

**№1.** Б.В.38л. состоит на учете. ХНК-1 стадия. ЭхоКГ. В-блокаторы; атенолол-50-100мг/сут, метопролол 100-400мг/сут, антагонисты Са; верапамил 240-480мг/сут, дилтиазем 120-480мг/сут. При наруш ритма б/са, серд гликоз: амиодорон-300-600мг/сут.

**№2.** У больного А.30л. с экссуд.перикард. Острсерднест. В - блокаторы, серд глик, коргликон-в/в медленно по 0,5-1мл-0,06% р/ра x 2р в/д, диуретики. Повышение сист АД

**№3.** Б.К.25л. после перенес. вир. инф. Сухой перикардит. ЭхоКГ, рентген груд клетки. НПВС индометацин 25-100мг каждые 4-6ч, ибупрофен 400-800мг x 4р/сут, преднизолон до 60мг/сут. Антиб.

**№4.** Больную после перенес. вир. инф. Вирусный миокардит. ЭКГ, ЭхоКГ, R-гр, биопсия миокарда. Ограничение физ. активности, этиотропная терапия, иммуносупрессив. терап (азатиоприн, циклоспорин, преднизолон).

**№5.** Б.А.30л. страдает ревм. ХРБС. Митральная недостаточность. ХСН 2б4 ФК. Петлевые диуретики (фуросемид 60-80 мг в/в) контроль АД и электролитов, в дальнейшем верошпирон 50 мг, утром, варфарин 5 мг в день (профилактика тромботических осложнений); дигоксин 0,25 мг 1 раз в день (при мерцательной аритмии тахисистолическом варианте); престариум 2,5 мг 1 раз в день (уменьшение ремоделирования сердца);

**№6.** Б.З.46л. дост БСП. ИБС. Инфаркт миокарда (циркулярный) с зубцом Q. ОСН. Кардиогенный шок 1 степени. Резким снижением сократительной способности ЛЖ и развитием кардиогенного шока. Добутамин (селективный b1-адреномиметик с положительным инотропным эффектом и минимальным положительным хронотропным эффектом, то есть эффект увеличения ЧСС выражен незначительно) в дозе 2,5-10 мкг/кг/мин. Допамин (обладает более выраженным положительным хронотропным эффектом, то есть может увеличить ЧСС и соответственно потребность миокарда в кислороде, несколько усугубив тем самым ишемию миокарда) в дозе 2-10 мкг/кг/мин с постепенным увеличением дозы каждые 2-5 мин до 20-50 мкг/кг/мин. При появлении признаков отека легких фуросемид в/в.

**№7.** Б.С.42л. год назад. Недост. митрального клапана. ХСН 3, 4 ФК. Мерцательная аритмия, тахисистолический вариант. ХСН 3, 4 ФК. Диуретическая терапия, сердечные гликозиды, иАПФ, противоаритмические (бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов)

**№8.** Б.Ю.58л. жалуется. АГ2ст, Р4. Гипертонический криз, церебральная форма. СД2т, средне-тяжелое теч, декомпенсация. Диабетическая нефропатия, стадия. Диабетическая ретинопатия. Консультация офтальмолога и исследование глазного дна. Суточная экскреция белка, определение СКФ, биопсия почек. УЗИ сосудов и АПФ, блокаторов кальциевых каналов.

**№9.** Б.К.35л. жал. на гол бол. АГ2ст. Инфек. мочевыв. путей. ЭКГ, Узи почек. Аб терап. В-адреноблок (метопролол 1,25 мг x 2р/д, бисопролол 1,25 мг). Диуретик (гипотиазид, фуросемид 20 мг/2рет). антаг. Са, иАПФ (эналаприл 10-20 мг x 2р/д, каптоприл 25 мг x 3р/д, фозиноприл 10 мг x 2р/д). БРА (лозартан 12,5 мг; вальсартан 20 мг x 2/д). БРА+ диуретик (лозап+, вазар Н, диокор). ИАПФ+антаг. Са (престариум, экватор). Энап Н, фозикард.

**№10.** Б.М.30л. жал на тош. Нефрит с/м. АГ2ст. УЗИ почек, СКФ, суточ. монит АГ, глаз. дно. ЭКГ, БхАК (К, Na, P). В-адреноблок (метопролол 1,25 мг x 2р/д, бисопролол 1,25 мг). Диуретик (гипотиазид, фуросемид 20 мг/2рет). антаг. Са, иАПФ (эналаприл 10-20 мг x 2р/д, каптоприл 25 мг x 3р/д, фозиноприл 10 мг x 2р/д). БРА (лозартан 12,5 мг; вальсартан 20 мг x 2/д). БРА+ диуретик (лозап+, вазар Н, диокор). ИАПФ+антаг. Са (престариум, экватор). Энап Н, фозикард.

**№11.** Б.И.26л. жал на одышку. Порок сердца. Недост митрального клапана. ЭхоКГ, ЭКГ., R-гр, Серд. глик: дигоксин, целанид 0,25мг = 250мкг = 0,00025x 1-3 р/д; строфантин 0,05% 1 мл в/в. Блокаторы Са: нифедипин 0,01x3 р/д, верапамил 0,04x3 р/д. Нитровазодилататоры: изосорбиддинитрат (аэроз. изокет, изо-мак) 1,25 мг = 1 доза 3 р/д, в полость рта (оликард, кардикет, сустак и др). Диуретики: фуросемид 0,04x1 р/д утром ч/з день. И-АПФ (при НК): энап 0,01x3 р/д. Антикоагулянты: фенилин 0,05x1 р/д в малых дозах (для профилактики тромбозов и фибрилляции предсердий). Хирургическое лечение. Выявление носителей инфекции. Санация хр. очагов стрептококковой инфекции (лечение АБП). Профилактика инфекционного эндокардита. Круглогодичная бициллинопрофилактика в течение 5 лет после последней ревматической атаки. Профилактическое назначение антибиотиков при любых хирургических вмешательствах.

**№12.** Б.М.35л. жал на длит ноющ бол. Фибринозный перикардит (сухой). Рентген, эхоКГ. Антикоагулянты противопоказаны (тампонада сердца, кровотечение). НПВС, ГКС.

**№13.** Б.Н.45л. жал на гол.бол синдром Иценга-Кушинга. Дифференцировать с алкогольным "псевдокушингом", сочетание характерных синдромов(ожирение, гипертензия, остеопороз).Малая и большая дексаметазоновые проб

Малый тест Лиддла • 1 день — в 23.00(24.00) пациент принимает 1 мг дексаметазона внутрь. 2 день — в 8:00 у пациента забирают кровь для определения содержания кортизола.(У здоровых пациентов и при состояниях, не сопровождающихся эндогенным гиперкортицизмом, после назначения дексаметазона (центрального блокатора секреции АКТГ) содержание кортизола в крови снижается до <50 нмоль/л (положительная проба). При болезни (синдроме) Кушинга достоверного снижения содержания кортизола в крови и/или моче не происходит (отрицательные пробы). При проведении пробы с определением содержания кортизола в моче снижение экскреции свободного кортизола менее 55 нмоль/сут исключает гиперкортицизм. Большая проба: 1 день — в 8.00 у пациента берут кровь для определения исходного содержания кортизола, а в 23.00 пациент принимает 8 мг (16 таблеток) дексаметазона внутрь. 2 день — в 8.00 у пациента повторно забирают кровь для определения содержания кортизола. Вариант большой дексаметазоновой пробы — 48-часовой тест, в ходе которого пациент принимает по 2 мг (4 таблетки) дексаметазона каждые 6 ч. Кровь для определения концентрации свободного кортизола забирают в 8 ч утра (накануне теста и через 48 ч). МРТ гипофиза, КТ (МРТ) надпочечников - дифференцировать болезнь/синдром Кушинга. Диагностика осложнений: R позвоночника - компрессионные переломы, биохимия - электролитные нарушения, стероидный СД и прочее. ингибиторы стероидогенеза (хлодитан, аминоглутетимид). трансфеноидальная аденоектomia, протонотерапия на область гипофиза, односторонняя(двухсторонняя) адреналэктомия. антигипертензивная, антидиабетическая, восполнение электролитных нарушений(калий, лечение остеопороза).

**№14.** Б.Б.54л. жал на гол бол. Ауск.- грубый систолический шум изгнания, который лучше определяется на основании сердца. Он часто хорошо проводится вдоль сонных артерий и на верхушку сердца. Когда развивается ЛЖ недостаточность и уменьшается сердечный выброс, шум становится мягче или исчезает совсем. ЭКГ-. Выявляют признаки концентрической ГЛЖ, блокаду ЛНПГ. Эхокг- выполняют для подтверждения диагноза, оценки тяжести аортального стеноза, толщины стенок сердца, размеров и функции ЛЖ. Коронарная ангиография показана больным с аортальным стенозом и предполагаемым диагнозом ИБС перед протезированием аортального клапана. • +: дегенеративный кальциноз врожденного двустворчатого или нормального трехстворчатого клапана; ХРБС.-: ХПН, карциноидный синдром, СД, болезнь Педжета, СКВ.

**№15.** Б.А.40л. поступ с жал.ХРБСнедостатаорто клапана(регургитация аортального клапана). Диастолический шум (Флинта) при недостаточности аортального клапана выслушивается также во II межреберье справа от грудины и проводится по ходу тока крови вниз к левому желудочку. Он нередко лучше выслушивается в 5-й точке Боткина-Эрба и усиливается в вертикальном положении больного. При ОРЛ отмечают: ув СОЭ, лейкоцитоз, повышение показателей серомукоида, СРБ+, диспротеинемия с уменьшением количества альбуминов. нарастанием уровня глобулиновых фракций за счет повышения содержания  $\gamma$ -глобулинов.

повышенные или повышающиеся в динамике титры антистрептококковых антител(АСЛ-О).

При этом повышение титров АСЛ-О наблюдается в 80% случаев ОРЛ, анти-ДНКазы В и АСГ – в 95-97% случаев. Титры антистрептококковых антител должны измеряться трижды через двухнедельные интервалы. Двукратное повышение титра может рассматриваться как диагностически значимое.

Отражением аутоиммунных процессов является увеличение всех классов иммуноглобулинов (А, М и G), выявление циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК).

При бактериологическом исследовании мазка из зева в 15-20% случаев обнаруживают  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А. Однако положительные результаты бактериологических исследований не позволяют дифференцировать активную инфекцию от стрептококкового носительства.

**№16.** Б.А.52л. жал на интен жгуч бол. Острый трансмуральный инфаркт нижней(задне-дафрагмальный) стенки миокарда (ЛЖ) Коронарная ангиография, ЭхоКГ, Анализ крови на кардиотропные белки (МВ-КФК, АсАТ, ЛДГ1, тропонин). начинают с в/в смеси анальгина (от 2 до 5 мл 50% раствора) и димедрола (1 мл 1% раствора) в изотоническом растворе хлорида натрия, либо анальгина на 1-2 мл 0,5% раствора седуксена. нейролептанальгезия (НЛА) - сочетание анальгетика фентанила и нейролептика дроперидола. Доза фентанила 1 мл 0,005% раствора (0,05 мг) для больных массой менее 50 кг, старше 60 лет или с сопутствующими заболеваниями легких в стадии легочной недостаточности. Для остальных первоначальная доза составляет 2 мл. Доза дроперидола зависит от эмоционального состояния и исходного АД: 100 мм рт.ст. - 1 мл 0,25% раствора (2,5 мг); до 120 мм рт.ст. - 2 мл (5 мг);

до 160 мм рт.ст. - 3 мл (7,5 мг), выше 160 мм рт.ст. - 4 мл (10 мг). Промедол используется у лиц старше 60 лет, при бронхообструктивном синдроме, брадикардии, когда нежелательно или противопоказано назначение атропина.

**№17.** Б.С.68л. наход. Постинфаркт синдром. Дресслер синдр (плеврит, пневмонит, перикардит). Ентігу, ауыру сезім, гипотензия, олигоурия, өкпе ісінуі. В-адр миметики (добутамин 2,5-10 мг/кг, допамин 2-10 мкг), норадреналин. Пер ос ГКС. Аспирин 160-650 мг 4 р/д. Индометацин 25-100 мг кажд 6 час.

**№18.** Б.З.46л. дост БСП Крупноочаг ИМ. Кардиоген шок В-адр миметики (добутамин 2,5-10 мг/кг, допамин 2-10 мкг), норадреналин. Гидроартрат 2-4 мкг/мин. Внутриаортальная баллоновая компульсация.

**№19.** У больной Ж.28л. Митр недост. ЭхоКГ, В-адреноблок (метопролол 1,25 мг х 2р/д, бисопролол 1,25 мг). Диуретик (гипотиазид, фуросемид 20 мг/2рет). антог. Са, иАПФ (эналаприл 10-20 мгХ2р/д, каптоприл 25 мг х 3р/д, фозиноприл 10 мг х 2р/д). Дигоксин 1-2 мл+0,9% -10.0 NaCl

**№20.** Б.В.38л. жал на част повыш АД. Феохромацитома. ОАК, Гормнадпочеч, КТ, катехоламины, их метаболиты в моче (мета нефрин), тест клонидином 0,3мг чер 3 час норадрен снижается, сканирование; В-адреноблок (метопролол 1,25 мг х 2р/д, бисопролол 1,25 мг). Криз- фентоламин 1-5 мг в/в, нитропруссид натрия 2-4 мг/кг в/в. Пропранолол 0,5-2 мг в/в, желуд аритмия-лидокаин 50-100 мг в/в.

**№21.** Б.К.48л. жал на боли в эпигаст. Соз ВГА, В? Холестаз. ИФА анти НАV IgM, IgG. Режим. Диета. Энтеросорбенты (карболен. Холестирамин, атоксил). ВитВ1, В2, В6. Аскорб. Кислота. Эссенциале 4 капс 3 р/д, желчегонные фламин, берберин.

**№22.** Б.К.26л. жал на тяж ХГА. Обострение. ИФА анти НАV IgM, IgG. Режим. Диета. Энтеросорбенты (карболен. Холестирамин, атоксил). ВитВ1, В2, В6. Аскорб. Кислота. Эссенциале 4 капс 3 р/д, желчегонные фламин, берберин.

**№23.** Б.К.33л. жал на боли в пр. подреб. ВГВ. Цирроз? Холестаз. ИФА анти HBV IgM, IgG. Интерферон 5 млн МЕ ежед подеож 3р/нед. Ламивудин 100 мл пер ос. Энтеркавир 0,5 мг пер ос.

**№24.** Б.С.22л. жал на ноющ боли. Цирроз печени в исходе ВГВ, С? Обнаружение гепатодепрессивного синдрома обычно производится по показателям холинстеразы сыворотки крови, альбумину сыворотки крови, протромбиновому индексу и проконвертину сыворотки крови, а также с помощью нагрузочных проб (бромсульфалеиновой, индоциановой и др.). Этиотерапия, диетотерапия, резекция, трансплантация. Кровотечение (переливание СЗП).

**№25.** Б.А.58л. 10лет назад. Цирроз печени в исходе ВГВ, С? ВРВП. Асцит. КТ, БхАК, АЛТ, АСТ, билирубин, альбумин, холестерин, триглицериды, о.белок, коагулограмма, ПТИ. Фибриноген, ПТВ, биопсия, УЗИ. Этиотерапия, диетотерапия, резекция, трансплантация. Кровотечение (переливание СЗП).

**№26.** Б.С.21г. жал на слаб. ВГА. ИФА анти НАV IgM, IgG. Режим. Диета. Эндосорбенты (карболен. Холестирамин, атоксил). ВитВ1, В2, В6. Аскорб. Кислота. Эссенциале 4 капс 3 р/д, желчегонные фламин.

**№27.** Б.Л.28л. поступ с жал на приступообр. Мочекаменная б-нь. Калькулезный холецистит. УЗИ, холангиография, ЭРПХГ. Дәрілік еріту: хенодиоксихол қышқ 15мг/кг день, Литотрипсия. Холелитолиз. Хирург леч.

**№28.** Б.К.34л. поступ с жал. Соз холецистит. УЗИ, рентг, холецистография, холангиография, ДУОД ЗОНДИРОВАНИЕ, ЭРПХГ, бак. посев желчи. АБ тер 7 дн, желчегонные (цикловалон 0,1 г/3р перед едой, эритромицин, 0,25 г / 4рет, олеандомицин 0,5 г 4 рет, антипаразит леч метронидазоло 0,25г 3 рет). Хирург леч

**№29.** Б.А.50л. пост с жал. Хрон холецист. Обострение. УЗИ, холангиография, ЭРПХГ, холецистография. БхАК, бак посев желчи. АБ терапия. Желчегонные (цикловалон 0,1 г/3р перед едой, эритромицин, 0,25 г / 4рет, олеандомицин 0,5 г 4 рет, антипаразит леч метронидазоло 0,25г 3 рет).

**№30.** Б.А.37л. злоупотр. алкоголь. Хр панкреатит, обострение. БхАК (амилаза жоғ, гипопропротеинемия), креаторея, стеаторея, дуод. зондирование. Рентг, ЭРХПГ, радиоизот исслед, диета, употр минер воды, холинолитики (апрофен, фубромегат), спазмолитики. АБ тер. Н2гистаминблокатор (ранитидин),

антациды. Панкр фермен (панкреатин, пантином форте, метионин). Панкреатин+желч компоненты+ пенгемицеллюлоза. Хир леч.

**№31.**Б.С.48л. поступ с жал.Хр панкреатит, обостр. БхАК (отсутствует амилаза, гипопропротеинемия), креаторея, стеаторея, дуод.зондирование. Рентг, ЭРХПГ, радиоизот исслед. диета, употр минер воды, холинолитики (апрофен, фубромегат), спазмолитики. АБ тер. Н2гистаминблокатор(ранитидин), антациды. Панкр фермен (панкреатин, пантином форте, метионин). Панкреатин+желч компоненты+ пенгемицеллюлоза. Хир леч.

**№32.**Б.С.51г. пост с кровотеч.АлцЦП.УЗИ. Отказ от приема алкоголя, богатая белковая диета. Витаминотерапия. Урсодезоксихолевая кислота

**№33.**Б.К.68л. в течение 3 мес. Первичный билиарный цирроз.обнаружение антимитохондриальных антител (АМА) в сыворотке крови, Признаки воспаления междольковых и септальных желчных протоков. Урсодезоксихолевая кислота.

**№34.**Б.Е.49л. жал на боли ГЭРБ. R-иссле сульфата барием.Манометрическое, эндоскопическое исслед. внутрипищеводный суточный рН мониторинг.Диета. Прокинетики, антациды. Блокаторы Н2гист р/в, Ингибиторного насос

**№35.**Б.В.56л. пост с жалоб на тупые. Обострение ЯБЖ. Малигнизация. ЭФГДС, биопсия. Диета. Ингибиторы протонной помпы ( омепразол, лансопризол).Висмут трикалия дицитрат+кларитромицин 500 мг 2р/д. 7дн. АБ+ингибиторы протонной помпы+блокаторы Н2гистаминовых рецепторов (препарат висмута ).

**№36.** Б.А.36л. жал на давящ.Неатрофический гастрит типа В, Необходимо проведение ФГДС с гастробиопсией с последующим гистологическим и цитологическим изучением биоптатов. Иссле желудочной секреции, R-гр.Диета № 1,антациды, а так же селективные м-холиноблокаторы, преп обволакивающие слизистую оболочку желудка, блокаторы гистамина Н2-рецепторов и др. Фитотерапия (ромашка, зверобой).

**№37.** Б.К.62г. поступ с жал на чувство. Атрофический гастрит типа А. ФГДС гистологическим и цитологическим изучением биоптатовИссл желудочной секреции, R-гр.антациды, а так же селективные м-холиноблокаторы, преп обволакивающие слизистую оболочку желудка, блокаторы гистамина Н2-рецепторов и др. Фитотерапия (ромашка, зверобой).

**№38.** Б.Л.72л. поступ с жалоб на резкую.Рак тела желудка. Метастаз. Биопсия. Эндоскопия. Хир леч

**№39.** Б.С.32л. жал на схваткооб боли. Б-нь Крона. Колоноскопия. Биопсия.дифеноксилат, лоперамида (имодиума),Антибиотик метронидазол (трихопол) ,

Кортикостероиды (гормональные противовоспалительные препараты), например преднизолон,

**№40.**Б.А.37л. жал на постоян ноющ боли.Рак толстого кишечника. Колоноскопия. Биопсия. Хирург.

**№41.** Б.И.14л. жал на боли в конелен. ОРЛ - кардит,полиартрит,хорея,подкожныеузелки,кольцевидая эритема, ревматический анамнез,артралгия,лихорадка. Лабданные:лейкоцитоз, увелич. СОЭ, СРБ полож. ЭКГ, ЭХО КТ, R- крупных суставов,госпитализация,постельный или полупостельный режим,диета с ограничением поваренной соли и углеводов.этиотропная терапия: препаратыбензилпенициллина либо макролиды, -патогенетическая терапия: ГКС(преднизолон),НПВС,симптоматическая терапия:для улучшения метаболических процессов в сердце(аспарат калия и магния,рибоксин,триметазидин)

**№42.**Б.Н.18л. предьяв жалоб на колющ. ОРЛ.кардит,полиартрит,хорея,подкожныеузелки,кольцевидая эритема, ревматический анамнез,артралгия,лихорадка. Лабданные:лейкоцитоз, увелич. СОЭ, СРБ полож. Противорецидивная терапия: бензилпенициллин

**№43.**Б.П.32л. предьяв жалоб на боль.Псориатический артрит.R-гр. ОАК. Анализ суставной жидкости. Л.: ГКС

**№44.**Б.К.21л. поступ с жалоб на боли в обл крестца.Б-нь Бехтерева:боль и скованность в крестцовоподздошной области, продолжающиеся не менее 3 мес и не уменьшающиеся в покое;боль и скованность в грудном отделе позвоночника; ограничение движений в поясничном отделе; ограничение дыхательной экскурсии гр. кл.; в анамнезе ирит, иридоциклит или осложнения этих процессов; R-гр признаки двустороннегосакроилеита (исключить двусторонний артроз крестцовоподздошных сочленений). Рентген,ИФА,ПЦР,ОАК,ОАМ,БХК,ГКС

Сульфасалазин.хондропротекторы,внутрисуставные инъекции гидрокортизона

**№ 45.** Б.К.21л. военнотрущ. 1.Хламидийный артрит. 2.Мазок из уретры,Рентген суставов 3.НПВС(индометацин, сулиндак, этодолак) Своевременное проведение адекватной антибактериальной терапии с контролем эрадикации возбудителя. Необходимо выполнять современные рекомендации по длительности и эффективности курсового лечения антибиотиками.

2. Индивидуальный подбор НПВС с учетом клинического эффекта и переносимости препарата.

3. Локальная терапия ГКС при высокой активности артрита.

4. Применение базисных препаратов при затяжном и хроническом течении артрита.

5. Активное применение локальной терапии ДМСО на ранних сроках заболевания.

6. Включение ФТЛ, ЛФК, санаторно-курортного лечения в комплекс реабилитационных мероприятий.

**№ 46.** Б.И.24л. жалуется на болезненность и припухлость левого коленного сустава, повышение температуры до 38 °С, появление струпуев на подошвах, беспокоили боли при мочеиспускании, небольшие рези и покраснение глаз. Анамнез: имеет нескольких партнерш. Осмотр: Афта на небе, увеличение лимфатических узлов, левый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, фиксирован, баллотируется, множественные бессимптомные папулезные высыпания, при осмотре наружных половых органов обнаружено наличие безболезненных поверхностных язв на головке полового члена. Лечение: • тетрациклин — 1.2-2 г в сутки (распределить на 5-6 приемов); метациклина гидрохлорид (рондомицин) — по 0.3 г 2-4 раза в сутки; доксициклина гидрохлорид (вибрамицин) — по 0.1 г 1-2 раза в сутки. макролиды эритромицин по 0.25-0.5 г 4 раза в день за 1-1.5 ч до еды; левомицетин по 0.5 г 4 раза в день внутрь; фторхинолонов (максаквин по 400-800 мг 1-2 раза в день); НПВС применяются в комплексном лечении болезни Рейтера для купирования артрита. Назначают индометацин (метиндол) — 100-150 мг в сутки.

**№47.** Б.П.47л. жалуется на боли и отеч. Диагностические критерии болезни обязательные рентгенологические симптомы: сужение R- суставной щели; остеофиты; субхондральный остеосклероз необязательные рентгенологические симптомы: колосуставной краевой дефект костной ткани; субхондральные кисты; внутрисуставные обызвествленные хондромы. Обследование: Общий и биохимический анализ крови, Исследование синовиальной жидкости, Рентген-исследование, Ультразвуковой метод исследования суставов, Артроскопию. Базисные препараты для лечения: НПВС диклофенак 75-150 мг в сут, ГКС-пульстерапия (солумедрол 1000 мг + диклофосфан 500 мг) 1 раз 30-40 мин капать, Метотрексат 7,5-15 мг в день внутрь, Хондроитина сульфат 500 мг 2-3 р./сут., курс 3-6 месяцев, Глюкозамин по 1500 мг 1 раз в день курс 6 недель, перерывы между курсами 2 месяца, Алфлутоп по 1 мл в/м ежедневно, на курс 20 инъекций. Возможно внутрисуставное введение по 1-2 мл в крупные суставы, на курс 5-6 инъекций, затем продолжают в/м по 1 мл. Повторение курса через 6 месяцев.

**№48.** Б.М.40л. жал на боли в колен. СКВ ОА крови, мочи. Исследование крови на LE-клетки неоднократно с подсчетом количества их на 1000 лейкоцитов. БАК: общий белок и белковые фракции, фибриноген, фибрин, сиаловые кислоты, гаптоглобин, СРП, серомукоид, креатинин, мочевины, аминотрансферазы, альдолаза. ИИ крови: антитела к нДНК, АНФ, комплемент, реакция Кумбса, количество В- и Т-лимфоцитов, субпопуляции Т-лимфоцитов, РБТЛ, ЦИК. Серологические исследования: реакция Вассермана. ЭКГ, ФКГ, эхокардиография, рентгеновское исследование сердца и легких. Биопсия кожи, мышц, лимфатических узлов (в неясных случаях), почек (в случае выраженного и неясного поражения почек). Вит С, вит группы В. При развитии недостаточности кровообращения, поражении почек необходимо ограничить потребление поваренной соли, жидкости. ГКС преднизолон или метипреднизолон 60-40 мг. Методика пульс-терапии: вводят в/в кап. по 1000 мг метилпреднизолона в 100 мл изот. р-р NaCl в теч 3 дней подряд. В капельницу добавляют 5000 ЕД гепарина. при поражении кожи, суставов: далагил по 0.25-0.5 г в сутки и плаквенил по 0.2-0.4 г в сутки препараты калия (КС), панангин. НПВС назначаются при подостром течении (в ранней стадии) и хроническом течении СКВ, преимущественно при наличии артрита. Базисная терапия - метотрексат 7,5-15 мг в день внутрь, плазмаферез 2 раза

**№ 49.** Б.М.44г. жал на боли в мелких. СКВ ОА крови, мочи. Исследование крови на LE-клетки неоднократно с подсчетом количества их на 1000 лейкоцитов. БАК: общий белок и белковые фракции, фибриноген, фибрин, сиаловые кислоты, гаптоглобин, СРП, серомукоид, креатинин, мочевины, аминотрансферазы, альдолаза. ИИ крови: антитела к нДНК, АНФ, комплемент, реакция Кумбса, количество В- и Т-лимфоцитов, субпопуляции Т-лимфоцитов, РБТЛ, ЦИК. Серологические исследования: реакция Вассермана. ЭКГ, ФКГ, эхокардиография, рентгеновское исследование сердца и легких. Биопсия кожи, мышц, лимфатических узлов (в неясных случаях), почек (в случае выраженного и неясного поражения почек). Вит С, вит группы В. При развитии недостаточности кровообращения, поражении почек необходимо ограничить потребление поваренной соли, жидкости. ГКС преднизолон или метипреднизолон 60-40 мг. Методика пульс-терапии: вводят в/в кап. по 1000 мг метилпреднизолона в 100 мл изот. р-р NaCl в теч 3 дней подряд. В капельницу добавляют 5000 ЕД гепарина. при поражении кожи, суставов: далагил по 0.25-0.5 г в сутки и плаквенил по 0.2-0.4 г в сутки

препараты калия (кСI),панангин.НПВС назначаются при подостром течении (в ранней стадии) и хроническом течении СКВ, преимущественно при наличии артрита.Базисная терапия- метотрексат 7,5-15мг в день внутрь, плазмаферез 2раза

**№50.** У больной Т.16л. Появ бол в круп сустав. острый неспец аортаартерит(бол такаюсу), ангиография,аортаграфия, преднизолон 40-60 мг в сут,антигиперт леч,хир леч,

**№51.** Б.З.62л. Жалует на боли в колен.Деформирующий остеоастеартроз. Боли в суставах "механического" ритма, т.е. преимущественно к концу дня и/или в первую половину ночи (венозный застой), "стартовые" боли. Усиление боли после механической нагрузки на сустав. Деформация сустава за счет костных разрастаний, включая узелки Гебердена, Бушара; при движении определяемая крепитация и хруст. R-гр-сужение суставной щели; остеоосклероз суставных поверхностей; остеофитоз. 3-4 рентген стадия.терафлекс. Групповая принадлежность:Регенерации стимулятор. Хондроитинсульфат+Глюкозамин. Стимулирует регенерацию хрящевой ткани. Глюкозамин и хондроитин сульфат принимают участие в синтезе соединительной ткани, способствуя предотвращению процессов разрушения хряща и стимулируя регенерацию ткани. Введение экзогенного глюкозамина усиливает выработку хрящевого матрикса и обеспечивает неспецифическую защиту от химического повреждения хряща. Остеоартроз I-III ст.

**№52** Б.Ж.40л. жал на боли в сустав кистей.Системная склеродермия.оам,бх,рф,антинуклеарные антители к антигену scl-70, М легких,R-гр кистей. Реовазография, капилляроскопия, экг,эхокг. базовая терапия-д-пенициламин (купренил) 450- 750 мг до появления клинического эффекта, затем на поддерживающую дозу 150-300мг ,преднизолон 10-30 мг. При непереносимости купренила назначить-аминохинолиновые или цитостатики ( азатиоприн, циклофосфан). Доп тер- нифедепин 30 мг( улучшает микроциркуляцию). Трентал, куринтил. Физ лечение: электрофорез с лидазой на пораженные участки кожи. ЛФК.

**№53.**Б.Н.56л. перенес инфаркт миокарда 5 лет.Подагрический артрит с преимущественным поражением первого плюснефалангового сустава.ОАК, ОАМ, БАК: общий белок и белковые фракции, мочевины ,креатинин, мочевины кислоты в крови и в моче, холестерин,липопротеиды, триглицериды. Коагулограмма, фибриноген. СРБ. R-гр пораженного сустава, УЗИ почек, цистоскопия( дно мочевого пузыря). Возможно на фоне приема гипотиозида

**№54.** У больной Г.20л. после родов.Дерматомиозит.ОАК умеренной анемии, лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, реже - лейкопения, эозинофилия, СОЭ увел. БХК: повыш альфа2 и углобулинов, серомукоида, фибрина, фибриногена, сиаловых кислот, миоглобина, гаптоглобина, креатина, активности креатинфосфокиназы (нормальный уровень КФК при тяжелой мышечной атрофии и при наличии в крови ингибитора КФК), трансаминаз, особенно АсАТ, ЛДГ и альдолазы, что отражает остроту и распространенность поражения мышц.повышение мочевины кислоты. Иммунологические исследования крови: сниж титра комплемента, в небольшом титре РФ, в небольшом количестве и незакономерно - LE-клетки, антители к ДНК, снижение количества Т-лимфоцитов и Т-супрессорной функции, повышение содержания IgM и IgG и снижение - IgA; HLA B<sub>8</sub>, DR<sub>3</sub>, DR<sub>5</sub>, DRW<sub>52</sub>.

Иммунологические исследования: АТ к гистидилтРНКсинтетазеИсследование биоптатов кожно-мышечного лоскута: тяжелый миозит, потеря поперечнойисчерченности, фрагментация и вакуолизация мышц, круглоклеточная инфильтрация, атрофия и фиброз их. В коже - атрофия сосочков, дистрофия волосяных фолликулов и сальных желез, изменения коллагеновых волокон, периваскулярная инфильтрация. ЭМГ. R-гр ЭКГ. Спирография.Леч. Преднизолон начиная с 60 мг.принимать в течение 2-3 месяцев и более до получения клинического эффекта. Далее с постепенным снижением дозы по таблетки преднизолона в 30 дней) азатиоприн назначается в дозе 2.5 мг/кг в день, метотрексат — 0.75 мг/кг внутривенно 1 раз в неделю.Цитостатики, как правило, добавляются к преднизолону при отсутствии от него эффекта и при необходимости снизить его дозу.индометацин-ретард (по 0.075 г в таблетках, капсулах) по 1 таблетке 1 раз в день. Улучшение метаболизма в пораженных мышцах и лечение кальциозаретаболил — назначается по 1 мл 5% раствора 1 раз в 2 недели внутримышечно, курс лечения — 3-4 инъекции; • рибоксин — выпускается в таблетках по 0.2 г, назначается по 2 таблетки 3 раза в день в течение 2 месяцев;АТФ, натриевая соль — назначается внутримышечно по 1-2 мл 1 % раствора 1 раз в день в течение 30 дней;

**№55.**Б.Н.26л. наход. на лечен по поводу пнев. Дерматомиозит. ОАК умеренной анемии, лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, реже - лейкопения, эозинофилия, СОЭ увел. БХКповыш альфа2 и углобулинов, серомукоида, фибрина, фибриногена, сиаловых кислот, миоглобина, гаптоглобина, креатина, активностиКФК, трансаминаз, особенно АсАТ, ЛДГ и альдолазы, что отражает остроту и распространенность поражения мышц. Возможно повышение уровня мочевины

кислоты. Иммунологические исследования крови: снижение титра комплемента, в небольшом титре РФ, в небольшом количестве и незакономерно - LE-клетки, антитела к ДНК, снижение количества Т-лимфоцитов и Т-супрессорной функции, повышение содержания IgM и IgG и снижение - IgA; HLA B<sub>8</sub>, DR<sub>3</sub>, DR<sub>5</sub>, DRW<sub>52</sub>. Иммунологические исследования: АТ к гистидилРНКсинтетазе. Исследование биоптатов кожно-мышечного лоскута: тяжелый миозит, потеря поперечной исчерченности, фрагментация и вакуолизация мышц, круглоклеточная инфильтрация, атрофия и фиброз их. В коже - атрофия сосочков, дистрофия волосяных фолликулов и сальных желез, изменения коллагеновых волокон, периваскулярная инфильтрация. ЭМГ. R-гр ЭКГ. Спирография. Л. Преднизолон начиная с 60 мг. принимать в течение 2-3 месяцев и более до получения клинического эффекта. Далее с постепенным снижением дозы по таблетки преднизолона в 30 дней азатиоприн назначается в дозе 2.5 мг/кг в день, метотрексат — 0.75 мг/кг внутривенно 1 раз в неделю. Цитостатики, как правило, добавляются к преднизолону при отсутствии от него эффекта и при необходимости снизить его дозу. индометацин-ретард (по 0.075 г в таблетках, капсулах) по 1 таблетке 1 раз в день. Улучшение метаболизма в пораженных мышцах и лечение кальциноз ретаболил — назначается по 1 мл 5% раствора 1 раз в 2 недели внутримышечно, курс лечения — 3-4 инъекции; рибоксин — выпускается в таблетках по 0.2 г, назначается по 2 таблетки 3 раза в день в течение 2 месяцев; АТФ, натриевая соль — назначается в/м по 1-2 мл 1 % раствора 1 раз в день в течение 30 дней;

**№56.** Б.М. 14л. поступ с жал на повыш темпер. Аллергическая крапивница. Отек верхних дыхательных путей (отек Квинке). Аллергологический, пищевой анамнез, биохимический анализ крови, IgE общие и специфические, Prick и скарификационные кожные тесты, холодовой тест (Дункан- тест), тепловой, со жгутом; консультация аллерголога.

**№57.** Б.В. 42л. жалуется на повыш темпер. Периодическая болезнь (наследственный семейный амилоидоз без невропатии). Диагностика затруднена. Анамнез (семейный), генетический анализ, маркеры воспаления в крови (фибриноген, СРБ), обследование почек (возможен амилоидоз). Основным терапевтическим средством является Колхицин- 1-2 мг в сутки (длительно).

**№58.** Б.Л. 35л. в течение 5 лет беспокоит. Склеродермия (?) Исследование крови (признаки воспалительной реакции- повышение фибриногена, серомукоида, повышение СОЭ), гипергаммаглобулинемия, ИФА, выявление специфичных аутоантител, АНА (антинуклеарные антитела- анти-СКЛ-70 и антицентромерные антитела), ЦИК, ревматоидный фактор, биопсия кожи.

**№59.** Б.А. 26л. жал на боли в обл правого. 1. Туберкулез тазобедренного сустава (коксит).

Данные эпиданамнеза (возможный контакт с больным туберкулезом), ОАК, туберкулинодиагностика, рентгенография органов грудной клетки, бактериологическое исследование мокроты. I (изониазид, рифампицин, пиразинамид, стрептомицин, этамбутол) и II ряда (этионамид, протионамид, циклосерин, капреомицин, канамицин, амикацин, рифабутин, ципрофлоксацин, офлоксацин, парааминосалициловая кислота (ПАСК)).

**№61.** М. 26л. геолог обрат Быстро прогрессирующий гломерулонефрит. Нефротический синдром. Пульс-терапия Преднизолон 1000 мг/сут 3-5 дней, циклофосфамид 2-3 мг/кг. Плазмафарез 10-14 дней. Фуросемид 40-60 мг, эналаприл 5 мг, Саантогонисты (верапамил).

**№62.** Б.М. 15л. поступ в клин Острый гломерулонефрит. Нефритический синдром. Гипертоническая энцефалопатия. ограгичение соли до 2 г за сутки. Иммуносупрессивная терапия метилпреднизолон 1000 мг/сут на 200,0 физ р-ра 1 раз/сут, затем преднизолон 1 мг/кг/сут утром 1 месяц, гипотензивная терапия: гипотиазид 25-50 мг 1 раз в день, Амлодипин 10 мг/сут, Фуросемид 60-80 мг/сут, Верошпирон 50 мг утром, Фраксипарин 5700 МЕ анти-Ха 1 раз в день (антикоагулянт)

**№63.** 18-летний м жал на повыш Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Повышенное давление в мочевом пузыре вместе с недостаточной фиксацией устья мочеточника, сопровождаются укорочением клапанного отдела мочеточника и возникновением ПМР, Хр. цистит, врожденные аномалии пузырного отдела мочеточника, включающие различные варианты нарушения анатомии мочеточниково-пузырного соединения. Эндоскопическая имплантация полимера под устье мочеточника, симптоматическое лечение (цистит)

**№64.** Б. обрат с жал на голов Хр. прогрессирующая окклюзия почечных артерий. АГ III ст. 2) ОАК; Реберга-Тареева, проба Зимницкого; Б/х крови: мочевины, креатинин, общий белок и белковые фракции, коагулограмма, фибриноген, УЗИ почек, радиоизотопная ангиоренография почек, 3) чрескожная внутрисветная ангиопластика со стентированием или хирургическое шунтирование стенозированного сегмента.

**№65.** Беремен в ср 16 недель Пиелонефрит ОАК, ОАМ, БХ, проба Зимницкого, Ничепоренко, Реберга-Тареева, Аддиса-Каковского, УЗИ почек, 3. Цефалоспорины 2 и 3 ряда (супракс, цефтриаксон,

цефазолин); фурадонин (не более 10 дней). Макролиды: джозамицин (вильпрафен) и азитромицин(сумамед),. Начиная с 4 мес нитроксалин(5-НОК). С 5 мес гентамицин.

**№66.** Б.И.40л. жал на приступ МКБ. Почечные колики. УЗИ почек, рентген, КТ почек. Экскреторная урография после полного купирования почечной колики. Питьевой режим не менее 1,5-2 л жидкости в день, диета, урлесан, платифиллин, ударно-волновая литотрипсия, антибиотикотерапия.

**№67.** Б.А.37л. жал на боли в пояс Хр. пиелонефрит, стадия обострения.БАК: креатинин, мочевины, общий белок, белковые фракции; электролиты; проба Реберга-Тареева, УЗИ почек, бак.посев мочи с определением чувствительности к аб, КТ и МРТ при необходимости.Диета, антибиотикотерапия с учетом чувствительности, трентал для улучшения почечного кровотока внутрь по 0.2-0.4 г 3 раза в день после еды, через 1-2 недели дозу уменьшают до 0.1 г 3 раза в день. Продолжительность курса лечения - 3-4 недели. Витаминные комплексы, физиолечение.

**№68.** Б.М.42л. жал на рез Первичная подагра. Хр. подагрический полиартрит с преимущественным поражением первых плюснефаланговых суставов обеих стоп. Подагрическая нефропатия. Нефротический синдром. Проба Реберга-Тареева, пробы Зимницкого. Диета с исключением продуктов богатых пуринами, аллопуринол300мг (до 6 мес.): нимесулид 0, 1г х 2 раза в сутки. При отсутствии эффекта- внутрисуставное введение глюкокортикостероидов (триамциналон, бетаметозон), урлесанпо схеме в течение месяца, Колхицин внутрь, в первоначальной дозе 0,5 мг, затем каждый час дополнительно по 0,5 мг препарата (или по 1 мг каждые 2 ч) до полного купирования артрита, диклофенак-натрий на первый прием назначают внутрь в дозе 50—100 мг.

**№69.** Б.С.21г. жал на голов Острый гломерулонефрит. Нефротический синдром. БАК: креатинин, мочевины, общ.белок, белковые фракций, остаточный азот. Режим, Диета с ограничением соли до 2 г в сут. Питьевой режим: Объем диуреза + 500 мл. Диуретики, Иммуносупрессивная терапия – ГКС(Метилпреднизолон 1000 мг в/в кап на 200 мл физиологического раствора 1 раз в сутки №3. Далее преднизолон 1 мг/кг/сутки в утреннее время в течение месяца), Гипотензивная терапия, Фракционированный гепарин

**№70.** Б.Д.27л. поступ с жал СКВ с поражением кожи (эритема), суставов (полиартрит), почек (люпус-нефрит, нефротический синдром).БАК: общ.белок,белковые фракции, креатинин,мочевина, СРБ, ЛЕклетки, коагулограмма, РФ, Антиядерные антитела – титр, Антитела к двухцепочечной ДНК, УЗИ почек, биопсия почек, ЭКГ, R-гркстей.Пульс-терапия метилпреднизолоном (по 1000 мг в теч. 3х последоват. дней) в сочетании с болюсным введением циклофосфамида (500-1000 мг/м<sup>2</sup>) с последующим назначением преднизолона в дозе 0.5 мг/кг/сут.,Азатиоприн (2-3мг/кг/сут), Фуросемид 40-80мг 1 раз утром;Гипотиазид 25-50мг 1 раз утром, под контролем

**№71.** Б.К.29л. поступ с жал Нефротический синдром. Удз почек, биопсия, БХА. Кс+циклоспорины

**№72.** Б.30л. поступ с жал на голов Сидеробластная анемия 1 ст. Зимницкий, нечипоренко, Адиссона-кооковского. Гемолиз, эритропоэтин

**№73.** Б.М.47л. жал на рез Диабетическая нефропатия. Удз почек, БХА, глюкозотоллерантный тест, осмотр глазного дна. Диета №10 Статины (Аторвастатин, Симвастатин) длительными курсами ингибиторы АПФ – эналаприл, Лизиноприл, Фозиноприл,Восстановление количества эритроцитов и гемоглобина в крови (препараты железа – Фенюльс, Ферроплекс, Тардиферон и Эритропоэтин),диуретики (Фуросемид, Лазикс, Гипотиазид).При почечной недостаточности – Гемодиализ

**№74.** Б.Д.70л. жал на сильные Опухоль правой почки. Удз почек, БХА, биопсия, онкомаркеры. Химиотерапия

**№75.** Б.Г.35л. жал на недомог Хронический пиелонефрит, обострение. УЗИ почек, Бактериологическое исследование мочи,проба Зимницкого,эксскреторная урография,БХ при ОПН Консервативное лечение включает антибактериальную (пенициллин+аминогликозиды; фторхинолоны+цефалоспорины); инфузионно-детоксикационную, противовоспалительную терапию, физиотерапию, целесообразно применение дезагрегантов и антикоагулянтов(трентал, курантил);

**№76.** У больной Л.38л. после массажа Феохромоцитома. УЗИ надпочечников, КТ, Экскреция мочой катехоламинов и их метаболитов, провоцирующие пробы с гистамином, инсулином, клонидином. Радикальное – хирургическое. В предоперационной подготовке основной задачей является достижение стабилизации гемодинамических показателей, снижение АД.

**№77.** Б.С.43л. Болезнь Иценко-Кушинга. Изменение механизма контроля секреции АКТГ, нарушается механизм регуляции функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и суточный ритм секреции КРГ—АКТГ—кортизола; перестаёт действовать механизм «обратной связи» с одновременным повышением концентрации АКТГ, гиперпродукцией кортизола, кортикостерона,



альдостерона, андрогенов корой надпочечников. Альдостерон задерживает натрий в организме, последний в свою очередь воду. АГ за счет увеличения ОЦК. Анализ крови и мочи на гормоны: определение уровня АКТГ и кортикостероидов; гормональные пробы — сначала пациенты сдают кровь на гормоны (кортикостероиды), затем принимают лекарство (дексаметазон, синактен и др.) и через некоторое время сдают анализ повторно; R-гр черепа и области турецкого седла для определения размеров гипофиза; для детального изучения гипофиза и окружающих мозговых структур применяются компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ); R-гр костей скелета для выявления признаков остеопороза и патологических переломов. Хирургическое лечение — удаление опухоли гипофиза. Одной из разновидностей хирургического лечения является разрушение опухоли гипофиза с помощью низких температур (криохирургия). Для этих целей используется жидкий азот, который подводят в область опухоли. При быстром развитии заболевания и неэффективности терапевтического лечения выполняют операцию по удалению одного или двух надпочечников (адреналэктомия). С последующей заместительной терапией.

**№78.** Б.К.22л. Гипогликемическая кома. Определение уровня глюкозы в крови. в/в струйно 40% раствор глюкозы (20—100 мл) до выхода пациента из комы.

**№79.** Б.М.72л. Диабетическая ангиопатия нижних конечностей – синдром диабетической стопы. Стадия декомпенсации. Инсулинотерапия (Инсулин выпускается в концентрациях 40 МЕ/мл и 100 МЕ/мл), консервативное лечение диабетической стопы, в дальнейшем возможно хирургическое лечение.

**№80.** В нефрол отдел. Осложнение сахарного диабета - диабетическая нефропатия. ОАК, ОАМ, Б/х крови, гликолизированный гемоглобин, коагулограмма, проба Нечипоренко (?), Анализ мочи по Земницкому, СКФ по формуле Кокрофта-Гоулта, УЗИ почек, Биопсия почек (?). Препараты сульфаниламочевины выводятся печенью: гликвидон 30 мг или гликлазид 30 мг, или гликиниды: новонорм 0,5 мг или старликс 60 мг.

**№81.** Б.А.56л. отмет ухуд Синдром гипотериоза, характерны: пастозность лица, с заплыв. глаз. щелями (микседема), гиперкератоз локтей и пяток, склон. к запорам, а так же пост. чув. холода, даже в летнее время, ухуд. памяти, забывчивость. А увел. щит. жел., брадикардия и склонность к гипотонии – увелич. вероят. у пациента эндемич. зоба, к-ый и стал причиной гипотериоза. Анализы: ТТГ, своб. Т4. В данном случае будет выявлена картина: ↓ТТГ, ↓ своб. Т4 – вторич. гипотериоз, либо ↑ТТГ, ↓своб. Т4 – первич. гипотериоз. Целесообразно проводить заместит. терапию левотироксином. Цель – клинич. ремиссия и лабораторная компенсация гипотиреоза. К современным точно дозированным препаратам левотироксина относится Эутирокс.

**№82.** Б.С.20л. Аутоиммунный сахарный диабет 1 типа. Определить уровень гликемии натощак и определить концентрацию С-пептида в крови. Анализы на антитела к островкам поджелудочной железы, антитела к глутамат-декарбоксилазе (GAD65) и антитела к тирозин-фосфатазе (IA-2 и IA-2бета). Иммуносупрессивная терапия (после подтверждения аутоиммунного повреждения в-клеток поджелудочной железы – анализ на антитела и их титр). Лечение любого типа СД базируется на 3 принципах: диета, сахароснижающая терапия (при СД 1 типа - инсулинотерапия), и обучение пациентов. Инсулинотерапия при сахарном диабете 1 типа носит *заместительный характер*

**№83.** Б.С.62л. СД 2 типа, в ст. компенсации. Гликемию натощак (норма в капиллярной крови – 4,4-6,1 ммоль/л), глюкозотолерантный тест (норма гликемии через 2 часа после еды в капиллярной крови – менее 7,8 ммоль/л, от 7,8 – до 11,1 ммоль/л – снижение толерантности к глюкозе, более 11,1 ммоль/л – СД). Диета, сахаросниж. терапия, и обучение пациентов. Диета – стол 9: диета с энергоценностью, умеренно сниженной за счет легкоусвояемых углеводов и животных жиров, с исключением сахара и сладостей. С физиологической нормой витаминов и минеральных веществ. Сахаросниж. терапия – применение пероральных сахаросниж. препаратов – производные бигуанидов и сульфаниламидов. Представители препаратов сульфаниламочевины – глибенкламид, гликлизид, рипоглинид и др. Представители прапаратов бигуанидов – метформин.

**№84.** Б.Л.40л. Синдром Кона (первичный альдостеронизм) — опухоль, или гиперплазия коры надпочечников с чрезмерным образованием альдостерона, проявляющаяся АГ, гипокалиемией, выраженной слабостью мышц и полиурией. Функциональные пробы: с фуросемидом, с верошпироном, каптоприлом. Лечение заключается в удалении опухоли и тотальной или субтотальной резекции коры

надпочечников при их гиперплазии. В процессе подготовки к операции больные получают препараты калия и антагонисты альдостерона (верошпирон). В послеоперационном периоде необходим строгий контроль за состоянием электролитного баланса.

**№85.** Б.С.63л. СД 1 типа, в ст. декомпен. Осложнение: кетоацидотическая кома. Причины: неадекватная терапия (назначение слишком малых доз инсулина); нарушение режима инсулинотерапии (пропуск инъекций, просроченный препарат инсулина); резкое повышение потребности в инсулине у больных с инсулинозависимым СД. Тактика лечения: Инсулинотерапия: Вначале в/в вводят "нагрузочную" дозу - 10-14 ед инсул.корот.дейст. (лучше человеческого), после чего переходят на введение инсул.корот.дейст. методом непрерывной инфузии перфузором со скоростью 4-8 ед в ч. Регидратация: При исходно нормальном уровне  $\text{Na}^+$  в сыворотке ( $< 145$  ммоль/л) для регидратации применяется физиологический (0,9%) раствор хлорида натрия. Коррекция электролитных нарушений: При сохраненном диурезе уже с самого начала инсулинотерапии, даже при нормальном уровне калия в сыворотке, начинают непрерывную инфузию калия, стремясь поддерживать калиемию в пределах от 4 до 5 ммоль/л. Коррекция ацидоза: Заместительная инсулинотерапия в режиме «малых доз»: Чтобы достичь оптимально активного уровня инсулина в сыворотке (50-100 мкрод/мл), требуется непрерывная инфузия 4-12 ед инсулина в час.

**№86.** Б.С.33л. Тиреотоксикоз, гиперфункция ЩЖ. Антитела к рецепторам ТТГ (увеличение АТ к рецептору ТТГ – доказывает наличие болезни Грейвса). Антитела к ТПО (увеличены при болезни Грейвса, аутоиммунном тиреоидите). Сцинтиграфию щитовидной железы. УЗИ ЩЖ. Медикаментозное лечение заключается в назначении тиреостатических препаратов (препаратов, которые уменьшают образование гормонов щитовидной железы). Существуют два таких препарата: Тиамазол (Тирозол, Мерказолил, Метизол) и пропилтиоурацил (Пропицил). Исходно препарат назначается в дозе около 30 мг в сутки, после нормализации гормонов щитовидной железы переходят на поддерживающую дозу 5-15 мг в сутки. Длительность лечения тиреостатиками обычно 1-1.5 года. Оперативное лечение на щитовидной железе при тиреотоксикозе выполняется только после лечения тиреостатиками при достижении нормализации гормонов щитовидной железы.

**№87.** Б.К.47л. Метаболический синдром II-III ст. Тиреогенное ожирение. (Может быть СД-2 типа)? СД, Иценко-Кушинга. Если это СД, то СД -1 типа, ИМ. Заместительная терапия препаратами левотироксина (L-T4), например Эутироксом (от 1,6 до 1,8 мкг на 1 кг веса в сутки). На фоне заместительной терапии тироксином (Т4) концентрация Т3 сохраняется постоянной. При проведении заместительной терапии первичного гипотиреоза целевым значением ТТГ является 0,5–1,5 мМЕ/л. При проведении заместительной терапии расчетная средняя доза Эутирокса составляет 75–150 мкг/сут. Для компенсации субклинического гипотиреоза назначается Эутирокс из расчета 1 мкг на 1 кг веса в сутки, и средняя расчетная доза препарата составит 50–75 мкг/сут. Причем при решении вопроса о начале лечения субклинического гипотиреоза следует иметь в виду, что: назначение заместительной терапии Эутироксом производится при стойком субклиническом гипотиреозе или при как минимум двукратном выявлении уровня ТТГ между 5 и 10 мМЕД/л. Если это СД: Препараты выбора — пероральные противодиабетические препараты II поколения (производные сульфонилмочевины). Глибенкламид — по 1,25–20 мг/сут в 1–2 приёма (до 10 мг/сут — в 1 приём в первой половине дня). Глипизид — по 2,5–40 мг/сут в 1–2 приёма (до 20 мг/сут — в 1 приём в первой половине дня). Альтернативные препараты: Метформин (бигуанид) — по 500–850 мг 2–3 р/сут; в настоящее время его рекомендуют применять одновременно с производными сульфонилмочевины при лечении СД 2 типа в сочетании с ожирением. Инсулинотерапия.

**№88.** Б.С.45л. Болезнь Аддисона. Или осложнение TBS. Иногда диагноз предполагается только при обнаружении характерных изменений уровня электролитов, включая низкий уровень  $\text{Na}$  ( $< 135$  мэкв/л), высокий уровень  $\text{K}$  ( $> 5$  мэкв/л), низкий уровень  $\text{HCO}_3$  (15-20 мэкв/л) и высокий уровень мочевины крови. Стимуляция АКТГ. С помощью этого теста измеряется уровень кортизола в крови до и после введения синтетического гормона АКТГ. Если у пациента недостаточность надпочечников, реакция будет слабо выражена или отсутствовать. ПЦР на TBS,КТ надпочечников и МРТ гипофиза. Лечение: В

норме максимальная экскреция кортизола происходит рано утром, минимальная - ночью. Следовательно, гидрокортизон (аналог кортизола) назначают в дозе 10 мг утром, 1/2 данной дозы в обед и столько же вечером. Суточная доза обычно составляет 15-30 мг. Ночного приема следует избегать, так как он может вызывать бессонницу. Дополнительно рекомендуется прием 0,1-0,2 мг флудрокортизона 1 раз в день для замещения альдостерона. ТБС: стрептомицин, изониазид, пара-аминосалициловая кислота (ПАСК), **рифампицин** или рифабутин. **стрептомицин** или канамицин, **изониазид** или фтивазид, **пиразинамид** либо **этионамид**

**№89.** Б.П.56л. СД 2-типа. 2.Декомпенсация. Если у больного присутствуют жалобы, присущие СД, показатели гликемии более высокие натощак и после приема пищи, имеется потеря глюкозы с мочой выше 5% углеводной ценности пищи - все это свидетельствует о декомпенсации сахарного диабета. 3.Перед большими плановыми операциями больной нуждается в переводе на инсулин по обычным правилам назначения препарата. Больному рекомендуют 3-4-кратное (при тяжелых лабильных формах диабета - 5-кратное) введение простого инсулина под контролем содержания сахара в крови и гликозурии в течение дня. Режим введения инсулина и питания у больных, которым предстоит небольшая операция под местным обезболиванием, не препятствующая приему пищи, можно не изменять. Больного после введения инсулина и завтрака берут в операционную, а через 1,5-2 ч ему дают второй завтрак. Больным, которым предстоит полостная операция или любая операция, исключающая прием пищи per os, а также больным, оперируемым под наркозом, следует перед вмешательством ввести примерно половину их утренней дозы инсулина. Через 30 мин после инъекции инсулина вводят внутривенно от 20 до 40 мл 40 % раствора глюкозы с последующим постоянным капельным введением 5 % раствора глюкозы. Дальнейшее введение глюкозы и инсулина корректируют по уровню гликемии, определяемому каждые 2 ч. При декомпенсации сахарного диабета с признаками кетоацидоза больного следует оперировать на фоне мероприятий, направленных на, устранение кетоацидоза, с дробным введением простого инсулина под контролем гликемии. Если операцию можно отложить, необходимо предварительно устранить кетоацидоз. Больным, получившим накануне срочной операции пролонгированный инсулин, может потребоваться (под контролем гликемии!) добавочная коррекция простым инсулином. Диабетическая кома является противопоказанием для операции. Вначале проводят срочные мероприятия по выведению больного из коматозного состояния, и лишь после этого можно проводить оперативное вмешательство.

**№90.** Б.В.37л. Тиреотоксикоз, диффузно токсический зоб; Антитела к рецепторам ТТГ (увеличение АТ к рецептору ТТГ – доказывает наличие болезни Грейвса). Антитела к ТПО (увеличены при болезни Грейвса, аутоиммунном тиреоидите). Сцинтиграфию щитовидной железы. УЗИ ЩЖ. Медикаментозное лечение заключается в назначении тиреостатических препаратов (препаратов, которые уменьшают образование гормонов щитовидной железы). Существуют два таких препарата: Тиамазол (Тирозол, Мерказолил, Метизол) и пропилтиоурацил (Пропицил). Исходно препарат назначается в дозе около 30 мг в сутки, после нормализации гормонов щитовидной железы переходят на поддерживающую дозу 5-15 мг в сутки. Длительность лечения тиреостатиками обычно 1-1.5 года. Оперативное лечение на щитовидной железе при тиреотоксикозе выполняется только после лечения тиреостатиками при достижении нормализации гормонов щитовидной железы.

**№91.** Б.К.26л. жал на нараст Апластическая анемия. Гемограмма, трепанобиопсия. Гемотрансфузия. ГКС, ЦиклоспоринА. Трансплантация костного мозга.

**№92.** Б.С.58л. В12-дефицитная анемия. Основные диагностические критерии:Гиперхромный характер анемии, объема, сохранение остатков ядра (тельца Жолли, кольца Кэбота), ретикулоцитопения, лейкопения, гиперсегментация нейтрофилов, Тромбоцитопения, появление в костном мозге

мегалобластов, гиперплазия красного кровяного ростка, гиперсегментация нейтрофилов (стернальную пункцию следует производить до лечения витамином В12, так как даже 1-2 инъекции витамина В12 приводят к исчезновению мегалобластов). 3) патогенетическая терапия - витамина В12 (цианкобаламин), а также нормализации измененных показателей центральной гемодинамики и нейтрализации антител к гастромукопротеину ("внутреннему фактору") или комплексу гастромукопротеин + витамин В12 (кортикостероидная терапия).

**№93.** Б.Н.28л. ЖДА. Определить показатели уровня трансферрина и ферритина.

**№94.** Б.К.16л. Болезнь Минковского-Шоффара. Нормохромный. По выходу из криза расширяется режим, диета, назначаются желчегонные препараты (преимущественно холекинетики), (трансфузии эритроцитной массы, преднизолон 1-2 мг/кг/сутки, вит.В12 до появления ретикулоцитоза и др.), спленэктомия.

**№95.** Б.С.36л. Пароксизмальная ночная (Болезнь Маркиафавы-Микели). Из-за отсутствия сахарозы повышается уровень глюкозы. трансфузии отмытых (не менее 5 раз) или размороженных эритроцитов, переливания свежезаготовленной цельной крови или эритроцитной массы, неробол в суточной дозе 30—50 мг в течение не менее 2—3 мес. Гепарин или антикоагулянты непрямого действия применяются при тромботических осложнениях. В редких случаях спленомегалии с развитием выраженного синдрома гиперспленизма может оказаться оправданной спленэктомия.

**№96.** У больной К.17л. болезнь Минковского-Шоффара. Аутоиммунная гемолитическая анемия; Медикаментозная гемолитическая анемия; Несовместимость донорской крови при переливании. Наиболее эффективный метод лечения-спленэктомия, так как основным местом разрушения эритроцитов при этом заболевании является селезенка. После спленэктомии наступает полное и стойкое клиническое выздоровление - прекращается малокровие, исчезают или значительно снижаются билирубинемия, желтуха и другие внешние проявления болезней. Снижается степень сфероцитоза, исчезают наиболее мелкие сфероциты. Продолжительность жизни эритроцитов становится больше.

**№97.** Б.Н.50л. В-12 дефицитная анемия; тельца Жолли (мелкие темно-фиолетовые включения в эритроците, представляющие собой разрушенное ядерное вещество) и кольца Кебота. Перед лечением витамином В12 обязательно проводить стернальную пункцию: выявляют миелобласты. снижение содержания ретикулоцитов. Патогенетическая терапия-парентеральное введение цианкобаламина. Цианкобаламин вводится внутримышечно по 1000 мкг -1 раз в неделю в течение 8 недель. При тяжелой анемии цианкобаламин вводится внутримышечно по 200-500 мкг/сут в течение 4-6 недель до наступления гематологической ремиссии. При наличии психо-неврологического синдрома цианкобаламин вводится в/м по 500-1000 мкг/сут. в течение 10 дней, далее-по 1-3 раза в неделю до исчезновения неврологической симптоматики. Критерий эффективности терапии-ретикулоцитарный криз на 5-6 день лечения, трансформация мегалобластического кроветворения в нормобластическое. После нормализации гематологических показателей в периферической крови и костном мозге цианкобаламин профилактически пожизненно (!) вводится внутримышечно 1 раз в месяц по 1000 мкг 2.Переливание эритроцитарной массы(200-300 мл) – только при анемической коме. При аутоиммунной природе болезни-преднизолон 20-30 мг/сут.

**№98.** Б.К.60л. В-12 дефицитная анемия. Шиллинга тест — метод выявления нарушений всасывания цианкобаламина, заключающийся в приеме внутрь определенного количества витамина, меченого радиоактивным кобальтом, с последующим исследованием его содержания в моче, собранной за сутки. (или Стернальная пункция, ОАК, не прямой билирубин). Перед лечением витамином В12 обязательно проводить стернальную пункцию: выявляют миелобласты. снижение содержания ретикулоцитов. парентеральное введение цианкобаламина в/м по 1000 мкг -1 раз в неделю в течение 8 недель. При тяжелой анемии цианкобаламин в/м по 200-500 мкг/сут в течение 4-6 недель до наступления гематологической ремиссии. При наличии психо-неврологического синдрома цианкобаламин вводится внутримышечно по 500-1000 мкг/сут. в течение 10 дней, далее-по 1-3 раза в неделю до исчезновения неврологической симптоматики. Критерий эффективности терапии-ретикулоцитарный криз на 5-6 день лечения, трансформация мегалобластического кроветворения в нормобластическое. После нормализации гематологических показателей в периферической крови и костном мозге цианкобаламин профилактически пожизненно (!) вводится внутримышечно 1 раз в месяц по 1000 мкг 2.Переливание эритроцитарной массы(200-300 мл) – только при анемической коме. При аутоиммунной природе болезни- преднизолон 20-30 мг /сут.

**№99.** Б.П.42л. Гипохромная железodefицитная анемия. Анемический (снижением гемоглобина и эритроцитов) и сидеропенический ( обусловлен тканевым дефицитом железа, что приводит к снижению активности ферментов (цитохромоксидаза, пероксидаза, сукцинат-дегидрогеназ). Проявляется

симптомами: извращение вкуса, обоняния, глоссит, стоматит и т.д.). Применение преп. железа. + (Fe<sup>++</sup>), т.к. оно значительно лучше всасывается в кишечнике. Преп. Fe назначаются за 1 ч до еды или не ранее чем через 2 ч после еды. Для лучшего всасывания Fe одновременно принимают аскорбиновую или янтарную кислоту, фруктозу. Ферро-фольгамма (комплекс железа сульфата 100 мг + аскорбиновая к-та 100 мг + фолиевая к-та 5 мг + цианкобаламин 10 мг). Принимают по 1-2 кап. 3 раза в день после еды.

или \*Ферроплекс — комплекс железа сульфата и аскорбиновой кислоты, назначается по 2-3 драже 3 раза в день. \* Гемоферпролонгатум — препарат пролонгированного действия (железа сульфата 325 мг), по 1-2 таблетки в день. Лечение железосодержащими препаратами проводится в максимально переносимой дозе до полной нормализации содержания гемоглобина, что происходит через 6-8 недель. Клинические признаки улучшения появляются значительно раньше (уже через 2-3 дня) по сравнению с нормализацией уровня гемоглобина.

**№100.** Б.А.56л. жал на озн Гемолитическая анемия, обусловленная Холодовыми агглютинами (холодовая гемагглютининовая болезнь). Гемолит. криз и вазомоторные нарушения возникают только от переохлаждения тела и гемоглобинурия, начавшаяся в условиях холода, прекращается с переходом больного в теплое помещение. Иммунодепрессанты. Хлорбутин,\* (10 мг/сут в течение 2-х недель через каждые 4 недели),\*2-4 мг/сут, или циклофосфан (по 400 мг через день) у больных становятся меньше непереносимость холода и проявления повышенного разрушения эритроцитов. Однако после отмены препарата вновь появляются те же признаки болезни. Удаление селезенки при этой форме болезни неэффективно. Плазмаферез; при этом следует постоянно подогревать извлеченную кровь, чтобы предотвратить процесс склеивания эритроцитов. Лечение плазмаферезами может сочетаться с иммунодепрессантной терапией.

**№101.** У больного М.29л. Гемолитическая анемия. 2. Нормохромная анемия. 3. Эритроцитарная масса

**№102.** У больного С.56л. В-12 дефицитная анемия. Увеличены в размерах (мегалобласты и мегалоциты). Цианкобаламин (В12): 1 этап - по 200-500 мкг ежедневно в течение 7 дней, 2 этап - раз в неделю введение по 200 -500 мкг, 3 этап - введение по 200-500 мкг ежемесячно в течение года

**№103.** Б.В.40л. Хронический миелобластный лейкоз. 2. Стернальная пункция. 3. Циклофосфан, рубамицин, винкристин

**№104.** Б.М.60л. Миеломная болезнь. Рентген, стернальная пункция, сывороточный или мочевой М-компонент, белок Бенс-Джонса. 3. мелфалан (8 мг/м.кв.), циклофосфамид (200 мг/м.кв. в день), хлорбутин (8 мг/м.кв. в день) в сочетании с преднизолоном (25-60 мг/м.кв. в день) в течение 4-7 дней каждые 4-6 недель

**№105.** Б.Д.28л. Хронический лимфобластный лейкоз. Стернальная пункция, трепанобиопсия, иммунофенотипирование. К эффективным методам лечения хронического лимфолейкоза относят биоиммунотерапию с применением моноклональных антител. Введение этих препаратов позволяет селективно уничтожать опухолевые клетки, не повреждая здоровые ткани организма. При неудовлетворительной эффективности других методов лечения, может быть осуществлена высокодозная химиотерапия с трансплантацией кроветворных стволовых клеток. Лучевая терапия применяется в качестве вспомогательного метода лечения при наличии большой опухолевой массы. Удаление селезенки (спленэктомия) иногда показана при значительном ее увеличении

**№106.** Б.К.18л. Геморрагический васкулит (б-нь Шенлейна-Геноха). 2) Степень тяжести. Легкая: 1) общее состояние - удовлетворительное; 2) необильные высыпания; 3) возможны артралгии. Среднетяжелая: 1) общее состояние - средней тяжести; 2) обильные высыпания; 3) артралгии, артрит; 4) периодические боли в животе; 5) микрогематурия; 6) небольшая протеинурия (следы белка в моче).

Тяжелая: 1) общее состояние - тяжелое; 2) высыпания обильные сливные с элементами некроза; 3) хронические ангионевротические отеки; 4) упорные боли в животе; 5) желудочно-кишечное кровотечение; 6) макрогематурия; 7) нефротический синдром; 8) острая почечная недостаточность

3) Базисная (то есть основная) терапия: а. ограничение двигательной активности; б. гипоаллергенная диета; с. энтеросорбция (энтеросорб, карболен, микрокристаллическая целлюлоза); д. дезагрегантная терапия (применение лекарственных средств, препятствующих образованию сгустка крови за счет нарушения склеивания тромбоцитов - кровяных пластинок). Улучшает движение крови по мелким сосудам; е. антикоагулянтная терапия (гепарин и его низкомолекулярные аналоги); ф. антигистаминные (1-го и 2-го поколения в средних суточных дозах) препараты; г. инфузионная терапия (растворы среднемолекулярных декстранов, глюкозо-новокаиновая смесь); h. антибактериальная

терапия (использование противомикробных средств); i. глюкокортикоиды (синтетические аналоги гормонов коры надпочечников человека). Оказывают противовоспалительное и противоотечное действие, препятствуют развитию аллергических реакций.

**№107.** Б.Г.32л. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура. Тромбоциты. Патогенетическая терапия аутоиммунной тромбоцитопенической пурпуры включает назначение глюкокортикоидов, выполнение спленэктомии и использование иммунодепрессантов. Преднизолон назначают в дозе 2 мг/кг/сут на 2-3 нед с последующими снижением дозы и полной отменой препарата. Преднизолон в более высоких дозах (3 мг/кг/сут) назначают короткими курсами по 7 дней с перерывом в 5 дней (не более трёх курсов). Спленэктомию или тромбоэмболизацию сосудов селезёнки проводят при отсутствии или нестойкости эффекта от консервативного лечения, повторяющихся обильных длительных кровотечениях, приводящих к выраженной постгеморрагической анемии, тяжёлых кровотечениях, угрожающих жизни больного. Иммунодепрессанты (цитостатики) для лечения тромбоцитопенической пурпуры у детей используют лишь при отсутствии эффекта от других видов терапии, так как эффективность их применения значительно меньше, чем спленэктомии. Применяют винкристин в дозе 1,5-2 мг/м<sup>2</sup> поверхности тела внутрь, циклофосфамид в дозе 10 мг/кг - 5-10 инъекций, азатиоприн в дозе 2-3 мг/кг/сут в 2-3 приёма в течение 1-2 мес.

**№108.** Б.И.28л. Гемофилия А. Характеризуется кровоточивостью гематомного типа. Патогенетическая терапия заключается в систематических переливаниях по 60—100 мл нативной (катионитной) плазмы, содержащей антигемофилический глобулин. При кровотечениях применяют переливания непосредственно полученной от донора или свежезаготовленной цельной крови (плазмы) в гемостатических дозах (100—150 мл). Кровоостанавливающие средства общего действия — хлористый кальций, витамины С и К — мало эффективны. Местно на слизистые применяют тампоны (марлевые салфетки), смоченные тромбином, женским молоком; при наружных кровотечениях производят электрокоагуляцию.

**№109.** У больной М.24л. ДВС синдром. Гипофибриногенемия, свертывание в эфовом тесте удлинено. Основными патогенетическими методами лечения являются противошоковые мероприятия, внутривенное капельное введение гепарина, струйные трансфузии свежей нативной или свежзамороженной плазмы при необходимости с плазмозаменой, борьба с кровопотерей и глубокой анемизацией (кровезаменители, свежеситратная кровь, эритроцитарная масса), острыми нарушениями дыхания (раннее подключение искусственной вентиляции легких) и кислотно-щелочного равновесия, острой почечной или гепаторенальной недостаточностью.

**№110.** У больной Ю.16л. Постгеморрагическая железодефицитная анемия, Хлороз. эр-3,6 млн., Нв-70 г/л, ЦП-0,8. Лечение и профилактика ювенильного хлороза основывается на наших представлениях об этиологии и патогенезе заболевания. Большое значение имеют гигиенические мероприятия (питание, физкультура и др.), а также общеукрепляющие и противоанемические медикаментозные и другие средства (препараты железа, гемотрансфузии и т. д.). Прогноз в общем благоприятен. В литературе имеются указания на то, что у женщин, перенесших ранний хлороз, в 30- 40 лет иногда вновь обнаруживаются признаки позднего хлороза, проявляющегося в несколько иной форме.

**№111.** М.27л. Хронический бронхит, обострение с пневмонией, ХОБЛ. Отхаркивающие, антибактериальные средства, отказ от курения

**№112.** Б.А.35л. Острый бронхит с пневмонией. Отхаркивающие, антибактериальные средства

**№113.** М.18л. Внебольничная пневмония, ДН2-3Str. pneumoniae Антибиотик – полусинтетические пенициллины, цефалоспорины 2-3 поколения, дезинтоксикация, отхаркивающие

**№114.** К семейн врач. Внебольничная пневмония Очаговые инфильтративные тени слева в нижних отделах легких, усиление легочного рисунка. Антибиотик (один из) – полусинтетические пенициллины, цефалоспорины 2-3 поколения, макролиды; дезинтоксикация, отхаркивающие

**№115.** Б.В.27л. Внебольничная пневмония, осложнившаяся экссудативным плевритом Нейтрофильный цитоз, глюкоза > 2,2 ммоль/л, ЛДГ < 1000 Ед/л Антибиотик – полусинтетические пенициллины, цефалоспорины 2-3 поколения, дезинтоксикация, отхаркивающие

**№116.** Б.60л. Внебольничная пневмония тяжелого течения всего левого легкого (тотальная), ДН2 Вовлечением в процесс всего левого легкого с развитием дыхательной недостаточности. Антибиотики 2 ряда – комбинация цифтриаксона+нетромицин или респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксефлоксацин), при неэффективности – 3 ряд – меропонемы (тиенам), дезинтоксикация, отхаркивающие, иммуномодулирующая терапия (например, ВЛОК, ИЛ-2, пентаглобин)

**№117.** Б.Б.16л. Бронхиальная астма, аллергическая, средней тяжести. Синдром обратимой бронхообструкции, сопутствующая клиника аллергических риносинусопатии и конъюнктивита. Внебольничная пневмония, эозинофильная пневмония, обструктивный бронхит. Элиминация вероятного аллергена, базисная терапия недокромилом натрия.

**№118.** Б.30л. поступ в экст Статус астматикус.Преднизолон (30-60 мг в/в), эуфиллин 2,4% 10 мл в/в капельно на физ р-ре или сальметерол в/в, кислородЭлиминация вероятного аллергена, базисная терапия ингаляционными кортикостероидами (будесонид, флунисолид, флутиказон) 600-800 мг/сут.

**№119.** М.48л. ХОБЛ, эмфизематозный тип, легочное сердце.Рентгенография органов грудной полости, спирография. Ипратропиум бромид или тиотропия бромид длительно, отхаркивающие, пролонгированные теофиллины или бета-миметики, ингаляционные кортикостероиды по показаниями (в зависимости от динамики ОФВ1).

**№120.** М.64л. ХОБЛ, бронхитический тип, легочное сердце, НК1.Гипертрофией и дилатацией правого желудочка. Рентгенография органов грудной полости, спирография, ЭКГ

**№121.** Б.52г. Фиброзирующий альвеолит (возможно идопатический).Компьютерная томография. Туберкулез легких, саркоидоз легких

**№122.** Ж.50л. Саркоидоз легких с саркоидозом лимфатических узлов Туберкулез легких, пневмокониозы, опухоли легких и средостения Трансбронхиальная биопсия внутригрудных лимфоузлов с последующим гистологическим исследованием биоптатов.

**№123.** М.26л. жал на повыш. Подострый бруцеллез: лихорадка, потливость, суставной синдром, признаки орхита, болен 3-6 месяцев.Туберкулезом: эпиданамнез, Р-грамма ОГК, серологические исследования на бруцеллез (РА, РХ, РПГА, РСК, ИФА). Бак.посев экссудата из мошонки.Экстренное извещение СЭС. Госпитализация в инфекционный стационар. Доксциклин+рифампицин или фторхинолоны в максимальных суточных дозах 6 недель, НПВС, дезинтоксикационная терапия. Диспансерное наблюдение – 1 год. Высокий риск хронизации.

**№124.** У мужчины 46л. Наличие ХВГ В – риск развития цирроза печени и ГЦК. Алкоголизм – фактор риска, повышающий риск на 25-50%. Лихорадка, резкое снижние массы тела, резко укоренное СОЭ – вероятная онкопатология. Вероятный диагноз – гепатоцеллюлярная карцинома Для верификации диагноза: в первую очередь определение альфа-фетопротеина. АФП повышен при ГЦК у 95-99% в 10-100-10000 раз. Вторым этапом – КТ. Биопсия печени – если АФП не высокий, КТ – неопределенный результатНаправить больного к онкологу. У больного вероятно опухоль больших размеров (>2 см): лечение хирургическое (резекция – если поражение в пределах 1-3 сегментов печени; пересадка печени – если больше). Наличие метастазов – проводится химиотерапия. Прогноз – пессимистический. Опухоль до 2 см – радиочастотная термоабляция, но для выявления опухоли таких размеров нужен скрининг.

**№125.** Ю.19л. Острое начало, лихорадка, сыпь, тонзиллит, лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия, диарея и урчание в илеоцекальном углу: Иерсиниоз, генерализованная форма, тяжелое течение.Для верификации – РПГА, дифференцировать с другими зоонозами (серология), с гемобластозами (ОАК)Госпитализация в инфекционный стационар. Лечение – доксициклин, фторхинолоны, цефалоспорины, дезинтоксикационная терапия. Диспансерное наблюдение – до 3-6 месяцев – может быть реактивный артрит.

**№126.** М.46л. Слабость, диспепсия, желтуха, гепатомегалия, эпиданамнез (операция в сроках до 6 месяцев): Острый вирусный гепатит В или СДля верификации – ИФА, потом – ПЦР. Дифференцировать с ХВГ, циррозом печени, гепатитной формой иерсиниоза, лептоспирозом и т.п.Госпитализация в инфекционный стационар. Лечение – симптоматические. Если ОВГ С – можно 3-месячный курс альфа-интерферона для предупреждения хрнизации. Диспансерное наблюдение – до 1 года – отследить не будет ли хронизация.

**№127.** М.35л. заб ост Острое начало, тяжелое течение, высокая температура, выраженная интоксикация, «меловой язык», типичный бубон – подозрение на «Чуму». Эпиданамнез положительный – вероятный диагноз «Чума, бубонная форма».Экстренное извещение по схеме оповещения. Одеть противочумный костюм. Больному начать стрептомицином, гентамицином, цiproфлоксацином, офлоксацином, левофлоксацином, доксициклином, левомицетином, в максимальных дозах в течение 10 дней. Осуществляют дезинтоксикационную терапию.Госпитализация в инфекционный стационар в Мельтцеровский бокс.Санобработка. Экстренная химиофилактика врача.

**№128.** Ж.29л. Острое начало, относительно хорошее самочувствие при высокой температуре, обильная потливость, лимфаденит и гепатоспленомегалия – подозрение на «Острый бруцеллез». Эпиданамнез положительный – вероятный диагноз «Острый бруцеллез».Подтвержденный диагноз: РХ, РА, РПГА, РСК, ИФА, бакпосев крови. Дифф: со всеми зоонозами (иерсиниоз), Ку-лихорадкой,

лимфогрануломатозом, СКВ и т.п. Экстренное извещение СЭС. Госпитализация в инфекционный стационар. Доксциклин+рифампицин или фторхинолоны в максимальных суточных дозах 6 недель, НПВС, дезинтоксикационная терапия. Диспансерное наблюдение – 1 год. Высокий риск хронизации.

**№129.** Б.28л. Острое начало, лихорадка, сыпь, заднешеечный лимфаденит, фарингит. Надо выяснить эпиданамнез. Вероятно краснуха. Подтвержденный диагноз: ИФА на IgM. Дифф: со всеми детскими инфекциями (корь, скарлатина). При подтверждении диагноза «Краснуха» - прервать беременность из-за высокого риска ВПР.

**№130.** М.19л. заб 2 дня Острое начало, лихорадка, интоксикация, катаральные явления, эпидпериод - Грипп. Надо выяснить вакцинный анамнез. Осложнения – ИТШ, пневмония, миокардит. Тамифлю, кислород, инфузионная терапия, преднизолон, допамин, антибиотики.

**№131.** М.17л. Лихорадка, интоксикация, менингизм, геморрагическая сливная сыпь: «Менигококковая инфекция. Менингит» С\м пункция: нейтрофильный цитоз, бак посев. Госпитализация. Лечить антибиотиками пенициллинного ряда.

**№132.** М.19л. гер нарк Одышка, притупление, синдром уплотнения легочной ткани – «Пневмония», анамнез героиновой наркомании, лимфаденит, снижение массы тела – ВИЧ-инфекция?. Диагноз: пневмония у иммунокомпromетированного пациента. ВИЧ-инфекция? ИФА на ВИЧ (информированное согласие), потом - иммуноблот. Посев мокроты. Госпитализация. Лечить 2-3 антибиотиками – бисептол (пневмоциста), цефтриаксон, фторхинолон. + антимикотические препараты. Диффдиагноз – туберкулез.

**№133.** Ж.35л. Синдром лихорадки, интоксикации, уплотнения легочной ткани. Но – кашель с кровью и четкая тень в верхней доле легкого. «Очаговый туберкулез?». Анализ мокроты на БК. Госпитализация. Консультация фтизиатора. Лечить как внебольничную пневмонию, самим туберкулостатики не назначать.

**№134.** М.35л. пред жал Синдром лихорадки, интоксикации, уплотнения легочной ткани и плеврального выпота. Но – лимфоцитарный цитоз в выпоте. «Туберкулез легких. Инфильтративный туберкулез легких, осложненный плевритом?». Анализ мокроты на БК. Госпитализация. Консультация фтизиатора. Лечить как внебольничную пневмонию, самим туберкулостатики не назначать.

**№135.** М.25л. Синдром лихорадки, интоксикации, уплотнения легочной ткани, неэффективность терапии по плану внебольничной пневмонии. «Инфильтративный туберкулез легких?». Анализ мокроты на БК 3кратно. Консультация фтизиатора. Лечить как внебольничную пневмонию, самим туберкулостатики не назначать.

**№136.** М.16л. Синдром менингизма, лихорадки, интоксикации, уплотнения легочной ткани. Лечение как внебольничной пневмонии не эффективно. Подозрение на туберкулез легких. С\м пункция. В ликворе будет лимфоцитарный цитоз. Анализ мокроты на БК 3-хкратно Головная боль, светобоязнь, рвота без облегчения может свидетельствовать о повышении внутричерепного давления. Ригидность затылочных мышц – о воспалении мозговых оболочек.

**№137.** Б.35л. Биологическая терапия подавляет Т-клеточный иммунный ответ, что может привести к активации эндогенной туберкулезной инфекции. Манту – результат неопределенный, вероятно аллергическая реакция на компоненты РРД Лечение проводить нельзя пока туберкулез не исключен достоверно

**№138.** М.26л. с впер выявл Туберкулома. Неполная эффективность проводимой терапии, гиперреактивность, недостаточная приверженность лечению. оперативное удаление

**№139.** М.56л. Острая ЛЖ недостаточность - Отек легких, интерстициальная стадия как осложнение гипертонического криза. R-гр ОГК, ЭКГ, определение газового состава крови. Кислород, мочегонные, контроль АД, ЧСС и pO<sub>2</sub>.

**№140.** Беремен жен. Измерение АД у беременных предпочтительнее производить в положении сидя, так как в положении лежа сдавление нижней полой вены может исказить цифры АД. К наиболее частым ошибкам при измерении АД у беременных относятся: однократное измерение АД без предварительного отдыха, с использованием манжетки неправильного размера. 10-15 мин покоя, на обеих руках. Атенолол, нифедипин, бета-блокаторы Госпитализация в роддом. Самое главное правило при лечении гипертонического криза - осторожное и контролируемое снижение АД.

**№141.** Ж.74л. ТЭЛА. R-гр ОГК, ЭхоКГ, УЗИ глубоких вен нижней конечностей, ангиопульмонография, Тромболитическая терапия (стрептокиназа, урокиназа, альтеплаза),



антикоагулянтная терапия

**№142.** Ж.24л. Анафилактический шок. Неотложная помощь БСП: Адреналин, преднизолон, кислород. Госпитализация не менее 3 суток и продолжить преднизолон и антигистаминные

**№143.** М.22л. Вазовагальный обморок. Кислород или свежий воздух, ослабить ремень и пр., поднять ноги на 20-30°. Задать вопросы: были ли обмороки раньше, есть ли заболевания сердца или ЦНС, что почувствовал перед потерей сознания (тошнота, теплота, головокружение)

**№144.** М.65л. Выз скорКардиогенный обморок вследствие нарушения ритма. Снять ЭКГ и госпитализировать в кардиологический стационар. ЭКГ, суточное мониторирование по Холтеру

**№145.** Ж.60л. Эпилептический припадок. Снять ЭКГ и госпитализировать в неврологический стационар. ЭКГ, ЭЭГ, КТ или МРТ головного мозга

**№146.** Ж.39л. Внутреннее кровотечение, возможно, гинекологическая патология. В\в доступ в 2 вены, начать инфузионную терапию кристаллоидами, срочно в гинекологический или хирургический стационар, Акушерский анамнез, УЗИ органов брюшной полости и малого таза

**№147.** М.52л. Печеночная энцефалопатия, печеночная кома, печеночная недостаточность, варикозное расширение вен пищевода, присоединение инфекции, перитонит, гепаторенальный синдром. 2.Геомстатика, дезинтоксикационная терапия 3.Прогноз неблагоприятный, лечение паллиативное.

**№148.** 50-летний шахтер. Фиброзно- кавернозный туберкулез 2. Рентгенография ОГК, бактериологическое, бактериоскопическое обследование мокроты, ОАК, ОАМ, бронхоскопия. 3 Прогноз неблагоприятный.

**№149.** М.65л. пос физ Казеозная пневмония R-грОГК, бактериологическое и бактериоскопическое обследование мокроты 3. Госпитализация в туб.диспансер.

**№150.** П.17л. Анафилактический шок. Неотложная помощь. Первичные мероприятия. Адреналин 0,1% - 0,5 мл в/м. Инъекции лучше выполнять в верхнюю часть тела, например в дельтовидную мышцу. При отсутствии реакции дозу можно повторить через 5 минут. В/м инъекции в отличие от в/в безопасны. Для в/в введения 1 мл 0,1% адреналина разводят в 10 мл физ р-ра и вводят медленно в течение 5 минут (риск ишемии миокарда). При глубоком шоке и клин смерти адреналин вводится в/в без разведения. Проприетарность дыхательных путей: отсасывание секрета, при необходимости ввести воздуховод. Провести ингаляцию 100% кислорода со скоростью 10-15 л/мин. Инфузия жидкости. Вначале вводят струйно (250-500 мл за 15-30 минут), затем капельно. Первым применяют изотонический раствор натрия хлорида 1000 мл, далее подключают полиглюкин 400 мл. Хотя коллоидные растворы наполняют сосудистое русло быстрее, безопаснее начать именно с кристаллоидных растворов, т.к. декстраны сами могут быть причиной анафилаксии. Вторичные мероприятия. Преднизолон в/в 90-120 мг, повторять каждые 4 часа при необходимости. Димедрол: в/в медленно или в/м по 20-50 мг (2-5 мл 1% раствора). При необходимости повторить через 4-6 часов. Антигистпреп лучше назначать после восстановления гемодинамики, т.к. они могут понижать АД. Бронхолитики. Ингаляции бета 2- агонистов с помощью небулайзера (сальбутамол 2,5-5,0 мг, повторить по мере необходимости), ипратропиума (500 мкг, повторить по мере необходимости) могут оказаться полезными у пациентов, находящихся на лечении бета-блокаторами. Эуфиллин (начальная доза: в/в 6 мг/кг) используется как препарат резерва у больных с бронхоспазмом. Эуфиллин, особенно в сочетании с адреналином, способен спровоцировать аритмии, поэтому назначают его только при необходимости. Дополнительные мероприятия. Придать больному горизонтальное положение с приподнятыми ногами (для увеличения венозного возврата) и выпрямленной шеей (для восстановления проходимости дыхательных путей). Удалить причинный фактор (жало насекомого) или замедлить всасывание (венозный жгут выше места инъекции/укуса на 30 минут, приложить лёд