

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»

Факультет _____

лечебный

Кафедра _____

Физиологии и общей патологии

СОГЛАСОВАНО

Начальник управления
послевузовского образования

 Сиюхова А.М.
« 25 » сентября 2024 г.

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по научной работе
и инновационному развитию

 Т.А. Овсянникова
« 25 » сентября 2024 г.



ПРОГРАММА

вступительного экзамена

Патологическая физиология

дисциплина

Подготовка кадров высшей квалификации (аспирантура)

уровень высшего образования

3.3.3 Патологическая физиология

отрасль науки

Очная/заочная/очно-заочная

форма обучения

4 года

нормативный срок обучения

Майкоп, 2024

Программа вступительного экзамена по дисциплине Патологическая физиология для подготовки кадров высшей квалификации по направлению подготовки 3.3 Медико-биологические науки, направленность (профиль) программы 3.3.3 Патологическая физиология одобрена на заседании кафедры физиологии и общей патологии
Протокол № 1 от «19» сентября 2024 г.

Программа утверждена на заседании
НТС ФГБОУ ВО «МГТУ»
Протокол № 1 от «23» сентября 2024 г.

Заведующий кафедрой
физиологии и общей патологии
д-р мед. наук, доцент



(подпись)

В.В. Мясникова
(Ф.И.О.)

Разработчик программы
д-р мед. наук, доцент



(подпись)

В.В. Мясникова
(Ф.И.О.)

Содержание

Введение	4
1. Организация вступительного экзамена	5
1.1 Место вступительного экзамена в структуре программы аспирантуры	5
1.2 Форма, порядок подготовки проведения вступительного экзамена	5
1.3 Критерии оценивания ответа	6
2. Программа вступительного экзамена по дисциплине «Патологическая физиология»	8
2.1 Перечень вопросов вступительного экзамена по дисциплине «Патологическая физиология»	8
2.2 Клинические задачи	14
3. Рекомендуемая литература	66
3.1 Основная литература	66
3.2 Дополнительная литература	67
3.3 Информационно-телекоммуникационные ресурсы сети «Интернет»	67

Введение

Настоящая программа вступительного экзамена по дисциплине «Патологическая физиология» ориентирована на проверку у поступающего базовых знаний, необходимых при обучении в аспирантуре.

Целью программы вступительного экзамена является определение соответствия подготовки поступающего по направлению 3.3 Медико-биологические науки, профиль 3.3.3 Патологическая физиология

В процессе вступительного экзамена поступающий должен проявить себя как специалист, владеющий:

- знаниями широкого круга проблем современной медицинской науки;
- способностью к анализу данных современной медицинской науки;
- способностью к критическому анализу и оценке современных научных достижений, генерированию новых идей при решении исследовательских и практических задач;
- способностью проектировать и осуществлять комплексные исследования, в том числе междисциплинарные;
- готовностью участвовать в работе российских и международных исследовательских коллективов по решению научных и научно-образовательных задач;
- готовностью использовать современные методы и технологии научной коммуникации на государственном и иностранном языках;
- способностью следовать этическим нормам в профессиональной деятельности;
- способностью планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития
- способностью и готовностью к организации проведения прикладных научных исследований в области биологии и медицины;
- способностью и готовностью к проведению прикладных научных исследований в области биологии и медицины;
- способностью и готовностью к анализу, обобщению и публичному представлению результатов выполненных научных исследований;
- готовностью к внедрению разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан;
- способностью и готовностью к использованию лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных;
- способностью к преподавательской деятельности по образовательным программам высшего образования;
- готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;
- готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;

–обладающим базовыми знаниями по внутренним болезням.

Поступающий должен уметь проводить первичное обследование пациента, сформулировать предварительный диагноз, в соответствии с современными классификациями, составить план дальнейшего лабораторного и инструментального обследования, в том числе с использованием высокотехнологических методов. Поступающий обязан продемонстрировать навыки применения лекарственных средств для лечения, реабилитации, профилактики различных заболеваний и патологических состояний, а так же свою способность формулировать развернутый клинический диагноз с учетом выявленных осложнений и сопутствующих расстройств.

1. Организация вступительного экзамена

1.1 Место вступительного экзамена в структуре программы аспирантуры

Вступительный экзамен является составной частью обучения по направлению 31.06.01 «Клиническая медицина» профиль подготовки 3.1.18 «Патологическая физиология».

Вступительный экзамен проводится в соответствии с расписанием, утвержденным председателем Приемной комиссии, в сроки установленные Министерством науки и высшего образования РФ. При условии успешного прохождения экзамена поступающий считается зачисленным для обучения в аспирантуре.

1.2 Форма, порядок подготовки проведения вступительного экзамена

Экзамен носит междисциплинарный характер и служит в качестве средства проверки конкретных функциональных возможностей поступающего, способности его к самостоятельным суждениям на основе имеющихся знаний, общекультурных и профессиональных компетенций.

Перед экзаменом проводятся консультации для поступающих. Для подготовки ответа поступающего используют экзаменационные листы, которые хранятся после приема экзаменов в личном деле.

Вступительный экзамен проводится по составленным и утвержденным билетам по соответствующей научной специальности.

В билет включены два вопроса и задача.

В содержание экзамена в обязательном порядке включены основные вопросы по учебным дисциплинам общенаучного и профессионального циклов программы подготовки.

После завершения ответа члены экзаменационной комиссии, с разрешения ее председателя, могут задавать поступающему дополнительные вопросы, не выходящие за пределы программы экзамена. На ответ поступающего по билету и вопросы членов комиссии отводится не более 1 часа.

По завершении экзамена экзаменационная комиссия на закрытом заседании обсуждает характер ответов каждого поступающего и выставляет каждому испытуемому согласованную итоговую оценку.

Итоговая оценка по экзамену сообщается поступающему в день сдачи экзамена, выставляется в протокол экзамена. В протоколе экзамена фиксируются номер и вопросы экзаменационного билета, по которым проводился экзамен.

На каждого поступающего заполняется протокол, в который вносятся основные и дополнительные вопросы билетов, дополнительные вопросы членов экзаменационной

комиссии. Протокол приема экзамена подписывается теми членами экзаменационной комиссии, которые присутствуют на экзамене.

Протоколы экзамена утверждаются председателем, сшиваются и хранятся в отделе аспирантуры университета. По истечении срока хранения, установленного законодательством Российской Федерации, протоколы передаются в архив.

Ответ на вопрос билета должен соответствовать основным положениям раздела программы экзамена, предусматривать изложение определений основных понятий.

Порядок и последовательность изложения материала определяется самим поступающим. Поступающий имеет право расширить объем содержания ответа на вопрос на основании дополнительной литературы.

1.3 Критерии оценивания ответа

Вступительное испытание для поступающих в аспирантуру проводится в форме экзамена (по билетам) в устной форме по программам магистратуры или специалитета избранной специальности подготовки. Вопросы для экзамена составляются на основе Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования магистратуры или специалитета и позволяют оценить качество знаний, необходимых для освоения программы подготовки аспиранта по избранной специальности.

Экзаменационный билет содержит 4 вопроса. Каждый вопрос оценивается по 25-бальной шкале (в соответствии с таблицей). Результатом оценивания является сумма баллов, полученных за правильные ответы. Общий результат вступительных испытаний оценивается по 100-бальной шкале. Минимальный проходной балл, подтверждающий успешное прохождение вступительных испытаний, составляет 50. Абитуриенты, набравшие менее 50 баллов, не могут быть зачислены.

Экзамен позволяет проверить: уровень развития научного мышления абитуриента, знание основных вопросов теории образовательного процесса, умение самостоятельно решать профессиональные задачи разного характера и уровня сложности.

Оценка ответа осуществляется по следующим направлениям: содержательная полнота, доказательность и аргументированность ответа, понимание и осознанность излагаемого материала, самостоятельность суждений, речевое оформление ответа.

Таблица начисления баллов по критериям

Шкала оценивания (интервал баллов)	Критерии оценивания
25	Абитуриент глубоко и подробно излагает программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно выстраивает ответ, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

22-24	Абитуриент знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.
19-21	Абитуриент имеет знания основного материала, но не достаточно усвоил его детали, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, незначительные нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических заданий.
16-18	Абитуриент имеет знания только основного материала, допускает ошибки в деталях, неточности в формулировках и в логической последовательности изложения программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических заданий.
16-18	Абитуриент имеет недостаточные знания основного материала, не воспроизводит детали, допускает ошибки, неправильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, не может выполнить практические задания.
12-15	Абитуриент имеет частичные знания основного материала, не воспроизводит детали, допускает значительные ошибки, неправильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, не может выполнить практические задания.
0-11	Абитуриент не знает значительной части программного материала, допускает принципиальные ошибки, не может логично сформулировать ответ, не может выполнить практические задания.

При одинаковом количестве набранных баллов учитываются индивидуальные достижения, соответствующие в полной мере избранной специальности, мотивы выбора профессии.

2. Программа вступительного экзамена по дисциплине «Патологическая физиология»

2.1 Перечень вопросов вступительного экзамена по дисциплине «Патологическая физиология»

1. Общая патология - система представлений об основных закономерностях болезней человека как целостного биологического явления.
2. Патологическая физиология как наука. Предмет и задачи патофизиологии. Основные разделы патофизиологии.
3. Роль отечественных ученых в развитии патологической физиологии (В.В. Пашутин, А. А. Богомолец, Н.Н. Аничков, А. Д. Сперанский).
4. Место патофизиологии в системе высшего медицинского образования, связь ее с другими науками. Значение патофизиологии для клиники.
5. Основные группы методов исследования, применяемых в патофизиологии.
6. Эксперимент: понятие, фазы, преимущества и недостатки. Моделирование патологических процессов.
7. Понятие нормы и патологии, здоровья и болезни. Понятие патологической реакции, патологического процесса и патологического состояния.
8. Понятие приспособительных реакций, компенсаторных процессов: виды, общие механизмы развития.
9. Болезнь: понятие, принципы классификации, периода развития. Значение до- и постклинических бессимптомных периодов для клиники.
10. Исходы болезни: связь с этиологией и патогенезом.
11. Этиология: определение, понятие причины и условий возникновения болезни. Влияние на патогенез.
12. Современное понимание принципа причинности в возникновении болезней.
13. Монокаузализм и кондиционализм: суть учений, связь с развитием естествознания и философии.
14. Понятие о полиэтиологических (многофакторных) заболеваниях.
15. Патогенез: определение. Взаимоотношения категорий местного и общего, структуры и функции в патогенезе. Причинно-следственные отношения в патогенезе, понятие порочного круга, примеры.
16. Причинно-следственные отношения в патогенезе, понятие «порочного круга», примеры.
17. Понятие об основном звене патогенеза, примеры. Роль в патогенезе взаимоотношения структуры и функции.
18. Понятие недостаточности органа или системы органов: компенсированная, декомпенсированная.
19. Повреждение как начальное звено патогенеза: определение, причины, уровни. Виды повреждения (специфические, неспецифические), примеры.
20. Основные механизмы повреждения клетки: патогенетические звенья.
21. Патология клеточной мембраны.
22. Повреждение на субклеточном уровне (эндоплазматического ретикулума, аппарата Гольджи, митохондрий, ядра, лизосом), этиология, механизмы.
23. Диалектическое единство повреждения и реакции организма на повреждение, примеры.
24. Клеточные механизмы компенсации при повреждении.

25. Понятие об основных видах смерти клетки: некроз и апоптоз: механизмы, отличия.
26. Апоптоз: механизмы развития, значение для организма в норме и при развитии патологии.
27. Повреждение клетки химическими веществами пути, механизмы.
28. Свободнорадикальное (перекисное) повреждение клетки. Недостаток кислорода как фактор, повреждающий клетку, механизмы.
29. Механизмы повреждающего действия ионизирующей радиации.
30. Патогенез основных синдромов при лучевом поражении.
31. Повреждающее действие изменений барометрического давления.
32. Электротравма. Механизмы повреждающего действия электротока. Факторы, определяющие степень поражения электрическим током. Нарушение основных функций организма.
33. Общие и местные повреждения, возникающие при действии термических факторов на организм (гипо- и гипертермия. Отморожение. Термический ожог. Перегревание. Тепловой удар).
34. Понятие о критических (сенситивных) периодах эмбрионального развития.
35. Мутации, понятие, виды, роль в развитии внутриутробной патологии плода.
36. Влияние курения, алкоголя и наркотиков на организм матери и их роль в развитии внутриутробной патологии плода.
37. Гамето-, эмбрио- и фетопатии. Значение для развития внутриутробной патологии.
38. Роль наследственности и факторов внешней среды в развитии болезней, классификация болезней. Понятие о наследственных, врожденных и приобретенных болезнях. Фенокопии, примеры.
39. Наследственные болезни: определение, виды, общая сравнительная характеристика.
40. Хромосомные болезни: понятие, общий патогенез, примеры.
41. Генные болезни: понятие, общий патогенез, примеры.
42. Понятие о конституции. Классификация конституциональных типов (Гиппократ, Сиге, Кречмера, Павлова, Богомольца), значение в развитии патологии.
43. Диатезы: определение, виды, значение в развитии патологии.
44. Реактивность и резистентность: понятие, виды, примеры; их диалектическая взаимосвязь.
45. Факторы, определяющие реактивность. Значение реактивности в развитии патологии. Патологическая реактивность.
46. Представление о дисрегуляторной патологии.
47. Нарушения водного обмена: классификация.
48. Виды гипогидратации: этиология и патогенез, последствия.
49. Виды гипергидратации: этиология и патогенез, последствия.
50. Нарушения электролитного гомеостаза: патология обмена натрия, калия, кальция, магния, фосфатов.
51. Отеки: понятие, виды, этиология, патогенез.
52. Нарушение кислотно-основного состояния: классификация, общие механизмы компенсации.
53. Респираторный и нереспираторный ацидоз: понятие, причины, изменение показателей КОС, компенсаторные механизмы. Патогенез нарушений функций жизненно важных органов.
54. Респираторный и нереспираторный алкалоз: понятие, причины, изменение показателей КОС, компенсаторные механизмы. Патогенез нарушений функций жизненно важных органов.

55. Гипоксия: понятие, классификация. Этиология и патогенез основных видов гипоксии.
56. Метаболические нарушения в ткани при гипоксии, основные звенья.
57. Нарушение функций основных систем и органов при гипоксии.
58. Комплекс компенсаторно-приспособительных реакций при адаптации организма к острой гипоксии.
59. Комплекс компенсаторно-приспособительных реакций при адаптации организма к хронической гипоксии.
60. Нарушения периферического кровообращения, классификация, этиология, патогенез, последствия.
61. Артериальная и венозная гиперемия: виды, механизмы развития, проявления, последствия.
62. Ишемия: классификация, патогенез нарушений в участке ишемии, проявления; изменения в организме при ишемии, последствия.
63. Стаз: причины развития, виды, последствия.
64. Тромбоз: механизм развития (современная схема свертывания крови); виды тромбов. Положительное и отрицательное значение тромбоза для организма.
65. Эмболия: классификация, механизм развития, последствия для организма.
66. Типовые нарушения микроциркуляции: причины и механизмы развития, последствия.
67. Воспаление: понятие, виды, этиология.
68. Понятие об альтерации при воспалении: виды, механизмы развития.
69. Иммунодефицитные состояния, классификация. Общие проявления.
70. Медиаторы воспаления: классификация. Пусковые механизмы выделения клеточных медиаторов и активации плазменных медиаторных систем. Основные эффекты медиаторов.
71. Понятие о “реакции острой фазы” в развитии воспаления. Механизмы возникновения. Белки острой фазы их роль.
72. Сосудистые реакции и нарушения микроциркуляции при воспалении: последовательность событий и механизмы развития, значение.
73. Механизм экссудации и развития отека при воспалении.
74. Клеточные реакции при воспалении. Причины и механизмы маргинации и адгезии лейкоцитов к эндотелию, хемотаксиса и эмиграции.
75. Динамика клеточного состава экссудата при воспалении. Роль интерлейкинов.
76. Роль разных видов лейкоцитов в очаге воспаления.
77. Фагоцитоз: понятие, стадии. Механизмы бактерицидности фагоцитов. Виды и механизмы нарушений фагоцитоза.
78. Механизмы инициации иммунных реакций при развитии воспаления.
79. Местные и общие признаки воспаления, их патогенез. Роль интерлейкинов в их развитии.
80. Репарация, основные механизмы развития. Роль медиаторов воспаления и интерлейкинов.
81. Хроническое воспаление: общая характеристика, этиология, патогенез.
82. Клетки и медиаторы хронического воспаления.
83. Механизмы взаимосвязи хронического воспаления и гиперчувствительности замедленного типа.
84. Взаимосвязь повреждения и защитно-приспособительных реакций в развитии воспаления; единство местного и общего в развитии и течении воспаления.
85. Биологическая роль воспаления.
86. Лихорадка: понятие, виды пирогенов, основные звенья патогенеза.
87. Стадии развития лихорадки. Изменения обмена веществ и основных функций

организма при лихорадке.

88. Отличие лихорадки от гипертермии.

89. Биологическое значение лихорадки.

90. Иммунопатология: понятие, виды. Иммунодефицитные состояния: определение, классификация.

91. Первичные иммунодефицитные состояния: виды, этиология, патогенез, проявления.

92. Вторичные иммунодефицитные состояния: виды, этиология, патогенез, проявления. СПИД.

93. Аутоиммунные заболевания. Механизмы нарушения иммунологической толерантности.

94. Аллергия, аллергические заболевания: определение, принципы классификации. Классификация аллергических реакций по Gell & Coombs.

95. Аллергены: понятие, свойства, классификация.

96. Роль наследственности и факторов внешней среды в развитии аллергии. Понятие об атопических заболеваниях.

97. Стадии развития аллергических реакций.

98. Патогенез аллергических реакции I типа (по Gell & Coombs) их роль в развитии патологии. Анафилактический шок.

99. Патогенез аллергических реакции II (по Gell & Coombs), их роль в развитии патологии

100. Патогенез аллергических реакции III типа (по Gell & Coombs), их роль в развитии патологии.

101. Патогенез аллергических реакции IV и V типа (по Gell & Coombs), их роль в развитии патологии.

102. Гипосенсибилизация: понятие, виды, механизмы.

103. Псевдоаллергические реакции: понятие, виды, патогенез, примеры. Отличие от истинных аллергических реакций.

104. Боль: определение, этиология, виды. Болевые рецепторы, пути проведения болевой импульсации, центральные механизмы. Медиаторы боли.

105. Механизмы возникновения боли (теории специфичности, интенсивности, генераторных механизмов, нейроматрикса).

106. Боль как интегративная реакция организма (безусловно- и

107. условнорефлекторный компоненты, изменения в деятельности ЦНС, эндокринной, сердечно-сосудистой систем и крови).

108. Антиноцицептивная система: понятие, характеристика, медиаторное

109. обеспечение. Нарушения ноцицепции.

110. Патологическая боль, понятие, механизмы возникновения; особые виды боли.

111. Эволюционно-биологическая роль боли, ее положительное и отрицательное

112. значение для организма.

113. Экстремальные состояния: понятие, виды, этиология, общая характеристика.

114. Стресс как неспецифическая реакция организма: механизм развития.

115. Стресс-реализующая система: понятие, механизмы функционирования

116. Стресс-лимитирующие системы: понятие, механизмы функционирования.

117. «Адаптационный синдром»: стадии, механизм развития, последствия.

118. Психоэмоциональный стресс, особенности механизмов развития, последствия.

119. Шок: понятие, патогенетическая классификация. Основные звенья патогенеза.

120. Стадии шока. Механизмы положительной обратной связи в развитии шока.

121. Травматический шок. Синдром длительного раздавливания (краш-синдром).

122. Геморрагический шок: этиология, патогенез.

123. Септический шок: понятие, этиология и патогенез. Основные медиаторы

септического шока.

124. Гиповолемический шок: этиология и патогенез различных видов.

125. Кардиогенный шок: понятие, этиология, патогенез.

126. Кома: понятие, классификация. Общий патогенез коматозных состояний.

127. Патология углеводного обмена. Патогенез нарушений, возникающих в организме.

128. Гипер- и гипогликемия, механизмы возникновения, патогенез нарушений, возникающих в организме.

129. Патология белкового обмена и обмена аминокислот, основные последствия.

130. Патология липидного обмена: этиология, патогенез, основные последствия.

Гиперлипидемия, виды.

131. Клеточный цикл и его регуляция.

132. Понятие о точках контроля и рестрикции в течение клеточного цикла.

133. Роль канцерогенных веществ, лучевой энергии и онковирусов в механизмах опухолевой трансформации клеток.

134. Теории канцерогенеза.

135. Опухоль: понятие, стадии развития.

136. Современные представления о молекулярных механизмах канцерогенеза.

137. Протоонкогены их роль в механизмах опухолевой трансформации клеток.

138. Механизмы взаимодействия опухоли и организма, опухолевая кахексия.

139. Противоопухолевая защита организма, основные механизмы.

140. Эритроцитозы: понятие, виды, патогенез.

141. Анемии: понятие, принципы классификации.

142. Постгеморрагическая анемия: понятие, виды, основные звенья патогенеза, картина крови в различные стадии.

143. Дисэритропоэтические анемии: классификация, основные причины

144. возникновения.

145. Железодефицитные и -резистентные анемии: особенности обмена железа;

146. этиология и патогенез, картина крови, последствия (основные синдромы).

147. В12-фолиеводефицитные и -резистентные анемии: этиология, патогенез, картина крови, последствия (основные синдромы).

148. Гипо-, и метапластические анемии: этиология, патогенез, картина крови, последствия.

149. Гемолитические анемии: понятие, классификация, основные механизмы развития (гемолиз и его виды), картина крови, последствия.

150. Лейкоцитозы: определение, виды, основные механизмы развития.

151. Лейкемоидные реакции: виды, основные механизмы развития, при каких патологиях они наблюдаются.

152. Лейкопении: определение, виды, основные механизмы развития.

153. Агранулоцитоз: понятие, последствия.

154. Недостаточность кровообращения: понятие, классификация, общая этиология и патогенез.

155. Острая сердечная недостаточность: виды, этиология, патогенез, механизмы компенсации, последствия.

156. Хроническая сердечная недостаточность: этиология, механизмы компенсации, последствия.

157. Механизмы прогрессирования хронической сердечной недостаточности (роль нейрогормональных нарушений и эндотелиальной дисфункции).

158. Гипертрофия миокарда как компенсаторная реакция: стадии формирования. Причины и роль гиперпродукции факторов роста.

159. Морфо-функциональные особенности гипертрофированного миокарда,

приводящие к сердечной декомпенсации.

160.Основные системы, участвующие в регуляции системного артериального давления (прессорные и депрессорные).

161.Первичная артериальная гипертензия: этиология, основные звенья патогенеза, последствия.

162.Роль декомпенсации депрессорных систем почек и эндотелиальной дисфункции в закреплении артериальной гипертензии.

163.Эндотелиальная дисфункция: понятие, этиология, основные звенья патогенеза.

164.Вторичные (симптоматические) артериальные гипертензии: виды, этиология и патогенез основных форм.

165.Артериальные гипотензии: понятие, классификации, этиология и патогенез основных форм.

166.Дыхательная недостаточность: понятие, классификация, общие этиология и патогенез.

167.Нарушения альвеолярной вентиляции: этиология и патогенез, роль в развитии дыхательной недостаточности.

168.Обструктивная дыхательная недостаточность: понятие, механизмы развития. Роль смещения точки равновесного давления в усугублении обструкции.

169.Нарушения диффузии газов в легких: этиология и патогенез, роль в развитии дыхательной недостаточности.

170.Нарушения перфузии и вентиляционно-перфузионных отношений: этиология и патогенез, роль в развитии дыхательной недостаточности.

171.Патологические типы дыхания: понятие, этиология и патогенез.

172.Отдыхка: понятие, виды, механизмы развития.

173.Асфиксия: понятие, этиология и патогенез, последствия.

174.Защитный барьер желудочно-кишечного тракта: понятие, этиология и патогенез повреждения.

175.Гормоны желудочно-кишечного тракта, их роль в патологии пищеварения.

176.Нарушения секреции и всасывания в кишечнике: этиология и патогенез.

177.Понятие о диспепсии и мальабсорбции.

178.Микрофлора кишечника, ее значение для организма.

179.Дисбактериоз: понятие, этиология и патогенез, последствия.

180.Печеночная недостаточность: виды, этиология, основные звенья патогенеза.

181.Желтухи: понятие, виды, механизмы развития. Влияние гипербилирубинемии на организм.

182.Холестаз: понятие, виды, механизмы развития.

183.Почечная недостаточность: понятие, основные причины развития.

184.Мезангиальная область, её функции, значение в развитии патологии.

185.Острая почечная недостаточность: понятие, этиология и патогенез, последствия.

186.Хроническая почечная недостаточность: понятие, этиология и механизмы прогрессирования, последствия.

187.Уремия: этиология и патогенез, последствия.

188.Нефротический синдром: виды, этиология, патогенез, последствия.

189.Гипоталамо-гипофизарная регуляция функции эндокринных желез и ее нарушения.

190.Нейроэндокринные заболевания: понятие, этиология, патогенез.

191.Гиперфункция аденогипофиза: патогенез, клинические проявления.

192.Гипофункция аденогипофиза (тотальная и парциальная недостаточность аденогипофиза): патогенез, клинические проявления.

193.Патология нейрогоипофиза: сахарный диабет; синдром Пархона.

194. Гипер- и гиподисфункция щитовидной железы: этиология, патогенез, клинические проявления.
195. Гипер- и гиподисфункция околощитовидных желез: этиология, патогенез, клинические проявления.
196. Гиперкортицизм: этиология и патогенез нарушений. Синдром Кона.
197. Гипокортицизм: этиология и патогенез нарушений. Причины смерти при острой надпочечниковой недостаточности.
198. Сахарный диабет I типа: понятие, этиология, патогенез, последствия.
199. Сахарный диабет II типа: понятие, этиология, патогенез, последствия.
200. Гипергликемия, кетоацидоз при сахарном диабете: этиология, механизм возникновения, последствия.
201. Нарушения водно-электролитного обмена при сахарном диабете: этиология, патогенез, последствия.
202. Основные осложнения при сахарном диабете: этиология, патогенез.
203. Комы при сахарном диабете: виды, этиология и патогенез.
204. Нарушение функции половых желез, патогенез. Гипогонадизм, виды, проявления у мальчиков и девочек.
205. Нарушение функции половых желез, патогенез. Задержка полового развития: у мальчиков и девочек, формы. Раннее половое созревание, у мальчиков и девочек.

2.2 Клинические задачи

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 1.

Больной В., 40 лет доставлен в клинику машиной скорой помощи с жалобами на схваткообразные боли в животе, преимущественно вокруг пупка, повышение температуры тела, боль в суставах, кровоизлияние на коже голеней, стоп.

Анамнез болезни: В течение нескольких лет периодически появлялись мелкоточечные геморрагические высыпания на коже голеней и стоп, бедер, сопровождавшиеся субфебрильной температурой. За помощью не обращался, но совету врача-соседа принимал аскорутин, но кожные высыпания всякий раз проходили лишь через 3-4 недели.

Анамнез жизни: страдает пищевой аллергией на цитрусовые, два дня тому назад, на празднике употреблял апельсиновый сок, частые ангины.

Объективный статус: больной в приемном отделении осмотрен хирургом и терапевтом, состояние тяжелое, на разгибательных поверхностях верхних конечностей были обнаружены красного цвета геморрагические высыпания мелкоточечных до более крупных, местами сливные. Голеностопные и коленные суставы увеличены в объеме, кожа над ними гиперемирована, движения затруднены. Выражение лица страдальческое, во время приступов болей в животе беспокоен. Верхушечный толчок в V межреберье по левой среднеключичной линии. Границы относительной сердечной тупости сердца; верхняя - III межреберье, левая - по среднеключичной линии, правая - на 0,5 см кнаружи от правого края грудины. Сердечные тоны ритмичные, достаточной звучности, частота сердечных сокращений 90 в минуту, артериальное давление 90/70 мм рт. столба. В легких везикулярное дыхание по всей поверхности, живот вздут, но при пальпации мягкий, болезненный. Размеры печени по Курлову 9x8x8 см, селезенка не увеличена. Во время осмотра схваткообразные боли повторялись, больной, просит помощи, прижимает голени к животу, в постели беспокоен, в приемном отделении взят общий анализ крови и коагулограмма: Э- 4,5Т/Л, Нв- 140 г/л, цв. пок.0,9 тромбоцитов 200 Г/Л, Л-11, П- 15%, Л-

10%, М-5%, СОЭ-35 мм/ч. Протромбиновый индекс 90%, фибриноген 6 г/л, время кровотечения - 4 мин, этаноловый и протаминсульфатный тесты положительные. В моче белок 0,1г/л, эритроциты до 10-20 в поле зрения.

ВОПРОСЫ:

1. Вы врач приемного отделения. В какое отделение Вы госпитализируете больного, если по заключению хирурга оперативное лечение больному не показано?
2. Каковы средства неотложной помощи при данной патологии?
3. Какие клинические синдромы можно выделить по имеющимся данным (перечислите)?
4. Сформулируйте диагноз при направлении больного в соответствующее отделение, если в талоне бригады скорой помощи значится диагноз направления: «Острый живот»?
5. Следует ли применять стероидные гормоны у данного больного, если необходимо, то в каких дозах, способ введения?
6. Перечислите все методы лечения при данной патологии.
7. Какие показания для введения свежезамороженной плазмы существуют при данном заболевании? Нужно ли вводить криоплазму?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 1.

1. Данного больного следует госпитализировать в терапевтическое отделение или (при наличии) в ревматологическое отделение, так как по клиническим признакам это геморрагический васкулит или болезнь Шенлейн-Геноха.
2. Средством неотложной помощи при данном заболевании является введение гепарина в дозе 300 Ед/кг массы тела в сутки равными дозами (под кожу живота 4 раза в сутки), так как он ингибирует систему активации комплемента, тормозит тромбообразование в сосудах, за счет инактивации тромбина антитромбином III, тормозит агрегацию тромбоцитов, подавляет образование иммунных комплексов, и в конечном счете - деблокирует сосудистое русло (микрососуды).
3. Диагноз при направлении больного в терапевтическое отделение: геморрагический васкулит, (болезнь Шенлейна-Геноха), кожно-суставно-абдоминальная форма.
4. Учитывая абдоминальный синдром, тяжесть заболевания следует применять стероидные гормоны под прикрытием гепарина, доза может составлять 150-300 мг в сутки внутривенно. Гепарин и антиагреганты здесь являются базисной терапией, стероидные гормоны применяются по жестким показаниям, так как повышают коагуляционный потенциал крови, угнетают фибринолиз.
5. Клинические синдромы:
 - * геморрагический (высыпания на коже конечностей васкулитно-пурпурного типа).
 - * суставной (отек суставов, гиперемия кожи, боль в суставах).
 - * абдоминальный синдром.
 - * лихорадочный синдром.
 - * почечный синдром (изменения в моче).
6. Методы лечения: постельный режим, голод на 2-3 дня, гепарин, антиагреганты (курантил, трентал, тиклопидин), глюкокортикостероиды, нестероидные противовоспалительные средства, купирующие суставной синдром, снижающие агрегацию тромбоцитов, плазмаферез, при наличии обильных кожных высыпаний с

некротизацией - димексид 33-50% с вольтареном или гепарином в виде аппликаций. Никотиновая кислота в максимально переносимых дозах, ангиопротекторы.

При кожной форме протектин (ангинин, пармидии), при рецидивирующих формах, как в данном случае - производные 4-аминохинолинов (плаквенил, делагил). Полное исключение провоцирующих продуктов при пищевой аллергии.

7. Свежезамороженная плазма применяется при отсутствии эффекта от больших доз гепарина (гипокоагуляционного), т.е. когда имеет место дефицит антитромбина III, так как плазма является источником антитромбина III, фибронектина, плазминогена и других физиологических антиагрегантов, а также при упорном абдоминальном синдроме. Необходимость применения свежезамороженной плазмы в данном случае можно установить при наблюдении за больным и после применения достаточных доз гепарина. Криоплазму обычно вводят по 300-400 мл ежедневно 3-4 дня вместе с гепарином (5000 ед. во флакон).

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №2.

Больной Б., 22 лет доставлен в приемное отделение больницы врачом скорой помощи с жалобами на одышку в покое, переходящую в удушье, сухой мучительный кашель, давящие постоянные боли за грудиной, слабость.

Анамнез болезни: заболел после перенесенного «гриппа» около двух недель тому назад. Лечился самостоятельно противокашлевыми средствами, горячим чаем, ингаляциями, валидолом. Состояние не улучшалось, нарастала одышка, последние 2 ночи спал сидя.

Анамнез жизни: в детстве и в юношеские годы болел острыми респираторными заболеваниями, однократно - пневмонией.

Объективный статус: лицо одутловато, кожа лица и шеи бледна с цианотичным оттенком, положение вынужденное, сидячее с наклоном вперед, набухание шейных вен, усиливающееся на вдохе. Пульс 130 ударов в минуту, парадоксальный. А/Д 100/75 мм.рт.ст. Левая граница сердца по передней аксилярной линии, правая - на 3 см кнаружи от правого края грудины, границы абсолютной сердечной тупости приближаются к границам относительной. Верхушечный толчок не определяется. Тоны сердца глухие, частота сердечных сокращений 110 в 1 минуту. В легких везикулярное дыхание, частота дыхания 30 в минуту. Живот мягкий, печень 15x12x12. см. по Курлову, край ее закруглен при пальпации. Стопы и голени пастозны. Температура тела – 37,8 градусов С.

Параклинические показатели:

ОАК: эритроциты - 4,6 т/л, лейкоциты 9,0 г/л, Э - 2%, палочкоядерные нейтрофилы: - 14% сегментоядерные - 56%, лимфоциты - 24%, моноциты - 6%. С - реактивный белок 186 мг/л, ОАМ: относительная плотность 1,026; PH -6,0, белок 0,26 г/л.

ЭКГ: Снижение вольтажа QRS с его альтернативой, отрицательный зубец Т в отведениях I, II, V2 - V6. Рентгенография органов грудной клетки: частичный ателектаз нижней доли левого легкого, остальные легочные поля без патологии. Сердце увеличено во все стороны, пульсация резко снижена, правый кардиодиафрагмальный угол тупой.

ВОПРОСЫ:

1. Назовите заболевания, проявляющиеся кардиомегалией.
2. Используя клинико-параклинические данные (синдромы) проведите дифференциальный диагноз и сформулируйте клинический диагноз.
3. Какие исследования необходимы дополнительно для верификации клинического диагноза?

4. Нуждается ли больной в неотложной помощи? Если да, то в чем она заключается?
5. Назначьте курсовое лечение заболевания.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 2.

1. Заболевания проявляющиеся кардиомегалией:

* пороки сердца- врожденные (коарктация аорты, ДМЖП, ДМПП, тетрада Фалло и др.),

* пороки сердца- приобретенные (ревматические),

* кардиомиопатии (дилатационная и ИГСС),

* воспалительные поражения сердца: миокардиты и перикардиты,

* ИБС (постинфарктный кардиосклероз, аневризма ЛЖ),

* Артериальная гипертензия в поздних стадиях.

2. Синдромы:

- лихорадочный,

- кардиомегалии,

- ателектаза (н/доли левого легкого),

- недостаточности кровообращения (гепатомегалия, пастозность н/конечностей, ортопноэ).

Дифф. диагноз следует проводить с миокардитом, пневмонией, сепсисом, раковым перикардитом.

Клинический диагноз: острый вирусный экссудативный перикардит НК 2 Б ст.

3. Дополнительные исследования; 1) Эхо-КГ (размеры полостей, жидкость в перикарде, состояние клапанного аппарата); 2) Р-графия органов грудной клетки в 3-х проекциях с контрастированным пищеводом; 3) Диагностическая пункция перикарда. 4) Посев крови на стерильность. 5) Мочевина, креатинин крови.

4. У больного создается угроза тампонады сердца. После Эхо-КГ (верификации выпота в перикард) провести лечебно-диагностическую пункцию перикарда.

5. Больного доставляют в палату интенсивной терапии:

1) госпитализация в кардиологическое отделение ();

2) постельный режим, покой;

3) оксигенотерапия (ателектаз);

4) пункция перикарда;

5) учитывая связь с вирусной инфекцией - нестероидные противовоспалительные средства (диклофенак, ортофен, вольтарен в табл или в/м инфекциях);

6) при высеивании бактериальной флоры из крови или перикардиальной жидкости, а также при наличии ателектаза н/доли левого легкого следует назначить антибиотики в течение 14 дней - бензилпенициллин 4-6 млн./сутки в/м на 4-6 инъекций;

7) витаминотерапия, общеукрепляющие средства.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 3.

Больной В., 64 лет обратился с жалобами на приступообразную, загрудинную боль при незначительной физической нагрузке, иногда ночью, требующую для купирования большего числа приемов нитроглицерина, чем прежде.

Анамнез болезни: в течение 20 лет страдает гипертонической болезнью, 14 лет сахарным диабетом, 11 –приступообразной болью за грудиной. Лечился атенололом, арифоном, норваском, глибенкламидом, аспирином и флувастатином. В течение

последнего года появилась не резко выраженная боль при ходьбе в левой ноге, судороги в икроножной мышце, боль в эпигастральной области вскоре после еды, изжога.

Анамнез жизни: больной не курит, алкоголь не употребляет, прекратил занятия физическими упражнениями из-за боли в левой ноге. 14 лет страдает сахарным диабетом, строго соблюдает «диабетическую» диету с низким содержанием холестерина.

Объективный статус: ожирение отсутствует, в углу правого глаза ксантелазма. Пульс регулярный, 74 удара в минуту, плохо пальпируется на левой ноге. АД 180/80 мм. рт. ст. Верхушечный толчок в V межреберье, на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. При аускультации сердца отмечено приглушение 1 тона у верхушки, легкий систолический шум, акцент 2 тона над аортой. Над легкими везикулярное дыхание. Печень выступает на 2 см из – под реберной дуги, край закруглен, болезненность при пальпации в эпигастральной области. Селезенка не пальпируется, костно - мышечная система без патологии. Отеков нет.

Параклинические показатели: общий анализ крови: эритроциты - 4,5 т/л, лейкоциты - 5,0 г/л, тромбоциты - 223 г/л. эоз.- 2%, сегментоядерные нейтрофилы- 61%, лимфоциты- 31%, моноциты - 6%.

ОАМ: относительная плотность 1,015; PH- 6,0, белок 0,25 г/л, лейкоциты - 2-3 в п/з, эр. -1-2-3 в п/з. Исследования мочи по Зимницкому:

№ п/п. Объем От. Плот.

1п. 120 мл. 1,014

2п. 100 мл. 1,016

3п. 150 мл. 1,012

4п. 110 мл. 1,016

5п. 180 мл. 1,010

6п. 130 мл. 1,011

7п. 80 мл. 1,018

8п. 100 мл. 1,010

Биохимические исследования крови:

Общий белок крови 70 г/л; общий холестерин — 5,68 ммоль/л, холестерин ЛПВП- 0,68 ммоль/л, холестерин ЛПНП - 4,4 ммоль/л, триглицериды-1,51 ммоль/л, мочевины 10,2 ммоль/л, ммоль/л, креатинин 0,136ммоль/л.

На ЭКГ, зарегистрированной в покое, признаки гипертрофии левого желудочка. При суточном ЭКГ — мониторинге исследования во время ходьбы — депрессия сегмента ST на 1,25 мм в отведениях V 3-6, редкие желудочковые экстрасистолы.

При ЭХО-доплер исследовании аорты и ее ветвей выявлено сужение в месте бифуркации левой общей подвздошной артерии.

ВОПРОСЫ:

1. Дайте оценку всем параклиническим методам исследования.
2. Сформулируйте предварительный диагноз с учетом выделенных синдромов.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести больному для подтверждения или уточнения диагноза?
4. Неотложная терапия.
5. Назначьте лечение.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 3.

1. Анализ параклинических методов исследования позволяет заключить:

а) суточное ЭКГ-мониторирование выявило нарушение коронарного кровообращения в передне-боковой стенке левого желудочка и экстрасистолию во время ходьбы.

б) доплеровское исследование позволило заключить о сужении левой общей подвздошной артерии, по-видимому, склеротического происхождения.

в) биохимические исследования крови свидетельствуют о повышении уровня холестерина за счет липопротеинов низкой плотности, мочевины (норма 8,32 ммоль/л) и креатинина (норма 0,106 ммоль/л).

г) исследование мочи по Зимницкому: умеренное снижение относительной плотности мочи, несоответствие "объем - относительная плотность", нарушение соотношения "дневной ночной" диурез-1:1 (вместо 3:1). Протеинурия. Общий анализ крови без отклонений от нормы.

2. Клинические синдромы:

- стенокардии;
- артериальной гипертонии;
- нарушенного углеводного обмена (или диабетические синдромы);
- атеросклероза магистральных и периферических сосудов;
- желудочной диспепсии.

Предварительный диагноз:

ИБС. Нестабильная стенокардия. Атеросклероз аорты и ее ветвей с окклюзией общей левой подвздошной артерии, перемежающаяся хромота слева. Гипертоническая болезнь 3 ст. Сахарный диабет, 2 тип, инсулинонезависимый, синдром Киммельстил – Уилсона.

3. После стабилизации стенокардии больной нуждается в проведении коронарно – артографии для возможной хирургической коррекции сосудов (аорто-коронарное шунтирование, балонная коронарная ангиопластика, ангиопластика левой общей подвздошной артерии).

4. Неотложная терапия:

- а) ограничение двигательного режима;
- б) фраксипарин 0,3 мл 2 раза в день;
- в) нитросорбид 40 мг каждые 6 часов;
- г) атенолол 25 мг (50мг) 2 раза в день;
- д) тиклопидин 250 мг 2 раза в день (т.к. аспирин противопоказан).

5. Назначенная терапия проводится в течение 48 – 72 часов.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 4.

Больная М., 75 лет, поступила с жалобами на сильную боль под левой лопаткой и в позвоночнике, за грудиной которая то утихла, то возобновлялась, тошноту, однократную рвоту, боль в подложечной области.

Анамнез болезни: боль в сердце и за грудиной беспокоят с 63 лет, однако нитроглицерин, нитросорбид и но-шпу принимала только по необходимости. За два дня до поступления в кардиологическое отделение больницы скорой медицинской помощи после небольших физических усилий появилась очень сильная боль под левой лопаткой и в позвоночнике с распространением за грудину, волнообразно появляясь и затихая. Принимала но-шпу, нитроглицерин. Через сутки появилась тошнота, однократная рвота боли по всему животу приступообразного характера, сильная боль в области сердца. Врачом скорой медицинской помощи доставлена в кардиологическое отделение.

Анамнез жизни: детских болезней не помнит. С 1993 года беспокоит боль в правом подреберье после приема жирной пищи, с этого же времени отмечается непостоянное повышение артериального давления. В августе 1994 года находилась в кардиологическом отделении по поводу нестабильной стенокардии, а в январе 1995 года лечилась в гастроэнтерологическом отделении по поводу панкреатита и эрозий в желудке.

Объективный статус: избыточного питания, кожа чистая, бледновата. Пульс 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. АД 120/70 мм.рт.ст. Границы относительной тупости сердца: левая - по среднеключичной линии, правая - на 1 см кнаружи от края грудины, верхняя - III межреберье. Тоны сердца приглушены. В легких везикулярное дыхание. Язык сухой густо обложен белым налетом. Живот вздут, болезненный в проекции поджелудочной железы. Признаков раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника отчетливая. Размеры печени по Курлову 10х9х8 см. Симптомы Ортнера, Кера, Мюссе отрицательные.

Общий анализ крови: эритроциты — 4,2 т/л, лейкоциты - 12,8 г/л, эозинофилы - 1%, базофилы - 0%, палочкоядерные - 7%, сегментоядерные - 61%, лимфоциты - 26%, моноциты - 5%. Биохимические исследования:

Общий белок крови - 82 г/л, АСТ - 140 ед/л, АЛТ - 136 ед/л. КФК - 560 ед/л. Холестерин - 6,8 ммоль/л, билирубин общий 18 мкмоль/л, непрямой - 16 мкмоль/л, прямой 2 мкмоль/л, амилаза крови - 70 ед/л, фибриноген 4,8 г/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1,020, белка нет, лейкоциты 1-2 в п/з, эритроциты 0-1 в п/з. ЭКГ:

1. ритм синусовый, правильный;
2. во II, III, AVF отведениях зубец Q 0,05н, глубокий, с элевацией сегмента ST, зубец R в этих отведениях низкой амплитуды;
3. в I отв. депрессия сегмента ST;

На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости грубой патологии не выявлено.

ВОПРОСЫ:

1. а) есть ли необходимость дополнительных исследований для решения вопроса о диагнозе?
- б) соблюдена ли профильность отделения?
2. В соответствии с клинико-параклиническими синдромами сформулируйте предварительный диагноз.
3. Проведите дифференциальный диагноз по ведущему синдрому.
4. Назначьте лечение.
5. План дополнительного обследования больной на ближайшие сутки.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 4.

1. а) судя по клиническим проявлениям, следует думать о сердечной коронарной патологии с гастралгическим синдромом и возможных заболеваниях органов брюшной полости. В связи с этим возникает необходимость в исследовании: уровня амилазы крови и мочи, УЗИ поджелудочной железы, желчного пузыря и печени, ЭХО-кардиографии, консультации хирурга. Все исследования должны проводиться с соблюдением постельного и охранительного режима.

б) больной следует находиться в кардиологическом отделении. Профильность соблюдена.

2. Клинико – параклинические синдромы:

- Ангинозный;
- Артериальной гипертензии (по анамнезу);
- Желудочной диспепсии;
- Абдоминальный;
- Резорбционно – некротический.

Предварительный диагноз: ИБС. Первичный крупно – очаговый инфаркт миокарда в нижней (задней) стенке левого желудочка (или первичный нижний ИМ с зубцом Q). Хронический рецидивирующий панкреатит средней степени тяжести в фазе обострения. Хронический холецистит.

3. Дифференциальный диагноз следует проводить по ангинозному синдрому, желудочной диспепсии и абдоминалгии: инфаркт миокарда и ТЭЛА (по наличию зубца Q в 3 стандартном отведении и повышенному уровню трансаминаз), инфаркт миокарда абдоминальная форма (по началу) с язвенной болезнью, панкреатитом.

4. Лечение:

а) купирование боли: нитроглицерин сублингвально, аспирин 0,25 или тиклопедин в конкретном случае. Сразу начинать в/в капельное введение нитроглицерина 2 мл 1% раствора, разведенного в 200 мл изотонического раствора натрия хлорида (по 25 мг/мин, ориентироваться на уровень АД). Фентанил 1-2 мл 0,005% в сочетании с дореперидолом 2 – 4 мл 0,25 % раствора в/в или в/м.;

б) антикоагулянтная терапия: фраксипарин 0,32 раза в сутки под кожу живота (высокомолекулярный гепарин больной не показан).

в) оксигенотерапия;

г) б – блокаторы – атенолол 25 мг в сутки. Назначение тромболитической терапии не показано. Стационарный этап лечения 3 – 4 недели.

5. План дополнительного обследования на ближайшие сутки: ЭКГ-мониторирование, МВ- фракция КФК, АСТ, АЛТ, тропонин, коагулограмма, амилаза крови и мочи, обзорная рентгенография органов брюшной и грудной полости.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №5.

Больной С, 42 лет был госпитализирован в реанимационное отделение по Экстренным показаниям. Жалобы на боли в эпигастральной области, в правом подреберье, боли постоянные, жгучие, без иррадиации, на тошноту, частую рвоту, задержку стула, судороги в мышцах конечностей выраженную слабость.

Анамнез болезни: со слов жены, заболел остро, с неделю назад после приема алкоголя появились резкие боли в животе, тошнота, рвота. В течение недели принимал соду, которая первоначально снимала боль, но рвота сохранялась, нарастала. Больной категорически отказывался от медицинской помощи и в течение недели облегчал состояние приемом соды, минеральной воды, но-шпы. Состояние не улучшилось. Нарастала слабость, появились судороги. Родственники вызвали скорую помощь, которой был доставлен в стационар.

Анамнез жизни: установлено, что у больного на протяжении нескольких лет в весенние месяцы отмечалось обострение болезни в виде выраженных болей в животе, тошноты, рвоты. Больной к врачам не обращался, не обследовался, лечился сам приемами соды, трав. Состояние улучшалось через 2 недели, боли купировались. Больной - многолетний курильщик, употребляет алкоголь. Работает шофером в нефтеразведке, по работе имеет частые командировки.

Объективное обследование: общее состояние больного тяжелое, заторможен, вял. Питание снижено отмечается гипотермия. Кожные покровы сухие легко, собираются в

складку. Цвет кожных покровов бледный с сероватым оттенком. Органы дыхания без патологии. Границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены, частые экстрасистолы АД 80/50 мм рт. ст. Язык сухой, густо обложен коричневым, налетом. Живот запавший, при пальпации отмечается болезненность в правой половине эпигастрия, положительный в этой зоне с. Менделя. Печень, селезенка не увеличены. Пальпаторные симптомы на холецистит - отрицательные.

Параклинические показатели:

ОАК: Эр-5,2 т/л, Нв-160 г/л, Л-12 г/л, Э-4%, П-7%, С-72%, Л-12%, М-6%.

ОАМ: уд. вес-1029, белок-0,33 г/л, гиалиновые цилиндры до 3 в п/з.

БАК: Общий белок-76 г/л, альбумины-66%, глобулины-34%. Общий билирубин-24 мкмоль/л, АЛТ-46 ед, АСТ-50ед, Глюкоза-5,7ммоль/л. Калий 5,7 ммоль, креатинин-180 мкмоль/л, Мочевина-8,8ммоль/л, натрий-110 ммоль/л, хлор-90 ммоль/л, Холестерин-6,8 ммоль/л.

УЗИ органов брюшной полости: размеры печени не увеличены, диффузная гиперэхогенность. Селезенка без особенностей. Поджелудочная железа не увеличена, отмечается неоднородная гиперэхогенность.

ВОПРОСЫ:

1. Выделите основные клинические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Укажите какие осложнения характерны при предполагаемом заболевании.
4. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза.
5. Ваша тактика ведения данного больного.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 5.

1. Основные синдромы:

- болевой;
- диспептический;
- аритмический;
- электролитных нарушений (гипохлоремия, гипонатриемия);
- обезвоженность;
- судорожный;
- мочево

2.Предполагаемый диагноз: язвенная болезнь, пилородуоденальная форма, фаза обострения, тяжелое течение. Рубцово-язвенный пилоростеноз гипохлоремия, гипонатриемия. Диагноз подтверждает анамнез (на протяжении нескольких лет у больного были сезонные боли в эпигастрии, рвота, купирующиеся антацидами). Настоящее обострение проявлялось длительной рвотой в течение недели, что привело к обезвоживанию и электролитным нарушениям - признак характерный для осложнения язвенной болезни (пилоростеноз). Электролитные нарушения явились причиной судорожного и аритмического синдромов.

3. Осложнения язвенной болезни: пилоростеноз, кровотечение, пенетрация, перфорация, малигнизация.

4. ФГДС, рентгенконтрастные исследования ЖКТ, кал на скрытую кровь.

5. Тактика ведения больного: наблюдения в условиях АРО, стабилизация электролитных расстройств (гипертонический раствор хлорида натрия, физраствор, раствор Рингера), инфузионная терапия (глюкоза, альбумин, протеин), противоязвенная терапия, консультация хирурга – решение вопроса об оперативной коррекции.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 6.

Больная Ш., 51 год направлена в гастроэнтерологическое отделение из районной больницы для уточнения диагноза. Жалобы при поступлении на постоянные ноющие боли в эпигастриальной области, в правом подреберье, усиливающиеся натощак, увеличение живота, вздутие, снижение аппетита, тошноту, пожелтение кожи, склер, периодически – кожный зуд, отеки ног, слабость, потерю веса. За три дня до поступления в отделение отмечался стул черного цвета.

Анамнез болезни: болезнь развивалась постепенно. Впервые, 7 месяцев назад, больная заметила желтушность склер, тогда же появились ноющие боли в правом подреберье, слабость, в течение двух недель держалась субфебрильная температура. Терапевт диагностировал хронический холецистит, хронический панкреатит, реактивный гепатит. Амбулаторно проводилось лечение, состояние больной улучшилось. Через три месяца после тяжелой нагрузки вновь появились боли в правом подреберье, пожелтение кожи, склер, стал отмечаться кожный ЗУД. Объективно обнаружено увеличение печени и селезенки. От предложенной госпитализации больная отказалась, лечилась амбулаторно гепатопротекторами, ферментными препаратами, боли снимала анальгином. Значительное ухудшение состояния наступило в последние три месяца: усилились боли в животе, желтуха; прогрессировала слабость. Была госпитализирована и начато лечение преднизолоном, гепатопротекторами. Состояние не улучшалось, по настоянию родных, больная была переведена в специализированное отделение.

Анамнез жизни: до 49-летнего, возраста отличалась хорошим физическим здоровьем. В 49 лет стали беспокоить приливы жара, появление потливости, нарушилась регулярность менструального цикла, менструации стали обильными, дважды отмечались кровотечения. Больная неоднократно обследовалась и лечилась в гинекологическом отделении, в связи с развившейся анемией дважды переливалась кровь. Через год менструации прекратились полностью, состояние больной улучшилось. Сохраняются редкие приливы жара. Инфекционным гепатитом не болела.

Объективный статус: при поступлении, состояние средней тяжести, сознание в полном объеме, контактна. Масса тела снижена. Кожные покровы, склеры желтушные, на коже живота единичные расчесы. В области плеч, по передней поверхности грудной клетки—мелкие множественные телеангиоэктазии.

Со стороны легких - без патологии. Границы сердца: правая - правый край грудины, верхняя - 3 межреберье, левая - по левой срединноключичной линии. Тоны сердца приглушены, на верхушке - дующий систолический шум, Язык красного цвета гладкий, у корня обложен белым налетом. Живот увеличен, вздут, перхуторно над флангами живота — тупость. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, гладкая, плотноватая, болезненная при ощупывании. Пальпируется селезенка, край ее ниже реберной дуги на 2 см, уплотнена, безболезненная. Обращает внимание выраженная болевая чувствительность при пальпации пилорoduоденальной зоне. Симптомы на холецистит—отрицательные.

Параклинические показатели:

ОАХ: Эп - 3,37 т/л, Нв - 90 г/л, Л- 2,83 г/л, тромбоциты - 118 г/л.

ОАМ: без патологии.

БАК: общ. белок- 60 г/л, А/Г коэф.- 0,6, холестерин -3,9 ммоль / л, β-липопротеиды - 43 ед/л, АСТ- 179ед, АЛТ- 196 ед/л, ГГТП-270 ед/л, глюкоза-5,5 ммоль/л.

Копроцитограмма: креаторея ++, стеаторея + +, положительная реакция Грегерсена. В сыворотке крови выявлен HbsAg. УЗИ органов брюшной полости:

Печень увеличена, край неровный, эхоструктура диффузно неоднородна, эхогенность повышена. Воротая вена диаметром- 16 мм, стенки желчного пузыря 5—6 мм, уплотненные, поджелудочная железа не увеличена, нормальной эхогенности, селезенка изменена- S-82СМ 2 (норма до 50 см 2) Сцинтиграфия печени: изображение печени с нечеткими контурами и диффузно равномерным распределением РФП, расположена в типичном месте. Размеры печени составляют: 18-10-22 см (норма 15-5-18 см). Нижний край печени выступает из под реберной дуги на 4-6 см. Селезенка размерами 19-8 см (норма 11-6 см). Уровень накопления препарата в ней составляет 28% по отношению к таковому в печени (норма до 20%).

ВОПРОСЫ:

1. Выделите основные клинические синдромы.
2. Сформулируйте и обоснуйте предполагаемый диагноз.
3. Укажите болезни с которыми необходимо провести дифференциальный дагноз.

Проведите диф. диагноз (в соответствии с перечисленными нозологиями).

4. Составьте план дообследования больного для верификации диагноза.
5. Составьте план лечения, обоснуйте.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 6.

1. Основные синдромы:

- болевой;
- диспептический;
- желтуха с преимущественной конъюгированной гипербилирубинемией;
- гепатоспленомегалия;
- гиперспленизм;
- анемия;
- портальная гипертензия;
- мальдигестия;
- желудочно-кишечное кровотечение (предположительно).

2. На основании выделенных синдромов, анамнеза (переливание крови), объективного обследования (похудание, желтушность кожи, склер, расчесы, печеночные стигмы - "печеночные звездочки", "печеночный язык", гепатоспленомегалия - печень гладкая, перкуторно - жидкость в брюшной полости, данных параклинических (анемия, панцитопения, повышение билирубина, печеночных клеточных ферментов, диффузных изменений и паренхиме печени по УЗИ, сцинтиграфии, наличие в крови HbsAg).

Предполагаемый диагноз: хронический вирусный гепатит В. Синдромы: желтухи, портальной гипертензии 1 стадии, гиперспленизма. Сопутствующие: симптоматическая язва желудка, осложненная кровотечением, синдром мальабсорбции. Сопутствующий диагноз предполагается на основании особенностей болевого синдрома: тощаковые боли в эпигастрии, выраженной локальной болезненности в пилородуоденальной зоне, наличия в анамнезе указаний - на "черный" стул, с приема ulcerогенных препаратов - анальгина, преднизалона.

3. Основные болезни, с которыми необходимо провести дифференциальный диагноз: цирроз печени, рак печени, болезнь Бадда-Кнари.

4. Дообследование: Ультразвуковая доплерография печеночных вен, лапароскопия с биопсией печени, фетопротейн, компьютерная томография печени, ФГДС, общий анализ крови в динамике (гематокрит, гемоглобин и др.)

5. Тактика лечения:

- а) этиотропное лечение - противовирусные препараты.
- б) патогенетическая - иммуномодуляторы (глюкокортикоиды в умеренных дозах, цитостатики) с последующими поддерживающими дозами до 6-12 месяцев.
- в) гепатопротекторы - эссенциале, витамины группы В, карсил, гептарал и др.
- г) инфузионная, дезинтоксикационная терапия (гемодез, 5% раствор глюкозы, альбумин, глютаминовая кислота).
- д) симптоматическое лечение (мочегонные, вазодилататоры - при портальной гипертензии, холеретики - при холестазах и т.п.).
- е) гемосорбционная терапия (плазмаферез).
- ж) при наличии язвенного дефекта - противоязвенная терапия.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 7.

Больная С., 23 лет поступила в клинику с жалобами на слабость, головокружение, одышку, усилившуюся в положении сидя, снижение аппетита, извращение вкуса /ест мел, сухие макароны/ в последние два года, сухость кожи, появление "заед", выпадение волос.

Анамнез болезни: больной себя считает в течение 3-4-х лет, когда появились указанные жалобы, одышка усилилась в последние 6 месяцев. В момент поступления у больной прогрессирующая беременность 37 недель. Больная является беженкой из Таджикистана, перенесла много стрессовых ситуаций, питалась очень плохо. При переезде в один из районов Краснодарского края, в связи с резким ухудшением состояния, обратилась в районную больницу, обследовалась, ей сообщили о "плохом" анализе крови и направили в одну из клиник краевого центра с диагнозом: злокачественная анемия неясной этиологии. Анализ крови в направлении не был приведен.

Анамнез жизни: в анамнезе тяжелая, физическая работа, плохое питание. Замужем с 17-летнего возраста, первая беременность двойней закончилась благополучными родами, имела выкидыш в большом сроке, настоящая беременность третья. Менструации начались в 12 лет, установились не сразу, были обильными, продолжались по 7-9 дней.

Объективный статус: больная астенического телосложения, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые резко бледны, в углах рта хилезы, кожа сухая, склеры ярко голубые. Язык лакированный, ногти ложкообразные с поперечной исчерченностью, "волнистые". Пульс 95 в минуту, слабого наполнения. АД 90/50 мм. рт. столба. Левая граница сердца на 1 см за среднеключичную линию, верхняя и правая не изменены, тоны сердца приглушены, ритмичные, на всех точках, с максимумом на верхушке систолический шум. В легких дыхание везикулярное, число дыханий 26 в минуту. Попытка выслушивания в положении сидя не удастся из-за резкого усиления одышки. Живот увеличен в объеме в соответствии со сроком беременности, печень, селезенка не пальпируются. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Температура тела 37,3°C. Параклинические показатели:

Срочно произведен анализ крови: эритроцитов 2,8 Т/Л, Гемоглобин 40 г/л, цветовой показатель 0,4, тромбоцитов 250 Г/Л, лейкоцитов 3,4 Г/Л, Э-1%, П-4%, С-42%, Л-42%, М-11%, СОЭ-25 мм/час, в мазке микроцитоз, анизоцитоз, пойкилоцитоз, полихромазия, встречаются оксифильные нормоциты 1:100. Общий анализ мочи без патологии.

ВОПРОСЫ:

1. Выделите основные клинические синдромы и поставьте диагноз.
2. Перечислите исследования, необходимы для его подтверждения?

3. Перечислите методы лечения данного заболевания и необходимые препараты?
4. В чем будут заключаться особенности лечения данной больной?
5. Чем объяснить субфебрилитет у пациентки?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 7.

1. Учитывая имеющиеся в задаче данные можно выделить следующие клинические синдромы:

- пищеварительных расстройств (снижение аппетита, извращение вкуса - дисгивзия, лакированный язык, "заеды"),
- синдром тканевых расстройств (сухость кожи, выпадение волос, изменения ногтей);
- анемический синдром - бледность кожи и слизистых, голубые склеры, слабость, головокружение, одышка, сердцебиение, низкое АД, субфебрилитет, расширение границ сердца влево, систолический шум над всеми точками, обильные месячные в юности, беременность двойней и настоящая 3 беременность, плохое питание).
- Гематологический синдром.

Указанные синдромы позволяют поставить предварительный диагноз: Железодефицитная анемия тяжелой степени (с учетом анализа крови).

2. Для подтверждения диагноза необходимо исследование содержания железа в сыворотке крови, общей железосвязывающей способности, а при возможности - содержание ферритина сыворотки, насыщение железом трансферина, при проведении общего анализа крови следует предусмотреть подсчет числа ретикулоцитов.

3. Методы лечения данного заболевания: пероральный прием препаратов, содержащих сернокислое железо или сульфатные формы - ферроградумет, тардиферрон, активферрин, ферроплекс, мальтофер, лишенный побочных эффектов, которые назначаются длительно в полной дозе до нормального уровня гемоглобина, затем в половинной дозе такой же период (до 3-4 месяцев). В данном случае больной предстоит скорое родоразрешение и данная ситуация позволяет использовать парентеральное введение железа (феррум-лек по схеме 1/2 ампулы в 1-й день, 1 ампула на 2-ой день, 2 ампулы в 3-ий день, затем по 2 ампулы 1 раз в 3 дня, разводя препарат в физрастворе (20 мл). Парентеральное применение препарата имеет строгие показания.

4. Особенность лечения данной пациентки будет заключаться не в пероральном, а в парентеральном введении железа для ускорения насыщения железом.

5. Субфебрилитет при железодефицитной анемии объясняется ускорением кровотока, а вместе с ним увеличением теплоотдачи, что приводит к повышению температуры тела, а также повышением тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 8.

Больной П., 16 лет, учащийся, поступил в участковую больницу с жалобами на слабость, недомогание, повышение температуры.

Анамнез болезни: болен 5-ый день, в стационаре наряду с перечисленными проявлениями появилась боль в мышцах, температура тела достигала 38-40°C. Лечение антибиотиками, антипиретиками эффекту не дало. В связи с ухудшением состояния переведен в районную больницу.

Анамнез жизни: в детстве болел краснухой, паротитом. Аллергологический анамнез не отягощен. Учится хорошо.

Объективный статус: состояние тяжелое, температура тела 39,30С, кожа бледная, на коже конечностей петехиально-пятнистые высыпания, кровоточивость десен при чистке зубов, осмотре полости рта. Лимфоузлы небольших размеров /до размера фасоли/, безболезненные, пальпируется край селезенки. Границы сердечной тупости не изменены, тоны ясные, 96 в минуту, ритмичны, на верхушке систолический шум.

В легких дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается, из-за резкой слабости самостоятельно передвигаться не может. Произведен общий анализ крови: Эр- 2,54 Т/Л, Нв- 84г/л, Л- 6Г/Л, п- 2%, с- 11%, Л- 85%, м- 2%, СОЭ-55 мм/час: проведен консилиум, установлен диагноз хронического лимфолейкоза.

Направлен на консультацию в онкологическое учреждение, куда доставлен машиной скорой медицинской помощи. В приемном отделении произведен общий анализ крови: Эр-2,3 Т/Л, Нв-80 г/л, Л-57 Г/Л, П-3%, С-7%, Л-15%, бластов- 69%. Тромбоцитоз10- Г/Л, СОЭ-63 мм/час. В мазке крови анизоцитоз, пойкилоцитоз. Госпитализирован в гематологическое отделение, где на протяжении 6 недель проводилось специальное лечение, а также использовались гемостатики, антибиотики, гемотрансфузии. Состояние улучшилось: нормализовалась температура, исчезла боль в мышцах, не пальпировались лимфоузлы и селезенка.

Параклинические показатели: анализ крови Эр-4,57 Т/Л, Нв-152 г/л, Цв. пок- 1,0, тромбоциты 180 Г/Л, Л-8,0 Г/Л, П- 13%, С-40%, Л-44%, М-3%, СОЭ- 5 мм/час. Проведена стерильная пункция / ранее не проводилась из-за кровоточивости/, клеток нейтрофильного ряда-48% /норма- 43,2% —71%/, эритроидные элементы - 20,2%, при норме- 15-28%, бластов- 5%. Заключение: костный мозг богат клеточными элементами, бластов 5%.

ВОПРОСЫ:

1. Выделите синдромы и поставьте диагноз.
2. Какая типичная ошибка была допущена врачом-лаборантом при интерпретации анализа крови в районной больнице?
3. Какое исследование следовало бы провести для уточнения варианта заболевания, обязательна ли для этого стерильная пункция?
4. Какое лечение было проведено данному больному, назовите схемы, препараты, этапы лечения?
5. Как называется период течения данного заболевания?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА №8.

1. На основании имеющихся данных можно выделить синдромы:
 - лихорадочный (повышение температуры, потливость, слабость);
 - геморрагический (петехиально-пятнистые высыпания на коже, кровоточивость десен); интоксикации;
 - лимфоаденопатии увеличения селезенки (спленомегалия),
 - гематологический (нормохромная анемия, тромбоцитопения – бицитопения, лейкоцитоз, бластоз, ускорение СОЭ).

Указанных синдромов и данных лабораторного исследования достаточно для установления диагноза острого лейкоза.

2. Типичная ошибка при интерпретации анализов в районной больнице- оценка властных клеток как лимфоцитов, чему способствует недостаточное знание лаборантами молодых клеток крови, плохая окраска мазка.

3. Для уточнения варианта заболевания необходимо проведение цитохимического типирования, т.е. окраски бластных клеток на миелопероксидазу, гликоген и липиды. В данном случае наиболее вероятна реакция бластов на гликоген в гранулярном виде при отрицательной реакции на пероксидазу и липиды, что позволило бы поставить лимфобластный вариант лейкоза. В пользу этого свидетельствуют возраст больного, кожный зуд, увеличение лимфоузлов и селезенки. Стеральная пункция для этого не обязательна, так как бласты имеются в периферической крови в значительном количестве.

4. Больному проводилось лечение курсами полихимиотерапии, наиболее известные ранее ВАМП, ЦВАМП, "7+3", "5+2". В схемы "7+3" и "5+2" входят цитозар и рубомицин, в ВАМП - винкристин, аметоптерин (метотрексат). 6-меркаптопурин, преднизолон. Этапы лечения лейкоза - индукция ремиссии, консолидация ремиссии, поддержание ремиссии, профилактика нейтролейкемии, при возникновении рецидива заболевания – реиндукция.

5. Достигнутое с помощью программного лечения цитостатиками состояние называется полной клинико-гематологической ремиссией (полное клиническое благополучие, нормализация показателей периферической крови и содержание бластов в стеральной пункции не более 5%). При сохранении такого состояния на протяжении пяти лет, при редких курсах полихимиотерапии и стеральной пункции один раз в год, можно констатировать выздоровление больного.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 9.

Больная Н., 40 лет, поступила в кардиологическое отделение больницы скорой медицинской помощи с жалобами на одышку при малейшей физической нагрузке, отеки ног, боли в правом подреберье, увеличение в объеме живота, приступы удушья в ночное время.

Анамнез болезни: в 25-летнем возрасте после "гриппа" перенесла полиартрит - в течение 2 недель держалась температура, болели коленные и голеностопные суставы, отмечалась небольшая припухлость их. На фоне приема индометацина эти симптомы исчезли. В последующем рецидивов не было. Работала разнорабочей на фабрике. Около года назад стали беспокоить слабость, одышка при небольшой физической нагрузке. При обращении к врачу был заподозрен порок сердца. Наблюдалась ревматологом. Вскоре появились приступы удушья в ночное время. Одышка возникала при малейшей физической нагрузке, присоединились отеки ног, боли в правом подреберье, увеличился в объеме живот.

Анамнез жизни: родилась не доношенным ребёнком, в детстве часто болела простудными заболеваниями, перенесла скарлатину. Месячные с 13 лет, по 3 дня, не обильные. Замужем с 19 лет, в возрасте 20, 22 лет имела 2 беременности, завершившиеся родами, дети здоровы. Работает контролером-сборщиком, сидя.

Объективный статус: состояние тяжелое, пониженного питания, акроцианоз. Отеки ног, симметричны до в/з голени, Пульс 100 УД в 1 мин, единичные экстрасистолы. АД 100/70 мм рт.ст. Верхушечный толчок в 5 межреберье на 2 см кнаружи от среднеключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая граница на 1,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя нижний край II ребра, левая - на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии. На верхушке 1 тон хлопающий, систолический шум на всех точках, в том числе и в 5 точке Боткина-Эрба, пресистолический шум на верхушке (определяется только в положении стоя), акцент II тона на а. pulmonalis. Частота дыхания 28 в 1 мин. Перкуторно над легкими в верхних отделах ясный легочной звук, дыхание жесткое. В нижних отделах с обеих сторон - укорочение перкуторного звука, здесь же

ослабленное везикулярное дыхание, большое количество мелкопузырчатых незвонких влажных хрипов. Печень на 8 см выступает из-под правой реберной дуги, мягкая, болезненная при пальпации. Селезенка, почки не пальпируются. Имеется увеличение живота в объеме, притупление в отлогих местах живота, симптом "льдинки". Суставы не увеличены, кожа над ними обычного цвета.

Параклинические показатели: Анализ крови: эр.3,5х10¹²/л, гемоглобин 97г/л, Цв.п. 0,8, лейкоциты - 4,2 х 10⁹/л, СОЭ 19мм/час, СРВ +, тимоловая проба 10 ед., серомукоид 2.51 ммоль/л. На ЭКГ - ритм синусовый, предсердные экстрасистолы. Отклонение электрической оси сердца вправо. Диффузные изменения в миокарде. Рентгенография грудной клетки с контрастированием пищевода - усиление легочного рисунка застойного характера. Сердце резко увеличено, преимущественно за счет левого желудочка. Контрастированный пищевод отклоняется левым предсердием по дуге среднего радиуса. Во время пребывания в клинике появились периодические приступы резкой слабости, головокружения, удушья, чаще при быстрой перемене положения тела. При этом усиливался цианоз, кожные покровы покрывались холодным потом, отмечалось учащение пульса до 130-140 в 1 мин., снижалось АД, нарастало количество влажных хрипов в легких.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?
2. С чем может быть связано усиление диастолического шума в вертикальном положении, а также приступы удушья и коллаптоидные состояния при перемене положения тела?
3. Диагностические мероприятия для уточнения диагноза?
4. Лечебная тактика?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 9.

1. Ревматизм активная фаза, I степень активности. Митрально-аортальный порок сердца - митральный порок с преобладанием стеноза. Стеноз устья аорты. ЗНК III, ХСН IV ф.кл. с приступами острой левожелудочковой недостаточности.
2. Возможно наличие шаровидного тромба в левом предсердии, учитывая быстрое нарастание декомпенсации при отсутствии мерцательной аритмии.
3. Эхокардиография. Вентрикулография.
4. а) Лечение активного ревматического процесса (нестероидные противовоспалительные средства, полусинтетические пенициллины).
б) Лечение сердечной недостаточности (сердечные гликозиды, мочегонные средства, ингибиторы АПФ).
в) Консультация кардиохирурга, особенно при наличии шаровидного тромба, делает необходимым ставить вопрос об оперативном лечении.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 10.

Больной К., 72 лет, в бессознательном состоянии поступил в реанимационное отделение БСМП по "Скорой помощи" с диагнозом: ОНМК по ишемическому типу.

Анамнез болезни: со слов родственников стало известно, что больной в течение 20 лет страдает гипертонической болезнью. АД повышается до 220/120 мм рт. ст. при привычном 140/90. 4 года назад перенес инфаркт миокарда 10 лет назад – ОНМК.

Последние годы периодически возникают приступы мерцания предсердий, по поводу которых больной неоднократно госпитализировался в кардиологическое отделение. Длительное время после последней госпитализации принимал: эналаприл - 20 мг в сутки, дигоксин - 0,25 мг в сутки, периодически аспирин - по 125 мг в сутки.

Анамнез жизни: в молодые годы болел язвенной болезнью желудка и 12п. кишки, обострения заболевания редкие. Курит. До 62-летнего возраста работал бухгалтером. Наследственность отягощена по артериальной гипертензии и язвенной болезни. Имеет двух здоровых сыновей.

Объективный статус: состояние больного тяжелое. Кома Больной гиперстенического телосложения, умеренного питания. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Отмечается пастозность нижних конечностей. ЧДД = 28 в мин. В легких - везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах, здесь же - мелкопузырчатые хрипы в небольшом количестве. АД - 180/100 мм рт. ст. ЧСС - 110 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 0,5 см кнаружи от правого края грудины, левая - на 3 см кнаружи от среднеключичной линии, верхняя - III межреберье. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, мягкий систолический шум на верхушке. Живот при пальпации мягкий во всех отделах, в правом подреберье пальпируется увеличенная печень, мягко-эластической консистенции. Размеры печени по Курлову: 12-10-9 см, селезенка не пальпируется.

Параклинические показатели:

ОАК: эр. - 4,5 т/л; НВ - 145 г/л; лейкоц. - 6,8 г/л; СОЭ - 15 мм/ч.

ОАМ: белок 0,2 г/л; отн. плотн. - 1,008.

БАК: об. белок - 78 г/л; об. билирубин - 18,0 мкмоль/л, АСТ - 33 ед/л; АЛТ - 35 ед/л мочевины - 8 ммоль/л; креатинин - 0,13 ммоль/л; холестерин - 6,0 ммоль/л; В липопротеиды - 57 ед; глюкоза - 4,8 ммоль/л.

Больному назначено: глюкозо-инсулино-калиевая смесь, магния сульфат, контрикал, трентал, рибоксин, пирацетам, гепарин, дексаметазон, 40% р-р глюкозы, манит, витамины гр. В, С. На 5 день пребывания в стационаре у больного через назогастральный зонд появилось отделяемое цвета "кофейной гущи" около 250-300 мл. В динамике: в ОАК 1) эр.-3,2 т/л; .НВ - 105 г/л. 2) эр. - 2,8 т/л; НВ - 89 г/л. Выполнена ЭКГ: мерцание предсердий с ЧЖС 140 в мин. Гипертрофия левого желудочка с перегрузкой. Мелкоочаговые изменения в переднебоковой области.

ВОПРОСЫ:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз
3. О каком осложнении со стороны ЖКТ идет речь?
4. Какие назначенные препараты противопоказаны при данном осложнении?
5. Неотложная помощь при выявленном осложнении?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 10.

1. Клинические синдромы:

- артериальная гипертензия;
- синдром поражения миокарда (постинфарктный кардиосклероз);
- недостаточности кровообращения,
- нарушения ритма сердца;
- желудочного кровотечения;
- анемии

2. Гипертоническая болезнь 3 ст., с поражением органов мишеней: сердце – ИБС, головной мозг – ОНМК. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз Пароксизмальная мерцательная аритмия НК.

3. Язвенная болезнь желудка и ДПК, активная фаза осложненная кровотечением.

Осложнение: желудочно-кишечное кровотечение, источник - язвенная болезнь желудка и ДПК.

4. Гепарин, дексаметазон.

5. Купирование желудочно-кишечного кровотечения консервативными способами: эpsilon-аминокапроновая кислота 5% - 100 мл в/в (или трансамовая кислота 1,0-1,5 гр внутрь 2-3 раза в день) или ПАМБА 1% 5-10 мл в/в, в/м, дицинон 12,5% 2-4 мл в/в, в/м, аскорбиновая кислота 5% 2-4 мл в/в, в/м, викасол 1% 2-4 мл в/м. Переливание плазмозаменителей (полиглюкин, реополиглюкин, желатиноль). Переливание крови. П

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 11.

В кардиологическое отделение бригадой "Скорой помощи" доставлен мужчина 40 лет с жалобами на сильные головные боли, боли в сердце ноющего-характера, носовые кровотечения.

Анамнез болезни: отмечает повышение АД в течение 20 лет; с этого же времени стали часто беспокоить ноющие боли в сердце, не связанные с физической нагрузкой. Наблюдается в поликлинике с диагнозом - гипертоническая болезнь II ст. В последние 5 лет участились гипертонические кризы, АД поднималось до 190/100 мм рт. ст. Постоянно принимает адельфан.

Анамнез жизни: из детских болезней помнит корь, в школе и в колледже занимался физкультурой без перегрузок, с 20-летнего возраста с появлением повышенного давления физические нагрузки исключил полностью. Аллергологический анамнез не отягощен. Не курит. Спиртные напитки употребляет редко. Женат. Имеет одну дочь.

Объективный статус: кожа чистая сухая нормостенического телосложения; лицо гиперемировано. Обращает на себя внимание непропорциональное телосложение - плечевой пояс развит более значительно, чем нижние конечности. Верхушечный толчок разлитой, смещен в VI межреберье; левая граница относительной сердечной тупости - на 2,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, правая - по наружному краю грудины, верхняя - III межреберье. Ширина сосудистого пучка 10 см. Аускультативно: акцент II тона на аортой, во всех точках выслушивается систолический шум, максимум - во II межреберье справа от грудины. ЧСС - 95 в мин. АД - 170/90 мм рт. ст. В легких - везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах. ЧДД - 22 в мин. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Периферических отеков нет.

На 2 день пребывания в стационаре к вечеру состояние больного ухудшилось: АД повысилось до 220/120 мм рт. ст., стала нарастать одышка до 32 в мин. (преимущественно инспираторного характера) с последующим развитием приступа удушья. Больной бледный, выражена потливость, принимает положение ортопноэ, возбужден. Отмечается тахикардия до 110 в мин., акцент и расщепление II тона над легочной артерией, пульс частый, альтернирующий. Появляется интенсивный кашель с пенистой розового цвета мокротой. При аускультации легких выслушиваются влажные разнокалиберные хрипы.

Параклинические показатели: ЭКГ - синусовая тахикардия, 110 в мин. Гипертрофия левого желудочка с перегрузкой. Выраженные диффузные изменения миокарда. ОАК и ОАМ без патологии.

ВОПРОСЫ:

1. Перечислите клинические синдромы
2. О каком пороке можно думать?
3. Назовите метод исследования, необходимый для верификации диагноза
4. Какое осложнение развилось у больного на 2 день пребывания в стационаре?
5. Неотложная помощь при развившемся осложнении.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 11.

1. Клинические синдромы:
 - Кардиалгии
 - Артериальной гипертензии
 - Кардиомегалии
 - Недостаточности кровообращения
 - Легочной гипертензии
2. Коарктация аорты.
3. Рентгенография органов грудной клетки, аортография, ЭХО-кардиография.
4. Гипертонический криз осложненный острой левожелудочковой недостаточностью.

Неотложная помощь: промедол 1% 1 мл в/в, нитропруссид натрия или нитроглицерин 1 мл на 100мл физраствора в/в капельно, лазикс 80 мг в/в, ингаляция кислорода с пеногасителем консультация кардиохирурга.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 12.

Больной К., 62 лет, пенсионер, поступил в клинику с жалобами на одышку в покое (не может лечь), кашель, кровохарканье (мокрота с кровью до 50 мл в сутки), боль и тяжесть в правой половине грудной клетки, отеки ног, больше левой.

Анамнез болезни: 6 лет назад перенес инфаркт миокарда, но после выписки из больницы работал, бывали тяжелые приступы стенокардии. Год назад поступил в стационар в связи с острыми болями за грудиной, выраженной одышкой, нарушением ритма (экстрасистолия). На ЭКГ выявлялась преходящая блокада левой ножки пучка Гиса. Состояние больного было расценено как инфаркт миокарда. После двухмесячного лечения в стационаре был выписан на амбулаторное лечение. Дома периодически возникало чувство нехватки воздуха, чаще по ночам. Неоднократно вызывал участкового врача и бригаду "Скорой помощи". Последние два месяца стал замечать отеки на ногах. За две недели до поступления в клинику стали нарастать одышка, кашель, появилось кровохарканье, отмечалось повышение температуры тела.

Анамнез жизни: в детстве и в юношеские годы болел редко, в 30-летнем возрасте - прободная язва желудка - ушивание. С 48 летнего возраста периодически беспокоила кратковременная загрудинная боль легко купируемая нитроглицерином, к врачам не обращался. Бывали редкие эпизоды незначительного повышения артериального давления в связи со стрессовыми ситуациями. Курит. Работает в аграрном университете преподавателем. Женат, имеет взрослого сына.

Объективный статус: состояние тяжелое, сидит в постели, выраженная одышка в покое -36 дыханий в минуту. Пониженного питания, бледен, цианоз губ, выраженные отеки нижних конечностей поясничной области. Вены нижних конечностей варикозно расширены, левая голень в окружности больше правой на 4 см, горячая на ощупь. Пульс 110 ударов в минуту, аритмичен, удовлетворительного наполнения. Левая, граница относительной сердечной тупости на 2 см кнутри от передней подмышечной линии, правая - на 1,5 см кнаружи от края грудины, тоны сердца приглушены, АД 100 /70

мм.рт.ст. В легких укорочение перкуторного звука справа ниже середины лопатки, там же резко ослаблены дыхание и голосовое дрожание, слева перкуторный звук не изменен, дыхание жесткое. По средней линии живота старый послеоперационный рубец. При пальпации живот мягкий, чувствителен в правом подреберье, прощупывается плотная печень на 6-7 см ниже реберной дуги.

Параклинические показатели:

Анализ крови; Эр 4,0 Т/л, гемоглобин 116 г/л, ЦП 0.88, лейкоц 11.0 Г/л, эоз 1%, пал 6%, сегм 70%, лимф 19%, моноц 4%, СОЭ 21 мм/час.

Анализ мочи: отн. плотн. 1,022, белок 0,066 г/л, лейкоц 4-5 в п/зр, эритроциты 7-8 в п/зр. Снята ЭКГ: разные расстояния R-R, разная высота желудочкового комплекса, синдром SI QIII, отсутствие зубцов R, регистрируются волны f. Рентгенография органов грудной клетки: из-за тяжести состояния не производилась.

ВОПРОСЫ:

1. Ведущие синдромы и их проявления.
2. Что не укладывается в клинику пневмонии?
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план лечения.
5. Назначьте план обследования.
6. Консультации каких специалистов являются необходимыми?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 12.

1. Синдром воспалительного процесса в легких (повышение температуры, кашель с мокротой, боль в грудной клетке, укорочение перкуторного звука);

-синдром сердечной недостаточности (тахикардия, одышка, увеличение печени, отеки);

-синдром венозной недостаточности нижних конечностей, синдром фибрилляции предсердий.

2. Выраженное кровохарканье, ослабление дыхания и голосового дрожания в месте укорочения перкуторного звука.

3. Тромбофлебит глубоких вен нижних конечностей. ТЭЛА, инфаркт-пневмония нижней доли правого легкого, правосторонний экссудативный плеврит. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. НК III ст. (ХСН IV ф.кл. NYHA).

4. Фибринолизин в сочетании с прямыми антикоагулянтами, антибактериальные препараты, сердечные гликозиды, диуретики, нитраты, спазмолитики, ингаляции кислородвоздушной смеси.

5. Рентгенологическое исследование легких, коагулограмма.

6. Консультация хирурга.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 13.

Больной К., 72 лет, пенсионер, в прошлом летчик. Жалобы при поступлении в клинику: одышка при незначительной физической нагрузке, приступы затрудненного свистящего дыхания по несколько раз в сутки, купирующиеся инъекциями эуфиллина внутривенно; упорный, иногда надсадный кашель со слизисто-гнойной мокротой периодически-кровохарканье, повышение температуры тела до 37,7°C, резкая слабость, отсутствие аппетита.

Анамнез болезни: год назад перенес правостороннюю очаговую пневмонию, лечился в стационаре, но был выписан с субфебрильной температурой, плохим

самочувствием. Через 1-2 месяца после выписки стали появляться приступы затрудненного свистящего дыхания, в связи с чем был госпитализирован повторно; был поставлен диагноз бронхиальной астмы и назначен преднизолон, который получает до настоящего времени. Последнее ухудшение началось месяц назад: повысилась температура, увеличилось количество гнойной мокроты, усилились одышка, кашель, появилось кровохарканье, участились приступы удушья.

Анамнез жизни: детские болезни не помнит. Будучи взрослым болел однократно пневмонией, осложнившейся экссудативным плевритом. Аллергологический анамнез не отягощен. Курит 15-18 сигарет в день. Женат имеет двух дочерей.

Объективный статус: состояние средней тяжести, положение в постели вынужденное - сидит; одышка в покое, кожные покровы бледноваты, небольшой цианоз губ, пульс 102 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, артериальное давление 130/70 мм.рт.ст., границы относительной сердечной тупости сердца: левая - по среднеключичной линии, правая - на 0,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - III ребро, тоны сердца приглушены. Число дыханий 32 в минуту, ритм правильный. Над легкими при перкуссии коробочный звук, справа под лопаткой укорочение перкуторного тона, при аускультации дыхание ослабленное с удлиненным, выдохом, сухими свистящими хрипами, больше справа; в месте укорочения перкуторного тона - жесткое дыхание. Живот мягкий, безболезненный, печень 9х8х7 см по Курлову, селезенка 6х8 см. Топика и физические данные толстой кишки не нарушены.

Параклинические показатели:

Анализ крови: Эр 3,9 Т/л, гемоглобин 113 г/л, ЦП 0,88, Лейк 12,7 г/л; эоз 2%, пал 10%, сегм 63%, лимф 19%, мон 6%, СОЭ 48 мм/час. Анализ мочи - без патологии.

Анализ мокроты - кровянистая, при микроскопии - эритроциты покрывают все поле зрения, атипичные клетки и бактерии Коха не найдены.

На первичных (год назад) рентгенограммах грудной клетки в двух проекциях в шестом сегменте правого легкого определяется округлое образование размером 2,5х3 см, с неровными контурами, небольшим участком просветления в центре, дополнительных образований в правом корне не определяется, сердечно-сосудистая тень в пределах возрастной нормы. На повторных рентгенограммах органов грудной клетки, выполненных в настоящее время, выявляется резкое увеличение имевшегося образования до размеров 6х8 см, с большой полостью распада 6х6 см и широким горизонтальным уровнем содержимого, контуры образования неровные, бугристые. Через неделю после опорожнения полости содержимого в ней не определяется, внутренний контур ее также неровный, бугристый, правый корень резко расширен, имеет неровные, полициклические контуры, содержит увеличенные лимфатические узлы.

ВОПРОСЫ:

1. Назовите ведущие синдромы и их проявления.
2. О каких заболеваниях следует думать в первую очередь?
3. Каким процессом могут быть обусловлены рентгенологические проявления?
4. Методы обследования, необходимые для постановки диагноза
5. Ваш окончательный диагноз
6. Какова лечебная тактика.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 13.

1. Бронхоспастический синдром (приступы затрудненного свистящего дыхания, купирующиеся внутривенными инъекциями эуфиллина, надсадный кашель, сухие свистящие хрипы в легких);

- синдром интоксикации (резкая слабость, плохой аппетит, повышение температуры).

2. О бронхиальной астме и воспалительном процессе в органах дыхания (пневмония), абсцессе.

Кровохарканье.

3. Пневмония с абсцедированием, туберкулезный инфильтрат с распадом, полостная форма рака легких.

4. Компьютерная томография легких, серийное исследование мокроты на МБК, атипические клетки, при возможности - бронхоскопия.

5. Рак периферического бронха шестого сегмента справа с распадом (полостная форма рака) и метастазами в лимфатические узлы средостения.

6. Лечение симптоматическое, учитывая возраст и метастазы в лимфоузлы средостения.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 14.

Больной М., 53 лет, инженер, поступил в клинику с жалобами на приступы удушья 2-3 раза в сутки, с резким затруднением выдоха, свистящим дыханием, купирующиеся ингаляциями беротека или внутривенным введением эуфиллина, кашель с трудно отделяемой мокротой, заложенность носа, насморк, обычно по утрам, слабость, потливость.

Анамнез болезни: болен с трех лет. Первые приступы удушья развились после острого респираторного заболевания. Обострения болезни первые десятилетия протекали нетяжело, возникали один раз в два-три года, купировались назначением бронхорасширяющих препаратов (эфедрин, теофедрин) в сочетании с десенсибилизирующими препаратами. С 34 лет после пневмонии наблюдается утяжеление течения заболевания, требующее неоднократных госпитализаций, назначения преднизолона, который с перерывами больной получает до сегодняшнего дня. Последние два месяца принимает по одной таблетке в день. Приступы удушья у больного возникают чаще после "простуды", в сосновом лесу, при потреблении сухого вина, жареной рыбы при вдыхании запахов красок, лаков, сена. Настоящее ухудшение за две недели до госпитализации после двух инъекций плазмолла.

Анамнез жизни: с детства экзема, с 37-летнего возраста - умеренная артериальная гипертензия, родственники страдают; аллергическими заболеваниями (бронхиальная астма у сестры и сына больного, экзема - у отца).

Объективный статус: состояние средней тяжести, конституция гиперстеническая, избыточный вес (рост 170 см, вес 90 кг), положение в постели вынужденное сидячее, дыхание - свистящее, слышимое на расстоянии. Пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения относительной сердечной тупости не определяются из-за выраженного коробочного перкуторного тона, тоны сердца приглушены, АД 150/100 мм, рт. ст. Грудная клетка несколько бочкообразной формы, межреберные промежутки широкие, над легкими коробочный перкуторный тон, ослабленное дыхание с удлиненным выдохом, сухие хрипы в большом количестве. Живот мягкий, безболезненный, печень 10х9х8 см по Курлову, селезенка не пальпируется, отеков нет. Симптом поколачивания положителен с обеих сторон.

Параклинические показатели:

Анализ крови: Эр 4.2 Т/л, гемоглобин 136 г/л, ЦП 0.91, Лейк 7.8 Г/л, баз 4%, эоз 13%, пал 1%, сегм 53%, лимф 22%, мон 7%, СОЭ 8 мм/час.

Анализ мочи: цвет соломенно-желтый, плотность 1,010, при микроскопии осадка лейкоц 30 -40. в поле зрения, эритроциты 0-1-3, цилиндры гиалиновые 0-1-0.

На рентгенограммах органов грудной клетки в трех проекциях повышена прозрачность легочных полей, усилен легочный рисунок в прикорневых и нижних отделах.

На ЭКГ: высокоамплитудный зубец Р во II, III aVF, в VI,V2 - положительный с заостренной вершиной, электрическая ось отклонена вправо. Диффузные изменения в миокарде. Исследование функции внешнего дыхания: частота дыханий 16 в минуту, ЖЕЛ 2024 мл (50% от должного), ОФВ за 1 сек -0.81 л/сек (30% от должной).

ВОПРОСЫ:

1. Выделите ведущий клинический синдром, укажите его проявления.
2. Расшифруйте и оцените данные спирографии.
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Варианты заболевания можно предполагать у данного больного?
5. Причины последнего обострения.
6. Причина артериальной гипертензии и прибавки массы тела.
7. Составьте план лечения.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 14.

1. Бронхообструктивный синдром (приступы удушья с затрудненным выдохом, купирующиеся бронхорасширяющими препаратами, вязкая мокрота, сухие свистящие хрипы);

2. ЖЕЛ-жизненная емкость легких (норма -более 95% должной), ОФВ-объем форсированного выдоха за первую секунду (норма-более 80% должного). По данным спирографии у больного резкие обструктивные нарушения вентиляционной способности легких.

3. Астма смешанная форма, тяжелое течение, фаза обострения, вторичная обструктивная эмфизема легких. ДН II ст. Хроническое легочное сердце в стадии компенсации. Хронический пиелонефрит в стадии обострения, симптоматическая артериальная гипертензия. ХПН 0 ст. Ожирение II ст.

4. Ведущий клинико-патогенетический вариант- атопический (наследственная предрасположенность, аллергическая конституция, связь приступов с пыльцевыми, бытовыми и пищевыми аллергенами), дополнительные - инфекционный (возникновение первых приступов удушья и ряда последующих обострений болезни после воспалительных заболеваний органов дыхания) и дисгормональный (многолетний прием глюкокортикостероидов, невозможность их отмены).

5. Снижение дозы преднизолона, введение плазмолана.

6. Наличие пиелонефрита, терапия глюкокортикостероидами.

7. Глюкокортикостероиды, бронходилататоры, отхаркивающие, антигипертензивные.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 15.

Больной С, 45 лет, поступил в отделение гастроэнтерологии с жалобами на жидкий стул 8-12 раз в сутки с большим количеством слизи и крови (суточный объем стула - более 1 литра), чаще в ночное время, тенезмы 6-8 раз в сутки, повышение температуры

тела до 38,5 градусов, общую и мышечную слабость, головокружение, потерю массы на 8 кг за 2 мес, отеки голеней и стоп.

Анамнез болезни: заболел около 5 лет назад, когда впервые стал беспокоить учащенный жидкий стул до 4 раз в сутки с примесью незначительного количества крови и слизи. По этому поводу не обследовался, не лечился. Ремиссии возникали спонтанно, продолжительностью до года. Периодически беспокоили боли в суставах (коленных, голеностопных), сопровождавшиеся их опуханием и незначительным покраснением. На протяжении года отмечал эпизодическое появление на передней поверхности голеней участков болезненного уплотнения кожи с их покраснением. В течение последних 2-х месяцев присоединились жалобы на боли в поясничной области, усиливающиеся при движении, наклоне туловища, в связи с чем в поликлинике были назначены нестероидные противовоспалительные препараты, физиотерапевтические тепловые процедуры, на фоне которых появились описанные жалобы.

Анамнез жизни: родился от третьей беременности, рос и развивался нормально. В детстве перенес скарлатину, краснуху. Кожно-венерические заболевания, гепатит, психоневрологические заболевания, сахарный диабет, малярию отрицает. В возрасте 37 лет получал превентивное противотуберкулезное лечение, находился на учете у фтизиатра по поводу контакта с больным туберкулезом (брат пациента страдал фиброзно-кавернозной формой туберкулеза и являлся бацилловыделителем). В настоящий момент с учета снят. Травм, операций не было. Вредных привычек нет. Аллергических заболеваний, непереносимости пищевых, лекарственных веществ не выявлено. Гемотрансфузий не было. Эпидемиологическое окружение благополучное, в контакте с инфекционными больными не был. Со слов пациента с 40 лет страдает хроническим гастритом, по поводу чего периодически принимает антисекреторные препараты (лосек, фамотидин) без консультации с врачом. Периодически пациент отмечает тупые, ноющие, колющие боли в области сердца, длительностью до часа, провоцирующиеся психо-эмоциональными нагрузками. По этому поводу не обследовался, не лечился.

Объективный статус: состояние при поступлении тяжелое. Больной пониженного питания, рост 178 см, масса 50 кг, кожные покровы бледные, периферические лимфатические узлы не увеличены. Отеки голеней, стоп, мошонки. Мышечная система: тонус нормальный, активные и пассивные движения в полном объеме. Резкая мышечная слабость, мышечная сила - 3 балла, при пальпации различных групп мышц болезненности не выявляется. Дыхательная система:

Носовое дыхание свободное, ЧДД = 20 в минуту. Пальпация грудной клетки безболезненная, голосовое дрожание проводится симметрично. Перкуторно - ясный легочный звук, одинаковый над симметричными легочными полями. Высота стояния легких -3,5 см над ключицами. Поля Кренига -5см. Подвижность нижних легочных краев - 2,5 см. Аускультативно: над симметричными полями -везикулярное дыхание, хрипов нет.

Сердечно-сосудистая система: Область сердца не изменена. Верхушечный толчок пальпируется в 5межреберье по среднеключичной линии, ограниченный, умеренной силы и резистентности. Перкуторно: правая граница относительной сердечной тупости - по правому краю грудины; левая по среднеключичной линии в 5 межреберье; верхняя - на уровне 3 ребра. Тоны сердца слегка приглушены, ослабление I тона на верхушке, дующий систолический шум на верхушке, ритм правильный. ЧСС =110 в минуту. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, симметричный. А/Д 90/60 мм.рт.ст.

Органы пищеварения: Слизистая губ, рта бледная, чистая. Десны не изменены. Зев не гиперемирован, миндалины нормальные. Язык влажный обложен белым налетом.

Живот правильной формы, симметричный, активно участвует в акте дыхания, при пальпации в левой подвздошной области пальпируется спазмированная, болезненная сигмовидная кишка, умеренно болезненные нисходящая, поперечная и восходящая ободочные кишки. Печень пальпаторно выступает из-под реберной дуги на 1,5см, край закругленный, плотноэластической консистенции, безболезненный. Размеры по Курлову: 9см*8см*7см. Селезенка не пальпируется. Перкуторные размеры селезенки 8см*5см.

Параклинические исследования. Ректороманоскопия (без подготовки): При наружном осмотре патологии не выявлено, при пальцевом исследовании тонус сфинктера снижен, болезненности нет. Тубус введен на 12 см. Слизистая оболочка рыхлая, зернистая, сосудистый рисунок отсутствует, выраженная спонтанная кровоточивость, множественные, сливающиеся эрозии и язвы с гнойным отделяемым, на стенках кишки — слизисто-гнойные налеты в просвете -гнойно-геморрагическое содержимое без каловых масс.

Общий анализ крови: Эр. $3,1 \cdot 10^{12}/л$ НЬ 106г/л, цв. показатель 0,76, гематокрит-28%, лейкоциты $12,4 \cdot 10^9/л$, палочкоядерные 32%, сегментоядерные 40%, эоз. 1%, лимф. 18,5%, моноциты 7%. СОЭ 30 мм/ч. Биохимическое исследование крови. Общий белок 43г/л, калий 2,3ммоль/л, кальций 1,7ммоль/л, сывороточное железо -3,2 мкмоль/л, латентная железосвязывающая способность -101 мкмоль/л, ферритин -13мкг/л, глюкоза -4,2ммоль/л.

Общий анализ мочи. Цвет - соломенно-желтый, рН =7,8; удельная плотность - 1,014; белок - нет, лейкоциты -1 -0-3 в поле зрения; эритроциты - 1 -0-2 поле зрения; плоский эпителий -1-2-1 в поле зрения; слизь -незначительное количество. Из-за тяжести состояния больного и опасности осложнений от проведения колоно- и ирригоскопии было решено воздержаться.

Копрограмма: кал жидкой консистенции, эритроциты - в большом количестве; лейкоциты -30-40 в поле зрения, нейтральный жир (+), жирные кислоты (+++), мыла (+++); мышечные волокна без исчерченности (+++).

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Выделите основные синдромы.
3. Назначьте лечение.
4. Перечислите основные осложнения, свойственные данному заболеванию.
5. С каким синдромосходным заболеванием наиболее часто приходится дифференцировать данную патологию?
6. В чем особенность морфологической картины заболевания?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА №15.

1. Язвенный колит, рецидивирующая форма, распространенное (тотальное?) поражение, тяжелое течение, активность воспаления III степени. Хроническая железодефицитная анемия легкой степени. Синдром малабсорбции высказать предположение о тотальном вовлечении толстой кишки в патологический процесс можно на основании степени выраженности интоксикационного синдрома, синдрома малабсорбции, данных физикального обследования (умеренная болезненность по ходу всей толстой кишки).

2. Синдром хронической диареи. Поносом следует называть частую(не реже 3-4раз в сутки) дефекацию жидким калом, суточная масса которого превышает 200г. Хронической считается диарея, продолжительность которой превышает 3 недели:

- синдром патологических примесей в кале. В данном случае синдром можно расценивать как «опорный», наличие слизи и крови в каловых массах является патогномоничным для НЯК;

- интоксикационно-воспалительный синдром. В этот синдром можно включить жалобы на повышение температуры тела до 38,5 градусов, на общую слабость, утомляемость; верифицируют синдром умеренный лейкоцитоз в выраженным палочкоядерным сдвигом влево, повышение СОЭ;

- синдром мальабсорбции. Под термином мальабсорбции понимают нарушение транспорта нутриентов через мембрану энтероцитов или же, говоря иными словами, симптомокомплекс клинических проявлений, возникающих вследствие нарушенного всасывания в тонкой кишке, называется мальабсорбцией. У данного пациента к этому синдрому можно отнести жалобы на похудание на 8 кг, на слабость, мышечную и общую, которая развилась вследствие нарушения белкового обмена (снижение общего белка до 43г/л), а так же в результате выраженных электролитных расстройств (снижение уровня калия, кальция) Имеющиеся у больного отеки также укладываются в рамки обсуждаемого синдрома и обусловлены снижением онкотического давления. Подтверждают наличие синдрома мальабсорбции данные копрологического исследования – креаторея, стеаторея I;

- анемический синдром -развился вследствие хронической кровопотери;

- железодефицитный характер анемии подтверждает снижение цветового показателя до 0,76 и снижение сывороточного железа до 3,4 мкмоль/л;

- повышение латентной железосвязывающей способности, снижение ферритина;

- синдром поражения миокарда - токсического, анемического генеза. Опорные признаки указанного синдрома: расширение левой границы относительной сердечной тупости, приглушение сердечных тонов, ослабление I тона на верхушке, появление дующего систолического шума на верхушке;

3. Терапевтическая схема при неспецифическом язвенном колите зависит от степени тяжести заболевания. С учетом наличия тяжелой формы заболевания данному пациенту целесообразно назначить: гидрокортизон 125 мг в/в в сутки, гидрокортизон 125 мг или преднизалон 20 мг ректально калельно(препарат растворяется в 100 мл 0,9% р-ра натрия хлорида) дважды в сутки, сульфасалазин внутрь 2 г, при непереносимости - месалазин (салофальк, месакол) I г/сут.,парентеральное питание и заместительное введение жидкостей, электролитов, альбумина.

Необходимо ежедневное проведение комплекса лабораторных исследований и в случае отрицательной клинической динамики - немедленная обзорная рентгенография брюшной полости с целью ранней диагностики осложнений, могущих потребовать неотложного оперативного лечения. При неэффективности консервативной терапии ЯК в течение 10 дней и прогрессировании атаки на фоне адекватной терапии показана консультация хирурга для своевременного решения вопроса о переходе от консервативной терапии к хирургическому лечению.

4. При тяжелой форме НЯК часто развиваются осложнения, которые обычно подразделяют на местные и общие. К местным осложнениям, являющимся результатом тяжелого прогрессирования заболевания, относят:

- токсическую дилатацию толстой кишки;

- перфорацию;

- кишечное кровотечение;

- формирование воспалительных псевдополипов;

- рак толстой кишки общие (или внекишечные) осложнения включают;

- узловатая эритему;
- увеит;
- иридоциклит;
- артрит;
- развитие склерозирующего холангита;
- амилоидоз.

5. Чаше всего НЯК приходится дифференцировать с гранулематозным колитом (болезнью Крона), т.к. при этом заболевании так же в патологический процесс может вовлекаться толстая кишка с развитием синдромов хронической диареи, мальабсорбции и с-ма наличия патологических примесей в кале.

6. Морфологической спецификой НЯК следует считать локализацию патологического процесса в пределах слизистой оболочки кишечника с формированием обширных поверхностных язвенных дефектов (в отличие от болезни Крона, для которой характерна трансмуральность поражения с развитием щелевидных глубоких язвенных дефектов). Весьма типичным для неспецифического язвенного колита следует считать формирование микроабсцессов крипт толстой кишки.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 16.

Больной М., 54-х лет поступил в клинику с жалобами на тупые боли в верхней части живота, тошноту, отрыжку, отсутствие аппетита (вплоть до отвращения к мясным блюдам), потерю массы тела (за последний месяц около 10 кг.), слабость, вялость, апатию.

Анамнез болезни: в течение 10 лет страдает хроническим атрофическим гастритом. В этом году у больного обнаружена язва желудка по поводу которой проходил несколько курсов противоязвенной терапии. Последнее ухудшение около 1 месяца назад, когда у больного появились постоянные тупые боли в верхней половине живота, тошнота пропал аппетит, стал терять в весе. Самостоятельно принимал ранитидин - без эффекта. Состояние ухудшалось: нарастала слабость, вялость, апатия, продолжал терять в весе, появилось отвращение к мясным блюдам.

Анамнез жизни: родился от второй беременности, рос и развивался нормально, в физическом и умственном развитии от сверстников не отставал. Из детских инфекций перенес корь, ветряную оспу. Гепатит, туберкулез, кожно-венерические заболевания, сахарный диабет, малярию отрицает. Травм, гемотрансфузий не было. В контакте с инфекционными больными не был. 10 лет назад аппендэктомия по поводу катарального аппендицита. Аллергологический анамнез; - весенне-летний поллиноз (ринит, конъюнктивит).

Объективный статус: состояние средней тяжести, сознание в полном объеме, вял, апатичен. Больной пониженного питания, рост 180 см., масса 56 кг. Кожные покровы и видимые слизистые - бледноватые, обычной температуры и влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Мышечная система: тонус несколько снижен, активные и пассивные движения в полном объеме, выраженная мышечная слабость. При пальпации различных групп мышц болезненности не выявляется.

Дыхательная система: Дыхание через нос свободное. Пальпация грудной клетки безболезненная, голосовое дрожание не изменено, проводится симметрично. Перкуторно: над всеми полями - ясный легочный звук Аускультативно: - везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД- 18 в I мин.

Сердечно-сосудистая система: Область сердца не изменена. Верхушечный толчок пальпируется в 5 м/реберье на 1 см левее средне-ключичной линии, ограниченный,

умеренной силы и резистентности. Перкуторно: правая граница относительной сердечной тупости -по правому краю грудины; верхняя- на уровне 3 ребра; левая - 1 см левее среднеключичной линии. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные с ЧСС 88 в 1 мин. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, симметричен. АД- 110\70 мм.рт.ст. Органы пищеварения: Слизистая губ, рта бледноватая, чистая. Десны не изменены. Зев не гиперемирован, миндалины нормальные. Язык сухой, обложен серым налетом у корня. Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный при пальпации в эпигастральной области. Печень у края реберной дуги. Размеры по Курлову: 9х8х7 см. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Параклинические показатели:

ОАК ЭР- 3,77*10¹²/л, Нв- 96 г/л, л.- 4,1*10⁹/л, тр.-170*10⁹. ОАМ: цвет: сол-желтый, уд.вес: 1018, реакция - кислая, белок - abs, лейкоциты: 0-0-1 в поле зр., эр. - 0-1-1 вЧЗГе зр., пл. эпителий -1-2-1, слизь - незначительное кол-во.БАК: Общ. белок 48г/л, АЛТ-35ед, АСТ-34ед, амилаза -124ммоль/л. Реакция кала на скрытую кровь - положительная.

ВОПРОСЫ:

1. Выделить основные клинические синдромы.
2. Сформулировать и обосновать предварительный диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо провести диф. Диагностику.
4. План дообследования больного.
5. План лечения.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ № 16.

1. Основные синдромы:

- болевой
- диспептический
- кахектический
- астенический
- анемический

2. Предварительный диагноз: учитывая жалобы больного (боли в эпигастрии, тошноту, снижение аппетита, отвращение к мясным блюдам, снижение массы тела), данные анамнеза (длительное время страдал предраковыми заболеваниями: атрофическим гастритом, язвенной болезнью желудка, неэффективность противоязвенной терапии), объективного осмотра (масса тела снижена, вялость, апатия, боли при пальпации в эпигастрии), параклинических показателей (сниженное количество эритроцитов, гемоглобина) можно выставить предварительный диагноз: С-г желудка. Хроническая постгеморрагическая анемия легкой степени тяжести.

3. Дифференцировать с обострением язвенной болезни желудка, раком поджелудочной железы.

4. R- графия ЖКТ с контрастированием;

- ЭФГДС с прицельной биопсией слизистой;
- УЗИ органов брюшной полости;
- КТ брюшной полости;
- Лапароскопия.

5. Оперативное лечение.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 17.

Больной Н, 28 лет, водитель поступил в терапевтическое отделение с жалобами на слабость, лихорадку с ознобом в течение двух дней, кашель сначала сухой, затем с слизисто-гнойной мокротой, боли в грудной клетке справа, связанные с дыханием.

Анамнез болезни: Выше перечисленные симптомы появились у больного через день после сильного переохлаждения. Внезапно к вечеру повысилась температура до 39С, появился сильный озноб, всю ночь беспокоил сильный сухой кашель. Лечился самостоятельно: принимал аспирин, пил чай с малиной, однако самочувствие не улучшалось. Вызвал на дом врача, который и направил больного в стационар.

Анамнез жизни: Родился от первой беременности, рос и развивался нормально. В детстве часто болел ангинами. Кожно-венерические, психоневрологические заболевания, малярию, туберкулез отрицает. В возрасте 17 лет перенес болезнь Боткина. В 25-летнем возрасте болел бронхитом. Травм и операций не было. Курит (1/2 пачки в день), алкоголем не злоупотребляет. Аллергических заболеваний, непереносимости пищевых, лекарственных веществ не выявлено. Гемотрансфузий не было. На диспансерном учете по поводу каких-либо заболеваний не состоит. Эпидемиологическое окружение благополучное, в контакте с инфекционными больными не был.

Объективный статус: Состояние при поступлении средней тяжести. Больной нормального телосложения, рост 170 см, масса тела 68 кг. Кожные покровы обычной окраски, herpes labialis. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет.

Мышечная система: тонус нормальный активные и пассивные движений в полном объеме. При пальпации различных групп мышц болезненности не выявляется. Дыхательная система: носовое дыхание свободное, ЧДД=21 в минуту. Правая половина грудной клетки отстает от противоположной в акте дыхания. Пальпация грудной клетки безболезненная. Голосовое дрожание усилено справа ниже угла лопатки. Перкуторно определяется притупление перкуторного звука справа, начиная с угла лопатки, подвижность правого легочного края 1,5см. Высота стояния легких над ключицами 3,5 см, ширина полей Кренига - 5 см. Аускультативно: справа, начиная от угла лопатки дыхание с бронхиальным оттенком, выслушиваются крепитация, влажные мелкопузырчатые и сухие хрипы.

Сердечно - сосудистая система: область сердца не изменена, верхушечный толчок пальпируется в 5 м/реберье по среднеключичной линии, ограниченный, умеренной силы и резистентности. Перкуторно: правая граница относительной сердечной тупости находится по правому краю грудины, левая - на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии в 5 м/реберье, верхняя - на уровне 3 ребра. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС - 100 ударов в минуту, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, симметричный. АД 110/70 мм.рт.ст. Органы пищеварения: слизистая губ, рта бледная, чистая. Десны не изменены. Зев не гиперемирован, миндалины нормальные. Язык влажный, слегка обложен у корня белым налетом. Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания, при пальпации безболезненный. Печень пальпаторно не выступает из-под края реберной дуги, размеры по Курлову 9х8х7 см. Селезенка не пальпируется.

Параклинические исследования: рентгенологическое исследование грудной клетки: на рентгенограмме, выполненной в прямой проекции определяется инфильтрация легочной ткани, занимающая всю нижнюю долю правого легкого. Корень уплотнен, диафрагма четкая. Сердце и аорта в пределах нормы.

Общий анализ крови: Э - 4,1 т/л, НБ - 132 г/л, ЦП - 0,9, L - 15,6 г/л, палочко-ядерные -20%, сегментоядерные-50%, эозинофилы-1%, лимфоциты -19%, моноциты 10%. СОЭ -26 мм/ч.

Общий анализ мокроты: слизисто-гнойная, вязкая, содержит много нейтрофильных лейкоцитов, единичные эритроциты, эпителиальные клетки.

ВОПРОСЫ:

1. Назовите ведущие клинические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимы для установления этиологии заболевания и исключения синдромов сходных заболеваний?
4. Наметьте план лечения.
5. Перечислите возможные осложнения заболевания.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 17.

1. Интоксикационный:
 - инфильтрации легочной ткани;
 - бронхообструктивный;
 - лихорадочный;
2. Внебольничная правосторонняя н/долевая пневмония, средней тяжести, осложненная бронхообструктивным синдромом.
3. Посев мокроты на стерильность, с последующим определением чувствительности к антибиотикам, исследование мокроты на ВК и АК рентгенологическое исследование грудной клетки в двух проекциях прямой и боковой; ЭКГ;
 4. 1) постельный режим весь лихорадочный период; обильное питье;
 - 2) антибактериальная терапия: при внебольничных пневмониях препаратами выбора являются пенициллины, в том числе с клавулановой кислотой, макролиды и цефалоспорины 1 и чаще 2 поколения;
 - 3) при повышении температуры тела >38-40 °С целесообразно кратковременное применение НПВС;
 - 4) в качестве противокашлевого и одновременно противовоспалительного средства целесообразно использовать эrespал, сироп или таблетки, глауцин, либексин, тусупрекс;
 - 5) с целью купирования бронхообструктивного синдрома наиболее часто используют эуфиллин, в последние годы появились ингибиторы фосфодистеразы пролонгированного действия (теопек, теотард);
 - 6) для восстановления дренажной функции бронхов назначают отхаркивающие средства и муколитики, когда кашель становится "влажным" (раствор калия йодида, корень алтея, мукалтин, бромгексин);
 - 7) антиоксиданты, витамины per os, физио-терапевтическое лечение.
5. Легочные осложнения: параневмонический плеврит, эмпиема плевры, абсцесс и гангрена легкого, множественная деструкция легких, бронхообструктивный синдром. ОПН. Внелегочные осложнения:
 - инфекционно-токсический шок;
 - острое легочное сердце;
 - менингит,
 - токсический гепатит;
 - острый гломерулонефрит;

- ДВС крови;
- психозы.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 18.

К участковому терапевту обратилась женщина в возрасте 32 лет с жалобами на раздражительность, чувство давления в области шеи, ощущения сердцебиения, перебоев в работе сердца, чувство жара, потливость, снижение работоспособности, стул 2 раза в сутки часто неоформленный.

Анамнез болезни: считает себя больной около года, в течение которого отмечает постепенное усиление выраженности симптомов. За последние месяцы похудела на 6-7 кг, несмотря на хороший аппетит. За медицинской помощью по поводу настоящего заболевания обратилась впервые.

Анамнез жизни: Кроме детских болезней перенесла пневмонию в 29 и 31-летнем возрасте. Другие болезни отрицает. В течение последнего года значительно снизилось либидо. Беременностей 3, абортов 2, роды 1, ребенок здоров. Аллергологический анамнез не отягощен. Мать больной страдает сахарным диабетом, мерцательной аритмией, отец перенес операцию по поводу рака пищевода.

Объективный статус: Общее состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное, эмоционально лабильна, суетлива речь ускорена. Кожные покровы обычной окраски, горячие, влажные. Тремор пальцев вытянутых рук. Пониженного питания, индекс Кетле - 17,4 кг/м² щитовидная железа равномерно увеличена до 11 степени, при пальпации мягкая. Симптомы Грефе, Кохера, Штельвага и Мебиуса положительные В легких везикулярное дыхание. Частота дыхания - 20 в 1 мин. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1,5 см и вправо на 1 см. Тоны сердца звучные, ритм правильный, ЧСС - 106 в 1 мин. АД - 140 и 70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Размеры печени по Курлову 11х9х8 см. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный. Диурез не нарушен. Отеков нет.

Параклинические показатели:

Общий анализ крови: Эр - 3,4 *10¹²/л; Нб - 103 г/л; ЦП - 0,9; Л - 4,5 *10⁹/л, П - 3%, М - 2%, Э - 4%, С - 62%, Л - 29%; СОЭ - 10 мм/час.

Общий анализ мочи - без патологии. Биохимический анализ крови: белок общий - 63 г/л, альбумины - 55%, глобулины - 45%, холестерин общий - 3,3 ммоль/л, глюкоза - 5,9 ммоль/л. ЭКГ заключение. Синусовая тахикардия 100 в 1 мин. Вертикальное положение эл. оси. Умеренно выраженные диффузные изменения миокарда. УЗИ щитовидной железы. На фоне диффузного увеличения железы визуализируются два гиперэхогенных образования в левой доле размерами 7х5 и 5х4 мм. Исследование крови на гормоны - 0,17 МЕД/л, Тз - 55,3 нмоль/л, /4 - 149 нмоль/л.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Можно ли объяснить изменения в анализах крови наличием этого заболевания?
3. Перечислите круг основных заболеваний для дифференциальной диагностики.
4. Предложите дополнительные методы исследования с учетом обнаружения новообразований в щитовидной железе.
5. Назначьте медикаментозную терапию выявленного заболевания.
6. Каковы объективные методы контроля эффективности лечения?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 18.

1. Диффузно – узловой токсический зоб средней степени тяжести.
2. Умеренная гипохромная анемия, гипопротеинемия, гипоальбуминемия, гипохолестеринемия, гипергликемия встречаются при токсическом зобе. Снижение уровня ТТГ при одновременном повышении уровней Т3 Т4 типично для тиреотоксикоза.
3. Токсическая аденома щитовидной железы, рак щитовидной железы, нейроциркуляторная дистония.
4. Определение в крови тиреостимулирующих иммуноглобулинов, радиоизотопное сканирование щитовидной железы, пункционная биопсия узлов щитовидной железы с микроскопией.
5. Тиреостатический препарат - мерказолил 0,005 г по 2 таб. 3-4 раза в день 2-4 недели и более. С момента наступления эутиреоза доза мерказолила постепенно снижается, примерно на 5 мг каждую неделю, до поддерживающей - 2,5-10 мг/сутки, которая применяется до 1-1,5 лет.
6. Для уменьшения зобогенного эффекта тиреостатика - таблетки "Микройод" по 1 таб. 2-3 раза в день курсами по 20 дней с 10-20 дневными перерывами. Бета-адреноблокаторы, например, пропранолол по 40-160 мг/сутки внутрь в 3-4 приема.
7. Исследование крови на ТТГ, Т3, Т4, УЗИ щитовидной железы, РИИ щитовидной железы, нормализация частоты сердечных сокращений и клинических проявлений.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 19.

Больной М., 24 лет, токарь, поступил в клинику с жалобами на резкую общую слабость, головную боль, одышку, отеки лица и голеней, уменьшение количества и изменение цвета мочи.

Анамнез болезни: в течение нескольких дней «болело горло», повышалась температура тела до 37,8° С, больной продолжал работать, лечился содовыми полосканиями утром и вечером, через 2 недели стал замечать по утрам припухлость век появились головные боли, два дня назад отеки распространились на все лицо, нижние конечности, появилась одышка, одновременно уменьшилось количество мочи до 500 мл/сутки, которая имела вид «мясных помоев».

Анамнез жизни: родился вторым ребенком в срок, в детстве перенес корь, скарлатину, эпидемический паротит, последние два года частые ангины, работа связана с переохлаждением, сквозняками.

Объективный статус: кожные покровы бледные, лицо одутловатое, отеки подкожно-жировой клетчатки живота, поясничной области, голеней, стоп. Пульс 60 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжен. Границы сердца: правая – 0,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя -. III ребро, левая - 0,5 см кнаружи от левой средне-ключичной линии, тоны приглушены, ритмичные, небольшой акцент II тона над аортой. АД- 180/110.мм рт. ст., пульс 80 ударов в 1 минуту, ритмичный, напряжен. Частота дыханий 26 в 1 минуту. При перкуссии легких - в нижних отделах с обеих сторон укорочение перкуторного звука, при аускультации легких в верхних отделах - жесткое дыхание, в нижних - на фоне ослабленного дыхания выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Живот правильной формы, симметричный, обе его половины равномерно участвуют в акте дыхания, поверхностная и глубокая пальпация живота безболезненная, печень выступает из-под края реберной дуги по правой средишнo-ключичной линии на 2 см, край закруглен, поверхность гладкая, размеры печени 12x11x10 см по Курлову, селезенка не пальпируется, размеры ее 8x6 см, при перкуссии боковых отделов живота перкуторный звук тупой, пальпация поясничной области безболезненная, почки не пальпируются.

Параклинические показатели:

Общий анализ мочи: цвет красно-бурый, мутная, реакция резко кислая, плотность - 1,028, белок - 4 г/л, лейкоциты 4-6 в поле зрения, эритроциты 80-100 и более в поле зрения, большей частью измененные, цилиндры гиалиновые 1-2-3 п/зр, зернистые 2-3 в поле зрения.

Общий анализ крови: эр.- 3,8 т/л, НБ -90 г/л, цветовой показатель - 0,8, лейкоц. - 4 г/л, палочкоядерные - 4%, сегментоядерные -57%, эозин. - 1%, моноциты - 7%, лимфоц. -31%, тромбоциты - 312г/л, СОЭ- 20 мм/час.

ВОПРОСЫ:

1. Назовите ведущие клинические синдромы.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования лабораторные и инструментальные необходимы для подтверждения Вашего диагноза? Обоснуйте целесообразность их назначения и ожидаемые результаты?
4. Наметьте план лечения.
5. Возможные исходы заболевания, осложнения.
6. Определите прогноз заболевания в данном случае, рекомендации при выписке из стационара.
7. Профилактика заболевания.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 19.

1. отечный (нефротический);
 - гипертонический;
 - мочево́й;
 - недостаточности кровообращения.
2. Острый Диффузный гломерулонефрит (развернутая клиническая стадия),
3. Общий анализ крови (возможны умеренный лейкоцитоз, ускоренная СОЭ, как проявление перенесенной инфекции, анемия - за счет «разведения» крови, биохимические показатели крови: креатинин, мочеви́на - возможно их повышение, как проявление ОПН, холестерин, липиды, белковый спектр крови - возможны гиперхолестеринемия, гиперлипидемия, гипопро́теинемия - как проявление нефротического синдрома, с - реактивный протеин, титры АСЛ-О, комплемента; последний должен определяться повторно, так как при благоприятном течении заболевания он повышается до нормального уровня к концу месяца от начала заболевания, а при хронизации процесса остается сниженным. Электролиты крови К⁺, проба Реберга-Тареева - снижение клубочковой фильтрации, исследование глазного дна, ЭКГ.
4. Постельный режим, диета с резким ограничением соли, жидкости, форсирование диуреза внутривенным введением лазикса, гипотензивные препараты, комбинированное лечение иммунодепрессантами, гепарином и антиагрегантами, антибиотиками в течение 7-10 дней.
5. Выздоровление (60-65%), переход в хроническую форму. Эклампсия, острая левожелудочковая недостаточность, острая почечная недостаточность.
6. Эффективное лечение очаговой инфекции, в целях своевременного выявления начала болезни после вакцинации, перенесенных острых респираторных инфекций у всех больных обязательно исследовать общий анализ мочи.
7. Профилактика острого гломерулонефрита сводится к:

- а) эффективному лечению очаговой инфекции, в частности, хронического тонзилита с рецидивирующими обструкциями;
- б) рациональному закаливанию;
- в) в случае острых респираторных инфекций, а также после вакцинации обязательно исследовать мочу для своевременного выявления начала болезни.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 20.

Больная В., 24 лет, студентка, обратилась в поликлинику по месту-жительства с жалобами на повышение температуры тела до 38° выраженную потливость, кожный зуд, непродуктивный кашель, общую, слабость, увеличение лимфатических узлов.

Анамнез заболевания: считает себя больной в течение 1 месяца. Начало заболевания расценила как ОРЗ: появились слабость, кашель, потливость, повысилась температура. Принимала жаропонижающие, отхаркивающие препараты, на грудную клетку ставила горчичники. После появления припухлости на передней поверхности шеи по совету подруги делала согревающие компрессы, принимала ровомицин в течение 5 дней. Появление кожного зуда расценила как аллергическую реакцию на антибиотик. В течение 1 месяца похудела на 6 кг (при исходном весе 60 кг). Состояние на фоне проводимой терапии не улучшилось, в связи с чем обратилась к участковому терапевту.

Анамнез жизни: родилась в срок, в детстве перенесла паротит и краснуху, развивалась соответственно возрасту, училась хорошо. Курит с 20 лет. Месячные обильные первые два дня, болезненные. Аллергологический анамнез не отягощен. Мать здорова, отец умер 20 лет тому назад от какого-то онкологического заболевания.

Объективный статус: кожные покровы бледные, влажные, следы расчесов на животе и голенях, $t = 38,5^{\circ}\text{C}$. Зев не гиперемирован. Вдоль m. Sternocleidomastoideus спереди, и в надключичной области справа пальпируются плотные, не спаянные друг с другом, подвижные лимфатические узлы 2х2,5 см, 3х2,5 см, кожа над ними не изменена. В легких везикулярное ослабленное дыхание ЧДД = 22. Размеры относительной тупости сердца: левая - 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, правая - 1 см кнаружи от парастеральной линии, верхняя - III ребро. Ширина сосудистого пучка - 10 см. Тоны сердца громкие, мелодия правильная. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Размер печени по Курлову 9х8х7 см. Селезенка 8х5 см.

Параклинические показатели:

В условиях поликлиники были выполнены ОАК, коагулограмма и флюорография органов грудной клетки.

ОАК: СОЭ - 56 мм/ч; Эр - 2,8 т/л; Нв - 96 г/л; Тромбоц. - 420 г/л; Лейк. - 12,3 г/л; Эоз. - 6 %, Сегм. - 78%, Л - 7%, Лимф. - 5 %, Мон.-4%. Фибриноген крови - 7,5 г/л. На ФГ определяется расширение тени средостения за счет увеличения медиастинальных лимфатических узлов. В условиях онкологического диспансера выполнена биопсия 2 лимфатических узлов из надключичной области: в обоих узлах признаки нодулярного склероза, обнаружены клетки Березовского - Штернберга.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Приведите современную клиническую классификацию (по стадиям).
3. Какой признак является определяющим при верификации диагноза.
4. Какие изменения в ОАК, характерны для данного заболевания.
5. Показано ли в данном случае проведение медиастиноскопии, обоснуйте свой ответ.

6. Какие органы, не относящиеся к лимфатической системе, поражаются при IV стадии этого заболевания.
7. Какие виды терапии применяют при лечении этого заболевания.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 20.

1. Лимфогранулематоз II Б стадия, нодулярный склероз.
2. Клиническая классификация.

Стадия I – локальные формы заболевания: поражение 1 или 2 смежных групп л/у, расположенных по одну сторону диафрагмы.

Стадия II – Регионарные формы заболевания: поражение 2 или более групп л/у, несмежных групп, расположенных по одну сторону диафрагмы, возможно вовлечение в процесс селезенки.

Стадия III – Генерализованные формы заболевания: поражение 2 и более групп л/у, расположенных по обе стороны диафрагмы; возможно вовлечение в процесс селезенки или очаговое поражение любого экстранодального органа.

Стадия VI – Диссеминированные формы заболевания: поражение органов (печень, кожа, легкие, плевра, кости, костный мозг), которое сочетается с увеличением л/у различной локализации или протекает без него. В диагнозе отражается: наличие (Б) или отсутствие (А) признаков общей интоксикации: лихорадка выше 38,0 С, профузные поты, похудание (потеря 10% массы тела за короткий срок); наличие (б) и отсутствие (а) биологических признаков активности: повышение СОЭ (более 30 мм/ч), гиперфибриногенемия (более 5,0 г/л), гипер – у – глобуленемия (>1,0 %), гипергаптоглобинемия (1,5 г/л), гипер – церулоплазминемия (>185 г/л).

3. Обнаружение при биопсии или в пункте клеток Березовского – Штернберга.

4. Повышение СОЭ, анемия, тромбоцитоз, лейкоцитоз, эозинофилия, абсолютная лимфопения в ОАК.

5. При увеличении л/у верхнего отдела переднего средостения перед проведением лучевой терапии необходимо уточнить их гистологическое строение (наличие клеток Березовского – Штернберга) методом медиастиноскопии.

6. Химиотерапия, лучевая терапия, хирургическое лечение.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 21.

Больной Л., 30 лет, поступил в приемное отделение больницы скорой медицинской помощи с жалобами на интенсивные головные боли, снижение зрения, "туман" перед глазами, головокружение, одышку, сухой кашель, сердцебиение, выраженную слабость, боли в костях, тошноту, частое мочеиспускание в ночные часы.

Анамнез заболевания: Со слов больного, 2 года назад перенес рожистое воспаление кожи левой голени, лечился амбулаторно пенициллином, поливитаминами. Впоследствии сохранялась легкая слабость. Месяц спустя при "случайном" медицинском осмотре (прохождение медкомиссии при поступлении на работу) у больного выявлена небольшая протеинурия (0,8 г/сут). Состояние больного оставалось удовлетворительным, жалоб не предъявлял. Вел привычный образ жизни. В дальнейшем к врачу не обращался. В течение последнего года стал замечать появление головных болей, повышение АД до 160/100 мм рт.ст. (адаптирован к АД 130/80 мм рт.ст.), снижение работоспособности, периорбитальные отеки по утрам, что связывал с физическим и психоэмоциональным переутомлением на работе. Настоящее ухудшение состояния в течение последнего месяца в виде стойкого повышения АД до 190/120 мм рт.ст., снижения зрения, нарастания отечности лица и конечностей, появления одышки и сердцебиений. Сегодня утром

почувствовал сильную головную боль и нарастание одышки, усиливавшуюся в горизонтальном положении и сопровождающуюся сухим кашлем на фоне повышения АД до 200/130 мм рт.ст. Вызванная бригада скорой медицинской помощи доставила больного в приемное отделение больницы.

Анамнез жизни: Родился от 3-й беременности. В детстве рос и развивался соответственно возрасту и полу. Из детских инфекций перенес корь, паротит, частые ангины. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез - мать больного страдает гипертонической болезнью, перенесла инфаркт миокарда. Профессиональный анамнез - работает водителем автобуса, часто находится в длительных командировках.

Объективный статус: состояние средней тяжести. В сознании. Пониженное питание. Кожный покров бледный, сухой; подкожные сливные кровоизлияния ("синяки"). Пастозность лица, кистей рук умеренные отеки голеней и стоп. В легких: притупление перкуторного звука в нижних отделах с обеих сторон; аускультативно - везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах с обеих сторон, там же выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД=28 в минуту. Верхушечный толчок в V м/р слева, разлитой, резистентный. Границы относительной тупости сердца: левая - на 1 см кнаружи от левой средне-ключичной линии, верхняя: II межреберье слева, правая - в IV м/р по правому краю грудины. Аускультативно. I тон на верхушке ослаблен, акцент II тона на аорте. Систолический шум на верхушке, иррадиирующий в левую аксиллярную область. АД 200/130 мм рт. ст.) Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у реберного края, ее размеры по Курлову 9x8x7 см. Селезенка не пальпируется.

Параклинические показатели: ОАК- Эр.-3,2 г/л, Нв-98 г/л, Гематокрит- 0,29. Лейкоциты-9,5 г/л, п-5%, с-68%, л-20%, м-7%. СОЭ -30 мм/ч. Глюкоза крови =5,6 ммоль/л. Мочевина-16,8 ммоль/л. Креатинин- 0,620 ммоль/л (620 мкмоль/л). Общий билирубин-18,2 ммоль/л. АЛТ-0,5 ммоль/л, АСТ- 0,3 ммоль/л. ОАМ - сол./желт., рН - нейтр., отн. плотн. 1008, белок- 1,8 г/л. Микроскопия осадка: эпителий - 6-8 в п/зр., лейкоциты - 6-10-12 в п/зр., эритроциты измененные - 35-40 в п/зр, цилиндры: гиалиновые - 6-8 в п/зр., зернистые-8-10 в п/зр. Проба Реберга-Тареева- клубочковая фильтрация 30 мл/мин, канальцевая реабсорбция -92%. ЭКГ-синусовый ритм, 82 в мин. Горизонтальное положение эл. оси сердца. Уплотнение зубца Т во всех отведениях. Гипертрофия левого желудочка. Р-графия органов грудной клетки - признаки венозного застоя в малом круге кровообращения, расширение левых границ сердца.

ВОПРОСЫ:

1. Выделите клинические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Перечислите клинико-патогенетические формы данного заболевания.
4. Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимы для верификации клинического диагноза?
5. Нуждается ли больной в неотложной помощи? Если да, то в чем она заключается?
6. Укажите какие осложнения характерны при предполагаемом заболевании.
7. Назовите механизм развития артериальной гипертонии при данном заболевании.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 21.

1. Острой левожелудочковой недостаточности;
 - Артериальной гипертонии;

- Кардиомегалии;
- Отечный;
- Анемический;
- Мочевой (протеинурия, микрогематурия, цилиндрuria, гемостенурия);
- Хронической почечной недостаточности.

2. Хронический гломерулонефрит, гипертоническая форма, фаза обострения. Симптоматическая артериальная гипертония. Криз, осложненный острой левожелудочковой недостаточностью. Хроническая почечная недостаточность II стадия по Рябову и Бондаренко.

3. Латентная, нефротическая, гипертоническая, гематурическая, смешанная.

4. Лабораторные: общий белок и фракции (диспротеинемия), белки острой фазы, электролиты крови, липиды крови, моча по Ничипоренко, моча по Зимницкому, Узи почек, биопсия почек.

5. Нуждается в проведении мероприятий по купированию явлений острой левожелудочковой недостаточности. В/в наркотические анальгетики (морфин, промедол), лазикс 60 – 80 мг, нитропруссид натрия (нитроглицерин в/в).

6. Осложнения: со стороны почек – ХПН, уремия; со стороны сердечно – сосудистой системы – острая левожелудочковая недостаточность, инфаркт миокарда, инсульт.

7. Артериальная гипертония в данном случае носит симптоматический (вторичный) характер, ее механизм – активация РААС (ренин – ангиотензин – альдостероновой системы).

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 22.

Больная Л. 46 лет. Поступила в пульмонологическое отделение с жалобами на высокую лихорадку (t-38-39 С) с ознобами, сухой кашель. Боли в левом подреберье, левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, кашле, тошноту, снижение аппетита, послабление стула (кашецеобразный до 3-4 раз в сутки).

Анамнез болезни: Заболела остро 5 дней назад. Отмечала день рождения, ела много жирной, острой пищи, пила крепкие напитки. Имел место фактор переохлаждения (выходила на балкон). На следующий день почувствовала недомогание, боли в левом подреберье, вздутие живота, тошноту, дважды была рвота. Больная расценила это как пищевое отравление, сделала промывание желудка, пила минеральную воду, голодала. Состояние не улучшалось, тошнота, рвота (на прием воды) сохранялись. К вечеру появился озноб, поднялась температура боли распространились вверх, охватывая весь левый бок, стало трудно дышать, появилось покашливание. Вызвала скорую помощь, была диагностирована левосторонняя пневмония, назначены антибиотики. На следующий день был вызван участковый врач, который подтвердил диагноз. Была сделана рентгенограмма, на которой обнаружен выпот в плевральной полости. Больная была направлена в стационар.

Анамнез жизни: Из анамнеза обращало внимание указание на то, что 3 года назад больная перенесла эпизод тяжелого острого панкреатита с желтухой, лечилась в хирургическом, гастроэнтерологическом отделениях. Тогда же был обнаружен крупный камень в желчном пузыре, предложена операция, от которой больная отказалась. После выздоровления стала придерживаться диеты, дважды прошла санаторно-курортное лечение, чувствовала себя хорошо.

Объективный статус: Состояние больной тяжелое. Держится фебрильная лихорадка. Истеричность склер. Левая половина грудной клетки отстаёт при дыхании.

Перкуторно легочной звук притуплён слева в подлопаточной области с ослаблением голосового дрожания и бронхофонки соответственно. При аускультации в этой области дыхание отсутствует, над остальными участками легких везикулярное. Границы сердца в пределах нормы. Тоны приглушены, ритмичные, тахисистолия. Язык влажный, густо обложен белым налетом, отпечатки зубов на боковых поверхностях. На коже груди и живота «рубиновые капельки». Живот умеренно вздут, при пальпации – выраженная болезненность в верхней половине живота, особенно - в зоне Шоффара. Печень 10х10х8 см по Курлову, выступает из-под ребра на 1,5 см, умеренно болезненна при пальпации, симптом Ортнера слабо положителен. Селезенка не пальпируется. Признаков раздражения брюшины нет.

Параклинические показатели:

ОАК: Эр-4,3 т/л, Нв-130 г/л, Ц.П.-0,8, Л-13,9 г/л, Э-2%, П-18%, С-60%, Л-14%, М-6%, СОЭ-44 мм/час.

ОАМ: лейкоциты до 2-3 в п/зр, белок-0,33 г/л.

БАК: Общий белок - 78 г/л, А/Г коэф. - 2,2. Общий билирубин -38 мкмоль/л, прямой - 28 мкмоль/л. АСТ - 28 ед. АЛТ - 32 ед. ЩФ – 128 ед. Холестерин - 6,7 ммоль/л, СРВ - 55 ед, амилаза - 420 ед, глюкоза 5,8 ммоль/л.

УЗИ брюшной полости: печень расположена в типичном месте, размеры органа не увеличены. Эхоструктура диффузно повышенной эхогенности. Желчный пузырь не изменен, толщина стенки 3-4 мм, в просвете определяется конкремент диаметром 15-20 мм. Селезенка не увеличена. Поджелудочная железа с нечетким контуром, размеры увеличены, неравномерно гиперэхогенна.

Рентгенография грудной клетки: Легочные поля без инфильтративных изменений, корни структурны. В левой плевральной полости выпот до 8 ребра. Небольшое количество жидкости в правом синусе. Сердце, аорта без особенностей.

ВОПРОСЫ:

1. Выделить основные клинические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте.
3. С какими заболеваниями по болевому синдрому необходимо провести дифференциальный диагноз. Проведите с одним из них.
4. Какие обследования необходимо сделать для подтверждения предполагаемого диагноза.
5. Ваша тактика ведения больной и лечебные мероприятия.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 22.

1. Синдромы:

- Болевой;
- Диспептический;
- Воспаления (лихорадочный);
- Скопление жидкости в плевральной полости;
- Феномен “уклонения панкреатических ферментов”;
- Билиарный калькулез по (УЗИ).

2. Предполагаемый диагноз:

Хронический обструктивный панкреатит, обострение, тяжелая форма, холестаз. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит.

Осложнение: вторичный ферментативный плеврит.

Диагноз подтверждается анамнезом (три года назад перенесла острый панкреатит с холестазом), клиническими синдромами (см. п. 1.), данными объективного и параклинического обследования.

3. Дифференциальный диагноз по болевому синдрому (без данных дополнительного обследования) необходимо было проводить с левосторонней пневмонией, экссудативным плевритом, язвенной болезнью, “острым животом” (непроходимость кишечника), абдоминальной формой инфаркта миокарда.

4. Дообследование:

- Плевральная пункция с исследованием жидкости на содержание панкреатических ферментов;

- ЭКГ;

- Обзорный снимок брюшной полости;

- Панкреатические ферменты в сыворотке крови (динамика в процессе лечения);

- ФГДС, рентгенологическое исследование желудка и 12 п. Кишки.

- Биохимия крови: АСТ, АЛТ, КФК, ЛДГ;

- Копроцитограмма;

- РХПГ.

5. 1) В остром периоде основная задача - снижение внешнесекреторной функции поджелуд. Железы: голод, аспирация желудочного содержимого; подавление секреторной ф-ции жел.(блокаторы H2-рецепторов, гистамина, холинолитики); антациды.

2) Введение антиферментных преп-ов (контрикал, апротинин, гордокс и др.) - под контролем содержания ферментов (амилазы) в крови, моче.

3) Инфузионная тер. не менее 3 л/сут (глюкоза, электролиты, альбумин, плазма) под контролем гемодинамических показателей.

4) АБ терапия (антибиотики широкого спектра).

5) Симптоматическое лечение (анальгетики, спазмолит, мотилиум, церукал и др.

6) При стабилизации состояния и расширении диеты - ферментные препараты.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 23.

Больной С, 42 лет был госпитализирован в реанимационное отделение по Экстренным показаниям. Жалобы на боли в эпигастральной области, в правом подреберье, боли постоянные, жгучие, без иррадиации, на тошноту, частую рвоту, задержку стула, судороги в мышцах конечностей выраженную слабость. Жалобы на боли в эпигастральной области, в правом подреберье, боли постоянные, жгучие, без иррадиации, на тошноту, частую рвоту, задержку стула, судороги в мышцах конечностей, выраженную слабость.

Анамнез болезни: Со слов жены, заболел остро, с неделю назад после приема алкоголя появились резкие боли в животе, тошнота, рвота. В течение недели принимал соду, которая первоначально снимала боль, но рвота сохранялась, нарастала. Больной категорически отказывался от медицинской помощи и в течение недели облегчал состояние приемом соды, минеральной воды, но-шпы. Состояние не улучшилось. Нарастала слабость, появились судороги. Родственники вызвали скорую помощь, которой был доставлен в стационар.

Анамнез жизни: Установлено, что у больного на протяжении нескольких лет в весенние месяцы отмечалось обострение болезни в виде выраженных болей в животе, тошноты, рвоты. Больной к врачам не обращался, не обследовался, лечился сам приемами соды, трав. Состояние улучшалось через 2 недели, боли купировались. Больной -

многолетний курильщик, употребляет алкоголь. Работает шофером в нефтеразведке, по работе имеет частые командировки.

Объективное обследование: общее состояние больного тяжелое, заторможен, вял. Питание снижено отмечается гипотермия. Кожные покровы сухие легко, собираются в складку. Цвет кожных покровов бледный с сероватым оттенком. Органы дыхания без патологии. Границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены, частые экстрасистолы АД 80/50 мм рт. ст. Язык сухой, густо обложен коричневым, налетом. Живот запавший, при пальпации отмечается болезненность в правой половине эпигастрия, положительный в этой зоне с. Менделя. Печень, селезенка не увеличены. Пальпаторные симптомы на холецистит - отрицательные.

Параклинические показатели:

ОАК: Эр-5,2 т/л, Нв-160 г/л, Л-12 г/л, Э-4%, П-7%, С-72%, Л-12%, М-6%. ОАМ: уд. вес-1029, белок-0,33 г/л, гиалиновые цилиндры до 3 в п/з. БАК: Общий белок-76 г/л, альбумины-66%, глобулины-34%. Общий билирубин-24 мкмоль/л, АЛТ-46 ед, АСТ-50ед, Глюкоза-5,7ммоль/л. Калий 5,7 ммоль, креатинин-180 мкмоль/л, Мочевина-8,8ммоль/л, натрий-110 ммоль/л, хлор-90 ммоль/л, Холестерин-6,8 ммоль/л. УЗИ органов брюшной полости: Размеры печени не увеличены, диффузная гиперэхогенность. Селезенка без особенностей. Поджелудочная железа не увеличена, отмечается неоднородная гиперэхогенность.

ВОПРОСЫ:

1. Выделите основные клинические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Укажите какие осложнения характерны при предполагаемом заболевании.
4. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза.
5. Ваша тактика ведения данного больного.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 23.

1. Основные синдромы: болевой, диспептический, аритмический, электролитных нарушений (гипо - хлоремия, гипоНаемия), обезвоженность, судорожный, мочевого.

2. Предполагаемый диагноз: ЯБ, пилородоуденальная локализация язвы, фаза обострения, тяжелое течение. Рубцово – язвенный пилоростеноз, гипохлоремия, гипонатриемия. Диагноз подтверждает анамнез (на протяжении нескольких лет у больного были сезонные боли в эпигастрии, рвота, купирующиеся антацидами. Настоящее обострение проявлялось длительной рвотой в течение недели, что привело к обезвоживанию и электролитным нарушениям – признак характерный для осложнения ЯБ- пилоростеноза. Электролитные нарушения явились причиной судорожного и аритмического синдромов.

3. Осложнения ЯБ: пилоростеноз, кр/теч, пенетрация, перфорация, малигнизация.

4. ФГДС, рентгеноконтрастные исследования ЖКТ, кал на скрытую кровь, ЭКГ, Уровень Са, мочевины крови.

5. Тактика ведения больного:

- Наблюдение в условиях РАО,
- Стабилизация электролитных расстройств (гипертонический раствор хлорида натрия, физ. раствор),
- Инфузионная тер (глюкоза, альбумин, протеин и др.),
- Противоязвенная терапия,

- Консультат. Хирурга – решение вопроса об оперативной коррекции.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 24.

Больная М., 36 лет, поступила в стационар по направлению поликлиники с жалобами на желтизну кожных покровов, постоянную тяжесть в правом подреберье, усиливающуюся после незначительной физической нагрузки, боли в мышцах, неприятный вкус пищевых продуктов, тошноту, после приема жирной жареной пищи, слабость, утомляемость, сердцебиение при физической нагрузке, головокружение, особенно в душном помещении, повышение температуры тела до 37,2С°, раздражительность.

Анамнез заболевания: связывает свое заболевание с перенесенным 3 недели назад ОРВИ. Ранее желтухой не болела, как и близкие родственники, проживающие совместно. Отмстила, что тяжесть в правом подреберье, тошнота, слабость, головокружения, раздражительность возникали эпизодически последние 2-3 года, их выраженность была незначительной, трудоспособность больной значимо не ограничивали, проходили самостоятельно.

Анамнез жизни: в анамнезе - детские инфекции: ветряная оспа, корь; аппендэктомия в возрасте 20 лет. Беременность в возрасте 22 лет, протекала без осложнений. Роды одни. Отмечает гемотрансфузию 13 лет назад ввиду «тяжелых» родов. Вредные привычки категорически отрицает. Аллергологический анамнез, со слов больной, не отягощен. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Работает учителем начальных классов.

Объективный статус: состояние средней тяжести. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Рост 168см, вес 64 кг. Кожа и слизистые истеричны, чистые. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Молочные железы без уплотнений. Над легкими ясный перкуторный звук, дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается, ЧД 18 в минуту. Тоны сердца ритмичны, ясные, выслушивается нежный систолический шум на верхушке, ЧСС 88 в минуту. Пульс удовлетворительных качеств, АД 105/70 мм.рт.ст. Живот правильной формы, симметричен, участвует в акте дыхания, в правой подвздошной области имеется послеоперационный рубец. Пальпаторно живот мягкий, чувствителен в правом подреберье. Размеры печени по Курлову 14х13х10 см, край заострен, чувствителен, плотноват, на 5 см выступает из – под края реберной дуги. Симптомы Грекова-Ортнера, Мюсси-Георгиевского отрицательны. Размеры селезенки 12х12см по Курлову. Область почек визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Периферических отеков нет.

Параклинические показатели:

В поликлинике произведены общий анализ крови: эритроциты 3,0 Т/Л, Нв 82 г/л, ЦП –0,76, лейкоциты 4,5 г/л, эоз 2%, палоч 4%, сегм 68%, лимф 21%, мон 5%, СОЭ 23 мм/час, тромбоциты - 120 г/л.,общий билирубин 84 мкмоль/л, конъюгированный 37 мкмоль/л, мочевины 6.5 ммоль/л, креатинин 94 мкмоль/л, АСТ - 80 Ед, АЛТ- 240 Ед.

ОАМ -цвет насыщенный, относ. Плот. 1,018, эр. - 1-2 в п/зр., лейкоц.- 3-3 в п/зр., билирубин. ЭКГ: нормальное положение электрической оси сердца, синусовый Правильный ритм, 88 в минуту. Признаки гипоксии миокарда. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки патологии не выявлено.

ВОПРОСЫ:

1. Выделите синдромы.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Укажите методы верификации диагноза.

4. Наиболее вероятный, на Ваш взгляд, генез анемии.
5. Современные методы лечения данной патологии. Длительность и эффективность лечения.
6. Возможные исходы заболевания.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 24.

1. Системы: гепато-спленомегалии; желтухи; диспептич; циркуляторно-гипоксический (гипотензия, тахи, слабость, головокружение, систолич, шум, анемия); лихорадочный; астеновегетативный.

2. Хр. ВГ (возможно С), умеренная степень акт-сти. Гипохромная анемия средней степени тяжести.

3. Определить акт-сть щелочной фосфатазы, общий белок и фракции, сывороточное железо, железо-связывающая способность сыворотки, УЗИ печ, желчного пузыря, ПЖ, пункционная биопсия печени, маркеры вирусных гепатитов методом ПЦР. Определить возможный источник кровопотери. Консультация гинеколога (самая частая причина у женщин до 40 лет), исключить кр/теч из ЖКТ (геморрой).

4. Генез анемии может иметь двоякий характер:

а) результат гипоплазии (начинающейся аплазии) костного мозга, случающийся при гепатите С.

б) проявление гиперспленизма.

Оба варианта имеют право на существование на этом этапе исследования, т.к. у б-ной имеется панцитопения.

5. Если будет подтвержден вирусный генез гепатита применение противовирусной тер. на протяжении 12 мес. Д/лечения железодефицитной анемии препараты Fe внутрь: ферроградумет, фенюльс, тардиферон, сорбифер дурулес 1-2 мес. до достижения Нв 120 г/л, затем поддерж тер. такой же длительности, но в половинной дозе.

6. Возможен исход и цирроз печени, а также гепатоцеллюлярная карцинома.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 25.

Больная 3., 75 лет поступила в терапевтическое отделение с жалобами на общую слабость, недомогание, отсутствие аппетита, тошноту, похудание, тяжесть при дыхании в левой половине грудной клетки, чувство нехватки воздуха, одышку в покое и при небольшой нагрузке, редкий сухой кашель, повышение температуры.

Анамнез заболевания: считает себя больной 3 месяца, когда стала появляться общая слабость, ухудшился аппетит, начала терять в весе. За 2-3 недели до поступления в стационар состояние ухудшилось: появилась тяжесть в грудной клетке слева одышка, периодически повышалась t тела до 37,5 С.

Анамнез жизни: росла и развивалась в соответствии с возрастом, болела редко. Имела 5 беременностей, закончившихся родами. Работала садоводом-декоратором. В возрасте 55 лет болела туберкулезом легких, долго находилась на диспансерном учете (форму туберкулезного процесса не знает). Дети и муж активными формами туберкулеза не болели. Аллергологический анамнез не отягощен. Материальные условия хорошие.

Объективный статус: больная нормального телосложения, умеренного питания. Кожные покровы бледные, чистые; тургор кожи снижен. Периферических отеков нет. ЧДД = 32 в 1 минуту. Отмечается симметрия грудной клетки: выбухание и отставание левой половины грудной клетки при дыхании, Перкуторно: слева притупление перкуторного звука (отмечается в верхних отделах) вплоть до тупого низу. Аускультативно: справа - везикулярное дыхание с жестким оттенком, слева - дыхание

значительно, ослаблено ниже угла лопатки - не выслушивается. Голосовое дрожание и бронхофония не ПРОВОДЯТСЯ. АД = 150/70 мм рт. ст. ЧСС = 120 в 1 минуту. Границы относительной тупости сердца: правая - на 3 см кнаружи от правого края грудины, левая граница четко не определяется, верхняя II ребро. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, тахикардия. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Параклинические показатели:

ОАК: эрит. - 2,8 т/л; Нв - 88 г/л; лейкоц - 11,2 г/л; эоз. - 1%; п - 12%; с - 65%; Л - 15%. № - 7%, СОЭ - 50 мм/час.

ОАМ: уд вес - 1015; белок - abs; эпителий плоский - единично; Лейк - 3-4-5 в п/зр; эритроц. - 0-1-0;

БАК: общ белок - 62 г/л; альбумины - 55%; глобулин - 45%; А/Г = 1,2; билирубин - 20 мкмоль/л; АСТ - 50 ед/л; АЛТ - 40 ед/л; мочевины - 8,0 ммоль/л; креатинин - 0,12 ммоль/л; ЩФ - 12000 ед/л. Коагулограмма: ПТВ - 18 сек; фибриноген - 8,28 г/л фибриноген «В» (+++).

ЭКГ: синусовый ритм. 120 в 1 мин. Признаки гипертрофии левого желудочка. Гипоксия миокарда. Низкий вольтаж зубцов в отведениях от конечностей. Р-графия органов грудной клетки: слева отмечается гомогенное затемнение легочной ткани с косой верхней границей на уровне I ребра. Органы средостения смещены вправо. Справа отмечается повышение воздушности легочной ткани. Купол диафрагмы справа четкий, слева не визуализируется. Р-графия органов ЖКТ (с бариевой смесью): пищевод свободно проходим. Кардия смыкается полностью. Перистальтика слабая. По малой кривизне желудка ближе к пилорическому отделу имеется два дефекта наполнения размерами 1,0x1,2 см и 1,2x1,5 см. Пилорический отдел желудка деформирован. Двенадцатиперстная кишка без деформаций и структурных изменений. При проведении диагностической плевральной пункции получена жидкость вишневого цвета. При исследовании плевральной жидкости (общий анализ) уд. вес - 1020; белок - 30 г/л; проба Ривальта (+) положительная; нейтрофилы - 15%, лимфоциты - 85%; эритроциты - сплошь (все в п/зр).

ВОПРОСЫ:

1. Выделите основные синдромы.
2. Предварительный диагноз.
3. Обоснование диагноза
4. При каких других заболеваниях встречается геморрагический характер выпота в плевральную полость.
5. Общий анализ плевральной жидкости транссудат или экссудат?
6. Какие необходимы инструментальные и лабораторные методы исследования для подтверждения диагноза?
7. Принципы лечения больной?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 25.

1. Системы: скопления жидкости в плевральной полости, ДН систем «малых признаков»; желудочной диспепсии; лихорадочный.
2. Рак желудка IV стадии с метастазами в левое легкое. Левосторонний экссудативный плеврит. ДВС крови латентное течение.
3. На основании жалоб больной, данных анамнеза, объективных данных, выделенных с-мов:

- 1) с-м «малых признаков»;
- 2) с-м скопления жидкости в плевральной полости;
- 3) с-м ДН; данных дополнительных м-дов иссл-я (лаб: анемия, $\uparrow$ СОЭ; $\uparrow$ ЩФ, фибриногена, фибриногена «В»; инструментальные данные R логически подтверждается системам выпота в плевральной полости слева: R-логически выявлены дефекты наполнения по малой кривизне жел.: а также на основании рез-ов анализа плевральной жидкости (геморрагический х-р экссудата: лимфоцитарно-нейтрофильный коэфф.) выставлен предварительный диагноз.
4. Геморрагич-й х-р выпота в плевр-ую полость встреч, при: раке легкого, мезотелиоме плевры, травме гр. кл, при инфаркте легкого в рез-те ТЭЛА; геморрагич-ом васкулите (Шейлейн-Геноха).
5. Экссудат.
6. ЭФГДС с биопсией; видеоторакоскопия с прицел биопсией, цитолог. Исследование плевральной жидкости.
7. Паллиативное лечение.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 26.

Больной Т., 78 лет, поступил в терапевтическое отделение в тяжелом состоянии. При поступлении больной предъявлял жалобы на ноющие боли в сердце, сердцебиение, одышку в покое, усиливающуюся при незначительной физической нагрузке, отеки ног, тяжесть в правом подреберье, выраженную слабость, тошноту, отсутствие аппетита, депрессию.

Анамнез болезни: Считает себя больным в течение последних 2 лет, когда постепенно появились, а затем стали прогрессировать вышеописанные симптомы. Из анамнеза выяснено также, что более 20 лет страдает гипертонической болезнью («рабочее» АД, со слов больного -190/120 мм.рт.ст), к лечению которой относился серьезно, но артериальное давление практически никогда не было ниже 180-190/110-100мм рт. ст. Однако в последние 2 года цифры артериального давления значительно уменьшились при отсутствии изменений в антигипертензивной терапии.

Анамнез жизни: Детских болезней не помнит, будучи взрослым непродолжительно болел малярией, во время войны имел контузию головного мозга. Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания отрицает. Мать и отец умерли в пожилом возрасте (причин смерти не знает). Женат, имеет взрослых дочь и сына. Четыре года тому назад пациент был прооперирован по поводу опухоли толстого кишечника. В течение последнего полугодия в онкодиспансере не осматривался.

Объективный статус: телосложение нормостеническое. Кожный покров чистый, бледный. Исключение составляет темный цвет кожи лица, кистей рук, ореола сосков, ладонных и межфаланговых складок. В легких дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах, здесь же выслушиваются крепитирующие хрипы в небольшом количестве, ЧДД - 22 в 1 мин. Границы относительной тупости сердца: левая- 2,5см кнаружи от левой среднеключичной линии, правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя- нижний край III ребра. Аускультативно: тоны приглушены, ритмичны, акцент II тона над аортой, ЧСС- 95 в 1 мин. АД -180/110мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, в левой подвздошной области пальпируется округлое образование 5х6 см, безболезненное, неподвижное. Печень при пальпации умеренно болезненна, размеры по Курлову 15х14х10 см. Стопы, голени, нижняя треть бедер отечны. Отеки «мягкие», при надавливании надолго остается глубокая ямка.

Параклинические показатели:

ЭКГ: Синусовая тахикардия с ЧСС 95 в 1 мин. Гипертрофия левого желудочка.

Р-графия органов грудной клетки: Легочный рисунок усилен за счет сосудистого компонента. Тень сердца расширена влево. Лабораторно: Об. Ан. крови: эр. – 2,3 Т/л., НВ - 98, г/л., ЦП - 0,8, лейкоц. - 8,3 г/л., сегм. 55%., пал. 4%., лим., 30%., мон. 3%., баз., 2%., эозин. 6%., СОЭ - 35 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: холест. -7,6 ммоль/л., $\square$ -липопротеиды - 105.Ед/л., креатинин -145 ммоль/л.. клубочковая фильтрация -68 мл/час., АСТ - 33 ммоль/л., АЛТ - 30 ммоль/л., об. белок - 55 г/л., альбумины -45%., глобулины - 55%. Анализ мочи по Нечипоренко: относительная плотность - 1,018, белок- 4,5 г/л., лейкоц. - 1500, эритроц. 500., цилиндры - восков. - 3.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте основные клинические синдромы.
2. Выделите основные лабораторные синдромы.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Чем Вы можете объяснить снижение цифр артериального давления в последнее время у пациента, страдавшего ранее тяжелой артериальной гипертензией?
5. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
6. Определите принципы лечения больного.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 26.

1. Основные клинич. с-мы. нефротич. с-м, с-м ХПН, с-м ХСН, с-м АГ, с-м анемии, с-м новообразования толстого кишечника.
2. Лаб-ные с-м: с-м анемии, с-м ХПН, с-м гипопропротеинемии, с-м диспротеинемии, с-м протеинурии, с-м «пустого мочевого осадка»
3. Дополнит. методы исследования, необходимые для уточнения диагноза:
 - колоноскопия и /или ирригограф. для подтверждения или исключения (спаечный процесс?) рецидива опухоли толстого кишечника.
 - биопсия слизистой десны, прямой кишки.
4. Снижение цифр АД у пациента, страдавшего ранее тяжелой АГ, можно объяснить по видимому амилоидозом надпочечников с последующим развитием хронической надпочечниковой недостаточности.
5. Предварительный клинический диагноз. Рецидив опухоли толстого кишечника? Вторичный амилоидоз почки нефротич.с-м. ХПН 1ст. ГБ, II ст., 3 ст. риск 4 (очень высокий). ХСН II Б ст.. IV ф.кл.
6. Принципы лечения больного определение хир-кой стратегии после дообследования больного. Применение колхицина как основного патогенетически обоснованного препарата. Адекватная антигипертензивная терапия.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 27.

Больная А., 35 лет, экономист, страдает сахарным диабетом в течение 20 лет, строго придерживается диеты, лечится инсулином (22 ЕД продленного инсулина в сутки). Содержание глюкозы в крови контролирует ежедневно глюкометром; последний месяц уровень глюкозы крови натощак не превышал 6-7 ммоль/л. Свое состояние здоровья оценивала как вполне удовлетворительное. Стационарно никогда не лечилась. Избегала физических и психологических нагрузок. Ежегодно за последние 5 лет получала санаторное лечение. (Горячий Ключ). Вечером 1 октября была экстренно прооперирована по поводу острого аппендицита. Послеоперационный период протекал благополучно.

Однако утром, больная пожаловалась на сильную слабость, головную боль, жажду, полиурию. Отсутствовал аппетит. Отказалась вставать. К вечеру присоединилась тошнота, однократная рвота небольшим количеством содержимого желудка. Температура тела оставалась нормальной. Ухудшение самочувствия лечащий врач не расценивал как осложнение аппендэктомии. Заказав анализы крови и мочи, он пригласил на консультацию терапевта. В 21 час 3 октября больная была осмотрена дежурным терапевтом.

Анамнез жизни: из детских болезней помнит корь, краснуху, паротит, частые простудные эксцессы. Месячные с 13 лет необильные, в срок до настоящего времени. В 22 года родила сына весом 3800г. Туберкулез, вирусный гепатит, венерические болезни отрицает, аллергологический анамнез неотягощен. Родители и близкие родственники сахарным диабетом не болеют.

Объективный статус: Рост 165 см, вес 60 кг. Состояние средней тяжести. Температура тела 36,8°C. Больная в сознании, несколько заторможена, на вопросы отвечает с трудом, неохотно. Кожа сухая, бледная, холодная на ощупь. Тонус мышц и глазных яблок понижен. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Дыхание глубокое, редкое - 12 в 1 мин: Ощущается запах ацетона. Границы относительной тупости сердца: левая - на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, правая - по правому краю грудины, верхняя нижний край III ребра. Аускультативно: снижение 1 тона на верхушке и систолический шум, единичные экстрасистолы. Пульс 100 уд. в 1 мин. ритмичный, с редкими экстрасистолами, слабого наполнения. АД 100/160 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. Признаков раздражения брюшины нет. Границы печени по Курлову: 12x10x9 см, пальпируется закругленный нижний край на уровне реберной дуги, эластичной консистенции Селезенка размером 6x8 см, не прощупывается. Периферических отеков нет.

Параклинические показатели:

Общий анализ крови: эр.- 4 Т/л, НЬ - 142 г/л, лейкоц. - 12 г/л, нейтрофильный сдвиг влево. СОЭ 13 мм/ч.

БАК: общий белок - 80 г/л, С-реактивный белок - 4 мг/л. АСТ - 19 ЕД/л, АЛТ - 20 ЕД/л. щелочная фосфатаза 70 ЕД/л, остаточный азот - 32 ммоль/л, креатинин - 0,2 ммоль/л, глюкоза - 20 ммоль/л, ацетон-0,18 ммоль/л, натрий 125 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, хлор - 96 ммоль/л, общий билирубин - 13,8 мкмоль/л, рН- 7,2, осмолярность крови 300 мосм/л. Анализ мочи: уд. плотность 1030 белок - 0,99%, гиалиновые цилиндры - 2-4 в п/зр., эр. - 1-2-4 в п/зр., ацетон. ЭКГ: ритм синусовый 100 в 1 мин., вертикальная позиция эл. оси сердца. Единичные желудочковые экстрасистолы.

Больной в/в струйно введено 50 ЕД инсулина (actropid) на физ. растворе, а затем продолжено введение инсулина из расчета 5-6 ЕД в час в/в каплей но на физ. растворе. Параллельно вводился физ. раствор в объеме 1л в час. Через 3 часа у больной внезапно появился тремор конечностей, ощущение голода, потливость, затем - двигательное возбуждение. Тонус глазных яблок - не изменен, тахикардия 110 в 1 мин., АД 130/90. Повторно исследованы кровь и моча. В крови: глюкоза - 8,28 ммоль/л, ацетон - 0,16 ммоль/л, осмолярность - 320 мосм/л. В моче ацетон отсутствовал.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз основного заболевания.
2. Как назвать форму дестабилизации этого заболевания и чем она вызвана?
3. Согласны ли Вы с методом выведения больной из кетогцидоза или Вы можете предложить другой вариант?

4. Чем можно объяснить ухудшение состояния больной через 3 часа после введения инсулина?
5. Какие меры нужно принять для выведения больной из этого состояния?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА №27.

1. СД I типа средней тяжести.
2. Оперативное вмешательство является одной из возможных причин развития кетоацидоза (ДКА) и гипергликемической комы у больных СД. Появление у б-ной резкой слабости, тошноты, рвоты, головной боли, заторможенности, запах ацетона в выдыхаемом воздухе, дыхание Куссмауля, сухость кожи, языка, тахикардия, экстрасистолия и лаб. данные - нейтрофильный L-цитоз, гипергликемия, ацетон, pH-7.2, повышенное содержания мочевины, креатинина, снижение Na, глюкозурия, ацетонурия, высокая уд. плотность мочи, наличие белка свидетельствуют о наличии у б-ной диабетического кетоацидоза.
3. Лечение ДКА включает устранение дефицита инсулина, дегидратации и возмещение потери электролитов. Дефицит инсулина устраняется введением инсулина короткого действия (желательно человеческого) методом «малых доз» 10-12 ЕД инсулина вводят струйно на физ. растворе. Контроль за уровнем глюкозы обязателен каждые 1,5-2 часа. После достижения уровня глюкозы 14-16 ммоль/л дозу инсулина уменьшают до ЕД/час и начинают вводить 10% раствор глюкозы в/в кап. на физ. растворе 200-300 мл/час для профилактики гипогликемии до тех пор, пока б-ной не сможет самостоятельно принимать пищу и жидкость. Тогда переходят п/к введение короткого инсулина перед каждым приемом пищи по 6-8 ЕД под контролем уровня глюкозы крови.
4. Исп-е режима «больших доз» введения инс-а при ДКА и коме вызывает позднюю гипогликемию. У больной через 3 ч. после в/в струйного введения 5-0 ЕД инсулина и дальнейшего кап-го его введения по 5-6 ЕД/ч появились потливость, голод, тремор конечн. Двигательное возбуждение повысилось АД, что свидетельствует о развитии гипогликемии. Поскольку содержания G1 в крови 8,28 ммоль/л не противоречит этому, т.к. хотя при гипогликемиях содержание глюкозы крови составляет обычно 3-2.5 ммоль/л, быстрое падение конц-ции глюкозы с 20 до 8,28 ммоль/л м. б. причиной развития клиники гипогликемии.
5. Лечение гипогликемии заключается в быстром в/в введ. 40-50 мл 40% р-ра глюкозы. При отсутствии эффекта квед. глюкозы повторяется. Показано также введение 1мг глюкагона в/м или 1-2 мл адреналина п/к. Длительно не купирующаяся гипогликемия переходит в кому. У больных ИБС и головного мозга провоцируются острые нарушения коронарного или мозгового кровообращения, прогрессирует АГ, отек головного мозга. Достижение нормогликемии и даже гипергликемии на этой стадии не приводит к успеху. Смертность от гипогликемической комы достигает 10-25%.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 28.

Больной М, 36 лет, поступил в клинику с жалобами на повышение температуры до 38°C, кашель с мокротой гнойного характера до 500 мл/сут. причем мокрота лучше отходит при определённом положении тела, одышку при физической нагрузке, которую* ранее хорошо переносил.

Анамнез заболевания: Считает себя больным с детства: часто болел ОРВИ с затяжным кашлем до нескольких недель, а иногда месяцев, периодически - с повышением температуры до 37,3 - 38 С. Неоднократно лечился по поводу правосторонней пневмонии в разных стационарах города. Последнее ухудшение самочувствия наступило 3 недели

назад, когда усилился и участился кашель с гнойной мокротой, повысилась t° , выросла общая слабость, резко снизившая трудоспособность. Обратился к участковому терапевту, после обследования направлен в клинику.

Анамнез жизни: в раннем детстве болел корью, коклюшем, в последующие годы только простудными заболеваниями. Курил с 18 до 34 лет. Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания отрицает. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность: отец страдал хроническим бронхитом.

Объективный статус: состояние средней тяжести, T тела $37,8^{\circ}\text{C}$, астенического телосложения, кожные покровы бледные. Над легкими - справа, ниже угла лопатки укорочение перкуторного звука, слева в аналогичной области перкуторный звук с легким коробочным оттенком, Аускультативно с обеих сторон в верхних отделах и средне-нижних слева жесткое везикулярное дыхание сухие, хрипы, справа в подлопаточной области влажные хрипы, количество которых уменьшается после откашливания, ЧДД – 24/мин. Границы относительной сердечной тупости: левая - на 2 см кнутри от среднеключичной линии, правая - по правому краю грудины, верхняя - III ребро, тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС-98/мин. АД- 90/60 мм рт. ст.. Живот мягкий, безболезненный, границы печени по Курлову 9х8х7 см, пальпируется нижний край печени на уровне реберной дуги. Периферических отеков нет.

Анализ крови: Эр.- 4;6 т/л, НЬ - 121 г/л, лейкоциты - 10,2 г/л, п-14%. с-58%, э-1%, м-5% , л- 22 % , ССЗ - 28 мм/час

ЭКГ: вертикальное положение ЭОС, ритм синусовый. 100/мин з.Р. высокие, остроконечные во II, III, AVF отведениях диффузные изменения миокарда.

На рентгенограммах органов грудной клетки на фоне повышенной прозрачности легочной ткани в средней доле правого легкого определяется усиление, грубая деформация, ячеистость легочного рисунка. При бронхоскопии: двусторонний гнойный эндобронхит.

На бронхограммах справа видны начальные отделы сегментарных бронхов средней доли, которые сообщаются с множеством полостей различной формы и величины. В нижней доле бронхи прослеживаются до субсегментарных ветвей, сближены и заканчиваются округлыми и овальными полостями. Слева бронхограмма без выраженных изменений.

ВОПРОСЫ:

- Назовите основные синдромы.
- Чем обусловлены изменения на ЭКГ?
- Интерпретируйте результаты рентгенологических методов исследования.
- Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
- Сформулируйте клинический диагноз.
- Составьте план лечения.
- Назовите возможные осложнения при данном заболевании.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА №28.

1. Системы: лихорадочный; ДН; гиперкринии; множественных легочных полостей; уплотнения легоч. тк; хронического легочного сердца; инфекционно-воспалительный.

2. Изменения ЭКГ обусловлены перегрузкой правого предсердия (p-pulmonale), т.е. развитием легочной гипертензии и хронического легочного сердца.

3. Учитывая результаты R-графии и бронхографии можно говорить о бронхоэктазах средней и нижней доли правого лёгкого.

4. БАК, анализ мокроты (общий, микроскопия, посев мокроты и определение чувствительности возбудителя к а/б), анализы мочи, исследование функции внешнего дыхания.

5. Бр/экт болезнь: смешанные бронхоэктазы средней и нижней долей правого лёгкого, фаза обострения. Хр.гнойный бронхит, ст. обострения. ДН I ст. Компенсированное легочное сердце.

6. а) полноценное богатое белками и витаминами питание;

б) антибактериальные (желательно с учетом чувств-сти возбудителя к а/б): полусинтетические пенициллины, макролиды, цефалоспорины 2-го и 3-го поколения, фторхинолоны;

в) санация бронхиального дерева: постуральный дренаж. массаж груд.кл. лечебные бронхоскопии;

г) отхаркивающие средства;

д) дезинтоксикационная терапия;

е) иммуномодулирующая терапия (адаптогены, поливитамины);

ж) в период ремиссии - оперативное лечение.

7. Кровохарканье, легочное кр/теч, бронхообструктивный синдром, амилоидоз внутренних органов.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 29.

Больной М.В., 48 лет, адвокат поступил в клинику с жалобами на жажду, повышенное мочеотделение, избыточный аппетит, похудание, общую слабость, повышенную утомляемость, не всегда мотивированную нервозность. Последние 1,5-2 месяца повышение температуры тела к вечеру 37,2-37,4 С.

Анамнез болезни: начало заболевания относит к концу июля прошлого года, когда после крупных неприятностей по службе, тяжело переживавшихся больным, появилась жажда и соответственно обильное мочеиспускание. Ситуация не была оценена как проявление болезни, а объяснена не обычной летней жарой. К врачу не обращался до октября месяца, когда наряду с прежней жаждой и полиурией больной начал худеть, несмотря на возросший аппетит. Обследовался и лечился в местной поликлинике и в больнице, но недостаточно эффективно, что послужило поводом для госпитализации в клинику.

Анамнез жизни: родился шестым ребенком по счету, рос и развивался нормально. Все братья и сестры живы и здоровы. Отец умер в возрасте 75 лет от какой-то случайной причины, мать жива. В возрасте 39 лет перенес тяжелую контузию мозга, изменившую его характер: стал легко возбудимым, тревожно-мнительным. Работа напряженная, связанная с волнениями. Курит, иногда выпивает, предпочитает высококалорийную пищу, сладости, часто болеет ангинами, простудными заболеваниями. Год назад перенес воспаление легких. Аллергологический анамнез не отягощен. Женат. Две беременности у жены закончились выкидышами.

Объективный статус: сознание ясное, положение активное, подкожно-жировая клетчатка выражена слабо, кожа собирается в тонкую складку. При росте 160 см масса тела 50 кг. Кожа лба, носа и щек розовая, чуть шелушится. Лимфатические узлы не изменены. Носовое дыхание свободно. На симметричных участках с обеих сторон грудной клетки перкуторный звук одинаков, ясный. Границы легких не изменены, подвижность легочных краев 7 см. Дыхание везикулярное. Сердечный толчок

определяется в V межреберье на 0,5 см кнутри от среднеключичной линии Правая граница сердца по правому краю грудины левая на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя - по верхнему краю IV ребра. Ширина сосудистого пучка 5 см. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные. Периферические сосуды умеренно уплотнены. Пульс 78 в 1 минуту, ритмичный, одинаковый на обеих руках. АД 120/75 мм рт. ст. Живот втянут, брюшная стенка дряблая. Размеры печени по Курлову 12x11x10 см. Она плотновата, чувствительна при пальпации. Мочеполовая система без особенностей. Костно-суставных и мышечных изменений не выявлено. Отеков нет.

Параклинические показатели:

Общий анализ крови: Эр-4,3 Т/л. НЬ - 136 г/л, ЦП - 0,82, лейкоц. - 8 г/л, п -3%, с - 69%. лим. - 24%, м - 4%. эсз - 0, СОЭ - 15 мм/час. Реакция Вассермана отрицательная. Общий белок 78 г/л. билирубин – 18 мкмоль/л. непрямог. Глюкоза крови 14,2 ммоль/л. Общий анализ мочи: плотность 1,032, белок - отсутствует. Лейк. - 2-3 в п/зр, эр - 1-0-1 в п/зр, глюкоза - 10,31 ммоль/сут. Копрограмма: кал полуоформлен, непереваренные мышечные волокна, капли нейтрального жира, растительная клетчатка.

Рентгенологическое исследование легких: в левой подключичной области две мягкие очаговые тени.

ВОПРОСЫ:

1. Выделите основные синдромы заболевания.
2. Какие из синдромов не присущи ведущему заболеванию?
3. Сформулируйте диагноз.
4. Какие дополнительные исследования следует провести для доказательности диагноза?
5. Консультации каких специалистов Вам необходимы?
6. Назначьте лечение.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 29.

1. Синдром нарушенного углеводного обмена (гипергликемия, глюкозурия, полиурия, электролитурия, дегидратация, нарушение образования гликогена, в ответ на энергетический дефицит - полифагия);

- синдром нарушенного белкового обмена (снижается активность пентозного цикла метаболизма глюкозы, ведущее к нарушению синтеза белка, истощению его запасов, а увеличенный катаболизм приводит к похуданию и атрофии мышц синдром упадка питания);

- астено-невротический синдром;
- лихорадочный синдром;
- синдром вторичного иммунодефицита;
- синдром кожных изменений - рубеоз;
- синдром сниженной внешнесекреторной ф-ции ПЖ;
- синдром очаговой инфильтрации легкого (R-ческий).

2. Ведущему (основному) заб-ю не присущ лихорадочный синдром и синдром очаговой инфильтрации легочной ткани.

3. Инсулиннезависимый СД средней степени тяжести, декомпенсированный (или: СД 2 тип, средней степени тяжести, декомпенсированный). Сопутствующий диагноз очаговый туберкулез верхней доли левого легкого.

4. а) Определение С - пептида в крови.
- б) Определение уровня инсулина в крови.

в) Определение гликозилированного гемоглобина.

г) Амилаза крови и мочи.

д) Компьютерная томография легких.

е) УЗИ поджелудочной железы.

5. Необходима консультация врача-эндокринолога, фтизиатра.

6. а) Режим физической активности: утренняя гимнастика, езда на велосипеде, плавание в медленном темпе, работа в саду.

б) Лечебное питание: стол № 9, исключить легко усвояемые углеводы, пищу следует принимать 4-5раз в теч сут (она д.б.физиологичной по составу продуктов). В связи с тем, что больной истощен, базальная энергетическая потребность в сутки д.б.не менее 25-30 ккал/кг. Для расчета энергетической потребности необходимо: энергетическую потребность (в ккал/кг) умножить на массу (в кг) $30 \text{ ккал} \times 50 = 1500 \text{ ккал}$. (в учет принята работа больного адвокатом).

в) Акарбоза 100мг во время еды 3 р/д(глюкомоду-лятор),

г) Манинил 0,005 перед завтраком и перед ужином. При недостаточном эффекте дозу ч/з нед можно увеличить еще на 1 табл. перед обедом с контролем гликемического профиля.

д) Лечение, назначенное врачом - фтизиатром.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 30.

Больная М., 35 лет, пианистка, поступила в клинику с жалобами на боли и тугоподвижность в суставах кистей рук и стоп, утреннюю скованность, слабость, недомогание, повышение температуры.

Анамнез болезни: считает себя больной с ноября месяца прошедшего года, когда после переохлаждения появились сильные боли в мелких суставах кистей рук и стоп и повысилась температура тела. Врачом поликлиники был назначен ортофен и аппликации димексида на пораженные суставы. Состояние несколько улучшилось, но оставалась боль в суставах ночью и при пробуждении утром, а с апреля присоединилась утренняя скованность движений во всех суставах, продолжительностью около 2 часов, усилилась боль и появилась припухлость в суставах рук и ног.

Анамнез жизни: Росла здоровым ребенком, имела 2 беременности, закончившиеся нормальными родами. Менструации в срок, без особенностей. Родители здоровы, сестра близнец страдает каким-то заболеванием суставов. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус: среднего роста удовлетворительного питания, сознание ясное. Цвет кожи обычный, в том числе над пораженными суставами, которые горячее, чем остальная поверхность тела. Обращает на себя внимание ярко окрашенные кончики пальцев. Увеличены локтевые и подмышечные лимфоузлы. Обе половины грудной клетки симметричны, одинаково участвуют в акте дыхания, перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное. Границы относительной тупости сердца: левая - на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, правая - на 0,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - III ребро. Тоны сердца звучные, ритм правильный, 84 сокращения в 1 минуту. Периферических отеков нет. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 13х11х10 см., консистенция ее плотно-эластичная. Селезенка не увеличена. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пястно-фаланговые, проксимальные межфаланговые и лучезапястные суставы

отечны; пальцы веретенообразные, движения значительно ограничены в объеме. Начальные признаки атрофии межостных мышц. Плюснефаланговые; голеностопные суставы отечны, движения затруднены. Под кожей разгибательных поверхностей рук определяются мягкие болезненные узелки.

Параклинические показатели:

Общий анализ крови: Эр-3,1 т/л, НЬ -102 г/л, ЦП - 0,85, лейкоц - 8,1 г/г, п- 3%, с - 63%, лим-24%, э-4%, тром-420 г/л, СОЭ- 51 мм/час.

Общий анализ мочи: отн. плот. 1,020, белка нет, эр - 0-1 в п/зр, лейкоц-2-2 в п/зр.

Реакция Ваалера-Розе положительная. Общий белок - 70 г/л, альбумин -, глобулиновое соотношение 0,8, фибриноген крови 6 г/л. Р-графия кистей и стоп: начальные признаки околосуставного остеопороза. Консультация невролога: полинейропатия.

ВОПРОСЫ:

1. Выделите основные синдромы заболевания.
2. Перечислите диагностические критерии заболевания.
3. Поставьте развернутый клинический диагноз с указанием рентгенологической стадии болезни.
4. Назначьте лечение. Какие особенности течения заболевания следует учесть при назначении лечения?

5. С какими заболеваниями следует дифференцировать настоящее заболевание?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 30.

1. С-м артрита; лихорадочный с-м; с-м гепатомегалии; с-м кожных проявлений (дигитальный васкулит, узелки); с-м лимфаденопатии; с-м полинейропатии; с-м костных рентгенологических изменений, гематологический с-м (анемия, диспротеинемия, остро-фазовые, иммунологические изменения).

2. Диагностические критерии ревматоидного артрита:

- а) утренняя скованность-продолжительность 2 часа.
- б) артрит (4 суставные области) в т.ч. припухание проксимальных межфаланговых, лучезапястных суставов.
- в) симметричный артрит.
- г) ревматоидные узелки.
- д) ревматоидный фактор в сыворотке крови.
- е) рентгенологические изменения костей (остеопороз).

3. Клинический диагноз: ревматоидный артрит, суставно-висцеральная форма активность III степень, серопозитивный, функциональная недостаточность 2-степени, 1-я R-стадия.

В пользу суставно-висцеральной формы свидетельствует поражение суставов кистей и стоп, полинейропатия, васкулит. у велич. печ, анемия. Наличие диспротеинемии, повышения уровня фибриногена, а также скорость оседания эритроцитов (52 мм/час) подтверждают активность 3-й степени. Профессиональная трудоспособность на момент поступления утрачена. Наличие околосуставного остеопороза свидетельствует в пользу 1 R-гической стадии.

4. Постельный режим:

а) учитывая ночные и утренние суставные боли целесообразно использование 2-х препаратов: утром и днем брufen. а вечером метиндол-ретард или вольтарен-ретард на 7-10 дней, (помня об увеличенной печени) с решением вопроса о назначении базисной терапии, т.к. у больной высокая степень активности, васкулит, висцерит.

б) базисная тер. чаще начинается с сочетанного применения пульс-терапии: в 1-й день вводится в/в кап.в теч.40 мин до 1000 мг циклофосфана в 300-400мл 0.9% хлорида натрия в сочетании с в/в кап введ 1000 мг метилпреднизолона, во 2-й и 3-й дни ввод –ся только метилпреднизолон в той же дозе.

Перейти на прием: метотрексат 5 мг в неделю + циклофосфамид 25 мг/сутки+плаквенил 400 МГ/сут сроком на 6 месяцев и больше:

г) плазмафрез.

д) гипербарическая оксигенация.

При назначении лечения следует учесть:

а) высокую степень активности.

б) ревматоидный васкулит.

в) поражение нервной системы, печени, анемию.

5. Диф. д-з необходимо проводить с СКВ, подагрой, деформирующем остеоартрозом, с-м Рейтера, острыми инфекционными артритам.

3. Рекомендуемая литература

3.1 Основная литература

1. Патологическая физиология. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие / В. И. Маколкин и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 304 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423912.html>

2. Методические указания по организации и проведению научно-исследовательской деятельности по направлению подготовки 3.3 Медико-биологические науки, направленность (профиль) программы 14.01.04 Патологическая физиология : (уровень подготовки кадров высшей квалификации) / М-во образования и науки РФ, ФГБОУ ВО Майкоп. гос. технол. ун-т, Мед. ин-т, Лечеб. фак. ; составитель: Лялюкова Е.А. - Майкоп : Б.и, 2021. - 20 с. - Режим доступа: свободный. - Библиогр.: с. 13-18

3. Методические указания по дисциплине "Патологическая физиология" : для обучающихся по программам подготовки кадров высшей квалификации / М-во образования и науки РФ, ФГБОУ ВО Майкоп. гос. технол. ун-т, Мед. ин-т, Лечеб. фак. ; составитель: Лялюкова Е.А. - Майкоп : Б.и, 2021. - 64 с. - Режим доступа: свободный. - Библиогр.: с. 60-63

4. Методические указания по подготовке к сдаче и сдача государственного экзамена : для направления подготовки 3.1 Клиническая медицина, направленность (профиль) программы 3.3.3 Патологическая физиология / М-во образования и науки РФ, ФГБОУ ВО Майкоп. гос. технол. ун-т, Мед. ин-т, Лечеб. фак. ; составитель: Лялюкова Е.А. - Майкоп : Б.и, 2021. - 21 с. - Режим доступа: свободный. - Библиогр.: с. 16-20 (41 назв.)

5. Патологическая физиология : учебник для студентов образовательных учреждений среднего профессионального образования / Н.И. Федюкович. - Изд. 2-е. - Ростов н/Д : Феникс, 2019. - 505 с. : ил. - (Среднее медицинское образование). - Гриф: Допущено Министерством образования РФ в качестве учебника для студентов образовательных учреждений среднего профессионального образования. - Прил.: с. 480-501. - Библиогр.: с. 502 (9 назв.). - ISBN 978-5-222-31525-5

6. Лечение болезней внутренних органов, Т. 1, Лечение болезней органов дыхания. Лечение болезней органов пищеварения / А.Н. Окорочков. - Изд. 2-е, перераб. и доп. - Москва : Медицинская литература, 2013. - 560 с. : ил. - ISBN 978-5-89677-007-7. - ISBN 978-5-89677-011-1

3.2 Дополнительная литература

1. Факультетская терапия: Патологическая физиология : учебник для медицинских вузов / М.А. Качковский. - Ростов н/Д : Феникс, 2017. - 574 с. - (Высшее медицинское образование). - Рекомендовано ФГАУ "Федеральный институт развития образования" в качестве учебника для использования в учебном процессе образовательных учреждений, реализующих программы высшего образования. - Библиогр.: 575 (18 назв.). - ISBN 978-5-222-28962-4

3.3 Информационно-телекоммуникационные ресурсы сети «Интернет»

1. ЭБС «Консультант студента». Коллекции: Медицина. Здравоохранение (ВПО), ГЭОТАР-Медиа. Премиум комплект: студенческая электронная библиотека: сайт / ООО «Политехресурс». Электронная библиотека технического вуза. – Москва, 2012. - . – URL: <http://www.studentlibrary.ru/cgi-bin/mb4x> - Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст электронный.

2. Znanium.com. Базовая коллекция: электронно-библиотечная система: сайт / ООО "Научно-издательский центр Инфра-М". – Москва, 2011 - . – URL: <http://znanium.com/catalog> (дата обновления: 06.06.2019). - Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст: электронный.

3. eLIBRARY.RU. : научная электронная библиотека : сайт. – Москва, 2000. - . – URL: <https://elibrary.ru/defaultx.asp>. - Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст: электронный.

4. Министерство здравоохранения Российской Федерации : официальный сайт. – Москва. – Обновляется ежедневно. – URL: <https://www.rosminzdrav.ru/>. – Текст: электронный.

5. Министерство здравоохранения Республики Адыгея : официальный сайт / Министерство здравоохранения Российской Федерации – Майкоп. – URL: <http://mzra.ru/index.php/> - Текст электронный.

6. Всемирная организация здравоохранения : глобальный веб-сайт / Организация объединенных наций. – URL: <https://www.who.int/ru#/> - Текст:Электронный.

7. Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) : сайт / Министерство здравоохранения Российской Федерации, Центральная научная медицинская библиотека (ЦНМБ) Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова. – Москва, 2011. – URL: <https://femb.ru/>. – Текст: электронный