

Ситуационная задача 1.

Пациент К., 55 лет. Жалобы: на повышенную утомляемость, потливость, снижение зрения. Из анамнеза: СД 2 выявлен два года назад при профилактическом обследовании. Из анамнеза жизни: вредные привычки: курит (10-12 сигарет в день); наследственность: у отца СД 2 типа, инфаркт миокарда (в 53 года). Ожирение с 38 лет, артериальная гипертензия с 48 лет. Проводимая терапия: Метформин 2500 мг/сут, Метопролол 100 мг/сут, Фозиноприл 20 мг/сут. Данные осмотра: ИМТ— 30,2 кг/м². Окружность талии -105 см, Окружность бедер -102 см, ОТ/ОБ- 1,03. АД- 140/82 мм ртст, ЧСС 66 в мин.

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

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

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз заболевания.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования согласно стандарту оказания медицинской помощи при сахарном диабете 2 типа.
3. Составьте и обоснуйте план лечения, индивидуальные целевые показатели.
4. Критерии выбора, персонализации и коррекции лечебной тактики.
5. Тактика дальнейшего наблюдения, план мониторинга пациента.

Ситуационная задача 2.

Женщина 35 лет. За последний год отмечает прибавку веса на 10 кг, мышечную слабость, боли в позвоночнике, умеренную жажду; изменение внешнего вида – перераспределение жировой ткани на область живота. Уменьшилась мышечная масса, лицо красное, рост волос на лице и конечностях, легко возникают синяки. В течение полугода нет менструаций. Повышение АД до 180/100 мм рт. ст. Данные осмотра: состояние удовлетворительное. Вес - 92 кг, рост - 168 см, окружность талии - 100 см. Лицо округлое, гиперемия щек, гирсутовый рост волос. Распределение жировой ткани: большое количество на верхней половине туловища, животе с «истончением» конечностей. Кожа сухая, «мраморная», широкие багровые стрии на боковой поверхности туловища. Отёков нет. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. Пульс 96 в минуту, ритмичный. АД 180/90 мм рт. ст. Клинический анализ крови: гемоглобин 168 г/л, эритроциты $5,4 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $10,5 \times 10^9/л$, СОЭ - 12 мм/ч. Глюкоза в плазме натощак – 8,4 ммоль/л, общий холестерин 7,2 ммоль/л, ТГ 2,6 ммоль/л, К 3,8 ммоль/л, Na 145 ммоль/л, Ca 1,01 мкмоль/л. В суточной моче свободный кортизол – 1028 ммоль/л (N до 250 ммоль/л). Кортизол в плазме в 22⁰⁰ – 648 ммоль/л. Ночной подавляющий тест с 1 мг Дексаметазона – подавления секреции кортизола не произошло. Уровень АКТГ в плазме крови значительно ниже нормы. МРТ области надпочечников – выявлена аденома левого надпочечника 4 см.

Задание:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Укажите дифференциально-диагностические критерии основного заболевания.
3. Составьте и обоснуйте лечебную тактику.
4. Какова профилактика острой надпочечниковой недостаточности?
5. Тактика ведения больной после хирургического лечения.

Ситуационная задача 3:

Пациентка М., 58 лет. Жалобы: на повышенную утомляемость, потливость, зуд при мочеиспускании. Гипергликемия выявлена при плановом диспансерном обследовании у терапевта. Из анамнеза жизни: за последние 4 месяца потеряла в весе 12 кг. Наследственность: у матери ожирение, СД 2 типа. Проводимая терапия: не получала. Данные осмотра: ИМТ— 28,2 кг/м². Окружность талии -91 см. АД- 150/90 мм ртст, ЧСС – 66 уд./мин. Клинический анализ крови без патологии. Клинический анализ мочи: глюкозурия 10,8 ммоль/л. Биохимия: Общий белок -72 г/л, Гликемия натощак -8,2 ммоль/л, Мочевина 5,8 ммоль/л, Креатинин -72 мкмоль/л, АСТ-30 ед/л, АЛТ -24 ед/л, ОХС - 5,2 ммоль/л. HbA1c – 8,9 %. Глюкоза крови : натощак 8,2 ммоль/л, ч/з 2 ч п/завтрака 13,3 ммоль/л, перед обедом 10,6 ммоль/л, ч/з 2 ч п/обеда 14,7 ммоль/л, перед ужином 9,9 ммоль/л, ч/з 2 ч п/ужина 12,9 ммоль/л, перед сном

11,2 ммоль/л.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз заболевания.
2. Составьте и обоснуйте алгоритм дополнительного обследования.
3. Составьте и обоснуйте план лечения, индивидуальные целевые показатели.
4. Критерии выбора и персонализации лечебной тактики.
5. Тактика дальнейшего наблюдения, план мониторинга пациентки.

Ситуационная задача 4.

Больной Н. 37 лет предъявляет жалобы на выраженную общую слабость, головокружение, снижение аппетита, выраженную мышечную слабость в конечностях и при жевании пищи. Последние 3 дня стали беспокоить тошнота в течение всего дня и боли в животе, сопровождающиеся диареей до 2 раз в сутки и несколькими эпизодами рвоты. Отмечает снижение массы тела на 8 кг за последние 3 месяца. Из анамнеза заболевания: 2 года назад проходил лечение в туберкулёзном диспансере с диагнозом «фиброзно-кавернозный туберкулез, МБТ (+), множественная лекарственная устойчивость». Абацилирован на 2 ряде препаратов. 6 месяцев назад начал отмечать постепенное нарастание общей и мышечной слабости во всем теле, появились вышеперечисленные симптомы. Объективно: общее состояние средней тяжести. Масса тела - 63 кг, рост - 169 см. Диффузная гиперпигментация кожных покровов, особенно шеи, плечей, ладонных складок. Слизистая полости рта пигментирована. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, эластичная, безболезненная. Отёков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушённые. АД - 85/60 мм рт. ст. в положении лёжа, в положении сидя - 75/45 мм рт. ст. ЧСС - 88 в минуту, пульс пониженного наполнения и напряжения. Язык влажный, слегка обложен у корня бело-серым налётом. При пальпации живота по всей поверхности отмечается умеренная болезненность. Печень и селезёнка не пальпируются. «Симптом поколачивания» отрицателен с обеих сторон. Клинический анализ крови: Нв 110 г/л, Ег $3,2 \times 10^{12}$ /л, L $10,5 \times 10^9$ /л: Э-5, П/Я -2, С/Я-44, Л-47, М-2, СОЭ - 15 мм/ч. Общий анализ мочи: уд. вес 1018, белок 0,018 г/л. сахар, ацетон отр. Биохимические исследования: Глюкоза 3,4 ммоль/л, мочевины 6,3 ммоль/л, К 5,9 ммоль/л, Na 129 ммоль/л, Cl 90 ммоль/л, Креатинин 95 ммоль/л. R-g ОГК: признаки перенесенного фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. КТ надпочечников: определяются участки кальцификации.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.

5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.

Ситуационная задача 5.

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

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
4. Составьте и обоснуйте план ведения, терапевтические мероприятия, протокол лабораторно-инструментального мониторинга.
5. Какое осложнение возможно у пациентки? На основании каких критериев? Оцените прогноз для пациентки.

Ситуационная задача 6.

Женщина 36 лет обратилась в поликлинику к участковому врачу-терапевту с жалобами на выраженную общую слабость, сонливость, ухудшение памяти, сухость кожных покровов, избыточную массу тела (ИМТ - 29,2 кг/м²), отсутствие менструаций. Из анамнеза известно, что 2 года назад пациентка оперирована по поводу узлового зоба. Заместительная терапия не назначалась. При осмотре: кожные покровы сухие, бледные с желтушным оттенком. Лицо одутловатое, язык с отпечатками зубов. АД - 105/80 мм рт. ст. По данным лабораторного обследования выявлена анемия: гемоглобин - 102 г/л, холестерин - 7,8 ммоль/л, триглицериды - 4,7 ммоль/л, глюкоза крови - 3,4 ммоль/л. На ЭКГ: брадикардия - 54 удара в минуту, низкий вольтаж зубцов.

Задание:

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Составьте диагностический алгоритм обследования данной пациентки.
3. Какова тактика лечения данной пациентки
4. Какова длительность назначения патогенетической терапии?

5. Тактика дальнейшего наблюдения.

Ситуационная задача 7.

Пациентка Н., 62 лет предъявляет жалобы на сухость во рту, жажду (до 3,5-4 л/сут.), частое мочеиспускание, выраженную утомляемость, боли и судороги в икроножных мышцах, пальцах стоп.

Из анамнеза: наблюдается эндокринологом по поводу СД 2 типа в течение 12 лет. Первоначально получала метформин, в течение 4 лет на комбинированной таблетированной сахароснижающей терапии: Глибенкламид 14 мг/сут.+Метформин 2000 мг/сут. За последний год потеряла в весе 8 кг.

Данные обследования: клинический анализ крови: без особенностей, клинический анализ мочи: глюкозурия 4+, ацетон мочи +/- . Биохимия: Общий белок -71 г/л, Мочевина 6,8 ммоль/л, Креатинин -82 мкмоль/л, АСТ-15 ед/л, АЛТ-22 ед/л, ОХС - 5,8 ммоль/л HbA1c – 11,4 %. Дневниксамоконтроля: 14,6-13,8-17,9 ммоль/л.

Задание:

- 1.Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз заболевания.
- 2.Составьте и обоснуйте алгоритм дополнительного обследования.
- 3.Составьте и обоснуйте протокол коррекции сахароснижающей терапии.
- 4.Критерии выбора и персонализации лечебной тактики.
- 5.Тактика дальнейшего наблюдения, план мониторинга пациентки.

Ситуационная задача 8.

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

В анамнезе детские инфекции, частые ангины.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела - 37,2°C. Кожные покровы влажные, тёплые на ощупь, периферических отёков нет. Умеренно выраженный двусторонний экзофтальм. Ретробульбарной резистентности и диплопии не отмечается. Положительный симптом Розенбаха. Мелкий тремор пальцев вытянутых рук.

Щитовидная железа при пальпации мягко-эластичная, увеличена за счет перешейка и правой доли. При глотании свободно смещается. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, 1 тон на верхушке усилен. Пульс - 118 ударов в минуту, ритмичный. АД - 155/60 мм рт. ст., патологии со стороны желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы нет.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите тактику лечения данной больной.
5. Оценка эффективности проводимой терапии; тактика дальнейшего мониторинга пациентки.

Ситуационная задача 9.

Пациент С., 43 года. Жалобы на сухость во рту, утомляемость, потливость, особенно в ночное время, раздражительность, беспокойный сон, выраженную слабость по утрам, учащенное сердцебиение.

Из анамнеза: СД 1 типа страдает в течение 25 лет, в дебюте кетоацидотическая кома, трижды – диабетические кетоацидозы, о частоте гипогликемических состояний ответить затрудняется. Получает инсулинотерапию: Гларгин в 22 ч – 24 Ед, Аспарт (по гликемии, ХЕ) – от 6 до 10 ЕД/на прием пищи.

Данные осмотра: Рост 178 см, вес 72 кг. Кожные покровы бледные, дистальный гипергидроз, трофические изменения кожи голеней, отеки голеней, лица. АД 150/90 мм.рт.ст, ЧСС – 106 в минуту. Данные обследования: клинический анализ крови: Hb 98 г/л, по др. показателям – без особенностей. Клинический анализ мочи: глюкозурия 2+, ацетон мочи отриц., белок – 1,2 г/л. HbA1c – 7,4 %. Дневник самоконтроля: 16,6-3,8-17,9-7,4 ммоль/л. Консультация окулиста: Диабетическая ретинопатия, препролиферативная форма OS, пролиферативная OD, состояние после повторных ЛК OS.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз заболевания.
2. Составьте и обоснуйте алгоритм дополнительного обследования.
3. С чем связано развитие/ отсутствие клинических проявлений у пациента?
4. Составьте и обоснуйте протокол коррекции инсулинотерапии.
5. Тактика дальнейшего наблюдения, план мониторинга пациента.

Ситуационная задача 10.

Больная Т., 67 лет. При поступлении жалобы на слабость, сонливость, потливость, периодически – сухость во рту. Из анамнеза: страдает СД 2 типа в течение 8 лет, получает глибенкламид 7 мг/сутки. Самоконтроль не проводит, последнее измерение гликемии амбулаторно 1,5 месяца назад, 13 ммоль/л. В течение последнего месяца отмечает постепенное нарастание слабости и утомляемости. В последнее время увеличила дозу мочегонных препаратов, получаемых в антигипертензивной терапии, соблюдает ограничительный питьевой режим. При осмотре: общее состояние тяжелое, заторможена, на вопросы отвечает с трудом. Запаха ацетона в выдыхаемом

воздухе нет. Кожа и слизистые бледные, сухие, тургор кожи снижен, периферических отеков нет. Температура тела 36,7°C. Дыхание поверхностное, ЧДД 30 в минуту. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, единичные экстрасистолы, ЧСС 96 в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги. С-м «поколачивания» поясничной области отрицательный. Биохимический анализ крови: ОХС 7,3 ммоль/л, об. белок 62 г/л, креатинин 90, мочевины 10, глюкоза 34 ммоль/л, натрий 164, калий 3,6 мэкв/л, АлТ 68 Ед/л, АсТ 48 Ед/л.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
4. Составьте и обоснуйте план ведения, терапевтические мероприятия.
5. Составьте и обоснуйте протокол лабораторно-инструментального мониторинга.

Ситуационная задача 11.

Пациентка М. 30 лет обратилась к участковому врачу-терапевту с жалобами на снижение массы тела на 10 кг в течение 3-х последних месяцев, на приступы учащённого сердцебиения, особенно в состоянии покоя, ощущение дрожи в теле, раздражительность, нарушения сна, слабость.

При осмотре: рост - 168 см, вес - 53 кг, ИМТ - 19 кг/м². Кожные покровы теплые, «бархатистые». Мелкий тремор тела и пальцев рук. Экзофтальм с обеих сторон, симптом Грефе положительный. Щитовидная железа визуально определяется; контур шеи деформирован. При пальпации однородная, мягкая, безболезненная, увеличена за счет обеих долей.

Тоны сердца громкие, ритмичные, тахикардия - 120 ударов в минуту, АД - 145/70 мм рт.ст.

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

Задание:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте установленный Вами диагноз.
3. Определите объём дополнительного обследования, необходимого для уточнения диагноза.

4. Определите тактику лечения.
5. Определите параметры контроля эффективности и безопасности терапии.

Ситуационная задача 12.

Пациент М. 48 лет на приёме у участкового врача-терапевта. Сахарный диабет 2 типа выявлен случайно при диспансеризации неделю тому назад. Медикаментозную терапию не получает. Активных жалоб не предъявляет. Из анамнеза: инфаркт миокарда, инсульт не переносил. Семейный анамнез: СД 2 типа-бабушка.

Обратился к врачу для назначения лечения.

Объективно: рост - 170 см, вес - 106 кг. Индекс массы тела (ИМТ) - 37,5 кг/м².

Объём талии – 120 см. Кожные покровы умеренной влажности, отложение подкожной клетчатки преимущественно в области живота. Дыхание везикулярное. Пульс - 76 ударов в минуту. Тоны сердца ритмичны, приглушены, АД - 160/90 мм рт. ст. Печень не увеличена. Отёков нет.

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

Задание:

1. Сформулируйте основной клинический диагноз.
2. Обоснуйте выбор индивидуального целевого уровня гликозилированного гемоглобина у данного пациента. Определите целевые параметры гликемии у данного пациента.
3. Определите объём дополнительного обследования пациента согласно стандарту оказания медицинской помощи при сахарном диабете 2 типа.
4. Определите тактику лечения пациента.
5. Определите показатели гликемического контроля, используемые для оценки эффективности гипогликемизирующей терапии при динамическом наблюдении; целевые уровни показателей АД, липидного обмена.

Ситуационная задача 13.

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

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

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы на ощупь влажные, отмечается припухлость век. Рост - 170 см., вес - 54 кг. Отмечается

тремор вытянутых пальцев рук, мышечная слабость. Симптомы Грефе и Мёбиуса положительные. Щитовидная железа увеличена до II степени, при пальпации эластична, однородная, безболезненная. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. При аускультации сердца выслушивается систолический шум, громкие тоны. ЧСС – 120 ударов в минуту. АД – 160/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный, иногда 2-3 раза в сутки.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента, необходимый для подтверждения диагноза.
4. Назначьте лечение согласно стандартам оказания медицинской помощи.
5. Тактика дальнейшего наблюдения, параметры контроля эффективности и безопасности терапии.

Ситуационная задача 14.

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

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

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

Задание:

1. Сформулируйте основной клинический диагноз.
2. Обоснуйте выбор индивидуального целевого уровня гликозилированного гемоглобина у данного пациента. Определите целевые параметры гликемии у данного пациента.
3. Определите объём дополнительного обследования пациента, консультаций специалистов согласно стандарту оказания медицинской помощи при СД 2 типа.
4. Какое осложнение/ошибка ведения возможно у пациента?
5. Предложите варианты коррекции сахароснижающей терапии согласно принципам персонализации, обоснуйте свой выбор.

Ситуационная задача 15.

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

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

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

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента, необходимый для подтверждения диагноза.
4. Назначьте лечение. Объем и этапность динамического наблюдения.
5. Через 3 месяца после назначения патогенетической терапии уровень ТТГ - 7,2 мМЕ/л. Ваша дальнейшая тактика.

Ситуационная задача 16.

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

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

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

поколачивания по поясничной области отрицательный.

При осмотре окулистом выявлена непролиферативная ретинопатия на правом глазу.

В анализах: гликемия натощак - 9,0 ммоль/л, постпрандиальная – 12 ммоль/л. Общий холестерин - 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; креатинин – 101 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) - 70,8 мл/мин; альбуминурия - 100 мг/сут.

Задание:

1. Сформулируйте основной клинический диагноз.
2. Обоснуйте выбор индивидуального целевого уровня гликозилированного гемоглобина у данного пациента. Определите целевые параметры гликемии у данного пациента.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Предложите варианты коррекции сахароснижающей терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Препараты какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы рекомендовали бы пациенту? Обоснуйте свой выбор.

Ситуационная задача 17.

Больной Н. 39 лет на приеме у участкового врача-терапевта жалуется на слабость, учащённое мочеиспускание, нарушение сна, похудение. Из анамнеза известно, что первые симптомы заболевания появились примерно через 2 месяца после тяжёлого гриппа, протекавшего с расстройством сознания и судорогами, по поводу чего пациент был госпитализирован в инфекционную больницу. После выписки из стационара сохранялась утомляемость, нарастала слабость, бессонница, ухудшение аппетита, снижение пото-и слюноотделения, появилась жажда, из-за которой стал ежедневно выпивать до 5-6 литров жидкости, потерял 4 кг. При обследовании патологии внутренних органов не выявлено. Нарушений обмена глюкозы не обнаружено. Исследование мочи по Зимницкому: суточный диурез – 7,5 л при относительной плотности мочи 1001-1005 г/л.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Нарушение секреции какого гормона приводит к развитию данного заболевания и каков его патогенез?
3. Какие обследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?
4. Сформулируйте и обоснуйте рекомендации по соблюдению питьевого режима для пациента с таким заболеванием. Какой препарат необходимо назначить пациенту?
5. Тактика дальнейшего наблюдения, план мониторинга пациента.

Ситуационная задача 18.

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

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Какие особенности клинических проявлений требуют дифференциальной диагностики и с каким состоянием?
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
4. Составьте и обоснуйте план ведения, терапевтические мероприятия.
5. Составьте и обоснуйте протокол лабораторно-инструментального мониторинга.

Ситуационная задача 19.

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

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите наиболее вероятную причину заболевания.
3. Составьте план обследования для уточнения диагноза данной пациентки.
4. Какова тактика лечения?
5. План дальнейшего наблюдения пациентки.

Ситуационная задача 20.

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

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте диагностическую программу. Сформулируйте принципы дифференциальной диагностики.
4. Составьте и обоснуйте план ведения, основные принципы лечения.
5. Составьте и обоснуйте протокол лабораторно-инструментального мониторинга.

Ситуационная задача 21.

Больная И. 54 лет обратилась на приём к врачу с жалобами на «приливы жара» несколько раз в день на фоне постоянного сердцебиения, бессонницу, плаксивость, непереносимость духоты. Из анамнеза известно, что за последний год после стресса похудела на 10 кг.

С детства отмечает витилиго. Менструальный цикл с 15 лет до настоящего времени, регулярный, 2 беременности и 2 родов. При осмотре: состояние удовлетворительное, больная эмоционально лабильна, суетлива, мелкоразмашистый тремор век, пальцев рук. Вес - 61 кг, рост - 170 см. Кожные покровы эластичные, диффузно влажные, тёплые. Периферических отёков нет. Гиперемия шеи, зоны декольте, депигментированы кисти. Щитовидная железа визуализируется при осмотре, при пальпации увеличена за счет обеих долей, эластична, подвижна при глотании, безболезненна.

Симптомы Мебиуса, Грефе, Кохера, Краузе положительны; отёчный экзофтальм с двух сторон.

Дыхание везикулярное. ЧДД - 16 в минуту. Пульс - 118 в минуту. Сердечные тоны громкие, ритм правильный. АД - 130/60 мм рт. ст. Печень у края рёберной дуги. Гормональные исследования: ТТГ - 0,05 мкМЕ/мл (0,3-3,2); св. Т4 - 36,2 пкмоль/л (12,3-25,6); АТ к рецепторам ТТГ - 14,7 МЕ/Мл (0). ЭКГ: ЧСС - 116 в минуту, ритм синусовый.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Тактика дальнейшего наблюдения. Этапность и объем лабораторно-инструментального мониторинга

Ситуационная задача 22.

Пациентка П., 31 год, учитель географии, поступила в эндокринологическое отделение с жалобами на сердцебиение, бессонницу, чувство жара, периодические подъёмы температуры до 37,1°C, снижение массы тела на 5 кг. Из анамнеза известно, что больна около года, когда сама стала обращать внимание на повышенную раздражительность, сердцебиение по ночам, иногда бессонницу. Около двух месяцев отмечает повышение температуры до 37,2°C, постоянное чувство жара, приступы сердцебиения при физической нагрузке. Около месяца назад появилась светобоязнь, чувство «песка» в глазах.

Объективно: состояние удовлетворительное, суетливая, рост - 162 см, вес - 55 кг. Кожные покровы физиологической окраски, диффузно влажные, тёплые. Подкожная жировая клетчатка истончена. Отмечается мелкокоразмашистый тремор вытянутых рук. Отёчность век. Щитовидная железа визуализируется, при пальпации диффузно увеличена за счет обеих долей, плотная, с неровной поверхностью, безболезненная, шум не определяется. Симптом Мёбиуса (+) с обеих сторон, Грефе (+), Кохера (-). Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца громкие, ритм правильный. ЧСС - 108 в минуту, АД 130/55 мм рт. ст. Пальпация живота безболезненная. Печень по краю рёберной дуги.

Лабораторные исследования: общий анализ крови: СОЭ - 15 мм/ч, гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - $5,6 \times 10^9$ /л; глюкоза плазмы - 6,61 ммоль/л, мочевины - 6,3 ммоль/л, общий билирубин - 17,5 ммоль/л; холестерин - 3,3 ммоль/л, ТТГ - 0,035 мкМЕ/мл, Т4св - 40 пкмоль/л.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте алгоритм дополнительного обследования пациентки.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Тактика дальнейшего наблюдения. Определите параметры контроля за эффективностью и безопасностью терапии в процессе лечения.

Ситуационная задача 23.

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

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

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

Задание:

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

Ситуационная задача 24.

Пациент Г., 24 года. Жалобы на сухость во рту, потливость, раздражительность, беспокойный сон, выраженную слабость по утрам, учащенное сердцебиение, прибавку массы тела, отечность, декомпенсацию гликемии. Из анамнеза: СД 1 типа страдает в течение 13 лет, в дебюте кетоацидотическая прекома, гипогликемические состояния с частотой до 5-6 в неделю, в том числе, несколько раз тяжелые (с потерей сознания). Получает инсулинотерапию: Тресиба в 22 ч – 26 Ед, Фиасп (по гликемии, ХЕ) – от 6 до 10 ЕД/на прием пищи. В связи с утренней гипергликемией увеличил дозу продленного инсулина в ночь до 18 Ед.

Данные обследования: клинический анализ крови: без особенностей.

Клинический анализ мочи: глюкозурия 1+, ацетон мочи отриц., белок – 0,02 г/л.

Биохимия: Общий белок -71 г/л, Мочевина 6,8 ммоль/л, Креатинин -82 мкмоль/л, АСТ-15 ед/л, АЛТ-22 ед/л, ОХС - 6,8 ммоль/л, ТГ 3,6 ммоль/л.

НbA1c – 7,4 %. Дневник самоконтроля: 19,6-5,4-16,9-10,4 ммоль/л

Консультация окулиста: Диабетическая препролиферативная ретинопатия OU.

Задание:

1. Сформулируйте основной клинический диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
4. Какое осложнение возможно у пациента? На основании каких критериев?
5. Составьте и обоснуйте протокол коррекции инсулинотерапии.

Ситуационная задача 25.

Больной 19 лет направлен врачом-терапевтом участковым на обследование в эндокринологическое отделение больницы с подозрением на сахарный диабет, так как в последнее время у него появились сильная жажда (выпивал до 8 литров воды в сутки), вставал пить по ночам, но питье воды не приводило к утолению жажды. Особенно хотелось очень холодной воды. Одновременно стал часто и обильно мочиться. Моча при этом была светлой «как вода». Стал худеть. В анамнезе имела место автомобильная катастрофа с ушибом головы. При осмотре - правильного телосложения, пониженного питания. Кожа сухая. Тургор тканей понижен. Слизистые также суховаты. АД - 120/70 мм рт. ст. Пульс - 88 ударов в минуту. Дыхание везикулярное. Живот спокойный. Печень и селезенка не увеличены. Глюкоза крови натощак - 5,3 ммоль/л. Проба на толерантность к глюкозе – без патологии. Сахар в моче и ацетон не обнаружены. Обращает внимание низкая плотность мочи в пробе по Зимницкому (во всех порциях её удельный вес составил не более 1005). Компьютерная томография гипофиза выявила в задней его доле образование, подозрительное на аденому.

Задание:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?
5. Предложите и обоснуйте тактику лечения. Этапность и объем наблюдения.

Ситуационная задача 26.

Жалобы: на прибавку массы тела, чувство «горечи» во рту, особенно в утренние часы, повышенную утомляемость, Повышение АД до 170/100 мм рт. ст. Направлен на консультацию терапевтом. Из анамнеза жизни: ранее к эндокринологу не обращался. Наблюдается терапевтом в течение 12 лет по поводу артериальной гипертензии. Старшая сестра, тетка страдают сахарным диабетом, ожирением.

Данные осмотра: Рост 178 см, вес 102 кг. Окружность талии -104 см. АД-130/80 мм ртст (достигнутое), ЧСС – 76 уд./мин. Клинический анализ крови: без патологии. Клинический анализ мочи: глюкозурия 1+. Биохимические показатели: Общий белок - 68 г/л, Мочевина 5,8 ммоль/л, Креатинин -72 мкмоль/л, АСТ-65 ед/л, АЛТ -74 ед/л, ОХС - 6,2 ммоль/л.

Показатели гликемии: натощак 10,3 ммоль/л, в течение дня 7,4--8,6-9,2 ммоль/л.

Задание:

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

Ситуационная задача 27.

Больная Д., 28 лет, доставлена бригадой «скорой помощи» в приемное отделение больницы с жалобами на тошноту, многократную рвоту, боли в животе. Сахарным диабетом 1 типа страдает с 10 лет, получает 14+12 Ед продленного инсулина, по 4-6 Ед короткого инсулина на приемы пищи. Ухудшение самочувствия в течение 5-7 дней, после перенесенного простудного заболевания. При осмотре: состояние тяжелое, больная сонлива, заторможена. Кожные покровы бледные, сухие, гиперемия щек. Мышечный тонус и тонус глазных яблок снижены. Температура тела 37,8°C. Дыхание глубокое, шумное, ЧДД 32 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 102 в минуту, АД 90/65 мм рт ст. Язык сухой, с резко выраженными сосочками, обложен коричневатым налетом. Живот вздут, мягкий, умеренно болезненный при пальпации в мезо- и эпигастральной области. Перистальтика выслушивается, с-мы раздражения брюшины сомнительные. ОАК: Нв 120 г/л, Эр $4,2 \times 10^{12}$ /л, Л 16×10^9 /л, СОЭ 23 мм/ч. Гликемия 26 ммоль/л, кетоны крови 5,2 ммоль/л, рН крови 7,2.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте диагностическую программу.
4. Составьте и обоснуйте план ведения, основные принципы лечения.
5. Составьте и обоснуйте протокол лабораторно-инструментального мониторинга.

Ситуационная задача 28.

Больной М. 46 лет поступил в стационар по направлению терапевта районной поликлиники. Беспокоят головные боли, «мелькание мушек перед глазами», постоянная жажда, учащенное мочеиспускание, боли в пояснице, усиливающиеся при движении, резкая слабость. Из анамнеза: последние полгода стал отмечать изменения внешности: округлилось лицо, похудели конечности, увеличился в объёме живот, беспокоит сухость кожи, выпадение

волос на голове. Последнее время отмечает повышение АД - до 220/110 мм рт. ст., принимает Эналаприл 5 мг×2 р/сут.

Объективно: состояние удовлетворительное, рост - 161 см. Вес - 95 кг. ИМТ = 36,7 кг/м². Отмечается перераспределение подкожной жировой клетчатки: её избыточное отложение в области VII шейного позвонка, в надключичных областях, на груди и животе. Кожные покровы сухие, «мраморной» окаски, истончены. На животе - багрово-красные широкие стрии. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, эластичная, безболезненная. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС - 88 в минуту. АД - 190/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счёт подкожной жировой клетчатки. Печень и селезёнка не увеличены. «Симптом поколачивания» отрицателен с обеих сторон.

Результаты исследований. Общий анализ крови: E_r $5,3 \times 10^9$ /л, H_b 135 г/л, L $10,2 \times 10^9$ /л: п/я 10%, с/я 73%, Л 12%, М 4%, Э 1%, СОЭ - 3 мм/ч. Биохимический анализ крови: глюкоза - 11,2 ммоль/л, K^+ - 3,1 ммоль/л, Na - 140 ммоль/л, холестерин - 5,7 ммоль/л, Ca - 3,6 ммоль/л, АЛТ - 34 Ед/л, АСТ - 33 Ед/л, общий белок - 67 г/л. Общий анализ мочи: реакция - щелочная, удельный вес - 1025, сахар ++, белок - 0,03, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий - 2-3 в п/зрения. ЭКГ: ритм - синусовый, ЧСС - 84 в минуту. Горизонтальная ЭОС. Гипертрофия ЛЖ. Дистрофические изменения миокарда ЛЖ.

Рентгенограмма грудного и поясничного отделов позвоночника: остеопороз костей позвоночника. УЗИ надпочечников: правый надпочечник значительно увеличен в объёме.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.

Ситуационная задача 29.

Больная П. 24 лет дома потеряла сознание, родственники вызвали скорую помощь.

Анамнез заболевания: известно, что месяц назад появились сухость во рту, жажда (выпивала до 8,0 л/сут), полиурия, слабость, похудела на 10 кг. К врачам не обращалась. Последние 3 дня стали беспокоить постепенно нарастающие тянущие боли в животе, разлитого характера, отсутствие аппетита, тошнота, накануне была 2-кратная рвота. Сегодня стала безучастной, с затруднением отвечала на вопросы. Нарушилось сознание, дыхание стало учащенным, глубоким, шумным. Объективно: состояние

тяжёлое. Положение пассивное, сознание отсутствует. Питание пониженное, гипотрофия подкожно-жирового, мышечного слоя. Рост - 154 кг, вес - 33 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, холодные, сухие, тургор снижен, цианоз губ. Черты лица заострившиеся. Дыхание глубокое, шумное, резкий запах ацетона в выдыхаемом воздухе, ЧД – 32 в минуту. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, эластичная. В лёгких при перкуссии - ясный лёгочный звук. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, шумов нет, ЧСС 110 в минуту. Пульс ритмичный, малого наполнения, 110 в минуту, АД - 90/50 мм рт. ст. Язык сухой, красный. Живот подвздут, в акте дыхания не участвует, напряжён при пальпации во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, печень +2 см из-под рёберной дуги. Селезёнке пальпируется, почки не пальпируются, синдром поколачивания – отрицательный с обеих сторон.

Данные обследования. Общий анализ крови: $E_r 3,7 \times 10^{12}/л$, $Hb 124 г/л$, $L 10,2 \times 10^9/л$: Э 4%, Б 1%, п/я 7%, с/я 62%, Л 17%, М 8%. СОЭ - 24 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет - жёлтый, удельный вес - 1032, белок – 0,376 г/л, сахар - 10%, ацетон - 4+, эпителий – 0-1 в п/зр, лейкоциты 3-5 в п/зр, эритроциты 3-5 в п/зр. Биохимический анализ крови: общий белок – 67 г/л, креатинин – 135 мкмоль/л, мочевины - 12,7 ммоль/л, сахар – 35,6 ммоль/л, АСТ - 24 Ед/л, АЛТ - 28 Ед/л; Na 131,3 ммоль/л, К 3,2 ммоль/л, Fe 17,3 мкмоль/л. КЩС: рН - 7,23.

ЭКГ: ритм - синусовый, ЧСС - 110 в минуту, предсердные экстрасистолы (3). ЭОС – вправо. Метаболические изменения миокарда.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте диагностическую программу.
4. Составьте и обоснуйте план ведения, основные принципы лечения.
5. Составьте и обоснуйте протокол лабораторно-инструментального мониторинга.

Ситуационная задача 30:

В поликлинику обратилась больная 40 лет с жалобами на сильные головные боли распирающего характера, общую слабость, изменение внешнего облика (увеличение носа, ушей, кистей, стоп); периодически повышается артериальное давление до 150/90 мм.рт.ст, гипотензивная терапия мало эффективна. Объективно: Черты лица укрупнены: отмечается увеличение надбровных дуг, скуловых костей и подбородка. Мягкие ткани лица гипертрофированы, увеличение языка и межзубных промежутков. Кисти крупные, стопы 42 размера, на лице акне. Кожные покровы физиологичной окраски. При пальпации щитовидной железы: увеличена до 2 степени, эластична, подвижна, неоднородна, безболезненна. Со стороны органов дыхания патологии нет. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона над

аортой. АД 150/90, пульс 78 в мин. При пальпации живота - безболезненный, печень увеличена, выступает из-под края реберной дуги на 3 см.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения при подтверждении установленного Вами диагноза.
Методы лечения и приоритетность их назначения.
5. Тактика, этапность и объем дальнейшего ведения пациентки.