medfsh.ru

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 изменения цвета мочи
1. Острый гломерулонефрит стрептококковой этиологии, инфекционно-иммунный, 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. Важным звеном патогенеза острого гломерулонефрита считается образование и/или фиксации в почках иммунных комплексов
1) Антигены стрептококков (антистрептолизин) осаждаются в гломерулах во время острой фазы стрептококковой инфекции
2) Через 10-14 дней наступает иммунный ответ и связывание антистрептококковых антител с антигенами
3) Циркулирующие иммунные комплексы осаждаются на эндотелии капилляров клубочков и повреждают их
4) Активируется свертывающая система крови, формируются микротромбозы, отложения фибрина
5) В воспалительный процесс вовлекается тубулоинтерстициальная ткань почек
4. * острая почечной недостаточность
* острая почечная гипертензивная энцефалопатия
* острая сердечная недостаточность (левожелудочковая недостаточность с приступами сердечной астмы, отеком легких)
5. Нет
6. Лечение геморрагического синдрома:
Rp.: Sol. Etamsylati 12,5% – 2ml.
D. t. d. № 5 in ampull.
S. Вводить внутривенно капельно с 200 мл. 0,9% раствора натрия хлорида.
Антикоагулянты
Rp.: Sol. Heparini 5ml (1ml – 5000ME)
D. t. d. № 1 in ampull.
S. Вводить подкожно по 1 мл в переднелатеральную область брюшной стенки 4 раза в день
7.По клиренсу экзогенных веществ (инсулина)
По клиренсу креатинина (проба Реберга-Тареева)
8. Янган –Тау (острый ГН не ранее 6 месяцев, ХГН). Красноусольск (хронические пиелонефриты).

Задача 2 (билет 20)
Больной С. 26 лет, экспедитор, доставлен по скорой помощи в хирургическое отделение с жалобами на повышение температуры до 38,8 С, выраженные боли в животе (больше справа), сухой кашель, одышку, общую слабость, однократную рвоту. Заболел остро 15/X-97г. после переохлаждения. Появился озноб, головная боль, повышение температуры тела до 400 С. После приема аспирина стало легче, но 16/X утром появились сильные боли в животе, вызвал “скорую помощь” и был доставлен в стационар с подозрением на острый живот. В анамнезе хронический холецистит.

medfsh.ru

1. Крупозная бактериальная пневмония нижней доли справа, средней степени тяжести.ДН II.
2. Пневмококки. Развивается чаще у здоровых лиц, проявляется как гиперергическое воспаление.
3. Вовлечение в процесс диафрагмальной плевры.
4. R-графия грудной клетки, ОАМ, ЭКГ, анализ мокроты, общий + бактериологическое исследование.
5. а) плеврит экссудативный;
б) абсцедирование;
в) дыхательная недостаточность;
г) инфекционно-токсический шок;
д) острая сердечная и токсическая сосудистая недостаточность;
е) нефрит;
ж) миокардит.
6. Острая дыхательная недостаточность (дистресс-синдром), острая сердечно-сосудистая недостаточность, почечная недостаточность, ДВС-синдром.
7. Антибактериальная, противовоспалительная, десенсибилизирующая и дезинтоксикационная терапия.(аминопенницил “защитные”,ЦС 3 пок,макролиды,респ.ФХ-->ступенчатая терапия+патоген.тер+симптоматич)
8. а) тошнота, рвота;
б) лейкопения;
в) синдром Лайэлла; анафилактический шок, крапивница и др. аллергические реакции.
г) нефро- и гепатотоксичность, тератогенность (у некоторых групп)
в)не забываем про ДИСБАКТЕРИОЗ!
-Rp: Amoxicillini 875mg
Acidi Clavulanici 125mg
D.t.d.N 14 in tab.
S. По 1 таблетке 2 раза в день
-Rp: Clarithromycini 0,5
D.t.d: №7 in tab.
S: По 1 табл. 1 раз в день.

Задача 3.

Больная Ж., 30 лет, кондуктор автобуса, поступила в стационар с жалобами на отеки лица

1. Нефротический, отёчный, мочевой.
2. Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма в фазе обострения без нарушения функции почек.
3. Стрептококковая инфекция.
4. гипопротеинемия, белок в моче больше 3 г, гиперхолестеринемия - нефротический синдром.
5. Проба Реберга-Тареева, проба по Зимницкому; пункционная биопсия почки; УЗИ органов брюшной полости; сканирование почек; исследование сосудов глазного дна.
6. Амилоидоз почек, системная красная волчанка, поражение почек при ревматоидном артрите.
7. Нефрогенная гипертония, хроническая почечная недостаточность (ХПН), развитие вторично сморщенной почки с ХПН.
8. Глюкокортикоиды (ГК), иммуносупрессивная терапия, цитостатики - азатиоприн, циклофосфамид, лейкеран (при стероидорезистентных формах и при развитии

medfsh.ru

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. Байрам-Али, Янган-Тау, Пятигорск.

Задача 4.

Больная А. 38 лет, продавец поступила в клинику с жалобами на озноб, резкую слабость, повышение t0 тела до 39,50 , 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 - a2 - g - 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 Оцените показатели пробы Зимницкого и Реберга-Тареева.- 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.

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. **Диагноз: Хронический гломерулонефрит, инфекционно-иммунный, смешанная форма, стадия выраженных клинических проявлений, рецидивирующее течение, фаза обострения.**

medfsh.ru

2. **Клин. формы ХГН: 1 - латентная - с изолир. мочевым синдромом; 2 - гематурическая (б-нь Берже); 3 - гипертоническая; 4 - нефротическая; 5 - смешанная(нефротич.с-м+АГ); 6 - подострый (быстропрогрессирующий, злокачественный) гломерулонефрит; 7 - ХГН экстракапиллярный.**
3. **Оцените показатели пробы Зимницкого и Реберга-Тареева - Гипоизостенурия, никтурия, азотемия, снижение клубочковой фильтрации.**
4. **Какие методы опред. СКФ используются в клинической практике? Формулы CKD-Epi, проба Реберга-Тареева**
5. **Назовите осложнения болезни - ХПН, азотемическая стадия. Нефрогенная гипертония. Вторичная нормохромная анемия. Ретинопатия.**
6. **Принципы диеты: ограничение поваренной соли (до 4-6 г/сут), жидкости (объем диуреза за прошедший день + 300 мл), белка (0,5-1 г/кг/сут).**
7. **Назовите 4-компонентную схему лечения данного заболевания - Цитостатики, глюкокортикоиды, антикоагулянты, антиагреганты.**
8. **Назначьте лечение больному (выпишите рецепты) - Преднизолон (1мг/кг в течение 2 месяцев) с постепенным снижением дозы; Циклофосфан (2-3 мг/кг/сут), Гепарин (30000 ЕД/сут) + курантил (500 мг/сут)**

6 задача Больная Д, 45 ЛЕТ, ЖАЛУЕТСЯ НА Интенсивные боли в правом подреберье, тошноту, рвоту с наличием в желудочном содержимом лечи, повышение температуры.

1. Хронический калькулезный холецистит
2. С-м Кера - болезненность при палаьпации в правом подреберье в точке Кера, резко увеличивающейся при вдохе
   С-м Мерфи - глубокая пальпация в проекции желчного пузыря при глубоком вдохе пальпир рука вызывают резкую болезненность
   С-м Мюсси Георгиевского болезненность при надавливании точку Мюсси (между ножками гкс мыщцы)
3. УЗИ БХ КТ МРТ Холангиография прямая и непрямая Дуоденальное зондирование
4. Лишний вес погрешность в диете
5. Диета Спазмолитики АБтерапия Желчегонные Дезинтоксикационная терапи
   Rp.: Sol. Drotaverini 2% – 2ml.

D. t. d. № 5 in ampull.
S. Вводить внутримышечно 2 раза в день.

При выраженном болевом синдроме: НПВС\анальгетик:

Rp.: Sol. Analgini 50 % - 2 ml
D.t.d. № 10 in amp.

medfsh.ru

S. По 2 мл внутримышечно при болях.

При наличии данных за воспалительный процесс: 7-10 дней а\б терапия:

Rp: Tab. Erythromycini 0,25
D.t.d: № 10
S: Внутрь по 2 таблетки 4 раза в день.

Желчегонное:

Rp.: Tab. "Allochol" №50
D. S. По 2 таблетки 3 раза в день после еды.

Ферментное ЛС:

Rp.: "Kreon 10 000" 0,15
D.t.d.: №20 in caps.
S.: По 1 капсуле во время основного приема пищи.

6. Диета Физическая нагрузка
7. Рекомендовано:лечение в санатории Ассы, пить минеральную воду
8. Прогноз благоприятный

Задача 7

Больная С. 30 лет, учительница, доставлена в клинику машиной скорой помощи с жалобами на ощущение “стеснения в груди”, затрудненное дыхание(особо затруднен выдох)

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз больной.

---Бронхиальная астма, эндогенная форма, тяжѐлое персистирующее течение, обострение. Хронический бронхит. Пневмосклероз. Осл. Астматический статус I ст.

---Диагноз «бронхиальная астма, эндогенная форма, тяжѐлое персистирующее течение» выставляется на основании жалоб на частые приступы удушья, частый кашель, чувство стеснения в груди; данных анамнеза (предшествующий хронический бронхит, эффект от лечения ГКС и бронхолитиками, частые обострения БА, требующие госпитализации в стационар). При этом отсутствие аллергоанамнеза. У больного развилось тяжѐлое осложнение БА – астматический статус I ст. (затянувшийся приступ БА, ортопноэ, тахипноэ, тахикардия, снижение сатурации крови кислородом, ослабленное дыхание в лѐгких. Ухудшение состояния больного связано скорее всего с развитием воспалительного процесса после инфекции ОРВИ.

2.Назначьте лечебные средства для купирования приступа удушья.

Ингаляции кислорода – 4 л/мин. Ингаляции Беродуала через небулайзер (лучше на О2) 3 раза за 1 час, после - 1 раз в час до стабилизации состояния. Кортикостероиды внутривенно (Преднизолон 60-120 мг или Гидрокортизон

medfsh.ru

200 мг). Суточная доза ГКС в\в в пересчѐте на Преднизолон (Метипред) до 600-700 мг. Препараты 2 линии – Эуфиллин в\в капельно, адреналин п\к, в\в, Сульфат магния в\в.

3.Какое лечение можно рекомендовать в межприступном периоде?

Необходимо назначить ингаляционные ГКС + бронхолитики длительного действия (ß2-агонисты), лучше фиксированные препараты (Симбикорт 160/4,5 по 2 вдоха 3 раза в день или Серетид 25/500 по 2 вдоха 2 раза в день). Учитывая тяжесть БА и наличие хронического бронхита к лечению добавить М-холинолитик длительного действия Тиотропия бромид (Спирива) 1 капсула (18 мкг) в сутки. При сохраняющейся одышке возможно добавить теофиллины (Теопек или Теотард). На фоне базисной терапии необходимо постепенное снижение дозы Преднизолона, по возможности до отмены или до минимальной дозы, при которой нет ухудшения состояния. Возможен пересмотр базисной терапии с учѐтом принципа ступенчатой терапии и состояния больного.

4.Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

Пульсоксиметрия для уточнения тяжести дыхательной недостаточности (проводится ежедневно). Общий анализ крови, мочи. Глюкоза крови, СРБ. Общий анализ мокроты, при возможности микробиологическое исследование мокроты. Спирография. Пикфлоуметрия. Рентгенография ОГК. ЭКГ.

5.Назовите нарушения функции внешнего дыхания, характерные для данного заболевания.

Затрудненное дыхание(особенно выдох), приступы удушья, одышка, высокая ЧДД

6.При каких заболеваниях могут развиваться подобные симптомы?

Отсутствие бронхиальной обструкции:
-синдром хронического кашля;
-гипервентиляционный синдром;
-синдром дисфункции голосовых связок;
-ГЭРБ (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь);
-риниты;
-заболевания сердца, тромбоэмболии легочных артерий;
-легочный фиброз.
Наличие бронхиальной обструкции:
-ХОБЛ;
-бронхоэктазы;
-инородное тело;
-облитерирующий бронхиолит;

medfsh.ru

-стеноз крупных дыхательных путей;
-рак легких;
-саркоидоз.

7.Какие иммунологические и неиммунологические механизмы участвуют в развитии заболевания?

В результате хронического воспалительного процесса под воздействием медиаторов воспаления развивается гиперреактивность бронхиального дерева, приводящая к бронхиальной обструкции и респираторным симптомам.
---неиммунологические реакции - повреждение токсинами надпочечников и снижение глюкокортикоидной функции, нарушение функции мерцательного эпителия и понижение активности бета2-адренорецепторов;
---Развитие аллергической (атопической, иммунологической) бронхиальной астмы обусловлено аллергической реакцией I типа (немедленной аллергической реакцией), в которой принимают участие IgE и IgG,. Этому процессу способствует дефицит Т-супрессорной функции лимфоцитов.

8.Какие осложнения могут угрожать больной?

---В зависимости от тяжести и интенсивности приступов удушья бронхиальная астма может осложняться эмфиземой легких и последующим присоединением вторичной сердечно-легочной недостаточности.
---Передозировка бета-адреностимуляторов или быстрое снижение дозировки глюкокортикостероидов, а так же контакт с массивной дозой аллергена могут привести к возникновению астматического статуса, когда приступы удушья идут один за другим и их практически невозможно купировать. Астматический статус может закончиться летальным исходом.

Задача 8

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

1) Наиболее вероятный диагноз – гипертоническая болезнь, стадия 3, степень 2, стенокардия напряжения 3 ФК
2) диагноз поставлен на основании анамнеза, пациентка страдает АГ в течение 10 лет, год назад у неё была транзиторная ишемическая атака, наследственность пациентки отягощена со стороны отца и матери – у обоих была АГ, отец умер от инсульта.

medfsh.ru

На основании объективного обследования АД 160/112 мм.рт.ст., пульс 88 уд в мин. Левая граница сердца смещена влево на 2 см от средне-ключичной линии, тоны сердца приглушены, акцент 2 тона над аортой
На данных лабораторного обследования: повышение общего ХС,ЛПНП, снижение ЛПВП – возможен атеросклероз, увеличение креатинина в крови
3) Факторы риска
Возраст- более 55 лет
Общ хс 7,2 ммоль/л норма не более 5,0
Лпнп 4,6 ммоль/л норма меньше 3,3
Триглицериды 2,7 ммоль/л норма 1,7
АГ в семейном анамнезе
ИМТ 34,4 кг/м2
4) органы мишени поражения – головной мозг(транзиторная ишемическая атака), почки – креатининемия, сердце – стенокардия напряжения 3 функциональный класс
5) определение пораженности сосудов: УЗИ магистральных сосудов, мультиспиральная рентгенокомпьютерная томография коронарных артерий, сцинтиграфия, радионуклидная вентрикулография
6) доп обследование
Эхокг, суточное мониторирование ЭКГ, УЗИ магистр сосудов, почек, измерение лодыжечно-плечевого индекса
7) препараты каких групп наиболее подходят и в какой комбинации
ИАПФ+диуретик или ИАПФ + антагонисты кальция
ИаПф(каптоприл 25мг, эланаприл 5-10мг, рамиприл)
Антагонисты кальция (верапамил 120-480мг, амлодипин 5-10 мг, нифедипин 30 мг)
Диуретики(гипотиазид, фуросемид, спиронолактон)
Показания ИАПФ: ХСН, ИБС,СД, нефропатия
Показания АК: стенокардия, пожилой возраст, систол АГ
8) Противопоказания ИАПФ: беременность, двусторонний стеноз почечных артерий, гиперК+ емия

Задача 9.
Больной К. 47 лет, инженер, обратился к участковому врачу с жалобами на боли сжимающего характера за грудиной и одышку при физической нагрузке,

medfsh.ru

общую слабость, частые головокружения, головные боли, склонность к обморочным состояниями
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(антистрептогилуронидаза), 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
Rp.: Tab. Nitroglycerini 0,0005 №20
D.S. По 1 таб. П/язык.

Rp.: Tab. Riboxini 0,2 №30
D.S. по 1 таб. 3 р/д

Rp.: Sol. Pyracetami 200 mg/ml – 125 ml
D.S. По 2 мл 3 раза в день

10 задача
Мужчина Б. 40 лет, обратился за медицинской помощью с жалобами на общую слабость, одышку при небольшой физической нагрузке.
1. ХОБЛ среднетяжелой степени тяжести, стадия 2, эмфизематозного типа, фаза обострения.
2. Доп.обслед: Бх (повышение Срб, серомукоида, фибриногена, α2- глобулинов), Анализ мокроты (нейтрофилы, клетки бронхиального эпителия, при бакт иссл определяется состав микрофлоры и ее чувствительность к антибиотикам, также на мт), Бронхография (деформация стенок бронхов, их утолщение, цилиндрические или веретенообразные расширения, бронхоэктазы, чаще в нижних долях легких),
3. см выше
4. 2 стадия,среднетяжелая степень тяжести
5. эмфизематозный
6. насл.предрасположенность, проф вредность (мел например).
7. Муколитические и отхаркивающие средства: лазолван
Бронхолитические средства (базисная терапия): ддба – формотерол или сальметерол; бдба по потребности – сальбутамол/ фенотерол.
8. Запрещение курения в рабочих помещениях, Оздоровление условий труда и внешней среды, Закаливание, Профилактика и лечение ОРЗ.

Задача 11
Больной К 38 лет, инвалид 2 группы, поступил на стационарное лечение по направлению участкового терапевта с жалобами повышение температуры ознобы профузный пот.

medfsh.ru

1. ИЭ острое течение, вторичный. Васкулит, нефрит. Соп-ревматизм,митральный порок. Осл-анемия, мерцательная аритмия.
2. бх крови, эхо-кг,экг,фкг
3. присоединени иэ
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-Леeда, 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.
8. Лечение: антибиотики -Цефтриаксон 2 г в/в через 24 ч;
Ванкомицин 1 г в/в через 12 ч;
Линезолид 600 мг внутрь через 12 ч • продолжительность лечения - 4-6 недел.
Ванкомицин 1 г в/в через 12 ч + Гентамицин 80 мг через каждые 8 ч;
Имипенем 1 г в/в через 6 ч;
Амоксициллин 1 г внутрь через 8 час;
• Меропенем 1 г в/в через 8 ч; Ампициллин 2 г в/в через 4 часа. ,
НПВС, дезинтоксикационная терапия, антикоагулянты, иммунокорректоры, сердечные гликозиды, мочегонные, кардиометаболиты.

АЛЬТЕРНАТИВА ЗАДАЧИ

1. Острая ревматическая болезнь сердца с отеком легких (возможно)
2. ЭКГ, ФКГ, ЭХОКГ, РЕНТ ОГК, определение титра стрептококковых АТ, в крови повыш СОЭ, белка и СРБ.
3. Перенесенное заболевание (орви) , вследствие которого могло произойти заражение БГСА.
4. Симптом Мюссе - покачивание головы (пульсация головы) из-за нед. аорт. клапана. Наиболее частые причины: Ревматизм (около 70% случаев заболевания) ; Инфекционный эндокардит;
5. кровотечения(петехии).
6. нед аортального и митр клапана
7. симптом Мюсси, одышка, отеки, акроцианоз.
8. Применяются гипосенсибилизирующие и противовоспалительные препараты, кортикостероидные гормоны (преднизолон, триамцинолон), нестероидные противовоспалительные препараты (диклофенак, индометацин, фенилбутазон, ибупрофен), иммунодепрессанты (гидроксихлорохин, хлорохин, азатиоприн, 6-меркаптопурин, хлорбутин).Санация потенциальных очагов инфекции (тонзиллита, кариеса, гайморита) включает их инструментальное и антибактериальное лечение. Использование антибиотиков пенициллинового ряда при лечении ревматизма носит вспомогательный характер и показано при наличии инфекционного очага или явных признаков стрептококковой инфекции.В стадии ремиссии проводится курортное лечение в санаториях Кисловодска или Южного берега Крыма. В дальнейшем для предупреждения рецидивов ревматизма в осеннее-весенний период проводят месячный профилактический курс НПВП

ЗАДАЧА 12

medfsh.ru

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.
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, ДВС-синдром. 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.

Задача 13.
Больная К., 35 лет, домохозяйка, обратилась к участковому врачу на ноющие боли в области сердца.

1) ЖДА
2) Обильная менструация, потеря железа при беременности.
3) Сидеропенический синдром обусловливается снижением активности ферментов, содержащих железо
4) Шейный венный шум, или шум волчка связан с увеличением объемной скорости кровотока. Диастолический компонент его громче систолического или равен ему
5) эритроцитопения, снижение гемоглобина, нормохромная или гипохромная (норма ЦП=0,85-1,05)
6) снятие ЭКГ, обследование у гинеколога.определение содержания ферритина в крови.
7) лечение: мальтофер или феррум лек
   Rp.: Tab. "Maltofer" 0,1
   D.t.d.: № 30
   S.: Принимать по 1 таблетке 2 раза в сутки.

   Rp.: Tab. FERRUM LEK № 30
   D.S: по 1 таб 2 раза в день.

medfsh.ru

8) профилактика: употребление в пищу продуктов, богатых Fe. лечение предрасполагающих к ЖДА болезней.

Задача 14 (30 билет)

Больной В. 68 лет, пенсионер, обратился к участковому врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, ощущение жжения и давления под мечевидным отростком...

1. Болевой, диспепсический, кишечная диспепсия. Сопутствующие также АГ 1 степени, гипертрофия ЛЖ
2. острая НПВС-ассоциированная ЯБЖ (скорее всего проксимальной части, так как иррадиирует вверх). мб хр. гастрит типа С
3. ФГДС (эрозия, гиперемия, отечность и т.д, можно взять биопсию), Р-графия с контрастом, определение желудочной секреции и кислотности при зондировании, ОАК, ОАМ, БХ, ЭКГ (для искл. патологии сердца), кал на скрытую кровь,
4. *прямые* признаки -симптом ниши с радиарной конвергенцией складок

   косвенные: симптом де Кервена (указующего перста), спазм привратника, гиперсекреция желудка, задержка бария в желудке свыше 6 часов

5. (эрозия, гиперемия, отечность и т.д, можно взять биопсию, обнаружить там Хеликобактер)
6. Нестероидная гастропатия чаще поражает верхний отдел ЖКТ и, в отличие от классической ЯБЖ, возникает у пожилых людей. Болезнь дифференцируют со злокачественными новообразованиями желудка, синдромом Золлингера-Эллисона. Для исключения сопутствующей патологии со стороны печени, поджелудочной железы, желчного пузыря выполняют УЗИ брюшной полости.
7. отказ от НПВС, переход на другие препараты, если нет возможности - совместное применение ИПП
   при выявлении Х.Пилори - эрадикация **Терапия первой линии:**
   Ингибитор протонной помпы (Омепразол 20 мг) (или ранитидин / висмут цитрат) в стандартной дозе 2 раза в день + кларитромицин 500 мг 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день или метронидазол 500 мг 2 раза в день.
   Тройная терапия назначается как минимум на 7 дней.

   В случае отсутствия успеха лечения назначается **терапия второй линии:** Ингибитор протонной помпы в стандартной дозе 2 раза в день + Висмута субсалицилат/субцитрат (де-нол) 120 мг 4 раза в день + метронидазол 500 мг 3 раза в день + тетрациклин 500 мг 4 раза в день.
   Квадротерапия назначается как минимум на 7 дней.

   антисекреторная терапия

medfsh.ru

-бл-ры Н2 каналов: фамотидин 40 мг на ночь

-ИПП

- для снятия приступа изжоги - альмагель и др

- для нормализации моторики - метоклопрамид 10 мг 3-4 р/д

8. перфорация, пенетрация, стеноз, малигнизация,

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…

1. Диспепсический, анемический, болевой синдромы, сидеропенический
2. Снижено количество эритроцитов, цветового показателя, сывороточного железа.
3. железодефицитная анемия
4. Кал на скрытую кровь, рентгенография органов брюшной полости, фгдс
5.
   - Хронические кровопотери: маточные кровотечения,желудочно-кишечные кровотечения, носовые кровотечения, донорство
   - Повышенный расход железа
   - Недостаточный исходный уровень железа
   - Недостаточное всасывание железа
   - Нарушение транспорта железа
   - Алиментарная недостаточность

У данного пациента была проведена операция резекции желудка (Бильрот 2),что снижает усвояемость железа из пищи, а также повышает риск возникновения кровотечений вследствии несостоятельности швов.

6. Сывороточное железо
7. Лечебное питание с продуктами богатыми железом

❖ Препараты железа Двухвалентного: ферроплекс

Rp.: Dr. Ferri sulfatis 50 mg

Acidi ascorbinici 30 mg

D.t.d. № 20

S. Принимать внутрь по 2 др. 3 р/день

❖ Препараты железа трехвалентного: Феррум Лек

Rp.: Tab. Ferrici (3+) hydroxide polymaltosati № 30

D.S: по 1 таб 2 раза в день.

medfsh.ru

8. Прогноз благоприятный при своевременном лечении

1.первичная профилактика проводится группам, в которых нет анемии, но имеются предрасполагающие обстоятельства: беременные, девочки-подростки, доноры

2.вторичная профилактика проводится лицам, у которых в анамнезе была анемия. Этим группам рекомендуется профилактический курс длительностью 6 недель, затем проводится два 6-недельных курса в год или прием 30-40 мг железа ежедневно в течение 7-10 дней. Кроме того, необходимо употреблять не менее 100 г мяс

Задача 16

Больной К. студент, 19 лет, доставлен машиной скорой помощи с приступом удушья. В анамнезе - периодически возникающие приступы удушья, с появлением свистящих хрипов в груди после контакта с пахучими веществами..

1. Бронхиальная астма, экзогенная (атопическая), средней степени тяжести, приступ удушья. Осл.: острая дыхательная недостаточность II.

2. Результаты аллергологического тестирования (кожные ингаляционные пробы), радиоаллергосорбентные тесты, провокационные пробы (с ацетилхолином, гистамином), содержание Ig E в сыворотке крови.

3. Метилксантины (эуфиллин),

селективные b2 – адреностимуляторы (беротек, сальбутамол),

антихолинергические ингаляционные препараты (атровент).

4. Базисные препараты:

стабилизаторы мембран тучных клеток (интал, тайлед) в сочетании b2 – 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.

medfsh.ru

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.Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз

По данным анамнеза, объективного осмотра выставлен диагноз: Хроническая обструктивная болезнь легких. Среднетяжелая степень тяжести. Бронхитический фенотип

2.Обоснуйте и составьте план дополнительных методов обследования.

БХ крови (СРБ, серомукоид, фибриноген, α2 – глобулины), анализ мокроты (нейтрофилы, клетки бронхиального эпителия, состав микрофлоры), ЭКГ (правый тип ЭКГ, высокий, остроконечный зубец Р во II, III, aVF отведениях (P-pulmonale)), бронхография

3.Оцените данные дополнительных методов исследования.

ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз с небольшим сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ снижен, Рентгенография- признаки ХОБЛ, Спирометрия- обструктивный тип вентиляционных нарушений (индекс Тиффно <0,7, ОФВ1 <80)

4.Определите степень тяжести по спирографическим данным.

тепень тяжести- среднетяжелая 50%≤ОФВ1< 80%

*ОВФ1-объем форсированного выдоха за первую секунду маневра форсированного выдоха

5.Рассчитайте и оцените индекс пачка/лет.

Индекс пачка/лет=число сигарет, выкуриваемых в день* на стаж курения в годах/20=18*35/20=31,5 (больше 10, имеется достоверный фактор развития ХОБЛ)

6.Определите факторы риска возникновения и прогрессирования заболевания у данного пациента.

Факторы: курение, проф.вредность, наследственность

7.Перечислите медикаментозные средства лечения данной патологии.

Муколитические и отхаркивающие средства: ацетилцистеин;
Бронхолитические средства: Беродуал (ипратропия бромид + фенотерол)

8.Перечислите методы профилактики данной патологии.

Отказ от курения, Запрещение курения в рабочих помещениях, Оздоровление условий труда и внешней среды, Закаливание, Профилактика и лечение ОРЗ

Задача № 18

medfsh.ru

Больной С. 69 лет, пенсионер. Госпитализирован в клинику с жалобами на боли за грудиной сжимающего характера при ходьбе на расстояние 100-150 м и подъёме на 1 этаж

1. Сформулируйте диагноз.

2. Какой вид аритмии имеется у больного?

3. Что такое “пушечный тон” Стражеско?

4. Объясните причину приступов потери сознания у больного. Как называются эти приступы?

5. Ваша тактика во время приступа потери сознания.

6. Назначьте лечение больному в межприступный период (выпишите рецепты).

7. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

8. Какое лечение показано больному при неэффективности консервативной

терапии?

ОТВЕТЫ

1.Стенокардия напряжения, III функционального класса

3.Стражеско пушечный тон (Н. Д. Стражеско) - резко усиленный первый тон сердца при полной атриовентрикулярной диссоциации, возникающий в случае совпадения во времени систолы предсердий и желудочков сердца

4. Возникновение боли при стенокардии связано с воздействием на организм определенного фактора; когда этот фактор перестает действовать, боль прекращается. Существуют различные индивидуальные причины появления боли. Наиболее частой причиной является физическое напряжение (стенокардия напряжения), величина которого значительно варьирует. Чаще всего приступ боли связан с ходьбой.

5. Уложить заболевшего, приподняв голову.

medfsh.ru

- Расстегнуть пояс, воротник, ослабить галстук, что поможет снять удушье.
- Обеспечить в помещение доступ воздуха.
- Дать разжевать таблетку аспирина 250-300 мг, принять таблетку нитроглицерина 0.5 мг или в виде спрея под язык (при отсутствии эффекта повторить дважды через 5-7 минут, под контролем артериального давления и частоты сердечных сокращений).
- При появлении сильной слабости поднять ноги на уровень выше головы, дать попить воду и нитроглицерин уже не давать.
- Не покидать больного до приезда врача.
- Врачу необходимо показать все принятые лекарства.
- Незамедлительно вызвать «103» - если приступ не купировался.

6.

1. Коронародилататоры:

   · Папаверин - Таблетки по 0.04, ампулы 1% 1.0, 2% 3.0.

2. Группа нитроглицеринов пролонгированного действия:

   · Сустак-форте - 6.4 мг

   · Сустак-митте - 2.6 мг

   · Нитронг (США) - 6.5 мг

   · Тринитролонг (СНГ) - 3.0 мг

3. Группа нитратов (уменьшают приток крови к сердцу):

   · Эринит - 0.01

   · Нитросорбид - 0.01

4. Антагонисты кальция: выделены из группы коронарорасширяющих средств благодаря специфическому антагонизму к кальцию, уменьшают потребность миокарда в кислороде, препятствуют проникновению кальция внутрь миофибрилл.

medfsh.ru

- Верапамил(Изоптин) - таблетки по 0.04 и 0.08, ампулы 0.25% 2.0. Суточная доза 160 мг

7. При синдроме пролапса митрального клапана

- Клапанный стеноз устья аорты
- При митральном пороке сердца
- При аневризме дуги аорты
- Боль в области сердца — частое явление у лиц, страдающих алкоголизмом

8. Помимо консервативного (терапевтического) лечения существуют хирургические методы. Они могут выполняться как планово, так и экстренно. К ним относятся:

стентирование — расширение участка сосуда при помощи стента;

аорто-коронарное шунтирование — прокладывание нового пути в обход поражённого участка кровоснабжения при помощи шунта.

Задача 19

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

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

1. Какое заболевание: пневмония

2. Оцените данные доп. исследований:

Лейкоцитоз со сдвигом влево, токсическая зернистость в нейтрофилах, повышение СОЭ, протеинурия свидетельствуют о наличии острого инфекционно-воспалительного заболевания. Данные рентгенографии грудной клетки - о правосторонней среднедолевой пневмонии.

3. О каких других заболеваниях можно думать:

medfsh.ru

Острые пневмоний различной этиологии (пневмококковой, стафилококковой, стрептококковой, микоплазменной, вызванной клебсиеллой и др.), инфильтративно-пневмоническая форма туберкулёза легких, рак легкого.

4. Какие доп обследования необходимы:

Исследование мокроты на микобактерии туберклеза, определение бактериологической флоры, антибиотикочувствительно, спирография, томография, бронхография, кровь на иммунограмму.

5. Внебольничная долевая пневмококковая?(бактериальная) пневмония, средней доли правого легкого, средней степени тяжести. Осл.: ДН II.

6. Возможные этиологические факторы: Пневмококки.

7. Лечение :

Режим: В период лихорадки постельный, затем общий.

Питание: рекомендуется рациональное питание, богатое белками и витаминами, обильное питье.

Медикаментозная терапия:

Этиотропная:

· Антибактериальная терапия - Цефтриаксон

Rp.: Ceftriaxoni 1,0

D.t.d. № 10

S. Содержимое флакона растворить в 3,5 мл 1% раствора лидокаина, вводить

внутримышечно 1 раз в сутки

Патогенетическая:

· С целью дезинтоксикации внутривенно капельно 5% раствор глюкозы (0,4 – 0,8 л в сутки)

Rp.: Sol. Glucosi 5% - 500,0 (10,20,40% - 10,0 in ampullis)

D.t.d. N.10

S. Вводить в/в капельно раствор глюкозы 5%.

medfsh.ru

· Муколитическое средство, с целью восстановления бронхиальной проходимости – бромгексин

Rp.: Tab. Bromhexini 0,008

D.t.d. N. 40

S. По 2 таблетки 3 раза в день.

Симптоматическая:

· Анальгезирующее, жаропонижающее, противовоспалительное

Rp.: Sol. Diclophenaci 3,0 pro injectionibus D.t.d. N.10 in amp. S. Содержимое 1 ампулы вводить внутримышечно вечером.

Немедикаментозная терапия:

· Восстановлению бронхиальной проходимости: ингаляции с ощелачивающимими, муколитическими и бронхолитическими средствами

· Рассасыванию пневмонии способствуют: индуктотермия, микроволновая (деци-и сантиметроволновая) терапия, электрофорез с йодистым калием, хлористым кальцием, гидрокортизоном и др.

· Дециметровая терапия области надпочечников с целью активации их глюкокортикоидной функции.

· Для гипосенсибилизации организма ультрафиолетовое облучение грудной клетки отдельными полями.

· Разрешению пневмонии способствует массаж грудной клетки и рано начатая лечебная физкультура, в первую очередь – дыхательная гимнастика.

· Для ускорения рассасывания воспалительных изменений применяют также тепловые процедуры: парафиновые и озокеритовые аппликации на грудную клетку, облучение лампой соллюкс.

8. Осложнения: 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.

medfsh.ru

Задача 20. Больная Н, 22 года, служащая, обратилась к врачу с жалобами на отеки, олигурию, изменения цвета мочи, которые появились через 2 недели после ангины. До настоящего времени ничем не болела.

1. Диагноз: Острый гломерулонефрит, инфекционно-иммунный, полисимптомный вариант, острое течение.
2. Клинические варианты ОГН: 1) полисимптомный (циклический, развёрнутый): триада - мочевой, нефротический, гипертензивный; моносиндромный с изолированным мочевым синдромом; нефротический (затяжное, до 6-12 мес., течение); латентный (стертое течение);
3. Этиология: Стрептококковая инфекция (b-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.
4. Патогенез: возбудитель скарлатины - гемолит.стрептококк гр.А. Его антигеном является эндострептолизин, на который в макроорганизме вырабатываются антитела, как правило, на 10-14 день после начала заболевания. Происходит связывание АТ с АГ. Эти иммунные комплексы осаждаются в гломерулах почек, повреждают их и вызывают воспаление, а также активируют фибриногеновую систему – микротромбозы.
5. необходимость назначения а/коагул.тер: Иммунные комплексы активируют систему комплемента, повышают агрегацию тромбоцитов, активируют кининовую систему, простагландины, что приводит к отложению фибрина в стенках капилляров. Для предотвращения необходима антикоагул.терапия.
6. диета: ограничение поваренной соли, ограничение жидкости (объем диуреза за прошедший день+400мл), ограничение белка (4-6г/сут)
7. диф.д-з с глпс: Как правило, при гломерулонефрите в анамнезе есть указание на перенесенную ангину, ОРВИ, нет четкой цикличности в развитии почечной недостаточности. Больные бледные, отечные, имеется стойкая артериальная гипертония, нет геморрагического синдрома. Высокая протеинурия характерна для нефротического синдрома хронического гломерулонефрита. Нет изогипостенурии, болей в животе, как при ГЛПС. Диф диагностику с ГЛПС проводят с учетом эпидемиологических данных (пребывание в эндемичных очагах, уровень заболеваемости, сезонность) и характерной клинической симптоматики ГЛПС (острое начало, сочетание лихорадки, общей интоксикации с поражением почек, геморрагическим синдромом, изменения мочи - цилиндры, значительное количество белка, в крови - лейкоцитоз, увеличение плазматических клеток, повышение СОЭ и др.). Специфические лабораторные методы не всегда доступны. Подтвердить диагноз можно обнаружением антител класса IgM с помощью твердофазного иммуноферментного анализа или четырехкратным (и выше) нарастанием титров в реакции иммунной адгезии-гемагглютинации.

medfsh.ru

8. лечение:Нестероидные противовоспалительные средства, глюкокортикоиды (преднизолон -0,02, Внутрь: 1 раз в день в течение 8 недель) , антикоагулянты, антиагреганты (курантил, трентал), десенсибилизирующая терапия.

Задача 21. Больная С. 58 лет жалуется на головные боли,сердцебиение, одышку при небольшой физической нагрузке, ноющие боли в области сердца.

1.**Сформулируйте и обоснуйте диагноз.**

ГБ 3 степени, дислипидемия , протеинурия , гипертрофия левого желудочка, 4 степень риска

Сопутствующие: острое нарушение мозгового кровообращения

2. Какие факторы риска АГ имеются у больной?

возраст, избыточная масса тела, гиподинамия, наследственная предрасположенность по АГ и мозговому инсульту, частые семейно-бытовые и производственные стрессовые ситуации.

3. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить?

Суточное мониторирование АД (СМАД) ,Самоконтроль АД (СКАД) ,рентгенография, скорость клубочковой фильтрации, скф,Эхокардиография,УЗИ магистральных сосудов (общей сонной артерии),УЗИ почек, надпочечников, почечных артерий,УЗи органов брюшной полости, Определение скорости пульсовой волны

4. Перечислите особенности кардиалгического синдрома при этом заболевании.

Боли в области сердца , сердцебиение , одышка при незначительной нагрузки

5. Поражение каких органов и систем имеются у пациентки?

Сердце(Гипертрофия левого желудочка), Почки(гипертоническая нефропатия) , Глаза(ретинопатия), цереброваскулярные нарушения

6. Назначьте лечение (выпишите рецепты).

1. Ингибиторы АПФ:

Rp.: Tab. Captoprili 0,025 №30

D.S. по 1 таб. 2 р/д.

2. Бета-адреноблокаторы

Rp.: Tab. Bisoprololi 0,01

D. №30

S.: По 1/2 таб. 1 раз в день.

3. Гиполипидемическая терапия

Rp.: Atorvastatini 0,02

D.t.d №30 in tab

S.: По 1 таблетке вечером

7. Профилактика данного заболевания

medfsh.ru

Диета (Масса тела должна приближаться к идеальной ИМТ менее 25 кг/м2) Ограничение соли до 5 г/сут. Следует увеличить потребление калия (его много в свежих фруктах, овощах, кураге, печеном картофеле). Регулярные физические тренировки не менее 4 раз в неделю продолжительностью 30-45 минут. Следует ограничить продолжительность рабочего дня и домашних нагрузок, избегать ночных смен, командировок.

Задача 22 (18 билет)

Больной Т., 36 лет, поступил в клинику 10 августа. В течении июля работал в саду за городом, строил дом. Заболел остро 5 августа: температура повысилась до 40. Жаловался на сильную головную боль 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. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, тяжелая форма олигоанурический период; осл. - ОПН, ДВС - синдром.
2. Почечный, геморрагический, интоксикационный.
3. Лептоспироз, клещевой энцефалит.
4. Анализ крови на МФА (парные сыворотки), мочевину, креатинин, калий, коагулограмму.
5. Олигурия менее 500 мл более 3-х дней, анурия более 1 дня, мочевина 26 ммоль/л и более, креатинина 800 мкмоль/л и более, калия - 6 ммоль/л и более.
6.Исчезновение клинических проявлений болезни, нормализация основных биохимических показателей крови, гемограммы.
7.Дезинтоксикационная терапия (10% глюкоза с инсулином, дисоль, хлорида натрия 0,9 %, с учетом диуреза, мочегонные, свежезамороженная плазма, дицинон, обезболивающие и др.). антиоксидантную терапию — использование средств, подавляющих перекисное окисление липидов; профилактику и лечение инфекционного-токсического шока и ДВС-синдрома — применение гормонов, антикоагулянтов и др.; профилактику и лечение отёков мозга и лёгких с помощью гормонов; борьбу с бактериальными осложнениями — антибактериальные средства назначаются по показаниям;
8. Диспансерное наблюдение в течение 6-12 месяцев.

23.....УСЛОВИЕ: 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.

medfsh.ru

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

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. Острая пневмония.
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.), инфильтративно-пневмонической 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.
7. Антибиотики бактерицидного действия (пенициллин, полусинтетические пенициллины, цефалоспорины), бисептол, дезинтоксикационные средства (гемодез), жаропонижающие (анальгин), бронхолитики (эуфиллин), противокашлевые средства (либексин, тусупрекс). Бромгексин, мукалтин.
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

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…

1. Ведущим клиническим симптомом является одышка.
2. Предварительный диагноз: бронхиальная астма, аллергическая форма, интермитирующее течение, фаза обострения.
3. Одышка, сухой свистящий кашель с трудноотделяемой мокротой , контакт с перхотью и шерстью кошки, ранее бывали признаки аллергии на кошек
4. b2-агонисты короткого действия : беротека или сальбутамол (аэрозоли 1-2 дозы за 1 раз, максимум - 6 доз в день), при помощи небулайзера – сальбутамол;

medfsh.ru

антихолинергические препараты : антровент или комбинированный препарат – беродуал (1-2 дозыа аэрозоля).
5. 1). Общий анализ крови часто выявляет эозинофилию.
2). Биохимический анализ крови. При обострении заболевания можно обнаружить повышение уровня неспецифических маркеров воспаления: α2-, β-, γ- глобулинов, серомукоида, сиаловых кислот, СРБ и др.
3). Изучение аллергологического статуса. В сыворотке крови больного с помощью ИФА определяют наличие общих и специфических IgE, которые, как правило, выявляются при атопической астме.
В мокроте, имеющей при атопической астме характерную тягучую стекловидную консистенцию, обнаруживаются эозинофилы, спирали Куршмана и кристаллы Шарко-Лейдена.
4.) Спирография выявляет характерные признаки нарушения функции внешнего дыхания по обструктивному типу – снижение объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1), уменьшение индекса Тиффно (процентного соотношения ОФВ1 к ФЖЕЛ) менее 80%, увеличение остаточного объема легких.
5.)Электрокардиография обнаруживает признаки легочного сердца – высокие остроконечные зубцы Р в III и II основных отведениях (P. pulmonale), правый тип ЭКГ (SI RIII), блокаду правой ножки пучка Гиса.
6.) При рентгенологическом исследовании можно выявить повышение прозрачности легочных полей из-за эмфиземы, расширение корней легких за счет центральных ветвей легочной артерии, увеличение правых отделов сердца при развитии легочного сердца, а также установить наличие пневмонии или пневмосклероза.
6. Бронходилатационный тест является исследованием после ингаляции бронходилататора. У пациентов с установленным диагнозом бронхолегочной патологии (бронхиальная астма, ХОБЛ) исследование проводится на фоне плановой терапии с целью определения ее эффективности. У пациентов, которым процедура выполняется с целью уточнения диагноза, тест проводится с предварительной отменой бронхорасширяющих препаратов. В качестве бронходилатационных препаратов при проведении тестов у взрослых рекомендуется назначать:
b2-агонисты короткого действия (начиная с минимальной дозы до максимально допустимой: фенотерол - от 100 до 800 мкг; сальбутамол - от 200 до 800 мкг, тербуталин - от 250 до 1000 мкг) с измерением бронходилатационного ответа через 15 мин;
антихолинергические препараты: в качестве стандартного препарата рекомендуется использовать ипратропиум бромид (начиная с минимальных доз - 40 мкг, до максимально возможных - 80 мкг) с измерением бронходилатационного ответа через 30-45 мин.
7.Базисные препараты больные принимают ежедневно и длительно с целью достижения и сохранения контроля над астмой. К этой группе препаратов относятся противовоспалительные средства и бронхолитики длительного действия.
I. К противовоспалительным средствам относят: ингаляционные мембраностабилизирующие препараты (кромоны), антилейкотриеновые препараты и ингаляционные или системные глюкокортикостероиды.
1. К мембраностабилизирующим препаратам относятся кромоны – кромогликат натрия (интал, кромолин) и недокромил натрия (тайлед).
2. антилейкотриеновые препараты – акколат и зилеутон.
3. Ингаляционные глюкокортикостероиды. Одним из распространенных ингаляционных ГКС короткого действия является беклометазона дипропионат (бекотид, альдецин).
4. Системные глюкокортикостероиды.
II. В качестве базисных бронхолитических препаратов назначают β2- агонисты пролонгированного действия и метилксантины с замедленным высвобождением.

medfsh.ru

1. Ингаляционные и пероральные β2- агонисты пролонгированного действия (более 12 часов) салметерол (серевент) и формотерол (форадил) назначают 2 раза в сутки в комбинации с ингаляционными ГКС при среднетяжелой и тяжелой персистирующей астме.
2. Препараты теофиллина с продолжительностью действия 12 часов (теопек, теотард, эуфилонг) назначают внутрь по 0,3 г 2 раза в день.
8.Аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ) предполагает введение в организм возрастающих доз аллергена, на который у пациента возникает аллергическая реакция. В результате организм вырабатывает терпимость к аллергену, а иммунный ответ на него становится более адекватным, без симптомов аллергического воспаления. Такая терапия уменьшает выраженность симптомов при воздействии аллергена или вовсе сводит эти симптомы на нет. АСИТ остается пока единственным способом лечения аллергии, предотвращает расширение количества аллергенов и уменьшает риск развития серьезных сопутствующих заболеваний.
Показанием к проведению АСИТ является наличие у пациента аллергии на пыльцу, клещей домашней пыли, шерсть животных и споры грибов. При этом во время лечения у человека не должно быть обострения аллергических заболеваний (аллергического ринита, бронхиальной астмы, атопического дерматита). Полными противопоказаниями являются наличие иммунодефицитов, онкологии, некоторых сердечно-сосудистых заболеваний; лечение β-блокаторами или антидепрессантами; беременность и грудное вскармливание; отсутствие контроля бронхиальной астмы; возраст до 5 лет (для подкожного метода АСИТ).

Задача 26.
Больной М., 43 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на давящие боли за грудиной при быстрой ходьбе, подъеме на 3-5 этажи лестницы. Боли купируются в состоянии покоя в течение 1-2 минут.

1. В Б/х анализе крови: гиперхолестеринемия (Н-1,6-3,7 ммоль/л), АСТ – верхняя граница, ЛДГ – повышен (55-155Ед./л),.

ЭКГ: ЭОС горизонтально - у гиперстеников, Сердце «ложится» на купол диафрагмы.

При холтеровском мониторировании: Предсердная экстрасистолия— преждевременное внеочередное появление зубца Р и следующего за ним комплекса QRST. Наличие неполной компенсаторной паузы.

Велоэргометрия. Заключение: проба положительна. Толерантность к физической нагрузке - средняя.

2. Доп. Методы:

· Перфузионная сцинтиграфия миокарда - оценить адекватность поглощения радионуклида пропорционально уровню/объему кровотока во время введения препарата. Область сниженного поглощения отражает нарушение перфузии данного участка миокарда

· Радионуклидная ангиография - визуализировать левый желудочек сердца, оценить его фракцию выброса/изгнания и движение стенок. Возникновение нарушений после нагрузки подтверждает присутствие стресс-индуцированной ишемии; аномальные результаты ангиографии в покое свидетельствуют об инфаркте миокарда.

medfsh.ru

· Коронарная ангиография - визуализировать степень и локализацию стеноза ветви коронарной артерии. Сужение диаметра артерии более чем на 50% считается клинически значимым

· Ангиография левого желудочка. Визуализируются локальная функция левого желудочка и его деятельность в целом; документируется митральная недостаточность

3. Диагноз: ИБС. Впервые возникшая стенокардия напряжения. Предсердная экстрасистолия
4. Диф. Диагностика с

- нейроциркуляторной дистонией по кардиальному или смешанному типу: боли локализуются справа от грудины, носят ноющий или колющий характер, не иррадиируют, не связаны с физической нагрузкой, не купируются нитроглицерином, границы сердца нормальные, тоны ясные, звучные, АД нормальное (не выше 140\90), ЭКГ - без изменений.

- Инфекционный миокардит: тупые, ноющие, иногда давящие боли постоянного характера без иррадиации локализуются слева от грудины; имеется связь заболевания с инфекцией (чаще ОРЗ, грипп, фарингит, ангина). Могут быть нарушения ритма и проводимости; границы сердца нередко умеренно расширены, тоны приглушены, часто - систолический шум на верхушке сердца. На ЭКГ чаще диффузные (редко - очаговые) изменения миокарда (изменения зубца Т, сегмента ST, увеличение QT и др.).

-Острый перикардит: боль локализуется за грудиной, связана с актом дыхания, может иррадиировать в эпигастральную область (реже - в другие области); имеется связь с инфекцией (чаще - респираторной, вирусной). Температура тела повышена. Границы сердца не изменены, тоны достаточной звучности, выслушивается шум трения перикарда (обычно довольно звучный и стойкий). На ЭКГ - подъем сегмента ST в острой фазе заболевания с последующим смещением его к изоэлектрическому уровню и формированием отрицательного зубца Т (нормализация ЭКГ происходит через 3-4 недели и более).

- ТЭЛА: Боль локализуется в верхней части грудины, связана с актом дыхания, не иррадиирует, сопровождается одышкой, бледной синюшностью, кровохарканьем (не обязательно), у ряда больных - обмороком. При обследовании часто можно обнаружить признаки тромбофлебита или флеботромбоза, акцент 2-го тона на легочной артерии, шум трения плевры, на ЭКГ - перегрузка правых отделов сердца (смещение сегмента ST в 3, V1-2 без патологического зубца Q и др.).

-Инфаркт миокарда: Болевой синдром характеризуется выраженной интенсивностью и продолжительностью (более 30 мин), боль сжимающая, давящая, жгучая, имеет загрудинную локализацию, довольно широкую (чаще левостороннюю) иррадиацию, не купируется нитроглицерином. АД вначале кратковременно повышается (не всегда), затем понижается; 1 тон ослаблен, может быть ритм галопа, появляется систолический шум на верхушке (из-за дисфункции сосочковых мышц). Температура повышается на 2-ой день заболевания. На ЭКГ, зарегистрированной в течение первого часа болезни, отмечаются изменения зубца Т или монофазная кривая; зубец Q (достоверный признак некроза) появляется не сразу (через 3 и более часов).

5. 1).Главный этиологический фактор ИБС – атеросклеротическое сужение коронарных артерий (у 97% больных) не позволяет увеличить коронарный кровоток и потребность в кислороде при физической нагрузке, а затем обеспечить адекватный кровоток и в покое.

medfsh.ru

Коронарные артерии должны быть сужены не менее чем на 50 –75% для появления клинических признаков ишемии миокарда. Определенную роль играет недостаточность коллатерального кровообращения.

2.)Спазм склеротически неизмененных коронарных артерий, возникающий спонтанно, в покое, в результате нарушения регуляторных нейрогуморальных механизмов, или под влиянием гиперпродукции катехоламинов при стрессах. Коронароспазм может возникнуть и на фоне атеросклероза коронарных артерий.

3).Образование в крови тромбоцитарных агрегатов при нарушении равновесия между простациклином, вырабатывающимся в интиме сосудов и обладающим антиагрегантной и коронародилятирующей активностью, и тромбоксаном, вырабатываемым тромбоцитами и являющимся мощным вазоконстриктором и стимулятором агрегации тромбоцитов. Такая ситуация может возникнуть при изьязвлении и разрушении атеросклеротической бляшки, а также при нарушении реологических свойств крови, например при активации САС.

4.)Гиперпродукция катехоламинов при стрессах является причиной непосредственного повреждения миокарда – активируется перекисное окисление липидов, происходит активация липаз, фосфолипаз, повреждение сарколемм. Под влиянием САС активизируется свертывающая система крови и угнетается фибринолитическая активность. Усиливается работа сердца и потребность миокарда в кислороде. Развивается коронароспазм, появляются эктопические очаги возбуждения.

6. Патогенез:

1).В результате неадекватного кровотока возникает ишемия миокарда. В первую очередь страдают субэндокардиальные слои.

2.)Возникают изменения биохимических и электрических процессов в сердечной мышце. При отсутствии достаточного количества кислорода клетки переходят на анаэробный тип окисления – истощается энергетический запас в кардиомиоцитах.

3).Возникают нарушения ритма и проводимости сердца. Нарушается сократительная функция миокарда.

4).В зависимости от продолжительности ишемии изменения могут быть обратимыми и необратимыми (стенокардия – инфаркт миокарда).

7. 1) Режим: палатный.

2.) Диета №10, предполагающее потребление в день до 90 г белков, до 70 г жиров, примерно 400 г углеводов, не более двух литров жидкости (вода, чай, суп и так далее) и до 7 г соли. Количество приемов пищи – от четырех до шести. Рекомендуется потреблять больше зелени, чтобы обеспечить организм натрием и калием.

3.) Занятия лечебной физкультурой под наблюдением специалиста.

4.) С целью купирования приступа стенокардии – антиангинальные (антиишемические) препараты:

medfsh.ru

· Нитраты – нитроглицерин:

Rp: Tab. Nitroglycerini 0,0005
D.t.d. №20
S. По 1 таб. под язык во время приступа.

· Новые антиишемические препараты – ранолазин

Rp. Tab. "Ranolazine" 0,5
D.t.d. № 56
S. По 1 таблетке 2 раза в день.

5.)С целью уменьшения потребности миокарда в кислороде – α- и β1,2-адреноблокатор (Карведилол)

Rp: Tab. Carvediloli 0,0125
D.t.d. №50
S. По 1 таблетке 2 раза в день.

6. С целью подавления агрегации тромбоцитов назначаются антиагреганты – ингибиторы ЦОГ тромбоцитов (Ацетилсалициловая кислота)

Rp.: Tab. "Aspirin Cardio" 0,1
D.t.d. № 28
S. по 1 таблетке 1 раз в день.

7. С гиполипидемический целью назначаются статины – Ловастатин

Rp.: Tab. Atorvastatini 0,02
D.t.d. №30
S. по 1 таб./сутки после ужина.

8. С антигипертензивной целью, для снижения постнагрузки назначаются антагонисты кальция – Нифедипин

Rp.: Tab. Nifedipini 0,02
D. t. d. № 28 in caps.
S. Внутрь по 2 таблетке 2 р/д, не разжевывая.

9. С цитопротективной целью – Триметазидин

Rp.: Tab. Trimetazidini 0,02
D. t. d. № 10
S. По 1 таблетке 2 раза в сутки.

8. Прогноз и профилактика:

Летальность 1-4% при АКШ, возможны ИМ, рестенозы
Профилактика ИБС:

medfsh.ru

- · Устранение факторов риска
- Прекращение курения
- Снижение массы тела
- Повышение физической активности
- Рациональное питание
- Медикаментозные средства
- Умеренность в алкоголе

Задача 27

Больной З. 35 лет, сотрудник НИИ , поступил в клинику с жалобами на резкую слабость, головокружение, одышку, сердцебиение, боли в эпигастрии. В АНАМНЕЗЕ - Патология ЖКТ. Ухудшение состояния связывает с физической работой в саду, после которой почувствовал резкую слабость, потливость, однократно был дегтеобразный стул. С трудом добрался до города, где сразу же вызвал “скорую помощь”. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Холодный пот. В легких дыхание везикулярное. ЧД - 26 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, тахикардия - 120 в 1 мин., АД - 80/60 мм рт. ст. Пульс 120 уд. в 1 мин. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот несколько вздут, болезненный в эпигастрии и зоне Шоффара. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

1. Острая кровопотеря.
2. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, фибромиома матки, геморрой, неспецифический язвенный колит, полипоз желудка и кишечника, злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта и легких, цирроз печени и т.д.
3. ФГС, пальцевое исследование прямой кишки, гемостатическая терапия, консультация хирурга для решения вопроса перевода в хирургическое отделение.
4. 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% - 10,0 дицинон 2,0 в/м, полиглюкин, свежезамороженная плазма).
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.

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. В течение 10 лет беспокоят загрудинные боли при ходьбе через 300-500 метров, преимущественно по утрам, купируются после приема нитроглицерина через 1-2 минуты или в состоянии покоя. Лечился не регулярно. Курит до 10 сигарет в день. Ухудшение отмечает в течение недели, когда участились и усилились загрудинные боли. Несколько часов назад развился болевой приступ, который был купирован лишь наркотическими анальгетиками бригадой скорой помощи.

1- незначительное повышение лактатдегидрогеназы
2- отклонение ЭОС влево + субэндокардиальный ИМ левой стенки

medfsh.ru

3-Прогрессирующая стенокардия напряжения со стабилизацией в стенокардию напряжения ФК III. на основании : Учащение и усиление загрудинных давящих болей, возникающих при ходьбе, подъеме по лестнице и при эмоциональном напряжении, плохо купирующиеся нитроглицерином и снимающихся наркотическими анальгетиками.
4 выраженная гипертрофия миокарда при артериальной гипертензии, аортальном стенозе, гипертрофическая кардиомиопатия, коронариты, расслаивающая аневризма аорты, вазоспастическая стенокардия, тромбоэмболия легочной артерии, перикардит
5 Стенокардия напряжения может осложниться инфарктом миокарда
6 План лечения больного составляется индивидуально. В первую очередь назначается стандартная терапия ИБС с использованием b-адреноблокаторов, антиагрегантов, средств, снижающих содержание холестерина в крови. В комплексную терапию входит устранение всех факторов риска заболевания, диетотерапия, выбор оптимальной физической нагрузки.
7 ЭТ ФАКТОРЫ -атеросклероз коронарных артерий,спазм коронарных арт, тромбоз.Патогенез В большинстве случаев стенокардия обусловлена атеросклерозом венечных артерий сердца; начальная стадия последнего ограничивает расширение просвета артерии и вызывает острый дефицит кровоснабжения миокарда при значительных физических или (и) эмоциональных перенапряжениях;
8 Прогноз при отсутствии осложнений сравнительно благоприятный. Трудоспособность сохраняется, но с ограничением работ, требующих значительных физических усилий.

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)бх анализ: в норме (чуть повышен ХСТ)
по ЭКГ- гипертрофия левого желудочка
2)можно дополнительно провести велоэргометрическую пробу
Измерение уровня кардиомаркеров (тропонин)
коронарная ангиография?
3)ИБС Стенокардия напряжения
4) ИМ
препараты неотложной помощи: нитроглицерин, аспирин, антигипертензивные если повышено давление.
5)расслаивающаяся аневризма аорты, миокардиты, остеохондроз
6)факторы риска:
-курение
-повыш масса тела
-гиподинамия
профилактика:
-Устранение факторов риска
-Прекращение курения
-Снижение массы тела
-Повышение физической активности
-Рациональное питание
-Умеренность в алкоголе

medfsh.ru

7)в результате неадекватного кровотока возникает ишемия в миокарде---изменения биохимических и электрических процессов в миокарде----нарушение ритма и проводимости сердца
8) β- блокаторы:пропранолол или метопролол
антагонисты кальциевых каналов: амлодипин

Задача 30
Больной О. 34 лет, водитель, обратился к врачу с жалобами на сильные боли в подложечной области, возникающие через 1,5-2 часа после приёма пищи.
1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хроническая форма, стадия обострения.
2. Эндоскопический метод исследования - ФГДС (фиброгастродуоденоскопия)
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. Реакция Грегерсена (бензидиновая проба) - обнаружение крови в кале, основанное на окислении бензидина перекисью водорода за счет пероксидазного действия пигментов крови с появлением синего или зеленого окрашивания (гемоглобин как катализатор реакции в кислой среде).
Кишечное кровотечение встречается при ЯБЖ и ЯДПК, геморрагический гастрит, болезнь крона и НЯК, варикозное расширение вен пищевода и желудка, опухолях желудочно-кишечного тракта, кровоточивости десен, геморрое
5. осложнения: кровотечение желудочно-кишечное, перфорация, пенетрация, стеноз луковицы 12-перстной кишки, малигнизация язвы
6. Симптом Менделя - болезненность в пилородуоденальной зоне (зона Шоффара)
Оппенховского - болезненность при надавливании на остистые отростки 7-9 гр.позвонков
Боаса - болезненность по обе стороны от 10-12гр.позвонков
7. Н2-блокаторы – ранитидин
Rp.: Tab. Ranitidini 0,15 №60
D.S. По 1 таб. 2 раза в сутки 30мин. до еды.
ИПП омепразол
Rp: Omeprazoli 0,02
D.t.d: №20 in caps.
S: Внутрь по 1 капсуле 1 раз в день до еды.
гастропротекторы - де-нол
Rp.: Tab. «De-nol» 0,12 №30
D.S. по I т 4 р/д за 30мин д/еды.
Антациды - альмагель
Rp.: Susp. "Almagel" 170 ml
D. S. По 1 мер. л. за 30 мин. до еды
Антибиотик - кларитромицин
Rp: Clarithromycini 0,5
D.t.d: №7 in tab.

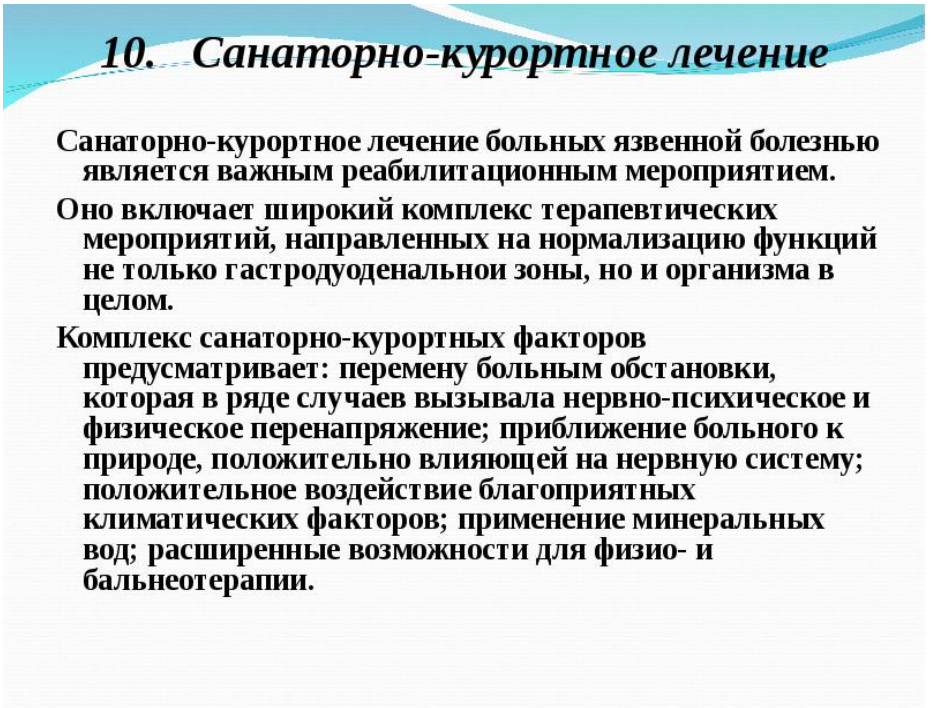
medfsh.ru

S: По 1 табл. 1 раз в день.
8. Эрадикационная терапия направлена на уничтожение Helicobacter Pylori. (Де-нол, антибиотики, трихопол.) Показана.

Задача 31

Больной К., студент, жалуется на боли в эпигастрии голодные и через 1,5-2 ч после приема пищи,иногда боли по ночам,тошноту ,изжогу ,купируемую приемом молока,повышенную утомляемость

1.Яб 12 пк
2.болевой ,диспепсия,астено-вегетативный
3.астенический или возбудимый (хз)
4.непрвильное питание,хеликобактер,стресс,нследственность
5.определение хеликобактер:1. Во время ФГС осуществляется забор биопсийного материала из антрального отдела и тела желудка для гистологического *выявления HP*. (“Золотой стандарт”). Можно определить HP в мазках – отпечатках желудочной слизи. Применяются и тесты, основанные на уреазной активности HP - биоптат помещают в среду с мочевиной и следят за изменением ее окраски. Наиболее точный метод определение ДНК HP в биоптате с помощью полимеразной цепной реакции.2.дыхательный тест
3.бактериологичекий 4.уреазный тесты
6.прогноз:благоприятный,тк не осложнен
7.тройная эрадикационная терапия : омепразол 0,02 №20 по 1 таб 2 р/сут,кларитромицин 0,5 №20 по 1 таблетке 2р/день,амоксицилин 1,0 №10 по 1 таб 2 р/день
8.сан-курортное лечение:мин воды :ессентуки №4



ЗАДАЧА 32

medfsh.ru

Больной Т 36 лет, поступил в клинику 10 августа. В течение июля работал в саду за городом, строил дом.

1. общетоксический, гемодинамический, почечный, геморрагический, абдоминальный и нейроэндокринный
2. ГЛПС с почечным синдромом, олигурический период, средняя степень тяжести.
3. дифдиагностика с гриппом: не приводит к опн, не наруш концентр ф-я почек;

   с клещевым энцефалитом: менингеальный синдром, со сниж температуры состояние больного улучш.

4. лечение

   Режим постельный – до прекращения полиурии. Диета: Рекомендуется стол № 4 без ограничения соли, при тяжелых формах и осложнениях - стол № 1. Питьевой режим должен быть дозированным с учетом выделенной жидкости. Количество выпиваемой и вводимой внутрь жидкости не должно превышать объема выведенной (моча, рвотные массы, стул) более чем на 500-700мл.

   Медикаментозное лечение:

   ● Рибавирин: первый прием 2000 мг однократно (10 капсул), затем 1000 мг каждые 6 часов в течение 4 дней, затем 500 мг каждые 6 часов в течение 5 дней, курс лечения 14 дней.
   Rp: Tab. Ribavirini 0,2
   D.t.d: №20 in tab.
   S: По 1 таблетке 3 р/день
   ● Обильное питье - до 2,5-3,0 л в сутки.

   ● инфузии кристаллоидов (0,9% раствор натрия хлорид, раствор Рингера)

   ● При развитии гипопротеинемии (снижение общего белка крови ниже 52 г/л, альбумина ниже 20 г/л) в инфузионную программу следует включать альбумин 20% - 200-300 мл или препараты плазмы.

   ● При появлении признаков гиперкоагуляции - гепарин до 10000-15000 ед/сут, гипокоагуляции (снижение показателей свертывания на 1/3 от нормы) показаны гепарин до 5000 ед/сут, свежезамороженная плазма (СЗП) в дозе 15 мл/кг внутривенно капельно.

   ● Гемостатическая терапия (этамзилат) по 250 мг через 6 часов.

   ● Нутритивная поддержка осуществляется путем энтерального питания, при необходимости искусственными питательными смесями. В случае невозможности - парентеральное питание.

   ● парацетамол 500 мг, внутрь; суппозитории ректальные 0,25; 0,3 и 0,5 г (при гипертермии выше 38°С). Абсолютно противопоказаны препараты ацетилсалициловой кислоты (аспирин), что связано с необратимым ингибированием

medfsh.ru

циклооксигеназы циркулирующих тромбоцитов и эндотелия.

● Мочегонные препараты после нормализации гемодинамики (или ЦВД > 120 мм вод ст); при ГЛПС противопоказано введение маннитола;

● Для купирования болевого синдрома ненаркотические анальгетиками

● При упорной рвоте, икоте показаны - промывания желудка, новокаин (peros), метоклопрамид, атропин, хлорпромазин;

● Десенсибилизирующая терапия.

5. Лабораторные исследования: - ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз (до15-30х109л), плазмоцитоз, тромбоцитопения, из-за сгущения крови уровень гемоглобина и эритроцитов может возрасти, но при кровотечениях эти показатели снижаются, умеренное повышение СОЭ - ОАМ: протеинурия (до 66 г/л), цилиндрурия (геалиновые и зернистые), гематурия - Определение группы крови и резус-фактора. - Коагулограмма. - Биохимический анализ крови: общий белок, альбумин, нарастание уровня остаточного азота, мочевины, креатинина, также гиперкалиемия, гипермагниемия, гипонатриемия, билилирубин, АлТ, АсТ. - Анализ кала для выявления внутрикишечного кровотечения. - Серологическая диагностика: (РНИФ, ИФА, РПГА), используются парные сыворотки, полученные с интервалом в 10–12 дней (первая на 4–5-й день болезни, вторая — после 14-го дня болезни). Диагностический критерий — нарастание титра антител в 4 раза и более. - Определение методом ИФА АТ класса Ig M, IgG - Метод ПЦР: выделение РНК вируса из носоглоточной слизи, СМЖ, фекалий, крови и других секретов

6. Показания к гемодиализу: а) Клинические: олигоанурия более 3-4 дней или анурия в течение суток, токсическая энцефалопатия с явлениями начинающегося отека мозга и судорожным синдромом, начинающийся отек легких на фоне олигоанурии. б) Лабораторные: азотемия – мочевина более 26-30 ммоль/л, креатинин более 700-800 мкмоль/л; гиперкалиемия – 6,0 ммоль/л и выше; ацидоз с ВЕ – 6 ммоль/л и выше, pH 7,25 и ниже. Определяющими показаниями являются клинические признаки уремии, т.к. даже при выраженной азотемии, но умеренной интоксикации и олигурии, лечение больных с ОПН возможно без гемодиализа.

7. Правила выписки Нормализация:

● · температуры тела;

● · диуреза;

● · показателей азотемии;

● · гемограммы;

● · отсутствие пиурии и микрогематурии;

medfsh.ru

● · изогипостенурия не является противопоказанием для выписки.

Сроки выписки реконвалесцентов ГЛПС из стационара при:

● · легкой форме – не ранее 12 дня болезни;

● · среднетяжелой – не ранее 16 дня болезни;

● · тяжелой форме – не ранее 21 дня болезни.

Больной выписывается с открытым больничным листом, который продлевается в поликлинике при легком течении заболевания примерно на 10-15 дней, среднетяжелом – 15-20 дней, тяжелом 25-30 дней и более.

8. Диспансеризация реконвалесцентов ГЛПС: - в течение 2 лет после выписки (1 раз в квартал в течение первого года и 2 раза в течение второго года).

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. Через полгода после операции впервые возник подобный приступ, сопровождался увеличением уровня амилазы в крови и моче. Подобные приступы повторяются 1-2 раза в год, после погрешностей в диете.

Объективно: На коже груди и живота «рубиновые капли».

ОТВЕТ

1) Предварительный диагноз хронический панкреатит

2) Патогенез: т.к. у пациентки в анамнезе была операция по поводу ЖКБ, скорее всего в данной ситуации возникла обструкция главного панкреатического протока протока конкрементом из желчевыводящих путей, также нарушение оттока желчи возможно ри воспалительном стенозе или опухолях.

3) План обследования

medfsh.ru

ОАК, ОАМ: повышение амилазы, липазы

УЗИ органов брюшной полости

Спиральная КТ можно рентгенографию ОБП

ЭндоУЗИ

ЭРХПГ

4) Экзокриновая недостаточность: снижение секреции бикарбонатов,ферментов ПЖ трипсиногена, хмотрипсиногена, недостаточность липазы – стеаторея, нарушения всасывания жирорастворимых витаминоа А,Д,Е,К

5)Эндокринная недостаточность – снижение инсулина, глюкагона – развитие сахарного диабета

6) Лечение

Назначение диеты с ограничением жирной, острой, солёной и жареной пищи. Отказ от употребления спиртных напитков. Снижение избыточной массы тела. Разрешаются небольшие физические нагрузки.

Спазмолитики: но-шпа, папаверин, платифиллин

Rp.: "Kreon 10 000" 0,15

D.t.d.: №20 in caps.

S.: По 1 капсуле во время основного приема пищи.

Rp.: Caps. "Kreon" 40 000 ED № 50

D.S. По 1 капсуле 3 раза в день, во время еды

7) Профилактика панкреатита: диета, отказ от откурения и употр алкоголя, физ нагрузки

8) Прогноз благоприятный при правильном и своевременном лечении, а также при соблюдении рекомендаций врача

Задача 34.(в 21 билете)
Больная П. 42 лет, инвалид II группы, доставлена в неврологическое отделение инсультной бригадой с диагнозом “ острое нарушение мозгового кровообращения”.

medfsh.ru

1. ОНМК: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 ССС. (Н-р,стрептококковой инфекции--> b-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 .Разница между частотой сердечных сокращений и частотой пульса .-дефицит пульса.
7.Пульс при митральном стенозе различный по наполнению, на левой лучевой артерии он слабее, чем на правой (pulsus differens). Это можно объяснить сдавлением левой подключичной артерии, увеличенным ЛП.
8. Лечение: ноотропы, вазоактивные средства, дезагреганты, сердечные гликозиды, мочегонные, кардиометаболиты.
Rp.: Sol. Pyracetami 20% 5 ml

D.t.d. № 6 in ampull.

S. Вводить внутримышечно (или внутривенно) 10-20 мл в сутки.
Rp: "Clopidogrel" 0,075

D.t.d: №14 in tab.

S: По 1таблетке 1 раз в день.

Rp.: Tab. Spironolactoni 0,025 №20

D.S. Внутрь по 2 таблетки 3 раза в день при отёчном синдроме

Rp: Tab. Digoxini 0,00025

D.t.d: №50 in tab.

S: По 1/2 таб. 2 раза в день внутрь.

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.

medfsh.ru

1. Диагноз: ГБ 3 стадии. Риск 4. Неконтролируемая АГ. Гипертрофия ЛЖ. Ожирение. Осложнение: гипертонический криз.
2. Факторы риска: стрессы, отягощена наследственность, ожирение, гиперхолестеринемия, климакс.
3. Доп. методы исследования: Эхо-КГ, рентген ОГК, КТ головного мозга(?).
4. ЭКГ признаки гипертрофии ЛЖ - глубокий S в V1-V3, высокий R в V4-V6.
5. Особенности кардиалгического синдрома: боли, связанные с раздражением барорецепторов стенки аорты. Возникают во время повышения АД, носят ноющий характер или чувство тяжести в области сердца, медленно ослабевают по мере снижения АД.
6. Патогенез: Под влиянием этиологических факторов повышает активность САС, что приводит к гиперсекреции катехоламинов. Воздействие катехоламинов на β1- рецепторы приводит к повышению сердечного выброса и частоте сердечных сокращений, а тем самым к артериальной гипертензии. Воздействие катехоламинов на α-рецепторы сосудов вызывает спазм артерий и повышение общего периферического сопротивления, что ведет к артериальной гипертензии. Ишемия почек активирует почечную ренин – ангиотензин – альдостероновую систему (РАС), в результате чего вырабатывается ангиотензин –II, происходит гиперсекреция альдостерона и вазопрессина, что влечет за собой задержку жидкости и повышение общего периферического сопротивления, а конеч-ном итоге – к АГ.
7. Осложнения: гипертрофия ЛЖ, энцефалопатия, поражение почек (протеинурия), сужение артерий глазного дна.
8. Лечение: стол №10, бета-блокаторы - бисопролол, гиполипидемический препарат - аторвастатин.
   Rp.: "Bisoprolol" 5 mg
   D.t.d. № 30 in tabl.
   S.: По 1 таб. 1 раз в день.

   Rp.: Atorvastatini 0,02
   D.t.d №30 in tab
   S.: По 1 таблетке вечером.

Профилактика: снижение факторов риска, соблюдение диеты, снижение уровня потребляемой соли, регулярное лечение, адекватная физ. нагрузка.

Задача 38

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

Ответ:

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

medfsh.ru

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

3) ПТИ = 50% при норме 81-140% вследствие нарушения синтезирующей функции печени (протромбин синтезируется печенью при участии витамина К), соответствует классу С по шкале Чайлд-Пью(3 балла).

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

5) Лечение в рецептах:
- Раствор альбумина:
Rp.: Sol. Albumini 20% - 100 ml
D.t.d. N5 in flac.
S. В/в капельно со скоростью 1-2 мл/мин.

- Урсодезоксихолиевая кислота:
Rp.: Ac. Ursodeoxycholici 0,25
D.t.d.N. 20 in caps. gel.
S. По 10 мг/кг массы пациента 2 раза в день.

- Фуросемид:
Rp.: Sol. Furosemidi 1 % - 2 ml
D.t.d. N10 in amp.
S. В/в по 2 ампулы.

- Адеметионин:
Rp.: Ademetionini 0,4
D.t.d. N10 in flac.
S. Порошок растворить в специальном растворе, вводить в/в медленно.

- Пиридоксин:
Rp.: Sol. Pyridoxini 5 % - 1 ml
D.t.d. N10 in amp.
S. По 1 мл в/м, курс 20-25 инъекций.

medfsh.ru

- Линекс*:
Rp.: Tab. «Linex» N40
D. S. По 1 таблетке 3 раза в сутки.

6) 1)Показаниями для лечебного лапароцентеза являются:
• напряженный асцит • рефрактерный асцит
2)Показания для диагностического лапароцентеза:
Впервые выявленный асцит, подозрение на инфицирование асцитической жидкости, злокачественную опухоль, перфорация органа брюшной полости при отсутствии других методов диагностики.
3)Показаниями для назначения переливаний плазмы свежезамороженной являются:
- (ДВС), осложняющий течение шоков различного генеза, синдром массивных трансфузий.
- острая массивная кровопотеря (более 30% объема циркулирующей крови) с развитием геморрагического шока и ДВС-синдрома;
- болезни печени, сопровождающиеся снижением продукции плазменных факторов свертывания(острый фульминантный гепатит, цирроз печени);
- передозировка антикоагулянтов непрямого действия (дикумарин и другие);
- при тяжелых отравлениях, сепсисе, остром ДВС-синдроме;
- коагулопатии, обусловленные дефицитом плазменных физиологических антикоагулянтов.
7) Прогноз неблагоприятный, т.к. у пациента класс В по Чайлд-Пью, пациенты с классом В в среднем живут до 5 лет.
Возможные осложнения: отечно-асцитический синдром, пищеводно-желудочное кровотечение, гиперспленизм, печеночная энцефалопатия, инфекционные осложнения.
8) Профилактика: устранение факторов риска, своевременная диагностика и лечение. Гепатотоксичным принято считать количество алкоголя, равное 40-80 г этилового спирта в сутки для мужчин, 20 г – для женщин.

ЗАДАЧА 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 37,50С.

1. –холестатический (субиктеричность склер, гипербилирубинемия (в норме до 21 мкмоль/л) – особенно повышена фракция прямого билирубина(в норме до 5 мкмоль/л), что говорит о печеночной желтухе
-цитолитический (увеличение АЛТ и АСТ более, чем в 2 раза – в норме до 30-40 ЕД/л)
-астеновегетативный (повышенная усталость)
-диспептический (вздутие живота)

medfsh.ru

2. потеря веса, повышение уровня ферментов АЛТ, АСТ в крови (более чем в 2 раза).
3. можно исключить только после отр. ИФА – определение АГ или АТ в сыворотке крови
4.Хронический вирусный гепатит неуточненный, активная фаза. (после доп.исследований можно будет говорить об этиологии – определить АТ, АГ)
5.
эластргграфия печени – увидим фиброз, склероз.
ИФА – определение АГ или АТ в сыворотке крови
ПЦР – определение последовательностей РНК в исследуемом материале
УЗИ – размеры, форму печени.
6.До выявления специфических маркеров вирусного гепатита – лечение базисное.
Эубиотики Ферменты; урсофальк.
Гепатопротекторы: фосфоглив, гептрал, эссенциале.
Rp.: Caps. "Phosphogliv" № 50 D.S.: Принимать по 1 капсуле 3 раза в сутки

При вирусном гепатите В назначаетс: а - интерферон (реаферон, интрон А, роферон А, велферон и др.) по 5-6 млн. МЕ в/м 3 раза в неделю в течение 6 месяцев или по 10 млн. МЕ 3 раза в неделю в течение 3 мес+ Ламивудин (зеффикс) – 100 мг 1 раз в день в течение 12 мес. (монотерапия)

При хроническом гепатите С препараты интерферонов изначально назначаются в меньших дозах:а - интерферон по 3 млн. МЕ в/м 3 раза в неделю 3 месяца, при наличии эффекта в той же или более высокой дозе до 12 мес+ а - интерферон в той же дозе и рибаверин 100-1200 мг/сут. в течение 6 мес.

7. В зависимости от стадии, активности, гистологической картины возможны следующие варианты:
- Стойкая клиническая ремиссия – отсутствие симптомов, нормализация лабораторных показателей в течение 1,5-2х лет
- Переход в цирроз печени в 30-50% случаев
- Развитие гепатоцеллюлярной карциномы

8. специфическая - для гепатита в, а
неспецифическая - сан-гигиенич меры в ЛПУ (правильное обращение с отходами и т.д.), пресечение употребл наркотиков, беспорядочных половых связей, и тд

ЗАДАЧА 36 (28 билет)

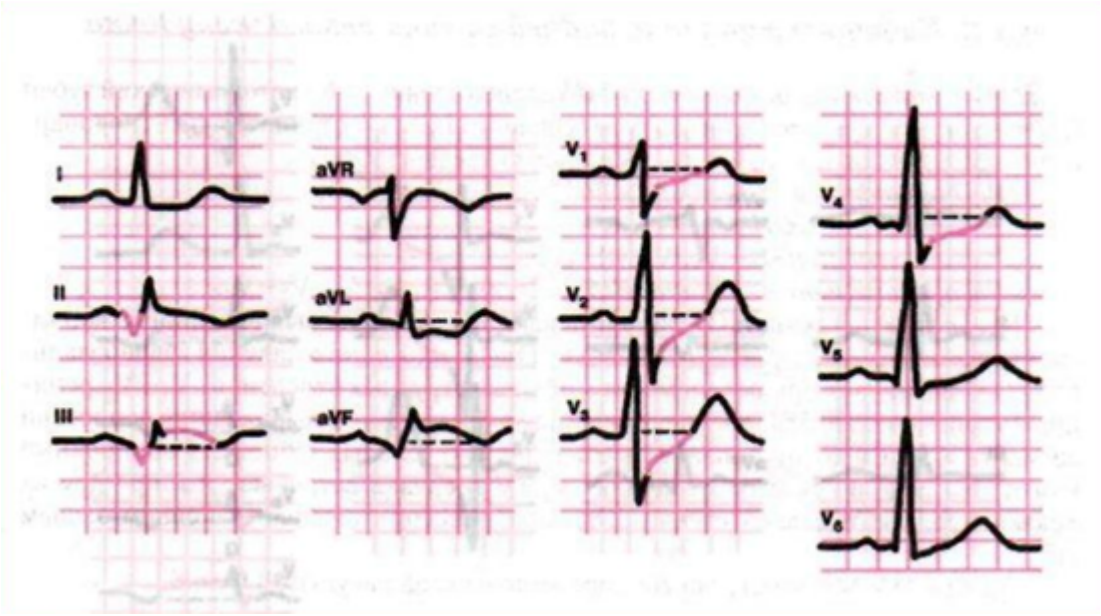
Больной Д., 45 лет обратился в поликлинику с жалобами на интенсивные боли в эпигастральной области, тошноту, резкую слабость; накануне однократно была рвота съеденной пищей.

medfsh.ru

В анамнезе: язвенная болезнь желудка. Боли в эпигастрии появились через 10 часов после выполнения физической работы.

Ответы на вопросы:

1. Инвазивная диагностическая процедура (ФГС), стресс могли послужить причиной развития ИМ на фоне острого коронарного синдрома.
2. Подъем сегмента ST, отрицательный Т в отведениях III, aVF, II,снижение ST в отведениях V1-V3, высокий остроконечный положительный в V1-V3 свидетельствуют о локализации инфаркта миокарда на заднедиафрагмальной поверхности



3. Биохимический анализ крови позволяет обнаружить маркеры инфаркта миокарда

ЛДГ 460ед/л, КФК 890ед/л, КФК-МВ 70 ед/л свидетельствуют о некрозе миокарда

4. Доп. диагностика: целесообразно проведение КАГ, ЭХО-КГ

5. Крупноочаговый заднедиафрагмальный (нижний) инфаркт миокарда. Острейший период. Кардиогенный шок III ст.

6. Кардиогенный шок, тяжелые нарушения ритма и проводимости сердца, фибрилляция или асистолия сердца

7. Лечение:

Первая помощь : Придать пациенту удобное положение; Обеспечить приток свежего воздуха, снять галстук, ремень; Нитроглицерин в таблетках – 1-2 кратный прием сублингвально или спрей; Аспирин (0.5) таблетки – ½ разжевать • Измерить АД и пульс

Далее: 1. Купирование боли – морфин 1% или трамадол 1%,

medfsh.ru

2. Реперфузионная терапия:

А)ранний тромболизис: альтеплаза 100мг / Пуролаза 2млн. МЕ / Стрептокиназа – 1,5 млн МЕ

Б) Чрезкожное коронарное вмешательство (ЧКВ) – балонная ангиопластика и стентирование

3. Антикоагулянтная терапия – проводится гепарином при невозможности фибринолитической терапии или в сочетании с ней.

4. Разгрузка миокарда проводится нитратами, β-блокаторами при отсутствии СН, ингибиторами АПФ

Задача 37.

Больной К. 36 лет, экспедитор, обратился с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, вздутие живота, непостоянные тупые боли в правом предреберье. Болен около 4-х лет.

1. Боль в правом подреберье, синдром желтухи, Гепатомегалия, диспептический синдром
2. Хронический вирусный гепатит.
3. Определение глюкозы, биопсия, ИФА на суммарные аутоантитела, определение на ВИЧ, определение диастазы, исследование кала на скрытую кровь, кт
4. Острый вирус гепатит С обладает повышенной частотой хронизации процесса, часто обнаруживается уже на стадии хронического вирусного гепатита.
5. Цирроз печени, рак печение, эхинококкоз, жировая дистрофия печени, гемохроматоз, амилоидоз, застойная печень при недостаточности кровообращения 2 и 3 ст., туберкулезный гранулематоз, болезнь Бадда-Киари
6. умеренное повышение активности трансаминаз, увеличение тимоловой пробы, гипергаммаглобулинемия, гипоальбуминемия, снижение протромбинового индекса, анемия, лейкопения, тромбоцитопения, повышение преимущественно непрямого билирубина, холестерина, глутаматдегидрогеназы, признаки репликации вирусов (положительные серологические маркеры гепатитов В, С, Д), повышение активности щелочной фосфотазы.
7. Диета, стол №5

гепатопротекторной, иммуносупрессивной, дезинтоксикационной, противовирусной терапии на фоне диетического режима

При вирусной этиологии включают альфа-интерферон, аналоги нуклеозидов, ламивудин и гепатопротекторы.

medfsh.ru

При вирус-индуцированных поражениях печени - гепатопротекторы (урсодезоксихолевая кислота 250 -500 мг/сут., адеметионин 400-800 мг/сут. или эсенциальные фосфолипиды);- ферментные препараты 50-150 000 ед./сут. в перерасчете на активность липазы.

8. Карловы Вары, Ессентуки, Железноводск, Врнячка Баня. РБ: янган-тау, юбилейный, юматово, зеленая роща, якты-куль.

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 левом подреберье.

1)-артериальная гипертензия(“пассивная”-рефлекс Китаева)-->отек легких (сердечная астма)-кровохарканье,кашель,одышка в покое.

-застой в БКК: отеки на ниж.конечностях,увеличение живота,тяжесть в правом подреберье(гепатомегалия-печень выступает из под края реберной дуги на 5 см,плотная),пульсация вен шеи,асцит .

-застой в МКК:акроцианоз ,румянец с цианотичным оттенком (facies mitralis)

2)Изменения на ЭКГ при митральном стенозе:

ЭКГ – сначала гипертрофия левого предсердия (P. mitrale), затем – гипертрофия правого желудочка, нарушения сердечного ритма и проводимости (мерцательная аритмия, блокада правой н.п.Гиса)

-При развитии стойкой легочной гипертензии на ЭКГ появляются признаки гипертрофии ПЖ в виде увеличения амплитуды зубца R в V1,2 отведениях.

3) Систолический шум у у мечевидного отростка выслушивается при недостаточности трикуспидального клапана (регургитация крови из ПЖ В ПП)+гепатомегалия=застойные явления в БКК.

4)Стеноз митрального клапана-->неполное опорожнение ЛП И увеличение давления в нем-->гипертрофия и дилатация ЛП-->увеличение давления в легочных венах-->венозная “пассивная” гипертензия-->интерстициальный отек легких-->рефлекс Китаева (уменьшение крови в МКК) “активная” венозная гипертензия-->увеличение давления в легочных артериях-->дилатация ПЖ-->застой в БКК

5)ФКГ,Эхо КГ и доплер Эхо КГ,R-графия ,Катетеризация сердца .

6)Болел в детстве часто ангиной-->ревматизм

7) ЛС:диуретики (гипотиазид,фуросемид) ,нитраты (нитросорбит ,нитроглицерин),СГ(дигоксин),БАБ(пропранолол,бисопролол),Ант.СА (верапамил,нифедипин)+инг.АПФ.

8)Прогноз:

-Митральный стеноз может прогрессировать вследствие рецидивов ревматической лихорадки.

-Большое количество декомпенсированных и неоперированных больных погибают от ТЭЛА или ХСН в течение 10 лет.

-Хирургическое лечение (протезирование,комиссуротомия) улучшает прогноз,но сохраняется вероятность развития рестеноза.

medfsh.ru

РЕЦЕПТЫ ЛС:
-**ССС**
1)Диуретик
Rp: Furosemidi 0,04
D.t.d: №50 in tabul.
S: Внутрь по 1 таблетке утром за 20 минут до еды

2)Инг.АПФ
Rp.: Tab. Enalaprili 10 mg
D.t.d. № 20
S. По 1 таблетки 1 раза в день

БАТ
Rp: Tab. Losartani 0,05
D.t.d: №20
S: По 1 таблетке 2 раза в день

3)Антикоагулянты
Rp.: Sol. Heparini 5ml (1ml – 5000МЕ)
D. t. d. № 1 in ampull.
S. Вводить подкожно по 1 мл в переднелатеральную область брюшной стенки 4 раза в день

4)Нитраты
Rp.: Tab. Nitroglycerini 0,0005 №20
D.S. По 1 таб. П/язык.

5)Б-АДР.Бл
Rp.: Tab. Bisoprololi 0,01
D.t.d. №30
S.: По 1/2 таб. 1 раз в день.

6)Дезагреганты
Rp.: Rheopolyglucini 200,0
D.t.d. №4 in lagenis.
S. в/в капельно по 200,0

7)Ангиопротекторы
Rp. Sol. Dicynon 12,5% 2 ml.
D. t.d. N. 10 in ampull.
S. Внутривенно или внутримышечно
8)Гликозиды
Rp: Tab. Digoxini 0,00025
D.t.d: №50 in tab.

medfsh.ru

S: По 1/2 таб. 2 раза в день внутрь.

ЖКТ:
1) Rp: Omeprazoli 0,02
D.t.d: №20 in caps.
S: Внутрь по 1 капсуле 1 раз в день до еды.

2) Rp.: Tab. Famotidini 0,02 №20
D.S. по 1 таб. 2 р/д. (блок Н2 рецептора)

3) Rp.: Tab. «De-nol» 0,12 №30
D.S. по I т 4 р/д за 30мин д/еды.

4) Rp.: Tab. Metoclopramidi 0,01 №50
D.S. по 1 таб. 3 р/д.

5) Rp.: Tab. "Buscopan" 0,01 № 20
D.S. По 1 таблетке 4 раза в день
(холиноблокатор - спазмолитик при ХрХолецистите)

6) Rp.: Tab. Diceteli 0,05 № 20
D.S. по 1 таблетке 3 раза в день. (спазмолитик - блок Са)

7) Rp: "Duspatalin" 0,2
D.t.d. № 30 in capsulis
S. по 1 капсуле 2 раза в день (спазмолитик - миотропный)

8) Rp.: Tab. "No-spa" 0,04 №20
D.S. по 1 таб. 3 р/д.

9)Rp: Pancreatini 25 ЕД
D.t.d: № 50 in tab.
S: Принимать по 1 таблетке 3 раза в день после еды, запивая водой.

10) Rp: Dr. Festali N 50
D.S. по 1 драже 3 р/д сразу после еды.

11) Rp.: Tab. "Heptral" 0,4 №20
D.S.: Перорально, до обеда

Дыхательная система:
1)Защищенные инг.Бэтта-лактамаз
)Rp: Amoxicillini 875mg
Acidi Clavulanici 125mg
D.t.d.N 14 in tab.
S. По 1 таблетке 2 раза в день

2)ЦС 3 пок

medfsh.ru

Rp.: Cephotaximi 1,0.
D.t.d. №20 in flac.
S. по 1 флакону в/м (растворять с 5 мл воды для инъекций)

3)ФХ “респираторные”
Rp: Levofloxacini 0,5
D.t.d: № 10 in tab.
S: По 1 таблетке 1 раз в сутки за 1 час до еды.

4)Карбапенемы
Rp: Meropenem 1,0
D.t.d: № 7
S: Развести в 50мл, вводить внутривенно,4 раза в сутки

5)Rp.: Aer. Salbutamoli 100 mkg/d 200 doses-12ml
D.t.d. N 1 flac
S. По 1 ингаляции 3-4 раза в день при обострении бронхиальной астмы

6)Rp.: Aer. Fenoteroli 15 мл.
D.t.d. № 1
S. По 1 дозе 3 раза в день

Почки:
1)Rp.: Dexamethasoni 0,0005
D. t. d. № 30 in tab.
S. По 1 табл. 1 раз в день.