**Ситуационная задача по теме: «Инфаркт миокарда»**

Больной 58 лет, 3 недели назад отметил приступ интенсивных загрудинных болей с иррадиацией в левое плечо, левую лопатку и нижнюю челюсть с левой стороны, продолжительностью более 1 часа. Боль сопровождалась потливостью, слабостью, одышкой, чувством страха. Прием нитроглицерина не дал эффекта. Далее больной отмечал нарастание одышки, снижение толерантности к физической нагрузке.

В анамнезе: артериальная гипертензия (максимальные цифры 180/95). Больной страдает ожирением, предпочитает жирную и мясную пищу, курит в течение 15 лет по 10 сигарет в день.

 Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Цианоз слизистых, губ, языка. Пальцы кистей и стоп холодные на ощупь. ИМТ 32 кг/м2. В легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. Область сердца не изменена. Верхушечный толчок определяется в V межреберье слева по среднеключичной линии, ослаблен. Левая граница относительной тупости сердца совпадает с верхушечным толчком. Аускультативно: тоны сердца приглушены. ЧСС - 76 в мин. Пульс 76 удара в мин., слабого наполнения и напряжения, ритмичный. АД 130/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не выступает из-под края реберной дуги.

Биохимический анализ крови: КФК - 97 ЕД/л, ЛДГ - 261 Ед/л.

На ЭКГ в момент осмотра:

|  |
| --- |
|  |

**Вопросы к задаче:**

1. **Перечислите и обоснуйте имеющиеся синдромы.**

**А) Болевой** (интенсивные, длительные (более 30 минут), иррадиация в левое плечо, левую руку и нижнюю челюсть с левой стороны, отсутствие эффекта от нитроглицерина).

**Б) Синдром ЭКГ-признаков** (во II, III, aVF - патологический Q, ST на изолинии с тенденцией к депрессии и отрицательный T во II и III, V1) – присутствует некроз – подострый заднедиафрагмальный инфаркт.

**В) Коронарный**– боли интенсивные, длительные (более 30 минут), не купирующиеся приемом нитроглицерина, с нарастающей одышкой, потливостью и слабостью, страхом смерти.

**Г)** **Синдром артериальной гипертензии** (в анамнезе повышение АД до 180/95 мм рт ст, расширение левой границы относительной тупости сердца влево на 1,0 см)

1. **Ваш предположительный диагноз? Обоснуйте диагноз.**

ИБС: Инфаркт миокарда, подострая стадия, заднедиафрагмальный. Неполная блокада ПНПГ.

Гипертоническая болезнь 3 ст, 3 ст, риск очень высокий.

Ожирение 1 ст.

***ИБС***: на основании наличия факторов риска развития атеросклероза и ИБС (артериальная гипертензия, возраст >45 лет у мужчин, ожирение, атерогенная диета, курение в течение 15 лет).

***Инфаркт миокарда, подострая стадия, заднедиафрагмальный***: на основании временного периода (приступ 3 недели назад), имеющихся симптомов и данных лабораторных исследований: КФК в пределах нормы, ЛДГ (до 250 Ед/л) (не хватает данных по уровню тропонина, АЛТ, АСТ, но считаем, что они в норме) – подострая стадия инфаркта миокарда.

***Неполная блокада ПНПГ***: QRS расширен, комплекс rsr (маленький и большой в отведениях V1-3: R расщеплен, зубец S отсутствует), депрессия ST и отрицательный T во II и III, V1.

**Гипертоническая болезнь:** повышение АД до 180/95 мм рт ст в анамнезе, расширение левой границы относительной тупости сердца влево.

**III стадия**: тк инфаркт миокарда

**3 степень**: на основании показателей АД (180/95 мм ст).

**Риск ССС высокий**: АГ 3 степень + субклиническое поражение органов-мишеней + ассоциированные клинические состояния (ожирение 1 ст).

**Ожирение 1 ст:** из анамнеза, ИМТ 32 кг/м2.

1. **Какие изменения присутствуют на ЭКГ и о чем они говорят?**

Подострый заднедиафрагмальный инфаркт – во II, III, aVF - патологический Q, ST на изолинии с тенденцией к депрессии и отрицательный T во II и III, V1) – присутствует некроз.

Неполная блокада ПНПГ: QRS расширен комплекс rsr (маленький и большой в отведениях V1-3: R расщеплен, зубец S отсутствует), депрессия ST и отрицательный T во II и III, V1.

1. **О чем свидетельствуют результаты лабораторных исследований?**

Данные лабораторных исследований: лейкоциты, КФК в пределах нормы, ЛДГ (до 250 Ед/л) (не хватает данных по уровню тропонина, АЛТ, АСТ, но считаем, что они в норме) – подострая стадия инфаркта миокарда.

1. **Тактика лечения больного, рекомендации.**

Обратиться к врачу кардиологу для контроля общего состояния и подбора терапии

***Доп исследования***: кровь на коагулограмму и липидограмму (для подбора терапии по поводу ИБС и атеросклероза), ЭхоКГ, коронарография

***Лечение***:
b-блокаторы (метопролол начиная с 25 мг/сут в 2 приема до максимально переносимой)
ингибиторы АПФ (эналаприл 15 мг 2р/сут)
двойная антиагрегантная терапия (ацетилсалициловая кислота 100мг + клопидогрел 75мг в поддерживающих дозах )

По поводу атеросклероза предварительно: Статины (аторвастатин 20-40 мг/сут) под контролем АСТ,АЛТ, КФК ММ (повышение не более чем в 2 раза)

\*если повышение более чем в 2 раза, то дозу снижаем (если не помогает, то замена на ингибиторы всасывания ХС или сочетание с ними – эзетимиб 10мг/сут)

Контроль через месяц. Если лечение эффективно, то повторный контроль

через 6 месяцев, если нет, то коррекция терапии и контроль через 3 месяца

Обязателен регулярный ***контроль*** за состоянием больного, уровнем артериального давления, показателями биохимии (в частности уровнем печёночных ферментов и показателями липидного профиля), изменениями на ЭКГ, эхокардиографии. При необходимости проводится суточное мониторирование ЭКГ.

***Диетотерапия***: с низким содержанием насыщенных жиров, сладкого и мучного, с упором на зерновые, овощи, фрукты и рыбу.

**Ситуационная задача по теме: «Гипертоническая болезнь»**

Больная 54-ти лет, бухгалтер, предъявляет жалобы на головную боль и тяжесть в затылочной области, одутловатость лица, «мелькание мушек перед глазами». Из анамнеза известно, что повышение АД отмечается в течение 5-ти лет с максимальными цифрами АД 160/100 мм.рт.ст. Страдает ожирением.

 Наследственный анамнез отягощен: мать – страдает артериальной гипертонией с 48 лет.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности. Подкожно-жировая клетчатка на уровне пупка 11 см. ИМТ 37 кг/м2. В легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Область сердца не изменена. При пальпации верхушечный толчок определяется в области V межреберья на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, усиленный, разлитой. Перкуторно левая граница относительной тупости сердца расширена влево на 1,5 см. При аускультация отмечается акцент II тона на аорте. Живот мягкий, безболезненный.

Биохимический анализ крови: холестерин – 6,7 ммоль/л., триглицериды – 3,7 ммоль/л, креатинин – 93 мкмоль/л.

Общий анализ мочи: уд. вес - 1012, белок – 0,066 г/л.

ЭКГ:

|  |
| --- |
|  |

**Вопросы к задаче:**

1. **Перечислите и обоснуйте имеющиеся синдромы**

***А) Синдром артериальной гипертензии*:** повышение САД >140 мм рт ст и ДАД > 90 мм рт ст в течение 5 лет, головная боль, тяжесть в затылке, «мелькание мушек перед глазами», усиленный, разлитой верхушечный толчок в области V межреберья, верхушечный толчок на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Перкуторно левая граница относительной тупости сердца расширена влево на 1,5 см. При аускультация отмечается акцент II тона на аорте.

***Б) Поражения миокарда***: ГЛЖ на основании результатов ЭКГ: индекс Соколова-Лайона RV5+SV1>35 мм

верхушечный толчок сиещен на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Перкуторно левая граница относительной тупости сердца расширена влево на 1,5 см. При аускультация отмечается акцент II тона на аорте.

***В) Метаболический синдром*** (артериальная гипертония, ожирение 2-й степени, дислипидемия)

1. **Предположительный клинический диагноз.**

Гипертоническая болезнь. II стадия. 2 степень. Риск ССО высокий. Ожирение 2 ст.

Дислипидемия.

1. **Обоснование диагноза.**

**ГБ:** тк имеется повышение САД >140 мм рт ст и ДАД > 90 мм рт ст в течение 5 лет; наличие симптома головной боли; предрасполагающие факторы – возраст у женщинЫ >55 лет; отягощенный семейный анамнез; малоподвижный образ жизни и работа с повышенной психической нагрузкой.

Из объективного осмотра - при пальпации верхушечный толчок определяется в области V межреберья на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, усиленный, разлитой. Левая граница относительной тупости сердца смещена влево. При аускультация выслушивается акцент 2 тона на аорте. Симптоматическая АГ в связи с почечной патологией исключается, тк ОАМ и креатинин в норме.

**II стадия**: тк имеется субклиническое поражение органов-мишеней без нарушения их функций (ГЛЖ на основании результатов ЭКГ: индекс Соколова-Лайона RV5+SV1>35 мм)

Смещение левой границы относительной тупости влево.

**2 степень**: на основании показателей АД (160/100 мм ст).

**Риск ССС высокий**: АГ 2 степень + субклиническое поражение органов-мишеней.

**Ожирение**: подкожно-жировая клетчатка на уровне пупка 11 см. ИМТ 37 кг/м2.

**Дислипидемия**: тк холестерин >6,7 ммоль/л, триглицериды 3,7 ммоль/л

1. **Какие изменения вы видите на ЭКГ?**

ГЛЖ: индекс Соколова-Лайона RV5+SV1>35 мм

1. **Тактика лечения.**

Консультация окулиста (осмотр глазного дна)

**1) Изменение образа жизни**

- увеличение физической активности (прогулка минимум 30 мин/день)

- коррекция массы тела (диета)

- диета с ограничением соли (коррекция ГБ)

**2) Лечение:**

Начальная терапия:

ИАПФ (эналаприл начиная с 10 мг/сут с титрованием дозы до целевого АД ) + диуретики (индапамид 2,5 мг/сут) (два препарата, тк высокий риск ССО)

С дальнейшим контролем эффективности терапии

ББ не желательно, тк предположительно есть нарушение углеводного обмена, по этой же причине выбран метаболически нейтральный индапамид

Возможна терапия по лечению атеросклероза. Рассматривается после результатов липидограммы.

**Ситуационная задача по теме: «Пневмония»**

Пациент 40 лет, вызвал терапевта на дом. Жалобы на повышение температуры до 38,8С, головные боли, кашель со светлой мокротой, слабость. Заболел остро, вышеперечисленные жалобы в течение 3 дней, самостоятельно принимал парацетамол при повышении температуры выше 38С. Из анамнеза жизни-Накануне заболевания катался на водных лыжах, долго находился в холодной воде. Работает аналитиком, за компьютером проводит по 10-12 часов, спортом занимается по выходным – посещает фитнес, вредные привычки- курит по 3 сигареты в сутки в течение 15 лет. Хронические заболевания- гастрит ( без эндоскопического подтверждения). Наследственность не отягощена

 Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы цианотичные. Румянец на щеках (больше слева). Герпетические высыпания на губах. Частота дыхания – 24 в мин. в покое. Отставание при дыхании левой половины грудной клетки. Слева ниже угла лопатки определялись усиление голосового дрожания, тупой перкуторный звук. Аускультативно выслушивалось бронхиальное дыхание слева ниже угла лопатки, рассеянные сухие хрипы с 2 сторон.SpO2 90%

 В анализах крови- лейкоциты 25 тыс/мл, палочкоядерные нейтрофилы - 9, СОЭ 22 мм/час.

**Вопросы:**

1. **Перечислите и обоснуйте имеющиеся синдромы.**

***Интоксикационно-лихорадочный*** - лихорадка, одышка, слабость, лейкоцитоз со сдвигом влево и увеличение СОЭ.

***Синдром дыхательной недостаточности*** SpO2 90%, одышка, цианоз.

1. **Наиболее вероятный клинический диагноз?**

Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония средне-тяжелого течения. Острая дыхательная недостаточность I ст.

1. **Дополнительные инструментальные и лабораторные исследования**

Рентгенография ОГК, КТ грудной клетки, ОАК, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин, электролиты, ЛДГ,мочевина, креатинин, СРБ, альбумин, глюкоза, D-димер, ферритин), бакпосев мокроты, мазки из носа и зева на COVID-19 методом ПЦР, пульсоксиметрия; ЭКГ .

1. **План лечения.**

Назначение антибиотиков первой линии- амоксициллин либо макролиды при наличии аллергии, симптоматическое лечение- жаропонижающие, отхаркивающие

1. **Возможные осложнения.**

Плеврит, острая гнойная деструкция легочной ткани, сепсис.

**Ситуационная задача по теме: «ХОБЛ»**

Больной 52 лет обратился с жалобами на кашель с отделением вязкой мокроты, одышку при физической нагрузке, слабость, повышение температуры до 37,5 0С. В течение 8 лет отмечает выделение мокроты, преимущественно по утрам, периодически – «дыхание со свистом». Курит 20 сигарет в день в течение 30 лет.

Общий осмотр: состояние средней тяжести, небольшой цианоз губ. ЧД – 26/мин SpO2 92%. Грудная клетка бочкообразной формы, при перкуссии – легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации легких на фоне жесткого дыхания выслушиваются диффузные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС – 76 в минуту, АД – 130/80 мм рт. ст. Другие органы и системы – без особенностей. Рентгенологическое исследование: легочные поля эмфизематозные, низкое стояние куполов диафрагмы, усиление и деформация легочного рисунка, инфильтративные изменения отсутствуют.

По результатам ФВД: ОФВ1- 47%, проба с сальбутамолом отрицательная.

**Вопросы:**

1. **Перечислите и обоснуйте имеющиеся синдромы.**

***Синдром бронхообструкции*** (кашель, вязкая мокрота, дыхание со свистом и затруднено, ОФВ1- 47%)

***Синдром дыхательной недостаточности*** (цианоз губ, ЧД – 24/мин SpO2 92%, одышка)

***Эмфизематозный синдром*** (эмфизема на рентгене и коробочный звук при перкуссии)

1. **Наиболее вероятный клинический диагноз?**

ХОБЛ 3 стадия по эмфизематозному типу, обострение

1. **Рассчитайте индекс курильщика**

ИК - (количество выкуриваемых сигарет в день \* на стаж курения (годы)) / на 20 = (20\*30)/20 = 30

ИК > 10, то это является достоверным фактором риска развития ХОБЛ

1. **Охарактеризуйте результат ФВД** – характерные признаки обструкции, проба с сальбутамолом говорит о стойкой обструкции.
2. **Лечение**

Бросить курить, назначить антибактериальную терапию для купирования обострения, назначить ингаляционные препараты из группы М-холинолитиков

**Ситуационная задача по теме: «Язва желудка и ЖКК»**

Больной, 39 лет. Находится в хирургическом отделении стационара. На момент осмотра жалоб нет. Доставлен бригадой СМП из дома. Утром после завтрака был однократно полуоформленный стул черного цвета, тошнота, головокружение, выраженная слабость.

В течение 2 лет периодически беспокоят боли в эпигастральной области ноющего характера, возникающие через 1,5 – 2 часа после приема пищи, «ночные боли», иногда – изжогу, тошноту, запоры. Боль снимается приемом антацидных препаратов, небольшого количества пищи. Больной нервозен, раздражен, жалуется на бессонницу и быструю утомляемость.

Работает водителем автобуса, режим питания не соблюдает.

При осмотре на момент поступления: состояние удовлетворительное. АД 110/75 мм рт ст, ЧСС 100 в мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптом Щеткина- Блюмберга отрицательный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не пальпируется.

1. **Перечислите и обоснуйте имеющиеся синдромы.**

А) Диспепсический (изжога, тошнота, запоры, налет на языке)

Б) Болевой (ноющие в эпигастральной области, «голодные», «ночные» боли

В) Астено-невротический (эмоциональная лабильность, нарушение сна, быстрая утомляемость)

Г) Синдром ЖКК (изменение цвета стула по типу «мелена», гипотония, бледность, слабость)

1. **Наиболее вероятный клинический диагноз?**

Обострение язвенной болезни 12-перстной кишки. Состоявшееся кровотечение из язвы 12-перстной кишки

1. **Какие симптомы являются обязательными для основного заболевания?**

Боли, возникающие через 1,5-2 часа после еды, голодные, ночные, проходят после приема щелочей и пищи. Сезонность болей.

1. **Какие методы исследования необходимы в данном случае?**

Общий анализ крови, мочи. Группа крови, резус –фактор. Анализ кала на скрытую кровь. Железо сыворотки крови. Ретикулоциты. Сахар крови. Бактериологический, морфологический, дыхательный и уреазный (СLO- тест) тесты диагностики инфекции Helicobacter pylori. Эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией и щеточным цитологическим исследованием.

1. **Какое лечение следует назначить данному больному?**

А) Диета: дробное питание, механически и химически щадящая пища, исключение/ уменьшение жирной, острой, кислой пищи)

Б) Эрадикационная терапия – при лечении гастродуоденальных язв, ассоциированных с Helicobacter pylori: ИПП (омепразол 20 мг 2р/д + кларитромицин 250 мг 2р/д + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день)

В) Симптоматическое лечение: антациды (Альмагель, Маалокс, Гевискон), седативные препараты, спазмолитики