррадиации. За 1,5 часа до обращения к врачу почувствовал резкое усиление болей, тошноту.

При осмотре больной находится в вынужденном положении: лежа на спине с подогнутыми ногами, особенно правой. Изменение позиции вызывает боль. Язык не обложен, сухость во рту. Живот не вздут, при пальпации напряжен в правой подвздошной области (точке Мак-Бурнея). Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Щеткина. Наблюдается тахикардия до 96 ударов в минуту. Умеренный лейкоцитоз ($14 \times 10^9/\text{л}$).

Больной оперирован по поводу острого аппендицита через 17 часов с момента заболевания доступом в правой подвздошной области. На операции обнаружен гангренозный аппендицит с перфорацией отростка. В правой подвздошной ямке около 50 мл гнойного выпота.

Вопросы:

1. Укажите дальнейшие действия хирурга.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назовите способы аппендэктомии.
4. Методы дренирования брюшной полости?
5. Осложнения острого аппендицита?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №93

Пожилой больной обратился с жалобами сильные боли схваткообразного характера в нижних отделах живота, тошноту, рвоту. Заболел около 3 часов назад, когда после подъема большого груза почувствовал острую боль в нижних отделах живота, покрылся холодным потом, появилась тошнота, дважды была рвота. Из анамнеза известно, что в течение 3 лет страдает запорами, иногда в кале была темная кровь и слизь. Последние 4 дня состояние

ухудшилось, беспокоила задержка газов и стула. При объективном осмотре: язык суховат, кожа бледно-розовая. Больной пониженного питания. Пульс – 96 в минуту. Живот умеренно вздут, тимпанит, значительно болезнен и напряжен в нижних отделах, больше слева, слабopоложительны симптомы раздражения брюшины в нижних отделах. На рентгенограмме видно раздутые петли тонкого кишечника с широкими уровнями жидкости.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Какие симптомы характерны для механической кишечной непроходимости?
3. Укажите рентгенологический симптом?
4. Назовите хирургическую тактику?
5. Какие операции выполняются при данной патологии?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №94

У больного 36 лет утром появились ноющие боли в правой подвздошной области, усилившиеся и ставшие очень интенсивными к вечеру. Появились частые позывы на мочеиспускание, поднялась температура до 37,6°C, была однократная рвота. Раньше подобных болей больной не отмечал. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот в правой подвздошной области напряжен, резко болезнен. Симптом Щеткина-Блюмберга справа резко положителен. Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского. Симптом Пастернацкого отрицателен. В моче изменений нет. Лейкоцитов в крови $16,0 \times 10^3$ в 1 мкл.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования в данном случае необходимы для дифференциальной диагностики?
3. Показания к лапароскопии?
4. План обследования?
5. Тактика хирурга?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №95

Больной 44 лет внезапно ощутил острую боль в животе схваткообразного характера, вскоре присоединилась частая рвота. Стула нет, газы не отходят. При осмотре состояние больного средней тяжести, периодически громко кричит, ведет себя беспокойно, часто меняет положение. Температура нормальная, пульс 112 в минуту. Язык влажный. Живот вздут больше в верхней половине, при пальпации мягкий, умеренно болезненный, симптомов раздражения брюшины нет. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Выше и слева от пупка определяется овоидной формы плотноэластическое образование, перистальтические шумы над ним не выслушиваются. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Рентгенологически имеются множественные чаши Клойбера, тонкий кишечник вздут.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.

3. Классификация представленной патологии.
4. Тактика лечения?
5. Методы консервативной терапии и оперативного лечения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №96

Больной 65 лет поступил на 2-й день заболевания с жалобами на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, задержку стула и газов. Заболевание началось постепенно. Больной страдает запорами, отмечает, что состояния, напоминающие настоящее, были несколько раз и разрешались дома после очистительной клизмы.

Общее состояние больного удовлетворительное температура нормальная, пульс 72 в минуту, язык обложен, влажный. Живот «перекошенный» — резко вздута правая половина, при пальпации мягкий, безболезненный, справа пальпируется большое образование плотноэластической консистенции, перистальтика над ним не прослушивается. Определяется «шум плеска», при перкуссии—высокий тимпанит. При ректальном исследовании: ампула прямой кишки пуста, сфинктер зияет. При попытке поставить сифонную клизму — жидкость, после введения ее в количестве 300 мл, изливается обратно.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Классификация представленной патологии.
4. Возможные причины данного страдания?
5. Современные методы консервативной терапии и оперативного лечения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №97

У больного 44 лет после переохлаждения поднялась температура до 39°C, появились боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, появился кашель. Мокрота почти не выделялась. Температура держалась 8 дней, несмотря на интенсивное противовоспалительное лечение. Затем у больного стала отделяться в большом количестве гнойная мокрота с неприятным запахом в количестве 200 мл в сутки. Температура снизилась до нормы; больной стал чувствовать себя лучше. Общее состояние удовлетворительное. Под правой лопаткой сзади определяется укорочение перкуторного тона, ослабленное дыхание. Другой патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Какое заболевание вы заподозрили у больного?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
4. Принципы лечения данной патологии.

Перечень ситуационных задач по разделу «Терапия»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №98

Пациент 45 лет, по профессии программист, обратился к участковому врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распиравания в эпигастральной области после приема пищи, изжогу, отрыжку кислым, тошноту.

Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трех лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию).

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 32,0 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт. ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

ЭФГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Край дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие *H. pylori* – положительный.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Необходимо ли взять пациента на диспансерный учет? Что нужно назначить пациенту в качестве профилактической терапии «по требованию» при появлении симптомов обострения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №99

Больной Ф. 78 лет вызвал участкового врача на дом по поводу жалоб на приступы сердцебиения и перебоев в работе сердца, которые сопровождаются слабостью, одышкой. Данные приступы стали беспокоить последние шесть месяцев, продолжаются несколько минут, проходят самостоятельно при перемене положения тела.

Из анамнеза известно, что последние несколько лет стала снижаться память, редко отмечает повышение АД до 160/90 мм рт. ст. Перенесенные заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, пневмония. В настоящее время – пенсионер, работал преподавателем в вузе. Вредных привычек не имеет.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Телосложение правильное, рост – 168 см, вес – 70 кг.

Форма грудной клетки коническая, дыхание свободное через нос. Заметна пульсация шейных вен. ЧД – 17 в мин. При перкуссии звук ясный, легочный, границы легких в пределах нормы. При аускультации дыхание жесткое, хрипов нет.

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

Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется, размеры по Курлову – 9x8x7 см.

Общий анализ крови и мочи без патологии. В биохимическом анализе крови определяется высокий уровень холестерина.

Записана ЭКГ: зубцы Р во всех отведениях отсутствуют. Между комплексами QRS, мелкие волны «f», частота сокращений желудочков 110-150 в минуту.

Вопросы:

1. Какое нарушение ритма у больного?
2. С какими наджелудочковыми аритмиями необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования Вы назначите больному? Обоснуйте ответ.
4. На основании каких параметров оценивается риск развития инсульта и системных тромбоэмболий у данного больного? Является ли необходимым назначение антикоагулянтов у данного больного?
5. Перечислите, что относится к сердечно-сосудистым заболеваниям и другим факторам, ассоциирующимся с установленным диагнозом, в том числе у данного больного.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №100

Больная С. 47 лет на приеме терапевта по поводу почти постоянных, усиливающихся после погрешностей в диете болей в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину, похудание.

В 40-летнем возрасте перенесла холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через полгода после операции появились перечисленные выше жалобы. При применении спазмолитиков и соблюдении диеты самочувствие улучшалось. Последние 1,5-2 года стул стал неоформленным, похудела на 8 кг, появился зуд промежности, стала пить больше жидкости, участились мочеиспускания.

При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное, повышенного питания. Рост – 175 см, вес – 90 кг, ИМТ – 29 кг/м². Голени пастозны. При сравнительной перкуссии легких определяется легочный звук. Аускультативно дыхание жесткое, проводится по всем легочным полям. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС 80 уд./мин, АД - 156/85 мм рт. ст. Язык влажный, у корня обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живота отмечается некоторая болезненность в эпигастрии и правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра диаметром 1,5 см. Имеется болезненность в зоне Шоффара. Положительные симптом Керте, симптом Мейо-Робсона. При перкуссии живота — тимпанит. Размеры печени по Курлову – 15x13x11 см. Печень выступает из-под реберной дуги на 3-4 см, край умеренной плотности, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Поражение какого органа можно предположить, и с чем это связано?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту?
4. Определите тактику лечения больного.
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз при данном заболевании?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №101

Больной 25 лет, водитель, обратился к участковому терапевту с жалобами на появление эпизодов удушья с затрудненным выдохом, кашель с трудно отделяемой мокротой практически ежедневно. Приступы удушья возникают 2-3 раза в неделю чаще ночью и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Незначительная одышка при физической нагрузке. Лекарства не принимал. Считает себя больным около 3 мес. За медицинской помощью обратился впервые. С детства частые бронхиты с обострениями в весенне-осенний периоды. Другие хронические заболевания отрицает. Операций, травм не было. Курит по 1,5 пачки в день 5 лет. У матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь.

Аллергологический анамнез не отягощен. Профессиональных вредностей не имеет.

При физикальном осмотре: состояние больного легкой степени тяжести. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы чистые, влажные. Рост 175 см, вес 81 кг. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При перкуссии – ясный легочный звук. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям, выслушивается небольшое количество сухих, рассеянных, высокодискантных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 80 уд./мин удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10x9x7 см. Дизурических явлений нет.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.
3. План лечебных мероприятий?
4. Проведение медико-социальной экспертизы. Противопоказанные виды труда?
5. Укажите показания к неотложной госпитализации у пациента.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №102

Пациент А.Т. 49 лет, инженер, обратился к участковому терапевту с жалобами на эпизодическое повышение АД до 150/90-160/96 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области. По совету своих знакомых при плохом самочувствии, связанном с высоким АД, принимает эналаприл по 10 мг. Кроме того, в последние 2-3 мес. стал отмечать появление ноющих болей в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250-300 метров, купирующихся в покое. Считает себя больным около 2-х лет,

когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Ранее не обследовался. Систематической терапии не получает. Максимальные цифры АД – 170/100 мм рт. ст. Около 10 лет назад была выявлена язвенная болезнь 12-перстной кишки, после курса консервативной терапии обострений больше не было. Другие хронические заболевания отрицает. Курит около ½ пачки в день – 30 лет. Алкоголь употребляет умеренно. Семейный анамнез: мать страдает ИБС, гипертонической болезнью; отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. Операций, травм не было.

При физикальном осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые не изменены. Рост 172 см, вес 80 кг, ИМТ – 27 кг/м². Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа без особенностей. При сравнительной перкуссии легких звук ясный легочный. Топографическая перкуссия легких – границы в пределах нормы. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, акцент 2-го тона над аортой. Ритм сердца правильный, прерываемый единичными экстрасистолами. ЧСС – 70 в мин, АД – 150/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Поколачивание области почек безболезненное с обеих сторон. Дизурических явлений нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз. Обоснуйте.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Назначьте медикаментозную терапию.
4. Какие антигипертензивные препараты и их комбинации являются неоптимальными для данного пациента?
5. Возможные осложнения основного заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №103

При проведении диспансеризации у женщины 50 лет (вес 98 кг, рост 164 см) выявлено: гликемия натощак 6,9 ммоль/л, в общем анализе мочи – уд. вес 1015 г/л, цвет желтый, моча прозрачная, белок – 0,15 г/л, сахар ++++, эритроциты 1-2 в п./зр., лейкоциты 3-5 в п./зр., эпителий плоский 3-5 в п./зр.

На момент осмотра жалоб активно не предъявляет. В течение последних 6 месяцев периодически отмечала повышение АД до 140/90 – 150/95 мм рт. ст. Антигипертензивную терапию не получала. Семейный анамнез: мать – 69 лет страдает артериальной гипертензией, сахарным диабетом 2 типа; отец умер в 60 лет от инфаркта миокарда. Наличие другой соматической патологии отрицает. Вредные привычки отрицает.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Телосложение правильное. ИМТ – 37 кг/м². Окружность талии – 104 см. Кожные покровы обычного цвета, чистые. Видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 72 в мин. АД – 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень – по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования пациента.
4. Препарат(-ы) какой(-их) антигипертензивной(-ых) группы (групп) Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Какой гипогликемический препарат Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №104

Больная Р. 45 лет обратилась к врачу с жалобами на чувство тяжести, переполнения в животе, возникающее через 40-50 минут после еды, тошноту.

В течение 20 лет страдает хроническим гастритом, обострения 1-2 раза в год. Во время обострений обычно принимает ингибиторы протонной помпы, антациды. Эрадикационную терапию не получала. Настоящее ухудшение в течение 2 недель на фоне погрешностей в диете. Самостоятельно принимала альмагель при возникновении неприятных ощущений.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 166 см, вес 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне. Симптомы холецистита отрицательные. Печень не изменена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей.

Результаты фиброгастродуоденоскопии: пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Кардия смыкается полностью. Слизистая оболочка желудка гиперемирована, с участками атрофии в антральном отделе, складки сглажены, расправляется воздухом хорошо. Привратник проходим. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и залуковичный отдел не изменены. Взят биоптат из антрального отдела желудка: быстрый уреазный тест положительный. Результат гистологического исследования биоптата: слизистая желудка с атрофией и хронической полиморфноклеточной инфильтрацией.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте медикаментозное лечение, обоснуйте свой выбор.
5. Разработайте план диспансерного наблюдения пациента.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №105

Мужчина 57 лет вызвал врача на дом. Предъявляет жалобы на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. Вышеописанная симптоматика появилась около 2 часов назад после интенсивной физической нагрузки. Самостоятельно принял 2 таблетки нитроглицерина – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили.

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

При объективном обследовании: кожные покровы влажные. Перкуторный звук над легочными полями легочный; аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны

сердца ослаблены, ритм правильный, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

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

Транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии, располагающего возможностью проведения первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) – 30 мин.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какой должна быть тактика ведения пациента на догоспитальном этапе?
4. Тактика ведения на госпитальном этапе?
5. Что изменится в тактике ведения пациента, если транспортная доступность будет 4 часа?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №106

Мужчина 59 лет находился на стационарном лечении в кардиологическом стационаре по поводу переднего Q-образующего инфаркта миокарда. При поступлении была проведена коронароангиография, обнаружена окклюзия передней межжелудочковой артерии, выполнены ЧТКА и эндопротезирование передней межжелудочковой артерии. Период стационарного лечения протекал без особенностей, после выписки пациент был направлен в специализированный кардиореабилитационный стационар.

После кардиореабилитации пациент явился на прием в поликлинику по месту жительства. Боли в сердце не беспокоят, при быстрой ходьбе появляется одышка.

Из анамнеза известно, что в последние 2 года периодически повышалось АД до максимальных цифр 160/90 мм рт. ст. Постоянно лекарственную терапию не получал, эпизодически принимал моксонидин 0,2-0,4 мг. При физической нагрузке периодически возникал дискомфорт в области сердца, одышка. За медицинской помощью не обращался. Курит более 30 лет по ½ пачке сигарет в день.

Семейный анамнез: отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 49 лет. Работает машинистом башенного крана.

Биохимический анализ крови: общий холестерин - 6,36 ммоль/л, ЛПНП - 3,69 ммоль/л, ЛПВП - 1,25 ммоль/л, ТГ - 2,26 ммоль/л.

Глюкоза натощак – 4,5 ммоль/л.

ЭхоКГ: гипертрофия левого желудочка, увеличение полости левого предсердия. Локальная акинезия передней стенки левого желудочка. Митральная регургитация 2 ст., трикуспидальная регургитация 1 ст. Нарушение диастолической функции левого желудочка (VE/VA <1,0). Фракция выброса левого желудочка – 48%.

Результаты велоэргометрии: субмаксимальная ЧСС 137 уд./мин достигнута при нагрузке 100 Вт.

Результаты теста с 6-минутной ходьбой: за 6 мин пройдено 412 метров.

При осмотре кардиологом поликлиники: состояние удовлетворительное. ИМТ – 37 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 150/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и

селезенка не увеличены. Отеков нет. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз пациента в настоящее время.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Оцените данные лабораторных анализов и инструментальных методов обследования.
4. Какую медикаментозную терапию должен принимать в настоящее время пациент? Разработайте программу реабилитации на поликлиническом этапе, план диспансерного наблюдения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №107

Пациент Д. 50 лет обратился в поликлинику с жалобами на частые головные боли, периодическую жажду, сухость во рту; после переохлаждения около недели назад присоединились учащенное мочеиспускание днем и до 6 раз ночью, тяжесть в поясничной области, однократно поднималась температура тела до 37,8° С.

В анамнезе СД 2 типа (3 года), соблюдает диету, получает метформин 2000 мг/сут., на этом фоне глюкоза крови натощак больше 6 ммоль/л не повышается. Гипертоническая болезнь около 5 лет. Принимает валсартан 40–80 мг/сут. в зависимости от уровня АД. Максимальное повышение АД до 150/90 мм рт. ст. (чаще 130-136/80-84 мм рт. ст.). Ведет малоподвижный образ жизни, работает менеджером, по сменам. Головные боли чаще возникают после ночной смены. У матери гипертоническая болезнь, у отца инфаркт миокарда. Курит по 5-6 сигарет с течением 10 лет.

Осмотр. Повышенного питания. ИМТ – 29 кг/м², окружность талии 100 см. Кожные покровы и слизистые обычной окраски. Перкуторно над легкими звук легочный. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 17 в минуту. В сердце тоны ослаблены, ритм правильный, акцент II тона над аортой, ЧСС – 78 в мин. АД – 136/86 мм рт. ст. (S=D) Язык влажный чистый. Живот пальпаторно безболезненный, увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки. Размеры печени не увеличены. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Периферическая пульсация на артериях стоп сохранена, не снижена.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,4 x 10¹²/л, гемоглобин – 142 г/л, лейкоциты 11 x 10⁹/л, палочкоядерные 8%, сегментоядерные 72%, лимфоциты 16%, моноциты 4%. СОЭ - 25 мм/ч. Общий анализ мочи: удельный вес – 1018 г/л, белок – следы, лейкоциты – 20-30 в поле зрения, эритроциты 1-2 в поле зрения.

Глюкоза капиллярной крови – 5,2 ммоль/л. HbA1c 5,6%.

Биохимический анализ крови: АЛТ 25 МЕ/л, АСТ 15 МЕ/л, креатинин 75 мкмоль/л.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях – без патологии.

ЭКГ – синусовый ритм, признаки гипертрофии левого желудочка, ЧСС – 84 в мин.

УЗИ брюшной полости – печень не увеличена, эхогенность не изменена, желчный пузырь не увеличен, стенка 2 мм, конкрементов нет, поджелудочная железа неравномерно уплотнена, не увеличена. Почки не увеличены, деформация ЧЛС с обеих сторон, кист и конкрементов нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте терапию. Обоснуйте свой выбор.
5. Через 10 дней после лечения нормализовался общий анализ мочи (белка нет, лейкоциты 1-2 в поле зрения), нормализовался общий анализ крови (лейкоциты 5×10^9 , СОЭ 10 мм/ч). АД 130/80 мм рт. ст. Глюкоза капиллярной крови 5,5 ммоль/л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №108

Пациент Д. 52 лет обратился в поликлинику с жалобами на жажду, сухость во рту, учащенное мочеиспускание, ночью до 3 раз, частые боли в затылочной области, утомляемость при физической нагрузке. Данные жалобы беспокоят в течение года. Из анамнеза выяснено, что много лет имеет избыточную массу тела, ведёт малоподвижный образ жизни, работает бухгалтером. Головные боли возникают после стрессов на работе. Сухость во рту возникает после съеденной сладкой пищи, которой пациент злоупотребляет. Ранее больной к врачам не обращался. У матери гипертоническая болезнь. Не курит. Аллергический анамнез не отягощён.

При осмотре повышенного питания. ИМТ 31 кг/м^2 , объем талии - 100 см. Кожные покровы и слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. При перкуссии грудной клетки звук лёгочный, в лёгких аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, акцент II тона над аортой, ЧСС – 64 уд. в мин., АД – 180/100 мм рт.ст. Язык влажный чистый, живот пальпаторно безболезненный, увеличен в объёме за счёт подкожно-жировой клетчатки. Размеры печени по Курлову $11 \times 10 \times 6$ см, выступает на 2 см из-под рёберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется. Селезёнка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Периферическая пульсация на артериях стоп сохранена, не снижена. В общем анализе крови: эритроциты – $4.4 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 142 г/л, ЦП – 0.85, лейкоциты $5.6 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ - 9 мм/ч. В общем анализе мочи: удельный вес - 1018, белка нет, глюкозурия ++, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эритроциты отсутствуют. В биохимическом анализе крови: общий холестерин 6,9 ммоль/л, триглицериды 3,6 ммоль/л, ЛПВП 0,9 ммоль/л, глюкоза крови 9,2 ммоль/л, Нв А1с 7,6%. АЛТ 65 Е/л, АСТ 35Е/л, билирубин общий 17 мкмоль/л, прямой 5 мкмоль/л, непрямой – 12 мкмоль/л. Амилаза 60 ЕД.

Рентгенография лёгких – без патологии.

ЭКГ – синусовый ритм, признаки гипертрофии левого желудочка, ЧСС 64 уд/мин.

УЗИ брюшной полости – печень увеличена ($12 \times 10 \times 7$ см), неравномерно уплотнена, «блестит», желчный пузырь не увеличен стенка 4 мм, взвесь, конкрементов нет, поджелудочная железа неравномерно уплотнена, не увеличена.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте терапию. Обоснуйте свой выбор.

5. Через 6 месяцев регулярной терапии – АД колеблется в пределах 150-160/90-96 мм рт.ст., глюкоза натощак – 5,4 ммоль/л, Нв А1с 6.5%, общий холестерин – 4,5 ммоль/л, ТГ – 1,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, креатинин – 88 мкмоль/л, альбуминурия – 10 мг/сутки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №109

Женщина 28 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на слабость, утомляемость, сердцебиение, головокружение, головную боль, ухудшение памяти, боли в ногах, желание есть сухие макароны, гречневую крупу, першение в горле.

Из анамнеза известно, что анемия обнаружена с 16 лет. Лечилась нерегулярно препаратами железа курсами по 2-3 недели с временным эффектом.

Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, обильные, по 5-7 дней через 21 день. 2 беременности, 2 срочных физиологических родов в 23 и 27 лет.

При осмотре: состояние пациентки удовлетворительное. Рост – 162 см, масса тела – 65 кг. ИМТ – 24,08 кг/м². Кожные покровы и конъюнктивы бледны. Ногти тонкие, уплотнены, концы ногтей расслоены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, при аускультации выслушивается систолический шум на верхушке сердца и по левому краю грудины, ЧСС – 110 уд.в мин., АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме. В анализах: общий анализ крови — эритроциты $3,6 \cdot 10^{12}/л$, анизоцитоз, микроцитоз, Нв-94 г/л, ЦП-0,6, лейкоциты $5,2 \cdot 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 57%, лимфоциты – 28%, моноциты – 9%, СОЭ – 25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 77 г/л, общий билирубин – 15,3 мкмоль/л, непрямой билирубин – 12,1 мкмоль/л, железо сыворотки – 7,6 мкмоль/л, ферритин – 8,8 мкг/л. ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС – 106 в минуту, снижение зубца Т в левых грудных V5, V6 отведениях.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой препарат из группы железосодержащих лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 2 месяца регулярной терапии препаратом из группы железосодержащих отмечается положительная динамика: уменьшились слабость и утомляемость, улучшилась память, сердцебиения не беспокоят, исчезли нарушения вкуса; в общем анализе крови-эритроциты $4,2 \cdot 10^{12}/л$, средний диаметр эритроцитов 7,5 мкм, Нв-122 г/л, ЦП-0,84 лейкоциты $6,7 \cdot 10^9/л$, эозинофилы-0%, палочкоядерные-2%, сегментоядерные-59%, лимфоциты-28%, моноциты-9% , СОЭ-13 мм/час. Биохимический анализ крови: железо сыворотки – 14,7 мкмоль/л, ферритин – 9,8 мкг/л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №110

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

Анамнез: заболела остро, около недели назад – повысилась температура до 38°C, стала беспокоить боль в горле при глотании. Принимала жаропонижающие с положительным эффектом – температура снизилась до 37°C, однако боль в горле продолжала беспокоить. Сопутствующие заболевания: наблюдается у ревматолога с диагнозом «двусторонний гонартроз». Принимает диклофенак 75 мг 2 раза в день per os.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела 38°C. Кожные покровы обычной окраски, без высыпаний. Периферических отёков нет. При осмотре правого коленного сустава видимых внешних изменений не выявляется, определяется умеренное ограничение объёма активных и пассивных движений в суставе. При осмотре ротоглотки отмечается гиперемия, отёчность глоточных миндалин (больше справа), множественные гнойные фолликулы, налётов нет. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон до 1,5 см, плотные, умеренно болезненные, не спаяны между собой и окружающими тканями. Дыхание в лёгких везикулярное, проводится во все отделы, ЧД – 20 в мин. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС - 90 ударов в минуту. АД - 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Стул регулярный, оформленный.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Назначьте лечение.
4. Назначьте обследование, обоснуйте.
5. На фоне проводимой терапии улучшения не наблюдалось, пациентка пришла на повторный амбулаторный прием к терапевту. Получен результат общего анализа крови: гемоглобин - 118 г/л, эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л, ЦП 0,93, ретикулоциты - 0,8%, тромбоциты – 190×10^9 /л, лейкоциты - $1,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 10%, эозинофилы – 0%, базофилы – 0%, моноциты – 3%, лимфоциты – 86%, СОЭ - 23 мм/ч. Поставьте диагноз. Какова дальнейшая тактика ведения пациентки?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №111

Больной С. 50 лет обратился к терапевту поликлиники с жалобами на повышение температуры до 38°C, слабость, озноб, кашель со светлой мокротой.

Анамнез: заболел остро, 3 дня назад, когда повысилась температура до 38°C. Отмечал общее недомогание, слабость, озноб. Лекарств не принимал. Вчера присоединился кашель со скудной светлой мокротой.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела 37,7°C. Кожные покровы обычной окраски, без высыпаний. Периферических отёков нет. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание в лёгких везикулярное, ослаблено в нижних отделах правого лёгкого, там же выслушивается крепитация, при перкуссии – притупление перкуторного звука в нижних отделах справа. ЧД – 20 в мин. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС - 100 ударов в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Стул регулярный, оформленный.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте.
2. Назначьте обследование, обоснуйте.
3. Пациенту проведена рентгенограмма лёгких в прямой и боковой проекции – выявлены инфильтративные изменения в нижней доле правого лёгкого. Назначьте лечение.
4. Несмотря на проводимую терапию состояние больного ухудшалось, мокрота стала зелёной, симптомы интоксикации усилились. Через 3 дня пациент явился на повторный приём к врачу поликлиники. Получен результат общего анализа крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,91, ретикулоциты - 1,0%. тромбоциты – $220 \times 10^9/л$, лейкоциты - $0,9 \times 10^9/л$, п/я - 2%, с/я - 8%, эозинофилы – 0%, базофилы – 0%, моноциты – 4%, лимфоциты – 86%, СОЭ - 30 мм/ч. Установите окончательный диагноз, обоснуйте
5. Дальнейшая тактика лечения пациента.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №112

Больной П. 35 лет обратился к терапевту поликлиники с жалобами на эпизоды внезапно возникающего головокружения при интенсивной физической нагрузке, эпизод кратковременной потери сознания.

Анамнез: ранее у врачей не наблюдался, хронические заболевания отрицает. Считает себя больным в течение 2 месяцев, когда впервые появились эпизоды головокружения. Накануне вечером после интенсивной нагрузки (переносил мебель) был эпизод кратковременной потери сознания. К врачу не обращался.

Наследственность: отец – внезапная смерть в 43 года.

При осмотре: состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые обычной окраски, высыпаний нет. Периферических отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет, ЧД – 14 в мин. Верхушечный толчок усилен, концентрический. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС - 60 уд в минуту. В области верхушки и вдоль левого края грудины выслушивается интенсивный систолический шум. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезёнка не пальпируются. Стул оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Пациенту снята ЭКГ – ритм синусовый, правильный, ЧСС – 64 в мин. Отклонение ЭОС влево. $RV_6 > RV_5 > RV_4$. Индекс Соколова-Лайона 45 мм.

Вопросы:

1. Предложите план обследования пациента, обоснуйте.
2. Пациенту проведено обследование: ЭХОКГ – полости сердца не расширены, ФВ 56%. Толщина задней стенки ЛЖ – 13 мм, толщина межжелудочковой перегородки – 18 мм, индекс массы миокарда – 132 г/м². Ваши дальнейшие действия для постановки диагноза? Обоснуйте свой выбор.
3. По результатам самостоятельного контроля АД и СМАД у пациента регистрируются нормальные значения АД. По результатам лабораторно-инструментального обследования не выявлено поражение других органов-мишеней, факторов риска нет. Поставьте окончательный диагноз.
4. Обоснуйте диагноз.
5. Назначьте терапию, дайте рекомендации.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №113

Женщина 45 лет обратилась к врачу с жалобами на изжогу, отрыжку кислым, усиливающиеся в горизонтальном положении после приёма пищи и при наклоне вперед. Данные симптомы появились около трёх месяцев назад. Ранее не обследовалась, лекарственных препаратов не принимала. Курит по 10 сигарет в день в течение 20 лет, алкоголь употребляет в минимальных количествах.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ - 31 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумы не выслушиваются. ЧСС – 72 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В клиническом и биохимическом анализах крови отклонений не выявлено. ЭКГ – синусовый ритм, ЧСС - 70 уд. в мин, горизонтальное положение электрической оси сердца.

Проведена ЭГДС, на которой выявлены множественные участки гиперемии слизистой оболочки и отдельные нессливающиеся эрозии дистального отдела пищевода размером до 5 мм.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите группы лекарственных препаратов и 1– 2 их представителей в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Какие рекомендации по изменению образа жизни необходимо дать пациентке?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №114

Больная Ш. 45 лет обратилась к терапевту поликлиники с жалобами на слабость, головокружение, выпадение волос, ломкость ногтей, сухость кожи.

Анамнез: считает себя больной в течение 3-х месяцев, когда впервые появились жалобы на слабость, головокружение. К врачу не обращалась. В дальнейшем симптомы стали нарастать, стали выпадать волосы, появилась ломкость ногтей, сухость кожи. Сопутствующие заболевания: страдает меноррагией – месячные обильные, затяжные, по 7-10 дней каждые 28 дней.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые бледные, сухие, высыпаний нет. Ногти с выраженной продольной исчерченностью, «ложкообразные». Диффузная алопеция. Периферических отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет, ЧД – 21 в мин. Тоны сердца ритмичные, ослабление I и II тона сердца во всех точках аускультации. ЧСС - 90 уд в минуту. АД - 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезёнка не пальпируются. Стул оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Через 2 дня пациентка пришла на повторный прием с результатами анализов: клинический анализ крови: гемоглобин - 95 г/л, эритроциты - $1,12 \times 10^{12}/л$. MCV 75 фл, MCH 22 пг, ретикулоциты - 0,9%, тромбоциты – $226 \times 10^9/л$, лейкоциты - $4,9 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 4% , сегментоядерные - 51%, моноциты – $0,10 \times 10^9/л$, лимфоциты – $1,7 \times 10^9/л$, СОЭ - 36 мм/ч. Сывороточное железо 4,2 мкмоль/л, ОЖСС 82 мкмоль/л, коэффициент насыщения трансферрина 23,5%, АЧТВ 26 с, ПТВ 14 с, фибриноген 3,1 г/л. Консультация гинеколога назначена на следующий день. Назначьте лечение.
5. Через 2 месяца регулярной терапии железосодержащим препаратом пациентка сдала повторный анализ крови: клинический анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$. MCV 82 фл, MCH 28 пг, ретикулоциты - 1,2%. тромбоциты – $260 \times 10^9/л$, лейкоциты - $5,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные- 6% , сегментоядерные- 55%, моноциты – $0,10 \times 10^9/л$, лимфоциты – $1,4 \times 10^9/л$, СОЭ - 17 мм/ч. Пациентка также наблюдается у гинеколога, принимает терапию по поводу меноррагий, отмечает нормализацию месячных. Охарактеризуйте изменения в анализах. Ваши дальнейшие действия?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 115

Женщина 65 лет поступила с жалобами на боли в поясничной области справа, иррадиирующие в правую часть живота, приступообразные, длящиеся по 2-3 часа, средней интенсивности, острые, возникающие и усиливающиеся после употребления большого количества жидкости или при физической нагрузке, стихающие после приёма спазмолитиков (дротаверин), анальгетиков (метамизол натрия, кеторолак) и в покое. Болям сопутствуют головная боль, сухость во рту.

Считает себя больной около 4-5 дней, когда впервые появились острые приступообразные боли в поясничной области справа, иррадиирующие в правую часть живота по ходу мочеточника, средней силы. Возникновение болей связывает с тем, что в последние несколько дней принимала большое количество жидкости. Боли усиливались при движении и физической нагрузке. Болям сопутствовали головная боль, сухость во рту. Для купирования болевого синдрома принимала дротаверин, метамизол натрия с улучшением. В течение последующих трёх дней интенсивность болевых ощущений и длительность приступов возросли, в связи с чем обратилась к врачу.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, отёков нет. В лёгких хрипов нет. АД – 130/86 мм.рт.ст. ЧСС – 79 в минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Мочеиспускание не затруднено. Симптом поколачивания слабopоложительный справа. Пальпация мочеточников болезненная справа.

В анализах: лейкоциты $10,8 \times 10^9/л$, гемоглобин 120 г/л, СОЭ 17 мм/ч, креатинин 105 мкмоль/л, в моче присутствуют оксалаты. Обзорная рентгенография органов брюшной полости и малого таза: в просвете малого таза справа однородная тень – конкремент верхней трети мочеточника.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Ваша дальнейшая тактика ведения больной.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №116

Женщина 75 лет обратилась к врачу с жалобами на сердцебиение.

Из анамнеза известно, что 3 месяца назад пациентка перенесла острый нижний инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST; пациентке была выполнена коронарография – выявлен стеноз огибающей ветви 85%, (ПМЖВ стеноз 45%, ОВ 45%), в связи с чем проводились ангиопластика со стентированием стентом с лекарственным покрытием. В течение трех лет у пациентки верифицирована постоянная форма фибрилляции предсердий. У пациентки в анамнезе были 2 попытки восстановления ритма с помощью электроимпульсной терапии, которые оказались неуспешными.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС – 140 уд. в мин., пульс – 110 уд. в мин. АД – 110/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин – 4,8 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,1 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 3,2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз пациентки.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Перечислите группы препаратов, сроки их применения, которые должны быть рекомендованы для приема пациентке. Обоснуйте их применение.
5. Учитывая жалобы пациентки на сердцебиение, несмотря на прием препаратов, перечисленных в прошлом вопросе, какова дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №117

Мужчина 68 лет обратился к врачу-терапевту с жалобами на головную боль, головокружение, мелькание мушек перед глазами.

Из анамнеза известно, что 3 месяца назад перенес острый нижний инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST; пациенту была выполнена коронарография – выявлен стеноз правой коронарной артерии 90%, в связи с чем проводилась ангиопластика и стентирование стентом с лекарственным покрытием.

Из анамнеза известно, что в течение длительного времени страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением цифр артериального давления до 210/110 мм рт. ст, хорошее самочувствие при артериальном давлении 120/70 мм рт. ст.

Вредные привычки: курение в течение 20 лет по 10 сигарет в день.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, гиперемированы. В лёгких дыхание жёсткое везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 190/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный

во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин – 5,4 ммоль/л, ТГ – 1,6 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,1 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 3,6 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Перечислите группы препаратов и сроки их применения, которые должны быть рекомендованы на постоянный прием пациенту. Обоснуйте их применение.
5. Через 2 месяца у пациента появились жалобы на сердцебиение, к врачам не обращался. В течение 5 дней данные жалобы сохранялись, в связи с чем вызвал скорую медицинскую помощь. На ЭКГ зарегистрирована фибрилляция предсердий. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №118

Пациент Н. 52 лет, водитель, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на приступообразные боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку, возникающие во время быстрой ходьбы, интенсивной физической нагрузке, сопровождающиеся чувством страха, купирующиеся в покое. Считает себя больным в течение двух месяцев, лечился у невролога с диагнозом «межреберная невралгия». Принимал анальгин, диклофенак, физиотерапевтические процедуры – без эффекта.

Из анамнеза известно, что около 5 лет страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением цифр АД до 175/100 мм рт.ст., постоянную антигипертензивную терапию не получает.

Наследственность: отец и старший брат перенесли инфаркт миокарда в возрасте до 55 лет.

Вредные привычки: курит в течение 20 лет по 20 сигарет в сутки; алкоголь умеренно употребляет.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Рост 170 см, вес 98 кг. ИМТ – 33,91 кг/м². Гиперстеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферических отёков нет. В лёгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Перкуторно над поверхностью лёгких ясный лёгочный звук. ЧДД – 17 в мин. Аускультативно: на верхушке сердца ослабление I тона, над аортой - акцент II тона. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД – 170/100 мм рт.ст. ЧСС – 88 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.

В анализах: общий холестерин – 5,6 ммоль/л, ТГ – 2,4 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 3,57 ммоль/л; креатинин – 89 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕПІ) = 84 мл/мин.

На ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 88 уд/мин. Гипертрофия миокарда левого желудочка.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие группы лекарственных препаратов необходимо назначить пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. На стресс-ЭХО-КГ выявлено ухудшение сократимости в 4 сегментах. Ваша дальнейшая тактика ведения больного?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №119

Пациент Р. 55 лет, слесарь, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство, преимущественно возникающие при быстрой ходьбе или при подъёме по лестнице более чем на один пролет в обычном темпе, купирующиеся приёмом 1 таблетки нитроглицерина сублингвально.

Из анамнеза известно, что впервые загрудинные боли возникли около двух лет назад, с тех пор выраженного прогрессирования заболевания не отмечал.

Вредные привычки: курит в течение длительного времени по 2 пачки в сутки; злоупотребляет алкоголем.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Рост – 162 см, вес – 95 кг. ИМТ – 36,2 кг/м². Гиперстеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски и обычной влажности. Периферических отёков нет. В лёгких дыхание жёсткое, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При перкуссии определяется смещение левой границы относительной тупости сердца влево на 0,5 см. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 130/80 мм рт.ст. ЧСС – 87 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, увеличен в объеме за счёт подкожно-жирового слоя. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.

В анализах: общий холестерин – 6,2 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,8 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 4,2 ммоль/л.

На ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 76 уд/мин. Отклонение ЭОС влево. Гипертрофия левого желудочка.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте лечение и обоснуйте.
5. При проведении стресс-эхокардиографии выявлено ухудшение локальной сократимости миокарда в 4 сегментах. Ваша тактика ведения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №120

Женщина 24 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, повышение температуры тела до 39,2°C, тянущие боли в поясничной области, частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах.

Из анамнеза известно, что считает себя больной с 14 лет, когда впервые отметила появление вышеуказанных жалоб, был диагностирован острый пиелонефрит, проведено лечение.

В последующие 2 года неоднократные госпитализации с аналогичными жалобами, выставлен диагноз хронического пиелонефрита. В 16 лет больной было предложено санаторно-курортное лечение, которое дало положительные результаты.

Ухудшение состояния около 2-х недель назад, когда после переохлаждения появились озноб, повышение температур тела до 39°C, сильные приступообразные боли в поясничной области, которые иррадиировали вниз живота, сопровождающиеся частым болезненным мочеиспусканием.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост 175 см. Вес 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отёков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа. Частое болезненное мочеиспускание.

В анализах: лейкоциты $8,9 \times 10^9$ /л, СОЭ 36 мм/час, мочевины 4,3 ммоль/л, креатинин 72,6 мкмоль/л, общий белок 46 г/л. СКФ 92 мл/мин/1,73м².

Общий анализ мочи: удельный вес – 1009, белок – 0,5 г/л, лейкоциты – всё поле зрения, слизь, клетки плоского эпителия.

Обзорная и экскреторная урография – почки расположены обычно, теней конкрементов не выявлено. Имеется грибовидная деформация чашечек, шейки вытянуты, лоханка атонична. Контуры почек неровные, снижено накопление контраста справа. Уродинамика не нарушена.

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №121

Мужчина 45 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боль в левом колене, которая началась накануне, ночью. Со слов пациента, боль появилась внезапно, когда он уже лег спать после обильного ужина. В течение примерно 3 часов боль была очень интенсивной, в связи с чем пациент принял парацетамол две таблетки по 500 мг, после чего боль несколько уменьшилась, но полностью не купировалась.

Пациент отрицает аналогичные приступы болей в колене ранее, однако несколько месяцев назад был эпизод интенсивной боли в первом плюснефаланговом суставе правой стопы после переохлаждения, сопровождавшийся покраснением сустава и невозможностью опираться на ногу. Тот эпизод прошел полностью самостоятельно без какого-либо лечения в течение 3 суток, наиболее интенсивной была боль в первые 3-4 часа.

Пациент отрицает факты травм, операций, гемотрансфузий. В течение 2 лет страдает артериальной гипертензией, по поводу которой принимает гидрохлортиазид. Накануне вечером пациент употреблял большое количество красного вина и ел мясные отбивные, так как отмечал семейное событие. Курение, употребление наркотических препаратов отрицает. При осмотре: рост 180 см, масса тела 109 кг, ИМТ 33,6 кг/м². Температура тела 37,1°C, ЧСС – 90 ударов в минуту, частота дыхания 22 в минуту, АД – 129/88 мм рт.ст. Кожные покровы

обычной окраски, имеется незначительная гиперемия воротниковой зоны. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы без отклонений от нормы, живот мягкий, безболезненный, размеры печени и селезёнки в пределах нормы. Левый коленный сустав увеличен в объёме за счёт экссудации, кожа над ним гиперемирована, локальная температура повышена. Пациент ограничивает активные движения в суставе из-за болей, придает колену полусогнутое положение. Пассивные движения ограничены в таком же объёме, при максимальном сгибании и разгибании боль усиливается. Пальпация сустава резко болезненна, определяется значительный выпот в коленном суставе, крепитация отсутствует. Другие суставы без патологических проявлений, объем движений в них полный. Увеличения паховых лимфатических узлов нет. В общем анализе крови имеется лейкоцитоз $9,1 \cdot 10^9/\text{л}$, сдвига лейкоцитарной формулы нет, СОЭ 28 мм/ч, в остальном – без отклонений.

Вопросы:

1. Опишите основные характеристики суставного синдрома у данного пациента.
2. Какой наиболее вероятный предположительный диагноз?
3. Какие диагностические исследования будут являться ключевыми для подтверждения диагноза?
4. Какие клинические признаки указывают на предполагаемый диагноз?
5. Каковы принципы медикаментозной терапии данного заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №122

Мужчина 55 лет обратился по поводу хронического кашля. Также он отмечает появление одышки при физической активности. Со слов пациента, в последнее время отмечается усиление кашля. (Во время беседы Вы отмечаете запах табачного дыма от пациента.) При опросе он признает, что курит ежедневно 1 пачку сигарет в течение 35 лет и пробовал самостоятельно отказаться от курения, однако безуспешно. При обследовании ЧСС – 80 ударов в минуту, АД – 125/82 мм рт ст., частота дыхания 16 в минуту. Кожные покровы обычной окраски, пульсоксиметрия демонстрирует сатурацию 98%. Перкуторный звук над легочными полями ясный, дыхание с жёстким оттенком, по всем лёгочным полям отмечаются единичные сухие свистящие хрипы. По остальным органам и системам без отклонений. По результатам спирометрии ФЖЕЛ в пределах возрастной нормы, отношение ОФВ1/ФЖЕЛ- 0,89, ОФВ1 - 81% от нормы.

Вопросы:

1. Какие основные рекомендации следует дать пациенту?
2. Опишите роль медицинских работников в стимулировании отказа от курения.
3. Какие препараты фармакологической поддержки отказа от курения возможно использовать?
4. Какие дополнительные методы исследования следует назначить данному пациенту?
5. Возможно ли диагностировать хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ) у данного пациента?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №123

На повторном приеме мужчина 47 лет. Две недели назад он перенёс респираторную вирусную инфекцию, по поводу которой обращался к Вам и во время осмотра у него было

обнаружено повышенное АД до 164/98 мм рт.ст. Пациент вспоминает, что ранее ему говорили о «повышенном давлении», но значений АД он не помнит, со слов, лечения рекомендовано не было. В настоящее время пациент чувствует себя хорошо, жалоб не предъявляет. Пациент не курит, алкогольные напитки употребляет «как все», то есть «по праздникам, и, может, пару бутылок пива по выходным». Регулярными физическими упражнениями не занимается, работа малоподвижная. Отец умер от инсульта в возрасте 69 лет, мать жива и, со слов пациента, здорова, в возрасте 72 лет. У него два старших брата, и он не осведомлен о наличии у них каких-либо хронических заболеваний.

При осмотре: рост 177 см, масса тела 84 кг, окружность талии 103 см, температура тела 36,7°C. Кожные покровы обычной окраски, дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 14 в минуту. Границы относительной сердечной тупости слева – на 1 см влево от левой срединно-ключичной линии, справа – по правому краю грудины, тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС – 78 в минуту. АД – на левой руке 156/96 мм рт.ст., на правой руке – 152/98 мм рт.ст. По остальным органам и системам без отклонений от нормы.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие нефармакологические методы лечения следует рекомендовать пациенту?
5. Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств возможно рекомендовать пациенту. Обоснуйте свой выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №124

Мужчина 56 лет пришел на осмотр, ранее наблюдался у другого врача. Страдает артериальной гипертензией, по поводу которой получает индапамид 2,5 мг ежедневно. Также он время от времени принимает аспирин в низкой дозе, так как видел рекламу и решил, что ему он будет полезен.

Анамнез жизни без особенностей, наличие иных хронических заболеваний отрицает. Пациент не курит, эпизодически употребляет алкогольные напитки и не занимается физическими упражнениями. Отец умер в возрасте 60 лет от инфаркта миокарда, мать умерла в возрасте 72 лет от злокачественного новообразования, есть две младшие сестры, обе не страдают хроническими заболеваниями.

При физикальном исследовании рост 173 см, масса тела 92 кг, окружность талии 106 см. ЧСС – 75 ударов в минуту, АД – 130/80 мм рт.ст. По органам и системам без отклонений от нормы.

В лабораторных анализах липидного спектра: общий холестерин 6,23 ммоль/л, холестерин липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) 1,2 ммоль/л, холестерин липопротеидов низкой плотности 4,03 ммоль/л, триглицериды 1,56 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо выполнить этому пациенту?
3. Какие нефармакологические методы лечения следует рекомендовать пациенту?
4. Показан ли прием аспирина в низких дозах данному пациенту? Обоснуйте ответ.

5. Какие уровни липидов крови следует рассматривать в качестве целевых для данного пациента, и какие методы достижения этих целей следует рекомендовать?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №125

Женщина 36 лет, продавец, обратилась с жалобами на «какую-то мочевую инфекцию, от которой никак не может избавиться». Пациентка считает, что страдает дрожжевой инфекцией мочеполовой системы, так отмечает постоянные белесые выделения из половых путей, зуд и жжение при мочеиспускании. Также она отмечает увеличение частоты мочеиспусканий, связывает это с инфекцией. Моча светлая, обильная, без патологических примесей. В течение последних лет отмечает постоянное увеличение массы тела, за последний год прибавка массы тела составила не менее 6 кг. Пациентка пробовала различные диеты для контроля массы тела, но безуспешно. В последние 3-4 месяца придерживается диеты с ограничением углеводов, но большим количеством белка и жиров. Со слов, хроническими заболеваниями не страдала. Во время единственной беременности в возрасте 30 лет отмечала избыточную прибавку массы тела и большую массу тела плода – при рождении вес составлял 5100 г, роды путем кесарева сечения. Семейный анамнез неизвестен.

При физикальном обследовании рост 155 см, масса тела 86 кг. Кожа влажная, тургор несколько снижен, имеется гиперпигментация и утолщение кожи по задней поверхности шеи и в подмышечных областях, под молочными железами отмечается яркая гиперемия. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не изменены, при аускультации тоны сердца ритмичные, акцент 2 тона на аорте, АД – 138/88 мм.рт.ст., ЧСС – 72 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. По результатам гинекологического обследования обнаружены обильные белые вагинальные выделения, соответствующие картине кандидозного кольпита, что подтверждено результатами микробиологического исследования.

Результат исследования мочи с использованием тест-полоски показал отрицательные пробы на нитриты, лейкоцитарную эстеразу, белок и глюкозу. Глюкоза периферической капиллярной крови при исследовании портативным глюкометром – 12,5 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо выполнить этой пациентке?
4. Какие индивидуальные цели лечения (показатели углеводного обмена и липидов крови) следует установить данной пациентке?
5. Дайте диетические рекомендации пациентке.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №125

Молодой человек 18 лет предъявляет жалобы на боль в горле, затруднение глотания и повышение температуры тела выше 38°C в течение двух дней. Он отмечает, что его младшая сестра на прошлой неделе «болела такой же инфекцией». Осиплости голоса, слюнотечения, скованности мышц шеи не отмечается. Пациент отрицает такие клинические проявления как кашель, кожные высыпания, тошнота и рвота или диарея. Пациент за пределы постоянного места жительства в последний год не выезжал, иммунизация выполнена полностью в

соответствии с национальным календарем. Хроническими заболеваниями не страдает, лекарственные препараты не принимает, аллергические реакции отрицает. Травмы, операции, курение, употребление алкоголя и наркотиков также категорически отрицает. Объективно: температура тела 38,5°C, ЧСС – 104 удара в минуту, АД – 118/64 мм рт.ст., частота дыхания 18 в минуту, сатурация кислородом 99%. Задняя стенка глотки ярко гиперемирована, миндалины значительно увеличены в размерах с обеих сторон, в лакунах определяется налёт белого цвета, больше слева, отклонения язычка нет. Имеет место увеличение передних шейных и подчелюстных лимфатических узлов с обеих сторон, лимфатические узлы до 2,5 см, эластичные, умеренно болезненные при пальпации. Кожные покровы чистые. Органы дыхания и кровообращения без отклонений от нормы, живот мягкий, безболезненный, увеличения печени и селезёнки нет. Суставы без экссудативных проявлений, объём движений полный.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие опасные и угрожающие жизни причины боли в горле следует рассматривать в контексте дифференциального диагноза?
4. Какие лабораторные исследования можно использовать для подтверждения диагноза?
5. Сформулируйте план лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №126

Женщина 24 лет жалуется на боли в поясничной области и повышение температуры тела в течение последних двух дней. В течение последней недели отмечались боли при мочеиспускании, а выраженная боль и лихорадка появились вчера. Сегодня присоединилась тошнота, но рвоты не было. Боль преимущественно локализуется в правой части поясницы, она постоянная, тупая, без иррадиации. Вчера вечером пациентка приняла 400 мг ибупрофена, чтобы заснуть, но боль сохраняется, и утром она решила обратиться к врачу. Пациентка замужем, менструации регулярные, последние – 1 неделю назад. В качестве контрацепции использует внутриматочную спираль. Выделения из половых путей отрицает. Мочеиспускание 5-7 раз в сутки, моча выделяется в обычном количестве, в последние два дня мутная, пенная.

Объективно: температура тела 38,3°C, ЧСС – 112 в минуту, АД – 120/70 мм рт.ст., частота дыхания 15 в минуту. При пальпации правого рёберно-позвоночного угла имеется выраженная болезненность, поколачивание в области почек резко болезненно справа. Отёков нет. Физикальное обследование других отклонений от нормы не выявляет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие лабораторные исследования следует использовать для подтверждения диагноза?
3. Какие заболевания следует рассматривать в рамках дифференциального диагноза болей в поясничной области у молодой женщины?
4. Сформулируйте план лечения.
5. Сформулируйте прогноз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №127

Мужчина 44 лет с жалобами на повышение температуры тела, ознобы, кашель с небольшим количеством мокроты. Считал себя полностью здоровым до последней недели, когда появилась заложенность носа, насморк и небольшая боль в горле. К врачу не обращался, лечился самостоятельно противопростудными безрецептурными препаратами («Фервекс»). Прошлой ночью отметил внезапное повышение температуры тела до 39°C, озноб, выраженную общую слабость и появился кашель, вначале сухой, затем – с небольшим количеством светлой мокроты, а также боли в правой половине грудной клетки. Наличие хронических заболеваний отрицает. Курит по 1 пачке сигарет в течение 15 лет, аллергические реакции отрицает.

Объективно: температура тела 37,8°C, кожные покровы чистые. Перкуторный звук укорочен справа в нижних отделах, дыхание справа ниже угла лопатки бронхиальное (ослабленное), мелкопузырчатые хрипы в конце вдоха в этой области, частота дыхания 22 в минуту, сатурация периферической крови кислородом 99%. Сердечно-сосудистая система без отклонений от нормы, ЧСС – 80 уд. в минуту, АД – 120/72 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, периферических отёков нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие исследования требуются для подтверждения диагноза?
3. Проведите оценку прогноза и осуществите выбор места лечения пациента.
4. Сформулируйте план лечения.
5. Опишите методы профилактики данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №128

Мужчина 39 лет проходит профилактический медицинский осмотр в рамках диспансеризации. Жалобы на периодический кашель по утрам с небольшим количеством слизистой мокроты. В анамнезе – частые ОРВИ, бронхиты, хронические заболевания отрицает. Имеется длительный стаж курения (индекс курильщика – 21 пачка\лет).

При осмотре: состояние удовлетворительное, нормостенического телосложения. ИМТ – 24 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков нет. В анализах: общий холестерин – 4,8 ммоль/л, глюкоза крови 5,2 ммоль/л. ЭКГ – норма. Абсолютный сердечно-сосудистый риск (SCORE) = 1% (низкий).

Вопросы:

1. Определите группу здоровья пациента. Обоснуйте свой ответ.
2. Нуждается ли пациент в направлении на второй этап диспансеризации? Какое обследование необходимо провести? Обоснуйте свой ответ.
3. Перечислите спирометрические признаки бронхиальной обструкции. Опишите тактику врача при обнаружении нарушений функции лёгких по обструктивному типу.
4. Составьте план индивидуального профилактического консультирования.

5. Предложите пациенту способы отказа от курения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №129

Женщина 34 лет страдающая бронхиальной астмой, пришла на очередной диспансерный осмотр к участковому терапевту. В течение последних 4 месяцев состояние больной стабильное, получает базисную терапию:

низкие дозы ингаляционных ГКС и длительно действующий β_2 -агонист (флутиказона пропионат 100 мкг + сальметерол 50 мкг (в виде комбинированного ингалятора) 2 раза в день), по потребности сальбутамол 1 раз в 2-3 недели. Жалоб не предъявляет, приступы астмы редкие (1 раз в 2-3 недели), ночных приступов нет, ограничения физической активности не отмечает.

При осмотре: состояние удовлетворительное, телосложение нормостеническое. ИМТ – 22 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 72 в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Периферических отёков нет.

Общий анализ крови – без патологии. При спирометрии – ОФВ₁=85%.

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №130

Мужчина 51 года, инженер, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, кашель с выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, повышение температуры до 38,5°C. Заболел 2 дня назад, когда после переохлаждения появилась слабость, сухой кашель, повысилась температура до 38°C. В анамнезе с 48 лет сахарный диабет 2 типа, контролируется только диетой. Другие хронические заболевания отрицает. Контакта с больными туберкулёзом не было. Курит до 1 пачки сигарет в день около 30 лет.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ 28 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, влажные. Температура 38,5°C. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧД – 18 в мин. В лёгких перкуторно справа ниже угла лопатки укорочение звука. Аускультативно везикулярное дыхание, справа ниже угла лопатки дыхание ослабленное, там же выслушивается звучные мелкопузырчатые хрипы. Пульс 95 в мин., ритмичный. АД=120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный Периферических отёков нет.

Общий анализ крови: эритроциты $5,4 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты - $10,2 \cdot 10^9/л$, эозинофилы 2%, палочкоядерные нейтрофилы 2%, сегментоядерные нейтрофилы 71%, лимфоциты 22%, моноциты 3%. СОЭ 28 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии.

Анализ мокроты: слизисто-гнойная, без запаха, лейкоциты – 30-40 в поле зрения, эритроциты – не обнаружены, эпителий плоский – 10-25 в поле зрения, эластических волокон нет, ВК не обнаружено.

Рентгенография органов грудной клетки: справа в нижнем лёгочном поле (S9) участок инфильтрации лёгочной ткани неоднородной структуры, с нечёткими контурами. Сердце без патологии.

Участковый терапевт поставил диагноз «Пневмония». Назначил лечение в амбулаторных условиях: азитромицин 500 мг 1 раз в день – 3 дня, ацетилцистеин 600 мг 1 раз в день, парацетамол 500 мг 3 раза в день.

Вопросы:

1. Правильно ли участковый терапевт поставил и сформулировал диагноз? Обоснуйте свой ответ.
2. Правильно ли участковый терапевт выбрал место лечения пациента? Обоснуйте свой ответ, используя шкалу CRB-65.
3. Правильно ли терапевт выбрал антибактериальный препарат для лечения пневмонии? Обоснуйте свой ответ.
4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.
5. Показано ли пациенту после выздоровления диспансерное наблюдение? Обоснуйте свой ответ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №131

Пациент 57 лет жалуется на кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке (подъём на 1 этаж, ходьба в умеренном темпе), сердцебиение, слабость, утомляемость. Выраженность симптомов по «Оценочному тесту по ХОБЛ» (САТ) 28 баллов. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 37 лет, индекс курильщика=37. Кашель в течение многих лет с мокротой по утрам. Часто отмечал субфебрильную температуру. 3 года назад появилась постепенно усиливающая одышка, отеки на голенях. При усилении одышки применяет беродуал. В последние годы участились обострения в связи с простудой до 2-3 раз в год. В прошлом году один раз был госпитализирован в стационар с обострением.

Объективно: гиперстенического телосложения, повышенного питания. ИМТ – 29 кг/м². Выраженный диффузный цианоз. Грудная клетка обычной конфигурации. При перкуссии лёгочный звук, в нижних отделах с коробочным оттенком. Дыхание жёсткое, с удлинённым выдохом, рассеянные сухие свистящие хрипы. ЧД – 24 в минуту. Границы сердца расширены вправо, акцент 2 тона над лёгочной артерией. ЧСС – 86 ударов в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Шейные вены в положении лёжа набухают. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. На ногах отеки.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,8 \cdot 10^9$ /л, Hb – 168 г/л, лейкоциты – $6,1 \cdot 10^9$ /л (лейкоцитарная формула – без особенностей), СОЭ – 15 мм/ч. Спирометрия: ОФВ₁=30,0% от должного, ОФВ₁/ФЖЕЛ=0,6. Пульсоксиметрия: SaO₂=87%. ЭКГ – признаки гипертрофии правого желудочка и правого предсердия.

Рентгенография органов грудной клетки: лёгочный рисунок усилен, деформирован.

Корни деформированы, уплотнены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте медикаментозную терапию. Обоснуйте свой ответ.
4. Составьте план диспансерного наблюдения.
5. Проведите экспертизу нетрудоспособности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №132

К участковому терапевту обратился больной 52 лет с жалобами на систематический кашель с отделением скудного количества слизистой мокроты, преимущественно в утренние часы, одышку с затруднением выдоха, возникающую при обычной физической нагрузке, снижение массы тела.

Курит с 20 лет (30 сигарет в день), работает наборщиком в типографии. В течение предшествующих 5 лет беспокоит хронический кашель, в последние 2 года присоединились прогрессирующая одышка при ходьбе, которая значительно ограничивает физическую работоспособность и снижение массы тела. Два месяца назад перенёс простудное заболевание, на фоне которого отметил значительное усиление кашля и одышки, амбулаторно принимал азитромицин. Самочувствие улучшилось, но сохраняется выраженная одышка, в связи с чем обратился в поликлинику. В течение последнего года подобных эпизодов простудных заболеваний с усилением кашля и одышки, кроме указанного, не отмечалось.

Перенесённые заболевания: правосторонняя пневмония в 40-летнем возрасте, аппендэктомия в детском возрасте. Аллергоанамнез не отягощён.

Общее состояние удовлетворительное. Пониженного питания, рост 178 см, вес 56 кг. Кожные покровы обычной окраски, отёков нет. Грудная клетка бочкообразной формы, при перкуссии лёгких – коробочный звук, при аускультации – диффузно ослабленное везикулярное дыхание, частота дыханий – 18 в минуту, SpO₂ 96%. Тоны сердца ритмичные, пульс 88 в минуту, акцент II тона над лёгочной артерией. АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 4 см.

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №133

Больная Н. 63 лет, пенсионерка, обратилась на приём к участковому врачу в сопровождении дочери. Предъявляет жалобы на выраженную слабость, нарастающую в течение последних шести месяцев. Также дочь указывает на появление когнитивных нарушений у мамы (забывчива, иногда теряется при пользовании бытовой техникой)

Из анамнеза известно, что пациентка страдает артериальной гипертензией, целевые показатели АД достигнуты на фоне комбинированного приема лизиноприла и амлодипина. За медицинской помощью ранее обращалась редко, преимущественно для прохождения диспансеризации.

Состояние удовлетворительное. Рост 161 см, вес 56 кг, ИМТ 21,6 кг/м². Кожа и слизистые бледные. Лимфоузлы не увеличены. Молочные железы мягкие. Отёков нет. Костно-суставно-мышечная система – без особенностей. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД –

16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 84 в 1 мин. АД – 130/80 мм.рт.ст. Язык малинового цвета, не обложен. Живот мягкий, чувствительный к пальпации в эпигастральной области. Печень выступает на 2 см из-под рёберной дуги, край эластичный. Селезёнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул оформлен, регулярный, обычного цвета. Чувствительных и двигательных нарушений не выявлено.

Общий анализ крови, выполненный в неотложном порядке: эритроциты (RBC) - $2,31 \times 10^{12}/л$, гемоглобин (Hb) – 52 г/л, MCV – 108 fl, MCH – 36,1 pg, MCHC – 391 г/л, лейкоциты (WBC) - $2,8 \times 10^9/л$: базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 84%, лимфоциты – 12%, моноциты – 2%. Тромбоциты (PLT) – $76 \times 10^9/л$. СОЭ = 31 мм/час.

Вопросы:

1. Выскажите и обоснуйте мнение о наиболее вероятных диагнозах.
2. Вы врач участковый терапевт. Предложите и обоснуйте дальнейшую тактику ведения пациентки.
3. Пациентка на приёме через 1 месяц. В течение первых двух недель находилась на лечении в терапевтическом стационаре, затем продолжала лечение дома. При проведении ФГДС выявлен атрофический гастрит. В течение прошедшего месяца получала препарат, повышающий уровень гемоглобина. Отметила существенное уменьшение слабости, однако сохраняются забывчивость, трудность подбора слов при общении. Перед явкой к участковому врачу выполнен общий анализ крови: эритроциты (RBC) - $3,95 \times 10^{12}/л$, гемоглобин (Hb) – 96 г/л, MCV – 88 fl, MCH – 32,3 pg, MCHC – 348 г/л. Лейкоциты (WBC) - $5,6 \times 10^9/л$. Тромбоциты (PLT) – $199 \times 10^9/л$. СОЭ = 25 мм/час. Какое лечение Вы будете применять в дальнейшем? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Дочь хочет направить маму для дальнейшего лечения в санаторий и просит указать профиль наиболее подходящих санаториев. Обоснуйте Ваше решение.
5. Дочь пациентки интересуется, какими немедикаментозными средствами (диета) можно повысить уровень гемоглобина. Выскажите и обоснуйте свое мнение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №134

Больной С. 69 лет, пенсионер, обратился в поликлинику к терапевту с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли и ощущение тяжести в подложечной области через 15-20 минут после еды, тошноту, изжогу. Болевые ощущения усиливаются при погрешностях в питании. Периодически беспокоят одышка, давящие боли за грудиной, возникающие при умеренных физических нагрузках (подъём на 2-й этаж), купируются приемом нитрамента и при прекращении нагрузки

Из анамнеза: боли в подложечной области беспокоят последние 4-5 недель, несколько уменьшаются после приёма нитроглицерина, альмагеля. Около недели назад пациент отметил эпизод появления чёрного стула в течение 2-х суток. В возрасте 49 лет диагностировали язвенную болезнь ДПК, лечился в стационаре, в последующем обострений заболевания никогда не фиксировалось. Последние 10 лет к врачам по этому поводу пациент не обращался. Больной страдает ИБС; 1,5 года назад перенёс инфаркт миокарда, 10 месяцев назад проведена операция стентирования коронарных артерий (установлено 2 стента). Пациент получает медикаментозное лечение по поводу ИБС, в том числе, тромбасс и клопидогрел, последние 5 месяцев прекратил приём клопидогреля.

При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 27 кг/м², кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Голени пастозны. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 130/85 мм рт.ст. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность в эпигастрии по средней линии тела и в пилоро-дуоденальной зоне, остальные отделы живота безболезненны. Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени и селезёнки по Курлову: 11х9х8 см и 6х4 см соответственно. Край печени плотно-эластической консистенции определяется на 2 см ниже реберной дуги, безболезненный. Пальпация отделов толстой кишки безболезненна. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

В анализах: эритроциты $3,11 \times 10^{12}$ /л, Hb 103 г/л, MCH - 22p/g, MCHC – 300 g/l, лейкоциты $5,6 \times 10^9$ /л. СОЭ 8 мм/час. Общий холестерин 7,8 ммоль/л, триглицериды 2,6 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, 72 в 1 мин; RI > RII > RIII, в I, aVL, v1-4 отведениях зубец Q > 1/3 зубца R, зубец T отрицательный.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?
4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов лечения.
5. Укажите препараты из группы ИПП, которые Вы выбрали бы в данном случае. Обоснуйте Ваш выбор. Укажите дозы препаратов. Выберите схему эрадикационной терапии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №135

Женщина 59 лет обратилась на приём к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли механического и стартового характера в коленных суставах (больше справа), которые уменьшаются при использовании топических и пероральных НПВП.

Из анамнеза известно, что данные симптомы беспокоят пациентку в течение 5 лет и постепенно прогрессируют. Ранее за медицинской помощью пациентка не обращалась, по совету знакомых использовала эластичный наколенник при ходьбе, обезболивающие препараты – 1-2 раза в неделю. Отмечает усиление болевого синдрома в течение 2 недель, после чрезмерной физической нагрузки (работа на дачном участке). Из-за усиления болевого синдрома увеличила частоту приема обезболивающих средств. В настоящее время, находясь на пенсии, продолжает работать продавцом в магазине. Пять лет назад была диагностирована язвенная болезнь ДПК. Больная получила соответствующее лечение и в настоящее время жалобы характерные для этой патологии отсутствуют.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 35 кг/м². Окружность талии – 104 см, окружность бедер – 110 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При осмотре костно-мышечной системы определяется незначительная припухлость в правом коленном суставе, варусная деформация коленных суставов, hallux valgus с обеих сторон. При пальпации суставов болезненность в проекции медиальной щели правого коленного сустава. Сгибание в коленных суставах справа до 100-110 градусов, слева до 120-130 градусов, боль при максимальном сгибании справа, крепитация с обеих сторон. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 135/85 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах.

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

На рентгенограмме коленных суставов: незначительное сужение медиальной части суставной щели, субхондральный склероз, мелкие краевые остеофиты. На рентгенограмме стоп – вальгусная деформация 1 плюснефаланговых суставов с обеих сторон, значительное сужение суставной щели и крупные остеофиты в 1 плюснефаланговых суставах с обеих сторон.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования Вы бы назначили данному пациенту?
4. Определите план ведения пациентки с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов и профилактических мероприятий.
5. Пациентка повторно обратилась на консультацию через 5 лет. За это время отмечает прогрессирование суставного синдрома, ежедневную потребность в приёме НПВ, недостаточный эффект от приёма обезболивающих. На рентгенограмме коленных суставов – значительное сужение медиальной части суставной щели, справа – до контакта костных поверхностей, крупные остеофиты. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №136

Женщина 75 лет обратилась на приём к врачу-терапевту участковому с жалобами на интенсивную постоянную боль в поясничной области, усиливающуюся при поворотах тела и наклонах вперёд.

Больной себя считает в течение недели, когда во время работы в огороде (уборка картофеля) появились вышеуказанные боли. С целью уменьшения болевого синдрома принимала баралгин – с незначительным эффектом.

Из анамнеза: на пенсии (ранее работала преподавателем), профессиональные вредности отрицает. Перенесённые операции: гистерэктомия в 44 года (по поводу фибромиомы матки), хирургическая менопауза.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожный покров физиологической окраски. Рост 160 см., вес 52 кг, ИМТ 20,3 кг/м². При осмотре костно-мышечной системы усилен грудной кифоз, подчёркнут поясничный лордоз. Болезненная пальпация остистых отростков в поясничном отделе. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 64 в минуту, АД 125/80 мм.рт.ст. Язык не обложен, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Размеры печени - 9(0)×8×7 см. Селезёнка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненное, дизурии нет. Стул оформленный 1 раз в сутки, без патологических примесей.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 130 г/л, лейкоциты – $7,8 \times 10^9/л$, базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 73%, лимфоциты – 18%, моноциты - 8%, тромбоциты – $267 \times 10^9/л$, СОЭ – 14 мм/час.

Общий анализ мочи: рН – 6,8, удельный вес – 1018, белок и сахар – отрицат, лейкоциты – 2-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 74 г/л, щелочная фосфатаза – 140 МЕ/л, АСТ – 16 МЕ/л, АЛТ – 22 МЕ/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, креатинин – 75 мкмоль/л.

На рентгенограмме пояснично-крестцового отдела позвоночника – передняя клиновидная деформация L3 и L4.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Определите план ведения пациентки с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов (с указанием доз используемых препаратов).
5. Пациентка повторно обратилась на консультацию через 2 года. По данным денситометрии Т-критерий в поясничном отделе позвоночника составил -3,0 (в начале лечения), -3,4 (через 1,5 года); в бедре показатели Т-критерия составили -2,2 и -2,5 соответственно. Кроме того, 5 месяцев назад у пациентки был низкоэнергетический перелом левой лучевой кости. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте свой выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №137

Женщина 54 лет, педагог, обратилась на приём к участковому врачу с жалобами на периодические головные боли, преимущественно в затылочной области, сопровождающиеся слабостью, шумом в ушах, тошнотой, возникающие на фоне повышения АД до 170/105 мм рт.ст.

Из анамнеза известно, что страдает АГ около 4 лет. Пациентка ранее обращалась к участковому врачу, которым было зарегистрировано повышение АД до 160/90 мм рт. ст. Назначенное лечение: эналаприл 10 мг в сутки принимала регулярно, однако цифры АД оставались повышенными до 140-150/90-95 мм рт. ст. Ухудшение самочувствия (учащение головных болей) на протяжении 2-3 месяцев, связывает с переменаами погоды, переутомлением, стрессовой ситуацией на работе. Из анамнеза жизни: у матери – АГ, отец умер в 45 лет от ОИМ.

При осмотре: состояние удовлетворительное, пациентка эмоционально лабильна, рост 162, вес 64 кг, ИМТ 24,39 кг/м². Отёков нет. В лёгких – везикулярное дыхание. ЧД – 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 72 в минуту. АД – 170/100 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги, безболезненная. Селезёнка не увеличена. Поколачивание в области почек безболезненное с обеих сторон.

В анализах: ОАК, ОАМ в пределах нормы; общий холестерин – 5,8 ммоль/л, ТГ – 1,9 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 3,1 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,1 ммоль/л, креатинин – 64 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 95 мл/мин/1,73 м²; ЭКГ: синусовый ритм, 70 ударов в минуту, угол α - 30°, индекс Соколова-Лайона 39 мм.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

4. Нуждается ли пациентка в коррекции медикаментозной терапии? Если да, какие группы препаратов Вы бы стали использовать в лечении пациентки? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие немедикаментозные профилактические мероприятия должны быть проведены для профилактики развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентки? Обоснуйте свой выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №138

Мужчина 46 лет, бухгалтер, обратился к участковому врачу с жалобами на приступы давящих болей за грудиной с иррадиацией в левую руку, возникающие в покое, преимущественно в ночное время и в ранние утренние часы (4-6 часов утра). Приступы проходят самостоятельно в течение 3-4 минут.

Из анамнеза известно, что приступы болей за грудиной беспокоят в течение 3 месяцев. Физическую нагрузку переносит хорошо, может подняться на 5-6 этаж без остановки, болевые приступы при этом не возникают. Появление болей за грудиной связывает с возникшей стрессовой ситуацией на работе. До настоящего времени за медицинской помощью не обращался. В течение последних 2 лет отмечает подъёмы артериального давления до 140/90 мм рт. ст. При ощущаемых субъективно подъемах АД принимает (по рекомендации жены) каптоприл. После длительного перерыва в 10 лет, в последний год вновь стал курить по 10 сигарет в день.

Семейный анамнез: отец и мать пациента живы, отец страдает АГ, мать – стенокардией.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 172 см, вес 66 кг, ИМТ 22,3 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. В лёгких – дыхание везикулярное. ЧД 16 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС 64 уд. в 1 минуту. АД 127/75 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических расстройств нет.

В анализах: глюкоза натощак – 5,1 ммоль/л, креатинин – 76 мкмоль/л, общий холестерин – 6,3 ммоль/л, ТГ – 2,2 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 4,2 ммоль/л, АСТ 28 Ед/л, АЛТ 34 Ед/л.; ЭКГ в покое: синусовый ритм, 61 ударов в минуту. ЭОС не отклонена.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Как должно быть организовано и проводиться диспансерное наблюдение данного пациента? Обоснуйте Ваш выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №139

Мужчина 59 лет, менеджер, обратился к участковому врачу с жалобами на давящие боли за грудиной, длительностью от 2 до 5 минут, возникающие при подъеме по лестнице на 2-й, 3-й этаж. Боли периодически отдают в левую руку, купируются нитроглицерином в течение 2-3 минут. Потребность в нитроглицерине – 3-4 раза в день.

Из анамнеза известно, что болен около года, за это время частота, длительность и интенсивность болей не изменилась. К врачу не обращался, нитроглицерин принимал по

рекомендации знакомого. Семейный анамнез: мать умерла в 64 года от ОНМК, страдала АГ; отец – умер в 50 лет от ИМ.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 171 см, вес 89 кг, ИМТ 30,44 кг/м². Окружность талии – 104 см. В лёгких – дыхание везикулярное. ЧД – 16 в 1 минуту. Тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный, акцент II тона над проекцией аорты, систолический шум на аорте. ЧСС – 86 уд. в 1 минуту. АД – 130/85 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Печень и селезёнка не увеличены.

В анализах: глюкоза натощак – 4,6 ммоль/л, креатинин – 66 мкмоль/л, общий холестерин – 6,6 ммоль/л, ТГ – 1,4 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 4,2 ммоль/л, АСТ 28 Ед/л, АЛТ 34 Ед/л.;

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп антиангинальных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 3 месяца регулярной антиангинальной терапии (препарат из группы лекарственных средств, выбранной в прошлом вопросе) + розувастатин 20 мг/сутки + ацетилсалициловая кислота 100 мг/сутки + соблюдение диеты – приступы стенокардии стали более редкими, потребность в короткодействующих нитратах – 1-2 раза в день, АД колеблется в пределах 125-130/75-80 мм рт. ст., ЧСС в покое около 70-74 ударов в минуту, вес 87 кг, общий холестерин – 4,3 ммоль/л, ТГ – 1,0 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 2,1 ммоль/л, АСТ 51ед/л, АЛТ 41ед/л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №140

Больная 72 лет, пенсионерка, обратилась к врачу-терапевту с жалобами на бессонницу, снижение памяти, повышение АД до 160-170/65-70 мм рт. ст.

Из анамнеза известно о повышении АД до макс. 180/80 мм рт. ст. в течение 20 лет, когда впервые был установлен диагноз ГБ. Назначенную врачом-терапевтом терапию принимала нерегулярно. Ситуационно при повышении АД свыше 180 мм рт. ст. принимает каптоприл. Менопауза более 20 лет. Гиподинамия после прекращения работы 6 лет назад. Вредных привычек нет. Из семейного анамнеза установлено, что наследственность по ССЗ неотягощена.

При осмотре состояние удовлетворительное. Рост 162 см, масса тела 46 кг, ИМТ 17,7 кг/м²; ОТ 98 см. Кожные покровы чистые, нормальной окраски, тургор снижен. Периферических отёков нет. Дыхание везикулярное над всей поверхностью лёгких, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над аортой. АД – 162/62 мм рт.ст. Пульс 76 в 1 мин., ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Поколачивание в проекции почек безболезненно с обеих сторон.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациентке в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
4. Через 6 месяцев регулярной антигипертензивной терапии (препараты из группы антигипертензивных лекарственных средств, выбранные в прошлом вопросе) + розувастатин 10 мг/сутки + соблюдение диеты – АД находится в пределах 140-150/65 мм рт. ст., ОХС 5,6 ммоль/л; ХС ЛПВП 1,14 ммоль/л; ТГ 1,9 ммоль/л, ЛПНП 3,6 ммоль/л, СКФ 63 мл/мин/1,73 м², глюкоза натощак 5,2 ммоль/л. АЛТ 50 Ед/л, АСТ 38 Ед/л, КФК 121 Ед/л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
5. Определите план диспансерного наблюдения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №141

Мужчина 56 лет, пенсионер, обратился на приём к участковому терапевту с жалобами на незначительную одышку при обычной физической нагрузке, общую слабость, быструю утомляемость, отеки в области стоп.

Из анамнеза известно, что 5 лет назад перенес трансмуральный инфаркт миокарда по задней стенке левого желудочка. Регулярно принимает бисопролол 5 мг в сутки, периндоприл 10 мг в сутки, розувастатин 20 мг в сутки. Нитроглицерином не пользуется.

В течение последнего года стал отмечать усиление одышки, появление отёков в области стоп к вечеру.

Объективно: состояние ~~относительно~~ удовлетворительное. Рост 180 см, вес 71 кг, ИМТ 21,9 кг/м². Кожные покровы умеренной влажности. Пастозность нижних конечностей до нижней трети голени. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке. ЧСС – 62 в мин. АД – 132/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см ниже края рёберной дуги, плотно-эластичной консистенции, поверхность гладкая, край закруглен, безболезненна при пальпации. Селезёнка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненно.

В анализах: ОАК, ОАМ в пределах нормы; БАК: глюкоза натощак – 4,9 ммоль/л, креатинин – 82 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕП) – 92 мл/мин/1,73 м², общий холестерин – 4,5 ммоль/л, ТГ – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 2,3 ммоль/л, АСТ 20 Ед/л, АЛТ 22 Ед/л, калий – 4,1 ммоль/л.; ЭКГ: ритм синусовый 65 в мин., патологический зубец Q и отрицательный зубец T в III, aVF отведениях.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Нуждается ли пациент в диуретической терапии? Если да, то диуретики каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие дополнительные рекомендации, касающиеся медикаментозных, немедикаментозных методов лечения и реабилитации необходимо дать пациенту?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №142

Женщина 40 лет, парикмахер, обратилась к врачу с жалобами на повышенное АД до 170/105 мм рт. ст., сопровождающееся ноющими диффузными головными болями, выраженной мышечной слабостью, ощущениями онемения, чувством покалывания в конечностях, ночными судорогами в икроножных мышцах, обильным безболезненным мочеиспусканием. Из анамнеза известно, что пациентка страдает АГ около 1 года, назначенную терапию – эналаприл 20 мг в сутки, амлодипин 5 мг в сутки принимает ежедневно, на протяжении 3 месяцев, однако значения АД и вышеописанные симптомы сохраняются. Семейный анамнез: мать – страдает АГ, перенесла ОНМК в 38 лет.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост 169 см, вес 70 кг, ИМТ – 24,51 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 60 уд в мин., АД – 167/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не выступает из-под края рёберной дуги, безболезненная. Селезёнка не увеличена. Дизурии нет. Поколачивание в области почек безболезненное с обеих сторон.

В анализах: ОАМ – прозрачная, относительная плотность 1008 г/мл, реакция щелочная, белок, глюкоза не обнаружены; БАК: общий холестерин – 4,5 ммоль/л, ТГ – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,3 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, креатинин – 74 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 88 мл/мин/1,73 м²; калий – 3,0 ммоль/л, натрий 160 ммоль/л; ЭКГ: синусовая брадикардия 54 удара в минуту, сглаженность и инверсия зубца Т в грудных отведениях.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую медикаментозную и немедикаментозную терапию Вы бы рекомендовали пациентке? Укажите необходимые дозы. Обоснуйте свой выбор.
5. Составьте и обоснуйте маршрутизацию данной пациентки, включая определение необходимого этапа оказания медицинской помощи.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №143

Женщина 42 лет, юрист, обратилась на приём к участковому врачу с жалобами на приступы внезапного повышения артериального давления до 200/110 мм рт. ст и выше, сопровождающиеся головной болью, головокружением, сердцебиением, чувством беспокойства, страха, дрожью во всем теле, потливостью. Продолжительность таких приступов составляла от нескольких минут до 1 часа.

Из анамнеза известно, что впервые подобные приступы стали беспокоить год назад. Развитию этих приступов обычно предшествовали физическая нагрузка или нервное перенапряжение. По совету знакомой принимала лозартан 50 мг в сутки, однако, без видимого эффекта. Неоднократно за последние 2-3 мес. вызывала БСМП по поводу гипертонического криза. Однако ввиду того, что приступ проходил самостоятельно до приезда БСМП от госпитализации отказывалась. За последний месяц вышеуказанные приступы участились до 1 раза в неделю, что и послужило поводом обратиться к участковому врачу. Из анамнеза жизни: у матери АГ.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост 167 см, вес 62 кг, ИМТ 22,23 кг/м². Кожные покровы бледные, влажные. В лёгких - везикулярное дыхание. ЧД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 86 в минуту. АД – 128/80 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Поколачивание в области почек безболезненное с обеих сторон.

В анализах: ОАК, ОАМ в пределах нормы; общий холестерин – 4,8 ммоль/л, ТГ – 1,3 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 2,4 ммоль/л, глюкоза сыворотки натощак – 6,4 ммоль/л, креатинин – 64 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 103 мл/мин/1,73 м²; ЭКГ: синусовый ритм, 85 ударов в минуту, угол α - 30°, индекс Соколова-Лайона 38 мм.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую медикаментозную и немедикаментозную терапию вы бы порекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.
5. Составьте и обоснуйте маршрутизацию данной пациентки, включая определение необходимого этапа оказания медицинской помощи, вопросы экспертизы нетрудоспособности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №144

Больной Р. 59 лет, водитель такси. В понедельник вечером шёл с автостоянки домой, когда отметил появление выраженных болей за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть и левую руку. Дома по совету жены пытался купировать болевой синдром нитроглицерином без значимого эффекта. Суммарная продолжительность болевого синдрома более 20 минут, пациент вызвал скорую медицинскую помощь.

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

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Рост – 168 см, вес – 90 кг, ИМТ – 32 кг/м². Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент второго тона на аорте, ритм правильный. АД – 160/90 мм рт. ст. ЧСС – 92 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 22 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печеночной тупости по Курлову - 11×9×8 см. Периферических отёков нет. В анализах: общий холестерин – 6,7 ммоль/л, ТГ – 2,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,62 ммоль/л; глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л; креатинин – 124 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 54,5 мл/мин/1,73 м² (по амбулаторной карте снижение СКФ до 55 мл/мин/1,73 м² также регистрировалось 4 месяца назад), альбуминурия – 40 мг/сутки.

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

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Нуждается ли пациент в проведении реперфузии миокарда? Если да, то какой метод реперфузии Вы бы ему рекомендовали? Обоснуйте свой ответ.
4. Необходимо ли назначить пациенту пероральную антитромбоцитарную терапию? Если да, то какие препараты Вы бы рекомендовали пациенту в качестве пероральной антитромбоцитарной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Пациент доставлен в регионарный сосудистый центр, проведено экстренное КАГ, выявлена окклюзия передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) левой коронарной артерии, без восстановления дистального русла. Выполнено стентирование ПМЖВ, установлен стент с лекарственным покрытием. На 3-й день от момента первичного ЧКВ у пациента развился приступ болей за грудиной, с иррадиацией в левую верхнюю конечность, приступ купирован одной дозой нитроглицерина. Как Вы расцените данный эпизод, какова дальнейшая тактика ведения пациента?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №145

Пациент А. 45 лет, инженер. Жалобы на озноб, повышение температуры тела до 39°C, одышку инспираторного характера при обычной физической нагрузке, сухой кашель, боль при глубоком дыхании и кашле справа в подлопаточной области, общую слабость, утомляемость, потливость в ночное время.

Заболел остро три дня назад после переохлаждения, когда появились вышеуказанные жалобы. Принимал жаропонижающие препараты с незначительным эффектом. Обратился к участковому терапевту в поликлинику. В связи с тяжестью состояния и подозрением на пневмонию направлен в приёмный покой стационара по месту жительства. В анамнезе: работает 15 лет инженером на машиностроительном заводе. Не курит. Ранее у врача не наблюдался.

Объективно: общее состояние тяжёлое. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост - 175 см, вес - 72 кг. Окружность талии – 100 см. Периферических отёков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура 39°C. Грудная клетка нормостеническая. При глубоком дыхании отставание в дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД - 24 в минуту. Справа по лопаточной линии отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации справа ниже угла лопатки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 110 ударов в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову - 9×8×7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный, без примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,08 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - $13,2 \times 10^9/л$, юные нейтрофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 12%, сегментоядерные нейтрофилы - 56%, лимфоциты - 27%, моноциты - 3%, СОЭ - 38 мм/ч.

На обзорной рентгенографии грудной клетки в прямой и боковой проекциях: справа в нижней и средней доле затемнение в виде инфильтрата.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
1. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

3. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор. Назовите критерии адекватности терапии.
4. Через 72 часа на фоне лечения сохраняются признаки интоксикации, лихорадка
5. (температура 37,9°C), ЧДД - 22 в мин., имеется гнойная мокрота. В общем анализе крови: лейкоциты - $11 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы - 82%, юные нейтрофилы - 7%. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №146

Пациент К. 58 лет. Жалобы на усиление одышки экспираторного характера при незначительной физической нагрузке (умывании, одевании), сопровождающуюся свистом в грудной клетке; на приступообразный кашель с увеличением количества выделяемой мокроты до 20 мл в сутки в утренние часы, повышение температуры до 37,8°C.

Анамнез заболевания: сухой кашель в течение последних 20 лет. Последние 10 лет стал отмечать экспираторную одышку при ускоренной ходьбе, подъёме на 2 этаж. В течение последнего года одышка резко усилилась и стала беспокоить при обычной нагрузке, разговоре, появилась густая, скудная мокрота жёлто-зелёного цвета. Обострения 2 раза за прошедший год. Ухудшение в течение 2 недель: поднялась температура до 37,8°C, усилился кашель, появилась гнойная мокрота, увеличился ее объём, усилилась экспираторная одышка. Принимал дома ампициллин по 250 мг 3 раза в день, [ипратропия бромид + фенотерол](#) (20 мкг+50 мкг/доза) по 2 вдоха 4 раза в день без улучшения. Обратился в приёмный покой городской больницы.

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

Объективно: кожные покровы влажные, диффузный цианоз. Температура 37,5°C. Рост – 172 см, вес – 60 кг. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере, отмечается сглаженность над- и подключичных ямок, эпигастральный угол тупой. Перкуторный звук – коробочный. Подвижность нижнего лёгочного края по средней подмышечной линии - 2,5 см. При аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 100 ударов в минуту. АД – 120/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Отёков нет. По модифицированному опроснику британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести состояния mMRSquestoinnaire - 4 балла. Общий анализ крови: эритроциты - $4,42 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв - 165 г/л, Нт - 50%, лейкоциты - $8,4 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты - 25%, моноциты – 3%, СОЭ - 28 мм/час. Общий анализ мокроты – вязкая, зелёного цвета. Лейкоциты – 100 в поле зрения, эритроцитов – нет. При пульсоксиметрии сатурация кислорода - 88%.

ФВД: ОФВ1 – 29%, ЖЕЛ – 52%, индекс ОФВ1/ФЖЕЛ – 57%. При пробе с сальбутамолом 4 дозы Δ ОФВ1 – 2,12%.

Вопросы:

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

5. Состояние пациента через 20 дней улучшилось: уменьшилась одышка. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №147

Больной Т. 42 лет госпитализирован в стационар по направлению врача-терапевта участкового с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в объёме, отёки на нижних конечностях в области стоп и голеней. В анамнезе: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних 3 месяцев. За последний месяц отметил нарастание общей слабости, увеличение живота и желтуху. Употребляет водку по 200 г ежедневно в течение последнего года, наблюдается у нарколога. Употребление наркотиков отрицает. Гемотрансфузий, оперативных вмешательств не было.

Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Тест связывания чисел – 40 сек. Рост – 178 см, вес – 62 кг. Кожа обычной влажности, желтушная. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры глаз иктеричны. Отёки стоп и нижней трети голеней. В лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в мин. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объёме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. В положении лёжа живот распластан. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову - 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневый, без патологических примесей. Размеры селезёнки - 15×12. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча тёмно-жёлтая.

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

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

Фиброгастроуденоскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст.

Ультразвуковое исследование брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры чёткие и неровные. Паренхима неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 16 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Гепатикохоледох не расширен. Селезёнка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезёнки – 36,1 см². Свободная жидкость в брюшной полости.

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №148

Больная У. 24 лет, фельдшер, была направлена в стационар с жалобами на боли воспалительного ритма в суставах кистей, голеностопных суставах, наличие утренней скованности в суставах до 1 часа. Также отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр по вечерам, появление сыпи на лице в области скул, общую слабость, выпадение волос. Из анамнеза: считает себя больной в течение 2 лет, когда начала отмечать появление гиперемии кожи лица и шеи в ответ на инсоляцию. С лета настоящего года после гиперинсоляции (отдыхала на юге) и перегревания появились эритематозные высыпания на шее, руках. Через две недели после возвращения домой отметила повышение температуры тела до фебрильных цифр. По месту жительства выставлен диагноз ОРЗ, проводилась терапия антибактериальными препаратами без эффекта. При дополнительном обследовании выявлен белок в моче. Направлена в стационар.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы: эритематозная сыпь в виде «бабочки» на коже лица, области декольте. Симметричные отёки до нижней трети голеней. Слизистые чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 92 ударов в 1 минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под края рёберной дуги по срединно-ключичной линии. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный.

Припухлость в области II, III пястнофаланговых и II проксимальных межфаланговых суставов, в области голеностопных суставов; ограничение движений за счет болей, хват кистей - 80%; деформаций нет.

Обследование. Общий анализ крови: эритроциты – $3,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 86 г/л, тромбоциты – $100 \times 10^9/л$, лейкоциты - $1,6 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 59%, лимфоциты – 25%, моноциты - 4%, СОЭ – 22 мм/ч. Общий анализ мочи – мутная, цвет - желтый, плотность – 1,022, реакция - кислая, белок – 1,560 г/л, глюкоза – отрицательная, лейкоциты - 20-25 в поле зрения, эритроциты – сплошь в поле зрения, эритроцитарные цилиндры 5-8 в поле зрения, Суточная протеинурия – 0,850 г/сутки. Биохимический анализ крови: креатинин – 148 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕПІ) = 42,0 мл/мин, мочевины - 8,8 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, альбумины - 45%, α_1 – 4%, α_2 – 15%, β – 9%, γ - 27%, фибриноген – 6,3 г/л, общий холестерин – 5,3 ммоль/л. Антитела к ДНК и антинуклеарный фактор – более 200 Ед/мл.

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №149

Мужчина 28 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры тела до 39,2°C с ознобами, кровоточивость десен, появление «синячков» на коже без видимых причин, общую слабость. Считает себя больным в течение 7 дней, когда появилось повышение температуры, принимал Парацетамол с кратковременным эффектом. Слабость стала прогрессивно нарастать, появилась кровоточивость.

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

Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,5°C. Кожные покровы бледные, обычной влажности. На коже нижних конечностей - экхимозы; петехии на коже плеч, предплечий; в ротовой полости – единичные петехиальные элементы. При аускультации дыхание везикулярное, ЧДД – 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 92 удара в минуту. АД – 100/65 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется на 1 см ниже края реберной дуги, размеры по Курлову – 16×10×9 см. Селезёнка пальпируется, эластичная, безболезненная, перкуторные размеры 10×8 см.

Общий анализ крови: эритроциты - $2,3 \times 10^{12}$, Нв - 78 г/л, тромбоциты - 30×10^9 , лейкоциты – $28,9 \times 10^9$, бласты - 32%, миелоциты – 0%, юные нейтрофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 38, лимфоциты – 25, СОЭ – 30 мм/час.

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №150

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

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

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

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

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №151

Больная Л. 48 лет работает преподавателем, обратилась в поликлинику с жалобами на боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных, плечевых, голеностопных суставах, в плюснефаланговых суставах стоп; слабость в кистях; утреннюю скованность до обеда; субфебрильную температуру по вечерам, общую слабость. Из анамнеза. Считает себя больной около 3 месяцев, когда появились боли в суставах. За медицинской помощью не обращалась, лечилась нестероидными противовоспалительными мазями, без улучшения. В течение последнего месяца появились боли и припухание в суставах кистей, стоп, в лучезапястных и голеностопных суставах, утренняя скованность в течение дня, субфебрильная температура тела. Похудела за период болезни на 6 кг.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, цианоза, отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги. Локальный статус: кисти правильные. II, III проксимальные межфаланговые суставы и II, III пястно-фаланговые суставы болезненные, припухшие. Болезненность в лучезапястных суставах, плечевых суставах. Хват кистей правой 80%, левой – 70%. Оценка самочувствия по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) – 60 мм.

Обследование. Общий анализ крови: эритроциты – $3,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 131 г/л, лейкоциты – $8,6 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 30%, моноциты - 6%, СОЭ – 54 мм/ч. Биохимические анализы крови: глюкоза – 3,2 ммоль/л, общий билирубин – 15 мкмоль/л, креатинин – 54 мкмоль/л; общий белок – 76 г/л, альбумины - 50%, глобулины: α_1 – 6%, α_2 – 14%, β – 12%, γ - 17%, СРБ – 17,2 мг/л (норма – 5 мг/л), фибриноген – 5,8 г/л, мочевая кислота - 0,24 ммоль/л (норма 0,16-0,4 ммоль/л). Ревматоидный фактор: ИФА - 62 МЕ/мл (в норме до 15 МЕ/мл). Антитела к ДНК – отрицательные. АЦЦП >200 Ед/мл.

На рентгенографии кистей, стоп: суставные щели умеренно сужены на уровне проксимальных суставов кистей. Определяются единичные эрозии. Костная структура изменена за счет эпифизарного остеопороза на уровне пястно-фаланговых суставов, плюснефаланговых суставов, единичных кистовидных просветлений.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

5. Через 6 месяцев регулярной терапии: гемоглобин – 134 г/л, СОЭ – 38 мм/час, СРБ - 10,2 мг/л, РФ – 17,2 МЕ/мл, сывороточное железо – 19 мкмоль/л. Сохраняются боли во II, III пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных суставах, утренняя скованность до 2-3 часов. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №152

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

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

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ – 32 кг/м². Окружность талии (ОТ) – 106 см. Лицо гиперемировано. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, акцент II тона на аорте. Левая граница сердца – на 1 см снаружи от срединно-ключичной линии. ЧСС – 90 ударов в минуту, АД - 190/120 мм рт. ст. на обеих руках. Живот участвует в дыхании, мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков нет. Физиологические отправления не нарушены. Заключение ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС – 90 ударов в минуту, признаки гипертрофии левого желудочка.

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №153

Мужчина 32 лет. При обращении в поликлинику предъявляет жалобы на неоформленный стул с примесью крови до 10 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, похудание на 7 кг за 3 месяца.

Из анамнеза: примеси крови в кале и неоформленный стул беспокоят в течение 3 месяцев. Температура не повышалась. Контакт с инфекционными больными отрицает, за пределы области не выезжал. Курил 1 пачку сигарет в сутки 10 лет, год назад прекратил. Злоупотребление алкоголем, внутривенную наркоманию отрицает. У родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Работает менеджером, профессиональных вредностей нет.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 36,7°C. Кожные покровы бледные, влажные. Рост – 175 см, вес – 58 кг. В лёгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации – ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 98 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. (D=S). При осмотре живот симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в левой фланговой и левой подвздошной области. Печень по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезенки – 6×4 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

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

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

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

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №154

Пациент Е. 23 лет, автомеханик. Заболел две недели назад после переохлаждения. Врачом по месту жительства диагностирован острый тонзиллит. Была рекомендована терапия Амоксициллином курсом 10 дней, однако через 3 дня в связи со значительным улучшением самочувствия и нормализацией температуры тела лечение пациент прекратил. Через две недели после указанных событий больной отметил появление отёков на лице, общей слабости и недомогания, снизился аппетит, появилась головная боль, также моча стала тёмно-красного цвета и уменьшилось её количество. Наряду с вышеперечисленными симптомами пациента беспокоили боли в животе и пояснице. При самостоятельном измерении артериального давления – АД 140 - 150/90 мм рт. ст.

При осмотре: кожные покровы бледные, лицо одутловато (facies nephritica). При аускультации лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет, ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 152 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печёночной тупости по Курлову – 11×9×8 см. Диурез – 700 мл в сутки.

Проведено лабораторное исследование.

Общий анализ крови: гемоглобин – 136 г/л, лейкоциты – $10,8 \times 10^9$ /л, СОЭ – 70 мм/час;

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1.025, протеинурия – 1,5 г/л, лейкоциты – 14-15 в поле зрения, эритроциты – сплошь покрывают все поле зрения; гиалиновые цилиндры до 6 в поле зрения

Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, альбумин – 39 г/л, холестерин – 4,5 ммоль/л, мочевины – 5,6 ммоль/л, креатинин – 110 мкмоль/л, СКФ – 79,4 мл/мин/1,73 м² по СКД-ЕРІ, титр АСЛ-О – 1:1000.

УЗИ почек: почки увеличены в размерах, контуры ровные, расположение типичное; дифференцировка слоёв паренхимы нарушена, экзогенность паренхимы умеренно повышена; чашечно-лоханочная система без деформаций и эктазий.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назовите план обследования пациента.
4. Назначьте необходимую терапию.
5. Укажите, в каких случаях при данном заболевании проводится иммуносупрессивная терапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №155

Больной 48 лет проснулся ночью от болей в эпигастральной области, сопровождающихся слабостью, потливостью, тошнотой. Ранее боли не беспокоили, считал себя здоровым. Попытка купировать боли раствором соды облегчения не принесла. После приема Нитроглицерина под язык боли уменьшились, но полностью не прошли. Сохранились тошнота, слабость, потливость. Под утро была вызвана бригада скорой помощи. На снятой ЭКГ выявлен глубокий зубец Q в III и aVF отведениях; сегмент ST в этих же отведениях приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец T; сегмент ST в отведениях I, aVL и с V1 по V4 ниже изолинии.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
5. Есть ли противопоказания к проведению тромболизиса у данного больного?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №156

Больной В. 65 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, плохой аппетит, затруднение при глотании, одышку при минимальной физической нагрузке (вставание с кровати, одевание), отеки ног, постоянные, несколько увеличивающиеся к вечеру.

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

При осмотре: состояние больного тяжёлое, значительная бледность и умеренная иктеричность кожи и слизистых оболочек, выражены одутловатость лица, отёки голеней. Сознание ясное, речь замедлена. Лимфоузлы не увеличены. В нижних отделах легких небольшое количество влажных хрипов. Сердце увеличено на 2 см влево от левой

среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, систолический негрубый шум над всеми точками. Пульс – 109 в 1 мин, ритмичный. АД – 90/60 мм рт. ст. Язык ярко-красный, гладкий, с трещинами. Печень выступает на 3-4 см из-под края рёберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется край селезёнки.

Неврологический статус: дистальные гиперстезии, повышение глубоких сухожильных рефлексов, снижена сила мышц нижних конечностей.

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

Отрицательный зубец Т в V4-V6 отведениях.

Анализ крови: эритроциты - $1,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 40 г/л, МСМ - 110 fL, лейкоциты - $3,6 \times 10^9/л$, тромбоциты - $150 \times 10^9/л$, ретикулоциты - 0,1%, СОЭ – 23 мм/ч, палочкоядерные нейтрофилы – 15%, сегментоядерные нейтрофилы – 48%, лимфоциты – 31%, моноциты – 4%, эозинофилы – 2%, базофилы – 0%, анизоцитоз (макроцитоз), пойкилоцитоз, мегалоциты, тельца Жолли, кольца Кэбота.

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №157

Больная 69 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на пульсирующие постоянные головные боли в височных областях, снижение зрения, ноющие боли в мышцах плеч, коленных, плечевых, локтевых суставах, скованность до 12 часов дня, похудание на 5 кг за последний год.

Анамнез заболевания: болеет в течение 2 лет, началось с болей в суставах, мышцах, затем присоединились головные боли, снижение зрения. В связи с усилением симптомов обратилась к врачу.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, высыпаний нет. Обнаружены плотные и извитые височные артерии, болезненные при пальпации. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отёков и синовитов нет. В плечевых суставах ограничены все виды активных и пассивных движений. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет, ЧСС 70 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный. Кал оформленный, коричневого цвета. Мочеиспускание свободно безболезненное. Диурез адекватный.

Общий анализ крови: гемоглобин – 110 г/л, эритроциты - $3,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $5 \times 10^9/л$, СОЭ – 56 мм/ч, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 34%, моноциты – 4%, эозинофилы – 2%, базофилы – 0%. СРБ – 15 мг/дл.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №158

Пациентка 22 лет направлена в стационар для обследования с жалобами на выраженную слабость, диарею до 3-4 раз в сутки, стул кашицеобразный, без патологических примесей, снижение массы тела на 5 кг за 6 месяцев, боли в околопупочной области, сухость во рту, постоянную жажду.

Из анамнеза известно, что пациентка считает себя больной в течение 6 лет, когда впервые появилась диарея до 5-6 раз в сутки, начал снижаться вес, появились отёки на ногах. Периодически происходила нормализация стула на фоне приёма противодиарейных препаратов. Пациентка отмечает, что нарушения стула появлялись после употребления в пищу молочных продуктов, хлебобулочных изделий, макарон, каш. Обследовалась у инфекционистов – инфекционная патология исключена.

Общий осмотр. Состояние средней степени тяжести за счёт выраженной слабости. Сознание ясное. Рост – 163 см, вес – 45 кг. Кожные покровы бледные, чистые, слизистые бледно-розовые. Лимфоузлы безболезненные, не увеличены. Язык влажный, чистый. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет, АД – 100/70 мм рт. ст., ЧСС – 75 ударов в минуту, пульс ритмичный. Живот при пальпации мягкий, участвует в акте дыхания, болезненный в эпигастриальной, околопупочной областях. Печень, селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободно безболезненное. Диурез адекватный. Определяются небольшие отёки до 2/3 голеней.

Лабораторные исследования: общий анализ крови: гемоглобин – 89 г/л, эритроциты – $3,72 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $6,1 \times 10^9/л$, тромбоциты – $266 \times 10^9/л$, СОЭ – 34 мм/ч. Анализ мочи – без особенностей. Реакция кала на скрытую кровь – отрицательная. Глюкоза крови: 8:00 – 4,5 ммоль/л, 13:00 – 7,0 ммоль/л, 22:00 – 11,9 ммоль/л. Гликозилированный гемоглобин – 9,3%. Биохимический анализ крови: билирубин общий – 23,8 мкмоль/л, билирубин прямой – 2,8 мкмоль/л, АЛТ – 69 Е/л, АСТ – 45 Е/л, γ -ГТП – 25 Е/л, щелочная фосфатаза – 118 Е/л, натрий – 137 мкмоль/л, калий – 4,3 мкмоль/л, креатинин – 44 мкмоль/л, мочевины – 4,3 мкмоль/л, общий белок – 51 г/л, антитела к глиадину (IgG) – 135 Ед/мл.

ФЭГДС: пищевод: слизистая оболочка гиперемирована, в средней и нижней трети множественные поверхностные эрозии, покрытые жёлтым фибрином в виде «творожных масс», кардиальный жом смыкается полностью. Желудок: содержимое – слизь с примесью светлой желчи в большом количестве. Слизистая умеренно гиперемирована, складки не утолщены. Привратник проходим. Луковица двенадцатиперстной кишки – слизистая гладкая, отсутствуют кишечные ворсинки, гиперемирована, отёчная, в просвете желчь. Консультация проктолога: жалобы на периодическую диарею, временами с примесью слизи. Проведена ректороманоскопия: патологических изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз.

5. Составьте план лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №159

Больная 21 года, инвалид с детства (ДЦП, задержка психического развития), поступила в стационар с жалобами матери на быструю утомляемость, выпадение волос, снижение аппетита, бледность кожи, извращение вкуса (ест землю), неустойчивый стул.

Из анамнеза известно, что отказывалась от еды, если в её состав входило мясо (со слов бабушки). Часто ела землю. Врачами за это время не наблюдалась, ничем не болела, профилактические прививки не сделаны.

При поступлении в стационар общее состояние тяжёлое. Больная вялая, почти безразлична к окружающему. Сознание ясное, на осмотр реагирует вяло. Кожа и видимые слизистые очень бледные. В углах рта «заеды». В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, на верхушке и над областью крупных сосудов выслушивается систолический шум мягкого тембра. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах при пальпации. Печень +3 см ниже рёберного края. Селезёнка пальпируется у края подреберья, мягко-эластической консистенции. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободно безболезненное, моча светлая. Диурез адекватный. Стул 1-2 раза в день. Кал оформленный, коричневого цвета. Зрение и слух не нарушены. Склеры светлые. Менингеальной, общемозговой и очаговой симптоматики не отмечается.

Общий анализ крови: гемоглобин – 60 г/л, эритроциты – $2,6 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты – 0,4%, цветовой показатель – 0,63, лейкоциты – $7,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, эозинофилы – 4%, лимфоциты – 16%, моноциты – 10%, СОЭ – 18 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, мочевины – 3,2 ммоль/л, билирубин общий – 20,0 мкмоль/л, сывороточное железо – 4,1 мкмоль/л (норма 10,6-33,6 мкмоль/л), железосвязывающая способность сыворотки – 103 мкмоль/л (норма 40,6-62,5), свободный гемоглобин не определяется. Анализ кала на скрытую кровь (тремякратно): отрицательно.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №160

Мужчина 46 лет, водитель. Самостоятельно обратился в приёмное отделение стационара. Жалобы на резкую боль постоянного характера в эпигастриальной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошноту, однократно рвоту съеденной пищей, которая не принесла облегчения, умеренное вздутие живота, общую слабость, отсутствие аппетита на момент осмотра.

Начало заболевания связывает с тем, что накануне вечером отмечал с друзьями праздник, были погрешности в диете – прием острой и жирной пищи, алкоголя. Подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма дротаверина гидрохлорида. Часто ранее отмечал ощущение тяжести и вздутия в животе

после приёма жирной пищи. В настоящее время отмечает тяжесть и ощущение «распираания» в животе, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 3 раза в течение последних суток. Диурез не нарушен. Со слов жены – злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Телосложение нормостеническое, пониженного питания. Кожные покровы верхней половины туловища гиперемированы, чистые. Язык сухой, обложен желтоватым налётом. В лёгких дыхание жесткое, хрипов нет, ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, шумов нет, ЧСС – 92 удара в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Печень при пальпации плотная, безболезненная, около края рёберной дуги. Размеры по Курлову - 10×9×8 см. Селезёнка не пальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины - отрицательные. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободно безболезненное, моча светлая. Диурез адекватный.

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

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%, анализ кала – стеаторея, креаторея, амилорея. УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счёт гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

От ФГДС больной отказался.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №161

Больная 22 лет жалуется на слабость, головокружение, повышенную утомляемость, приступы сильной боли в правом подреберье.

Анамнез заболевания: с 11 лет больная отмечает периодически возникающую желтушность кожных покровов, сменяющуюся бледностью. Эти приступы сопровождались выраженной слабостью. В последние 8 лет больную стала беспокоить боль в правом подреберье приступообразного характера, сопровождающаяся желтухой.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки желтушные на общем бледном фоне, склеры иктеричные. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, выслушивается дующий шум на верхушке сердца, ЧСС - 84 удара в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины - отрицательные. Печень при пальпации обычной консистенции, болезненная, край закруглён, выступает на 2,5 см из-под края рёберной дуги. Размеры по Курлову - 12×10×9 см. Селезёнка выступает на 3 см ниже левой рёберной дуги. Симптом поколачивания

отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободно безболезненное, моча светлая. Диурез адекватный.

Результаты дополнительных исследований. Общий анализ крови: эритроциты - $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 91 г/л, цветовой показатель - 0,85, ретикулоциты - 14,8%, средний диаметр эритроцитов - 4 мкм, лейкоциты - $11 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 11%, сегментоядерные нейтрофилы - 59%, лимфоциты - 30%, моноциты - 10%, СОЭ - 20 мм/ч. Осмотическая резистентность эритроцитов (ОРЭ) - 0,78-0,56% (в норме мин. ОРЭ - 0,44-0,48%, макс. ОРЭ - 0,28-0,36%). Биохимический анализ крови: билирубин - 111,2 мкмоль/л, прямой - 17,1 мкмоль/л, непрямой - 94,1 мкмоль/л. Проба Кумбса отрицательная.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №162

Женщина 45 лет, продавец, обратилась в поликлинику с жалобами на приступы удушья и одышку после физической нагрузки и спонтанные ночью, на дискомфорт в груди. Впервые заболела после тяжелой пневмонии 11 лет назад. Затем приступы повторялись после физической нагрузки и во время простудных заболеваний. Приступы удушья снимала ингаляцией Сальбутамола (3-4 раза в сутки).

В анамнезе: внебольничная 2-сторонняя бронхопневмония, аппендэктомия. Наличие аллергических заболеваний, в том числе у родственников отрицает. Гемотрансфузий не было. Вредных привычек нет.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа и слизистые обычной окраски, высыпаний нет. Язык влажный. Лимфоузлы не увеличены. В лёгких: перкуторно – коробочный звук, аускультативно – дыхание жёсткое, сухие хрипы по всем лёгочным полям, свистящие при форсированном выдохе, ЧДД 18 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, шумов нет, ЧСС 74 удара в минуту, АД - 140/90 мм рт. ст. Пульс 69 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный. Кал оформленный, коричневого цвета. Мочеиспускание свободно безболезненное. Диурез адекватный.

Анализ крови: гемоглобин - 126 г/л, эритроциты - $3,9 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $9,5 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, эозинофилы - 5%, моноциты - 6%, лимфоциты - 13%; СОЭ - 19 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий билирубин - 5,3 мкмоль/л; общий белок - 82 г/л, мочевины - 4,7 ммоль/л. Анализ мочи: удельный вес - 1028, белок - отриц., эпителий - 1-3 в поле зрения.

Анализ мокроты: слизистая, без запаха. При микроскопии: лейкоциты - 5-6 в поле зрения, эозинофилы - 10-12 в поле зрения, клетки эпителия бронхов, ед. альвеолярные макрофаги. Бациллы Коха (БК) - отриц. (3-кратно). Рентгенография грудной клетки: повышена прозрачность лёгочных полей, уплощение и низкое стояние диафрагмы. Лёгочный рисунок усилен. Корни лёгких увеличены, тень усилена. Тень сердца увеличена в поперечнике.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №163

Больной 43 лет обратился в поликлинику с жалобами на ноющие боли в эпигастральной области, которые возникают через 20-30 минут после приема пищи; на тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение; на снижение аппетита.

Из анамнеза заболевания: впервые подобные жалобы возникли около 6 лет назад, боли купировались приемом Алмагеля и дротаверина гидрохлорида. За медицинской помощью ранее не обращался. Отмечает весенне-осенние обострения заболевания. Ухудшение самочувствия около двух дней, после употребления алкоголя и жареной пищи. Работает водителем такси. Питается нерегулярно, часто употребляет алкоголь. Курит в течение 20 лет до 2-х пачек сигарет в день. Наследственный анамнез: у отца – язвенная болезнь желудка. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Астеник, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет, ЧСС 74 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 72 удара в минуту. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, симптом Менделя положительный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Печень и селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный. Кал оформленный, коричневого цвета. Мочеиспускание свободно безболезненное. Диурез адекватный.

Данные дополнительных методов исследования. Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6,5 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 30%, моноциты – 8%, СОЭ – 10 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок, цилиндры, соли - не определяются. Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген – 2,9 г/л, общий белок – 68 г/л.

ФЭГДС: пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперемирована, складки обычной формы и размеров, в кардиальном отделе по большой кривизне определяется язвенный дефект 1,0-1,5 см, с ровными краями, неглубокий, дно прикрыто фибрином. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, слизистая бледно-розового цвета. Выявлен *Helicobacter pylori*.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз.

5. Составьте план лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №164

Больной 45 лет обратился к участковому врачу-терапевту с жалобами на давящие боли в эпигастральной области, периодически – опоясывающие, возникают через 40 минут после употребления жирной и жареной пищи, сопровождаются вздутием живота; на рвоту, не приносящую облегчение, на отрыжку воздухом.

Анамнез заболевания: больным себя считает около двух лет, когда появилась боль левом подреберье после приёма жирной и жареной пищи. За медицинской помощью не обращался. 3 дня назад после погрешности в диете боли возобновились, появилось вздутие живота, отрыжка воздухом, тошнота, рвота, не приносящая облегчения.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и слизистые оболочки обычной окраски, высыпаний нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет, ЧСС 74 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен бело-жёлтым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Печень не пальпируется, размеры по Курлову - 9×8×7 см. Селезёнка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный. Кал оформленный, коричневого цвета. Мочевыделение свободно безболезненное. Диурез адекватный.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 136 г/л, цветной показатель – 1,0; СОЭ – 18 мм/ч, тромбоциты – $320 \times 10^9/л$, лейкоциты – $10,3 \times 10^9/л$, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, лимфоциты – 32%, моноциты – 10%. Общий анализ мочи: светло-жёлтая, прозрачная, кислая, удельный вес - 1016, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эпителий - 1-2 в поле зрения, оксалаты – небольшое количество.

Биохимическое исследование крови: АСТ – 30 Ед/л; АЛТ – 38 Ед/л; холестерин – 3,5 ммоль/л; общий билирубин – 19,0 мкмоль/л; прямой – 3,9 мкмоль/л; амилаза – 250 ед/л; креатинин – 85 мкмоль/л; общий белок – 75 г/л. Копрограмма: цвет – серовато-белый, консистенция – плотная, запах – специфический, мышечные волокна +++, нейтральный жир +++, жирные кислоты и мыла +++, крахмал ++, соединительная ткань – нет, слизь – нет.

ФГЭДС: пищевод и кардиальный отдел желудка без особенностей. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, с участками атрофии. Складки хорошо выражены. Луковица двенадцатиперстной кишки без особенностей.

УЗИ органов брюшной полости: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток – 6 мм, желчный пузырь нормальных размеров, стенка – 2 мм, конкременты не визуализируются. Поджелудочная железа повышенной эхогенности, неоднородная, проток – 2 мм, головка увеличена в объеме (33 мм), неоднородная, повышенной эхогенности.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №165

Мужчина 23 лет обратился к участковому врачу-терапевту с жалобами на приступы удушья, возникающие 1-2 раза в месяц, с затруднённым выдохом, сопровождающиеся свистящими хрипами и тяжестью в груди, приступообразным кашлем с трудноотделяемой мокротой. В последнее время приступы участились до 2-х раз в неделю, возникают и ночью.

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

Состояние пациента удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые оболочки обычной окраски, высыпаний нет. В легких при аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих рассеянных хрипов на выдохе, ЧДД 24 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет, ЧСС 90 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный. Кал оформленный, коричневого цвета. Мочеиспускание свободно безболезненное. Диурез адекватный.

В общем анализе крови: лейкоциты – $6,0 \times 10^9/\text{л}$; сегментоядерные нейтрофилы – 63%; лимфоциты – 23%; эозинофилы – 10%; моноциты – 4%, СОЭ – 10 мм/ч. Общий анализ мокроты: консистенция вязкая, характер слизистый, лейкоциты – 1–5 в поле зрения, эозинофилы – 20–30 в поле зрения, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена. IgE сыворотки крови повышен в три раза. Спирометрия: прирост ОФВ1 после ингаляции Сальбутамола – 25%. Рентгенография органов грудной клетки - очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №166

Больной 23 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на отёки лица, век, туловища, конечностей, снижение количества выделяемой за сутки мочи, слабость, головную боль.

Из анамнеза известно, что страдает хроническим тонзиллитом. Подобные симптомы впервые появились 2 года назад, длительно лечился в нефрологическом отделении, получал преднизолон с положительным эффектом, выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. После выписки у врача не наблюдался, не лечился, хотя отмечал периодически отёки на лице. 2 недели назад переболел ангиной, после этого состояние резко ухудшилось, появились вышеуказанные жалобы.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, высыпаний нет. Обнаружены плотные и извитые височные артерии, болезненные при пальпации. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отёков и синовитов нет. В плечевых суставах ограничены все виды активных и пассивных движений. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный,

шумов нет, ЧСС 92 ударов в минуту, АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный. Кал оформленный, коричневого цвета. Мочеиспускание свободно безболезненное. Диурез адекватный.

Данные обследования.

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

Биохимическое исследование: общий белок крови – 35,6 г/л, альбумины – 33%, холестерин крови – 9 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1012, белок – 5,4 г/л, эритроциты выщелоченные – 20-25 в поле зрения, восковидные цилиндры – 9-10 в поле зрения.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №167

Больная 18 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в поясничной области, учащенное мочеиспускание, озноб.

Из анамнеза известно, что часто болеет ОРВИ, периодически отмечает тупые боли внизу живота, на этом фоне бывает субфебрильная температура; иногда отмечается болезненное мочеиспускание.

При осмотре: кожные покровы обычной окраски, температура $37,8^{\circ}C$. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыхательных движений – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 96 в минуту. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочеиспускание учащено и болезненно. Отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин – 114 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $18,5 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 22%, моноциты – 9%, СОЭ – 28 мм/час.

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

УЗИ почек: почки расположены правильно, размеры на верхней границе нормы.

Чашечно-лоханочная система расширена с обеих сторон.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
4. Назовите исследование, необходимое для назначения адекватной терапии.
5. Какова Ваша тактика лечения данного заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №168

Мужчина 35 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры до 37,6°C в течение пяти дней, кашель с желтоватой мокротой. Принимал жаропонижающие препараты без особого эффекта. Другие лекарства не принимал. За десять дней до этого перенёс ОРВИ. Лекарственной аллергии не отмечает. Сопутствующих заболеваний нет.

Состояние пациента удовлетворительное, частота дыхания – 19 в мин. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При аускультации выслушивается умеренное количество влажных крепитирующих хрипов в нижних задних отделах грудной клетки справа, в других отделах лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, 82 удара в минуту, АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Рентгенография органов грудной клетки прямой и боковой проекции: справа в 9-10 сегментах нижней доли определяется инфильтрация.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз, обоснуйте его. Какие шкалы могут быть использованы для оценки тяжести состояния пациента и выбора места лечения?
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Назовите группы лекарственных препаратов, которые Вы бы рекомендовали пациенту в настоящее время. Обоснуйте свой выбор.
4. Пациенту назначена явка через два дня для оценки действия назначенных лекарственных препаратов и возможной коррекции терапии. Выберите дальнейшую тактику лечения больного и объясните Ваш выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №169

Больной М. 24 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головную боль, общую слабость и утомляемость, снижение аппетита.

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

При осмотре: нормального телосложения, ИМТ = 21 кг/м², кожа бледная, сухая, имеются следы расчесов на руках, пояснице, туловище, отёки лица и кистей рук. Язык сухой, с коричневатым налетом. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1,5 см от срединно-ключичной линии. Пульс - 76 ударов в минуту, высокий. АД - 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отмечает уменьшение выделяемой мочи. Отёков на нижних конечностях нет.

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

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

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

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте предполагаемый диагноз.
3. Нужны ли дополнительные исследования для уточнения диагноза?
4. Какова дальнейшая тактика ведения пациента?
5. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в качестве нефропротективной терапии? Обоснуйте свой выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №170

Больной К. 39 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сухой кашель, повышение температуры до 37,5°C, общую слабость, боль в грудной клетке при дыхании. В анамнезе – переохлаждение. Объективно: бледность кожных покровов, небольшое отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При перкуссии лёгких ясный легочный звук над всей поверхностью лёгких. При аускультации: ослабленное дыхание и шум трения плевры с правой стороны ниже угла лопатки.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки – без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите объём дообследования, необходимый для уточнения диагноза.
4. С какими заболеваниями требуется провести дифференциальную диагностику данного состояния?
5. При прогрессировании заболевания уменьшились кашель и боль в грудной клетке, появилась выраженная одышка, при клиническом осмотре появились притупление перкуторного тона, ослабление везикулярного дыхания и голосового дрожания в нижних отделах правого легкого. Какое инструментальное исследование следует выполнить повторно и с какой целью?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №171

Больной К. 48 лет, экономист. Обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сжимающие боли за грудиной и в области сердца, иррадиирующие в левое плечо, возникающие при ходьбе через 100 метров, иногда в покое, купирующиеся приёмом 1-2 таблетками нитроглицерина через 2-3 минуты, одышку, сердцебиение при незначительной физической нагрузке. Боли в сердце впервые появились около 5 лет назад. Принимает Нитроглицерин для купирования болей, Кардикет 20 мг 2 раза в день – для профилактики болей в сердце, Аспирин 100 мг на ночь. Принимал статины около двух лет, последние два года не принимает. За последние полгода снизилась переносимость физической нагрузки. Больной курит около 20 лет, по 1 пачке в день. Наследственность: отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда.

Общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Периферических отёков нет. ЧДД - 18 в минуту, в лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии: правая - правый край грудины IV межреберье, верхняя – III межреберье, левая – на 1,0 см кнутри от левой среднеключичной линии V межреберье. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над аортой. ЧСС – 82 удара в мин. АД - 135/80 мм рт. ст. Печень и селезёнка не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

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

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

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

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

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

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №172

Женщина 32 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на учатившиеся в течение последнего месяца приступы удушья, они сопровождаются слышимыми на расстоянии хрипами, кашлем с выделением небольшого количества вязкой мокроты, после чего наступает облегчение. Подобные состояния беспокоят около 2 лет, не обследовалась. В анамнезе аллергический ринит. Ухудшение состояния связывает переходом на новую работу в библиотеку. В течение последнего месяца симптомы возникают ежедневно, ночью 3 раза в неделю, нарушают активность и сон.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Кожные покровы бледно-розового цвета, высыпаний нет. Периферические отёки отсутствуют. Над лёгкими дыхание жёсткое, выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 72 удара в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Общий анализ крови: эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 123 г/л, лейкоциты - $4,8 \times 10^9/л$, эозинофилы - 16%, сегментоядерные нейтрофилы - 66%, лимфоциты - 18%, моноциты - 2%, СОЭ - 10 мм/ч.

Анализ мокроты общий: слизистая, лейкоциты - 5-7, плоский эпителий - 7-10 в поле зрения, детрит в небольшом количестве, спирали Куршманна.

Рентгенограмма легких. Инфильтративных теней в лёгких не определяется. Диафрагма, тень сердца, синусы без особенностей.

Спиротест. Исходные данные: ЖЕЛ - 82%, ОФВ1 - 62%, ФЖЕЛ - 75%. Через 15 минут после ингаляции 800 мкг Сальбутамола: ОФВ1 - 78%.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз. Обоснуйте степень тяжести заболевания.
2. Как проводится проба с бронходилататором? Оцените результаты.
3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Назначьте лечение.
5. Имеются ли показания к назначению ингаляционных глюкокортикоидов в данном случае?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №173

Больной Н. 25 лет предъявляет жалобы на частый (до 10-15/сут) жидкий стул с примесью крови и слизи, боли в левой подвздошной области, повышение температуры тела до 38,3°C, резкую общую слабость, похудание. Нарушение стула отмечает в течение 2 месяцев, но 7 дней назад в кале появилась кровь, повысилась температура, появились слабость, недомогание, головокружение.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожа бледная. Язык слегка обложен белым налетом. Живот овальной формы, несколько вздут. При пальпации определяется умеренная болезненность в области нисходящего отдела толстой кишки. Перкуторно размеры печени по Курлову - 10×9×8 см.

Общий анализ крови: гемоглобин – 90 г/л, СОЭ – 35 мм/ч, лейкоциты - 13,0×10⁹/л; лейкоформула: базофилы - 1%, эозинофилы - 5%, палочкоядерные нейтрофилы - 20%, сегментоядерные нейтрофилы - 40%, лимфоциты - 24%, моноциты - 10%.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, альбумин – 40 %, АЛТ – 42,68 ед/л, АСТ – 32 ед/л, серомукоид – 2,0 ммоль/л, СРБ – (+++), фибриноген – 5 г/л.

Копрограмма: цвет кала – коричневый, характер – неоформленный, в поле зрения – большое количество лейкоцитов, эритроцитов. Реакция Трибуле – резко положительная.

Ирригоскопия: отмечается быстрое заполнение толстой кишки бариевой взвесью, равномерное сужение просвета кишки (симптом «водопроводной трубы»), расширение ректоректального пространства, сглаженность гаустр, ячеистый рельеф слизистой в области поперечно-ободочной кишки, в области прямой и сигмовидной кишок – множественные дефекты наполнения.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.
3. Какие внекишечные проявления возможны при данной патологии?
4. Какие антицитокнины необходимы, и в каких ситуациях они назначаются при данном заболевании?
5. Какие антибактериальные препараты показаны при данном заболевании?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №174

Больная 36 лет направлена врачом-терапевтом участковым в клинику с жалобами на резкую слабость, головокружение, мелькание мушек перед глазами, одышку при физической

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

Объективно: кожные покровы бледные, сухие. Ногти с поперечной исчерченностью, расслаиваются. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке сердца. ЧСС - 92 удара в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, сосочки сглажены. Печень и селезёнка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторона.

Общий анализ крови: гемоглобин – 82 г/л, эритроциты - $3,2 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,7, ретикулоциты - 13%, тромбоциты - 180×10^9 /л, лейкоциты - $4,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 6%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 29%, моноциты - 3%, СОЭ – 18 м/ч; анизоцитоз, гипохромия эритроцитов.

Содержание железа в сыворотке крови – 4,0 мкмоль/л, общая железосвязывающая способность сыворотки – 86,4 мкмоль/л, насыщение трансферрина – 5,0%, сывороточный ферритин - 10 мкг/л.

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №175

Больной Л. 55 лет обратился в поликлинику с жалобами на частые головные боли, головокружения, неприятные ощущения в левой половине грудной клетки. Болен около 6 лет, периодически регистрировалось повышение АД до 180/100 мм рт. ст. Лечился эпизодически при повышении АД (Каптоприл, Фуросемид). Курит по пачке сигарет в день около 20 лет, отмечает частое злоупотребление алкоголем. Работа связана с частыми командировками. Наследственность: у матери гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Гиперстенического телосложения, ИМТ - 34 кг/м^2 . Кожные покровы лица гиперемированы. Периферических отёков нет. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Границы сердца: правая – у правого края грудины IV межреберье, верхняя – III ребро, левая - по левой срединно-ключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС -

88 ударов в мин. АД - 190/110 мм рт. ст. Печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Липиды крови: общий холестерин - 7,4 ммоль/л; триглицериды – 2,6 ммоль/л; холестерин липопротеидов низкой плотности – 5,2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний присутствуют у больного?
3. Составьте план дополнительного обследования больного.
4. Какие немедикаментозные рекомендации Вы сделаете в первую очередь?
5. Назначьте лечение. Обоснуйте выбор терапии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №176

Больная 30 лет. Обратилась в поликлинику с жалобами на частое и болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области справа, выделение мутной мочи, повышение температуры тела до 37,6°C.

Из анамнеза: впервые подобные проявления отмечались у пациентки 10 лет назад во время беременности. Проводилась антибактериальная терапия в стационаре, роды – без осложнений. В последующем обострения заболевания не отмечались. Ухудшение состояния 5 дней назад после переохлаждения.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, периферических отёков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы. Частота дыхания - 20 в минуту. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 90 в минуту. АД – 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги. Симптом поколачивания положительный справа.

Анализ крови: гемоглобин - 118 г/л, эритроциты - $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $14,0 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 65%, лимфоциты - 20%, моноциты - 4%, тромбоциты - $200,0 \times 10^9$ /л, СОЭ – 24 мм/час. Биохимические показатели крови: креатинин - 0,08 ммоль/л, мочевины - 6,5 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, белок - 0,07 мг/л, реакция кислая, лейкоциты - 15-20 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения.

УЗИ почек: почки обычной формы и размеров. Чашечно-лоханочная система почек деформирована и уплотнена. Конкрементов нет.

Вопросы:

1. Какой можно поставить диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить больной для уточнения диагноза? Обоснуйте.
3. Можно ли проводить лечение больной в амбулаторных условиях? Показания для госпитализации.
4. Перечислите препараты для этиотропной терапии, длительность лечения и контроль эффективности лечения.

5. Какую фитотерапию можно рекомендовать в период ремиссии заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №177

Больная М. 34 лет жалуется на боли жгучего характера в эпигастральной области, возникающие натощак и по ночам, изжогу, тошноту, иногда, на высоте болей, рвоту, приносящую облегчение.

Данные симптомы беспокоят 10 лет, возникают, в основном, весной и осенью. Самостоятельно антациды, вызывающие положительный эффект. Настоящее обострение связывает с приемом диклофенака по поводу болей в поясничной области.

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

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, СОЭ – 10 мм/ч, лейкоциты – $5,2 \times 10^9$ /л; палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%. Биохимический анализ крови: АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 32 ед/л. Диастаза мочи – 64 ед.

ЭФГДС: пищевод свободно проходим, кардия смыкается. В желудке натощак содержится большое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые, диффузно гиперемированы. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой оболочки до 0,7 см в диаметре. Края дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Хелик-тест: базальный уровень – 4 мм; нагрузочный уровень – 10 мм; показатель прироста – 6 мм; Нр (+).

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №178

Мужчина 56 лет обратился к врачу-терапевту участковому с появившимися после переохлаждения жалобами на кашель с небольшим количеством трудно отделяемой слизисто-гнойной мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке, повышение температуры тела до $37,4^{\circ}\text{C}$.

Кашель с мокротой отмечает в течение 10 лет. Обострения заболевания 3-4 раза в год, преимущественно в холодную сырую погоду. Около 2 лет назад появилась одышка при физической нагрузке, мокрота стала отходить с трудом. Пациент курит 30 лет по 1 пачке в день.

При осмотре: лицо одутловатое, отмечается теплый цианоз, набухание шейных вен на выдохе. Грудная клетка бочкообразной формы. Над легочными полями перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание равномерно ослаблено, с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧДД - 24 в мин. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на легочной артерии, там же выслушивается диастолический шум, ритм правильный, ЧСС - 90

ударов в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Периферических отеков нет.

Анализ крови: гемоглобин - 168 г/л, лейкоциты - $9,1 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, нейтрофилы - 73%, лимфоциты - 26%, СОЭ - 28 мм/ч.

Рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, легочный рисунок усилен, деформирован, сосудистый рисунок усилен в центре и обеднен на периферии, корни легких расширены, выбухание ствола легочной артерии. Инfiltrативных изменений не выявлено.

ЭКГ: признаки гипертрофии правого желудочка.

Данные спирографии: снижение ЖЕЛ - до 80%, ОФВ1 - до 32% от должных величин.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Назначьте лечение.
4. Критерии назначения антибактериальной терапии при данном заболевании.
5. Определите показания к госпитализации.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №178

Женщина 75 лет, предъявляет жалобы на боль в поясничном отделе позвоночника, в мелких суставах кистей, боль в коленных суставах, особенно при первых движениях после периода покоя. Утренняя скованность около 30 мин. Указанные жалобы беспокоят более 10 лет, периодически принимала Диклофенак 100 мг/сут с положительным эффектом. В последнее время пациентка стала отмечать сложности при одевании, принятии душа, подъеме и спуске по лестнице из-за боли в суставах. Сопутствующие заболевания: около 10 лет повышение АД до 180/110 мм рт. ст., 5 лет назад перенесла инфаркт миокарда.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски, влажности. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Пастозность голеней. Вес - 96 кг, рост - 162 см. Узелковая деформация II-V дистальных межфаланговых суставов и II-III проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей. Деформация коленных суставов за счет периартикулярного отека, при сгибании коленных суставов интраартикулярный хруст, объем движений не изменен, пальпация и движения умеренно болезненны. Припухлость и деформация грудино-ключичного сочленения справа, пальпация его безболезненна. Болезненность при пальпации паравerteбральных точек поясничного отдела позвоночника. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 86 ударов в минуту. АД - 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - $7,7 \times 10^9$ /л, СОЭ - 15 мм/час. Биохимический анализ крови без патологии. Иммунологический анализ крови: ревматоидный фактор отрицательный, С-реактивный белок - 8 мг/л. Общий анализ мочи без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова тактика ведения больной (немедикаментозная и медикаментозная)?
5. Какие дополнительные назначения необходимо сделать с учетом сопутствующих заболеваний?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №179

Женщина 53 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на изжогу, боли за грудиной, появляющиеся после еды и физической нагрузки. Отмечает также усиление болей при наклонах и в горизонтальном положении. Из анамнеза известно, что изжога беспокоит около 20 лет. Не обследовалась. Последние 2 месяца появились данные боли за грудиной. При осмотре: состояние удовлетворительное. Индекс массы тела (ИМТ) - 39 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, чистые. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. Данные ФГДС: в нижней трети пищевода выявлены эрозии, занимающие около 40% окружности пищевода.

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №180

Мужчина 60 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в эпигастрии через 20 минут после еды, рвоту, приносящую облегчение. Похудел за месяц на 7 кг. Боли в эпигастрии беспокоят около 2 месяцев. При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС 72 удара в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. Проведена ФГДС: в средней трети желудка язвенный дефект 3 см в диаметре, взята биопсия.

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №181

Больной 35 лет обратился в поликлинику с жалобами на жидкий стул с примесью крови 5-6 раза в сутки, повышение температуры тела до 37,5°C, слабость, головокружение, боли в голеностопных, локтевых, плечевых суставах.

Заболел около 2 месяцев назад, когда повысилась температура тела, появились боли в суставах. Проводилось несколько курсов антибактериальной терапии, на фоне чего появился жидкий стул.

Объективно: кожные покровы бледные, чистые. При пальпации живот мягкий, болезненный в подвздошных областях. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется.

В общем анализе крови: эритроциты - $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 61 г/л, лейкоциты - $11 \times 10^9/л$, тромбоциты - $350 \times 10^9/л$, СОЭ - 30 мм/ч.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дифференциального диагноза.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Сформулируйте и обоснуйте план лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №182

Больная Б. 38 лет предъявляет жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, эпизоды удушья, возникающие в горизонтальном положении, отеки голеней и стоп. В возрасте 17 лет был выявлен ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана.

При осмотре: состояние тяжелое. Акроцианоз. Отеки голеней и стоп. ЧДД 24 в минуту. При сравнительной перкуссии легких справа ниже угла лопатки отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации ослабленное везикулярное дыхание, в нижних отделах - небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Левая граница сердца - на 3 см снаружи от среднеключичной линии в VI межреберье. Аускультативная картина соответствует имеющемуся пороку. Ритм сердечных сокращений неправильный, ЧСС 103 удара в минуту. АД 110/65 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме за счет ненапряженного асцита, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 13×12×10 см. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край ее закруглен, слегка болезненный.

На ЭКГ ритм неправильный, зубцы Р отсутствуют.

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №183

Больной Л. 16 лет предъявляет жалобы на головные боли, носовые кровотечения, боли в ногах после длительной ходьбы. При осмотре обращает на себя внимание-гиперемия лица.

Пульс на лучевой артерии напряжен, ритмичный с частотой 64 в минуту, симметричный. Левая граница сердца на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ясные, на всех точках аускультации выслушивается грубый систолический шум, проводящийся на сосуды шеи и в межлопаточное пространство, акцент II тона на аорте. АД на плечевой артерии - 170/110 мм рт. ст., на бедренной артерии - 150/80 мм рт. ст. с обеих сторон.

Вопросы:

1. Выделите и обоснуйте ведущий синдром.
2. Установите предварительный диагноз.
3. Наметьте план обследования пациента на первом этапе.
4. Определите круг дифференциального диагноза.
5. Определите тактику лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №184

Больная А., 38 лет, доставлена «Скорой помощью» в приемное отделение с жалобами на пульсирующую головную боль, сопровождающуюся чувством сдавления головы, сердцебиением, потливостью, ознобом. За последние 6 месяцев отмечает похудание на 4 кг. Измеряла АД нерегулярно. В анамнезе за последние 8 месяцев - частые гипертонические кризы, купированные врачами скорой помощи (препараты не помнит). Постоянно антигипертензивные препараты не принимала. При повышении АД свыше 170/100 мм рт. ст. использовала каптоприл 25 мг внутрь, без выраженного эффекта. При осмотре обращают на себя внимание бледные кожные покровы, тремор, похолодание кистей рук, светобоязнь. Температура тела - 37,8°C. АД 220/130 мм рт. ст., ЧСС 180 в минуту. Во время осмотра - синкопальное состояние. Проведена терапия внутривенным медленным введением урапидила со снижением АД в течение часа до 160/90 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Установите предварительный диагноз.
3. Наметьте план обследования пациентки на первом этапе.
4. Определите круг дифференциального диагноза.
5. Определите тактику лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №185

Больной С., 25 лет, поступил в стационар с жалобами на кашель с большим количеством слизисто-гнойной мокроты (до 300 мл/сут) с неприятным запахом; кровохарканье, повышение температуры до 39°C, недомогание, одышку. Известно, что около 2 недель назад лечился по поводу пневмонии, но самостоятельно покинул отделение и продолжил лечение амбулаторно. Ухудшение около 2 дней назад.

Объективно: пониженного питания, кожные покровы бледные. Над легкими слева перкуторно определяется коробочный звук. Дыхание везикулярное, ослабленное. Слева в нижних отделах выслушиваются звучные влажные средне- и мелкопузырчатые хрипы. ЧДД - 24 в минуту. Пульс 94 в минуту, ритмичный, АД - 100/70 мм рт. ст. Границы сердца смещены вправо на 1,5 см, тоны сердца приглушены, акцент II тона над легочной артерией.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обоснуйте тактику лечения пациента.
5. Есть ли показания у больного к хирургическому лечению? Обоснуйте.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №186

Больная М. 52 лет обратилась в поликлинику с жалобами на немотивированную слабость, повышенную утомляемость, постоянное ощущение тяжести в левом подреберье, снижение аппетита, чувство быстрого насыщения. Указанные жалобы появились около 5 месяцев назад и постепенно стали более выраженными.

При осмотре обращает на себя внимание увеличение селезёнки (выступает из-под края реберной дуги на 6 см).

Анализ крови: гемоглобин - 105 г/л, цветовой показатель - 0,94, лейкоциты - $68,3 \times 10^9/\text{л}$ (промиелоциты - 1%, нейтрофильные миелоциты - 2%, нейтрофильные метамиелоциты - 6%, нейтрофильные палочкоядерные - 14%, нейтрофильные сегментоядерные - 58%, лимфоциты - 9%, эозинофилы - 2%, базофилы - 7%, моноциты - 1%), тромбоциты - $440 \times 10^9/\text{л}$. Активность щелочной фосфатазы нейтрофилов снижена.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациентки для подтверждения диагноза.
3. Какие показатели анализа крови данной больной не соответствуют хронической стадии заболевания? Ответ обоснуйте.
4. Цитогенетический анализ выявил наличие Ph-хромосомы, в соответствии с клиническими признаками пациентка была стратифицирована в категорию промежуточного риска. Укажите начальную тактику лечения для данной пациентки.
5. Назовите признаки полной гематологической ремиссии при лечении данного заболевания. Ответ обоснуйте.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №187

Больной П. 70 лет обратился в поликлинику с жалобами на повышенную утомляемость, немотивированную слабость, ощущение тяжести в левом подреберье, снижение массы тела на 8 кг за последний месяц. В анамнезе: артериальная гипертония, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

При осмотре обращает на себя внимание увеличение лимфатических узлов в области передней поверхности шеи, в надключичных и подмышечных впадинах. Лимфатические узлы безболезненные, ненапряженные, подвижные, имеют эластическую консистенцию. Селезёнка увеличена (+5 см).

В анализах крови: гемоглобин - 98 г/л, лейкоциты - $30 \times 10^9/\text{л}$, из них 50% лимфоциты, тромбоциты - $130 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 16 мм/ч.

В мазке крови лимфоциты нормальных размеров, определяются «размазанные» клетки, тени Гумпрехта.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Какой метод обследования необходимо провести в первую очередь? Ответ обоснуйте.
3. Определите стадию заболевания у данного пациента. Ответ обоснуйте.
4. Назначение какого препарата является оптимальным в данном случае?
5. Назовите возможные причины смерти пациентов с данным заболеванием.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №188

Больной М. 68 лет пришёл на профилактический осмотр, жалоб не предъявляет. Два года назад перенёс транзиторную ишемическую атаку. К врачам в дальнейшем не обращался. От приёма лекарственных препаратов отказывается, мотивируя нежеланием принимать «химию» и хорошим самочувствием. В лёгких при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны, шумов нет. ЧСС - 85 ударов в минуту. АД - 190/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень не увеличена. Отёков нет. Индекс массы тела в норме.

На ЭКГ синусовый ритм, признаки гипертрофии левого желудочка.

В биохимическом анализе крови общий холестерин - 8,5 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие исследования необходимо назначить больному в первую очередь в данной ситуации?
3. Каковы долгосрочные цели лечения данного пациента?
4. Определите оптимальную тактику лечения данного больного.
5. Укажите клинический признак, который требует углубленного дообследования для исключения вторичной (симптоматической) артериальной гипертензии. (Признак у данного пациента или это просто теоретический вопрос? Может быть переформулировать вопрос?)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №189

Больная И. 39 лет обратилась в поликлинику с жалобами на сердцебиение, слабость в левой руке и ноге.

Из анамнеза: известно, что 6 месяцев назад пациентка перенесла транзиторную ишемическую атаку, 3 месяца назад - ОНМК в бассейне средней мозговой артерии, Акушерский анамнез: 2 беременности, 1 роды. 1-я беременность в возрасте 22 лет протекала нормально, родила здорового доношенного ребенка; 2 беременность в возрасте 36 лет закончилась смертью плода на 12 неделе беременности (подтверждена нормальная морфология плода).

При осмотре: состояние больной средней степени тяжести. Моторная афазия. Отмечается пятнистость кожи цианотичного оттенка, напоминающая «кружева», локализующаяся в области бёдер и ягодиц (сетчатое ливедо). Периферические лимфатические узлы не увеличены. Конфигурация суставов не изменена, объём движений полный. Над лёгкими

перкуторно лёгочный звук, аускультативно хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС - 96 ударов в минуту. АД - 120/75 мм рт. ст. Печень, селезёнка не увеличены. При пальпации живот мягкий, безболезненный.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 112 г/л, лейкоциты - 9×10^9 /л, тромбоциты - 100×10^9 /л, СОЭ - 46 мм/час. Антитела к нативной ДНК отрицательные. Волчаночный антикоагулянт положительный – 2,4 условные единицы (норма 0,8-1,2 условных единиц).

Анализ мочи: относительная плотность - 1010, белок - 0,033 г/л, лейкоциты - 5-7 в поле зрения, эритроциты - 0-2 в поле зрения.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты какой группы Вы бы рекомендовали пациенту для лечения и профилактики сосудистых осложнений? Обоснуйте свой выбор.
5. Есть ли показания к госпитализации данной больной? Обоснуйте.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №190

Больной Ю. 53 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, боли по всему позвоночнику (преимущественно ночью), в обоих тазобедренных, коленных суставах, утреннюю скованность до 40 минут, проходящую после физических упражнений. Анамнез: болеет с 35 лет, вначале появились боли в пояснице и крестце (особенно ночью), позже присоединилась утренняя скованность, проходящая после зарядки, повышение температуры до 37-37,5°C.

Объективно: состояние удовлетворительное, положение активное. АД - 150/100 мм рт. ст. ЧСС - 74 удара в минуту. ЧДД - 18 в минуту. Температура тела 37,3°C. Отмечается выраженный грудной кифоз и шейный гиперлордоз, сглаженность поясничного лордоза, болезненность при пальпации по ходу позвоночника, околопозвоночным линиям и тазобедренных суставов. Активные и пассивные движения вызывают боль.

Пробы: симптом Кушелевского I, II - положительный, проба Томайера – 65 см, Форестье - 22 см, проба подбородок-грудина – 5 см, экскурсия грудной клетки - 4 см.

Рентгенограмма позвоночника и илеосакральных сочленениях: Деформирующий спондилёз, двусторонний сакроилиит, стадия 3.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,2 \times 10^{12}$ /л, Hb - 122 г/л, тромбоциты - 220×10^9 /л, лейкоциты - 10×10^9 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, моноциты – 4%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 30%, СОЭ – 18 мм/ч.

Иммунологические тесты: С-реактивный белок – 5 мг/л, ревматоидный фактор – отрицательный. Общий анализ мочи – норма.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой будет Ваша тактика лечения данного заболевания?

5. Каким препаратам следует отдать предпочтение при наличии у пациента внеаксиальных проявлений заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №191

Больной Е. 64 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на припухание и боль в правом голеностопном суставе и мелких суставах правой стопы, покраснение кожи над ними, ограничение движений в них.

Анамнез: страдает внезапными приступами болей в суставах правой стопы около 8 лет, когда впервые на фоне относительного благополучия ночью появились интенсивные боли в первом пальце правой стопы. В последующем артрит неоднократно рецидивировал. Боль в области правого голеностопного сустава присоединилась в течение последних 6 месяцев. Неоднократно безболезненно с мочой отходили конкременты желтовато-бурового цвета размером до 3–4 мм.

Объективно: телосложение правильное, повышенного питания. В области хрящевой части ушных раковин пальпируются безболезненные плотные образования величиной 0,2-0,3 см, белесоватые на изгибе. Отмечаются костные деформации в области 1-го и 2-го плюснефаланговых суставов правой стопы, сочетающиеся с припухлостью, покраснением кожи и повышением местной температуры над этими же суставами. Правый голеностопный сустав припухший, болезненный при пальпации. Кожа над суставом блестит, синевато-багрового цвета, горячая. АД - 170/105 мм рт. ст. ЧСС - 84 удара в минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см. Тоны сердца ритмичные, приглушены.

Мочевая кислота - 780 ммоль/л, холестерин крови - 6,7 ммоль/л, триглицериды – 1,7 ммоль/л, ЛПНП – 3,4 ммоль/л, ЛПВП – 1,0 ммоль/л; глюкоза натощак – 6,2 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 6,4 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой будет Ваша тактика лечения в период острого приступа и в межприступный период основного заболевания?
5. Каким препаратам следует отдать предпочтение для коррекции артериальной гипертензии и дислипидемии и почему?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №192

Больная Д. 47 лет жалуется на слабость, быструю утомляемость, одышку и сердцебиение при небольшой физической нагрузке, бледность кожных покровов, ломкость ногтей, обильные менструации.

Из анамнеза известно, что менструации у пациентки стали обильными около 6 месяцев назад, гинекологом выявлена миома матки небольших размеров, требующая только наблюдения. Остальные вышеперечисленные жалобы появились 2-3 месяца назад с медленным нарастанием; отметила пристрастие к резким запахам (лак, ацетон), желание есть мел (в остальном питание обычное); изредка беспокоило головокружение. Ранее, во время двух беременностей и родов, отмечалась анемия лёгкой степени. Донором не была. При осмотре: состояние удовлетворительное, среднего питания. Кожные покровы и слизистые умеренно бледные, в уголках рта неглубокие трещинки, ногти ломкие, с

выраженной продольной исчерченностью и намечающейся вогнутостью. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, ЧСС – 78 ударов в минуту, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не пальпируются. Стул, диурез без особенностей.

В общем анализе крови: эритроциты - $2,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 70 г/л, цветовой показатель - 0,73; анизоцитоз++, пойкилоцитоз++, микроцитоз++; лейкоциты - $3,8 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 54%, эозинофилы - 5%, лимфоциты - 33%, моноциты - 6%, базофилы - 1%; тромбоциты - $200 \times 10^9/л$; СОЭ - 15 мм/ч. Общий анализ мочи – в пределах нормы.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой препарат в первую очередь Вы рекомендовали бы пациентке? Какой путь введения препарата? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 1 месяц регулярной терапии верно назначенным препаратом самочувствие больной существенно улучшилось, в анализе крови гемоглобин поднялся до 110 г/л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш ответ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №193

Больной К. 55 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли сжимающего характера за грудиной, возникающие при ходьбе на расстояние 200 метров или при подъёме на один пролёт лестницы, иррадиирующие в левое плечо, проходящие через 3-5 минут после остановки. Нитроглицерином не пользовался. Беспокоит также одышка при обычной физической нагрузке, утомляемость, которая появилась несколько недель назад.

Из анамнеза известно, что описанные выше боли беспокоят в течение полутора лет. В начале они возникали на большую, чем последние несколько месяцев нагрузку. Больной получает бисопролол 5 мг в сутки и изосорбида динитрат 40 мг 2 раза в сутки. На этом фоне приступы сохраняются. Курил в течение 20 лет по $\frac{1}{2}$ пачки в день. Бросил курить 5 лет назад. Семейный анамнез: отец внезапно умер в возрасте 59 лет.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – $24 \text{ кг}/\text{м}^2$. Окружность талии – 96 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 130/85 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Периферических отеков нет. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: общий холестерин – 6,5 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 3,5 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,1 ммоль/л, креатинин – 96 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРИ) – $86,6 \text{ мл}/\text{мин}/1,73\text{м}^2$. На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 82 удара в минуту, нормальное положение ЭОС, соотношение зубцов R и S в грудных отведениях не нарушено. Выполнена ВЭМ – проба прекращена на нагрузке 75 Вт из-за появления дискомфорта в грудной клетке и депрессии ST на 2 мм в отведениях V4, V5, V6. «Двойное произведение» составило 195.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
4. При эхокардиографии ФВ, измеренная по методу Симпсона, составила 55%. Какую лекарственную терапию необходимо назначить пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Проведена коронарография. Обнаружен стеноз ствола левой коронарной артерии 70%. Какова тактика дальнейшего ведения пациента? Обоснуйте Ваш выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №194

Больной М. 37 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головные боли. Из анамнеза известно, что головные боли появились два года назад. Появление головных болей связывает с перенесением ангины (может быть, перенесенной ангиной?). Тогда же, примерно через неделю после ангины, отметил появление мочи цвета «мясных помоев», при этом мочеиспускание было безболезненным, болей в поясничной области не было. Моча цвета «мясных помоев» регистрировалась в течение 2 дней, затем приобрела обычный желтый цвет. К врачам не обращался. Эпизод мочи цвета «мясных помоев» в течение суток повторился спустя год во время ОРВИ. Обследование также не проводилось. Семейный анамнез: мать – 60 лет, часто болеет ангинами, в течение 2 лет ей установлен диагноз «гипертоническая болезнь», отец умер в возрасте 55 лет от онкологической патологии.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 24,2 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм сердца правильный. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный (симптом поколачивания не рекомендуется использовать, рекомендуется пальпация почек, может быть, заменить фразу?).

В анализах крови: эритроциты - $4,57 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 137 г/л, лейкоциты - $5,51 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула не изменена; тромбоциты - 254×10^9 /л, СОЭ - 26 мм/час. Общий холестерин – 4,9 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 2,8 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, креатинин – 135 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) - 58 мл/мин/1,73м², мочевины – 9,4 ммоль/л, мочевая кислота – 0,40 ммоль/л, общий билирубин - 7,4 мкмоль/л (непрямой), АЛТ - 39 Е/л, АСТ - 28 Е/л, общий белок - 70 г/л, альбумины - 36 г/л.

В анализах мочи: относительная плотность - 1014, цвет желтый, реакция кислая, белок - 0,88 г/л, эритроциты - 10-15 в поле зрения, лейкоциты - 3-4 в поле зрения, эпителий плоский – единичные клетки в поле зрения, бактерии отсутствуют, слизи нет, ураты +. Суточная протеинурия - 500 мг.

УЗИ почек: положение почек обычное, размеры - 11×5,6 см, паренхима - 1,7 см. Чашечно-лоханочный комплекс не изменён. Дополнительных образований и конкрементов не выявлено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Обоснуйте длительность терапии у данного пациента.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №195

Больная Н. 65 лет, пенсионерка, обратилась в поликлинику с жалобами на общую слабость, утомляемость, сердцебиение, одышку при физической нагрузке, тошноту, отрыжку, тяжесть в эпигастрии. Признаки желудочной диспепсии около 15 лет. В последние полгода появились слабость, сердцебиение, одышка при нагрузке, онемение нижних конечностей. К врачам не обращалась.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, лёгкая желтушность кожи и склер лимонного оттенка. Лицо одутловато. Периферических отеков нет. Рост - 160 см, масса тела - 68 кг. В лёгких везикулярное дыхание. Границы сердца смещены влево на 1 см, тоны немного приглушены, ЧСС - 90 в минуту, ритм сердца правильный, АД - 130/80 мм рт. ст. Язык малинового цвета, сосочки сглажены. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1 см из-под края рёберной дуги, селезёнка не увеличена.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 70 г/л, эритроциты – $2,9 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 1,3, ретикулоциты – 0,1%, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ – 30 мм/час, MCV – 70 фл. В мазке крови обнаружены гиперсегментированные нейтрофилы, тельца Жолли и кольца Кебота.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша лечебная тактика?
5. Укажите вероятную причину данного заболевания.