

Ситуационная задача 1.

Пациент К., 55 лет. Жалобы: на повышенную утомляемость, потливость, снижение зрения. Из анамнеза: СД 2 выявлен два года назад при профилактическом обследовании.

Из анамнеза жизни: вредные привычки: курит (10-12 сигарет в день); наследственность: у отца СД 2 типа, инфаркт миокарда (в 53 года). Ожирение с 38 лет, артериальная гипертензия с 48 лет. Проводимая терапия: Метформин 2500 мг/сут, Метопролол 100 мг/сут, Эналаприл 20 мг/сут. Данные осмотра: ИМТ— 30,2 кг/м². Окружность талии -105 см, Окружность бедер -102 см, ОТ/ОБ- 1,03. АД- 140/82 мм рт ст, ЧСС 66 в мин.

Клинический анализ крови: без особенностей. Клинический анализ мочи: глюкозурия 8,8 ммоль/л. Биохимия: Общий белок -72 г/л, Гликемия натощак -7,8 ммоль/л, Мочевина 5,8 ммоль/л, Креатинин -102 мкмоль/л, АСТ-30 ед/л, АЛТ -64 ед/л, ОХС - 5,2 ммоль/л; HbA1c – 7,8 %; МАУ -180 мг/сут. Дневник самоконтроля: натощак 8,6 ммоль/л, ч/з 2 ч п/завтрака 10,3 ммоль/л, перед обедом 7,4 ммоль/л, ч/з 2 ч п/обеда 8,7 ммоль/л, перед ужином 6,9 ммоль/л, ч/з 2 ч п/ужина 10,6 ммоль/л, перед сном 7,9 ммоль/л.

ЭКГ: ЧСС 68 в минуту. Ритм синусовый, нормальное положение ЭОС. Рубцовые изменения в передне-боковой области левого желудочка. ЭХО-КГ: Гипертрофия левого желудочка. Зона локальной гипокинезии в области передне-боковой стенки ЛЖ; Фракция выброса левого желудочка – 60%. Уплотнение и кальциноз корня аорты, представленное атеросклеротическими бляшками. УЗИ брюшной полости: признаки стеатогепатоза, диффузные изменения поджелудочной железы. Консультация окулиста: Диабетическая ретинопатия, препролиферативная форма, обоих глаз.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз заболевания (в том числе, по МКБ-10).
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования согласно стандарту оказания медицинской помощи при сахарном диабете 2 типа.
3. Составьте и обоснуйте план лечения, индивидуальные целевые показатели.
4. Критерии выбора, персонализации и коррекции лечебной тактики.
5. Тактика дальнейшего наблюдения, план мониторинга пациента, экспертиза трудоспособности, диспансерное наблюдение, профилактика осложнений

Ситуационная задача 2:

Пациентка М., 58 лет. Жалобы: на повышенную утомляемость, потливость, зуд при мочеиспускании. Гипергликемия выявлена при плановом диспансерном обследовании у терапевта. Из анамнеза жизни: за последние 4 месяца потеряла в весе 12 кг. Наследственность: у матери ожирение, СД 2 типа. Проводимая терапия: не получала. Данные осмотра: ИМТ— 28,2 кг/м². Окружность талии -91 см. АД- 150/90 мм рт ст, ЧСС – 66 уд./мин. Клинический анализ крови без патологии. Клинический анализ мочи: глюкозурия 10,8 ммоль/л. Биохимия: Общий белок -72 г/л, Гликемия натощак -8,2 ммоль/л, Мочевина 5,8 ммоль/л, Креатинин -72 мкмоль/л, АСТ-30 ед/л, АЛТ -24 ед/л, ОХС - 5,2 ммоль/л. HbA1c – 8,9 %.

Дневник самоконтроля: натощак 8,2 ммоль/л, ч/з 2 ч п/завтрака 13,3 ммоль/л, перед обедом 10,6 ммоль/л, ч/з 2 ч п/обеда 14,7 ммоль/л, перед ужином 9,9 ммоль/л, ч/з 2 ч п/ужина 12,9 ммоль/л, перед сном 11,2 ммоль/л.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз заболевания (**в том числе, по МКБ-10**).
2. Составьте и обоснуйте алгоритм дополнительного обследования.
3. Составьте и обоснуйте план лечения, индивидуальные целевые показатели.
4. Критерии выбора и персонализации лечебной тактики.
5. Тактика дальнейшего наблюдения, план мониторинга пациентки. **экспертиза трудоспособности, диспансерное наблюдение, профилактика осложнений**

Ситуационная задача 3:

Больной Н. 37 лет предъявляет жалобы на выраженную общую слабость, головокружение, снижение аппетита, выраженную мышечную слабость в конечностях и при жевании пищи. Последние 3 дня стали беспокоить тошнота в течение всего дня и боли в животе, сопровождающиеся диареей до 2 раз в сутки и несколькими эпизодами рвоты. Отмечает снижение массы тела на 8 кг за последние 3 месяца. Из анамнеза заболевания: 2 года назад проходил лечение в туберкулёзном диспансере с диагнозом «фиброзно-кавернозный туберкулез, МБТ (+), множественная лекарственная устойчивость». Абацилирован на 2 ряде препаратов. 6 месяцев назад начал отмечать постепенное нарастание общей и мышечной слабости во всем теле, появились вышеперечисленные симптомы. Объективно: общее состояние средней тяжести. Масса тела - 63 кг, рост - 169 см. Диффузная гиперпигментация кожных покровов, особенно шеи, плечей, ладонных складок. Слизистая полости рта пигментирована. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, эластичная, безболезненная. Отёков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушённые. АД - 85/60 мм рт. ст. в положении лёжа, в положении сидя - 75/45 мм рт. ст. ЧСС – 88 в минуту, пульс пониженного наполнения и напряжения. Язык влажный, слегка обложен у корня бело-серым налётом. При пальпации живота по всей поверхности отмечается умеренная болезненность. Печень и селезёнка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Клинический анализ крови: Hb 110 г/л, E_r 3,2×10¹²/л, L 10,5×10⁹/л: Э-5, П/Я -2, С/Я-44, Л-47, М-2, СОЭ - 15 мм/ч. Общий анализ мочи: уд.

вес 1018, белок 0,018 г/л. сахар, ацетон отр. Биохимические исследования: Глюкоза 3,4 ммоль/л, мочевины 6,3 ммоль/л, К 5,9 ммоль/л, Na 129 ммоль/л, С1 90 ммоль/л, Креатинин 95 ммоль/л. R-г ОГК: признаки перенесенного фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. КТ надпочечников: определяются участки кальцификации.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз (в том числе, по МКБ-10).
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения, **экспертиза трудоспособности, диспансерное наблюдение, профилактика осложнений**

Ситуационная задача 4:

Больная К., 24 лет доставлена бригадой «скорой помощи» в приемное отделение больницы в бессознательном состоянии. Бригада вызвана прохожими на улице, с их слов, внезапно потеряла сознание, отмечались судороги конечностей. При измерении сито! гликемии по глюкометру 1,2 ммоль/л. На месте фельдшером БСМП в\в введено до 100 мл 40% раствора глюкозы, однако сознание не восстановилось, в связи с чем госпитализирована. При осмотре: общее состояние крайне тяжелое, сознание отсутствует, не реагирует на речевые, световые, болевые раздражители. Запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет. Кожа и слизистые бледные, влажные, тургор кожи удовлетворительный, периферических отеков нет. Мышечный тонус и тонус глазных яблок повышен, гиперрефлексия. Температура тела 36,7°C. Дыхание в легких везикулярное, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ЧСС=пульс=100 в минуту, пульс напряжен, АД 145/80 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, печень у края реберной дуги.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз (в том числе, по МКБ-10).
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
4. Составьте и обоснуйте план ведения, терапевтические мероприятия, протокол лабораторно-инструментального мониторинга.
5. Какое осложнение возможно у пациентки? На основании каких критериев? Оцените прогноз для пациентки, **экспертиза трудоспособности, диспансерное наблюдение, профилактика осложнений** .

Ситуационная задача 5:

Женщина 36 лет обратилась в поликлинику к участковому врачу-терапевту с жалобами на выраженную общую слабость, сонливость, ухудшение памяти, сухость кожных покровов, избыточную массу тела (ИМТ - 29,2 кг/м²), отсутствие менструаций. Из анамнеза известно, что 2 года назад пациентка оперирована по поводу узлового зоба. Заместительная терапия не назначалась. При осмотре: кожные покровы сухие, бледные с желтушным оттенком. Лицо одутловатое, язык

с отпечатками зубов. АД - 105/80 мм рт. ст. По данным лабораторного обследования выявлена анемия: гемоглобин - 102 г/л, холестерин - 7,8 ммоль/л, триглицериды - 4,7 ммоль/л, глюкоза крови - 3,4 ммоль/л. На ЭКГ: брадикардия - 54 удара в минуту, низкий вольтаж зубцов.

Задание:

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз (в том числе, по МКБ-10).
2. Составьте диагностический алгоритм обследования данной пациентки.
3. Какова тактика лечения данной пациентки
4. Какова длительность назначения патогенетической терапии?
5. Тактика дальнейшего наблюдения, **экспертиза трудоспособности, диспансерное наблюдение, профилактика осложнений**

Ситуационная задача 6:

Пациентка Р., 24 лет жалуется на раздражительность, мышечную слабость, постоянное сердцебиение, снижение массы тела на 3 кг за последние 5 месяцев при повышенном аппетите, одышку при ходьбе, плаксивость. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией в семье за 3 месяца до обращения к врачу. Принимала Корвалол, Седуксен; состояние не улучшилось. В анамнезе детские инфекции, частые ангины.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела - 37,2°C. Кожные покровы влажные, тёплые на ощупь, периферических отёков нет. Умеренно выраженный двусторонний экзофтальм. Положительный симптом Розенбаха. Мелкий тремор пальцев вытянутых рук. Щитовидная железа мягко-эластичная, увеличена за счет перешейка и правой доли. При глотании свободно смещается. Ретробульбарной резистентности и диплопии не отмечается. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, 1 тон на верхушке усилен. Пульс - 118 ударов в минуту, ритмичный. АД - 155/60 мм рт. ст., патологии со стороны желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы нет.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз (в том числе, по МКБ-10)
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите тактику лечения данной больной.
5. Оценка эффективности проводимой терапии; тактика дальнейшего мониторинга пациентки, **экспертиза трудоспособности, диспансерное наблюдение, профилактика осложнений**

Ситуационная задача 7:

Пациент С., 43 года. Жалобы на сухость во рту, утомляемость, потливость, особенно

в ночное время, раздражительность, беспокойный сон, выраженную слабость по утрам, учащенное сердцебиение. Из анамнеза: СД 1 типа страдает в течение 25 лет, в дебюте кетоацидотическая кома, трижды – диабетические кетоацидозы, о частоте гипогликемических состояний ответить затрудняется. Получает инсулинотерапию: Гларгин в 22 ч – 24 Ед, Аспарт (по гликемии, ХЕ) – от 6 до 10 ЕД/на прием пищи. Данные осмотра: Рост 178 см, вес 72 кг. Кожные покровы бледные, дистальный гипергидроз, трофические изменения кожи голеней, отеки голеней, лица. АД 150/90 мм рт ст (достигнутое), ЧСС – 106 в минуту. Данные обследования: клинический анализ крови: Нв 98 г/л, по др. показателям – без особенностей. Клинический анализ мочи: глюкозурия 2+, ацетон мочи отриц., белок – 1,2 г/л. НвА1с – 7,4 %. Дневник самоконтроля: 16,6-3,8-17,9-7,4 ммоль/л. Консультация окулиста: Диабетическая ретинопатия, препролиферативная форма OS, пролиферативная OD, состояние после повторных ЛК OS.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз заболевания (**в том числе, по МКБ-10**).
2. Составьте и обоснуйте алгоритм дополнительного обследования.
3. С чем связано развитие/ отсутствие клинических проявлений у пациента?
4. Составьте и обоснуйте протокол коррекции инсулинотерапии.
5. Тактика дальнейшего наблюдения, план мониторинга пациента **экспертиза трудоспособности, диспансерное наблюдение, профилактика осложнений**.

Ситуационная задача 8:

Больная Т., 67 лет. При поступлении жалобы на слабость, сонливость, потливость, периодически – сухость во рту. Из анамнеза: страдает СД 2 типа в течение 8 лет, получает глибенкламид 5 мг/сутки. Самоконтроль не проводит, последнее измерение гликемии амбулаторно 1,5 месяца назад, 13 ммоль/л. В течение последнего месяца отмечает постепенное нарастание слабости и утомляемости. В последнее время увеличила дозу мочегонных препаратов, получаемых в антигипертензивной терапии, соблюдает ограничительный питьевой режим. При осмотре: общее состояние тяжелое, заторможена, на вопросы отвечает с трудом. Запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет. Кожа и слизистые бледные, сухие, тургор кожи снижен, периферических отеков нет. Температура тела 36,7°C. Дыхание поверхностное, ЧДД 30 в минуту. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, единичные экстрасистолы, ЧСС 96 в минуту, АД 110/70 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги. С-м «поколачивания» поясничной области отрицательный. Биохимический анализ крови: ОХС 7,3 ммоль/л, об. белок 62 г/л, креатинин 90, мочевины 10, глюкоза 34 ммоль/л, натрий 164, калий 3,6 мэкв/л, АлТ 68 Ед/л, АсТ 48 Ед/л.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз (**в том числе, по МКБ-10**).
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
4. Составьте и обоснуйте план ведения, терапевтические мероприятия.
5. Составьте и обоснуйте протокол лабораторно-инструментального мониторинга, **экспертиза трудоспособности, диспансерное наблюдение, профилактика осложнений**

Ситуационная задача 9:

Пациентка М. 30 лет обратилась к участковому врачу-терапевту с жалобами на снижение массы тела на 10 кг в течение 3-х последних месяцев, учащённые сердцебиения, особенно в состоянии покоя, ощущение дрожи в теле, раздражительность, нарушения сна, слабость. При осмотре: рост - 168 см, вес - 53 кг, ИМТ - 19 кг/м². Кожные покровы теплые, «бархатистые». Мелкий тремор тела и пальцев рук. Экзофтальм с обеих сторон, симптом Грефе положительный. Тоны сердца громкие, ритмичные, тахикардия - 120 ударов в минуту, АД - 145/70 мм рт. ст. Щитовидная железа при пальпации однородная, доли значительно больше дистальной фаланги первого пальца пациентки, изменена конфигурация шеи.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,9 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 135 г/л, лейкоциты – $6,4 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 311×10^9 /л, СОЭ – 16 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 65 г/л, альбумин – 45 г/л, общий билирубин – 14,1 мкмоль/л, креатинин – 0,09 ммоль/л, глюкоза – 5,1 ммоль/л. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 126 ударов в минуту, нормальное положение ЭОС. УЗИ щитовидной железы: объём железы - 48 мл, эхогенность обычная, структура однородная, усилен кровоток. Гормональное обследование: тиреотропный гормон - 0,005 мМЕ/л (норма 0,2-4,2 мМЕ/л), свободный тироксин - 60 пМоль/л (норма 9-22 пМоль/л).

Задание:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз **(в том числе, по МКБ-10)**
2. Обоснуйте установленный Вами диагноз.
3. Определите объём дополнительного обследования, необходимого для уточнения диагноза.
4. Определите тактику лечения, **в том числе восстановительное лечение**
5. Определите параметры контроля эффективности и безопасности терапии.

Ситуационная задача 10:

Пациент М. 48 лет на приёме у участкового врача-терапевта. Сахарный диабет 2 типа выявлен случайно при диспансеризации неделю тому назад. Медикаментозную терапию не получает. Из анамнеза: инфаркт миокарда, инсульт не переносил. Обратился к врачу для назначения лечения.

Объективно: рост - 170 см, вес - 106 кг. Индекс массы тела (ИМТ) - 37,5 кг/м². Объём талии – 120 см. Кожные покровы умеренной влажности, отложение подкожной клетчатки преимущественно в области живота. Дыхание везикулярное. Пульс - 76 ударов в минуту. Тоны сердца ритмичны, приглушены, АД - 160/90 мм рт. ст. Печень не увеличена. Отёков нет.

Представил результаты самоконтроля по глюкометру: глюкоза натощак – 7,8 ммоль/л, глюкоза через 2 часа после еды – 10 ммоль/л. HbA1c - 7,5%. Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, альбумин – 46 г/л, общий билирубин – 13,1 ммоль/л, креатинин – 80 мкмоль/л, АЛТ – 65, АСТ – 53. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) - 91 мл/мин.

Задание:

1. Сформулируйте основной клинический диагноз сахарного диабета согласно современным требованиям **(в том числе, по МКБ-10)**.
2. Обоснуйте выбор индивидуального целевого уровня гликозилированного гемоглобина у данного пациента. Определите целевые параметры гликемии у данного пациента.
3. Определите объём дополнительного обследования пациента согласно стандарту оказания медицинской помощи при сахарном диабете 2 типа.

4. Определите тактику лечения пациента.
5. Определите показатели гликемического контроля, используемые для оценки эффективности гипогликемизирующей терапии при динамическом наблюдении; целевые уровни показателей АД, липидного обмена.

Ситуационная задача 11:

Больная И. 23 лет на приёме в поликлинике жалуется на слабость, снижение работоспособности, нервозность, раздражительность, потливость, похудание, повышение аппетита, плохую переносимость тепла, учащенное сердцебиение, чувство дрожи в пальцах рук и в теле, ощущение «песка в глазах», слезотечение.

Из анамнеза – начало заболевания связывает с переутомлением. Из перенесенных заболеваний отмечает частые простуды.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы на ощупь влажные, отмечается припухлость век. Рост - 170 см., вес - 54 кг. Отмечается тремор вытянутых пальцев рук, мышечная слабость. Симптомы Грефе и Мёбиуса положительные. Щитовидная железа увеличена до II степени, эластична, однородная. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. При аускультации сердца выслушивается систолический шум, громкие тоны. ЧСС – 120 ударов в минуту. АД – 160/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный, иногда 2-3 раза в сутки.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз **(в том числе, по МКБ-10)**
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента, необходимый для подтверждения диагноза.
4. Назначьте лечение согласно стандартам оказания медицинской помощи.
5. Тактика дальнейшего наблюдения, параметры контроля эффективности и безопасности терапии, **экспертиза трудоспособности, диспансерное наблюдение, профилактика осложнений.**

Ситуационная задача 12:

Пациент Т. 53 лет. Жалобы: на сухость во рту, утомляемость, судороги в икроножных мышцах, пальцах стоп, снижение зрения, прибавку веса.

Из анамнеза: наблюдается эндокринологом по поводу СД 2 типа в течение 4 лет. Получает Метформин 2000 мг/сутки, Глибенкламид в дозе 10,5 мг/сутки. В последнее посещение эндокринолога в связи с неудовлетворительным контролем гликемии предпринята попытка коррекции сахароснижающей терапии – увеличена доза глибенкламида до 14 мг/сутки. После этого пациент отметил учащение гипогликемических состояний, а также прибавку в весе. Из анамнеза жизни: наблюдается терапевтом по поводу артериальной гипертензии; ИБС, безболевой ишемии миокарда.

Данные лабораторного обследования – HbA1c 8,4 %. Дневник самоконтроля: 7,6-13,8-4,9-14,7 ммоль/л

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз **(в том числе, по МКБ-10)**
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Определите объём дополнительного обследования пациента, консультаций специалистов согласно стандарту оказания медицинской помощи при СД 2 типа.
4. Какое осложнение/ошибка ведения возможно у пациента?
5. Предложите варианты коррекции сахароснижающей терапии согласно принципам

персонализации, обоснуйте свой выбор, **экспертиза трудоспособности, диспансерное наблюдение, профилактика осложнений**

Ситуационная задача 13:

Больной М. 44 лет на приёме у участкового врача-терапевта жалуется на быструю утомляемость, снижение памяти, сонливость, зябкость, запор, увеличение веса, снижение слуха, осиплость голоса. Из анамнеза известно, что указанные жалобы возникли 6 лет назад без видимой причины и развивались постепенно. За это время вес увеличился с 76 до 118 кг. В семейном анамнезе – у матери заболевание щитовидной железы.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост – 165 см, кожные покровы чистые, сухие, особенно на локтях, холодные на ощупь. Лицо одутловатое, бледное. Кисти пастозны. На нижних конечностях плотный отёк. Распределение жировой клетчатки равномерное. Пальпируется перешеек и обе доли щитовидной железы, больше правая; железа плотная, безболезненна. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16. Границы относительной тупости сердца: левая - 1,5 см кнаружи от средне-ключичной линии; правая – на 1,5 см кнаружи от правого края грудины. Тоны сердца резко ослаблены. Пульс - 53 в минуту, ритмичен. АД - 90/70 мм рт. ст. Язык влажный, со следами зубов. Живот увеличен за счет жировой клетчатки и вздутия. Пальпация его безболезненна. Печень не увеличена.

Лабораторные исследования: ТТГ 34 мМЕ/л (норма 0,4-4 мМЕ/л), св. Т4 – 5,6 пмоль/мл (10 -25 пмоль/л), анти-ТПО - 364 МЕ/Мл (до 30 МЕ/мл). Общий анализ крови: эритроциты $3,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $5,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 96 г/л. Холестерин крови 8,8 ммоль/л. Общий анализ мочи без патологии. Электрокардиография – снижение вольтажа зубцов, брадикардия, уплощения зубца Т.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз (**в том числе, по МКБ-10**).
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента, необходимый для подтверждения диагноза.
4. Назначьте лечение. Объем и этапность динамического наблюдения.
5. Через 3 месяца после назначения патогенетической терапии уровень ТТГ - 7,2 мМЕ/л. Ваша дальнейшая тактика, **экспертиза трудоспособности, диспансерное наблюдение, профилактика осложнений**

Ситуационная задача 14:

Пациент Т. 51 года обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сухость, жажду, частое и обильное мочеиспускание, ухудшение зрения.

Болен СД2 в течение 2 лет. Диету не соблюдал. Самоконтроль гликемии не проводил. Врача не посещал. На ночь принимал Метформин 500 мг.

При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 26 кг/м². Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 16. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

При осмотре окулистом выявлена непролиферативная ретинопатия на правом глазу. В анализах: гликемия натощак - 9,0 ммоль/л, постпрандиальная – 12 ммоль/л. Общий холестерин - 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; креатинин – 101 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕПІ) - 70,8 мл/мин; альбуминурия - 100 мг/сут.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз(в том числе, по МКБ-10).
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Предложите варианты коррекции сахароснижающей терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Препараты какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы рекомендовали бы пациенту? Обоснуйте свой выбор.

Ситуационная задача 15:

Больная Н., 70 лет. Доставлена в приемное отделение бригадой «скорой помощи», вызванной родственниками. Со слов родственников, страдает СД 2 типа в течение 10 лет, получает «какие-то таблетки». Проживала одна. При осмотре: общее состояние тяжелое, заторможена, родственников не узнает, речь нарушена (дизартрия). Запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет. Кожа и слизистые бледные, сухие, тургор кожи снижен, периферических отеков нет. Температура тела 36,7°C. Дыхание поверхностное, ЧДД 28 в минуту. В легких дыхание несколько ослаблено в нижних отделах. Тоны сердца приглушены, ЧСС 104 в минуту, АД 115/70 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги. Симптом «поколачивания» поясничной области отрицательный с обеих сторон. Биохимический анализ крови: ОХС 7,4 ммоль/л, об. белок 74 г/л, креатинин 90, мочевины 10, глюкоза 38 ммоль/л, натрий 152, калий 4,8 мэкв/л. В невростатусе: двусторонний нистагм, левосторонний гемипарез.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз(в том числе, по МКБ-10)..
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Какие особенности клинических проявлений требуют дифференциальной диагностики и с каким состоянием?
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
4. Составьте и обоснуйте план ведения, терапевтические мероприятия.
5. Составьте и обоснуйте протокол лабораторно-инструментального мониторинга, **экспертиза трудоспособности, диспансерное наблюдение, профилактика осложнений**

Ситуационная задача 16:

Больная В. 64 лет обратилась к участковому врачу-терапевту с жалобами на сухость кожных покровов, избыточный вес (ИМТ - 32), снижение температуры тела, снижение аппетита, запоры, снижение памяти, сонливость. При осмотре: кожные покровы сухие, холодные на ощупь. Отёчность лица. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС - 58 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Температура тела - 36,3°C. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под края рёберной дуги. Стул нерегулярный, склонность к запорам. По данным лабораторного обследования: общий анализ крови: гемоглобин - 104 г/л, холестерин - 9,4 ммоль/л, триглицериды - 5,5 ммоль/л, КФК – 247, АСТ -48, ТТГ - 25,3 мЕ/л.

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (в том числе, по МКБ-10).
2. Назовите наиболее вероятную причину заболевания.

3. Составьте план обследования для уточнения диагноза данной пациентки.
4. Какова тактика лечения?
5. План дальнейшего наблюдения пациентки, **экспертиза трудоспособности, диспансерное наблюдение, профилактика осложнений**

Ситуационная задача 17:

Больная Ф.30 лет, доставлена бригадой «скорой помощи» в приемное отделение больницы с жалобами на боли в грудной клетке, эпигастральной области, тошноту, рвоту. СД 1 типа страдает 7 лет, получает инсулинотерапию 60 Ед/сутки. Самоконтроль гликемии нерегулярный. Накануне госпитализации температура тела повысилась до 38°C, утром на фоне введения обычной дозы инсулина, вне связи с приемом пищи, появилась острая боль в эпигастрии, тошнота и рвота. При поступлении состояние тяжелое, в сознании, стонет от боли. Кожные покровы бледные, сухие. Температура тела 37,6°C. Дыхание поверхностное, ЧДД 30 в минуту. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Тоны сердца приглушены, ритмичные, 100 в минуту, АД 90/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен желто-коричневым налетом. Живот вздут, при пальпации резко напряжен по всей поверхности, болезнен в эпигастрии, печеночная тупость не определяется. С-м Щеткина-Блюмберга отрицательный. ОАК: Нб 118 г/л, Эр $4,2 \times 10^{12}$ /л, Л 18×10^9 /л, П 14%, С 68% Л 15%, М 2%, СОЭ 32 мм/ч. Гликемия 16 ммоль/л, рН крови 7,2. В моче ацетон ++++.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз (**в том числе, по МКБ-10**).
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте диагностическую программу. Сформулируйте принципы дифференциальной диагностики.
4. Составьте и обоснуйте план ведения, основные принципы лечения.
5. Составьте и обоснуйте протокол лабораторно-инструментального мониторинга, **экспертиза трудоспособности, диспансерное наблюдение, профилактика осложнений**.

Ситуационная задача 18:

Больная И. 54 лет обратилась на приём к врачу с жалобами на приливы жара несколько раз в день на фоне постоянного сердцебиения, бессонницу, плаксивость, непереносимость духоты. Из анамнеза известно, что за последний год после стресса похудела на 10 кг. С детства витилиго. Менструальный цикл с 15 лет до настоящего времени, регулярный, 2 беременности и 2 родов. При осмотре: состояние удовлетворительное, больная эмоционально лабильна, суетлива, мелкоразмашистый тремор век, пальцев рук. Вес - 61 кг, рост - 170 см. Кожные покровы эластичные, диффузно влажные, тёплые. Периферических отёков нет. Гиперемия шеи, зоны декольте, депигментированы кисти. ЧД - 16 в минуту. Дыхание везикулярное. Пульс - 118 в минуту. Сердечные тоны громкие, ритм правильный. АД - 130/60 мм рт.ст. Печень у края рёберной дуги. Щитовидная железа видна на глаз, при пальпации увеличена, эластична, подвижна при глотании, безболезненна. Симптомы Мебиуса, Грефе, Кохера, Краузе положительны; отёчный экзофтальм с двух сторон. Гормональные исследования: ТТГ - 0,05 мкМЕ/мл (0,3-3,2); св. Т4 - 76,2 пкмоль/л (12,3-25,6); АТ к рецепторам ТТГ - 47 МЕ/Мл (0). ЭКГ: ЧСС - 116 в минуту, ритм синусовый.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз(в том числе, по МКБ-10).
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Тактика дальнейшего наблюдения. Этапность и объем лабораторно-инструментального мониторинга, экспертиза трудоспособности, диспансерное наблюдение, профилактика осложнений

Ситуационная задача 19:

Пациент Ч., 53 года. Жалобы: на сухость во рту, общую слабость, снижение зрения, потливость, прибавку массы тела. Из анамнеза: эндокринологом не наблюдается. При плановом диспансерном обследовании терапевтом (на учете по поводу артериальной гипертензии, деформирующего остеоартроза) выявлена гипергликемия. Направлен для уточнения диагноза, определения лечебной тактики. Мать и родная тетка страдают СД 2.

Лабораторно: Гликемия натощак 6,4 ммоль/л, после еды 8,2 ммоль/л.

При проведении ПГТТ с 75 глюкозы: натощак 6,6ммоль/л , через 2 часа -11,4 ммоль/л.

Задание:

1. Сформулируйте основной клинический диагноз(в том числе, по МКБ-10)..
2. Определите объём дополнительного обследования пациента согласно стандарту оказания медицинской помощи.
3. Предложите варианты терапии пациента согласно современным рекомендациям.
4. Определите индивидуальные целевые показатели гликемического контроля; целевые уровни показателей АД, липидного обмена.
5. Тактика дальнейшего наблюдения, план мониторинга пациента,

Ситуационная задача 20:

Пациент Г., 24 года. Жалобы на сухость во рту, потливость, раздражительность, беспокойный сон, выраженную слабость по утрам, учащенное сердцебиение, прибавку массы тела, отечность, декомпенсацию гликемии. Из анамнеза: СД 1 типа страдает в течение 13 лет, в дебюте кетоацидотическая прекома, ком не было, гипогликемические состояния с частотой до 5-6 в неделю, в том числе, несколько раз тяжелые (с потерей сознания). Получает инсулинотерапию: Хумулин НПХ в 8 ч – 16 Ед, в 22 ч – 14 Ед, Хумулин Р (по гликемии, ХЕ) – от 6 до 10 ЕД/на прием пищи. В связи с утренней гипергликемией увеличил дозу НПХ в ночь до 18 Ед.

Данные обследования: клинический анализ крови: без особенностей. Клинический анализ мочи: глюкозурия 1+, ацетон мочи отриц., белок – 0,02 г/л.

Биохимия: Общий белок -71 г/л, Мочевина 6,8 ммоль/л, Креатинин -82 мкмоль/л,

АСТ-15 ед/л, АЛТ-22 ед/л, ОХС - 6,8 ммоль/л, ТГ 3,6 ммоль/л.

HbA1c – 7,4 %. Дневник самоконтроля: 19,6-5,4-16,9-10,4 ммоль/л

Консультация окулиста: Диабетическая препролиферативная ретинопатия ОУ.

Задание:

- 1.Сформулируйте основной клинический диагноз(в том числе, по МКБ-10)..
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.

4. Какое осложнение возможно у пациента? На основании каких критериев?
5. Составьте и обоснуйте протокол коррекции инсулинотерапии, **экспертиза трудоспособности, диспансерное наблюдение, профилактика осложнений**