**Занятие №1**

**Общие вопросы клинической фармакологии**

Задача №1

Пациентка М.Р., 36 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на озноб, выраженную слабость, болезненное и учащенное мочеиспускание.

Из анамнеза известно, что пациентка страдает язвенной болезнью желудка, которая обостряется на фоне эмоциональных переживаний.

Объективно: состояние удовлетворительно. Кожный покров обычной окраски. Температура тела 37,80С. Л/у доступные пальпации безболезненный, не увеличены. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптом поколачивания положительный справа. Мочеиспускание болезненное, учащенное, малыми порциями.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,5×1012/л, Hb – 136 г/л, цветовой показатель –0,9, тромбоциты – 210×109/л, лейкоциты – 9,9×109 /л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 24%, моноциты – 6%, СОЭ – 30 мм/ч.

Биохимические показатели: глюкоза крови – 3,6 ммоль/л, билирубин общий – 11,4 мкмоль/л, АЛТ – 16 Ед/л, АСТ – 19 Ед/л, креатинин – 50 мкмоль/л, мочевина – 3,1 ммоль/л, общий белок – 70 г/л, общий холестерин – 4,1 ммоль/л.

Общий анализ мочи: уд.вес – 1018, белок – 0,033 г/л, сахар – отр., лейкоциты – 20-25 в п/зр., эритроциты – 10-12 в п/зр.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 98 в минуту. ЭОС не отклонена.

На ФГДС: рубцовая деформация луковицы 12 п.к.

С учетом вышеперечисленных данных, пациентке был назначен ципрофлоксацин в дозе 250 мг\*2 раза в сутки, алмагель А по 1 ложке\*3 раза в день за 30 минут до еды. Через 5 дней приема ципрофлоксацина у пациентки сохраняется субфебрильная лихорадка – 37,30С, поллакиурия. В клиническом анализе мочи – лейкоцитурия, бактериурия. По данным бактериологического анализа мочи выделена Escherichia coli в титре 107, чувствительная к ципрофлоксацину.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз;

2. Какая наиболее вероятная причина неэффективности проводимой терапии?

3.Каков тип, уровень и механизм возможного межлекарственного взаимодействия?

4.Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия?

5. Какие еще лекарственные средства могут взаимодействовать с ципрофлоксацином по подобному механизму?

Задача №2

Пациент Х.Х., 63 лет, поступил в стационар с жалобами на кашель с отхождением мокроты зеленого цвета, озноб, одышку при ходьбе, выраженную слабость.

Из анамнеза известно, что 6 месяцев назад перенес инфаркт миокарда – было проведено стентирование ЛКА, тогда же диагностирована постоянная форма фибрилляции предсердий. Страдает АГ с максимальным уровнем АД 180/100 мм рт.ст. Пациент регулярно принимает эналаприл 20 мг\*2 раза в день, бисопролол 5 мг\*1 раз в день, пектрол 40 мг\*1 раз в день, дигоксин 0,125 мг\*2 раза в день, аспирин 100 мг\*1 раз в день, торасемид 5 мг\*1 раз в день, предуктал 35 мг\*2 раза в день. Курит по 1 пачке сигарет в день – 40 лет.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожный покров умеренной бледный, влажный. В легких жесткое дыхание, сухие рассеянные хрипы, ЧДД 22 в минуту Тоны сердца аритмичные, приглушенные, акцент II тона над аортой. ЧЖС 88, пульс 80 в минуту, АД 150/90 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет асцита. Отеки голеней и стоп.

Общий анализ крови: эритроциты – 2,5×1012/л, Hb – 100 г/л, цветовой показатель –0,9, тромбоциты – 150×109/л, лейкоциты – 7,9×109 /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 17 мм/ч.

Биохимические показатели: глюкоза крови – 4,5 ммоль/л, билирубин общий – 27,5 мкмоль/л, АЛТ – 77 Ед/л, АСТ – 89 Ед/л, креатинин – 170 мкмоль/л, мочевина – 8,3 ммоль/л, общий белок – 72 г/л, общий холестерин – 6,7 ммоль/л.

Общий анализ мочи: уд.вес – 1018, белок – отр. г/л, сахар – отр, лейкоциты – 5-6 в п/зр., эритроциты – 3-7 в п/зр.

На ЭКГ: фибрилляция предсердий с ЧЖС 98-72 в минуту. ЭОС отклонена влево. Рубцовые изменения переднеперегородочной области ЛЖ.

В связи с острым бронхитом пациенту назначен эритромицин 500 мг\*4 раза в сутки. На 5 день приема эритромицина пациент отметил снижение аппетита, тошноту. На ЭКГ-фибрилляция предсердий, частая желудочковая экстрасистолия. Уровень дигоксина в плазме крови – 3 мкг/л.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз;

2. Какая наиболее вероятная причина возникновения желудочковой экстрасистолии?

3.Каков тип, уровень и механизм возможного межлекарственного взаимодействия?

Задача №3

Пациентка Н.А., 67 лет, находится на лечении в нефрологическом отделении. При осмотре предъявляет жалобы на упорные головные боли в затылочной области, тошноту, мелькание «мушек» перед глазами, зуд по всему телу, выраженную слабость.

Из анамнеза известно, что пациентка страдает поликистозом почек. Последние 5 лет находится на диспансерном учете по поводу артериальной гипертонии.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожный покров бледный с белесоватым налетом, сухой, следы расчесов на спине, животе, бедрах. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 22 в минуту Тоны сердца ритмичные, приглушенные, акцент II тона над аортой. ЧСС 80, пульс 80 в минуту, АД 190/90 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет асцита. Отеки голеней и стоп.

Общий анализ крови: эритроциты – 2,5×1012/л, Hb – 78 г/л, цветовой показатель –0,9, тромбоциты – 100×109/л, лейкоциты – 6,9×109 /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 58%, лимфоциты – 34%, моноциты – 3%, СОЭ – 45 мм/ч.

Биохимические показатели: глюкоза крови – 4,5 ммоль/л, билирубин общий – 8,5 мкмоль/л, АЛТ – 44 Ед/л, АСТ – 46 Ед/л, креатинин – 280 мкмоль/л, мочевина – 11,7 ммоль/л, общий белок – 60 г/л, общий холестерин – 9,7 ммоль/л.

Общий анализ мочи: уд.вес – 1008, белок – 1,5. г/л, сахар – отр, лейкоциты – 5-6 в п/зр., эритроциты – 3-7 в п/зр.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 78 в минуту. ЭОС отклонена влево. Нарушение процессов реполяризации по нижней стенке ЛЖ.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз;

2. На какие особенности пациента следует обращать внимание при выборе медикаментозной терапии?

3. Назначьте схему лечения с учетом всех сопутствующих патологий и фармакологических свойств лекарственных средств?

Задача №4

Пациентка Э.Ж., 56 лет, поступила в приемное отделение ЦРБ с жалобами на головокружение, потливость, выраженную слабость, тремор рук.

Пациентка много лет страдает сахарным диабетом, по поводу которого принимает глибенкламид 3,5 мг\*2 раза в сутки внутрь (перед завтраком и перед ужином). Сегодня начала инсулинотерапию по назначению эндокринолога, спустя 20 минут после инъекции, появились вышеуказанные жалобы. Родственники вызвали бригаду скорой медицинской помощи, которой и была доставлена в больницу.

Объективно: состояние средней степени тяжести. ИМТ=42. Кожный покров обычной окраски, повышенной влажности. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД 80/50 мм рт.ст., ЧСС 96 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Во время проведения осмотра пациентку попросили встать, после чего она начала медленно сползать по стенке. Пациентку уложили и дали понюхать нашатырный спирт.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,4×1012/л, Hb – 118 г/л, цветовой показатель –0,9, тромбоциты – 220×109/л, лейкоциты – 7,2×109 /л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты – 26%, моноциты – 4%, СОЭ – 18 мм/ч.

Биохимические показатели: глюкоза крови – 2,2 ммоль/л, билирубин общий – 14,8 мкмоль/л, АЛТ – 32 Ед/л, АСТ – 36 Ед/л, креатинин – 130 мкмоль/л, мочевина – 4,6 ммоль/л, общий белок – 68 г/л, общий холестерин – 6,7 ммоль/л.

Общий анализ мочи: уд.вес – 1018, белок – 0,9. г/л, сахар – 3 ммоль/л, лейкоциты – 10-16 в п/зр., эритроциты – 0-3 в п/зр.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 118 в минуту. ЭОС не отклонена. Неполная блокада ПНПГ.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз;

2. С какой целью пациентке дали нашатырный спирт? Какой вид действия нашатырный спирт оказывает на организм?

3. Объясните состояние пациентки с точки зрения клинической фармакологии ЛС?

4. Назначьте схему лечения с учетом всей сопутствующей патологии и фармакологических свойств лекарственных средств?

Задача №5

Пациентка У.Ю., 66 лет, поступила в приемное отделение ЦРБ с жалобами на резкие режущие диффузные боли в животе. Отсутствие стула в течение 4-х дней.

Пациентка много лет страдает сахарным диабетом, по поводу которого принимает глибенкламид 3,5 мг\*2 раза в сутки внутрь (перед завтраком и перед ужином). В анамнезе АГ с максимальным уровнем АД 150/110 мм рт.ст. – принимает лизиноприл 10 мг\*1 раз в сутки.

Объективно: состояние средней степени тяжести. ИМТ=36. Кожный покров обычной окраски и влажности. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД 160/80 мм рт.ст., ЧСС 120 в минуту. Живот при пальпации жесткий, болезненный во всех отделах. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул нет 4 дня, газы не отходят.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,4×1012/л, Hb – 128 г/л, цветовой показатель –0,9, тромбоциты – 250×109/л, лейкоциты – 12,8×109 /л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 12%, сегментоядерные нейтрофилы – 61%, лимфоциты – 20%, моноциты – 4%, СОЭ – 40 мм/ч.

Биохимические показатели: глюкоза крови – 4,2 ммоль/л, билирубин общий – 16,8 мкмоль/л, АЛТ – 44 Ед/л, АСТ – 44 Ед/л, креатинин – 100 мкмоль/л, мочевина – 5,4 ммоль/л, общий белок – 68 г/л, общий холестерин – 4,7 ммоль/л.

Общий анализ мочи: уд.вес – 1018, белок – 1,9. г/л, сахар – отр. ммоль/л, лейкоциты – 5-7 в п/зр., эритроциты – 1-3 в п/зр.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 120 в минуту. ЭОС не отклонена.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз;

2. Назначьте схему лечения с учетом всей сопутствующей патологии и фармакологических свойств лекарственных средств?

3. Опишите механизм действия препаратов сульфанилмочевины.

Задача 6

Пациент Л.Б., 47 лет, поступил в кардиологическое отделение ГКБ с жалобами на учащенное сердцебиение, чувство нехватки воздуха, отеки голеней и стоп, слабость, а также боль в суставах стоп.

Из анамнеза известно, что пациент страдает РБС и постоянной формой фибрилляции предсердий. В начале 2020 года проведено протезирование митральным клапаном. С тех пор пациент принимает варфарин в дозе 7,5 мг в сутки (по данным коагулограммы MHO=3), эгилок 25 мг\*1 раз в день, верошпирон 50 мг\*1 раз в день. В 2017 году в пациента выявлена подагра – регулярного лечения не принимал.

Объективно: состояние средней степени тяжести. ИМТ=40. Кожный покров обычной окраски и влажности. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца приглушенные, аритмичные, АД 140/70 мм рт.ст., ЧЖС 100, пульс 92 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,4×1012/л, Hb – 138 г/л, цветовой показатель –1,0, тромбоциты – 220×109/л, лейкоциты – 11,6×109 /л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты – 24%, моноциты – 5%, СОЭ – 55 мм/ч.

Биохимические показатели: глюкоза крови – 4,2 ммоль/л, билирубин общий – 16,8 мкмоль/л, АЛТ – 44 Ед/л, АСТ – 44 Ед/л, креатинин – 180 мкмоль/л, мочевина – 5,4 ммоль/л, общий белок – 68 г/л, общий холестерин – 4,7 ммоль/л, мочевая кислота – 520 мкмоль/л.

Общий анализ мочи: уд.вес – 1018, белок – 1,3. г/л, сахар – отр. ммоль/л, лейкоциты – 5-7 в п/зр., эритроциты – 1-3 в п/зр.

На ЭКГ: фибрилляция предсердий с ЧЖС 120 в минуту. Горизонтальное положение ЭОС. Полная блокада ПНПГ.

В связи с обострением подагрического артрита назначен фенилбутазон. Через 2 дня у пациента возникло носовое кровотечение, макрогематурия, по данным коагулограммы МНО-6.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз;

2. Объясните причину возникновения симптомов декомпенсации сердечной деятельности (тахикардия, одышка, отеки), несмотря на проводимое лечение?

3. Объясните причину возникновения кровотечений при неизменной дозе варфарина?

4. Назначьте схему лечения с учетом всей сопутствующей патологии и фармакологических свойств лекарственных средств?

Задача №7

Женщина А.В., 32 лет, пришла в женскую консультацию для проведения аборта на сроке 8 недель.

Из анамнеза известно, что женщина более 3-х лет принимает гормональный контрацептив три-регол. Около 2 месяцев назад у нее был выявлен урогенитальный хламидиоз, в связи с чем ей был назначен доксициклин 100 мг\*2 раза в сутки в течение 14 дней. Через 1 месяц после начала антибактериальной терапии женщина забеременела.

Вопросы:

1. Какая наиболее вероятная причина устранения контрацептивного эффекта у данной пациентки?

2. Каков тип, уровень и механизм возможного межлекарственного взаимодействия?

3. Какие еще лекарственные средства могут взаимодействовать с доксициклином по подобному механизму?

Задача №8

Пациентка М.П., 48 лет, была доставлена бригадой СМП в приемный покой ГБУЗ ГКБ с жалобами на головокружение, эпизоды потери сознания, выраженную слабость.

Из анамнеза известно, что пациентка с 20 лет страдает АГ с максимальным уровнем АД 190/110 мм рт.ст. – регулярно принимает эгилок 25 мг\*2 раза в день. С 47 лет – менопауза, с наступлением которой появились жалобы на снижение настроение, чувство тревоги, плохой сон – пациентке был назначен флуоксетин в дозе 20 мг\*2 раза в сутки.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожный покров обычной окраски и влажности. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД 100/50 мм рт.ст., ЧСС 42 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: эритроциты – 3,5×1012/л, Hb – 126 г/л, цветовой показатель –1,0, тромбоциты – 250×109/л, лейкоциты – 4,8×109 /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 54%, лимфоциты – 40%, моноциты – 2%, СОЭ – 16 мм/ч.

Биохимические показатели: глюкоза крови – 4,0 ммоль/л, билирубин общий – 12,2 мкмоль/л, АЛТ – 36 Ед/л, АСТ – 38 Ед/л, креатинин – 60 мкмоль/л, мочевина – 4,4 ммоль/л, общий белок – 76 г/л, общий холестерин – 4,0 ммоль/л.

Общий анализ мочи: уд.вес – 1022, белок – отр. г/л, сахар – отр. ммоль/л, лейкоциты – 3-5 в п/зр., эритроциты – 1-2 в п/зр.

На ЭКГ: брадикардия с ЧСС 44 в минуту. Горизонтальное положение ЭОС. Полная АВ-блокада.

Вопросы:

1. Какая наиболее вероятная причина развития гипотонии, брадикардии и A-V- блокада III степени;

2. Каков тип, уровень и механизм возможного межлекарственного взаимодействия;

3. Какие еще лекарственные средства могут взаимодействовать с метопрололом по подобному механизму?

4. Предложите дальнейшую тактику ведения пациента.

Задача №9

Пациентка О.Ч., 34-х лет, вызвала бригаду скорой медицинской помощи с жалобами на резкую головную боль, тошноту, рвоту, “мелькание мушек” перед глазами, учащенное мочеиспускание.

Врачами СМП зарегистрировано АД 220/140 мм рт.ст. Пациентке дана таблетка нифедипина 10 мг под язык и выполнена внутривенная инъекция магния сульфата.

Через 30 минут состояние пациентки не улучшилось, в связи с чем она доставлена в приемный покой ГКБ.

Более 10 лет наблюдается у кардиолога по поводу артериальной гипертонии. Максимальный уровень зафиксированного АД составил от 160/90 мм рт.ст. – лечится нерегулярно. Аллергии на лекарственные вещества не наблюдала.

Объективно: кожный покров влажный, лицо гиперемировано. Л/у доступные пальпации, не увеличены, при пальпации безболезненные. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент II тона над аортой, ЧСС 100 ударов в минуту, АД 200/110 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное, учащенное – моча бесцветная. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей. Отеков нет.

Общий анализ крови: эритроциты – 5,5×1012/л, Hb – 146 г/л, цветовой показатель –1,0, тромбоциты – 270×109/л, лейкоциты – 3,8×109 /л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 26%, моноциты – 6%, СОЭ – 18 мм/ч.

Биохимические показатели: глюкоза крови – 4,1 ммоль/л, билирубин общий – 12,2 мкмоль/л, АЛТ – 36 Ед/л, АСТ – 38 Ед/л, креатинин – 100 мкмоль/л, мочевина – 2,8 ммоль/л, общий белок – 76 г/л, общий холестерин – 4,7 ммоль/л.

Общий анализ мочи: уд.вес – 1010, белок – 0,033 г/л, сахар – отр. ммоль/л, лейкоциты – 3-5 в п/зр., эритроциты – 1-2 в п/зр.

На ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 136 в минуту. Вертикальное положение ЭОС. ГЛЖ. Полная блокада ЛНПГ.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз;

2. Объясните выбор лекарственной помощи врачей СМП с точки зрения фармакокинетики и фармакодинамики ЛС;

3. Объясните причины гиперемии лица, учащенного сердцебиения, учащенного мочеиспускания у данной пациентки;

4. Составьте план лечения пациентки, опираясь на КФ лекарственных средств;

Задача №10

Пациент Т.Н., 46 лет, обратился в поликлинику к участковому терапевту с жалобами на сдавливающие боли в поясничном отделе позвоночника, вынужденное положение, иррадиирущие боли в ноги, усиливающие при ходьбе.

5дней назад пациент поднял тяжелую трубу на работе, после чего возникли вышеперечисленные жалобы. В течение 2-х дней дома принимал кеторол 6-7 таблеток за день, для снятия боли.

Со слов пациента, медицинский анамнез не отягощен.

Объективно: кожный покров обычной окраски и влажности. Дыхание в легких везикулярное хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 88 в минуту, АД 140/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Пальпация паравертебральных точек, в поясничном отделе позвоночника, резко болезненна. Наклоны туловища в стороны затруднены из-за выраженного болевого синдрома. Мочеиспускание свободное, регулярное, безболезненное.

ОАК, ОАМ, БАК – без патологий.

Пациенту назначены витамины группы В, НПВС, диуретики (фуросемид).

Через 7 дней пациент поступил в п/а ЦРБ с жалобами на выраженную слабость, холодный пот, мелькание «мушек» перед глазами и рвоту кофейной гущей.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз;

2. Объясните назначения участкового терапевта с точки зрения фармакологических особенностей ЛС;

3. Объясните, что случилось с пациентом спустя 7 дней от начала лечения;

4. Составьте план дальнейшего лечения пациента, опираясь на КФ лекарственных средств.

Задача №11

В эндокринологическое отделение поступила женщина 62 лет. Сама она никаких жалоб не предъявляет. Со слов дочери, за последние 6 месяцев ее мама очень изменилась: она набрала в весе (ИМТ=38), стала мало разговаривать, постоянно спит и постоянно подавлена.

Из анамнеза известно, что пациентка страдает гипотиреозом, но 2 месяца назад перестала принимать ЛС по причине их высокой стоимости. С 2015 года находится под наблюдением кардиолога по поводу гипертонической болезни. Ранее лечилась регулярно приемом эналаприла, метопролола, аспирина и гипотиазида. Однако в последнее время перестала принимать лекарственные препараты и следить за уровнем АД.

Объективно: состояние тяжелое. Пациентка заторможена. Кожный покров сухой, тургор снижен. Дыхание в легких везикулярное, в н/о ослабленное, хрипов не слышу, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушенные, акцент II тона над аортой. ЧСС 54 в минуту, АД 170/120 мм рт.ст. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Параорбитальные отеки, лицо одутловато. Запоры – последний стул 4 дня назад.

Общий анализ крови: эритроциты – 3,4×1012/л, Hb – 116 г/л, цветовой показатель –0,9, тромбоциты – 200×109/л, лейкоциты – 5,2×109 /л, эозинофилы – 4%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты – 27%, моноциты – 2%, СОЭ – 28 мм/ч.

Биохимические показатели: глюкоза крови – 3,1 ммоль/л, билирубин общий – 22,2 мкмоль/л, АЛТ – 98 Е/л, АСТ – 96 Е/л, креатинин – 80 мкмоль/л, мочевина – 7,8 ммоль/л, общий белок – 62 г/л, общий холестерин – 7,2 ммоль/л.

Общий анализ мочи: уд.вес – 1018, белок – 0,033 г/л, сахар – отр., ммоль/л, лейкоциты – 3-5 в п/зр., эритроциты – 1-2 в п/зр.

На ЭКГ: синусовая брадикардия с ЧСС 46 в минуту. Горизонтальное положение ЭОС. АВ-блокада I степени.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз;

2. Составьте план дальнейшего лечения пациента, опираясь на КФ лекарственных средств.

3. Объясните фармакокинетические и фармакодинамические особенности основной группы ЛС, показанных данной пациентке;

4. Объясните выбор медикаментозной терапии с учетом фармакологических особенностей препаратов и сопутствующей патологии пациентки.

Задача №12

Пациент Ф.А., 66 лет, обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на учащенное сердцебиение, перебои в работе сердца, чувство нехватки воздуха, отеки ног, слабость.

Из анамнеза известно, что 1 год назад у пациента была диагностирована постоянная форма фибрилляции предсердий. Из всех назначенных препаратов пациент принимал только дигоксин в дозе 0,125 мг\*2 раза в сутки. Также страдает ИБС и АГ.

При осмотре кожный покров обычной окраски и влажности. Доступные пальпации л/у не увеличены, безболезненны. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧДД 22 в минуту. Тоны сердца приглушенные, аритмичные, ЧЖС 120 в минуту, пульс 106 в минуту, АД 180/100 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурических явлений нет.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,7×1012/л, Hb – 136 г/л, цветовой показатель –0,9, тромбоциты – 270×109/л, лейкоциты – 6,0×109 /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 68%, лимфоциты – 28%, моноциты – 1%, СОЭ – 32 мм/ч.

Биохимические показатели: глюкоза крови – 5,1 ммоль/л, билирубин общий – 18,2 мкмоль/л, АЛТ – 50 Ед/л, АСТ – 46 Ед/л, креатинин – 140 мкмоль/л, мочевина – 4,4 ммоль/л, общий белок – 68 г/л, общий холестерин – 6,6 ммоль/л.

Общий анализ мочи: уд.вес – 1014, белок – 1,0 г/л, сахар – отр. ммоль/л, лейкоциты – 7-10 в п/зр., эритроциты – 3-9 в п/зр.

На ЭКГ: фибрилляция предсердий с ЧЖС 96-156 в минуту. ЭОС отклонена влево. Признаки ГЛЖ.

Участковый терапевт добавил пациенту верапамил 40 мг\*3 раза в день. Через 4 дня пациент поступает в кардиологическое отделение с жалобами на эпизоды потери сознания, тошноту, рвоту. На ЭКГ фибрилляция предсердий с ЧЖС 44-56 в минуту, АВ-блокада II ст., Мобитц 1. Депрессия сегмента ST во всех отведениях. Уровень дигоксина в плазме крови составил 4 мкг/л.

Вопросы:

1.Какая наиболее вероятная причина возникновения симптомов гликозидной интоксикации у данного пациента?

2. Предложите дальнейшую тактику ведения пациента;

3. Напишите показания и противопоказания к использованию дигоксина.

Задача №13

Молодая женщина З.Г., 22 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на сухой приступообразный кашель, который усиливается ближе к вечеру, озноб, повышение температуры тела до 37,50С.

Медицинский анамнез не отягощен, однако, известно, что 1 месяц назад женщина родила здорового ребенка 8 баллов по шкале Апгар.

При осмотре кожный покров обычной окраски и влажности. Л/у, доступные пальпации, не увеличены, безболезненны. Температура тела 37,80С. Дыхание в легких жесткое, сухие хрипы. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 82 в минуту, АД 120/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание не нарушены. Отеков нет.

В ОАК – незначительный лейкоцитоз, СОЭ 26 мм/ч. Остальные показатели БАК, ОАМ в пределах нормы.

Участковый терапевт назначил женщине нобазит 500 мг\*3 раза в день, ципрофлоксацин 500 мг\*2 раз в день, Коделак 1 таб.\*2 раза в день. Через 3 дня пациентка отметила улучшение состояния здоровья: температура нормализовалась, кашель исчез. Однако, у ребенка, которого она кормила грудь, появилась сыпь по всему тела, задержка стула 2 дня, вялость, сужение зрачков.

С данными симптомами молодая мама обратилась к участковому педиатру.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз маме ребенка;

2. Поставьте предварительный диагноз ребенку;

3. Напишите схему лечения недуга для кормящей женщины;

4. Укажите возможную причину развития симптомов у грудного ребенка?

5. Какое смертельное осложнение могло развиться у ребенка?

Задача №14

Пациент А.М., 54 лет, поступил на лечение в терапевтическое отделение ЦРБ по поводу декомпенсации сердечной деятельности, развившейся на фоне дилатационной кардиомиопатии.

Из анамнеза известно, что диагноз ДКМП был установлен 2 года назад, когда у пациента была выявлена фибрилляция предсердий. С тех пор, пациент регулярно принимал эналаприл 20 мг в сутки, верошпирон 50 мг в сутки, фуросемид 40 мг\*2-3 раза в неделю. 6 месяцев назад пациент был пролечен в хирургическом отделении по поводу тромбоза большеберцовой вены справа.

Объективно: состояние средней степени тяжести. ИМТ=36. Дыхание в легких везикулярное, в н/о не прослушивается, ЧДД 22 в минуту. Тоны сердца приглушенные, аритмичные, ЧЖС 88 в минуту, пульс 78 в минуту. АД 110/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлаву: 13-11-10 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурических явлений нет. Отеки стоп и голеней.

Общий анализ крови: эритроциты – 2,4×1012/л, Hb – 86 г/л, цветовой показатель –0,9, тромбоциты – 210×109/л, лейкоциты – 6,4×109 /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 56%, лимфоциты – 35%, моноциты – 6%, СОЭ – 32 мм/ч.

Биохимические показатели: глюкоза крови – 5,1 ммоль/л, билирубин общий – 28,2 мкмоль/л, АЛТ – 54 Ед/л, АСТ – 58 Ед/л, креатинин – 130 мкмоль/л, мочевина – 6,0 ммоль/л, общий белок – 64 г/л, общий холестерин – 5,6 ммоль/л.

Общий анализ мочи: уд.вес – 1016, белок – 0,3 г/л, сахар – отр. ммоль/л, лейкоциты – 7-10 в п/зр., эритроциты – 3-5 в п/зр.

На ЭКГ: фибрилляция предсердий с ЧЖС 74-136 в минуту. ЭОС отклонена влево. Признаки ГЛЖ.

На рентгенограмме грудной клетки: двусторонняя нижнедолевая пневмония, вероятно, застойного характера. Эмфизема легких. Мышечные изменения миокарда.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз;

2. Составьте схему лечения пациента, следую последним рекомендациям, а также учитывая, механизмы и типы межлекарственного взаимодействия;

3. Существует ли возможность проведения фармакогенетического тестирования в данном случае?

4. В каком именно фармакогенетическом тесте необходимо, чтобы провизор порекомендовал больному проконсультироваться с врачом?

5. Какая доза варфарина должна быть назначена врачом при выявлении у больного генотипа CYP2C9\*1/\*3, соответствующего «медленному метаболизатору»?

Задача №15

В хирургическое отделение ГКБ поступил пациент В.С., 44 лет, с жалобами на нестерпимые боли в животе, повышение температуры тела до 38,50С, отсутствие стула.

Из анамнеза известно, что 9 дней назад пациенту была выполнена холецистэктомия по поводу желчекаменной болезни.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,1×1012/л, Hb – 126 г/л, цветовой показатель –0,9, тромбоциты – 220×109/л, лейкоциты – 14,6×109 /л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 12%, сегментоядерные нейтрофилы – 68%, лимфоциты – 10%, моноциты – 8%, СОЭ – 42 мм/ч.

Биохимические показатели: глюкоза крови – 4,3 ммоль/л, билирубин общий – 16,1 мкмоль/л, АЛТ – 34 Ед/л, АСТ – 36 Ед/л, креатинин – 74 мкмоль/л, мочевина – 4,0 ммоль/л, общий белок – 60 г/л, общий холестерин – 4,6 ммоль/л.

Общий анализ мочи: уд.вес – 1018, белок – отр. г/л, сахар – отр. ммоль/л, лейкоциты – 5-7 в п/зр., эритроциты – 1-2 в п/зр.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 100 в минуту. Вертикальное положение ЭОС.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз пациенту;

2. Какие группы АБ Вы будете рекомендовать пациентам и почему?

3. Какие побочные эффекты можно ждать от назначенной Вами терапии и как их предупредить?

Задача №16

Пациентка М.А., 38 лет, поступила в терапевтическое отделение ЦРБ с жалобами

на интенсивные боли после приема пищи в эпигастральной области через 30-60 минут и проходящих через 1-2 часа, изжогу, тошноту, однократную рвоту на высоте болей, приносящую облегчение.

Из анамнеза известно, что пациентка страдает эпилепсией и регулярно принимает фенобарбитал 100 мг\*2 раза в сутки. На фоне лечения в течение 6 месяцев приступов не было.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Астеник, пониженного питания (ИМТ=18). Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 70 удара в минуту. АД 120/80 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 74 удара в минуту. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, симптом Менделя положительный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневный, оформленный, без патологических примесей.

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты – 4,2×1012/л, лейкоциты – 6,5×109/л, тромбоциты – 240×109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 30%, моноциты – 8%, СОЭ – 10 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген – 2,9 г/л, общий белок – 68 г/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок, цилиндры, соли – не определяются.

ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперемирована, складки обычной формы и размеров, в кардиальном отделе по большой кривизне определяется язвенный дефект 1,0-1,5 см, с ровными краями, неглубокий, дно прикрыто фибрином. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, слизистая бледнорозового цвета. Выявлен Helicobacter pylori.

Пациентке назначено следующее лечение: омепразол 40 мг\*2 раза в сутки, кларитромицин 500 мг\*2 раза в сутки, амоксициллин 500 мг\*4 раза в сутки, линекс 1 кап. в день.

Через 10 дней терапии у пациентки возник приступ генерализованных тонико-клонических судорог, при этом по данным терапевтического лекарственного мониторинга, минимальная равновесная концентрация фенобарбитала составляла 2 мг/л.

Вопросы:

1.Какая наиболее вероятная причина снижение противосудорожной эффективности терапии фенобарбитала?

2.Каков тип, уровень и механизм возможного межлекарственного взаимодействия?

3.Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия?

4.Какие еще лекарственные средства могут взаимодействовать с фенобарбиталом по подобному механизму?

5.Предложите дальнейшую тактику ведения пациента.

Задача №17

Пациентка У.Л., 50 лет, поступила в ревматологическое отделение ЦРБ с жалобами на выраженную утреннюю скованность, практически, до обеда, боль в мелких суставах кистей, головокружение, одышку в покое, слабость.

Из анамнеза известно, что пациентка страдает ревматоидным артритом. Принимала в течение 3 месяцев метотрексат 15 мг 1 раз в неделю, диклофенак в виде ретардированной формы 50 мг 1 раз в сутки. В связи с усилением болевого синдрома доза диклофенака увеличена до 150 мг 1 раз в сутки. Через 2 недели отметила усиление скованности и боли в суставах кистей, появились слабость, головокружение, головная боль, одышка.

Объективно: состояние средней степени тяжести. ИМТ=20. Кожный покров и видимые слизистые бледные, сухие. Петехиальная сыпь на живота, бедрах, гематомы по всему телу. Пальцы и суставы кистей деформированы, кожа над суставами тока, горячая. Дыхание в легких везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 22 в минуту. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 88 в минуту, АД 150/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлаву: 13-11-10 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурических явлений нет. Отеков нет.

Общий анализ крови: эритроциты – 2,0×1012/л, Hb – 72 г/л, цветовой показатель –0,7, тромбоциты – 50×109/л, лейкоциты – 2,4×109 /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 56%, лимфоциты – 35%, моноциты – 6%, СОЭ – 15 мм/ч.

Биохимические показатели: глюкоза крови – 3,1 ммоль/л, билирубин общий – 8,2 мкмоль/л, АЛТ – 12 Ед/л, АСТ – 14 Ед/л, креатинин – 50 мкмоль/л, мочевина –4,0 ммоль/л, общий белок – 50 г/л, общий холестерин – 3,6 ммоль/л.

Общий анализ мочи: уд.вес – 1016, белок – 0,3 г/л, сахар – отр. ммоль/л, лейкоциты – 7-10 в п/зр., эритроциты – 3-5 в п/зр.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 88 в минуту. ЭОС отклонена влево. Признаки ГЛЖ.

Вопросы:

1. Какая наиболее вероятная причина миелотоксичности?

2. Каков тип, уровень и механизм возможного межлекарственного взаимодействия?

3. Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия?

4. Какие еще лекарственные средства могут взаимодействовать с метотрексатом по подобному механизму?

5. Предложите дальнейшую тактику ведения пациента.

**Занятие №2**

**Клиническая фармакология гипотензивных, антиангинальных, антитромбоцитарных и холестеринснижающих лекарственных средств**

Задача №1

Пациент С.К., 58 лет, обратился в приемный покой ЦРБ с жалобами на давящие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, возникшие после физической нагрузки (красил забор на даче), чувство нехватки воздуха, сердцебиение, слабость. Боли беспокоят в течении 1 часа.

Из анамнеза известно, много лет страдает артериальной гипертонией с максимальным подъемом АД до 170/120 мм рт.ст., лечится нерегулярно приемом амлодипина. Курит много лет по 2 пачки сигарет в сутки. 2 года назад лечился по поводу язвенной болезни желудка. В 2005 году проведена холецистэктомия по поводу желчекаменной болезни. Аллергии на лекарственные препараты не отмечал.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура 36,6°С. Кожный покров бледный, влажный. Рост – 175 см, вес – 113 кг. В лёгких при аускультации везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах. ЧДД 22 в минуту. При аускультации – ритм сердца правильный, акцент II тона над аортой, шумов нет, ЧСС 98 ударов в минуту, АД 170/110 мм рт. ст. (D=S). При осмотре живот симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный. Печень по Курлову – 13×10×9 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Отеки голеней и стоп.

Общий анализ крови: эритроциты – 3,7×1012/л, Hb – 148 г/л, цветовой показатель – 0,9, тромбоциты – 270×109/л, лейкоциты – 11,0×109 /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 22 мм/ч.

Биохимические показатели: глюкоза крови: 8:00 – 9,5 ммоль/л, 13:00 – 11,0 ммоль/л, 22:00 – 12,9 ммоль/л, гликозилированный гемоглобин – 10,3%, билирубин общий – 20,8 мкмоль/л, АЛТ – 69 Ед/л, АСТ – 45 Ед/л, натрий – 137 ммоль/л, калий – 4,3 ммоль/л, креатинин – 144 мкмоль/л, мочевина – 7,3 ммоль/л, общий белок – 76 г/л, общий холестерин – 7,5 ммоль/л, тропонин Т – 2000 нг/л.

На ЭКГ: зубец Q отсутствует, подъем сегмента ST на 2 мм в I, II, AVL, V5-V6 отведениях –изоэлектрическая кривая. Депрессия ST в III, AVF.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз с учетом жалоб, объективных и лабораторных данных;

3. Составьте план лечения данного пациента с обоснованием выбора группы препаратов (с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей), путей ведения и доз лекарственных средств.

Задача №2

Пациент З.Ф., 63 лет, страдает артериальной гипертензией в течение 10 лет.

При осмотре предъявляет жалобы на головные боли в теменной и затылочной областях, боль в мелких суставах стоп, слабость, быструю утомляемость.

Из анамнеза известно, курит в течение 40 лет. Наследственной отягощенности по сердечно-сосудистым заболеваниям нет. В анамнезе хронический бронхит, подагра.

Объективно: удовлетворительное. Температура 36,4°С. Кожный покров обычной окраски и влажности. Рост – 168 см, вес – 98 кг, ОТ – 102 см. В лёгких при аускультации везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. При аускультации – ритм сердца правильный, акцент II тона над аортой, шумов нет, ЧСС – 110 ударов в минуту, АД – 220/100 мм рт. ст. (D=S). При осмотре живот симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный. Печень по Курлову – 10×9×7 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Отеков нет.

Общий анализ крови: эритроциты – 3,2×1012/л, Hb – 136 г/л, цветовой показатель – 0,9, тромбоциты – 330×109/л, лейкоциты – 11,0×109/л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 58%, лимфоциты – 36%, моноциты – 2%, СОЭ – 34 мм/ч.

Биохимические показатели: глюкоза крови: 6,6 ммоль/л, билирубин общий – 16,4 мкмоль/л, АЛТ – 16 Ед/л, АСТ – 14 Ед/л, натрий – 141 ммоль/л, калий – 5,3 ммоль/л, креатинин – 168 мкмоль/л, мочевина – 8,3 ммоль/л, общий белок – 64 г/л, общий холестерин – 6,8 ммоль/л, мочевая кислота – 816 мкмоль/л.

На ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 120 ударов в минуту. ЭОС отклонена влево. Признаки гипертрофии левого желудочка.

Заключение окулиста – ангиопатия сосудов сетчатки.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз с учетом жалоб, объективных и лабораторных данных;

3. Определите категорию риска сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE данного пациента;

3. Составьте план лечения с обоснованием выбора группы препаратов (с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей), путей ведения и доз лекарственных средств.

Задача №3

Пациентка М.Э., 45 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на приступы сердцебиения, перебои в работе сердца, которые наблюдаются в течение 2 лет, одышку при ходьбе, слабость.

3 года назад перенесла миокардит. Вредных привычек не имеет. Заболевания сердечно-сосудистой системы у близких родственников отрицает.

При объективном осмотре кожный покров обычной окраски и влажности. Доступные пальпации л/у не увеличены. При аускультации дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 26 в минуту. При перкуссии области сердца выявлено расширение границ относительной сердечной тупости влево на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум на верхушке. ЧСС 150 в минуту, АД 100/70 мм рт.ст.

ОАК, БАК, ОАМ – показатели в пределах нормы.

На ЭКГ регистрируется наджелудочковая тахикардия с ЧСС 170 в/мин. Желудочковая экстрасистолия по типу бигеминий.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный диагноз;

3. Препараты выбора для купирования пароксизма.

Задача №4

Пациент Я.С., 50 лет, страдает декомпенсацией сердечной деятельности (IV ФК по NYHA) на фоне дилатационной кардиомиопатии. При обходе предъявляет жалобы на выраженную одышку в покое, чувство нехватки воздуха, невозможность физической нагрузке (ходьба до туалета), отеки нижних конечностей и живота, выраженную слабость.

В анамнезе варикозная болезнь нижних конечностей.

Объективно: состояние тяжелое. Положение вынужденное – сидя с наклоном вперед. Кожный покров бледный, влажный, губы синюшные. Дыхание в легких ослабленное, в н/о не прослушивается. Тоны сердца приглушенные. ЧСС 92 в минуту, АД 90/60 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет асцита. Размеры печени по Курлаву 12\*10\*10 см.

Общий анализ крови: эритроциты – 3,5×1012/л, Hb – 135 г/л, цветовой показатель – 0,9, тромбоциты – 160×109/л, лейкоциты – 6,0×109 /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 36 мм/ч.

Биохимические показатели: глюкоза крови – 4,5 ммоль/л, билирубин общий – 30,5 мкмоль/л, АЛТ – 88 Ед/л, АСТ – 67 Ед/л, натрий – 135 ммоль/л, калий – 3,7 ммоль/л, креатинин – 180 мкмоль/л, мочевина – 6,3 ммоль/л, общий белок – 64 г/л, общий холестерин – 4,5 ммоль/л.

На рентгенограмме легких: двусторонний гидроторакс до 5 ребра слева и до 6 справа.

На ЭКГ регистрируется синусовая тахикардия с частотой 110 в минуту.

Данные эхокардиографии: дилатация обоих желудочков и левого предсердия, пристеночные тромбы в полостях камер сердца не визуализируются. Подберите терапию антикоагулянтами.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный диагноз;

3. Препараты выбора для купирования пароксизма.

Задача №5

Пациентка З.В., 20 лет, поступил с жалобами на упорную головную боль в затылочной области, мелькание «мушек» перед глазами, сердцебиение, слабость.

Из анамнеза известно, что с 14 лет страдает артериальной гипертонией с максимальным уровнем АД 220/120 мм рт.ст. – нерегулярно принимает антигипертензивную терапии без особого эффекта. Наследственность не отягощена.

Состояние пациентки средней степени тяжести. Кожный покров обычной окраски и влажности. Над легкими везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются, ЧДД 22 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 100 в минуту, АД 210/120 рт.ст. В проекции почечных артерий выслушивается шум.

Общий анализ крови: эритроциты – 3,5×1012/л, Hb – 128 г/л, цветовой показатель – 1,0, тромбоциты – 230×109/л, лейкоциты – 4,8×109 /л, эозинофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 58%, лимфоциты – 34%, моноциты – 4%, СОЭ – 17 мм/ч.

Биохимические показатели: глюкоза крови – 3,5 ммоль/л, билирубин общий – 15,5 мкмоль/л, АЛТ – 18 Ед/л, АСТ – 20 Ед/л, натрий – 135 ммоль/л, калий – 1,7 ммоль/л, креатинин – 200 мкмоль/л, мочевина – 7,3 ммоль/л, общий белок – 64 г/л, общий холестерин – 4,7 ммоль/л.

На ЭКГ регистрируется синусовая тахикардия с частотой 110 в минуту. Признаки ГЛЖ.

При проведении дуплексного исследования почечных артерий пиковая скорость кровотока > 2 м/сек (в норме до 1 м/сек).

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный диагноз;

3. Составьте план лечения пациента с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей ЛС.

Задача №6

В гинекологическое отделение обратилась пациентка 48 лет для плановой операции по удалению миомы матки 12 недель.

Из анамнеза известно, что пациентка страдает РБС 2 года назад выполнена операция по протезированию МК. Страдает персистирующей формой фибрилляции предсердий. Регулярно принимает бисопролол – 5 мг 1 раз в день, аторвастатинн – 40 мг в сутки, тромбо-АСС – 100 мг 1 раз в день, варфарин – 5 мг в сутки. Последний результат МНО – 2,0 (7 дней назад).

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожный покров обычной окраски и влажности. При аускультации дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, систоло-диастолический шум на верхушке и в проекции МК. ЧСС 96 в минуту, АД 160/110 мм рт.ст. Живот увеличен в размере за счет миомы. Перкуссия печени по Курлаву: 12-10-9 см. Мочеиспускание не нарушено. Отеки голеней и стоп.

Общий анализ крови: эритроциты – 3,5×1012/л, Hb – 130 г/л, цветовой показатель –0,9, тромбоциты – 210×109/л, лейкоциты – 4,8×109 /л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, лимфоциты – 24%, моноциты – 5%, СОЭ – 17 мм/ч.

Биохимические показатели: глюкоза крови – 3,5 ммоль/л, билирубин общий – 9,5 мкмоль/л, АЛТ – 15 Ед/л, АСТ – 18 Ед/л, креатинин – 70 мкмоль/л, мочевина – 5,3 ммоль/л, общий белок – 66 г/л, общий холестерин – 2,7 ммоль/л.

ЭКГ: тахисистолическая форма фибрилляции предсердий. ЭОС не отклонена. Признаки ГЛЖ.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный диагноз;

3. Составьте план лечения пациента с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей ЛС.

4. Назовите препарат, на фоне приема которого есть риск развития кровотечений, в т.ч. при проведении оперативного вмешательства?

Задача №7

Пациент О.Б., 63 лет, поступил в стационар с жалобами на давящие боли в области сердца, возникающие при незначительной физической нагрузке (ходьба до туалета), выраженную слабость, потемнение в глазах при изменении положения тела, отеки ног.

Из анамнеза известно, что 6 месяцев назад перенес инфаркт миокарда – было проведено стентирование ПКА. Страдает АГ с максимальным уровнем АД 150/100 мм рт.ст. Пациент регулярно принимает эналаприл, бисопролол, аспирин, торасемид – дозы препаратов пациент не помнит.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожный покров умеренной бледный, сухой. В легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, ЧДД 22 в минуту Тоны сердца ритмичные, приглушенные, акцент II тона над аортой. ЧСС 86 в минуту, АД 100/60 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет асцита. Отеки голеней и стоп.

Общий анализ крови: эритроциты – 2,5×1012/л, Hb – 100 г/л, цветовой показатель –0,9, тромбоциты – 150×109/л, лейкоциты – 7,9×109 /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 68%, лимфоциты – 24%, моноциты – 3%, СОЭ – 17 мм/ч.

Биохимические показатели: глюкоза крови – 4,5 ммоль/л, билирубин общий – 27,5 мкмоль/л, АЛТ – 77 Ед/л, АСТ – 89 Ед/л, креатинин – 170 мкмоль/л, мочевина – 8,3 ммоль/л, общий белок – 72 г/л, общий холестерин – 6,7 ммоль/л.

Общий анализ мочи: уд.вес – 1018, белок – 1,3 г/л, сахар – отр, лейкоциты – 5-6 в п/зр., эритроциты – 3-7 в п/зр.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 86 в минуту. ЭОС не отклонена. Рубцовые изменения на нижней стенке ЛЖ.

Лечащий врач отменила прием бета-блокаторов и иАПФ по причине низкого АД.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный диагноз;

3. Составьте план лечения пациента с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей ЛС.

4. Оцените действия лечащего врача;

Задача №8

Пациент Ф.З., 38 лет, при осмотре предъявляет жалобы на упорные головные боли в теменной области пульсирующего характера, судороги в руках и ногах, ощущение ползания мурашек, выраженную слабость, частое мочеиспускание, в том числе и ночные часы.

Из анамнеза известно, что головные боли беспокоят около 2-х лет, за уровнем АД не следит. Ранее за медицинской помощью не обращался.

Объективно: средней степени тяжести. Кожный покров обычной окраски и влажности. В легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту Тоны сердца ритмичные, акцент II тона над аортой. ЧСС 78 в минуту, АД 180/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отеки параорбитальной области, пастозность стоп. Мочеиспускание частое, безболезненное. Стул не нарушен.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,5×1012/л, Hb – 130 г/л, цветовой показатель –0,9, тромбоциты – 270×109/л, лейкоциты – 5,4×109 /л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 30%, моноциты – 5%, СОЭ – 9 мм/ч.

Биохимические показатели: глюкоза крови – 5,7 ммоль/л, билирубин общий – 14,5 мкмоль/л, АЛТ – 22 Ед/л, АСТ – 22 Ед/л, креатинин – 130 мкмоль/л, мочевина – 3,3 ммоль/л, общий белок – 70 г/л, общий холестерин – 3,7 ммоль/л, натрий – 166 ммоль/л, калий – 1,7 ммоль/л.

Общий анализ мочи: уд.вес – 1002, белок – 1,1 г/л, сахар – отр, лейкоциты – 5-6 в п/зр., эритроциты – 3-7 в п/зр.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 78 в минуту. ЭОС отклонена влево. Неполная блокада ПНПГ.

УЗИ почек и надпочечников: в проекции надпочечника справа визуализируется опухолевидное образование диаметром 1,2+3,5 см. Паренхима почек повышенной эхогенности.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный диагноз;

3. Каковы механизмы формирования артериальной гипертензии при данной патологии?

4. Составьте план лечения пациента с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей ЛС.

Задача №9

Пациент М.Ч., 48 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на боли в ногах, сопровождающиеся судорогами и мышечной слабостью, тремор рук, рассеянность.

Из анамнеза известно, что с 30 лет страдает АГ 3 степени, а также в возрасте 45 лет диагностированы ишемическая болезнь сердца (ФК II) и гиперлипидемия IIa типа. В домашних условиях регулярно принимает бисопролол 5 мг в сутки, триметазидин 35 мг\*2раза в день, ацетилсалициловую кислоту 100 мг на ночь и симвастатин 20 мг на ночь. За время лечения уровень АД колебался от 140/90 до 220/110 мм рт.ст., достигнуто снижение общего холестерина с 9,8 до 5,9 ммоль/л, повышение ХС ЛПВП с 0,85 до 1,3 ммоль/л.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски и влажности. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент II тона над аортой. Пульсация на артериях стоп достаточная, пальпация мышц голеней и бедер с обеих сторон болезненна.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный диагноз;

3. Какова возможная причина появления вышеописанных жалоб? Ваши рекомендации для уточнения генеза мышечных болей;

4. Составьте план лечения пациента с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей ЛС.

Задача №10

Пациентка М.Ю., 27 лет, поступила в приемный покой ЦРБ с жалобами на упорную головную боль в затылочной области, учащенное сердцебиение, дрожь во всем теле, чувство тревоги, слабость.

Из анамнеза известно, что имеет место повышение АД до 250/120 мм рт.ст. – ситуационно принимает капотен. Наследственность не отягощена. Со слов пациентки, эпизоды повышение АД носят внезапный приступообразный характер и сопровождаются повышенной потливостью, беспокойством, чувством страха, учащенным сердцебиением, тошнотой, рвотой, болью в животе. Во время приступа лицо красное, тремор, кисти и стопы холодные, ЧСС 100-140 в минуту.

При проведении УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства обнаружена опухоль левого надпочечника.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный диагноз;

3. Каковы механизмы формирования артериальной гипертензии при данной патологии?

4. Составьте план лечения пациента с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей ЛС.

Задача №11

Пациент Х.С., 71 года, обратился в поликлинику по МЖ с жалобами на головную боль в височной и затылочной областях, давящие боли в области сердца при повышении АД, слабость.

Известно, что пациент много лет страдает тяжелой формой бронхиальной астмы, в связи с чем вынужден постоянно принимать системные глюкокортикостероиды. Около 2-х последних лет стад регистрировать повышение АД с максимумом до 200/110 мм рт.ст. – принимал лизиноприл, метопролол нерегулярно.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Повышенного питания (ИМТ=40). Жировые отложения наблюдаются на лице, шее, груди, животе, руки и ноги худые. Кожный покров сухой с признаками шелушения. На коже рук, молочных желез, живота, ягодиц и бедер визуализируются полосы растяжения кожи багровой окраски, длиной 2-4 см и шириной до 2 см. Дыхание в легких плохо прослушивается из-за ожирения. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. ЧСС 90 в минуту, АД 160/80 мм рт.ст. Живот при пальпации безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: эритроциты – 6,5×1012/л, Hb – 178 г/л, цветовой показатель –1,0, тромбоциты – 200×109/л, лейкоциты – 6,4×109 /л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 56%, лимфоциты – 32%, моноциты – 7%, СОЭ – 27 мм/ч.

Биохимические показатели: глюкоза крови – 8,7 ммоль/л, билирубин общий – 16,6 мкмоль/л, АЛТ – 40 Ед/л, АСТ – 42 Ед/л, креатинин – 100 мкмоль/л, мочевина – 5,1 ммоль/л, общий белок – 74 г/л, общий холестерин – 7,7 ммоль/л, натрий – 138 ммоль/л, калий – 2,2 ммоль/л.

Общий анализ мочи: уд.вес – 1018, белок – 0,0033 г/л, сахар – 1,2, лейкоциты – 5-6 в п/зр., эритроциты – 3-7 в п/зр.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 84 в минуту. ЭОС отклонена влево. Желудочковая экстрасистолия по типу тригеминий.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный диагноз;

3. Каковы механизмы формирования артериальной гипертензии при данной патологии?

4. Составьте план лечения пациента с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей ЛС.

Задача №12

Пациент Р.Р., 15 лет, госпитализирован с диагнозом РСЦ с диагнозом: ОКС?

Из анамнеза известно, что в 9-летнем возрасте в связи с ксантематозом ахилловых сухожилий и ксантелазмой на коже век впервые был сдан анализ крови на липиды, который выявил высокий уровень общего холестерина. С 13 лет беспокоят приступы давящей боли за грудиной, возникающие при физической нагрузке (сначала игра в футбол, потом ходьбе по лестнице до 2 этажа).

При осмотре состояние средней степени тяжести. Кожный покров бледный, влажный. Температура тела 37,40С. Доступные пальпации л/у не увеличены. Зев чистый. Дыхание в легких везикулярное, ослабленное, выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 110 в минуту, АД 150/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание и стул в норме.

Общий анализ крови: эритроциты – 3,2×1012/л, Hb – 134 г/л, цветовой показатель –0,96, тромбоциты – 230×109/л, лейкоциты – 8,7×109 /л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 33 мм/ч.

Биохимические показатели: глюкоза крови – 3,7 ммоль/л, билирубин общий – 9,4 мкмоль/л, АЛТ – 120 Ед/л, АСТ – 124 Ед/л, креатинин – 64 мкмоль/л, мочевина – 3,1 ммоль/л, общий белок – 74 г/л, общий холестерин – 22,4 ммоль/л, натрий – 138 ммоль/л, калий – 3,8 ммоль/л, тропонин Т – 2000 нг/л.

Общий анализ мочи: уд.вес – 1020, белок – отр. г/л, сахар – отр., лейкоциты – 1-3 в п/зр., эритроциты – 0-2 в п/зр.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 92 в минуту. ЭОС отклонена влево. Подъем сегмента ST в отведениях I, II, aVL, V1-V4.

При обследовании в отделении по данным коронарной ангиографии выявлены: проксимальный стеноз передней нисходящей коронарной артерии 70%, стеноз огибающей коронарной артерии 80% и стеноз правой коронарной артерии менее 50% (трехсосудистое поражение) с проведением АКШ.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный диагноз;

3. Составьте план лечения пациента с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей ЛС.

Задача №13

Пациент Ф.В., 81 года, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на одышку в покое, чувство нехватки воздуха, отеки ног и живота, выраженную слабость.

Согласно анамнезу заболевания, страдает 3 степенью АГ. 3 года назад пациент перенес трансмуральный ИМ. Регулярно принимает лозартан, торасемид, эгилок, аспирин.

При объективном осмотре: состояние тяжелое. Кожный покров умеренно-бледный, сухой. Доступные пальпации л/у не увеличены. Дыхание в легких резко ослабленное, в н/о не выслушивается. Тоны сердца приглушенные, систолический шум на верхушке. ЧСС 96 в минуту, АД 140/90 мм рт.ст. Живот увеличен в размере за счет асцита. Отеки стоп, голеней, бедер. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Общий анализ крови: эритроциты – 2,2×1012/л, Hb – 94 г/л, цветовой показатель –0,8, тромбоциты – 190×109/л, лейкоциты – 5,3×109 /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 58%, лимфоциты – 36%, моноциты – 2%, СОЭ – 24 мм/ч.

Биохимические показатели: глюкоза крови – 4,1 ммоль/л, билирубин общий – 34,4 мкмоль/л, АЛТ – 88 Ед/л, АСТ – 84 Ед/л, креатинин – 156 мкмоль/л, мочевина – 6,3 ммоль/л, общий белок – 74 г/л, общий холестерин – 4,4 ммоль/л, натрий – 138 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л.

Общий анализ мочи: уд.вес – 1016, белок – 0,8 г/л, сахар – отр., лейкоциты – 1-3 в п/зр., эритроциты – 0-2 в п/зр.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 88 в минуту. ЭОС отклонена влево. Рубцовые изменения. ПБЛНПГ.

Рентгенография легких: признаки двусторонней пневмонии в н/о легких.

По эхокардиографии фракция выброса (ФВ) 33%, конечный диастолический размер (КДР) левого желудочка 5,7 мм.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный диагноз;

3. Составьте план лечения пациента с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей ЛС.

Задача №14

Пациент К.Л., 75 лет, обратился в поликлинику к участковому терапевту с жалобами на головную боль в теменной области, тошноту, эпизоды повышения АД на фоне приема антигипертензивной терапии, слабость.

Известно, что пациент около 20 лет страдает АГ с максимальным уровнем АД 220/130 мм рт.ст. Регулярно принимает периндоприл 4 мг в сутки и метопролол 25 мг\*2 раза в день.

В анамнезе МКБ, ЖКБ – желчный пузырь удален в 1994 году.

Ухудшение состояния связывает с изменением климатических условиях.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски и влажности. Слизистые оболочки – чистые, розовые. Доступные пальпации л/у не увеличены. Дыхание в легких везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца приглушенные, ЧСС 76 в минуту, АД 140/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание не нарушены. Отеки стоп.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,2×1012/л, Hb – 124 г/л, цветовой показатель –0,9, тромбоциты – 230×109/л, лейкоциты – 4,4×109 /л, эозинофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 59%, лимфоциты – 36%, моноциты – 2%, СОЭ – 14 мм/ч.

Биохимические показатели: глюкоза крови – 4,1 ммоль/л, билирубин общий – 14,8 мкмоль/л, АЛТ – 38 Ед/л, АСТ – 34 Ед/л, креатинин – 76 мкмоль/л, мочевина – 4,3 ммоль/л, общий белок – 64 г/л, общий холестерин – 4,4 ммоль/л, натрий – 138 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л.

Общий анализ мочи: уд.вес – 1016, белок – 0,033 г/л, сахар – отр., лейкоциты – 0-2 в п/зр., эритроциты – 0-1 в п/зр.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 78 в минуту. ЭОС отклонена влево. Полная блокада ЛНПГ. Признаки ГЛЖ.

Эхо-КС: «гипертоническое» сердце, связанное с возрастным уменьшением мышечного элемента и повышенным образованием фиброзной ткани в миокарде пожилых (ФВ – 61%).

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный диагноз;

3. Какая функция сердца нарушается при этой патологии?

4. Составьте план лечения пациента с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей ЛС.

Задача №15

Пациент Е.В., 57 лет, обратился поздно вечером в приемное отделение ГКБ с жалобами на носовое кровотечение и кровоточивость десен.

Из анамнеза известно, что пациент страдает ишемической болезнь сердца и АГ с максимальным уровнем АД 180/100 мм рт.ст., регулярно принимает атенолол, периндоприл, тромбо АСС, аторвастатин. На очередном приеме у терапевта, у пациента была выявлена фибрилляция предсердий. Участковый терапевт увеличил дозу аспирина с 75 до 325 мг в сутки. Через 3 дня у пациента появилась кровоточивость из десен, а сегодня началось носовое кровотечение, которое он не смог остановить.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски и влажности. Слизистые оболочки – чистые, розовые. Доступные пальпации л/у не увеличены. Дыхание в легких везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца приглушенные, аритмичные, ЧСС 126, пульс 110 в минуту, АД 130/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание не нарушены. Отеков нет.

Общий анализ крови: эритроциты – 3,8×1012/л, Hb – 120 г/л, цветовой показатель –0,9, тромбоциты – 350×109/л, лейкоциты – 4,4×109 /л, эозинофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 59%, лимфоциты – 36%, моноциты – 2%, СОЭ – 18 мм/ч.

Биохимические показатели: глюкоза крови – 4,1 ммоль/л, билирубин общий – 14,8 мкмоль/л, АЛТ – 38 Ед/л, АСТ – 34 Ед/л, креатинин – 76 мкмоль/л, мочевина – 4,3 ммоль/л, общий белок – 64 г/л, общий холестерин – 4,4 ммоль/л, натрий – 138 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л.

Общий анализ мочи: уд.вес – 1016, белок – 0,033 г/л, сахар – отр., лейкоциты – 0-2 в п/зр., эритроциты – 0-1 в п/зр.

На ЭКГ: фибрилляция предсердий с ЧЖС 136-84 в минуту. ЭОС отклонена влево.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный диагноз;

3. Верна ли тактика участкового терапевта?

4. Составьте план лечения пациента с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей ЛС;

5. На какие факторы свертывания влияют НОАК апиксабан, дабигатран, ривароксабан?

Задача №16

Пациент М.А., 29 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на учащенное сердцебиение, перебои в работе сердца, тяжесть в груди, чувство нехватки воздуха, слабость.

Из анамнеза известно, что с детства у пациентки выявлялись проблемы в работе сердца, однако, до конца ее никогда не обследовали.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, аритмичные, выслушивается систолический шум в точке Боткина, на верхушке и над аортой. ЧСС 118 в минуту, пульс 100 в минуту, АД 130/70 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневный, оформленный, без патологических примесей. Отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин – 138 г/л, эритроциты – 4,7×1012/л, лейкоциты – 5,3×109/л, тромбоциты – 260×109/л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы –1%, сегментоядерные нейтрофилы – 67%, лимфоциты – 26%, моноциты – 4%, СОЭ – 18 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,0 ммоль/л, билирубин общий – 14,8 мкмоль/л, АЛТ – 34 Ед/л, АСТ – 36 Ед/л, креатинин – 72 мкмоль/л, мочевина – 3,3 ммоль/л, общий белок – 68 г/л, общий холестерин – 3,8 ммоль/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок, цилиндры, соли – не определяются.

На ЭКГ: фибрилляция предсердий с ЧЖС 88-136 ударов в минуту. ЭОС отклонена влево. Нарушение процессов реполяризации миокарда. Предсердная экстрасистолия.

Эхо-КГ: ЛП = 4,4 см, КДР = 4.4 см, КСР = 2,8 см, ТМЖП = 2,2 см, ТЗС ЛЖ = 1,1 см. Определяется систолический прогиб передней створки митрального клапана и систолическое прикрытие правой коронарной створки [аортального](http://www.pandia.ru/text/category/aorta/) клапана. При Д-Эхо-КГ - высокоскоростной турбулентный ток в выносящем тракте ЛЖ.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный диагноз;

3. Составьте план лечения пациента с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей ЛС.

Задача №17

Пациент В.И., 75 лет, поступил в п/п ГКБ с жалобами на головокружение и пошатывание при ходьбе, эпизоды потери сознания, выраженную слабость.

Последние 2 года регулярно принимает бисопролол, рамиприл по поводу артериальной гипертонии (макисимальный уровень АД 220/100 мм рт.ст.) и дигоксин по поводу фибрилляции предсердий. В течение последних 2 дней появились кратковременные синкопальные состояния, дважды по «скорой помощи» регистрировались приступы мерцания предсердий с небольшой ЧСС. Пациенту становилось лучше после инъекций эуфиллина. Также пациент страдает стабильной стенокардией напряжения III ФК.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в легких везикулярное, ослабленное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушенные, аритмичные. ЧСС 48 в минуту, пульс 36 в минуту, АД 100/60 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень +3 см из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневный, оформленный, без патологических примесей. Отеки голеней и стоп.

Общий анализ крови: гемоглобин – 148 г/л, эритроциты – 5,2×1012/л, лейкоциты – 4,2×109/л, тромбоциты – 220×109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 61%, лимфоциты – 32%, моноциты – 4%, СОЭ – 28 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,6 ммоль/л, билирубин общий – 24,2 мкмоль/л, АЛТ – 48 Ед/л, АСТ – 56 Ед/л, креатинин – 140 мкмоль/л, мочевина – 4,3 ммоль/л, общий белок – 68 г/л, общий холестерин – 7,8 ммоль/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок, цилиндры, соли – не определяются.

На ЭКГ: фибрилляция предсердий с ЧЖС 36-58 ударов в минуту. ЭОС отклонена влево. Диффузные изменения миокарда.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный диагноз;

3. Составьте план лечения пациента с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей ЛС.

**Занятие №3**

**Клиническая фармакология лекарственных средств**

**для лечения бронхообструктивного синдрома**

Задача №1

Пациентка Я.С., 44 лет доставлена бригадой СМП в приемное отделение ЦРБ – возбуждена, возбуждение сменяется апатией, контакт с пациенткой затруднен.

Со слов родственников приступ удушья начался около 6-7 ч назад после приема аспирина, ингаляция беротека – без эффекта. В анамнезе БА.

Объективно: состояние тяжелое. Положение ортопноэ. Кожный покров влажный, диффузный цианоз. На расстоянии слышны звучные дыхательные шумы. Грудная клетка в положении вдоха, расположение рёбер горизонтальное, с уменьшенными межрёберными промежутками. Эпигастральный угол выражено тупой. В акте дыхания участвуют вспомогательные мышцы, втяжение внутрь межрёберных промежутков. При перкуссии коробочный звук, аускультативно – хрипы не слышны («немое легкое»), ЧДД 36 в мин. Мокрота не отходит. Тоны сердца приглушены, ЧСС 120 в минуту, АД 170/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены. Отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин – 146 г/л, эритроциты – 3,8×1012/л, лейкоциты – 4,5×109/л, тромбоциты – 360×109/л, эозинофилы – 9%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 58%, лимфоциты – 24%, моноциты – 5%, СОЭ – 28 мм/ч.

Биохимические показатели: глюкоза крови – 5,1 ммоль/л, билирубин общий – 13,3 мкмоль/л, АЛТ – 46 Ед/л, АСТ – 52 Ед/л, натрий – 142 ммоль/л, калий – 4,6 ммоль/л, креатинин – 155 мкмоль/л, мочевина – 5,3 ммоль/л, общий белок – 66 г/л, общий холестерин – 3,5 ммоль/л, РО2 50-60 мм рт.ст., РСО2 50-70 мм рт.ст.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1020, эпителий – 2-4 в поле зрения, эритроциты – 0-2, лейкоциты – 2-4, белок, цилиндры, соли – не определяются.

ЭКГ: признаки перегрузка правых отделов сердца.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз и обоснуйте его.

2. Ваши предложения по лечению, дайте характеристику лекарственных средств;

3. Относительные противопоказания и побочные эффекты от применения системных глюкокортикоидов.

Задача №2

Пациентка У.Ю., 40 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, проходящую в покое, кашель со слизисто-гнойной мокротой, общую слабость, снижение аппетита, недомогание, раздражительность, бессонницу по ночам, отеки голеней.

Из анамнеза известно, что на протяжение 10 лет выкуривает по 10 сигарет в день. В последние несколько лет стала отмечать утром кашель со отхождением слизистой мокротой. В последний год кашель стал беспокоить не только утром, но и ночью, что мешает спать. Увеличилось количество отделяемой мокроты, она приобрела слизисто-гнойный характер. В течение последнего месяца появилась одышка при незначительной физической нагрузке. Обострений – 2-3 раза в год.

При объективном исследовании: состояние средней тяжести. Кожный покров бледный с цианотичным оттенком. Отеки голеней и стоп. Набухание шейных вен сохраняется в положении стоя. В легких – перкуторно коробочный звук над всей поверхностью, на фоне ослабленного везикулярного дыхания, единичные сухие свистящие хрипы, выдох удлинен, ЧДД 28 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум у основания грудины, ЧСС 100 в мин., АД 150/100 мм рт. ст. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, положительный симптом Плеша.

Общий анализ крови: гемоглобин – 180 г/л, эритроциты – 3,2×1012/л, лейкоциты – 7,6×109/л, тромбоциты – 280×109/л, эозинофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 58%, лимфоциты – 34%, моноциты – 5%, СОЭ – 32 мм/ч.

Биохимические показатели: глюкоза крови – 6,1 ммоль/л, билирубин общий – 23,7 мкмоль/л, АЛТ – 66 Ед/л, АСТ – 68 Ед/л, креатинин – 55 мкмоль/л, мочевина – 4,3 ммоль/л, общий белок – 66 г/л, общий холестерин – 3,5 ммоль/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1022, эпителий – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 2-6, эритроциты – 0-2, белок, цилиндры, соли – не определяются.

Рентгенограмма органов грудной клетки: усиление и деформация легочного рисунка в нижних зонах, неравномерное повышение прозрачности легочных полей, выбухание conuspulmonale.

Спирометрия: ЖЕЛ – 87% от должного, ОФВ1 – 38% от должного, индекс Тиффно – 52 % от должного.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его;

2. Составьте план лечения пациента с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей выбранных групп ЛС;

3. Укажите нежелательные эффекты при использовании ИГКС.

Задача №3

Пациент К.Ч., 42 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на повышение температуры тела до 39,2С, озноб, кашель с мокротой слизисто-гнойной характера, приступы удушья при физической нагрузке, слабость, одышку, ринорею, боль в груди.

Считает себя больным около недели, когда попал в буран, на следующий день повысилась температура тела до 380С, никуда не обращался, лечился самостоятельно – принимал антигриппин в течение 3-х дней, улучшение не наступило, обратился к участковому терапевту

Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Кожный покров бледный, ЧДД 24 в минуту. В легких слева в подлопаточной области укорочение перкуторного звука, ослабленное везикулярное дыхание, мелкопузырчатые влажные звучные хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД 130/80 мм рт.ст., пульс 88 уд в минуту. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, эритроциты – 3,2×1012/л, лейкоциты – 13,4×109/л, тромбоциты – 320×109/л, эозинофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 67%, лимфоциты – 20%, моноциты – 5%, СОЭ – 38 мм/ч.

Биохимические показатели: глюкоза крови – 4,3 ммоль/л, билирубин общий – 12,6 мкмоль/л, АЛТ – 66 Ед/л, АСТ – 68 Ед/л, креатинин – 78 мкмоль/л, мочевина – 4,3 ммоль/л, общий белок – 66 г/л, общий холестерин – 3,5 ммоль/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок-0,3 г/л, гиалиновые цилиндры 2-3 в поле зрения, соли – не определяются.

Рентгенография органов грудной клетки: на уровне 8-9 ребер слева – инфильтративное затенение с нечеткими контурами.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Составьте план лечения больного, дайте характеристику назначаемым группам лекарственных средств;

3. Опишите механизм действия блокаторов лейкотриеновых рецепторов.

Задача №4

Пациент М.Ж., 32 лет поступил в стационар с жалобами на повышение температуры тела до 37,40С в вечернее время, появление одышки при физической активности, боли в суставах кистей и стоп, бледность пальцев рук на холоде, снижение аппетита, выпадение волос.

Месяц назад обратился к участковому терапевту, был поставлен диагноз внебольничная пневмония, были назначены антибиотики. Состояние больного ухудшилось, наросла одышка, появился цианоз, был госпитализирован в ЦРБ.

Объективно: состояние средней тяжести. Цианоз лица и рук. Кожный покров обычной окраски, кожа на руках плотная, имеются участки пигментации. В легких везикулярное дыхание, в нижних отделах выслушивается крепитация. Тоны сердца ясные, шумов нет, ЧСС 96 ударов в минуту, ритмичный, АД 120/70 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: гемоглобин – 97 г/л, эритроциты – 2,8×1012/л, лейкоциты – 3,0×109/л, тромбоциты – 100×109/л, эозинофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 54%, лимфоциты – 34%, моноциты – 5%, СОЭ – 33 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок-отрицательный, гиалиновые цилиндры 2-3 в поле зрения, соли – не определяются, эритроциты-10-15 в поле зрения

Рентгенография органов грудной клетки: диффузное усиление и деформация легочного рисунка, многочисленные мелкоочаговые тени в нижних отделах легких. Корни легких не расширены.

ЭКГ – отклонение электрической оси сердца вправо, признаки гипертрофии правого предсердия.

Исследование функции внешнего дыхания: ЖЕЛ 36%, ОФВ1 82%.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Составьте план лечения больного, дайте характеристику лекарственных препаратов;

3. Назовите побочные эффекты β2-адреномиметиков.

Задача №5

Пациентка А.О., 35 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на одышку при физической нагрузке, сухой непродуктивный кашель, боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при глубоком дыхании.

Из анамнеза известно, что неделю назад после посещения бассейна, появилась субфебрильная температура и боли в правой половине грудной клетки – лечилась самостоятельно народными средствами. Вчера состояние резко ухудшилось: появилось чувство нехватки воздуха, наросла одышка и слабость.

При поступлении состояние тяжелое. Кожный покров и видимый слизистые – бледные. Периферические лимфоузлы, доступные пальпации – не увеличены, безболезненны. Правая половина грудной клетки выбухает, отстает при дыхании. В легких слева укорочение перкуторного звука, ниже 10 ребра дыхание не проводится, ЧДД 36 в минуту. Сердце – правая граница на 3 см кнаружи от края грудины. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 100 ударов в минуту, АД 100/65 мм рт. ст. Печень у края реберной дуги. Отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин – 122 г/л, эритроциты – 4,4×1012/л, лейкоциты – 15,0×109/л, тромбоциты – 220×109/л, эозинофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 22%, моноциты – 5%, СОЭ – 20 мм/ч.

Биохимические показатели: глюкоза крови – 3,3 ммоль/л, билирубин общий – 11,0 мкмоль/л, АЛТ – 66 Ед/л, АСТ – 68 Ед/л, креатинин – 64 мкмоль/л, мочевина – 4,3 ммоль/л, общий белок – 74 г/л, общий холестерин – 4,7 ммоль/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1025, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок-отрицательный, гиалиновые цилиндры 2-3 в поле зрения, соли – не определяются.

ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 70 в минуту. Отклонение электрической оси сердца вправо.

Рентгенография грудной клетки: справа интенсивное затенение с косым уровнем. Смещение органов средостения влево.

Плевральная пункция получено 2000 мл мутной желтоватой жидкости. Удельный вес 1023, белок 4,8 г/л, проба Ривальта – положительная, при микроскопии основную массу клеток составляют дегенеративно-измененные нейтрофилы: единичные макрофаги и клетки мезотелия.

Вопросы:

1.Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Составьте план лечения с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей назначаемых групп ЛС;

3. Напишите особенности применения ГК при беременности и лактации.

Задача №6

Пациент А.А., 57 лет доставлен бригадой СМП в пульмонологическое отделение с жалобами на приступы удушья, сухой непродуктивный кашель, стеснение в груди.

Анамнез заболевания: страдает БА с 42 лет. Последние 3 года получал преднизолон по 10 мг в сутки и ингаляции Беротека при удушье. Обострение 5-6 раз в год чаще в осенне-зимней период, требующие госпитализации в стационар. Настоящее ухудшение состояния связывает с отменой неделю назад преднизолона. Аллергоанамнез – спокойный. Приступам удушья предшествует короткий эпизод мучительного кашля, в конце приступа он усиливается, и начинает выделяться в небольшом количестве тягучая слизистая мокрота. В течение суток получил более 15 ингаляций Беротека. Врачом скорой помощи уже внутривенно введено 10,0 мл 2,4% раствора эуфиллина, 60 мг преднизолона.

Объективно: состояние тяжелое, при осмотре кожные покровы больного бледные, с синюшным оттенком. Больной сидит в положении «ортопноэ». Больной повышенного питания (прибавил в весе за 3 года 15 кг). «Кушингоидное лицо», стрии на бедрах и животе. Разговаривает отдельными словами, возбужден. Грудная клетка находится в положении глубокого вдоха. Мышцы брюшного пресса участвуют в акте дыхания. Дыхание резко ослаблено, небольшое количество сухих свистящих хрипов, ЧДД 32 в миунут. Перкуторно над легкими коробочный звук по всем легочным полям, особенно в нижних отделах. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 120 ударов в минуту, АД 140/90 мм рт. ст., SpO2 - 85%.

Общий анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – 4,2×1012/л, лейкоциты – 9,0×109/л, тромбоциты – 200×109/л, эозинофилы – 6%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 52%, лимфоциты – 34%, моноциты – 5%, СОЭ – 28 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1024, эпителий – 2-4 в поле зрения, лейкоциты – 12-14 в поле зрения, белок-отрицательный, соли – не определяются.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Что показано больному в первую очередь в этой ситуации?

3. Какую базисную терапию назначите больному?

Задача №7

Вызов в палату к пациенту А.Р., 48 лет, находится на лечении в пульмонологическом отделении по поводу ухудшения течения бронхиальной астмы.

Пациент возбужден, в положение ортопноэ, на расстоянии слышны звучные дыхательные шумы, бледный цианоз. Грудная клетка в положении вдоха, расположение рёбер горизонтальное, с уменьшенными межрёберными промежутками. Эпигастральный угол выражено тупой. В акте дыхания участвуют вспомогательные мышцы, втяжение внутрь межрёберных промежутков. При перкуссии коробочный звук, аускультативно - ослабленное везикулярное дыхание, сухие свистящие хрипы на вдохе и выдохе, ЧДД 36 в мин. Мокрота не отходит. Тоны сердца приглушены, ЧСС 120 в минуту, АД 140/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Что показано больному в первую очередь в этой ситуации?

3. Опишите механизм действия ксантинов.

Задача №8

Пациентка В.Ф.,63 лет поступила в стационар с жалобами на кашель с гнойной мокротой, преимущественно в утренние часы, одышку, усиливающуюся при кашле и при обычной физической нагрузке, потливость, быструю утомляемость, повышение температуры тела до 37,70С.

Анамнез заболевания: страдает хроническим бронхитом много лет, обострения преимущественно в холодное время года – 1 раз в год, неоднократно госпитализировался. Из анамнеза жизни – курит около 20 лет по 1,5 пачки сигарет в день.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожный покров бледный, акроцианоз. Видимые слизистые – влажные, чистые. ИМТ=18. Грудная клетка цилиндрической формы. При перкуссии ясный лёгочный звук с коробочным оттенком. Дыхание жёсткое, сухие басовые хрипы на вдохе и выдохе, ЧДД 22 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 92 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин – 106 г/л, эритроциты – 3,2×1012/л, лейкоциты – 9,2×109/л, тромбоциты – 250×109/л, эозинофилы – 2 %, палочкоядерные нейтрофилы – 6%, сегментоядерные нейтрофилы – 61%, лимфоциты – 28%, моноциты – 3%, СОЭ – 34 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1024, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок – 0,033 г/л, гиалиновые цилиндры 2-3 в поле зрения, соли – не определяются.

Общий анализ мокроты: зеленоватая, вязкая, лейкоциты – в большом количестве, пл. эпителий 10-15 в п/зрения.

ФВД: ЖЕЛ = 3,04(100%), ОФВ1 = 1,52 (61%), инд. Тиффно = 50%.

Рентгенография легких в прямой и боковой проекциях: лёгочная ткань без очаговых и инфильтративных затемнений. Лёгочный рисунок обогащен, деформирован за счёт явлений пневмосклероза. Корни лёгких структурны, не расширены, синусы свободны, срединная тень не смещена.

ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 96 в минуту. Признаки перегрузки правых отделов сердца.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Назначьте лечения пациенту с учетом фармакодинамических и фармакокинетических особенностей назначаемых групп ЛС;

3. Распишите механизм действия М-холиноблокаторов.

Задача №9

Пациент П.З., 23 лет поступил в отделение терапевтического профиля с жалобами на чувство тяжести в грудной клетке, кашель с трудноотделяемой мокротой, приступы удушья до 3 раз за сутки, ночные приступы 1-2 раза в неделю, купирующиеся приемом салбутамолом.

Из анамнеза заболевания известно, что пациент страдает бронхиальной астмой около 3 лет. С детства страдает хроническим обструктивным бронхитом. Обострения заболевания каждые 3 месяца. На данную госпитализацию направлен из военкомата для дообследования. Аллергия на бытовые аллергены, пыльцу растений, резкие запахи.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожный покров и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Грудная клетка цилиндрической формы. При перкуссии лёгочный звук с коробочным оттенком. Экскурсия лёгочной края 4 см с обеих сторон. Дыхание везикулярное, рассеянные сухие хрипы, преимущественно на выдохе, ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 88 в минуту, АД 120/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – 4,2×1012/л, лейкоциты – 7,2×109/л, тромбоциты – 200×109/л, эозинофилы – 6%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 52%, лимфоциты – 34%, моноциты – 5%, СОЭ – 8 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1025, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок-отрицательный, соли – не определяются.

Общий анализ мокроты: вязкая, серая, лейкоциты – 10-15, пл. эпителий – 8-10.

Рентгенография грудной клетки – лёгкие без очаговых и инфильтративных затемнений. Лёгочный рисунок диффузно обогащен, деформирован, в основном за счёт сосудистого компонента. Корни лёгких несколько расширены, структурны. Синусы свободны. Диафрагма не деформирована. Синусы – без особенностей.

ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 88 в минуту. ЭОС не отклонена.

ФВД: ЖЕЛ – 3,13(108%), колебания ПСВ в течение суток 25%, ФЖЕЛ – 2,08 (71%), ОФВ – 1,87 (78%), индекс Тиффно – 59,7%.

Заключение: умеренно обострённые нарушения бронхиальной проходимости на фоне N ЖЕЛ.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Наметьте план последующего лечения;

3. Перечислите побочные эффекты ингаляционных М-холиноблокаторов.

Задача №10

Пациент В.Ж., 30 лет поступил в пульмонологическое отделение с жалобами на приступы удушья, одышку днем, затруднения при выдохе, чувство сдавления в грудной клетке, кашель с трудноотделяемой мокротой, заложенность носа, слезотечение.

Анамнез заболевания: пациент страдает поллинозом – обострения носят сезонный характер (весна, осень) и совпадают с цветением амброзии, одуванчиков.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожный покров и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Грудная клетка цилиндрической формы. При сравнительной перкуссии ясный лёгочный звук. При аускультации – дыхание в легких везикулярное, множественные сухие хрипы на вдохе и выдохе, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 88 в минуту, АД 120/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка – без особенностей. Отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин – 144 г/л, эритроциты – 5,5×1012/л, лейкоциты – 6,8×109/л, тромбоциты – 300×109/л, эозинофилы – 9%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 20%, моноциты – 5%, СОЭ – 28 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1025, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок-отрицательный, соли – не определяются.

Общий анализ мокроты: серая, вязкая, лейкоциты – 8-10, эпителий пл. – 8-10, эозинофилы – 5-6, кристаллы Шарко-Лейдена – 5-6 в п/зрения.

ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 90 в минуту. ЭОС не отклонена.

Рентгенография грудной клетки: лёгкие без очаговых и инфильтративных затемнений. Легочный рисунок диффузно обогащен, деформирован, в основном за счёт сосудистого компонента. Корни лёгких не расширены, структурны. Диафрагма, синусы – без особенностей.

Спирометрия: ЖЕЛ = 3,2(106%), ФЖЕЛ = 1,82 (60%), ОФВ, = 1,83 (73,2%), индекс Тиффно57,2%, МОС (ПСВ) = 4,41 (82%), колебания ПСВ 16% в течение дня. МОС25%=3,60(76%), МОС50%=2,5(69%), МОС 75%= 1,79 (61%).

Заключение: умеренные нарушения бронхиальной проходимости на фоне N ЖЕЛ.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Наметьте план последующего лечения пациента;

3. Опишите фармакодинамику и фармакокинетику сальбутамола.

Задача №11

Пациентка К.Я., 45 лет доставлена бригадой СМП в стационар в бессознательном состояние.

Из анамнеза известно, что пациентка страдает БА около 8 лет, постоянно принимает симбикорт 160/4,5 по 2 вдоха\*3 раза в день и сальбутамол при приступах удушья. Сегодня, около 3 часов назад у нее случился приступ удушья, который сопровождался сухим мучительным кашлем – использовала сальбутомол – без улучшения. Муж вызвал бригаду СМП. Врачом СМП был назначен преднизолон 30 мг внутривенно и аминофиллин 2,4% - 5,0 мл – состояние улучшилось от госпитализации отказалась. Через 30 минут приступы удушья усилились была вызвана СМП, которой пациентка была доставлена в больницу в В машине СМП были судорожные припадки.

Объективно: состояние крайне тяжелое. Без сознания. Серый диффузный цианоз, потливость, слюнотечение. Дыхание аритмичное, поверхностное, ЧДД 8 в минуту. Тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС 56 в минуту, АД 70/50, пульс нитевидный. Живот мягкий безболезненный. Отеков нет. РО2 – 40-50 мм рт.ст. РСО2 – 80-90 мм рт.ст.

Общий анализ крови: гемоглобин – 156 г/л, эритроциты – 3,9×1012/л, лейкоциты – 4,5×109/л, тромбоциты – 340×109/л, эозинофилы – 10%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 53%, лимфоциты – 29%, моноциты – 5%, СОЭ – 8 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок, цилиндры, соли – не определяются.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его;

2. Ваши предложения по лечению, дайте характеристику выбранным группам лекарственных средств;

3. Распишите особенности фармакокинетики и фармакодинамики беротека.

Задача № 12

Пациент В.Э., 18 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на приступы удушья возникающие 1-2 раза в день, слезотечение, сухой кашель.

Анамнез заболевания: в возрасте 15 лет у пациента была диагностирована бронхиальная астма. С 1 года жизни стоял на учете у аллерголога с диатезом при приеме цитрусовых фруктов и шоколада, с 12-летнего возраста – поливалентная аллергия в виде крапивницы, ринита, конъюнктивита. При удушье, возникающем 1 -2 раза в день, использует сальбутамол. Последнюю неделю (в связи с началом цветения ромашек) увеличилась потребность в препарате до 4-5 раз за сутки, причем полного эффекта не наблюдалось (сохранялась некоторая заложенность в грудной клетке).

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожный покров и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Грудная клетка цилиндрической формы. При сравнительной перкуссии ясный лёгочный звук. При аускультации дыхание везикулярное, множественные сухие хрипы на вдохе и выдохе, ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 88 в минуту, АД 120/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка – не увеличены. Стул и мочеиспускание не изменены. Отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин – 136 г/л, эритроциты – 3,8×1012/л, лейкоциты – 4,5×109/л, тромбоциты – 220×109/л, эозинофилы – 8%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 58%, лимфоциты – 26%, моноциты – 5%, СОЭ – 28 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок, цилиндры, соли – не определяются.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Наметьте план последующего лечения;

3. Распишите фармакодинамические особенности симбикортатурбухалера.

Задача №13

Пациент С.Ц., 60 лет, поступил в пульмонологическое отделение с жалобами на частые приступы удушья до 6 приступов в дневное время и 1-2 приступа в ночное время, не купирующиеся сальбутомола.

Из анамнеза известно, что в детском возрасте был выставлен диагноз: «Бронхиальная астма смешанная форма, средней степени тяжести». Аллергоанамнез отягощен: крапивница на цитрамон, анальгин, цитрусовые, шоколад, лебяжий пух. Последние 5 лет на постоянной основе принимает беклазон в дозе 1000 мкг в сутки. Обострение астмы связывает с простудой (3 дня назад поднялась температура до 38,6°С, появился насморк, першение в носоглотке). Больной принимал раствор колдрекса, чай с малиновым вареньем. В связи с отсутствием эффекта от принимаемой терапии, пациент вызвал бригаду СМП, которой был доставлен в стационар с длительно некупирующимся приступом удушья, после многократного использования сальботамола.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожный покров и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Грудная клетка цилиндрической формы. При сравнительной перкуссии ясный лёгочный звук с коробочным оттенком. При аускультации – дыхание в легких жесткое, сухие рассеянные хрипы по всем легочным полям, ЧДД 32 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 102 в минуту, АД 150/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка – без особенностей. Отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин – 144 г/л, эритроциты – 5,5×1012/л, лейкоциты – 6,8×109/л, тромбоциты – 300×109/л, эозинофилы – 9%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 20%, моноциты – 5%, СОЭ – 28 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок-отрицательный, соли – не определяются.

Общий анализ мокроты: серая, вязкая, лейкоциты – 8-10, эпителий пл. – 8-10, эозинофилы – 5-6, кристаллы Шарко-Лейдена – 5-6 в п/зрения.

ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 90 в минуту. ЭОС отклонена вправо. Признаки перегрузки правых отделов сердца.

Рентгенография грудной клетки: лёгкие без очаговых и инфильтративных затемнений. Легочный рисунок диффузно обогащен, деформирован, в основном за счёт сосудистого компонента. Корни лёгких не расширены, структурны. Диафрагма, синусы – без особенностей.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его;

2. Ваши рекомендации по лечению пациента. Дайте характеристику рекомендуемым группам лекарственных средств;

3. Опишите фармакодинамику пульмикорта.

Задача №14

Пациент А.Ф., 54 года, поступил в пульмонологическое отделение с жалобами на внезапный приступ удушья, чувство нехватки воздуха, сухой кашель, чувство страха.

Из анамнеза известно, что аналогичные приступы у пациента наблюдались и прежде, но очень редко и намного слабее. Настоящий приступ проявился неожиданно. Видимо из-за того, что в помещении идет ремонт, присутствуют сильные запахи краски и других ремонтных материалов. Аллергоанамнез не отягощён. У бабушки был диагноз Бронхиальная астма.

Об-но: состояние средней степени тяжести. Пациент возбужден. Кожный покров нормальной окраски, влажный. Видимые слизистые обычной окраски и влажности. Носовое дыхание затруднено. Грудная клетка цилиндрической формы. При перкуссии лёгочный звук с коробочным оттенком. Дыхание везикулярное, рассеянные сухие хрипы, преимущественно на выдохе, ЧДД 22 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 88 в минуту, АД 120/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – 4,2×1012/л, лейкоциты – 7,2×109/л, тромбоциты – 200×109/л, эозинофилы – 10%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 52%, лимфоциты – 34%, моноциты – 5%, СОЭ – 8 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1022, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок-отрицательный, соли – не определяются

Общий анализ мокроты: серая, вязкая, лейкоциты – 10-12, эпителий пл. – 18-20, эозинофилы – 5-6, кристаллы Шарко-Лейдена – 5-6 в п/зрения.

ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 90 в минуту. ЭОС не отклонена.

Рентгенография грудной клетки: лёгкие без очаговых и инфильтративных затемнений. Легочный рисунок диффузно обогащен, деформирован, в основном за счёт сосудистого компонента. Корни лёгких не расширены, структурны. Диафрагма, синусы – без особенностей.

Спирометрия: ЖЕЛ = 3,2(106%), ФЖЕЛ = 1,82 (60%), ОФВ, = 1,83 (73,2%), индекс Тиффно57,2%, МОС (ПСВ) = 4,41 (82%), колебания ПСВ 16% в течение дня. МОС25%=3,60(76%), МОС50%=2,5(69%), МОС 75%= 1,79 (61%).

Заключение: умеренные нарушения бронхиальной проходимости на фоне N ЖЕЛ.

Ранее диагноз «бронхиальная астма» не ставился.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Наметьте план последующего лечения.

3. Опишите фармакокинетические и фармакодинамические особенности форадила.

Задача №15

Пациент В.У., 28 лет обратился с жалобами на приступы удушья в дневное время 3-5 раз, в ночное время 1-2, сухой кашель, чувство нехватки воздуха, слабость.

Считает себя больным около 3-х лет, когда впервые появились приступы удушья, тогда было проведено аллергологическое обследование, в ходе которого была выявлена аллергическая реакция на перья постельных принадлежностей и домашнюю пыль.

После лечения и замены подушки – атаки удушья прекратились. Повторные приступы начали появляться после перенесенного ОРВИ. Во время аускультации были выявлены сухие хрипы в легких. Врачом рекомендовано прохождение специфического лечения в аллергическом отделении – специфической гипосенсибилизации аллергеном из домашней пыли в сочетании с бронхолитиками. Во время следующего визита через 3 дня пациент пожаловался на ухудшение самочувствия, приступы удушья стали более затяжными и тяжелыми.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожный покров и видимые слизистые обычной окраски и влажности. При перкуссии лёгочный звук с коробочным оттенком. Дыхание везикулярное, рассеянные сухие хрипы, преимущественно на выдохе, ЧДД 24 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 92 в минуту, АД 140/90 мм рт. ст. Живот без особенностей. Отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин – 135 г/л, эритроциты – 4,1×1012/л, лейкоциты – 3,8×109/л, тромбоциты – 340×109/л, эозинофилы – 10%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 52%, лимфоциты – 34%, моноциты – 1%, СОЭ – 24 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1020, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок-отрицательный, соли – не определяются

Общий анализ мокроты: серая, вязкая, лейкоциты – 12-20, эпителий пл. – 4-8, эозинофилы – 5-6, кристаллы Шарко-Лейдена – 10-12 в п/зрения.

ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 90 в минуту. ЭОС не отклонена.

Рентгенография грудной клетки: лёгкие без очаговых и инфильтративных затемнений. Легочный рисунок диффузно обогащен, деформирован, в основном за счёт сосудистого компонента. Корни лёгких не расширены, структурны. Диафрагма, синусы – без особенностей.

Спирометрия: ЖЕЛ = 3,2(106%), ФЖЕЛ = 1,82 (60%), ОФВ, = 1,83 (73,2%), индекс Тиффно57,2%, МОС (ПСВ) = 4,41 (82%), колебания ПСВ 16% в течение дня. МОС25%=3,60(76%), МОС50%=2,5(69%), МОС 75%= 1,79 (61%).

Заключение: умеренные нарушения бронхиальной проходимости на фоне N ЖЕЛ.

Ранее диагноз «бронхиальная астма» не ставился.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Определите и объяснить причины обострения ситуации;

3. Наметьте план последующего лечения пациента с учетом фармакологических особенностей ЛС. Объясните свой выбор каждой группы препаратов.

Задача №16

Пациентка В.Ю., 27 лет, поступила в пульмонологическое отделение с жалобами на приступы удушья, которым предшествует влажный кашель с мокротой, повышение температуры тела до 37,90С, озноб, слабость.

Из анамнеза известно, что год назад перенесла гнойно-обструктивный бронхит, лечилась в стационаре, после этого стали отмечаться приступы удушья Аллергоанамнез на пыльцу растений, шоколад, орехи. Данное ухудшение начало проявляться около 2 недель назад, связывает с переохлаждением – лечилась самостоятельно народными средствами – без положительной динамики. С вышеуказанными жалобами обратилась в приемное отделения ЦРБ, откуда была госпитализирована в пульмонологическое отделение на обследование и лечение.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожный покров и видимые слизистые обычной окраски и влажности. На расстоянии в легких слышен грубый хрип, дыхание свистящее. При аускультации дыхание везикулярное, множественные сухие хрипы на вдохе и выдохе, ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС 88 в минуту, АД 120/70 мм рт.ст. Живот без особенностей. Отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин – 124 г/л, эритроциты – 4,2×1012/л, лейкоциты – 12,0×109/л, тромбоциты – 230×109/л, эозинофилы – 11%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 50%, лимфоциты – 40%, моноциты – 5%, СОЭ – 18 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок-отрицательный, соли – не определяются.

Общий анализ мокроты: серая, вязкая, лейкоциты – 12-20, эпителий пл. – 4-8, эозинофилы – 5-6, кристаллы Шарко-Лейдена – 10-12 в п/зрения.

Было выполнено аллергологическое обследование, в ходе которого была выявлена положительная внутрикожная проба со стафилококком (+++).

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Наметьте план последующего лечения пациентки с обоснованием выбора лекарственных средств;

3. Распишите 1 и 2 ступени лечения БА, используя основную и альтернативную схемы.

Задача №17

Пациентка В.А., 31 года обратилась к участковому терапевту с жалобами на одышку при физической нагрузке, сухой непродуктивный кашель, дискомфорт в груди, слабость, приступы удушья, появляющиеся, как правило, в ночное время, слабость, чувство страха.

Считает себя больной около 3 лет, когда впервые появились приступы удушья, тогда же был выставлен диагноз Бронхиальная астма. Не лечится. На учете не состоит. Курит по 1 пачке сигарет в день. Осенью и весной страдает от вазомоторного ринита. В семье бронхиальная астма диагностирована по материнской линии.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожный покров и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Носовое дыхание свободное. Дыхание везикулярное, рассеянные сухие хрипы, преимущественно на выдохе, ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 70 в минуту, АД 120/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – 4,2×1012/л, лейкоциты – 8,0×109/л, тромбоциты – 230×109/л, эозинофилы – 18палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 52%, лимфоциты – 30%, моноциты – 5%, СОЭ – 4 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1025, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок-отрицательный, лейкоциты – 5-6, эритроциты – 0-1 в поле зрения.

Общий анализ мокроты: серая, вязкая, лейкоциты – 12-20, эпителий пл. – 4-8, эозинофилы – 12-16, кристаллы Шарко-Лейдена – 6-14 в п/зрения.

Было проведено рентгенологическое исследование легких между приступами — значительных нарушений зафиксировано не было.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Наметьте план последующего лечения.

3.Наришите план лечения 3 и 4 ступени БА.

**Занятие №4**

**Клиническая фармакология антибиотиков**

Задача №1

В поликлинику по месту жительства обратился пациент З.Ж., 38 лет с жалобами на

на умеренные, тупые боли в эпигастральной области, больше справа, возникающие в ночные часы и натощак, изжогу.

Медицинский анамнез не отягощен. Пациент работает сварщиком вахтовым методом. Прием пищи нерегулярный.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Повышенного питания (ИМТ=36). Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 78 удара в минуту. АД 140/80 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневный, оформленный, без патологических примесей.

Общий анализ крови: гемоглобин – 148 г/л, эритроциты – 5,2×1012/л, лейкоциты – 4,5×109/л, тромбоциты – 280×109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты – 32%, моноциты – 3%, СОЭ – 28 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 6,6 ммоль/л, билирубин общий – 11,2 мкмоль/л, АЛТ – 17 Ед/л, АСТ – 19 Ед/л, натрий – 144 ммоль/л, калий – 4,3 ммоль/л, креатинин – 100 мкмоль/л, мочевина – 4,3 ммоль/л, общий белок – 78 г/л, общий холестерин – 6,8 ммоль/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок, цилиндры, соли – не определяются.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 80 ударов в минуту. ЭОС отклонена влево.

ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая бледно-розовая. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, по задней стенке определяется язвенный дефект до 1 см покрытый фибрином. Helicobacter pylori – +++.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз с учетом жалоб, объективных и лабораторных данных;

3. Составьте план лечения данного пациента;

4. Объясните выбор той или иной группы антимикробных препаратов с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей лекарственных средств.

Задача №2

В приемный покой ЦРБ поступила пациентка К.К., 26 лет с жалобами на повышение температуры тела до 38,50С, упорную головную боль без четкой локализации, озноб, тупые ноющие боли в поясничной области, учащенное мочеиспускание малыми порциями, тошноту, выраженную слабость.

Из анамнеза известно, что у пациентки 1 беременность 16 недель.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Нормостенического телосложения. Температура 38,90С. Кожный покров влажный, горячий. Видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 22 в минуту. АД 160/90 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 98 в минуту. Язык чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания резко положительный справа. Стул ежедневный, оформленный, без патологических примесей.

Общий анализ крови: гемоглобин – 132 г/л, эритроциты – 3,2×1012/л, лейкоциты – 12,5×109/л, тромбоциты – 220×109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты – 31%, моноциты – 4%, СОЭ – 38 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,4 ммоль/л, билирубин общий – 11,2 мкмоль/л, АЛТ – 16 Ед/л, АСТ – 20 Ед/л, натрий – 138 ммоль/л, калий – 4,3 ммоль/л, креатинин – 78 мкмоль/л, мочевина – 5,3 ммоль/л, общий белок – 70 г/л, общий холестерин – 3,8 ммоль/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок – 0,033 г/л, лейкоциты – сплошь, бактерии – сплошь.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 90 ударов в минуту. ЭОС не отклонена.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз с учетом жалоб, объективных и лабораторных данных;

3. Составьте план лечения данного пациента;

4. Объясните выбор той или иной группы антимикробных препаратов с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей лекарственных средств.

Задача №3

Пациент М.Ф., 63 лет поступил в гастроэнтерологическое отделение ГКБ с жалобами на боль при глотании, ощущение комка в горле, жидкий стул до 3-4 раз в сутки, слабость.

Из анамнеза известно, что пациент 7 дней назад был выписан из стационара, где проходил лечение по поводу Covid-ассоциированной двусторонней пневмонии.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Нормостенического телосложения. Температура 36,80С. Кожный покров и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в легких жесткое, хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. АД 150/90 мм рт.ст. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. ЧСС 88 в минуту. Язык сплошь обложен белым налетом, небные дужки также обложены творожистым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул жидкий до 4-х раз в сутки.

Общий анализ крови: гемоглобин – 112 г/л, эритроциты – 2,8×1012/л, лейкоциты – 7,5×109/л, тромбоциты – 300×109/л, эозинофилы – 5%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 59%, лимфоциты – 28%, моноциты – 4%, СОЭ – 26 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 3,8 ммоль/л, билирубин общий – 16,4 мкмоль/л, АЛТ – 16 Ед/л, АСТ – 20 Ед/л, натрий – 138 ммоль/л, калий – 4,3 ммоль/л, креатинин – 78 мкмоль/л, мочевина – 5,3 ммоль/л, общий белок – 78 г/л, общий холестерин – 4,6 ммоль/л, сыв.железо – 4,0 нг/мл.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1016, эпителий – 6-10 в поле зрения, белок – 0,033 г/л, лейкоциты – 12-18, грибы – сплошь.

На ЭКГ: синусовая аритмия с ЧСС 72-78 ударов в минуту. ЭОС не отклонена. Признаки ГЛЖ.

Анализ кала: слизь – не обнаружена, лейкоциты – не обнаружено, эпителий – не обнаружено, дрожжевые грибы – много.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз с учетом жалоб, объективных и лабораторных данных;

3. Составьте план лечения данного пациента;

4. Объясните выбор той или иной группы антимикробных препаратов с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей лекарственных средств.

Задача №4

В инфекционную больницу поступил мужчина М.Р., 56 лет с жалобами на повышение температуры тела до 390С, сухой кашель, озноб, ломоту в теле, выраженную слабость.

Из анамнеза известно, что 5 дней назад имел контакт с болеющим человеком.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Нормостенического телосложения. Температура 38,80С. Кожный покров и видимые слизистые бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в легких ослабленное, хрипов нет. ЧДД 22 в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 94 в минуту. Язык чистый, влажный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневный, оформленный, без патологических примесей.

Общий анализ крови: гемоглобин – 142 г/л, эритроциты – 4,8×1012/л, лейкоциты – 6,5×109/л, тромбоциты – 340×109/л, эозинофилы – 7%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 57%, лимфоциты – 32%, моноциты – 2%, СОЭ – 22 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,0 ммоль/л, билирубин общий – 12,4 мкмоль/л, АЛТ – 16 Ед/л, АСТ – 14 Ед/л, натрий – 148 ммоль/л, калий – 3,7 ммоль/л, креатинин – 94 мкмоль/л, мочевина – 5,3 ммоль/л, общий белок – 68 г/л, общий холестерин – 4,4 ммоль/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1016, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок – отр., лейкоциты – 1-2, эритроциты – отр.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 76 ударов в минуту. ЭОС не отклонена.

На рентгенограмме легких – патологии не выявлено.

Пациенту был выставлен диагноз ОРВИ средней степени тяжести и назначена противовирусная и дезинтоксикационная терапия.

Через 6 дней от начала лечения состояние пациента ухудшилось: температура тела стала повышаться до 39,50С, появилась одышка в покое, кашель с отделением гнойной мокроты, наросла слабость.

При аускультации легких дыхание справа резко ослаблено, ЧДД 24 в минуту. Сатурация кислорода в норме.

Микробиологический анализ мокроты: St. Aureus в большом количестве.

При контрольной рентгенографии легких в средней доле правого легкого определяется затемнение с нечеткими контурами диаметром 2 см.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз;

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз с учетом жалоб, объективных и лабораторных данных;

3. Составьте план лечения данного пациента;

4. Объясните выбор той или иной группы антимикробных препаратов с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей лекарственных средств.

Задача №5

Пациент Э.Р., 72 лет, обратился в приемный покой ЦРБ с жалобами повышение температуры тела до 400С, на кашель с отхождением мокроты зеленого цвета, одышку при незначительной нагрузке (ходьба до туалета), боль при кашле в правой половине грудной клетки, боль и слабость в мышцах всего тела.

Из анамнеза известно, что 5 дней назад попал под проливной дождь и очень замерз.

Курит в течение 22 лет по 2 пачки си­гарет в день.

Другие заболевания отрицает. Аллергии на лекарственные препараты не было.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожный покров чистый, умеренной влажности, отмечается гиперемия кожи лица. Температура тела 39,6°С. Подкожно-жи­ровой слой развит умеренно. Периферические лимфа­тические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны. Грудная клетка эмфизематозная, при осмотре обращает на себя внимание отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При перкуссии легких выявлен коробочный звук с участком притупления справа ниже угла лопатки. При аускультации – сухие жужжащие хрипы, справа ниже угла лопатки – зона крепитации. ЧД в покое 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, шумов нет. ЧСС 98 в минуту, АД 140/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневный, оформленный. Мочеиспускание свободное, регулярное, безболезненное.

Общий анализ крови: гемоглобин – 156 г/л, эритроциты – 5,1×1012/л, лейкоциты – 14,5×109/л, тромбоциты – 400×109/л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 72%, лимфоциты – 18%, моноциты – 6%, СОЭ – 22 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,0 ммоль/л, билирубин общий – 12,4 мкмоль/л, АЛТ – 16 Ед/л, АСТ – 14 Ед/л, натрий – 148 ммоль/л, калий – 3,7 ммоль/л, креатинин – 94 мкмоль/л, мочевина – 5,3 ммоль/л, общий белок – 68 г/л, общий холестерин – 4,4 ммоль/л.

Анализ мокроты:характер слизисто-гнойный, лейкоциты густо покрывают поле зрения; эозинофилы, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, БК – отсутствуют; определяются грамположительные диплококки.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1020, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок – отр., лейкоциты – 1-2, эритроциты – отр.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 98 ударов в минуту. ЭОС не отклонена.

На рентгенограмме органов грудной клетки в двух проекциях определяются участок затемнения (инфильтрации) легочной ткани в нижней доле правого легкого, эмфизема легких, усиление легочного рисунка за счет интерстициального компонента.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз с учетом жалоб, объективных и лабораторных данных;

3. Составьте план лечения данного пациента;

4. Объясните выбор той или иной группы антимикробных препаратов с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей лекарственных средств.

Задача №6

Пациент Х.З., 83 лет, поступил в инфекционное отделение ЦРБ с жалобами на болезненность, чувство жара и зуда в области правой голени, слабость.

Из анамнеза известно, что 4 дня назад во время работы на огороде поранил большой палец правой стопы, промыл рану проточной водой. На следующий день почувствовал слабость, озноб, отметил повышение температуры тела до 390С – начал пить чай с малиной и лимоном. К вечеру следующего дня появились покраснение, болезненность, зуд и жжение в области правой голени. На следующий день вызвал бригаду СМП, которой и был доставлена в больницу.

Помимо этого, пациент страдает сахарным диабетом 2 типа, инсулинзависимым.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 38,7°С. Кожный покров и видимые слизистые обычной окраски. На правой голени по всей ее поверхности, высотой около 15 см отмечается умеренно отечная эритема с неровными контурами и четкими границами. Голень увеличена в объеме за счет отека. На фоне эритемы мелкоточечные петехиальные геморрагии. При пальпации эритемы определяется умеренная болезненность по периферии очага, кожа в области очага горячая по сравнению с симметричным участком здоровой конечности. Пальпируются паховые лимфатические узлы справа размером 0,5 см, мягкоэластической консистенции, подвижные, умеренно болезненные, не спаянные между собой и окружающими тканями. Прилегающие к лимфатическим узлам кожные покровы и подкожная клетчатка не изменены. Признаки лимфангита отсутствуют. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 76 в минуту, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневный, оформленный. Мочеиспускание свободное, регулярное, безболезненное.

Общий анализ крови: гемоглобин – 135 г/л, эритроциты – 4,1×1012/л, лейкоциты – 12,5×109/л, тромбоциты – 180×109/л, эозинофилы – 5%, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 24%, моноциты – 4%, СОЭ – 32 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 8,8 ммоль/л, билирубин общий – 10,4 мкмоль/л, АЛТ – 44 Ед/л, АСТ – 46 Ед/л, креатинин – 134 мкмоль/л, мочевина – 6,3 ммоль/л, общий белок – 68 г/л, общий холестерин – 5,4 ммоль/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1020, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок – отр., лейкоциты – 1-2, эритроциты – отр.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 78 ударов в минуту. ЭОС не отклонена.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз с учетом жалоб, объективных и лабораторных данных;

3. Составьте план лечения данного пациента;

4. Объясните выбор той или иной группы антимикробных препаратов с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей лекарственных средств.

Задача №7

Пациент С.А., 55 лет, обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на повышение температуры тела до 400С, озноб, головную боль без четкой локализации, тошноту, однократную рвоту, распирающую боль в левой голени.

Из анамнеза известно, что в детстве часто переносил ангины. Другие заболевания отрицает. Регулярно проходит профилактический осмотр. 2 недели назад повысилась температура тела до 390С – самостоятельно начал принимать парацетамол и витамин С. Через 2 дня появилась боль в левом коленном суставе, через некоторое время пациент отметил присоединение отека левой голени на фоне выраженной болезненности. Самостоятельно лечился приемом кеторола, парацетамола и эпизодами незначительного улучшения. Когда температура перестала снижаться, обратился в поликлинику по месту жительства.

Объективно: состояние тяжелое. Температура тела 38,9°С. Кожный покров сухой, бледный. Видимые слизистые обычной окраски. Левая голень отечная, кожа блестящая, покрасневшая, горячая на ощупь, болезненная при пальпации. Увеличены правые паховые лимфатические узлы до 1,5 см. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧДД 22 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 116 в минуту, АД 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневный, оформленный. Мочеиспускание свободное, регулярное, безболезненное.

Общий анализ крови: гемоглобин – 155 г/л, эритроциты – 4,7×1012/л, лейкоциты – 17,5×109/л, тромбоциты – 230×109/л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 56%, лимфоциты – 20%, моноциты – 11%, СОЭ – 40 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,8 ммоль/л, билирубин общий – 15,5 мкмоль/л, АЛТ – 36 Ед/л, АСТ – 34 Ед/л, креатинин – 88 мкмоль/л, мочевина – 4,3 ммоль/л, общий белок – 72 г/л, общий холестерин – 4,4 ммоль/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1020, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок – отр., лейкоциты – 0-2, эритроциты – отр.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 110 ударов в минуту. ЭОС не отклонена.

На рентгенограммах левой голени в прямой и боковой проекциях – на протяжении средней трети диафиза правой большеберцовой кости кружевной периостит по переднему полуцилиндру, корковый слой сниженной плотности, костномозговой канал незначительно расширен. Увеличен объем мягких тканей голени, контуры мышц не прослеживаются.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз с учетом жалоб, объективных и лабораторных данных;

3. Составьте план лечения данного пациента;

4. Объясните выбор той или иной группы антимикробных препаратов с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей лекарственных средств.

Задача №8

Пациентка З.Ф., 76 лет, была доставлена в приемный покой ГКБ бригадой СМП с жалобами на боль и чувство тяжести в правом подреберье, желтушность кожи и склер, тошноту, слабость.

Из анамнеза известно, что пациентка страдает желчекаменной болезнью. 2 дня назад после погрешности в диете появилась острая боль, которая в течение 4-х часов утихла до умеренной. Однако, спустя 12 часов появилась желтушность кожи и склер, по поводу чего пациентка и вызвала бригаду СМП.

Помимо этого, пациентка длительно страдает гипертонической болезнью, 5 лет назад перенесла инфаркт миокарда.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые желтушны. Температура тела 37,8°С. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушенные, аритмичные. ЧСС 84 в минуту, пульс 76 в минуту, АД 190/100 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневный, оформленный. Мочеиспускание свободное, регулярное, безболезненное.

Общий анализ крови: гемоглобин – 115 г/л, эритроциты – 3,7×1012/л, лейкоциты – 10,5×109/л, тромбоциты – 180×109/л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 24%, моноциты – 4%, СОЭ – 32 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,8 ммоль/л, билирубин общий – 28,5 мкмоль/л, АЛТ – 46 Ед/л, АСТ – 44 Ед/л, креатинин – 120 мкмоль/л, мочевина – 5,3 ммоль/л, общий белок – 72 г/л, общий холестерин – 5,4 ммоль/л.

Общий анализ мочи: цвет – пива, относительная плотность – 1020, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок – отр., лейкоциты – 0-2, эритроциты – отр.

ЭКГ: фибрилляция предсердий с ЧЖС 62-88 в минуту. ЭОС отклонена влево. Очаговые изменения передне-перегородочной области ЛЖ, вероятно, рубцовые (сочетать с клиникой).

УЗИ печени и желчного пузыря: расширены внепечёночныё желчные протоки, конкременты в желчном пузыре и холедохе.

ФГДС: сосочек выбухает в просвет ДПК, слизистая его гиперемирована, из устья желчь не поступает.

РПХГ: расширение внутри- и внепечёночных желчных протоков, дефекты заполнения в холедохе.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз с учетом жалоб, объективных и лабораторных данных;

3. Составьте план лечения данного пациента;

4. Объясните выбор той или иной группы антимикробных препаратов с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей лекарственных средств.

Задача №9

Пациент Т.А., 52 лет, обратилась в приемный покой Covid-центра с жалобами на повышение температуры тела до 390С, сухой кашель, одышку в покое, чувство нехватки воздуха, потливость, выраженную слабость.

Из анамнеза известно, что пациентка врач, которая работает в «красной зоне» Covid-центра.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожный покров чистый, умеренной влажности. Температура тела - 38,6°С. Периферические лимфа­тические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны. Дыхание в легких резко ослабленное, хрипов нет. ЧДД 26 в минуту. SpO2<92%. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 98 в минуту, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневный, оформленный. Мочеиспускание свободное, регулярное, безболезненное.

Общий анализ крови: гемоглобин – 126 г/л, эритроциты – 3,1×1012/л, лейкоциты – 3,0×109/л, тромбоциты – 100×109/л, эозинофилы – 6%, палочкоядерные нейтрофилы – 6%, сегментоядерные нейтрофилы – 72%, лимфоциты – 10%, моноциты – 6%, СОЭ – 22 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,0 ммоль/л, билирубин общий – 10,4 мкмоль/л, АЛТ – 16 Ед/л, АСТ – 14 Ед/л, натрий – 138 ммоль/л, калий – 3,7 ммоль/л, креатинин – 76 мкмоль/л, мочевина – 5,3 ммоль/л, общий белок – 68 г/л, общий холестерин – 4,4 ммоль/л, прокальцитонин - >0,5 нг/мл.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1020, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок – отр., лейкоциты – 1-2, эритроциты – отр.

Метод амплификации нуклеиновых кислот: РНК SARS-CoV-2.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 88 ударов в минуту. ЭОС не отклонена.

На рентгенограмме органов грудной клетки в двух проекциях определяются участки затемнения (инфильтрации) легочной ткани в нижних долях правого и левого легкого.

КТ легких: двустороння пневмония. КТ картина 2-3.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз с учетом жалоб, объективных и лабораторных данных;

3. Составьте план лечения данного пациента;

4. Объясните выбор той или иной группы антимикробных препаратов с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей лекарственных средств.

Задача №10

Пациентка А.А., 27 лет, доставлена бригадой СМП в кардиологическое отделение с жалобами на повышение температуры тела до 38,50С, озноб, дискомфорт в области сердца, учащенное сердцебиение, одышку при незначительной физической нагрузке.

Из анамнеза известно, что пациентка страдает ВИЧ-инфекцией в течение 7 лет, возникшей на фоне употребления внутривенных наркотических препаратов. Противовирусные препараты не принимает.

Объективно: состояние тяжелое. Контакт с пациенткой затруднен, так как она находится под действием наркотических препаратов, односложно отвечает на вопросы. Пониженного питания (ИМТ=18). Кожный покров бледно-желтого цвета, сухой. В области предплечья и подмышечных впадин следы от инъекций. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы слева – 1,5 х 2 см, эластичный, безболезненный, справа - 2 х 3 см, эластичный, умеренно болезненный. Температура тела – 38,4 С. При перкуссии грудной клетки перкуторный звук ясный легочный, в н/о – притупление. Дыхание везикулярное, в нижних отделах не выслушивается, единичные незвучные влажные мелкопузырчатые хрипы по всем легочным полям, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, выслушивается систолический шум в точке выслушивания ТК, верхушке и аорте, ЧСС 100 в мин., АД 110/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см. Пальпируется селезенка. Отеки голеней и стоп.

Общий анализ крови: гемоглобин – 100 г/л, эритроциты – 2,1×1012/л, лейкоциты – 19,0×109/л, тромбоциты – 100×109/л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы –10%, сегментоядерные нейтрофилы – 71%, лимфоциты – 11%, моноциты – 6%, СОЭ – 44 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 2,7 ммоль/л, билирубин общий – 10,4 мкмоль/л, АЛТ – 66 Ед/л, АСТ – 72Ед/л, натрий – 100 ммоль/л, калий – 6,1 ммоль/л, креатинин – 480 мкмоль/л, мочевина – 7,3 ммоль/л, общий белок – 56 г/л, общий холестерин – 2,4 ммоль/л.

Общий анализ мочи: анурия.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 108 ударов в минуту. ЭОС не отклонена. Признаки ГЛЖ.

ЭХО-КС: аорта не уплотнена, 25 мм, левое предсердие – 40 мм, КДР – 43 мм, КСР – 30 мм, фракция выброса – 58%, МЖП – 15 мм, ЗСЛЖ - 15 мм, трикуспидальный клапан - крупные вегетации на створках, амплитуда открытия - 1,0 (ТН 3-4 ст.), митральный клапан – недостаточность 2-3 ст., в Д-режиме выявлены патологические потоки на аортальном клапане. ПЖ расширен.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз с учетом жалоб, объективных и лабораторных данных;

3. Составьте план лечения данного пациента;

4. Объясните выбор той или иной группы антимикробных препаратов с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей лекарственных средств.

Задача №11

Пациент М.А., 23 лет обратился в приемный покой ЦРБ с жалобами на боли в суставах рук и ног (голеностопных, коленных, лучезапястных, плечевых), общую слабость, повышенную утомляемость, повышение температуры тела до 37,60С, одышку при незначительной физической нагрузке, перебои в работе сердца.

Из анамнеза известно, что в детстве пациент перенес ОРЛ, по поводу которой прошел лечение в условиях стационара. Около год назад стал замечать одышку при подъеме по лестнице на 3-й этаж, сопровождающуюся чувством тяжести за грудиной. Не лечился. За месяц до поступления в стационар перенес ангину, которую пролечил приемом эритромицином в течение 6 дней. Несмотря на исчезновение болей в горле и нормализацию температуры тела, значительного улучшения общего самочувствия не отмечал, нарастала слабость, появилась потливость, через 2 недели стала повышаться температура тела до субфебрильных цифр, в течение нескольких дней присоединились указанные при поступлении жалобы.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожный покров бледный, влажный. Акроцианоз, румянец на щеках. Гиперемия и дефигурация левого голеностопного и правого лучезапястного суставов, все крупные и средние суставы болезненны при пальпации. При аускультации легких – ослабление дыхания и небольшое количество незвучных мелкопузырчатых хрипов в нижних отделах обоих легких, ЧДД 20 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости в 5 межреберье на 1 см кнутри от передней подмышечной линии, правая – в 4 межреберье на 0,5 см кнаружи от правого края грудины. Конфигурация сердца митральная. При аускультации сердца - ослабление первого тона на верхушке, акцент П тона на легочной артерии, выслушивается систолический шум с максимумом на верхушке, проводящийся в левую подмышечную область. Тоны аритмичны, выслушивается 8-10 внеочередных сокращений в мин. ЧСС 78-84 в мин. АД 110/70 мм рт. ст. Печень выступает из-под реберной дуги на 6 см, край закруглен, ровный, слегка болезненный при пальпации. Отеки голеней.

Общий анализ крови: гемоглобин – 117 г/л, эритроциты – 3,1×1012/л, лейкоциты – 9,3×109/л, тромбоциты – 220×109/л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 71%, лимфоциты – 13%, моноциты – 6%, СОЭ – 44 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,7 ммоль/л, билирубин общий – 17,4 мкмоль/л, АЛТ – 14 Ед/л, АСТ – 12 Ед/л, натрий – 140 ммоль/л, калий – 3,1 ммоль/л, креатинин – 80 мкмоль/л, мочевина – 3,6 ммоль/л, общий белок – 66 г/л, общий холестерин – 3,4 ммоль/л.

Общий анализ мочи: желтая, слабо-кислая, уд. вес – 1008, белок – 0,066 г/л, сахара – отр., эпителий плоский – 1-12 в п/зр., лейкоциты – 5-7 в п/зр., эритроциты – 0-5 в п/зр.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 108 ударов в минуту. ЭОС не отклонена. Частая желудочковая экстрасистолия по типу бигеминий.

ЭХО-КС: аорта не уплотнена, не расширена (25 мм), левое предсердие увеличено (43 мм), ЛЖ не расширен (КДР – 43 мм, КСР – 30 мм), фракция выброса – 58%, МЖП утолщена (24 мм), ЗСЛЖ утолщена (25 мм), аортальный клапан не изменен, митральный клапан - уплотнены створки, в М-режиме однонаправленное движение створок, неполное смыкание, в Д-режиме выявлен патологический поток на митральном клапане, правый желудочек не расширен (30 мм).

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз с учетом жалоб, объективных и лабораторных данных;

3. Составьте план лечения данного пациента;

4. Объясните выбор той или иной группы антимикробных препаратов с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей лекарственных средств.

Задача №12

Пациент К.С.,38 лет, обратился в приемный покой противотуберкулезного городского диспансера с жалобами на эпизоды вечернего подъема температуры тела до 37,80С, постоянную слабость, потливость, снижение массы тела. 2 дня назад появился кашель с прожилками крови, что и заставила пациента обратится в медицинское учреждение.

Известно, что пациент работает врачом-терапевтом в медицинском пункте в территории колонии строго режима.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожный покров бледный, влажный. Температура тела 37,30С. Периферические лимфоузлы не увеличены. Левая половина грудной клетки отстает в дыхании. При перкуссии – притупление звука в области верхней доли левого легкого. Дыхание в этой зоне жесткое, после покашливания выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Пульс 0 в мин., ритмичный. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий и безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги. Стул и мочеиспускание не нарушены. Отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин – 134 г/л, эритроциты – 3,8×1012/л, лейкоциты – 11,3×109/л, тромбоциты – 200×109/л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 77%, лимфоциты – 16%, моноциты – 3%, СОЭ – 30 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,7 ммоль/л, билирубин общий – 17,4 мкмоль/л, АЛТ – 14 Ед/л, АСТ – 12 Ед/л, натрий – 140 ммоль/л, калий – 3,1 ммоль/л, креатинин – 80 мкмоль/л, мочевина – 3,6 ммоль/л, общий белок – 66 г/л, общий холестерин – 3,4 ммоль/л.

Общий анализ мочи: желтая, уд. вес – 1018, белок – отр. г/л, сахара – отр., эпителий плоский – 1-4 в п/зр., лейкоциты – 2-4 в п/зр., эритроциты – 0-1 в п/зр.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 88 ударов в минуту. ЭОС не отклонена.

Рентгенография легких: очаг затемнения в верхней доле левого легкого.

Туберкулиновая проба: положительная.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз с учетом жалоб, объективных и лабораторных данных;

3. Составьте план лечения данного пациента;

4. Объясните выбор той или иной группы антимикробных препаратов с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей лекарственных средств.

Задача №13

Пациент Е.Б., 66 лет поступил в приемный покой ЦРБ с жалобами на повышение температуры тела до 38,50С, озноб, потливость, чувство нехватки воздуха, одышку при незначительной нагрузке (ходьба до туалета), кашель с отхождением гнойной мокроты, временами с прожилками крови.

Из анамнеза известно, что 6 месяцев назад пациент находился на лечении в стационаре по поводу пневмонии. После выписки рекомендации не соблюдал и лечение не продолжал. Около 4-х дней назад переохладился на работе, с чем и связывает возникновение вышеуказанных симптомов.

Объективно: состояние средней тяжести. Положение в постели вынужденное — сидит, одышка в покое. Кожный покров бледный, влажный, отмечается акроцианоз. Слева в подмышечной области пальпируются увеличенные лимфоузлы, безболезненные, не спаянные с клетчаткой. ЧДД 28 в минуту. При перкуссии легких определяется коробочный звук. Слева, книзу от IV межреберья, притупление перкуторного тона. При аускультации легких – дыхание ослабленное, выдох удлинен. Выслушиваются сухие свистящие хрипы, больше слева, а в области притупления перкуторного тона дыхание не проводится. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 110 в минуту. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена, край ее выступает из-под реберной дуги на 3 см, плотная, бугристая, безболезненная. Селезенка не увеличена. Отеки голеней и стоп.

Общий анализ крови: гемоглобин – 112 г/л, эритроциты – 3,5×1012/л, лейкоциты – 13,4×109/л, тромбоциты – 170×109/л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 16%, моноциты – 7%, СОЭ – 50 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,7 ммоль/л, билирубин общий – 17,4 мкмоль/л, АЛТ – 42 Ед/л, АСТ – 90 Ед/л, креатинин – 120 мкмоль/л, мочевина – 4,6 ммоль/л, общий белок – 57 г/л, общий холестерин – 4,4 ммоль/л, СРБ – 4О Ед, фибриноген – 7 г/л, ЛДГ общ. – 1088 Ед/л.

Общий анализ мочи: желтая, уд. вес – 1018, белок – отр. г/л, сахара – отр., эпителий плоский – 1-4 в п/зр., лейкоциты – 2-4 в п/зр., эритроциты – 0-1 в п/зр.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 118 ударов в минуту. ЭОС отклонена вправо. Единичная суправентрикулярная экстрасистола.

Анализ мокроты: мокрота кровянистая с гнилостным запахом, при микроскопии эритроциты покрывают все поле зрения, атипичные клетки и ВК не идентифицированы. При окраске по Граму выявляется полиморфная грамположительная и грамотрицательная микрофлора (кокки, палочки).

Рентгенограммы грудной клетки: на первичных (год назад) рентгенограммах в сегменте В6 левого легкого определяется округлое образование размером 2,5хЗ см с неровными контурами с небольшим участком просветления в центре, дополнительных образований в правом корне не определяется, сердечно-сосудистая тень в пределах возрастной нормы. На рентгенограммах грудной клетки, выполненных в настоящее время, выявляется значительное увеличение имевшегося образования до размеров 8х8 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 неровный, бугристый, левый корень резко расширен. Там же имеются неровные полициклические контуры. В левой плевральной полости перикостально определяется выпот до 5 ребра.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз с учетом жалоб, объективных и лабораторных данных;

3. Составьте план лечения данного пациента;

4. Объясните выбор той или иной группы антимикробных препаратов с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей лекарственных средств.

Задача №14

Пациентка Т.Ф., 18 лет, обратилась в поликлинику по месту жительства с жалобами на повышение температуру тела до 37,70С, мышечную слабость, дрожь в теле, потливость, болезненность в правой подмышечной области.

Медицинский анамнез не отягощен.

Со слов пациентки, травм не было. Много лет пользуется сухим дезодорантом, а ванну принимает 2 раза в неделю, тогда и проводит туалет подмышечных впадин.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела 37,40С. Кожный покров обычной окраски и влажности. В правой подмышечной области имеются несколько спаянных между собой плотных, резко болезненных образований 2x15 см, спаянные с кожей, умеренно подвижные, незначительная гиперемия в центре. Флюктуация не определяется. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78 в минуту. АД 110/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание не нарушены. Отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин – 122 г/л, эритроциты – 3,5×1012/л, лейкоциты – 9,4×109/л, тромбоциты – 220×109/л, эозинофилы –2%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, лимфоциты – 30%, моноциты – 1%, СОЭ – 24 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,7 ммоль/л, билирубин общий – 17,4 мкмоль/л, АЛТ – 22 Ед/л, АСТ – 22 Ед/л, креатинин – 60 мкмоль/л, мочевина – 3,6 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, общий холестерин – 3,4 ммоль/л.

Общий анализ мочи: желтая, уд. вес – 1018, белок – отр. г/л, сахара – отр., эпителий плоский – 1-2 в п/зр., лейкоциты – 1-3 в п/зр., эритроциты – 0-1 в п/зр.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 68 ударов в минуту. ЭОС отклонена вправо.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз с учетом жалоб, объективных и лабораторных данных;

3. Составьте план лечения данного пациента;

4. Объясните выбор той или иной группы антимикробных препаратов с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей лекарственных средств.

Задача №15

Пациент В.Ф., 37 лет, обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на боль в области задней поверхности шеи, где пациент обнаружил опухолевидное образование, повышение температуры тела, озноб, слабость.

Страдает сахарным диабетом 1 типа с детства.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела 38,40С. Кожный покров обычной окраски и влажности. На задней поверхности шеи плотный, резко болезненный ин­фильтрат 10x10 см, сине-багрового цвета, в центре его несколько гнойных пустул, вокруг них участок кожи 3x3 см грязно-серого цвета. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 108 в минуту. АД 120/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание не нарушены. Отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин – 142 г/л, эритроциты – 4,2×1012/л, лейкоциты – 15,6×109/л, тромбоциты – 260×109/л, эозинофилы –1%, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 71%, лимфоциты – 20%, моноциты – 1%, СОЭ – 28 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 10,7 ммоль/л, билирубин общий – 17,4 мкмоль/л, АЛТ – 22 Ед/л, АСТ – 22 Ед/л, креатинин – 160 мкмоль/л, мочевина – 3,6 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, общий холестерин – 3,4 ммоль/л.

Общий анализ мочи: желтая, уд. вес – 1018, белок – отр. г/л, сахара – отр., эпителий плоский – 1-2 в п/зр., лейкоциты – 1-3 в п/зр., эритроциты – 0-1 в п/зр.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 98 ударов в минуту. ЭОС отклонена вправо.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз с учетом жалоб, объективных и лабораторных данных;

3. Составьте план лечения данного пациента;

4. Объясните выбор той или иной группы антимикробных препаратов с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей лекарственных средств.

Задача №16

Пациентка Г.Ю., 10 лет обратилась вместе с мамой к врачу отоларингологу в поликлинику по месту жительства. При осмотре девочка предъявляет жалобы на постоянные боли в горле, невозможность глотать пищу из-за резкой болезненности, головную боль, головокружение, слабость, сонливость.

Из анамнеза известно, что данные симптомы появились 3 дня назад – лечились самостоятельно путем полоскания горла антисептическими растворами. При отсутствии положительной динамики обратились в поликлинику по месту жительства.

Девочка растет и развивается соответственно возрасту. Прививки согласно прививочному календарю.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,80С. Голова наклонена вправо и назад. Отмечается ригидность затылочных мышц.

Положение головы вынужденное, с наклоном в правую сторону и кзади, отмечается умеренная ригидность затылочных мышц. При фарингоскопии определяется гиперемированное, округлой формы асимметрично расположенное выпячивание слизистой оболочки задней стенки глотки, флюктуирующее при пальпации. Миндалины не увеличены, без патологических изменений.

Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 98 в минуту. АД 110/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание не нарушены. Отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин – 132 г/л, эритроциты – 4,6×1012/л, лейкоциты – 11,4×109/л, тромбоциты – 260×109/л, эозинофилы –1%, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 56%, лимфоциты – 28%, моноциты – 5%, СОЭ – 36 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 10,7 ммоль/л, билирубин общий – 17,4 мкмоль/л, АЛТ – 22 Ед/л, АСТ – 22 Ед/л, креатинин – 60 мкмоль/л, мочевина – 3,6 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, общий холестерин – 3,4 ммоль/л.

Общий анализ мочи: желтая, уд. вес – 1022, белок – отр. г/л, сахара – отр., эпителий плоский – 1-2 в п/зр., лейкоциты – 1-3 в п/зр., эритроциты – отр. в п/зр.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 98 ударов в минуту. ЭОС не отклонена.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз с учетом жалоб, объективных и лабораторных данных;

3. Составьте план лечения данного пациента;

4. Объясните выбор той или иной группы антимикробных препаратов с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей лекарственных средств.

Задача №17

Пациентка Н.В., 35 лет поступила в хирургическое отделение ГКБ с жалобами на боли диффузные боли по всему животу, озноб, слабость.

Из анамнеза известно, что 3 дня назад появились боли в эпигастральной области, которые потом спустились в правую подвздошную область, также было тошнота, однократное послабление стула. Пациентка за помощью не обращалась, самостоятельно начала прием НПВС. На фоне приема лекарственных средств болевой синдром значительно уменьшился. Однако через 2 дня состояние резко ухудшилось: повысилась температура тела до 380С, появились диффузные боли по всем квадрантам живота, стала нарастать выраженная слабость. Пациентка вызвала бригаду СМП, которой и была доставлена в медицинское учреждение.

Объективно: состояние тяжелое. Температура тела 38,60С. Кожный покров сухой. Дыхание в легкиз везикулярное, хрипов нет. ЧДД 24 в минуту. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 92 в минуту, АД 100/50 мм рт. ст. Живот плоский, напряжен преимущественно в нижних отделах. Из-за напряжения мышц передней брюшной стенки исследование затруднено, пальпация в нижних отделах резко болезненна, определяются положительные симптомы раздражения брюшины.

Общий анализ крови: гемоглобин – 132 г/л, эритроциты – 4,6×1012/л, лейкоциты – 11,4×109/л, тромбоциты – 260×109/л, эозинофилы –1%, палочкоядерные нейтрофилы – 15%, сегментоядерные нейтрофилы – 50%, лимфоциты – 33%, моноциты – 1%, СОЭ – 36 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 10,7 ммоль/л, билирубин общий – 17,4 мкмоль/л, АЛТ – 22 Ед/л, АСТ – 22 Ед/л, креатинин – 60 мкмоль/л, мочевина – 3,6 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, общий холестерин – 3,4 ммоль/л.

Общий анализ мочи: желтая, уд. вес – 1022, белок – отр. г/л, сахара – отр., эпителий плоский – 1-2 в п/зр., лейкоциты – 1-3 в п/зр., эритроциты – отр. в п/зр.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 98 ударов в минуту. ЭОС не отклонена.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз с учетом жалоб, объективных и лабораторных данных;

3. Составьте план лечения данного пациента;

4. Объясните выбор той или иной группы антимикробных препаратов с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей лекарственных средств.

**Занятие №5**

**Клиническая фармакология лекарственных средств для лечения язвенной болезни**

Задача №1

Пациентка М.В., 27 лет была доставлена бригадой СМП в приемное отделение ГКБ с жалобами на острую боль в левом подреберье, однократную рвоту, жидкий стул, потерю аппетита, изжогу, учащенное сердцебиение, слабость, головокружение.

Считает себя больной несколько часов, когда впервые появились вышеуказанные жалобы, самостоятельно приняла но-шпу, активированный уголь – дозы препаратов не помнит – улучшение состояние не было, вызвала бригаду скорой медицинской помощи, которой была доставлена в приемный покой городской больницы.

Из анамнеза известно, что пациентка страдает язвенной болезнью желудка более 10 лет. Наследственность отягощена по материнской линии. Сопутствующие заболевания: хронический бронхит около 5 лет, артериальная гипертония с 2015 года с максимальным уровнем АД до 170/100 мм рт. ст., принимает эналаприл нерегулярно. Аллергологический анамнез не отягощен. Гинекологический анамнез: Б – 2, Р – 1, А – 1.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Рост 168 см, вес 72 кг. Температура 36,6. Кожный покров бледный, влажный. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент II тона над аортой. АД 160/80 мм рт.ст., ЧСС 90 ударов в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень по Курлову 12\*11\*8 см. Отеков нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Жидкий стул – 3 раза за последние сутки.

ОАК: лейкоциты – 8\*109/л, эритроциты – 3,3\*1012/л, гемоглобин – 110 г/л, гематокрит – 48%, тромбоциты – 233\*109/л, п/я – 2%, с/я – 80%, эозинофилы – 0%, лимфоциты – 13 %, моноциты – 5%, СОЭ – 9 мм/ч, ЦП – 0,92.

ОАМ: цвет – желтый, прозрачность – прозрачная, удельный вес – 1025 г/л, реакция – щелочная, белок – отрицательный, сахар – отрицательный, ацетон – отрицательный, эпителий 3-4 в поле зрения, лейкоциты 3-4 в поле зрения.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 90 ударов в минуту. ЭОС отклонена влево. Признаки ГЛЖ.

ФГДС: язва тела желудка 9 мм в диаметре. При исследовании биоптатов слизистой оболочки желудка обнаружен Helicobacter pylori.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Какие еще методы исследования необходимо выполнить данному больному;

3. Какие группы ЛС могут быть рекомендованы при лечении ЯБЖ;

4. Перечислите требования к идеальному антациду.

Задача №2

Пациентка О.И., 32 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на ноющие боли в эпигастральной области, возникающие на голодный желудок преимущественно по ночам (из-за чего вынужден просыпаться), рвоту кислым содержимым, приносящую облегчение, изжогу, жидкий стул до 3-х раз в сутки.

Из анамнеза известно, что данный комплекс жалоб пациентку беспокоит уже в течение 3-х лет – к медицинским работникам не обращалась – лечится самостоятельно приемом ранитидина в период ухудшения состояния.

Объективно: состояние удовлетворительное. Астенического телосложения (ИМТ=18). Температура 36,60С. Кожный покров бледный. Язык густо обложен белым налетом, влажный. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке. АД 120/80 мм рт. ст., Ps-94 в минуту. Живот мягкий, болезненный в пилородуоденальной зоне и в точке Певзнера. Печень и селезенка не пальпируются. Стул до 3-х раз в сутки, черного цвета. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин – 88 г/л, эритроциты – 2,8×1012/л, лейкоциты – 4,5×109/л, тромбоциты – 280×109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты – 32%, моноциты – 4%, СОЭ – 22 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 3,6 ммоль/л, билирубин общий – 8,2 мкмоль/л, АЛТ – 17 Е/л, АСТ – 19 Е/л, креатинин – 80 мкмоль/л, мочевина – 4,3 ммоль/л, общий белок – 78 г/л, общий холестерин – 4,8 ммоль/л, сывороточное железа – 3,5 мкмоль/л.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 90 ударов в минуту. ЭОС отклонена влево.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок, цилиндры, соли – не определяются.

ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая бледно-розовая. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, по задней стенке определяется язвенный дефект до 1 см. Форрест 2 В. Helicobacter pylori – +++.

Реакция Грегерсена: +++.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз;

2. Какое дополнительное обследование необходимо больному?

3. Наметьте план обследования и лечения больного с учетом фармакинетических и фармакодинамических особенностей ЛС;

4. Опишите механизм действия Н2-гистаминоблокаторов.

Задача №3

Пациент Т.Н., 56 лет, обратился в приемный покой ЦРБ поздно вечером с жалобами на головокружение, потемнение в глазах, колющие боли в животе, метеоризм.

Из анамнеза известно, что пациент страдает ЯБЖ, ЖКБ и хроническим панкреатитом – не лечился, на диспансерном наблюдении не состоит. 7 дней назад перенес ОРВИ – принимал терафлю 6-8 пакетиков день для снижения температуры тела и улучшения самочувствия.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожный покров и видимые слизистые бледные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 88 в минуту, АД 130/90 мм рт.ст. Язык обложен бело-желтым налетом, суховат. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье. Нижний край печени выступает из-под края реберной дуги +1,5 см, мягкий, болезненный. Мочеиспускание свободное, регулярное. Стул ежедневный оформленный.

Общий анализ крови: гемоглобин – 136 г/л, эритроциты – 4,4×1012/л, лейкоциты – 6,5×109/л, тромбоциты – 340×109/л, эозинофилы – 4%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 30%, моноциты – 3%, СОЭ – 28 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 5,6 ммоль/л, билирубин общий –56,8 мкмоль/л, АЛТ – 1500 Ед/л, АСТ – 750 Ед/л, креатинин – 120 мкмоль/л, мочевина – 5,3 ммоль/л, общий белок – 78 г/л, общий холестерин – 4,8 ммоль/л, ГГТП – 295 Ед, ЛДГ – 122 Ед, антитела к HCV (-), HBsAg (-).

Общий анализ мочи: темная, относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок, цилиндры, соли – не определяются.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 80 ударов в минуту. ЭОС отклонена влево.

УЗИ органов брюшной полости: выявлена однородная гиперэхогенность печени.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз с учетом жалоб, объективных и лабораторных данных;

3. Составьте план лечения данного пациента;

4. Объясните выбор той или иной группы антимикробных препаратов с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей лекарственных средств.

Задача№4

Пациент В.М., 48 лет, обратился в приемное отделение с жалобами на периодические боли в эпигастральной области, которые возникают через 20-30 минут после еды, и значительно уменьшаются или исчезают через 1,5-2 часа.

Анамнез заболевания: около 10 лет отмечает дискомфорт в эпигастральной области после приема жирной и жареной пищи. Не лечился. После перенесенного стресса (сокращение на работе) стал отмечать постоянные боли в эпигастрии, которые снимались приемом молока или ряженки. В последние 2 дня боль усилились, особенно после приема пищи, независимо от ее качества. Появилась изжога, которая часто сопровождалась горечью во рту. Сданными симптомами обратился в поликлинику по месту жительства.

Курит по ½ пачки в день. Алкоголь не употребляет.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожный покров нормальной окраски, тургор сохранен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 68 ударов в минуту, АД – 130/80 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании. При пальпации отмечает незначительную болезненность в эпигастральной области. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул и мочеиспускание не нарушены. Отеков нет.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин – 142 г/л, эритроциты – 3,8×1012/л, лейкоциты – 4,5×109/л, тромбоциты – 340×109/л, эозинофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 58%, лимфоциты – 34%, моноциты – 5%, СОЭ – 16 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 3,6 ммоль/л, билирубин общий – 16,2 мкмоль/л, АЛТ – 17 Е/л, АСТ – 19 Е/л, креатинин – 96 мкмоль/л, мочевина – 5,5 ммоль/л, общий белок – 82 г/л, общий холестерин – 4,8 ммоль/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок, цилиндры, соли – не определяются.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 70 ударов в минуту. ЭОС не отклонена.

ФГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается. Слизистая в пищеводе без изменений. В средней трети желудка по малой кривизне имеется язвенный дефект стенки (слизистая и подслизистая) до 1,2 см, дно дефекта выполнено фибрином, края дефекта приподняты, отечные. На остальном протяжении в желудке имеются очаг неяркой гиперемии. ДПК без изменений. Взята биопсия 4 кус. При взятии биопсии из краев язвы отмечается умеренная нейтрофильная инфильтрация и отек.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз;

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;

4. Препарат какой группы для патогенетической терапии вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Какие рекомендации необходимо дать пациенту для профилактики обострений заболевания?

Задача №5

Пациент Е.Ф., 73 лет, был доставлен бригадой СМП в приемный покой ГКБ с жалобами на острую режущую боль в эпигастральной области натощак и через 1 час после приема острой, жареной или пряной пищи.

Анамнез заболевания: пациент длительно страдает АГ с максимальным уровнем АД 150/110 мм рт.ст., 3 года назад перенес острое нарушение мозгового кровообращения. В анамнезе ЯБЖ – последнее обострение 5 лет назад. Около 5 дней назад, после злоупотребления алкоголем, появились тощаковые боли в эпигастрии – лечился самостоятельно приемом алмагеля. 2 часа назад почувствовал режущие боли, сопровождающиеся слабостью и чувством страха. Вызвал бригаду СМП, которой и был доставлен в стационар. Также у пациента в анамнезе аденома простаты.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Положение активное. Сознание ясное. Кожный покров и слизистые обычной окраски. ИМТ=28. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76 в минуту, АД 160/70 мм рт.ст.. Язык обложен желто-коричневатым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастральной области и правом подреберье. Печень не увеличена. Стул 1 раз в 5 дней. Мочеиспускание учащенное, безболезненное, малыми порциями, никтурия.

Общий анализ крови: гемоглобин – 162 г/л, эритроциты – 5,8×1012/л, лейкоциты – 9,5×109/л, тромбоциты – 300×109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты – 32%, моноциты – 1%, СОЭ – 28 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 5,6 ммоль/л, билирубин общий – 20,2 мкмоль/л, АЛТ – 18 Е/л, АСТ – 20 Е/л, креатинин – 136 мкмоль/л, мочевина – 4,5 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, общий холестерин – 4,3 ммоль/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок, цилиндры, соли – не определяются.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 70 ударов в минуту. ЭОС не отклонена.

Проведена ЭГДС: язва луковицы двенадцатиперстной кишки диаметром 9 мм по задней стенке. Хронический эрозивный гастрит. Рубцово-язвенная деформация луковицы и привратника. Дыхательный тест – Н.рylori (+++).

Пациенту назначено лечение: 1) раствор атропина сульфат 0,1% 1 мл п/к 2 раза в сутки; 2) эзомепразол 20 мг 2 раза в сутки; 3) кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки; 4) метронидазол 400 мг 2 раза в сутки.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз;

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;

4. Рациональна ли, назначенная схема лечения?

5. Какие рекомендации необходимо дать пациенту для профилактики обострений заболевания?

Задача №6

Пациентка В.Ф., 47 лет, самостоятельно обратилась в приемное отделение с жалобами на острую боль в подложечной области, усиливающуюся в ночные часы, снижение аппетита, слабость, сыпь по всему телу, зуд.

Из анамнеза известно, что месяц назад пациентка была пролечена парацетамолом, ампициллином и цефтриаксоном по поводу обострения хронического пиелонефрита. На фоне принимаемого лечения появилась боль в эпигастрии, о чем В.Ф. рассказала лечащему врачу. Врач назначил прием алмагеля – состояние не улучшилось. Через 4 дня врач, к проводимой терапии, добавил амоксициллин и метронидазол. Вечером пациентка покрылась сыпью, появился кожный зуд. С вышеуказанными жалобами обратилась в приемное отделение ГКБ.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски, на спине, груди, верхних и нижних конечностях мелкопапуллезная сыпь, следы расчесов. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие без патологических изменений. Границы сердца в норме, ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании. При пальпации отмечает незначительную болезненность в эпигастральной области. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: гемоглобин – 124 г/л, эритроциты – 5,2×1012/л, лейкоциты – 7,6×109/л, тромбоциты – 250×109/л, эозинофилы – 6%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, лимфоциты – 37%, моноциты – 1%, СОЭ – 14 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 5,6 ммоль/л, билирубин общий – 16,2 мкмоль/л, АЛТ – 18 Е/л, АСТ – 20 Е/л, креатинин – 76 мкмоль/л, мочевина – 4,5 ммоль/л, общий белок – 72 г/л, общий холестерин – 3,9 ммоль/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок, цилиндры, соли – не определяются.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 70 ударов в минуту. ЭОС не отклонена.

ФГДС: язва тела желудка 1,2 см в диаметре. При исследовании биоптатов слизистой оболочки желудка обнаружен Helicobacter pylori.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз;

2.Какую ошибку допустил участковый терапевт;

3. К какой группе отнести НЛР, и почему?

4. Составьте план лечения пациента.

Задача №7

Пациент З.Ф., 46 лет, обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на чувство тяжести и переполнения в эпигастральной области после еды, отрыжку воздухом и пищей, снижение аппетита, слабость.

Из анамнеза известно, что вышеописанные жалобы периодически беспокоят в течение 5 лет. Отец пациента скончался от рака желудка 15 лет назад. Данное ухудшение началось 5 дней назад после стресса (сгорел дом).

При объективном осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожный покров и видимые слизистые бледные, чистые. ИМТ=20. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 96 в минуту, АД 140/70 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Стул 1 раз в 4 дня. Мочеиспускание свободное, регулярное.

Общий анализ крови: гемоглобин – 104 г/л, эритроциты – 3,2×1012/л, лейкоциты – 5,6×109/л, тромбоциты – 290×109/л, эозинофилы – 4%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 25%, моноциты – 5%, СОЭ – 14 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,4 ммоль/л, билирубин общий – 10,8 мкмоль/л, АЛТ – 22 Е/л, АСТ – 22 Е/л, креатинин – 96 мкмоль/л, мочевина – 4,5 ммоль/л, общий белок – 68 г/л, общий холестерин – 3,9 ммоль/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 0-2 в поле зрения, белок, цилиндры, соли – не определяются.

ФГДС: в просвете желудка большое количество слизи. Явления умеренной атрофии в пилорическом отделе желудка, отек и гиперемия в фундальном отделе желудка. Перистальтика активная. Желудок хорошо расправляется воздухом. Хелпил-тест +++.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз;

2. Есть ли необходимость проведения эрадикационной терапии в данном случае?

3. Предложите план лечения;

4. Какие факторы естественной защиты слизистой оболочки желудка и факторы агрессии Вы знаете?

5. Какие осложнения данного заболевания возможны в случае отсутствия специфического лечения?

Задача №8

Пациент К.В., 35 лет при осмотре врачом-терапевтом гастроэнтерологического отделения, предъявляет жалобы чувство жжения за грудиной через 30 минут после еды, которое купируется приемом нитроглицерина, изжогу, кислую отрыжку пищей, сухой надсадный кашель, жидкий стул до 4-х раз в сутки.

Медицинский анамнез не отягощен. Пациент работает бухгалтером в офисе. Питается в основном фаст-фудом.

Объективно: состояние средней степени тяжести. ИМТ=36. Кожный покров обычной окраски и влажности, Слизистые – чистые, розовые. Периферические лимфоузлы, доступные пальпации, не увеличены. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧДД 22 в минуту. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 88 в минуту, АД 150/80 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот увеличен в размере за счет подкожно-жировой клетчатки, при пальпации мягкий, умеренной болезненный в собственно эпигастральной области. Печень +1 см. Сипотом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурический явлений нет. Стул кашицеобразный без патологических примесей до 4-х раз в сутки.

Общий анализ крови: гемоглобин – 138 г/л, эритроциты – 4,7×1012/л, лейкоциты – 5,0×109/л, тромбоциты – 400×109/л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 57%, лимфоциты – 32%, моноциты – 6%, СОЭ – 18 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 7,6 ммоль/л, билирубин общий – 12,6 мкмоль/л, АЛТ – 20 Е/л, АСТ – 22 Е/л, креатинин – 88 мкмоль/л, мочевина – 4,6 ммоль/л, общий белок – 78 г/л, общий холестерин – 5,9 ммоль/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1020, эпителий – 0-1 в поле зрения, белок, цилиндры, соли – не определяются.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 90 ударов в минуту. ЭОС не отклонена.

ФГДС: степень С по Лос-Анджелесской классификации. H.p. – отр.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз;

2. Есть ли необходимость проведения эрадикационной терапии в данном случае? Чем объяснить положительный эффект от применения нитроглицерина?

3. Предложите и обоснуйте план лечения пациентов с учетом фармакологических особенностей лекарственных средств.

Задача №9

Пациент Х.В., 45 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на ноющие боли в левой половине грудной клетки, чувство тяжести и давления за грудиной, дрожь в теле, слабость.

Из анамнеза известно, что пациент страдает СД2 типа последние 5 лет – регулярно принимает метформин по 1000 мг\*2 раза в сутки. Находится под диспансерным наблюдением по поводу артериальной гипертонии – принимает престанс 5/5 мг, бисопролол. 6 месяцев назад перенес гипертонический криз из-за физического переутомления. В течение 20 лет страдает хроническим гастритом, обострения 1-2 раза в год. Курит по 1 пачке сигарет в день.

Около 2 недель назад появилась зубная боль – к врачу не обращался из-за страха. Самостоятельно начал принимать кеторол по 5 таблеток в день.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожный покров влажный, теплый, обычной окраски. Тремор рук. ИМТ=33. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧДД 22 в минуту. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 96 в минуту, АД 170/90 мм рт.ст. Живот при пальпации болезненный в эпигастральной области. Печень по краю реберной дуги. Мочеиспускание учащенное, обильное, моча, как вода. Отеков нет.

ОАК: лейкоциты – 6,8\*109/л, эритроциты – 4,6\*1012/л, гемоглобин – 140 г/л, гематокрит – 48%, тромбоциты – 330\*109/л, п/я – 2%, с/я – 80%, эозинофилы – 0%, лимфоциты – 13 %, моноциты – 5%, СОЭ – 28 мм/ч, ЦП – 0,92.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 7,6 ммоль/л, билирубин общий – 12,6 мкмоль/л, АЛТ – 20 Е/л, АСТ – 22 Е/л, креатинин – 150 мкмоль/л, мочевина – 6,6 ммоль/л, общий белок – 78 г/л, общий холестерин – 5,9 ммоль/л.

ОАМ: цвет – желтый, прозрачность – прозрачная, удельный вес – 1025 г/л, реакция – щелочная, белок – отрицательный, сахар – отрицательный, ацетон – отрицательный, эпителий 3-4 в поле зрения, лейкоциты 3-4 в поле зрения.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 100 ударов в минуту. ЭОС отклонена влево. Признаки ГЛЖ. Суправентиркулярная ЭС по типу тригеминий.

ФГДС: язва тела желудка 2 см в диаметре. При исследовании биоптатов слизистой оболочки желудка обнаружен Helicobacter pylori.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор;

3.Перечислите особенности применения антацидов.

Задача №10

Пациент В.В., 39 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на ноющие боли в эпигастральной области, которые возникают через 20-30 минут после приема пищи; на тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение; на снижение аппетита.

Из анамнеза заболевания: впервые подобные жалобы возникли около 10 лет назад, но боли купировались приемом Алмагеля и Но-шпы. За медицинской помощью ранее не обращалась. Отмечает весенне-осенние обострения заболевания. Ухудшение самочувствия около двух дней, после употребления алкоголя и жареной пищи.

Работает кассиром в магазине. Питается нерегулярно, часто употребляет алкоголь. Курит в течение 5 лет до 2-х пачек сигарет в день. Наследственный анамнез: у отца – язвенная болезнь желудка.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Астеник, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 74 удара в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 74 удара в минуту, АД 130/80 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, симптом Менделя положительный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневно, без патологических примесей.

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты – 4, 2×1012/л, лейкоциты – 6,5×109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 30%, моноциты – 8%, СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, лейкоциты – 2-4 п /зр., белок, цилиндры, соли - не определяются, сперма – + +.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген – 2,9 г/л, общий белок – 68 г/л.

ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперемирована, складки обычной формы и размеров, в кардиальном отделе по большой кривизне определяется язвенный дефект 1,0-1,5 см, с ровными краями, неглубокий, дно прикрыто фибрином. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, слизистая бледно-розового цвета. Выявлен Helicobacter pylori.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.

2. Сформулируйте диагноз.

3. Обоснуйте диагноз.

4. Перечислите основные принципы лечения.

5.Какие цели фармакотерапии язвенной болезни.

Задача №11

Пациентка Р.А., 17 лет, обратилась в частную клинику к гастроэнтерологу с жалобами на острую боль в области желудка, которая стихает после приема пищи, изжогу, возникающую в горизонтальном положении, слабость.

Медицинский анамнез не отягощен. Известно, что 3 дня назад пациентка сдал ЕГЭ.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожный покров нормальной окраски, тургор сохранен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 110/60 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании. При пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул и мочеиспускание не нарушены. Отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин – 132 г/л, эритроциты – 3,5×1012/л, лейкоциты – 4,6×109/л, тромбоциты – 340×109/л, эозинофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 58%, лимфоциты – 34%, моноциты – 5%, СОЭ – 16 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 3,6 ммоль/л, билирубин общий – 16,2 мкмоль/л, АЛТ – 17 Е/л, АСТ – 19 Е/л, креатинин – 56 мкмоль/л, мочевина – 3,5 ммоль/л, общий белок – 62 г/л, общий холестерин – 3,8 ммоль/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1020, эпителий – 2-4 в поле зрения, эритроциты, лейкоциты, белок, цилиндры, соли – не определяются.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 68 ударов в минуту. ЭОС не отклонена.

ФГДС: множественные участки гиперемии слизистой оболочки и отдельные несливающиеся эрозии дистального отдела пищевода размером до 5 мм. Helicobacter pylori – отр.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз;

3. Назовите группы лекарственных препаратов и 1-2 их представителей в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор;

4. Какие рекомендации по изменению образа жизни необходимо дать пациентке?

5. Назовите критерии эффективности проводимой противоязвенной терапии.

Задача №12

Пациентка П.А., 56 лет, обратилась в фельдшерский пункт по месту жительства с жалобами на боль в подложечной области, возникающую после еды и сохраняющуюся в течение 2 часов, тошноту, рвоту, приносящую облегчение, снижение аппетита, снижение массы тела, слабость.

Известно, что пациентка страдает хроническим гастритом с характерным весенне-осенними обострениями. Во время приступов принимает алмагель, приносящий облегчение. Последнее ухудшение 3 дня назад – прием алмагеля – без эффекта.

После осмотра фельдшера, пациентке было дано направление на обследование в ЦРБ.

Общий анализ крови: гемоглобин – 102 г/л, эритроциты – 2,8×1012/л, лейкоциты – 4,6×109/л, тромбоциты – 190×109/л, эозинофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 58%, лимфоциты – 34%, моноциты – 5%, СОЭ – 18 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 3,6 ммоль/л, билирубин общий – 16,2 мкмоль/л, АЛТ – 17 Е/л, АСТ – 19 Е/л, креатинин – 56 мкмоль/л, мочевина – 3,5 ммоль/л, общий белок – 62 г/л, общий холестерин – 7,8 ммоль/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1020, эпителий – 2-4 в поле зрения, эритроциты, лейкоциты, белок, цилиндры, соли – не определяются.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 72 ударов в минуту. ЭОС не отклонена.

ФГДС: язва малой кривизны кардиального отдела желудка размером 2,5 см, покрыта фибрином. Уреазный тест: +++.

При рН-метрии выявлено повышение кислотности желудочного содержимого.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.

2. С какими заболеваниями желудка необходимо проводить дифференциальный диагноз?

3. Какие дополнительные исследования могут быть выполнены для подтверждения и уточнения диагноза?

4. Каково стандартное лечение данного заболевания (с указанием доз и кратности введения)?

5. Каковы возможные осложнения данного заболевания?

Задача №13

Пациентка А.П., 80 лет, была госпитализирована в терапевтическое отделение ГКБ с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли и ощущение тяжести в эпигастральной области через 15-20 минут после еды, тошноту, изжогу, давящие боли за грудиной, возникающие при умеренных физических нагрузках (подъем на 2-й этаж), купирующиеся приемом нитраминта и при прекращении нагрузки, одышку при ходьбе, отеки ног, снижение работоспособности, слабость.

Из анамнеза: боль в области желудка беспокоит последние 2 недели, они несколько уменьшаются после приема но-шпы и альмагеля. Около недели назад пациентка отметила однократное появление черного стула. В возрасте 40 лет у нее диагностировали язвенную болезнь ДПК – после проведенного стационарного лечения обострений не было. Пациентка страдает ИБС; 2 года назад перенесла инфаркт миокарда, 6 месяцев назад проведена операция стентирования коронарных артерий (установлено 2 стента). Пациентка получает медикаментозное лечение по поводу ИБС, в том числе, тромбоасс и клопидогрел, последние 5 месяцев прекратила прием крестора.

Объективно: состояние средней степени тяжести. ИМТ = 25 кг/м2. Кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Отеки голеней и стоп. Дыхание в легких везикулярное во всех отделах, хрипов нет, ЧД 18 в минуту. При аускультации сердца тоны приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный, ЧСС – 88 в минуту, АД 130/85 мм рт.ст. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность в эпигастрии по средней линии тела и в пилородуоденальной зоне, остальные отделы живота безболезненны. Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени и селезенки по Курлову: 11х9х8 см и 6×4 см соответственно. Край печени плотно-эластической консистенции определяется на 2 см ниже реберной дуги, безболезненный. Пальпация отделов толстой кишки безболезненна. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

Общий анализ крови: гемоглобин – 103 г/л, эритроциты – 3,11×1012/л, лейкоциты – 5,6×109/л, тромбоциты – 190×109/л, эозинофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 58%, лимфоциты – 34%, моноциты – 5%, СОЭ – 8 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 3,6 ммоль/л, билирубин общий – 16,2 мкмоль/л, АЛТ – 17 Е/л, АСТ – 19 Е/л, креатинин – 56 мкмоль/л, мочевина – 3,5 ммоль/л, общий белок – 62 г/л, общий холестерин – 7,8 ммоль/л, ТГ – 2,6 ммоль/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1020, эпителий – 2-4 в поле зрения, эритроциты, лейкоциты, белок, цилиндры, соли – не определяются.

На ЭКГ: ритм синусовый, 72 в 1 мин; RI> RII> RIII, в I, avL, v1-4 отведениях зубец Q > 1/3 зубца R, зубец T отрицательный.

ФГДС: язва пилорического отдела, эрозии по большой кривизне тела желудка.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз;

2. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов лечения;

3. Укажите препараты из группы ИПП, которые Вы выбрали бы в данном случае. Обоснуйте Ваш выбор. Укажите дозы препаратов. Выберите схему эрадикационной терапии;

4.Перечислите особенности применения антацидов.

Задача №14

Пациентка М.А., 33 лет, обратилась к участковому врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак, тревожащие сон, а также изжогу, чувство тяжести в эпигастрии, тошноту.

Из анамнеза известно, что пациентка много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Не обследовалась, лечилась самостоятельно народными средствами.

Объективно: состояние удовлетворительное. ИМТ=32,0 кг/м2. Кожный покров чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 70 в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Общий анализ крови: гемоглобин – 123 г/л, эритроциты – 3,7×1012/л, лейкоциты – 4,6×109/л, тромбоциты – 170×109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 57%, лимфоциты – 34%, моноциты – 5%, СОЭ – 16 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 3,6 ммоль/л, билирубин общий – 11,8 мкмоль/л, АЛТ – 28 Е/л, АСТ – 30 Е/л, креатинин – 88 мкмоль/л, мочевина – 4,7 ммоль/л, общий белок – 62 г/л, общий холестерин – 5,8 ммоль/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1020, эпителий – 2-4 в поле зрения, эритроциты, лейкоциты, белок, цилиндры, соли – не определяются.

На ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 68 в минуту. Горизонтальное положение сердца. Неполная блокада ПНПГ.

ЭФГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие Н. pylori – положительный.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз;

2. Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор;

3.Какой механизм действия Н2-гистаминоблокаторов?

4.Основные показания к проведению поддерживающей противоязвенной терапии.

Задача №15

Пациент Е.Я., 28 лет, обратился в приемное отделение ГКБ с жалобами на тупые ноющие боли в эпигастральной области с иррадиацией в правое подреберье, которые беспокоят его после приема пищи и исчезают через 2 часа после еды.

Анамнез заболевания: в течение нескольких лет отмечал дискомфорт в собственно эпигастрии после кислой, копченой, соленой пищи. После приема смекты, указанные явления исчезали. В последние месяцы испытывал перегрузки на работе (ночные смены), стрессы. Стал отмечать боли вначале тупые умеренные, которые снимались Алмагелем, молоком. В дальнейшем боли усилились, особенно после приема пищи, независимо от ее качества. Появилась изжога, которая часто сопровождалась горечью во рту. Снизил объем принимаемой пищи, однако боль прогрессировала, госпитализирован в отделение.

Курит по ½ пачки в день.

Объективно: кожа нормальной окраски, тургор сохранен. Склеры желтушные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие без патологических изменений. Границы сердца в норме, ЧСС 60 ударов в минуту, АД 150/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании. При пальпации отмечает незначительную болезненность в эпигастрии и правом подреберье.

Общий анализ крови: гемоглобин – 148 г/л, СОЭ – 14 мм/час, эритроциты – 5,2×1012/л, лейкоциты – 7,6×109/л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 56%, лимфоциты – 37%.

Биохимический анализ крови: общий белок – 82 г/л, общий билирубин – 88,4 (прямой - 3,1; свободный - 85,3) ммоль/л, холестерин – 8,9 ммоль/л, калий – 3,8 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, глюкоза – 7,5 ммоль/л.

ФГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается. Слизистая в пищеводе без изменений. В средней трети желудка по малой кривизне имеется язвенный дефект стенки (слизистая и подслизистая) до 1,2 см, дно дефекта выполнено фибрином, края дефекта приподняты, отечные. На остальном протяжении в желудке имеются очаг неяркой гиперемии. ДПК без изменений. Взята биопсия 4 кус. При взятии биопсии из краев язвы отмечается умеренная нейтрофильная инфильтрация и отек. Уреазный тест – положительный.

Вопросы:

1.Сформулируйте наиболее вероятный диагноз;

2.Объясните механизм действия ИПП;

3.Перечислите противопоказания ИПП;

4. Препарат какой группы для патогенетической терапии вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор;

5. Какие рекомендации необходимо дать пациенту для профилактики обрострения заболевания?

Задача №16

Пациент И.В., 40 лет, при осмотре предъявляет жалобы на периодические боли в эпигастрии больше справа через 1,5-2 часа после еды, иногда ночью, изжогу, кислую отрыжку.

Из анамнеза известно, что в течение 2 лет периодически возникали боли и изжога, которые снимал приемом молока, иногда маалокса. Полгода тому назад обследовался, выявлен гастродуоденит, принимал омез 20 мг\*2 раза и маалокс. Накануне обращения за медицинской помощью была двукратная рвота содержимым желудка, а затем желчью. Больной курит, последние 3 года по 2 пачки сигарет в день. Работа связана с суточными дежурствами. У отца пациента была ЯБЖ.

Объективно: кожный покров нормальной окраски. Видимые слизистые чистые, розовые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие без патологических изменений. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 70 ударов в минуту, АД 130/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании. При пальпации отмечает незначительную болезненность в правом подреберье и в собственно эпигастрии.

Общий анализ крови: гемоглобин – 147 г/л, СОЭ − 4 мм/час, эритроциты − 5,2×1012/л, лейкоциты − 6,0×109/л, эозинофилы − 1%, палочкоядерные нейтрофилы − 3%, сегментоядерные нейтрофилы − 59%, лимфоциты − 37%.

Биохимический анализ крови: общий белок − 76 г/л, общий билирубин − 13,1 (прямой − 3,1; свободный − 10,0) ммоль/л, холестерин − 4,9 ммоль/л, калий − 4,4 ммоль/л, натрий − 142 ммоль/л, сахар − 5,5 ммоль/л.

ФГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается, складки слизистой пищевода нормальные. В антральном отделе желудка определяются очаги отека и яркой гиперемии, а также единичные подслизистые кровоизлияния. Луковица ДПК деформирована, на задней стенке луковицы – послеязвенный рубец звездчатого характера, на передней стенке глубокий язвенный дефект (до мышечного слоя) размером 10×12 мм, над дефектом нависает значительно увеличенные гиперемированные складки слизистой, образующие воспалительный вал. На остальном протяжении слизистая ДПК с очагами гиперемии.

Вопросы:

1.Сформулируйте наиболее вероятный диагноз;

2.Перечислите противопоказания Н2-гистаминоблокаторов;

3.Механизм действия М-холиноблокаторы;

4. Препарат какой группы для патогенетической терапии Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор;

5. Через 2 месяца поддерживающей терапии клинические явления болезни исчезли полностью, при ФЭГДС на месте язвы белый рубец, из очагов отека и гиперемии в желудке взят материал для цитологического исследования, выявлен Н. р. в большом количестве. Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте ваш выбор.

После проведения эрадикации, через 4-6 недель следует определить эффективность лечения - исследование кала на антиген Н.р. методом ИФА. При отрицательном результате на Н.р. - больной должен находиться на диспансерном учёте, и при каждой ФЭГДС проводить забор материала на Н.р. При неэффективной эрадикации – рекомендуется квадротерапия: ИПП + де-нол + тетрациклин + метронидазол.

Задача №17

Пациент К.С., 46 лет, обратился в поликлинику по МЖ с жалобами на чувство жжения за грудиной, возникающие натощак и усиливающиеся в положении лежа, периодически возникает рвота кислым содержимым, приносящая больному облегчение.

Медицинский анамнез не отягощен. Вышеуказанные жалобы беспокоят около 2-х месяцев, за это время вес снизился с 78 до 73 кг. Курит по 2 пачки сигарет в день.

Объективно: состояние удовлетворительное. Астенического телосложения. Эмоционально лабилен. Кожный покров и видимые слизистые чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, сухие хрипы, которые проходят после откашливания, ЧДД 22 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 88 в минуту, АД 140/90 мм рт.ст. Язык густо обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, болезненный в пилородуоденальной зоне и в точке Певзнера. Печень и селезенка не пальпируются. Стул склонен к запорам. Отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин – 147 г/л, СОЭ − 4 мм/час, эритроциты − 5,2×1012/л, лейкоциты − 6,0×109/л, эозинофилы − 1%, палочкоядерные нейтрофилы − 3%, сегментоядерные нейтрофилы − 59%, лимфоциты − 37%.

Биохимический анализ крови: общий белок − 76 г/л, общий билирубин − 13,1 (прямой − 3,1; свободный − 10,0) ммоль/л, холестерин − 4,9 ммоль/л, калий − 4,4 ммоль/л, натрий − 142 ммоль/л, сахар − 5,5 ммоль/л.

ФГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается, складки слизистой пищевода нормальные. В пилорическом отделе желудка определяются очаги отека и яркой гиперемии, а также единичные эрозии. Луковица ДПК деформирована, на задней стенке луковицы –язвенный дефект до 2 см.

ЭКГ: без особенностей.

Вопросы:

1.Сформулируйте диагноз;

2.Перечислите показания и противопоказания ИПП;

3. Наметьте план обследования и лечения больного;

**Занятие №6**

**Клиническая фармакология НПВС и ГКС**

Задача №1

Пациентка В.С., 24 лет, обратилась в поликлинику по месту жительства с жалобами на повышение температуры тела до 37,60С, учащенное сердцебиение, одышку при физической нагрузке, проходящую в покое, слабость.

Из анамнеза известно, что 3 недели назад пациентка перенесла ангину – пропила 3 таблетки азитромицина с положительной динамикой. Настоящее ухудшение около 2-х дней.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожный покров чистый, обычной окраски. Периферические лимфоузлы, доступные пальпации, не увеличены. При аускультации в легких дыхание везикулярное. хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Сердце расширено влево на 1,0 см. Первый тон на верхушке ослаблен, систолический шум на верхушке, выслушивается III тон. ЧСС 92 уд в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон Дизурических явлений нет.

ОАК: лейкоциты – 15\*109/л, эритроциты – 3,3\*1012/л, гемоглобин – 110 г/л, гематокрит – 48%, тромбоциты – 233\*109/л, п/я – 8%, с/я – 50%, эозинофилы – 0%, лимфоциты – 35 %, моноциты – 7%, СОЭ – 18 мм/ч, ЦП – 0,92.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 3,6 ммоль/л, билирубин общий – 17,2 мкмоль/л, АЛТ – 16 Ед/л, АСТ – 18 Ед/л, натрий – 144 ммоль/л, калий – 4,3 ммоль/л, креатинин – 60 мкмоль/л, мочевина – 4,3 ммоль/л, общий белок – 68 г/л, общий холестерин – 3,8 ммоль/л, СРБ «+», антистрептолизин О 1:1250.

ОАМ: цвет – желтый, прозрачность – прозрачная, удельный вес – 1022 г/л, реакция – щелочная, белок – отрицательный, сахар – отрицательный, ацетон – отрицательный, эпителий 3-4 в поле зрения, лейкоциты 3-4 в поле зрения.

ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 110 в минуту. Нормальное положение ЭОС. PQ до 0,22 сек.

Эхо-КГ: незначительное снижение сократительной способности миокарда. ФВ 50%. Клапаны не изменены. Нарушение диастолической функции левого желудочка.

Был поставлен диагноз Острая ревматическая лихорадка.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз;

2. Какие группы лекарственных средств могут быть рекомендованы при лечении данного заболевания?

3. Распишите профилактические мероприятия данного заболевания;

4. Фармакокинетика НПВС.

Задача №2

Пациентка П.Р., 33 года, обратилась к цеховому терапевту с жалобами на перебои в работе сердца, учащенное сердцебиение, одышку при незначительной физической нагрузке.

Из анамнеза известно, что 8 лет назад пациентка тяжело переболела ангиной, по поводу которой проходила лечение в условиях стационара. Во время беременности были обнаружены шумы в сердце – назначенное лечение не помнит, до настоящего времени ничего не принимала, чувствовала себя хорошо. 3 недели назад пациентка высоко лихорадила, болело горло, отмечала заложенность в ушах, но за мед.помощью не обращалась – лечилась самостоятельно народными средствами. Около 5 дней назад появились вышеописанные жалобы, в связи с чем обратилась к врачу.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Рост 168 см, вес 80 кг. Температура 38,2, румянец щек. В легких жесткое дыхание, хрипов нет, ЧДД 24 в минуту. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, I тон на верхушке сердца хлопающий, ''ритм перепела'', мезодиастолический и грубый систолический шум на верхушке сердца, ЧСС94 удара в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание и стул не изменены. Отеков нет.

ОАК: лейкоциты – 9,2\*109/л, эритроциты – 4,3\*1012/л, гемоглобин – 124 г/л, гематокрит – 48%, тромбоциты – 300\*109/л, п/я – 2%, с/я – 78%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 13 %, моноциты – 5%, СОЭ – 26 мм/ч, ЦП – 0,92.

БАК: глюкоза – 4,1 ммоль/л, билирубин общий – 13,6 мкмоль/л, АЛТ – 18 Ед/л, АСТ – 22 Ед/л, креатинин – 72 мкмоль/л, мочевина – 3,3 ммоль/л, общий белок – 72 г/л, общий холестерин – 4,7 ммоль/л, СРБ «++», АСЛ ''0''-1:850.

ОАМ: цвет – желтый, прозрачность – прозрачная, удельный вес – 1025 г/л, реакция – щелочная, белок – отрицательный, сахар – отрицательный, ацетон – отрицательный, эпителий 3-4 в поле зрения, лейкоциты 3-4 в поле зрения.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 98 в минуту. Расширенный и двугорбый зубца P в первом и втором стандартных отведениях.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Составьте план лечения и дайте характеристику назначенных препаратов;

3. Назначьте профилактическое лечение.

Задача №3

Пациент Х.В., 52 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на утреннюю скованность в течение 5 часов, умеренную боль в проксимальных м/фаланговых, пястно-фаланговых, плюснефаланговых, коленных, голеностопных и плечевых суставах, усиливающуюся в ночное время. Боль в суставах уменьшаются после приема найза или кеторола.

Анамнез заболевания: около 3-х лет назад стал замечать утреннюю скованность в суставах кистей в течение 30 минут, не более. Постепенная к утренней скованности присоединились припухлость суставов, умеренная боль, местный отек. В течение этого времени в процесс вовлекались все новые и новые суставы. Из-за длительной скованности и болезненности начла снижаться работоспособность, уволился с работы. Обратился в поликлинику по месту жительства.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. ИМТ=28. Кожный покров тонкий, бледный, сухой, кожа над суставами кистей, стоп гиперемирована, отечна. Деформация пальцев кисти в виде ''пуговичной петли'', атрофия межкостных мышц, положительный симптом бокового сжатия. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 68 в минуту, АД 130/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Мочеиспускание свободное, регулярное, безболезненное. Стул ежедневный оформленный, без патологических примесей. Отеков нет.

ОАК: лейкоциты – 8,2\*109/л, эритроциты – 2,8\*1012/л, гемоглобин – 100 г/л, гематокрит – 48%, тромбоциты – 280\*109/л, п/я – 2%, с/я – 70%, эозинофилы – 0%, лимфоциты – 23 %, моноциты – 5%, СОЭ – 58 мм/ч.

БАК: глюкоза – 3,1 ммоль/л, билирубин общий – 10,8 мкмоль/л, АЛТ – 28 Ед/л, АСТ – 26 Ед/л, креатинин – 92 мкмоль/л, мочевина – 5,3 ммоль/л, общий белок – 68 г/л, общий холестерин – 4,7 ммоль/л, СРБ +, α-2-глобулины – 11,8%.

ОАМ: цвет – желтый, прозрачность – прозрачная, удельный вес – 1025 г/л, реакция – щелочная, белок – отрицательный, сахар – отрицательный, ацетон – отрицательный, эпителий 1-2 в поле зрения, лейкоциты 0-2 в поле зрения.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз;

2. Составьте план лечения и дайте характеристику назначенных лекарственных препаратов;

3.Побочные эффекты и противопоказания к назначению НПВС.

Задача №4

Пациент В.Я., 34 лет, обратился в приемное отделение городской больницы с жалобами на сухой кашель, боль за грудиной, больше справа, боль и припухлость лучезапястных, голеностопных и коленных суставов, постоянную усталость, снижение веса, эпизоды повышения температуры тела до 380С, выпадение волос, выраженную слабость.

Около 6 месяцев назад пациента стали беспокоить высыпания на щеках, боль в мелких суставах верхних и нижних конечностей. Лечился самостоятельно, принимая ситуационно диклофенак. 5 дней назад появился сухой кашель и боль при глубоком дыхании, что и заставило обратится его за медицинской помощью.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Рост 180 см, вес 74 кг. Температура 38,0. При осмотре кожного покрова визуализируются эритематозные высыпания сливного характера на щеках и спинке носа, очаги облысения на волосистой части головы, припухлость и болезненность вышеуказанных суставов. В легких жесткое дыхание, шум трения плевры над нижними отделами правого легкого, ЧДД 26 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 104 удара в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Отеков нет.

ОАК: лейкоциты – 2,7\*109/л, эритроциты – 2,6\*1012/л, гемоглобин – 100 г/л, гематокрит – 48%, тромбоциты – 300\*109/л, п/я – 2%, с/я – 68%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 20%, моноциты – 8%, СОЭ – 32 мм/ч.

БАК: глюкоза – 4,0 ммоль/л, билирубин общий – 22,8 мкмоль/л, АЛТ – 46 Ед/л, АСТ – 48 Ед/л, креатинин – 160 мкмоль/л, мочевина – 4,3 ммоль/л, общий белок – 62 г/л, общий холестерин – 3,7 ммоль/л, LE – клетки 5 на 1000 лейкоцитов.

ОАМ: цвет – желтый, прозрачность – прозрачная, удельный вес – 1025 г/л, реакция – щелочная, белок – отрицательный, сахар – отрицательный, ацетон – отрицательный, эпителий 0-2 в поле зрения, лейкоциты 1-2 в поле зрения.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз;

2. Составьте план лечения и дайте характеристику назначенных лекарственных препаратов;

3. Противопоказаниями для назначения ГИБП (генно-инженерных биологических препаратов).

Задача №5

Пациентка М.Ш., 27 лет, была доставлена бригадой СМП в приемное отделение ГКБ хирургического профиля с жалобами на острые схваткообразные боли по всему животу, потливость, выраженную слабость.

1 месяц назад пациентка перенесла острый фарингит – самостоятельно принимала бисептол в течение 1 недели. Сегодня появились вышеописанные жалобы, из-за которых была вынуждена обратиться за медицинской помощью.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Рост 160 см, вес 83 кг. Температура 37,40С. На коже верхних и нижних конечностей симметричные папуллезно-геморрагические высыпания, при надавливании элементы сыпи не исчезают. В легких жесткое дыхание, шум трения плевры над нижними отделами правого легкого, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 72 удара в минуту, АД 110/60 мм рт. ст. Симптомы раздражения брюшины слабоположительные. При глубокой пальпации живот б/б, периферические л/у не увеличены Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Отеков нет. Симптомы жгута, щипка не выражены.

ОАК: лейкоциты – 10,0\*109/л, эритроциты – 4,7\*1012/л, гемоглобин – 130 г/л, гематокрит – 48%, тромбоциты – 300\*109/л, п/я – 4%, с/я – 70%, эозинофилы – 10%, лимфоциты – 12 %, моноциты – 4%, СОЭ – 26 мм/ч,.

ОАМ: цвет – желтый, прозрачность – прозрачная, удельный вес – 1025 г/л, реакция – щелочная, белок – отрицательный, сахар – отрицательный, ацетон – отрицательный, эпителий 1-2 в поле зрения, лейкоциты 3-4 в поле зрения, эритроциты 7-10 в поле зрения

Коагулограмма: АЧТВ-26 сек, МНО-1,0, тромбиновое время – 16 сек., фибриноген -3 г/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Порекомендуйте план лечения и профилактических мероприятий;

3. Распишите фармакодинамику и фармакокинетику преднизолона.

Задача №6

Пациентка М.А., 44 лет поступила в приемное отделение с жалобами на повышение температуры тела, озноб, дрожь в теле, чувство нехватки воздуха, одышку при ходьбе, потливость, слабость.

Анамнез заболевания: 20 лет назад во время беременности был выявлен ревматический порок сердца. Затем отмечались повторные атаки ревматической лихорадки. Последний год беспокоят отеки нижних конечностей, одышка в покое, слабость, эпизоды повышения температуры тела до 38,50С.

Объективно: состояние тяжелое. Кожный покров бледный, цианоз губ, кровоизлияния на коже предплечий и голеней, отеки голеней, выраженная пульсация шейных сосудов. Сердце увеличено влево и вправо. При пальпации верхушечный толчок усилен, определяется диастолическое дрожание. На верушкеке: I тон сохранен, систолический шум, занимающий всю систолу и проводящийся в подмышечную область, диастолический раскатистый шум. Над аортой: ослабление II тона и мягкий дующий диастолический шум, проводящийся к основанию грудины. АД 140/15 мм рт. ст., ЧСС 96 ударов в минуту. На бедренной артерии – двойной шум Виноградова-Дюрозье. Отеки голеней и стоп. Живот увеличен в объеме за счет асцита.

ОАК: лейкоциты – 14,0\*109/л, эритроциты – 4,6\*1012/л, гемоглобин – 75 г/л, гематокрит – 48%, тромбоциты – 280\*109/л, п/я – 4%, с/я – 60%, эозинофилы – 10%, лимфоциты – 22%, моноциты – 4%, СОЭ – 48 мм/ч.

БАК: глюкоза – 4,0 ммоль/л, билирубин общий – 22,8 мкмоль/л, АЛТ – 46 Ед/л, АСТ – 48 Ед/л, креатинин – 160 мкмоль/л, мочевина – 4,3 ммоль/л, общий белок – 62 г/л, общий холестерин – 3,7 ммоль/л, формоловая проба – положительная.

ОАМ: цвет – желтый, прозрачность – прозрачная, удельный вес – 1025 г/л, реакция – щелочная, белок – 1,65 г/л, сахар – отрицательный, ацетон – отрицательный, эпителий 3-4 в поле зрения, лейкоциты 3-4 в поле зрения, эритроциты 30-40 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 5-7 в п/зр.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Составьте план лечения пациентки с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей выбранных групп ЛС;

3. Показания к хирургическому лечению.

Задача №7

Пациентка Э.Ф., 28 лет, поступила в ЦРБ с жалобами на повышение температуры тела, учащенное сердцебиение, чувство тяжести в области сердца, одышку при незначительной физической нагрузке, утомляемость, снижение работоспособности, слабость.

Анамнез жизни: 5 лет назад перенесла ОРЛ, с тех пор не обследовалась и не лечилась. 2 месяца назад попала под ливень и очень замерзла. С того времени стала отмечать повышение температуры тела до 38,50С, сопровождающуюся потливостью и ознобом.

Объективно: состояние тяжелое. Кожный покров бледный. Цианоз губ. Температура тела 38,40С. Периферические лимфоузлы, доступные пальпации, не увеличены, безболезненны. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 26 в минуту. При пальпации: верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в IV – V межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. В области IV – V межреберья слева определяется систолическое дрожание. Границы сердца при перкуссии: правая – по правому краю грудины, верхняя – во II межреберье, левая – на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии. При аускультации на верхушке сердца выслушивается дующий систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 2/3 систолы; шум проводится в аксиллярную область и на спину, сохраняется в положении стоя и усиливается в положении на левом боку. Во II – III межреберье слева от грудины выслушивается протодиастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины. Частота сердечных сокращений 100 ударов в минуту, АД 105/40 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

ОАК: лейкоциты – 13,0\*109/л, эритроциты – 4,7\*1012/л, гемоглобин – 118 г/л, гематокрит – 48%, тромбоциты – 280\*109/л, п/я – 4%, с/я – 58%, эозинофилы – 4%, лимфоциты – 30%, моноциты – 4%, СОЭ – 36мм/ч.

БАК: глюкоза – 4,0 ммоль/л, билирубин общий – 22,8 мкмоль/л, АЛТ – 46 Ед/л, АСТ – 48 Ед/л, креатинин – 160 мкмоль/л, мочевина – 4,3 ммоль/л, общий белок – 62 г/л, общий холестерин – 3,7 ммоль/л, формоловая проба – положительная.

ОАМ: цвет – желтый, прозрачность – прозрачная, удельный вес – 1015 г/л, реакция – щелочная, белок – следы, сахар – отрицательный, ацетон – отрицательный, эпителий 3-4 в поле зрения, лейкоциты 3-4 в поле зрения, эритроциты – отсутствуют.

ЭКГ: синусовая тахикардия, отклонение электрической оси влево, интервал PQ 0,16 сек, признаки перегрузки левого желудочка и левого предсердия. Признаки перегрузки субэндокардиальной ишемии миокарда левого желудочка.

Вопросы:

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз;

2. Составьте план лечения данного больного;

3. Опишите фармакокинетические и фармакодинамические особенности парацетамола, показания и противопоказания к его назначению.

Задача № 8

Пациентка К.О., 20 лет, обратилась в поликлинику по месту жительства к участковому терапевту с жалобами на головные боли в затылочной и теменной областях, периодические боли в поясничном отделе позвоночника, «мешки» под глазами по утрам, общую слабость.

Медицинский анамнез не отягощен. Не обследовалась. Месячные с 12 лет. Половой жизнью живет с 16 лет. Не курит.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Рост 178 см, вес 84 кг. Температура тела 36,40С. Кожный покров бледный, видимые слизистые чистые, бледно-розовые. Дыхание в легких дыхание везикулярное, хрипов не слышно, ЧДД 15 в минуту. Верхушечный толчок в 5 межреберье на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, ригидный разлитой. Граница относительной сердечной тупости: левая совпадает с верхушечным толчком, правая – у правого края грудины, верхняя – край 3 ребра. Сердечный ритм правильный, на верхушке короткий систолический шум, акцент II тона во II межреберье справа. ЧСС 76 ударов в минуту, АД 220/120 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания слабо положителен с обеих сторон. Отеки на лице, шеи, верхней половины грудной клетки. На нижних конечностях отеков нет.

ОАК: лейкоциты – 8,0\*109/л, эритроциты – 4,2\*1012/л, гемоглобин – 138 г/л, гематокрит – 48%, тромбоциты – 2500\*109/л, п/я – 6%, с/я – 42%, эозинофилы – 4%, лимфоциты – 40%, моноциты – 8%, СОЭ – 28 мм/ч,

БАК: глюкоза – 4,0 ммоль/л, билирубин общий – 18,8 мкмоль/л, АЛТ – 28 Ед/л, АСТ – 34 Ед/л, креатинин – 86 мкмоль/л, мочевина – 6,6 ммоль/л, общий белок – 62 г/л, общий холестерин – 4,4 ммоль/л.

ОАМ: цвет – светло-желтый, прозрачность – прозрачная, удельный вес – 1010 г/л, реакция – щелочная, белок – 0,4 г/л, сахар – отрицательный, ацетон – отрицательный, эпителий 3-4 в поле зрения, лейкоциты 3-4 в п/зр., эритроциты – 25-30 в п/зр., гиалиновые цилиндры 8-12 в п/зр.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Составьте план лечения с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей ЛС;

3.Перечислите фармакологические эффекты ГКС.

Задача №9

Пациентка С.Т., 28 лет поступила в терапевтический стационар с жалобами на учащённое сердцебиение, одышку при физической нагрузке, чувство жажды, «мешки» под глазами, отеки рук и ног, головную боль, слабость.

Из анамнеза известно, что страдает хроническим гайморитом, обострения 2 раза в год. Около 4-х недель назад переболела ангиной, после этого состояние резко ухудшилось, появились вышеуказанные жалобы.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Рост 160 см, вес 42 кг. Температура 36,4. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 100 ударов в минуту, АД 160/100 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Отеки лица, век, верхних и нижних конечностей конечностей.

ОАК: лейкоциты – 6,3,0\*109/л, эритроциты – 3,5\*1012/л, гемоглобин – 122 г/л, гематокрит – 49%, тромбоциты – 220\*109/л, п/я – 4%, с/я – 44%, эозинофилы – 4%, лимфоциты – 40%, моноциты – 8%, СОЭ – 44 мм/ч.

БАК: общий белок крови – 35,6 г/л, альбумины – 33%, холестерин крови – 9 ммоль/л, креатинин – 164 мкмоль/л.

ОАМ: цвет – светло-желтый, прозрачность – прозрачная, удельный вес – 1012 г/л, реакция – щелочная, белок – 5,4 г/л, сахар – отрицательный, ацетон – отрицательный, эпителий 3-4 в поле зрения, лейкоциты 3-4 в поле зрения, эритроциты – выщелоченные – 20-25 в поле зрения, восковидные цилиндры – 9-10 в поле зрения.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз;

2. Назначьте лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по терапии больных с данной патологией;

3. Распишите показания и противопоказания к назначению ГКС.

Задача №10

Пациентка О.П., 22 лет, обратилась в поликлинику по месту жительства с жалобами на головную боль в затылочной и теменной областях, мелькание «мушек» перед глазами, тошноту, рвоту на высоте приступа головной боли, слабость.

Анамнез заболевания: считает себя больной с 15 лет, когда перенесла острый тонзиллит – субфебрильная температура сохранялась более 3 месяцев. Затем у пациентки был диагностирован нефрит, по поводу которого пациентка проходила лечение в нефрологическом отделении. Около месяца беспокоят эпизоды головной боли, сопровождающиеся повышением уровня АД выше 150/110 мм рт.ст. С данной проблемой обратилась за медицинской помощью.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ = 21 кг/м2. Кожный покров бледный, сухой, имеются следы расчесов на руках, пояснице, туловище, отеки лица и кистей рук. Язык сухой, с коричневатым налетом. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1,5 см от срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76 ударов в минуту, АД 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Мочеиспускание редкое, малыми порциями, безболезненное. Отеков на нижних конечностях нет.

ОАК: лейкоциты – 5,0\*109/л, эритроциты – 3,2\*1012/л, гемоглобин – 109 г/л, гематокрит – 48%, тромбоциты – 300\*109/л, п/я – 6%, с/я – 60%, эозинофилы – 4%, лимфоциты – 23%, моноциты – 6%, СОЭ – 12 мм/ч,

Биохимические исследования крови: общий холестерин – 7 ммоль/л, креатинин крови – 159 мкмоль/л, мочевина крови – 11 ммоль/л.

ОАМ: цвет – светло-желтый, прозрачность – прозрачная, удельный вес – 1010 г/л, реакция – щелочная, белок – 1,2 г/л, сахар – отрицательный, ацетон – отрицательный, эпителий 3-4 в поле зрения, лейкоциты 3-4 в поле зрения, эритроциты – выщелоченные – 5-10 в поле зрения, гиалиновые цилиндры – 2-3 в поле зрения. Альбуминурия - 250 мг/сут.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в качестве нефропротективной терапии? Обоснуйте свой выбор.

3. НПР на применение препаратов ГКС.

Задача №11

Пациентка М.Ш., 56 лет доставлена бригадой СМП в стационар с жалобами на одышку, невозможность полноценно выдохнуть, чувство стеснения в груди, сухой мучительный кашель, насморк, повышение АД до 140/100, учащенное сердцебиение, слабость.

В анамнезе бронхиальная астма – принимает метипред и беротек при приступах. Обострение БА 3-4 раза в год. Настоящее ухудшение состояния связывает с отменой неделю назад преднизолона. Аллергоанамнез не отягощен.

Объективно: состояние тяжелое. Положение вынужденное – «ортопноэ». При осмотре кожный покров бледный с синюшным оттенком. «Кушингоидное лицо», стрии на бедрах и животе. ИМТ=40. Разговаривает отдельными словами, возбуждена. Грудная клетка находится в положении глубокого вдоха. Мышцы брюшного пресса участвуют в акте дыхания. Дыхание резко ослаблено, небольшое количество сухих свистящих хрипов, 32 дыхательных движения в минуту. Перкуторно над легкими коробочный звук по всем легочным полям, особенно в нижних отделах. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 120 ударов в минуту, АД 140/90 мм рт. ст., SpO2 85%. В течение суток получил более 15 ингаляций Беротека. Врачом скорой помощи уже внутривенно введено 10,0 мл 2,4% раствора эуфиллина, 60 мг преднизолона.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Что показано больной в первую очередь в этой ситуации?

3. Правильную ли терапию больной получал последние годы? Почему? Какую базисную терапию назначите больному?

Задача №12

Пациент Ф.Ч., 36 лет, доставлен бригадой СМП в приемное отделение ЦРБ в бессознательном состоянии.

Со слов матери, которая его сопровождала, 3 лет страдает гипокортицизмом – принимает преднизалон 7,5 мг в сутки, флудрокортизон 0,1 мг в сутки. Неделю назад заболел ОРВИ, была высокая температура до 39, 20С – принимал терафлю. За день до госпитализации в стационар у пациента появились: физическое бессилие, плохой аппетит, тошнота, неприятный вкус во рту, рвота, общая слабость, апатия.

Объективно: состояние тяжелое. Продуктивному контакту не доступен. Кожа сухая, смуглая, обращает на себя внимание выраженная гиперпигментация кожи в области сосков, на шее, локтевых сгибах. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 128 ударов в минуту, АД 160/40 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Отеков на нижних конечностях нет.

ОАК: лейкоциты – 2,0\*109/л, эритроциты – 3,2\*1012/л, гемоглобин – 140 г/л, гематокрит – 56%, тромбоциты – 300\*109/л, п/я – 1%, с/я – 30%, эозинофилы – 11%, лимфоциты – 56%, моноциты – 2%, СОЭ – 22 мм/ч,

БАК: глюкоза – 4,0 ммоль/л, билирубин общий – 8,6 мкмоль/л, АЛТ – 28 Ед/л, АСТ – 34 Ед/л, креатинин – 126 мкмоль/л, мочевина – 6,6 ммоль/л, общий белок – 62 г/л, общий холестерин – 4,4 ммоль/л, калий – 6,0 ммоль/л, натрий – 124 ммоль/л.

В крови снижен уровень кортизола и АКТГ.

ОАМ: цвет – светло-желтый, прозрачность – прозрачная, удельный вес – 1010 г/л, реакция – щелочная, белок – 1,2 г/л, сахар – отрицательный, ацетон – отрицательный, эпителий 3-4 в поле зрения, лейкоциты 3-4 в поле зрения, эритроциты – выщелоченные – 5-10 в поле зрения,

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз;

2. Определите тактику лечения пациента;

3. Опишите фармакокинетические особенности ГКС.

Задача №13

Пациент В.Ю., 30 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на боль и припухлость лучезапястных, коленных суставов и м/фаланговых суставов, проходящие после небольшой разминки суставах, эритематозную сыпь на спине, головную боль, слабость.

Считает себя больным около 5 лет. Заболевание началось с высокой температуры, появления эритематозной сыпи на туловище и конечностях и макрогематурии. Получала нерегулярно Преднизолон 30 мг в сутки, но в дальнейшем от лечения отказалась. Спустя год возник артрит, появилось генерализованное увеличение лимфоузлов. При обследовании был выявлен перикардит, плеврит. Настоящее ухудшение в течение 2 месяцев.

Объективно: состояние тяжелое. Питание пониженное. Кожный покров сухой, отмечаются участки эритематозной сыпи на коже спины. Пальпируются увеличенные лимфатические узлы до 1 см в диаметре. Отмечается скованность, отечность в межфаланговых суставах кистей. Деформаций нет. Дыхание ослабленное в нижних отделах с обеих сторон, там же притупление при перкуссии. Сердце расширено в поперечнике (14,5 см), тоны глухие, ЧСС 108 ударов в минуту, ритм правильный. АД 150/90 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Селезенка не пальпируется. Отечность голеней.

ОАК: лейкоциты – 4,2\*109/л, эритроциты – 1,8\*1012/л, гемоглобин – 70 г/л, гематокрит – 48%, тромбоциты – 160\*109/л, п/я – 12%, с/я – 50%, эозинофилы – 0%, лимфоциты – 35 %, моноциты – 8%, СОЭ – 56 мм/ч, холестерин сыворотки крови – 6,4 ммоль/л, креатинин сыворотки крови – 124 мкмоль/л, общий белок сыворотки крови – 51 г/л, альбумин – 25 г/л

БАК: глюкоза – 4,0 ммоль/л, билирубин общий – 18,8 мкмоль/л, АЛТ – 28 Ед/л, АСТ – 34 Ед/л, креатинин – 86 мкмоль/л, мочевина – 6,6 ммоль/л, общий белок – 62 г/л, общий холестерин – 4,4 ммоль/л.

ОАМ: цвет – желтый, прозрачность – прозрачная, удельный вес – 1010 г/л, реакция – щелочная, белок – 1,2 г/л, сахар – отрицательный, ацетон – отрицательный, эпителий 3-4 в поле зрения, лейкоциты 3-4 в поле зрения, в осадке до 40 эритроцитов в поле зрения,

Вопросы:

1. Сформулируйте предполагаемый диагноз;

2. Предложите план лечения пациентки с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей ЛС;

3. Распишите фармакодинамику ГКС.

Задача №14

Пациентка М.В., 45 лет, поступила в стационар с жалобами на головную боль, отеки на лице, слабость, повышение уровня АД до 160/110 мм рт.ст., выпадение волос, высыпания на лице.

Считает себя больной около 10 месяцев. Заболевание началось с повышения температуры, появления розовых высыпаний на щеках, отеках на лице. За последние месяцы похудел на 7 кг.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Рост 162 см, вес 74 кг. Температура 36,70С эритематозный дерматит на лице, «бабочка» на носу и щеках. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 78 удара в минуту, АД 140/80 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Отеки щек и параорбитальной области.

ОАК: лейкоциты – 7,8\*109/л, эритроциты – 4,0\*1012/л, гемоглобин – 100 г/л, гематокрит – 48%, тромбоциты – 270\*109/л, п/я – 2%, с/я – 80%, эозинофилы – 0%, лимфоциты – 13 %, моноциты – 5%, СОЭ – 55 мм/ч.

БАК: глюкоза – 4,0 ммоль/л, билирубин общий – 18,8 мкмоль/л, АЛТ – 28 Ед/л, АСТ – 34 Ед/л, креатинин – 196 мкмоль/л, мочевина – 8,6 ммоль/л, общий белок – 62 г/л, общий холестерин – 6,4 ммоль/л. LE – клетки 5 на 1000 лейкоцитов.

ОАМ: цвет – желтый, прозрачность – прозрачная, удельный вес – 1025 г/л, реакция – щелочная, белок – 2,6 г/л, сахар – отрицательный, ацетон – отрицательный, эпителий 3-4 в поле зрения, лейкоциты 3-4 в поле зрения.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз;

2. Составьте план лечения и дайте характеристику назначенным лекарственных препаратов;

3. Распишите схему лечения волчаночного нефрита при беременности.

Задача №15

Пациентка З.Н., 22 лет, госпитализирована в стационар с жалобами на приступы удушья, покраснение и зуд лица, шеи, а также выраженную слабость.

Медицинский анамнез не отягощен. Известно, что несколько часов назад пациентку укусила оса, после чего появился зуд. Пациентка приняла супрастин.

Объективно: состояние средней степени тяжести. На коже лица имеются единичные волдыри и эритематозные высыпания. На левой щеке виден след от укуса осы, отмечается отечность лица, более выраженная в области губ, век, правой щеки, слизистой оболочки ротовой полости и языка. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 30 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 98 удара в минуту, АД 110/80 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Отек щек и области глаз.

При попытке провести ларингоскопию отмечается выраженный отек слизистой оболочки носоглотки и гортани (субкомпенсированный стеноз).

ОАК: лейкоциты – 7,8\*109/л, эритроциты – 4,0\*1012/л, гемоглобин – 110 г/л, гематокрит – 48%, тромбоциты – 270\*109/л, п/я – 2%, с/я – 62%, эозинофилы – 12%, лимфоциты – 20%, моноциты – 4%, СОЭ – 24 мм/ч.

ОАМ: цвет – желтый, прозрачность – прозрачная, удельный вес – 1018 г/л, реакция – щелочная, белок – 0,06 г/л, сахар – отрицательный, ацетон – отрицательный, эпителий – 3-4 в поле зрения, лейкоциты – 1-4 в поле зрения.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз;

2. Составьте план лечения и дайте характеристику назначаемым лекарственным препаратам;

3. Объясните механизм действия адреномиметиков.

Задача №16

Пациентка М.Ф., 53 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на повышение температуры до 38,2°С, боли и припухлость лучезапястных, пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах на обеих руках, утреннюю скованность в вышеуказанных суставах, длительностью до 2 ч, проходящую после разминки, ухудшение общего состояния, слабость, снижение массы тела на 6 кг за последние 3 месяца.

Считает себя больной более 6 лет, когда в первые появились боли в суставах, никуда не обращалась и не лечилась.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Рост 164 см, вес 80 кг. Температура 380С. Суставы увеличены в размерах, кожа над суставами горячая на ощупь, отмечается ульнарная девиация пястно-фаланговых суставов («ласты моржа»). В легких жесткое дыхание, шум трения плевры над нижними отделами правого легкого, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 74 удара в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Отеков нет.

ОАК: лейкоциты – 9,0\*109/л, эритроциты – 3,3\*1012/л, гемоглобин – 120 г/л, гематокрит – 48%, тромбоциты – 280\*109/л, п/я – 2%, с/я – 80%, эозинофилы – 0%, лимфоциты – 13 %, моноциты – 5%, СОЭ – 38 мм/ч, СРБ +, α-2-глобулины – 11,8%.

ОАМ: цвет – желтый, прозрачность – прозрачная, удельный вес – 1025 г/л, реакция – щелочная, белок – отрицательный, сахар – отрицательный, ацетон – отрицательный, эпителий 3-4 в поле зрения, лейкоциты 3-4 в поле зрения.

По поводу вышеназванных жалоб пациент в стационаре получал максимальную суточную дозу диклофенака 200 мг/сутки в течение 4 дней. На фоне приема препарата отметил появление интенсивных болей в эпигастрии, тошноту, рвоту съеденным с последующим присоединением темной крови (по цвету «кофейной гущи»).

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз;

2. Предложите план лечения пациента с учетом фармакологических свойств назначаемых групп препаратов;

3. В чем причина ухудшения состояния пациентки?

Задача №17

Пациентка В.С., 31 года, жалуется на высокую температуру, насморк, ломоту во всем теле, головные боли, слабость, болезненные пятна и язвы на теле.

Из анамнеза известно, что заболела 3 дня назад, по назначению участкового врача принимала аспирин. На 2-й день после приема аспирина на коже появились сначала болезненные красные пятна, затем пузыри, язвы.

Объективно: состояние больной тяжелое, температура 38,5°С. На коже спины в подмышечных впадинах, в паховых областях, множественные болезненные эритемы, пузыри, эрозии. Пораженная кожа имеет вид ошпаренной кипятком. Слизистая оболочка полости рта резко гиперемирована, местами имеются эрозии. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 26 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД 110/60 мм рт.ст., ЧСС 110 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз;

2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о

методике их выявления;

3. Составьте план лечения пациента, на чес основан Ваш выбор ЛС?

Задача №18

Пациент П.Р., 25 лет, обратился в ФАП к фельдшеру с направлением от врача дерматовенеролога.

Больному назначен пенициллин внутримышечно по поводу свежей гонореи. У пациента после первой инъекции пенициллина внезапно появились чувство стеснения в груди, нехватка воздуха, слабость, чувство жара во всём теле, зуд, беспокойство, головная боль, затруднённое дыхание, одышка, сердцебиение.

Объективно: состояние больного тяжёлое, дыхание частое поверхностное, кожные покровы бледные, холодный липкий пот, пульс 100 ударов в минуту слабого наполнения, АД 80 мм рт. ст.

ОАК: лейкоциты – 6,2\*109/л, эритроциты – 4,3\*1012/л, гемоглобин – 140 г/л, гематокрит – 49%, тромбоциты – 300\*109/л, п/я – 5%, с/я – 53%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 33 %, моноциты – 7%, СОЭ – 9 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,2 ммоль/л, билирубин общий – 9,8 мкмоль/л, АЛТ – 22 Ед/л, АСТ – 26 Ед/л, креатинин – 84 мкмоль/л, мочевина – 3,6 ммоль/л, общий белок – 68 г/л, общий холестерин – 4,2 ммоль/л.

ОАМ: цвет – желтый, прозрачность – прозрачная, удельный вес – 1018 г/л, реакция – щелочная, белок – отрицательный, сахар – отрицательный, ацетон – отрицательный, эпителий 3-4 в поле зрения, лейкоциты 0-2 в поле зрения.

ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 90 в минуту. Нормальное положение ЭОС.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз;

2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и дайте обоснование каждого этапа;

3. Назовите препараты, входящие в противошоковый набор при анафилактическом шоке.