СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

Больной П. 18 лет, учащийся, 3 недели тому назад выписан из инфекционной больницы, где лечился по поводу скарлатины. После переохлаждения заметил уменьшение выделения и изменение цвета мочи.

1. Острый гломерулонефрит стрептококковой этиологии, инфекционноиммунный, моносиндромный вариант с изолированным мочевым синдромом, острое течение.
2. Мочекаменная болезнь, туберкулёз почек, гломерулонефрит, рак почки и мочевого пузыря, диабетическая нефроангиопатия, ГЛПС, травма мочеполовой системы.
3. Антигенное сродство оболочки стрептококка и базальной мембраны клубочков.
4. Антикоагулянты, антиагреганты, нестероидные противовоспалительные средства.
5. Острая левожелудочковая недостаточность, острая почечная недостаточность, гипертензивная энцефалопатия (эклампсия), переход в хронический гломерулонефрит.
6. Нет.
7. Для ГЛПС характерен эпиданамнез, наличие геморрагического и инфекционно-воспалительного синдромов, в анализе мочи клетки Дунаевского. Цикличность течения заболевания.
8. Янган –Тау (острый ГН не ранее 6 месяцев, ХГН). Красноусольск (хронические пиелонефриты).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

Больной С. 26 лет, экспедитор, доставлен по скорой помощи в хирургическое отделение с жалобами на повышение температуры до $38{,}8^0$ С, выраженные боли в животе (больше справа), сухой кашель, одышку, общую слабость, однократную рвоту.

1Астеновегетативный, диспепсический, гепатомегалический.
2Хронический вирусный гепатит умеренной активности.
3.Сканирование печени. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, кровь на австралийский антиген, маркеры гепатитов В, С, Д биопсия печени.Вирусный гепатит С.
4.Хронический бескаменный холецистит, циррозы печени.
5.ALT, AST, тимоловая проба.
6Диета №5. В периоды обострений несколько ограничивается двигательный режим. Курс витаминотерапии: аскорбиновая кислота, витамины гр. В, рибоксин эссенциале, по показаниям дезинтоксикационная терапия, гепатопротекторы, холеретики, α - интерферон.
Курорты минеральных вод (Железноводск, Пятигорск, Ессентуки, Красноусольск, Юматово).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

Больная Ж. 30 лет, кондуктор автобуса, поступила в стационар с жалобами на отеки лица, поясницы и нижних конечностей, сухость во рту, жажду, уменьшение количества мочи, общую слабость

1. Нефротический, отёчный, мочевой.
2. Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма в фазе обострения без нарушения функции почек.
3. Стрептококковая инфекция.
4. Проба Реберга-Тареева, проба по Зимницкому; пункционная биопсия почки; УЗИ органов брюшной полости; сканирование почек; исследование сосудов глазного дна.
5. Амилоидоз почек, системная красная волчанка, поражение почек при ревматоидном артрите.
6. Глюкокортикоиды (ГК), иммуносупрессивная терапия, цитостатики - азатиоприн, циклофосфамид, лейкеран (при стероидорезистентных формах и при развитии побочных явлений стероидной терапии), антикоагулянты (гепарин, фенилин), антиагреганты (дипиридамол, ацетилсалициловая кислота, трентал); нестероидные противовоспалительные препараты (салицилаты, пиразолоновые препараты, индометацин, метиндол, ибупрофен, бруфен, напроксен, вольтарен), плазмаферез.
7. Нефрогенная гипертония, хроническая почечная недостаточность (ХПН), развитие вторично сморщенной почки с ХПН
. 8. Байрам-Али, Янган-Тау, Пятигорск.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4

Больная А. 38 лет, продавец поступила в клинику с жалобами на озноб, резкую слабость, повышение t^0 тела до $39,5^0$, кашель с гнойной мокротой в количестве 30-40 мл в сутки, тошноту.

1. Обшевоспалительный, интоксикационный и воспалительных изменений лёгочной ткани.
2. Состояние больного тяжёлое. Инфекционно-токсический шок I стадии.
3. По R-данным - правосторонняя, нижнедолевая пневмония с абсцедированием. Со стороны ОАК - лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, ускоренная СОЭ, лимфопения, токсигенная зернистость нейтрофилов. Б/х анализ крови - $\alpha 2$ - γ - глобулинемия, серомукоиды – увеличены, СРБ +++.
4. Ds: Полисегментарная пневмония, стафилококковой этиологии с локализацией в нижней доле правого лёгкого, тяжелое течение. Осл.: Инфекционно-токсический шок I ст. ДН III. Абсцедирование.
5. Кокки, палочки, микоплазмы, вирусы и др. Наиболее вероятная этиология - стафилококковая на фоне перенесённой вирусной инфекции.
6. Инфекционно-токсический шок, абсцедирование, экссудативный плеврит, токсический гепатит, нефрит, миокардит, острое легочное сердце, легочное кровотечение, респираторный дистресс – синдром.
7. Некардиогенный отёк лёгких - как проявление инфекционно-токсического шока при тяжелых пневмониях и др. инфекциях.
8. Показаны антибактериальные препараты, обладающие бактерицидным действием (полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, при устойчивости стафилококков к ним можно применять линкомицин, гентамицин, рифампицин), противошоковая и дезинтоксикационная терапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5

Больной И. 38 лет, слесарь-монтажник, поступил в стационар с жалобами на головные боли, тошноту, рвоту. В анамнезе частые ангины. В возрасте 18 лет перенес острый нефрит, заболевание протекало с большими отеками, макрогематурией, повышением АД.

1. Хронический гломерулонефрит, инфекционно-иммунный, смешанная форма, стадия выраженных клинических проявлений, рецидивирующее течение, фаза обострения.
2. ХПН, азотемическая стадия. Нефрогенная гипертония. Вторичная нормохромная анемия. Ретинопатия
. 3. I - латентная (клуб. фильтрация до 50%) II - азотемическая, стабильная (клуб. фильтрация 5 - 20%) III - терминальная декомпенсированная (клуб. фильтрация снижена до 5%)
. 4. 1 - латентная 2 - гематурическая (б-нь Берже) 3 - гипертоническая 4 - нефротическа 5 - смешанная 6 - подострый (быстропрогрессирующий, злокачественный) гломерулонефрит
7 - ХГН развивающиеся при системных заболеваниях.
5. Гипоизостенурия, никтурия, азотемия, снижение клубочковой фильтрации.
6. При ХГН нарушается система коагуляции вследствие активации комплемента иммунными комплексами и повышения агрегации тромбоцитов. При этом в клубочках и артериолах осаждается фибрин. Гепарин усиливает фибринолиз, нейтрализует комплемент, уменьшает аллергические и воспалительные проявления и улучшает фильтрационную функцию почек.
7. Цитостатики, глюкокортикоиды, антикоагулянты, антиагреганты
8. Гипоазотемические, гипотензивные, мочегонные, антиагрегантные препараты. Введение больших доз гормонов и цитостатиков одномоментно на протяжении 2-3 дней.
9. Хронический пиелонефрит, амилоидоз, опухоль, туберкулез почек, инфекционный эндокардит, геморрагический васкулит.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6

Больная Д., 45 лет, жалуется на интенсивные боли в правом подреберье, тошноту, рвоту с наличием в желудочном содержимом желчи, повышение температуры до 37,5^{0}С

1.хронический некалькулезный холецистит . в стадии обострения средне-тяжелое течение ,с частыми рецидивами .
2.оак ,оам ,бх крови ,узи,кт печени и жечного пузыря .
3.ожирение .нарушение диеты ,
4.Лечение антибиотики (кларитромицин 0,5 мг 2р/д 7-10 дней)
Прокинетики (донпиртдон(матилак)10мг 3р/д 7-14дней
Метоклопрамид при рвоте 0,5 % 2,0 мл в/м
Урсосан 1 таб 2р/д после ужина 3-6 мес
Синобиотики (максилак)
5,соблюдение диеты (стол №5)борьба с ожирением ,своевременное лечение пищеварительной системы .к терапевту 2 р/год.санаторий .
6.красноусольск ,кисловодск ,юматово ,
7.при своевременном и адекватном лечение –благоприятный .

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7

Больная С. 30 лет, учительница, доставлена в клинику машиной скорой помощи с жалобами на ощущение “стеснения в груди”, затрудненное дыхание (особенно затруднен выдох), кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой. Больной себя считает около 7 лет,

1. Бронхиальная астма, эндогенная (инфекционно-зависимая) форма, средней тяжести, стадия обострения. Приступ удушья. Осл.: ДН II ст.

2. - β_2 – агонисты (сальбутамол, беротек).
- антихолинергические ингаляционные препараты (ипротропиум бромид (атровент)).
- Метилксантины короткого действия (эуфиллин).

3. - Ингаляционные кортикостероиды (беклометазон, ингакорт)
- системные кортикостероиды (преднизолон)
- кромогликат натрия и недокромил натрия(ингаляционные стабилизаторы мембран тучных клеток)
- β_2-агонисты пролонгированного действия(ингаляционные (сальмотерол), и в таблетках сальбутанол)
- метилксантины пролонгированного действия – теофиллины (теопек, теотард); кетатифен, как противоаллергический препарат
- антагонисты лейкотриеновых рецепторов – акколат.

4. Результаты аллергического тестирования (кожные пробы, ингаляционные, радиоаллергосорбентный тест, провокационные пробы), спирография, содержания IgE в сыворотке крови, пикфлоуметрия, пневмотахометрия, пневмотахография.

5. Нарушение функции внешнего дыхания по обструктивному типу. Проба Вотчала-Тиффно в момент приступа снижена. Уменьшение пиковой скорости выдоха при пикфлоуметрии.

6. Экзогенная БА,бронхоспастический синдром привоспалительных заболеваниях органов дыхания.

7. Реакции гиперчувствительности замедленного типа, гиперреактивность бронхов, адренергический дисбаланс.

Хроническое легочное сердце, астматический статус

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8

Больная С. 56 лет обратилась к врачу с жалобами на головные боли, сердцебиение, одышку при физической нагрузке (подъем по лестнице на 1 этаж, ходьба в быстром темпе на расстояние более 50 метров), нестабильность артериального давления с тенденцией к гипертензии (отмечает повышение показателей в пределах 160/100 – 195/110 мм.рт.ст.).

1. Аортальный стеноз, (ревматической этиологии). Недостаточность митрального клапана.
2. ФКГ, Эхо КГ, ЭКГ, R-графия сердца в 3 – х проекциях с контрастированием пищевода, б/х анализ крови (АСЛ – О, АСК, АСГ, СРБ, серомукоиды).
3. Митральный и аортальный стеноз.
4. Снижение кровенаполнения сосудов мозга из-за малого сердечного выброса.
5. Левый тип ЭКГ, гипертрофия и систолическая перегрузка левого желудочка.
6. Снижение кровоснабжения гипертрофированного миокарда.
7. О. левожелудочковая недостаточность, инфаркт миокарда.
8. Нитраты, рибоксин, панангин, ноотропил.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9

Больной К. 47 лет, инженер, обратился к участковому врачу с жалобами на боли сжимающего характера за грудиной и одышку при физической нагрузке, общую слабость, частые головокружения, головные боли, склонность к обморочным состояниям.

1. Кашель с гнойной мокротой,
   - землистый цвет лица,
   - одутловатость,
   - ногти в виде часовых стекол,
   - пальцы рук в виде барабанных палочек,
   - ограничение дыхательных экскурсии грудной клетки,
   - перкуторная “мозаичность”,
   - при аускультации ослабленное везикулярное дыхание,

   мелкопузырчатые и крупнопузырчатые влажные хрипы
2. Гнойный бронхит, деструктивная форма туберкулеза легких, рак легких с распадом, муковисцидоз.
3. Спирография, бронхоскопия, бактериологический анализ мокроты, биохимический анализ крови.
4. Бронхоэктатическая болезнь с локализацией в нижних долях обоих легких. Соп: Хронический гнойный бронхит в ст. обострения ДН II. Хроническое легочное сердце в ст. декомпенсации.

5. Генетическая неполноценность бронхиального дерева, перенесенные заболевания органов дыхания (острая пневмония, корь, коклюш), нарушение бронхиальной проходимости.

6. Антибиотики, сульфаниламиды, препараты фурагинового ряда. Антибактериальные препараты вводить эндобронхиально с помощью бронхоскопа. Протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин), муколитические препараты (мукалтин, солвин), сердечные гликозиды, мочегонные.

7. Современное и рациональное лечение острых воспалительных заболеваний легких.

Амилоидоз внутренних органов, кровохарканье, хроническое легочное сердце, бронхоспастический синдром

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10

Мужчина Б. 40 лет, обратился за медицинской помощью с жалобами на общую слабость, одышку при небольшой физической нагрузке.

1Хронический неинфекционный бронхит.

2доп.диагностика

Анализ мокроты(выявляет нейтрофилы ., клетки бронихиальног эпителия)

Бронхография(деформация стенок бронхов, цилинрическое или веретенообрахное расширение , бронхоэктазы,)

3 оценка:

Пульсоксиметрия: SaO2 95%. Понжена,

Пульс ад в норме ,

На ренгене отмечаются усление легочного рисунка,

Спирометрия (дыхательная недостаточность 2 степени) 55-3

4 Дыхателная недостаточность (офв1-54,(54-35)

5.клиника: общую слабость,

одышку при небольшой физической нагрузке

понижена активность с поялением одышки,

понижена питание.

7. Антибактериальное лечение проводится при обострении и выделении гнойной мокроты. Назначают: Ø β-лактамы - амоксициллин, амоксиклав Ø Цефалоспорины - зинацеф, цефтриаксон

Ø Макролиды - кларитромицин, азитромицин Ø Фторхинолоны – левофлоксацин, моксифлоксацин Ø Тетрациклины – доксициклин,

Патогенетическое: 1. Муколитические и отхаркивающие средства: ацетилцистеин, бромгексин, лазолван, отвары трав, мукалтин

2. Бронхолитические средства (базисная терапия): Ø Ингаляционные холинолитики – ипратропия бромид (атровент) , тиотропия бромид (спирива), Ø Ингаляционные β2-агонисты длительного действия – формотерол, сальметерол; короткого действия – сальбутамол, фенотерол Ø Метилксантины длительного действия – теопек внутрь, короткого действия – эуфиллин внутрь или в/в 2,4% - 10,0 внутривенно капельно на физиологическом растворе Ø ГКС – ингаляционные ГКС (будесонид, беклометазон, флутиказон)

2. Бронхолитические средства (базисная терапия): Комбинированные препараты Беродуал (ипратропия бромид + фенотерол) Ультибро Бризхалер (индакатерол/ гликопирроний ДДАХ/ДДБА) ДДБА/ИГКС Серетид (сальметерол / флютиказон) Симбикорт, Форадил Комби (будесонид/ формотерол)

8. профилактика

Откз от курения

Оздоровление условий труда, и внегшней среды, профилактиа и лечение орз

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11

Больной К. 38 лет, инвалид II группы, поступил на стационарное лечение по направлению участкового терапевта с жалобами на повышение температуры тела до 38-39^0, сопровождающееся ознобами, профузным потом, одышку и сердцебиение при ходьбе, приступы удушья по ночам.

1.Инфекционный эндокардит, III ст. активности, острое течение, вторичный (на фоне ревматического порока сердца). Недостаточность аортального клапана, диффузный нефрит, васкулит. Осл.: Мерцательная аритмия, тахисистолическая форма, НК II Б, анемия. Соп.: Ревматизм, акт. фаза, акт. I ст., рецидивирующее течение, сочетанный митральный порок с преобладанием недостаточности.

2. ЭхоКГ, ЭКГ, ФКГ, биохимический анализ крови.

3. Присоединение инфекционного эндокардита

. 4. “Пляска каротид” с покачиванием головы. Встречается при недостаточности аортального клапана (инфекционный эндокардит, сифилитический мезаортит, ревматический порок сердца)

. 5. Развитие васкулита на фоне ИЭ. Симптомы Лукина-Либмана, Кончаловского-Румпеля-Лееда, симптом жгута.

6. Регургитация крови в аорту во время диастолы в связи с аортальной недостаточностью

. 7. Бледность кожи, “пляска каротид”, капиллярный пульс, характерное АД, двойной тон Траубе, шум Дюрозье.
Лечение: антибиотики, НПВС, дезинтоксикационная терапия, антикоагулянты, иммунокорректоры, сердечные гликозиды, мочегонные, кардиометаболиты

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 12

Больной Б. 35 лет, доставлен машиной скорой помощи в тяжелом состоянии с жалобами на ознобы, потливость, высокую температуру - 39-39,5° в течение недели, боли в грудной клетке, кашель с трудно отхаркиваемой мокротой. Накануне поступления в больницу больной отмечает выделение мокроты в количестве 100 мл, неприятного запаха.
1. Постпневмонический абсцесс левого легкого, острое течение
2. Инфекционные факторы, снижение реактивности организма на фоне злоупотребления алкоголем.
3. Повышено количество лейкоцитов, повышено содержание палочкоядерных, СОЭ, рентгенологические данные абсцесса легких.
4. ИТШ, эмпиема плевры, пневмоторакс, легочное кровотечение
. 5. Острая дыхательная, сосудистая, сердечная недостаточность, ДВСсиндром. В/в струйно ГКС, вливание свежезамороженной плазмы и плазмозамещающих жидкостей, допамина и др.
6. Крупозная пневмония, бронхоэктатическая болезнь, гангрена легких.
7. Бактериологические исследования мокроты, крови с количественной оценкой содержания микроорганизмов: - микроскопическое исследование мокроты, окрашенной по Граму; - иммунологические исследования – выявление специфических антител
. 8. Консервативное лечение – антибактериальная терапия с учетом возбудителя болезни, препараты иммуномодулирующего действия (интерферон, тималин), пассивная иммунизация (иммуноглобулин, антистафилококковая плазма), бронхолитики, оперативное лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13

Больная К. 35 лет, домохозяйка, обратилась к участковому врачу с жалобами на ноющие боли в области сердца, сердцебиение, шум в ушах, слабость, обмороки, извращения вкуса.
1.ЖДА, средней степени, Идиопатическая апластическая анемия

2.Береенность, роды Обильные менструации.

3. Сидеропенический синдром (синдром гипосидероза) обусловлен тканевым дефицитом железа, что приводит к снижению активности многих ферментов (цитохромоксидаза, пероксидаза, сукцинат-дегидрогеназа и др.).

4. непрерывный жужжащий Ш., выслушиваемый над яремными венами при выраженной анемии и обусловленный пониженной вязкостью крови.

5. анемия, тромбоцитопения

6. ОАК, ОАМ, анализ на кал, Экг.

7. Ферро-фольгамма (комплекс железа сульфата 100 мг + аскорбиновая к-та 100 мг + фолиевая к-та 5мг + цианокобаламин 10 мг). Принимают по 1-2 капс 3 раза в день после еды.

Ферроплекс — комплекс железа сульфата и аскорбиновой кислоты, назначается по 2-3 драже 3 раза в день.

+Гемофер пролонгатум — препарат продленного действия (железа сульфата 325 мг), по 1-2 таблетки в день.

8. Профилактика : принимать препараты железа в озе 60 мг в день, мясо,рыба кушать. Черная сморожина, Компот из шиповника.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14

Больной В. 68 лет, пенсионер, обратился к участковому врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, ощущение жжения и давления под мечевидным отростком грудины. Боль часто иррадирует в область сердца, под левую лопатку, возникает через 20-30 мин. после еды и снимается приемом соды

1. ИБС: Стенокардия напряжения, ФК - III. Полная а-в блокада. Осл.: синдром Морганьи-Эдемса-Стокса. НК П А ст.
2. Полная а-в блокада (или а-в блокада III степени).
3. Громкий тон, выслушиваемый при совпадении сокращений предсердий и желудочков.
4. Нарушение кровообращения ЦНС. Приступы Морганьи-ЭдемсаСтокса.
5. Купирование приступа: атропин, адреналин под кожу, изадрин (таб.) под язык, мочегонные. Если консервативная терапия не эффективна, проводят наружный массаж сердца, искусственное дыхание, трансвенозную электрическую стимуляцию сердца.
6. Нитраты, β-адреномиметики, метаболические средства, противосудорожные. 7. Эпилепсия, ОНМК, обморочные состояния при аортальном стенозе, обморочные состояния вестибулярного генеза, острый инфаркт миокарда.
8. При неэффективности консервативной терапии имплантация искусственного водителя ритма.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15

Больной Т. 37 лет, водитель, обратился с жалобами на болевые ощущения в эпигастральной области, ноющие боли в области сердца, слабость, сердцебиение, одышку при физических нагрузках, мелькание “мушек” перед глазами и головокружение при перемене положения тела, ломкость волос и ногтей, затруднения при глотании твердой и сухой пищи

1.Болевой синдром, Астоновегетативный, Дспептический
2. Анемия, лейкоцитоз умеренный, умеьшено железо.
3.Хроническая Язва желудка, на стадии обостения, Хроническая кровопотерия(анемия)
4. ОАК,ОАМ,кал(мелена), ФГДС, БХ крови
5. Причина: стресс
6. Изменяетсяуровень железа.
7.Лечение, атропин,
Тройная схема:Репебразол 20 мг 2 р\д+Денол 120 мг 1р\д+Кларитромицин 500 мг 2рд
При мелене:диционе 250 мл в\в, соматостатин 25 мкг\чаас до остановки кровотечения

8.При своевременном лечении Благоприятный, возможны рецедивы, соблюдение диеты, отсутствие стресса, принимать денол.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16

Больной К. студент, 19 лет, доставлен машиной скорой помощи с приступом удушья. В анамнезе - периодически возникающие приступы одышки, с появлением свистящих хрипов в груди после контакта с пахучими веществами, воздействия неблагоприятных метеорологических факторов - ветра, холода, сырости. Появлению приступа удушья обычно предшествует сухой кашель, ощущение зуда в носу.

1. Бронхиальная астма, экзогенная (атопическая), средней степени тяжести, приступ удушья. Осл.: острая дыхательная недостаточность II. 2.
2. Результаты аллергологического тестирования (кожные ингаляционные пробы), радиоаллергосорбентные тесты, провокационные пробы (с ацетилхолином, гистамином), содержание Ig E в сыворотке крови.
3. . Метилксантины (эуфиллин), селективные β2 – адреностимуляторы (беротек, сальбутамол), антихолинергические ингаляционные препараты (атровент).
4. Базисные препараты: стабилизаторы мембран тучных клеток (интал, тайлед) в сочетании β2 – антагонистами (сальбутамол) и метилксантинами пролонгированного действия (теопек, теотард); антагонисты лейкотриеновых рецепторов (акколат); ингаляционные кортикостероиды (беклометазон, ингакорт, будесонид); системные кортикостероиды.
5. .Бронхоспастический синдром при воспалительных заболеваниях органов дыхания
6. . . Нарушение функции внешнего дыхания по обструктивному типу. Проба Вотчала-Тиффно в момент приступа снижена. Уменьшение пиковой скорости выдоха при пикфлоуметрии.
7. . Избегать контактов с профессиональными вредностями (потенциальными аллергенами).
8. . Реагиновый тип иммунологических реакций.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 17

Мужчина Б. 55 лет, обратился за медицинской помощью с жалобами на общую слабость, одышку при небольшой физической нагрузке, периодический кашель со слизистой мокротой, больше по утрам**.**

1. Хобл Бронхогенный тип средней степени тяжести ,в фазе обострения.осл –ДН-2 степени .
2.КТ,Экг,ЭХОкг.
3.Лейкозитоз влево, На ренгенограмме признаки хобл,
4.Индекс Тифно свидеетельствеут о наличии или отсутсвии проходимости бронхов ,ниже нормы ,норма - 70%, ОФВ1 свибелельствует об обструкции – умеренная степень
5. ИС= кол во выкур в денб * стаж (годы)/ 20
6. Курение со стажем
7. Методы лечения
1. ампициллин 0.25 мг по 1 таб 3 р/д

2.тиатропия бромид (Спирива) 2,5 мкг 1 капс 1 р/д
3 Мукалтин 0.05 мг 3 раза в день
4.П/в Эреспал 80 мг 2 р/д 2-3 нед.
5. При Лег. Гипертенз Дилтиазем
8. отказ от курения, наблюдение у пульмонолога.кардиолога,

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18

Больной С. 69 лет, пенсионер. Госпитализирован в клинику с жалобами на боли за грудиной сжимающего характера при ходьбе на расстояние 100-150 м и подъеме на 1 этаж, головокружение, периодические приступы слабости с кратковременной потерей сознания

1. ИБС: Стенокардия напряжения, ФК - III. Полная а-в блокада. Осл.: синдром Морганьи-Эдемса-Стокса. НК П А ст.
2. Полная а-в блокада (или а-в блокада III степени).
3. Громкий тон, выслушиваемый при совпадении сокращений предсердий и желудочков.
4. Нарушение кровообращения ЦНС. Приступы Морганьи-ЭдемсаСтокса.
5. Купирование приступа: атропин, адреналин под кожу, изадрин (таб.) под язык, мочегонные. Если консервативная терапия не эффективна, проводят наружный массаж сердца, искусственное дыхание, трансвенозную электрическую стимуляцию сердца.
6. Нитраты, β-адреномиметики, метаболические средства, противосудорожные. 7. Эпилепсия, ОНМК, обморочные состояния при аортальном стенозе, обморочные состояния вестибулярного генеза, острый инфаркт миокарда.
8. При неэффективности консервативной терапии имплантация искусственного водителя ритма.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №19

Больной В. 36 лет, строитель, госпитализирован с жалобами на боли в грудной клетке справа, сухой кашель, одышку, подъем t^0 до 39^0, озноб, резкую слабость.

Заболел остро, после переохлаждения. Вчера вечером почувствовал озноб, слабость, повысилась T^0 тела до $38,5^0$. Принял аспирин, чай с малиной. После временного улучшения к утру состояние вновь ухудшилось, появился сухой болезненный кашель, вызвал “скорую помощь”.

1. Острая среднедолевая пневмония правого легкого .
. 2. Лейкоцитоз со сдвигом влево, токсическая зернистость в нейтрофилах, повышение СОЭ, альбуминурия свидетельствуют о наличии острого инфекционно-воспалительного заболевания. Данные рентгенографии грудной клетки - о правосторонней среднедолевой пневмонии.
3. Необходимо провести дифференциальную диагностику острых пневмоний различной этиологии (пневмококковой, стафилококковой, стрептококковой, микоплазменной, вызванной клебсиеллой и др.), инфильтративнопневмонической формой туберкулёза легких, с раком легкого.
4. Исследование мокроты на ВК, определение бактериологической флоры, спирография, томография, бронхография, кровь на иммунограмму
. 5. Крупозная пневмония пневмококковой этиологии, средней доли правого легкого, средней степени тяжести. Осл.: ДН II.
6. Пневмококки.микоплазма
7. Антибиотики бактерицидного действия (пенициллин-амоксициллин 0,5 гр 3/д 7-10 дней(либо кларитромицин0,5 3г 2р/д)
противокашлевые средства бромгексин
жаропонижающие (анальгин),

дезинтоксикационные средства (гемодез),
натрий хлор
8. Инфекционно-токсический шок, абсцесс и гангрена легких, эксудативный плеврит, бронхоспастический синдром, инфекционно – аллергический миокардит, инфекционный эндокардит, менингит или менингоэнцефалит, анемия, нефрит, гепатит, острое легочное сердце, ДВС – синдром, сепсис, психозы.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №20

Больная Н. 22 года, служащая, обратилась к врачу с жалобами на отеки, олигурию, изменение цвета мочи, которые появились через 2 недели после ангины. До настоящего времени ничем не болела.

1. Острый гломерулонефрит, инфекционно-иммунный, полисимптомный вариант, острое течение. Осл.: ОПН.

1. 1)полисимптомный (циклический,развёрнутый):триада-мочевой, нефротический, гипертензивный; моносиндромный с изолированным мочевым синдромом; нефротический (затяжное, до 6-12 мес., течение);латентный (стертое течение);
Стрептококковая инфекция (β-гемолитический стрептококк), другие виды бактериальной инфекции (пневмококк, стафилококк), вирусная инфекция (аденовирус, вирус герпеса, гепатита В и др.), различные вакцины и сыворотки, алкоголь, вторичное поражение почек при системных заболеваниях.
2. Иммунокомплексный и антительный.

3. Иммунные комплексы активируют систему комплемента, повышают агрегацию тромбоцитов, активируют кининовую систему, простагландины, что приводит к отложению фибрина в стенках капилляров.

4. - Гипертензивная энцефалопатия (эклампсия) острая сердечная недостаточность
острая почечная недостаточность
острые нарушения зрения вследствие отека сетчатки

5. Для ГЛПС характерна цикличность течения, эпиданамнез, выраженный интоксикационный синдром, в моче - клетки Дунаевского.Нестероидные противовоспалительные средства, глюкокортикоиды, антикоагулянты, антиагреганты (курантил, трентал), десенсибилизирующая терапия

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 21

Больная С. 58 лет, жалуется на головные боли, сердцебиение, одышку при небольшой физической нагрузке, ноющие боли в области сердца. В течение 10 лет отмечается высокая артериальная гипертония (АД в пределах 160/100 – 195/110 мм рт.ст). Несмотря на проводимую гипотензивную терапию, отмечаются периодические подъемы артериального давления.

1. Аортальный стеноз, (ревматической этиологии). Недостаточность митрального клапана.
2. ФКГ, Эхо КГ, ЭКГ, R-графия сердца в 3 – х проекциях с контрастированием пищевода, б/х анализ крови (АСЛ – О, АСК, АСГ, СРБ, серомукоиды).
3. Митральный и аортальный стеноз.

4. Снижение кровенаполнения сосудов мозга из-за малого сердечного выброса.
5. Левый тип ЭКГ, гипертрофия и систолическая перегрузка левого желудочка.
6. Снижение кровоснабжения гипертрофированного миокарда.
7. О. левожелудочковая недостаточность, инфаркт миокарда.
8. Нитраты, рибоксин, панангин, ноотропил.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 22

Больной Т., 36 лет, поступил в клинику 10 августа. В течение июля работал в саду за городом, строил дом. Заболел остро 5 августа: температура повысилась до 40 ^{0}С. Жаловался на сильную головную боль, повторную рвоту, боли в области поясницы и живота с 3-го дня болезни,

1. олигоурический, гемодинамический, почечный, геморрагический, болевой.

2.ГЛСП.Острый гломерулонефрит.

3.Хронический Пиелонефрит,нефриты, алкогльное поражение почек, диабетическая нефропатия,

хроническаягломерулонерит.

4. 1.Этиотропное:
Пенициллин в/м 500000 ЕД через 4 часа на 10-14 дней.
Фуросемид 80-120 мг
Иммуносупрессия:
Гкс преднизолон 1 мг/кг/д 1-1.5 потом уменьшаем на 5-10 мг до полной отмены
При неэффективномгкс делаем цитостатики:
Метил преднизолн 500-1000 мг в/в 3-5 дней
5.Анализ крови Лейкоцитоз влево.увеличено СОЭ
Б/х крови:
С реативный белок увеличен, снижен белок гиперхолестеринэмия, повышение уровня азотисых кислот и сиаловых сислот.
Проба По Зимницкому: увеличение обьема суточной мочы.
6.Показание к гемодиализу:

- острая почечная недостаточность;
- терминальная стадия хронической почечной недостаточности;
- нарушение водно-электролитного обмена с повышением количества жидкости в организме (гипергидратация) и развитием периферических и полостных отёков;
- кома или предкома, возникшие на фоне развившейся уремии;
- изменение ионного состава крови, угрожающее жизни;

7. Правила выписки: обективный осмотр,
оформление эпикриза,
рекомендации дальнейшие. Данные о сроках временной утраты трудоспособности.
8. Длительность 5 лет без рецедвов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №23

Больной Ж. 45 лет, руководитель малого предприятия, доставлен кардиобригадой с жалобами на боли жгучего характера за грудиной, сопровождающиеся ощущением

нехватки воздуха и сердцебиением. Состояние резко ухудшилось 40 минут назад - после сильного стресса появились загрудинные боли

1. ИБС: Острый инфаркт миокарда передне-перегородочной и верхушечной области левого желудочка, острый период.
2. Анальгетики, в том числе НЛА, противошоковые, противоаритмические мероприятия, вызов кардиобригады.
3. Развитием кардиогенного шока I ст.
4. Нарушения ритма и проводимости, асистолия, отек легких, острая тампонада сердца.
5. Лейкоцитоз, повышенное содержание миоглобина крови, признаки субэпикардиального повреждения миокарда.
6. Анальгетики, противошоковые, противоаритмические, нитраты, антикоагулянты.
7. Лидокаин в/в и в/м.
8. Атеросклероз, гипертония, сахарный диабет, ожирение, стрессы и др.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24

Больной К., 40 лет, работает слесарем, курит с 18 лет. В течение 4 лет беспокоит надсадный утренний кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, одышка при умеренной физической нагрузке, утомляемость

1.бронхообструктивный ,дн,эмфизема бронхов ,внелегочные (барабанные палочки)
2.Хобл эмфизематозный тип средней степени тяжести ,в фазе обострения.осл –ДН-2 степени .
3.курение ,ожирение ,деф альфа1антитрепсина ,проф вредности ,инф заболевания ,сухость или влажность в доме .
4.существует 2 механизма
(Обратимые)
1-:накопление воспалительных клеток в просвете бронхов ,
2-сокращение гладкой мускулатуры
3- отек слизистой бронхов
4-повышенная воздушность легких
(Необратимые)

1- Фиброз стенки ДП
2- Потеря эластичности в следствие альвеолярной деструкции
3- Потеря альвеолярной поддержки в просвете малых ДП

5.Методы лечения
1. ампициллин 0.25 мг по 1 таб 3 р/д
2.тиатропия бромид (Спирива) 2,5 мкг 1 капс 1 р/д
3 Мукалтин 0.05 мг 3 раза в день
4.П/в Эреспал 80 мг 2 р/д 2-3 нед.
5. При Лег. Гипертенз Дилтиазем
6.ХЛС: Нарушение легочной вентиляции приводит к альеолярной гипоксии и рефлектроный спазм артериол МКК, приводит к легочной гипертензии , что приводит к гипертрофии и гиперфунции ПЖ.
7. Хобл является неуклонно прогрессирующим заболеванием, в течении 10-20 лет.смерть может наступить от ДН. ХЛС, НК.
Смертельный исход из –за седцечной декомпенсации.
8.Юматово, Красноусольск, Зеленая роща.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 25

Больной К., студент, 20 лет, жалуется на резко выраженную одышку, возникающую в покое и при незначительной физической нагрузке (разговор, перемещение по комнате), сухой приступообразный кашель со скудной, слизистой, трудноотделяемой мокротой, выраженную общую слабость, потливость. Отмечает усиление симптомов одышки и кашля ночью и в ранние утренние часы.

1.Аллергический синдром(с перхотью и шерстью кошки)

Кардиопунмональный(тахикардия 105,)

Бронхопунмональный(одышку, возникающую в покое и при незначительной физической нагрузку, сухой приступообразный кашель со скудной, слизистой, трудноотделяемой мокротой)

2Бронхиальная астма, аллергической этиологии.(с перхотью и шерстью кошки)

3.

4 БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Неотложная помощь

Ингаляционные $в_2$- агонисты короткого действия – сальбутамол

Препараты теофиллина короткого действия применяются для купирования симптомов астмы

Ингаляционные М-холинолитики *ипратропиум бромид (атровент) и окситропиум бромид* вызывают расширение бронхов

. Комбинированные бронхолитические препараты. *беродуал* (*атровент + фенотерол).*

5. доп анализы

1Общий анализ крови – эозинофилия при атопической БА норма - 1-5%

2. В сыворотке крови и бронхиальном содержимом – повышенное содержание Ig E Норма суммарных иммуноглобулинов класса Е в крови у взрослых пациентов - от 0 до 100 МЕ/мл.

3.R-графия органов грудной клетки – эмфизема легких, пневмосклероз, при инфекционно-зависимой БА возможны признаки хронического легочного сердца

4. Электрокардиография – при инфекционнозависимой БА признаки легочного сердца: P-pulmonale, правый тип ЭКГ, блокада правой ножки пучка Гиса

5.Мокрота характерной тягучей стекловидной консистенции содержит эозинофилы, спирали Куршмана и кристаллы Шарко-Лейдена

6Спирометрия – снижение ОФВ1 , уменьшение индекса Тиффно (ОФВ1 /ФЖЕЛ) соответственно степени тяжести

7. Пикфлоуметрия – снижение пиковой скорости выдоха (ПСВ)

Аллергологическое исследование с помощью кожных аллергических проб с разнообразными аллергенами или путем провокационных ингаляционных тестов – (нельзя применять в период обострения БА!!!)

Иммунологическое исследование на специфические IgG к бытовым, пищевым и другим аллергенам

6. Всем пациентам с БА рекомендуется выполнять **бронходилатационный** тест для определения степени обратимости обструкции под влиянием бронхорасширяющих препаратов • Бронходилатационный тест считается положительным, если после ингаляции бронходилататора прирост объема форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1) составляет не менее 12%, и при этом абсолютный прирост составляет 200 мл и более.

8.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 26

Больной М., 43 лет поступил в терапевтическое отделение с жалобами на давящие боли за грудиной при быстрой ходьбе, подъеме на 3-5 этажи лестницы. Боли купирует в состоянии покоя в течение 1-2 минут.

1 Бх анализ, повышен холестерин ,есть риск возниконовения атеросклероза.

Экг.предсердная эстрасистолия(: зарегистрированы единичные внеочередные зубцы Р и следующие за ним неизмененные комплексы QRST с неполной компенсаторной паузой.)

наблюдалась депрессия сегмента ST-T на 2 мм в отведениях V1 - V4.(может быть признаком им)

2 доп исследования.

Спирометрия при ХОБЛ - обструктивный тип вентиляционных нарушений характеризуется снижением соотношения показателей ОФВ1/ФЖЕЛ< 80% повышение остаточного объема легких

Для определения переносимости физической нагрузки пациентам с ХОБЛ рекомендуется проведение нагрузочного тестирования, например, теста с 6- минутной ходьбой

У всех пациентов с ХОБЛ рекомендуется использование пульсоксиметрии для оценки насыщения гемоглобина кислородом (SaO2) НОРМА 98-95. Пациентам с ХОБЛ при значении SaO2 ≤92% по данным пульсоксиметрии рекомендуется проведение анализа газов артериальной крови

3.ХОБЛ,

4.диф.диагностика

ХОБЛ и бронхиальной астмы (БА)

ПРИЗНАКИ	ХОБ	БА
Аллергия	Не характерна	Характерна
Кашель	Постоянный, разной интенсивности	Приступообразный
Одышка	Постоянная, без резких колебаний выраженности	Приступы экспираторной одышки
Суточные изменения $ОФВ_1$	Менее 10% должного	Более 15% должного
Бронхиальная обструкция	Обратимость не характерна	Обратимость характерна
Эозинофилия крови и мокроты	Не характерна	Характерна

5 факторы риска

Внешние

БЕЗУСЛОВНЫЕ: ¬ 1. Активное курение ¬

2. Профессиональные вредные факторы(связаны профессии шахтеров, строителей, рабочих металлургической промышленности (горячая обработка металла), лиц, занятых переработкой зерна, хлопка, производством бумаги, связанных с кислотами, щелочами, аммиаком и хлором_)

ВЕРОЯТНЫЕ: ¬ 1. Загрязнение окружающей атмосферы производственными и бытовыми аэрополлютантами ¬((пыль, смог, выхлопные газы, промышленные отходы и др)

2. Респираторные вирусные, микоплазменные и бактериальные инфекции (те же, что при внебольничной пневмонии) ¬

3. Низкое социально-экономическое положение, злоупотребление алкоголем ¬

4. Сырой и влажный климат

Внутренние

Наследственная предрасположенность ¬

Бронхиальная гиперреактивность ¬

Повторные острые респираторные заболевания (особенно в детском возрасте) ¬

Патология носоглотки ¬

Низкий уровень Ig A

6.Патогенез

Под воздействием факторов риска, прежде всего курения, происходят изменения структуры и функции слизистой оболочки и подслизистого слоя бронхов: гиперплазия и гиперфункция бокаловидных клеток и бронхиальных желез, гиперсекреция слизи и повышение ее вязкости (гиперкриния и дискриния), нарушение мукоцилиарного клиренса, подавление местных иммунных механизмов.

7.Лечение.

I. ЭТИОТРОПНОЕ Отказ от курения!

I. Антибактериальное лечение проводится при обострении и выделении гнойной мокроты. Назначают:

¬ β-лактамы - амоксициллин, амоксиклав

¬ Цефалоспорины - зинацеф, цефтриаксон

¬ Макролиды - кларитромицин, азитромицин

¬ Фторхинолоны – левофлоксацин, моксифлоксацин

¬ Тетрациклины – доксициклин

II. Патогенетическое: 1. Муколитические и отхаркивающие средства: ацетилцистеин, бромгексин, лазолван, отвары трав, мукалтин

2. Бронхолитические средства (базисная терапия):

¬ Ингаляционные холинолитики – ипратропия бромид (атровент) , тиотропия бромид (спирива), ¬ Ингаляционные β2-агонисты длительного действия – формотерол, сальметерол;

короткого действия – сальбутамол, фенотерол ¬

Метилксантины длительного действия – теопек внутрь, короткого действия – эуфиллин внутрь или в/в 2,4% - 10,0 внутривенно капельно на физиологическом растворе

¬ ГКС –ингаляционные ГКС (будесонид, беклометазон, флутиказон)

2. Бронхолитические средства (базисная терапия): Комбинированные препараты

Беродуал (ипратропия бромид + фенотерол)

Ультибро Бризхалер (индакатерол/ гликопирроний ДДАХ/ДДБА

) ДДБА/ИГКС

Серетид (сальметерол / флютиказон) Симбикорт, Форадил Комби (будесонид/ формотерол)

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

¬ Физиотерапевтические процедуры (УФО на область грудной клетки, массаж, ингаляции, индуктотермия, спелеотерапия)

¬ Лечебная физкультура с дыхательной гимнастикой (упражнения с тренировкой выдоха)

¬ Санаторно-курортное лечение (Юматово, Южный берег Крыма, Кисловодск, Анапа)
8.ПРОФИЛАКТИКА ¬ Отказ от курения ¬ Запрещение курения в рабочих помещениях ¬ Оздоровление условий труда и внешней среды ¬ Закаливание ¬ Профилактика и лечение ОРЗ

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №27

Больной З. 35 лет, сотрудник НИИ, поступил в клинику с жалобами на резкую слабость, головокружение, одышку, сердцебиение, боли в эпигастрии.

1. Острая кровопотеря.
2. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, фибромиома матки, неспецифический язвенный колит, полипоз желудка и кишечника, злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта и легких, цирроз печени и т.д.
3. гемостатическая терапия, консультация хирурга для решения вопроса перевода в хирургическое отделение.
4. Острая постгеморрагическая анемия Снижено количество эритроцитов и Нв; средний объем эритроцитов, ширина распределения эритроцитов по объему и цветной показатель не изменены, среднее содержание Нв в эритроците нормальное.
5. Язвенная болезнь 12-перстной кишки в стадии обострения. Осл.: кишечное кровотечение, геморрагический шок I ст. Острая постгеморрагическая анемия.
6. Проведение гемостатической и противошоковой терапии (
аминокапроновая кислота 5% - 100 мл в/в, хлористый кальций 10% - 10,0мл .дицинон 2,0 в/м, соматостатин 25мгк,в час свежезамороженная плазма ,викасол ,ингибиторы протоновый помпы
7. Перфорация, пенетрация, кровотечение, малигнизация (редко), перивисцериты, рубцовый стеноз 12-перстной кишки.
8. Острая кровопотеря не оказывает немедленного эффекта на величины среднего объема эритроцитов и ширины распределения объема.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 28

Больной 62 лет в экстренном порядке был госпитализирован в блок интенсивной терапии. При поступлении предъявлял жалобы на интенсивные жгучие боли за грудиной, не купирующиеся приемом нитроглицерина

1.В предлах нормы,оак,воспалительных процессов нет. Маркеры некроза крови Увеличен АСАТ,АЛАТ,КФК есть говорит о повреждении кардиомиоцитов

2.Снижение зубца Т и снижение сегмента ST на 2 мм свдтеьствет об ишнмии, серьезной сердечной паталогии.

3.ИБС.Стенокардия прогрессирующая напряжения 3 ФК

4.Тахиармитмия, расслаивающаяся аневризма аорты(иррадияция на спину).Перикардит. Поражение пищевода.

5. Инфаркт Миокарда, СН, Внезапная смерть.

6. Аспирин -150 мг 1/д

Ингибитор АПФ Периндоприл нурть 8 мг 1р/д

Анаприлин 10-40 мг 3-4 р/д

Аторвастатин 80 мг

7. Наследственная предрасложенность ,эмоциональный стресс,курение.

8. Исключить стресс, соблюдение диеты и мер предписинные врачом, предотвратят новые приступы.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №29

Больной М., 49 лет поступил в приемное отделение стационара с жалобами на сильную головную боль, чувство «внутренней дрожи», давящие боли в области сердца, сердцебиение, общее возбуждение

1 Экг. депрессии сегмента ST-T на 2 мм в отведениях V1 -V4.(инфаркт миокарда)

Высокие зубцы R в отведениях V5, V6, по амплитуде больше, чем в отведении V4. Индекс Соколова – Лайона 45мм(гипертрофия ЛЖ)

Холестерин повышен , риск возникновения атеросклероза.\

лактатдегидрогеназа - 280ед/л поышено , норма 250(повышается при повреждениях печени)

2.доп исследование

- Рентгенография органов грудной клетки. Используется для выявления аневризмы сердца.
- Ультразвуковое исследование сердца. Позволяет выявить участок поражения миокарда, оценить сократительную способность сердца.

3. ИБС.Инфаркт миокарда., гипертрофия левого желудочка(зубцы R в отведениях V5, V6)

4.неотложка при им.

Медикаментозное лечение:

1.Купирование боли

- *Нейролептоанальгезию* – сочетание нейролептика (дроперидола 0,25% 1–2 мл) с обезболивающими препаратами (фентанилом 0,005% – 1–2 мл) в/в или в/м.

Через 30 минут при необходимости обезболивание повторяют.

1. ***Ранний тромболизис*** (

- *Стрептокиназа* – в дозе 1,5 млн. МЕ в течение 30–40 минут в 100 мл физиологического раствора. Перед началом инфузии и после нее

можно ввести в вену струйно 60–90 мг преднизолона для купирования возможных аллерических реакций.

2. ***Антикоагулянтная терапия –*** проводится гепарином при

.

3. ***Разгрузка миокарда проводится следующими препаратами:***

- нитраты и нитроглицерин (уменьшают преднагрузку) вводят в/в капельно или внутрь – изокет, нитросорбит, моночинкве и др.;
- β-блокаторы при отсутствии СН (уменьшают тахикардию, аритмию, снижают АД);

5. ***Метаболические препараты*** – поляризующая смесь, рибоксин, кокарбоксилаза, панангин.

5.ДИФ,ДИАГНОЗ

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 30

Больной О. 34 лет, водитель, обратился к врачу с жалобами на сильные боли в подложечной области, возникающие через 1,52 часа после приѐма пищи, в ночное время или натощак. Болевой приступ уменьшается после приѐма пищи. Беспокоят также общая слабость, изжога, отрыжка кислым, тошнота, запоры. Считает себя больным в течение 2-х лет.

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хроническая форма, стадия обострения.
2. Эндоскопический метод исследования - ФГС.
3. Прямой признак - выявление язвенной “ниши”. Косвенные признаки - рубцовая деформация органа, конвергенция складок, обнаружение функциональных нарушений в виде изменения эвакуации (задержка или ускорение прохождения бария), дискинезия 12--перстной кишки,
дуоденогастральный рефлюкс, локальные спазмы.
4. Кишечное кровотечение встречается при

- опухолях желудочно-кишечного тракта
- носовых кровотечениях
- кровоточивости десен
- геморрое и др.

5. - кровотечение желудочно-кишечное

- перфорация

- пенетрация

- стеноз луковицы 12-перстной кишки

- малигнизация язвы

6. Локальная болезненность и напряжение при перкуссии прямых мышц живота,
болезненность при поколачивании 10-12 остистых отростков позвоночника,
болезненность при надавливании на поперечные отростки.
7. Блокаторы H_2 -рецепторов гистамина, гастропротекторы, противоинфекционные
препараты, обволакивающие и седативные средства
1. 8. Эрадикационная терапия направлена на уничтожение Helicobacter Pylori. Де-нол, антибиотики, трихопол. Показана.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №31

Больной К., студент, жалуется на боли в эпигастрии голодные и через 1,5-2 часа после приема пищи, иногда боли по ночам, тошноту, изжогу, купируемую приемом молока, повышенную утомляемость, раздражительность. Болен в течение года. В последнее время боли усилились. В анамнезе частые нарушения пищевого режима.

1 хронический ггастрит в стадии ремисии

2 болевой ,диспептический ,астено-невротический

3 гиперреактивнй ,тк пов нейрогуморальной стимуляций обкладочных клеток реагируют даже на слабые раздражители

в результате чего повышается ВАО при нормальных/ув-ых АО

4. Helicobacter pylori.

5.фгдс биопсия анализ на Helicobacter pylori.

Анализ кала пцр ,тест-система хелпил

6.благоприятный при своевременном лечении (неатрофический гастрит)

7.ингибиторы протонной помпы (амепрозол 20мг 2р/д)

Антибитиотики амоксициллин 1000мг 2р/д

Кларитромицин 500 мг 2р/д

Де-нол 120 мг по 4 2р/д

Физиотерапия ,фитотерапия ,

8 .красноусольск железноводск ясентуки .

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 32

Больной Т., 36 лет, поступил в клинику 10 августа. В течение июля работал в саду за городом, строил дом. Заболел остро 5 августа: температура повысилась до 40 ^{0}C. Жаловался на сильную головную боль, повторную рвоту, боли в области поясницы и

живота с 3-го дня болезни, плохой сон, отсутствие аппетита, жажду. С 8 августа стал плохо видеть, появилась сыпь на коже

1. олигоурический, гемодинамический, почечный, геморрагический, болевой.

2.ГЛСП.Острый гломерулонефрит.

3.Хронический Пиелонефрит,нефриты, алкогльное поражение почек, диабетическая нефропатия, хроническаягломерулонерит.

4. 1.Этиотропное:
Пенициллин в/м 500000 ЕД через 4 часа на 10-14 дней.
Фуросемид 80-120 мг
Иммуносупрессия:
Гкс преднизолон 1 мг/кг/д 1-1.5 потом уменьшаем на 5-10 мг до полной отмены
При неэффективномгкс делаем цитостатики:
Метил преднизолн 500-1000 мг в/в 3-5 дней

5.Анализ крови Лейкоцитоз влево.увеличено СОЭ
Б/х крови:
С реативный белок увеличен, снижен белок гиперхолестеринэмия, повышение уровня азотисых кислот и сиаловых сислот.
Проба По Зимницкому: увеличение обьема суточной мочы.

6.Показание к гемодиализу:

- острая почечная недостаточность;
- терминальная стадия хронической почечной недостаточности;
- нарушение водно-электролитного обмена с повышением количества жидкости в организме (гипергидратация) и развитием периферических и полостных отёков;
- кома или предкома, возникшие на фоне развившейся уремии;
- изменение ионного состава крови, угрожающее жизни;

7. Правила выписки: обективный осмотр,
оформление эпикриза,
рекомендации дальнейшие. Данные о сроках временной утраты трудоспособности.

8. Длительность 5 лет без рецедвов

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 33

Больная М., 46 лет, жалуется на интенсивные боли в верхней половине живота опоясывающего характера, тошноту, рвоту, обильный кашицеобразный стул. Оперирована по поводу желчно-каменной болезни 4 года назад.

1.ХП, биллиарно зависимый,стадия обострения

2.Алкоголь,Гастрогенный,Постравматический,Инфекционный,Ишемический, Криптогенный,Биллиарный.

3.ОАК,ОАМ,БАК,ЭКГ,УЗИ,Обзорная Р-графия брюшной полости, Фгдс, Лапароскопия.

4. Вздуте живота,ощущение полноты в эпигастрии,рвота не приносящая облегчения хр. Диарея. Прием пищи усиивает симптомы Потеря аппетита.

5.Нарушение толерантности к глюкозе или СД, При СД склонность к гипогликемии в следствие инсулинотерапии и дефицита глюкагона,редко кетоацидоз.

6.Трасимол-3-4 дня до стихания долей 100000-200000 МЕ/сут в/в.

Метоклопрамид в/м

Атропин

Водно электр баланс- натрий хлор 400 мл

В дальнейшем креон 25000ЕД

7.Диета 9 , утстранение профес. Вредностей,Борьба с ожирением,Лечение Диабета. Убрать алкоголь.

8.Пожизненное соблдение диеты, летальность до 50% через 20 лет

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №34

Больная П. 42 лет, инвалид II группы, доставлена в неврологическое отделение инсультной бригадой с диагнозом «острое нарушение мозгового кровообращения». Сбор анамнеза затруднен из-за дизартрии.

1. Дилатация левого предсердия и мерцание предсердий способствуют образованию тромбов. Оторвавшиеся тромбы - источник эмболии в системе большого круга кровообращения.
2. Общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (белок, белковые фракции, С-реактивый белок, фибриноген, сиаловые кислоты, АСЛ – О, АСЛ - S), ЭКГ, ФКГ, R-графия сердца в 3 проекциях, ЭхоКГ, исследование глазного дна, исследование свертывающей системы крови.
3. Ревматизм (активность и ее степень уточнить после дообследования). Митральный стеноз. Осл.: НК IIБ, мерцательная аритмия, острое нарушение мозгового кровообращения с правосторонним гемипарезом.
4. Тромбоэмболия, мерцательная аритмия, СН-IIБ.
5.Ревматизм - инфекционно - аллергическое заболевание, характеризующееся воспалительным поражением соединительной ткани преимущественно сердечно-сосудистой системы. Первичная роль принадлежит стрептококковой инфекции. β-гемолитический стрептококк группы А сенсибилизирует организм, с последующим развитием гиперергической реакции соединительной ткани, главным образом сердца и сосудов
. 6. Хлопающий 1тон,2 тон, щелчок открытия митрального клапана
. 7. Разница между частотой сердечных сокращений и частотой пульса . 8. Лечение: ноотропы, вазоактивные средства, дезагреганты, сердечные гликозиды, мочегонные, кардиометаболиты.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №35

Больная С. 56 лет, предъявляет жалобы на головные боли преимущественно в затылочной и височной областях, сердцебиение, одышку при небольшой физической нагрузке, ноющие боли в области сердца.

9. Аортальный стеноз, (ревматической этиологии). Недостаточность митрального клапана.
10. ФКГ, Эхо КГ, ЭКГ, R-графия сердца в 3 – х проекциях с контрастированием пищевода, б/х анализ крови (АСЛ – О, АСК, АСГ, СРБ, серомукоиды).

11. Митральный и аортальный стеноз.

12. Снижение кровенаполнения сосудов мозга из-за малого сердечного выброса.
13. Левый тип ЭКГ, гипертрофия и систолическая перегрузка левого желудочка.
14. Снижение кровоснабжения гипертрофированного миокарда.

15. О. левожелудочковая недостаточность, инфаркт миокарда.

16. Нитраты, рибоксин, панангин, ноотропил.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 36

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

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 37

Больной К. 36 лет, экспедитор, обратился с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, вздутие живота, непостоянные тупые боли в правом подреберье. Болен около 4-х лет. Ухудшение состояния наблюдалось после нарушений диеты и употребления алкоголя. К врачу не обращался.

1. Астеновегетативный, диспепсический, гепатомегалический.

2. Хронический вирусный гепатит умеренной активности.

3. Сканирование печени. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, кровь на австралийский антиген, маркеры гепатитов В, С, Д биопсия печени.
4. Вирусный гепатит С.

5. Хронический бескаменный холецистит, циррозы печени.

6. ALT, AST, тимоловая проба.

7. Диета №5. В периоды обострений несколько ограничивается двигательный режим. Курс витаминотерапии: аскорбиновая кислота, витамины гр. В, рибоксин эссенциале, по показаниям дезинтоксикационная терапия, гепатопротекторы, холеретики, α - интерферон.
8. Курорты минеральных вод (Железноводск, Пятигорск, Ессентуки, Красноусольск, Юматово).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №38

Больной Б., 49 лет. Жалобы на слабость, увеличение живота и тяжесть в правом подреберье. Ежедневно употребляет 1 л пива. Увеличение живота заметил 1 месяц назад.

1. Цирроз печени, алкогольной этиологии, сформировавшийся, активный, с декомпенсированной портальной гипертензией (асцит) и гепатоцеллюлярной недостаточностью. Класс С по Чайлд-Пью (11 баллов).

2. При циррозе печени развивается синдром портальной гипертензии, увеличением давления в системе вен, обеспечивающих приток крови от большинства органов, расположенных в брюшной . Некоторое количество жидкой части крови «выдавливается» через венозную стенку и проникает в в окружающие ткани и в брюшную полость. Затруднение пассажа крови по воротной вене приводит к скоплению тканевой жидкости в органах брюшной полости. В развитии асцита решающая роль принадлежит не нарушению проходимости в системе воротной вены.

3. Он вычисляется по формуле: МНО = (**протромбиновое** время пациента / **протром-биновое** время контроля) х МИЧ, где МИЧ (международный **индекс** чувствительности) – коэффициент чувствительности тромбопластина относительно международного стандарта.

4.Синцитография печени, Пункционная диопсия печени, Бактериологическое, цитологичес-кое, ассицитической жидкости.

5. Диета с ограничением поступления натрия до 2 г/сут и ограничением жидкости. Спиронолактон (Верошпирон) – 200 мг/сут (до 400 мг/сут). Фуросемид – 40 мг/сут (до 160 мг/сут). Контроль массы тела – ежедневное снижение при положительном диурезе должно составлять не более 500 г при отсутствии периферических отёков и до 800–1000 г при наличии отёков. Гепатопротекторы: адеметионин (гептрал, гептор), эссенциальные фосфолипиды (эссенциале Н, фосфоглив).

- 6. Подозрение на возможную перфорацию язвы желудка или кишечника;
- Подозрение на активное кровотечение внутри брюшной полости;
- При закрытых травмах живота и отсутствии сознания вследствие травмы, алкогольного или наркотического опьянения

Показания для вливаний: ДВС – синдром,Коагулопатии, Сепсис,Острая массивная кровопотеря.7. Неблагоприятный , 50 % живут 7-10 лет

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №39

Больной Г., 25 лет, не работает, поступил в клинику по направлению участкового врача. Жалобы при поступлении на общую слабость, тошноту, плохой аппетит, непостоянные тупые боли в правом подреберье, похудание, боли в суставах рук, ног. Периодически отмечались носовые кровотечения, в последнюю неделю до поступления – повышение температуры до 37,5^{0}С.

неспецифические:
- астеновегетативный;
- болевой;
- диспепсический;
- мезенхимально – воспалительный;

специфические:
- холестатический (субиктеричность кожи и слизистых);
- цитолитический (похудание, АЛТ больше нормы – 45, в 5 раз, и АСТ).

2. Назовите проявления цитолитического синдрома.

Проявлением цитолитического синдрома являются последствия разрушения гепатоцитов, а именно гиперферментемия – повышение АЛТ, АСТ, гипербилирубинемия (верхняя граница – 21), а также заметное похудание.

3. Можно ли исключить у больного вирусные гепатиты?

Безусловно, нет. Поскольку в анамнезе имеется факт применения инъекционных наркотиков. А также имеются физикальный и б/х показатели гепатита невыясненной этиологии. Необходимо выявление маркеров – антигенов и антител, а также фрагментов ДНК вируса.

4. Ваш предварительный диагноз.

Хронический гепатит С в фазе репликации, умеренно выраженная активность, средней степени тяжести, синдром холестаза.

5. Назначьте дополнительные методы обследования.
- УЗИ, ФГДС, КТ и сканирование печени;
- лабораторное исследование инфицированности пациента конкретным вирусом гепатита – выявление маркеров.

6. Назначьте лечение больному.
- стартовая терапия: инфтерферон+противовирусная терапия:

Rp: Tab. Ribavirini 0,2
D.t.d: №20 in tab.
S: принимать внутрь по 5 таблеток 1 раз в день на протяжении 6 месяцев.
Rp.: "Intron A" 30 mln ME
D.t.d. № 25 in flac.
S.В/м по 30 млн МЕ 2 р.в нед.
Rp.: Tab. Telapreviri 0,375 №168
D.S. По 2 таблетки каждые 8 часов.

- пегилированные пролонгированный интерфероны:

Rp: Sol. Peginterferoni alfa-2a (40 кДа) - 0,5 ml
D.t.d. № 1 pro inject.
S. Подкожно

- препараты прямого противовирусного действия:

Rp. Tabl. "Daklinza" 60 mg № 28
D.S. По 1 таблетке 1 раз в сутки

7. Каков вероятный прогноз?

При соблюдении назначенного лечения легко достигается стойкая долгосрочная ремиссия, возможен исход в микронодуллярный цирроз печени.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 40

Больная 55 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на одышку в покое, сердцебиение, перебои в работе сердца, отеки на нижних конечностях и увеличение живота, слабость, кашель, кровохарканье, тяжесть в правом подреберье.

Инфекционный эндокардит ?

1. Выделите основные синдромы заболевания.
2. Оцените изменения на ЭКГ. Нарисуйте ЭКГ.
3. Как объяснить шум у мечевидного отростка, усиливающийся на вдохе, и изменения печени?
4. Сформулируйте предварительный диагнозстеноз стирального клапана.
5. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
6. В чем заключается патогенез данного заболевания?

Укажите основные группы лекарственных препаратов, необходимых для лечения (выпишите рецепты). 8. Определите прогноз, меры профилактики заболевания