

Терапия (кардиология)

Задача 1.

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больной В. 53 лет, работает грузчиком обратился в приемный покой с жалобами на одышку, общей слабостью, повышенную утомляемость.

Из анамнеза: больным себя считает 8 дней, когда после интенсивной физической нагрузки, появились боли за грудиной, с иррадиацией в левую руку, челюсть, профузный липкий пот, за медицинской помощью не обращался, болевой синдром пытался купировать самостоятельно приемом НПВС – без стойкого положительного эффекта. На вторые сутки болевой синдром купировался, появилась одышка, выросла общая слабость, повышенная утомляемость.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, акроцианоз, отеки голеней, стоп. Тоны сердца глухие, ритмичные, PS=ЧСС 170. АД 110/70 мм рт. ст. ЧДД 18 в минуту. В легких – дыхание везикулярно, ослаблено в нижних отделах, единичные влажные хрипы, преимущественно в нижних отделах. Живот при пальпации мягкий безболезненный.

ЭКГ: з. QS в отведениях с V1-V5, подъем сегмента ST до 3 мм, переходящий в отрицательный з. Т.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз (в том числе, по МКБ-10)
2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.
3. План лечебных мероприятий.
4. Дальнейшая тактика ведения пациента, **экспертиза трудоспособности, диспансерное наблюдение, профилактика осложнений**
5. **Медицинская реабилитация**

Ответ:

1. Диагноз:

Основной: Q-позитивный инфаркт миокарда передне-перегородочно-верхушечной области левого желудочка, ангинозный вариант, подострая стадия.

Осложнения: ХСН 2Б ФК 3(НУНА).

2. План обследования:

-маркеры повреждения миокарда: ОАК, тропонин -I, -T, КФК, КФК-МВ, АЛТ, АСТ, глюкоза, креатинин, мочевины.

-инструментальные методы: ЭХОКГ, ДСБЦА, СМЭК.

3. Лечебные мероприятия: антиагреганты (аспирин, клопидогрель), антикоагулянты, ИАПФ, диуретики, статины, β-блокаторы.

4. Пациенту показана госпитализация в стационар, проведение коронарной ангиографии в раннем постинфарктном периоде, для решения вопроса о реваскуляризации миокарда.

Задача 2.

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больной А. 43 года, обратился в приемное отделение с жалобами на сердцебиение, перебои в работе сердце, одышку, головокружение.

Из анамнеза: больным себя считает 12 месяцев, когда после перенесенной вирусной инфекции появились эпизоды аритмичного сердцебиения, не обследовался, лечение не получал. Последнее ухудшение 3 дня, когда стал ощущать аритмичное сердцебиение.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Тоны сердца аритмичные, приглушены PS=ЧСС 110 в минуту. АД 100/60 мм рт. ст. ЧДД 18 в минуту. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий безболезненный.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз. (в том числе, по МКБ-10)
2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.
3. План лечебных мероприятий.
4. **экспертиза трудоспособности, диспансерное наблюдение, профилактика осложнений**
5. **Восстановительное лечение**

Ответ:

1. Диагноз: кардиосклероз постмиокардитический. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, тахисистолия.
2. План обследования ОАК, электролиты, гормоны щитовидной железы, ЭХОКГ, СМЭК.
3. Лечебный мероприятия: антикоагулянты, подбор ритмурежающей терапии, ИАПФ,
4. прием антикоагулянтов 3 недели, затем выполнение ЧПЭХОКГ, при отсутствии внутрисердечных тромбов выполнение ЭИТ.

Терапия (ревматология)

Задача № 3

Больная К., 65 лет. Обратилась к участковому врачу с жалобами на постоянные пульсирующие головные боли в височных и теменных областях, снижение зрения, умеренной интенсивности ноющие боли в мышцах плечевого пояса, коленных, плечевых, локтевых суставах, скованность в вышеуказанных суставах до 12 часов дня, похудание на 6 кг за последний год.

Анамнез заболевания: считает себя больной в течение двух лет, когда появились и постепенно нарастали артралгии, миалгии, затем стали беспокоить головные боли, около двух недель назад отметила снижение зрения. До дебюта заболевания головные боли практически не беспокоили. В связи с усилением тяжести симптомов и ухудшением качества жизни обратилась к врачу.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Пальпируются болезненные, плотные и извитые височные артерии. Периферические лимфоузлы не увеличены. Суставы не изменены. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс 74 удара в минуту. Периферические отеки отсутствуют. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени и селезенки не увеличены.

Общий анализ крови: эритроциты $3,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 132 г/л, лейкоциты $5,3 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ 55 мм/час (по Вестергрену).

Общий анализ мочи: норма.

Биохимия крови: С-реактивный белок 13 мг/дл, остальные показатели без патологии.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз (в том числе, по МКБ-10)
2. Обоснуйте диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования и охарактеризуйте ожидаемые изменения.
4. Перечислите диагностические критерии заболевания. Какие критерии есть у пациентки?
5. Опишите тактику лечения, **экспертиза трудоспособности, диспансерное наблюдение, профилактика осложнений**

Задача № 3

Ответы:

1. Предварительный диагноз:

Гигантоклеточный артериит в сочетании с ревматической полимиалгией.

2. Обоснование диагноза: демографические особенности (женский пол, возраст старше 50 лет); жалобы (наличие сосудистых проявлений в виде поражения височной артерии, артерий, кровоснабжающих глаза, проявлений ревматической полимиалгии, суставных проявлений без признаков синовита, конституциональных симптомов); анамнез (наличие в течение двух лет симптомов ревматической полимиалгии, к которым присоединились проявления васкулита); физикальное обследование (наличие плотных, извитых, болезненных при пальпации височных артерий); лабораторные симптомы воспаления (увеличение СОЭ, содержания С-реактивного белка в крови).

3. Дообследование: иммунологическое исследование (отсутствие ревматоидного фактора, аутоантител); УЗИ сосудов (сегментарный стеноз, окклюзия, билатеральный гипоехогенный ореол вокруг височной артерии); биопсия височной артерии (гранулематозный артериит).

4. Диагностические критерии гигантоклеточного артериита: начало заболевания после 50 лет; появление ранее не отмечавшихся головных болей или изменение их характера и/или локализации; изменения височной артерии (болезненность при пальпации или снижение пульсации височных артерий, не связанное с атеросклерозом); увеличение СОЭ более 50 мм/час; изменения артерий, по данным биопсии. У больной имеются четыре диагностических критерия: начало заболевания после 50 лет; появление ранее не отмечавшихся головных болей или изменение их характера и/или локализации; изменения височной артерии; увеличение СОЭ более 50 мм/час.

5. Тактика лечения:

- глюкокортикоиды: в связи с наличием снижения зрения, являющегося предиктором слепоты, используются преднизолон перорально в дозе 60-80 мг в сутки в несколько приемов или метилпреднизолон в виде пульс-терапии до 1000 мг в течение трех дней внутривенно с последующим переходом на пероральную терапию преднизолоном. Через 2-4 недели после нивелирования симптомов и лабораторных отклонений доза преднизолона постепенно снижается. Длительность терапии составляет 1-2 года;

- при рефрактерном течении васкулита в комбинации с глюкокортикоидами применяются иммуносупрессивные препараты – метотрексат в дозе 10-15 мг в неделю;

- дополнительная терапия: прием низких доз ацетилсалициловой кислоты, коррекция остеопороза, иммунизация при хронической стероидной терапии, антисекреторные препараты.

Задача № 4

Больная Л., 36 лет. Жалобы на припухание, боль и ограничение движений в проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых суставах обеих кистей, лучезапястных, коленных суставах; выраженную утреннюю скованность в них, сохраняющуюся до полудня.

Считает себя больной в течение восьми месяцев, когда появились и постепенно прогрессировали вышеуказанные симптомы. Принимала диклофенак с незначительным положительным эффектом.

Объективно: проксимальные межфаланговые, пястнофаланговые суставы обеих кистей, лучезапястные, коленные суставы отечные, болезненные при пальпации, движения в них ограничены. Число болезненных суставов 12, число припухших суставов 10. Общая самооценка здоровья пациенткой 56 мм по шкале ВАШ. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ЧСС 70 в минуту. АД 115/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации; размеры печени, селезенки не увеличены.

Общий анализ крови: СОЭ 35 мм/час, остальные показатели в норме.

Общий анализ мочи без особенностей.

Биохимический анализ крови: креатинин 80 мкмоль/л, мочевины 6,1 ммоль/л, АСТ 18 МЕ/л, АЛТ 23 МЕ/л, мочевая кислота 211 мкмоль/л, С-реактивный белок 28,3 мг/л. Ревматоидный фактор 120 МЕ/л, антинуклеарный фактор отрицательный.

Рентгенография кистей: околосуставной остеопороз, небольшое сужение суставной щели в проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых суставах обеих кистей.

Эзофагогастродуоденоскопия: без патологии.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз (в том числе, по МКБ-10).
2. Обоснуйте диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
4. Перечислите характерные для ревматоидного артрита рентгенологические изменения суставов.
5. Опишите тактику лечения, **экспертиза трудоспособности, диспансерное наблюдение, профилактика осложнений**

Задача № 4

Ответы:

1. Предварительный диагноз:

Осн.: Ревматоидный артрит, серопозитивный, АЦЦП-не исследованы, ранняя клиническая стадия, активность III степени (DAS28 6,1), рентгенологическая стадия II, неэрозивная форма, ФК III.

2. Обоснование диагноза: жалобы (артрит мелких суставов кистей, лучезапястных, коленных суставов, утренняя скованность в суставах до середины дня у женщины средней возрастной группы); объективные данные (симптомы артрита мелких суставов кистей, лучезапястных, коленных суставов); лабораторные и инструментальные данные (увеличение СОЭ, С-реактивного белка, наличие ревматоидного фактора, околоуставной остеопороз и сужение суставной щели, по данным рентгенографии суставов).

3. Дообследование: биохимия крови (маркеры вирусных гепатитов, билирубин, ГГТ, щелочная фосфатаза (исключить поражение печени, которое может быть лимитирующим фактором в лечении заболевания)), общий белок и фракции, липидограмма, глюкоза, СКФ); кровь на АЦЦП, ВИЧ; исключение туберкулезной инфекции (диаскин-тест); ЭКГ, рентгенография органов грудной полости (исключить туберкулез легких).

4. Характерные рентгенологические изменения суставов: околоуставной остеопороз, сужение суставной щели, костные эрозии (узур), анкилоз суставов.

5. Тактика лечения:

- метотрексат по 10-15 мг в неделю (максимально 25 мг/нед) перорально или парентерально. Метотрексат – основной компонент стратегии «первой линии» лечения ревматоидного артрита;

- фолиевая кислота по 1 мг в день перорально, кроме дней приема метотрексата (для предупреждения побочных эффектов, связанных с приемом метотрексата);

- преднизолон в дозе менее 7,5 мг в сутки утром 1 раз в день предпочтителен с учетом низкой эффективности НПВП (диклофенака) в анамнезе. Кроме того, НПВП в сочетании с метотрексатом снижают его клиренс. Если для купирования болевого синдрома применяются НПВП (ибупрофен, кетопрофен, диклофенак, мелоксикам, нимесулид и др.), то их следует начинать с минимально эффективной и безопасной дозы препарата;

- антисекреторная терапия – ингибиторы протонной помпы (омепразол по 20 мг 2 раза в день) для предупреждения побочных эффектов, связанных с приемом преднизолона или НПВП;

- при неэффективности метотрексата через 6 месяцев терапии – решение вопроса о назначении генно-инженерных биологических препаратов (инфликсимаб, адалимумаб, этанерцепт, ритуксимаб, тоцилизумаб, абатацепт и др.) в виде монотерапии или комбинации с метотрексатом.

Терапия (пульмонология)

Задача 5

Больной 40 лет, поступил в терапевтическое отделение с *жалобами* на кашель с выделением гнойно-кровянистой мокроты, одышку, повышение температуры до 39 °С, сильное потоотделение в ночной период.

Из анамнеза. Заболел остро 5 дней назад, самостоятельно принимал парацетамол. Ранее не болел, за медицинской помощью не обращался. Работает водителем автобуса.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Вынужденного положения тела нет. Температура тела 38 °С. Кожные покровы обычной окраски, гипертермия. Частота дыхательных движений 26 в 1 минуту. В легких справа в задне-нижних отделах усилено голосовое дрожание, укорочение (притупление) перкуторного звука, звонкие мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца ритмичные, звучные. Частота сердечных сокращений и пульс 96 в 1 минуту. АД 115/76 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез, со слов больного, без особенностей.

Данные лабораторно-инструментального обследования: общий анализ крови – лейкоциты $18 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево; пульсоксиметрия – SpO₂ 89 %; рентгенография органов грудной полости – затемненные справа соответственно нижней доле, несколько полостей с уровнем.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз (**в том числе, по МКБ-10**).
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Тактика лечения.
5. План диспансерных мероприятий, **экспертиза трудоспособности, профилактика**

Ответ 5.

- 1) Внебольничная пневмония, неустановленной этиологии, правосторонняя нижнедолевая, тяжелое течение. Осложнение: абсцесс нижней доли правого легкого, дыхательная недостаточность 2 степени.
Диагноз установлен на основании жалоб и анамнестических данных, физикального и лабораторно-инструментального обследования.
- 2) *Биохимический анализ крови* (электролиты, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, общий билирубин, глюкоза, альбумин), *C-реактивный белок, прокальцитонин* в крови – для определения тяжести и прогноза, выявления декомпенсации сопутствующей патологии, назначения и коррекции фармакотерапии; исследование *кислотно-основного состояния и газов крови* (для оценки выраженности, метаболических нарушений, оптимизации респираторной поддержки); коагулограмма (ДВС-синдром); *микробиологическое исследование мокроты и венозной крови, ПЦР диагностика вирусов* (выделение возбудителя); *ЭКГ* (выявление аритмии и других изменений).
- 3) Туберкулез, метастатическое поражение, тромбоэмболия легочных артерий, системные васкулиты, обострение хронической обструктивной болезни легких.
- 4) Начать в/в ведение антибактериальных препаратов в течение 1 ч., с учетом потенциального возбудителя (стафилококк, анаэробный возбудитель). В качестве препаратов выбора для эмпирической использовать амоксициллин+клавулановую кислоту, цефтриаксон+сульбактам или пиперациллин+тазобактам. Длительность определяется индивидуально с учетом клинико-лабораторных и рентгенологических данных, но, как правило, составляет не менее 2 (в среднем 3-4) недель.
Респираторная поддержка. Гепарин в профилактической дозе (профилактика тромбоэмболий). С симптоматической целью для достижения жаропонижающего и анальгетического эффектов – парацетамол, ибупрофен.
- 5) Поскольку пневмония является острым заболеванием, в диспансеризации такие пациенты не нуждаются. Можно рассмотреть стратегию вакцинопрофилактики (против пневмококковой инфекции, гриппа).

Задача 6.

Больной 26 лет обратился на амбулаторный прием к терапевту в мае месяце с *жалобами* на свистящие хрипы, одышку, заложенность в груди и кашель, сопровождающиеся обильным выделением из носа, слезотечением. Мокрота светлая.

Указанные жалобы возникли 5 минут назад (пациент ожидал очередь на прием к терапевту), не купировались 2 дозами сальбутамола.

Из анамнеза. Впервые вышеописанные жалобы стали возникать 3 года назад в весенне-летнее время, купировались ингаляциями сальбутамола. Кожные пробы выявили аллергию на пыльцу ясеня, дуба. В остальное время года жалоб нет. У брата – атопический дерматит. Настоящее ухудшение состояния в течение последних 4 дней, когда участились приступы одышки, использование сальбутамола ингаляционно до 5 раз в сутки.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. Частота дыхательных движений 20 в 1 минуту. В акт дыхания вовлечена дополнительная мускулатура, перкуторно – коробочный звук, аускультативно – масса сухих разнокалиберных хрипов. Тоны сердца ритмичные, звучные. Пульс 76 в 1 минуту. АД 124/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез, со слов больного, без особенностей.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз (*в том числе, по МКБ-10*).
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику. *Определите показания к госпитализации*
4. Тактика лечения.
5. План диспансерных мероприятий, *экспертиза трудоспособности, профилактика*

Ответ 6

- 1) Бронхиальная астма аллергическая форма, легкой степени тяжести, обострение легкой степени тяжести. Аллергический ринит, сезонный. Сенсibilизация к пыльцевым аллергенам (деревья ясеня и дуба).
Диагноз установлен на основании жалоб и анамнестических данных, физикального обследования.
- 2) *Общий анализ крови* (оценка эозинофильного воспаления), *общий иммуноглобулин E* в крови (определение наличия аллергического воспаления и диагностики фенотипа астмы), *специфический иммуноглобулин E* в крови (исследование уровня антител к антигенам растительного, животного и химического происхождения в крови для идентификации сенсibilизации и возможных триггерных факторов), *спирометрия* (оценка степени тяжести обструкции дыхательных путей), мониторингирование *пиковой скорости выдоха* (оценка вариабельности скорости воздушного потока).
- 3) Хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная гиперреактивность.
- 4) Купирование приступа: короткодействующий β 2-агонист + будесонид (2-4 мг) через небулайзер, преднизолон 40 мг, кислородотерапия.
Дальнейшее лечение: низкие дозы фиксированной комбинации ингаляционных глюкокортикостероидов и короткодействующего β 2-агониста «по потребности», например, Будесонид + формотерол 160/4,5 мкг.
- 5) Оценить и исключить устранимые факторы риска, которые способствуют развитию обострений, включая технику ингаляции. Рекомендуется отказ от курения, выполнение элиминационных мероприятий в отношении причинно-значимых аллергенов.