# 1.4. Банк ситуационных задач по дисциплине «Клиническая фармакология»:

# 1.Задачи к текущим занятиям

**Задачи к занятию "КФ антиангинальных"**

**Задача 1.**

Больной А., 42 лет, госпитализирован с диагнозом: ИБС Стабильная стенокардия напряжения, ФК II, АГ 2 степени, очень высокого риска. Постоянно принимал пропранолол в дозе 120 мг в сутки. После перенесенной ОРВИ появилась экспираторная одышка, уменьшающаяся после приема 2 доз сальбутамола. Самостоятельно отменил пропранолол, прочитав в аннотации к препарату о его способности вызывать бронхообструкцию. Через 24 часа после отмены появились сильные сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, тахикардия, повышение АД. ЭКГ: предсердная экстрасистолия, депрессия сегмента ST в V5, V6 до 1 мм, гипертрофия левого желудочка. Пациент связывает ухудшение состояния с приемом сальбутамола.

Укажите причину ухудшения состояния больного и проведите коррекцию антиангинальной терапии.

**Задача 2.**

Больному С.,62 года, обратился с жалобами на выраженные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, возникшие после физической нагрузки. Боли беспокоят в течении 1 часа. ЧСС –85 в мин., АД 140\80 мм.рт.ст.( максимальное АД – 190\100мм.рт.ст.). На ЭКГ: зубец Q отсутствует, подъем сегмента ST на 2 мм в I,II,AVL, V5-V6 отведениях –изоэлектрическая кривая. Депрессия ST в III, AVF.

Какие лекарственные препараты должен назначить врач скорой помощи (перечислить группы)?

**Задача 3.**

Больная Р.,76 лет, поступила с давящими, сжимающими болями за грудиной. Со слов больной боли появились около 12 часов назад, самостоятельно принимала дважды нитроглицерин под язык, – без эффекта. Вызвала СМП, доставлена в приемный покой больницы скорой мед. помощи. На ЭКГ: очаговые повреждения передне-перегородочной области ЛЖ.(з.Q и подъем ST –изоэлектрическая линия в I,AVL, V1-V3, депрессия ST в нижних отведениях), ЧСС –90 в мин. АД 130\80 мм.рт.ст.

Какие препараты необходимо назначить больной (перечислить группы)?

**Задача 4.**

Больной И., 54 года страдает ИБС. Стенокардия напряжения III ФК. ПИКС. Постоянная мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. ХСН IIБ ст. Больной постоянно принимает энап 5 мг х 2 раза, бисопролол 5 мг х1 раз в сут., индапамид – ретард 1,5 мг \сут., фуросемид 40 мг. 1 раз в неделю. На фоне проводимой терапии появилась пастозность голеней, периодически стенокардитические боли, ЧСС –90 в мин., РS- 86 в мин., АД –160\90 мм.рт.ст.

Предложите тактику ведения пациента.

**Задача 5.**

Больной А., 60 лет лечился в стационаре с Дз: ИБС. Прогрессирующая стенокардия. ХСН II А ст. Артериальная гипертония II ст, ОВР. Язвенная болезнь желудка, ремиссия. В стационаре получал лечение: нитраты в\в однократно, затем таблетированно; гепарин п\к, иАПФ, b-адреноблокаторы. Выписывается с улучшением, со стабилизацией стенокардии во II ФК (ЧСС-72 в мин., АД 140\80 мм.рт.ст., ХС –4,2ммоль\л)

Какие лекарственные препараты необходимо рекомендовать больному при выписке?

Какие антиагреганты возможно назначить больному?

Как правильно назначать нитраты при ФК II?

**Задача 6.**

Больной лечился в стационаре с Дз: ИБС. Прогрессирующая стенокардия со стабилизацией в III ФК. ХСН II А. При выписке ЧСС-70 в мин., АД-120\80 мм.рт. ст., ХС- 5,8 ммоль\л.

Какие группы препаратов необходимо рекомендовать больному?

Какие показатели крови необходимо контролировать при приеме статинов?

Как назначать нитраты при ФК III?

**Задача 7.**

Больной с Дз: ИБС. Стабильная стенокардия ФК II. ПИКС. ХСН II Б ст. Получает пропранолол, аспирин, аккупро, нитраты ситуационно, гипотиазид, аторвастатин.

Какие b-адреноблокаторы предпочтительнее у больного с ИБС и ХСН.

Какую группу мочегонных можно добавить в лечение ?

**Задачи к занятию "КФ гипотензивных"**

**Задача 1.**

Больная, 40 лет, поступила с жалобами на периодически возникающие подъёмы АД до  
210-230/150 мм рт. ст., которые сопровождаются сильной головной болью, потливостью,  
сердцебиением, ощущением страха. Кризы провоцируются наклоном или резким пово-  
ротом туловища, похудение. Считает себя больной в течение 5 лет. Лечилась амбулатор-  
но - без особого эффекта. В анамнезе жизни - операция по поводу медуллярной опухоли  
щитовидной железы. Об-но: состояние удовлетворительное, астенический тип телосло-  
жения, m тела 65 кг, рост 162 см. Область сердца не изменена. ВТ пальпируется в V м/р  
по 1. mediaclaviculares sinistrol., PS 98 в Г, АД 150/100. При пальпации живота женщина  
побледнела, покрылась холодным потом, расширились зрачки, в глазах - страх. PS 130,  
АД 220/110 мм рт. ст. На ЭКГ - картина субэмдокардиальной ишемии. После в/в введе-  
ния фентоламина АД снизилось до 140/80 мм рт. ст., картина субэндокардиальной ише-  
мии на ЭКГ купировалась. OAK, БАК без особенностей. Ваши диагнозы, дальнейшая  
тактика и лечение.

**Задача 2.**

Вызов СМП. Больная, 36 лет, возбуждена, кожные покровы гиперемированы, влажные  
Жалуется на давящие боли в области сердца, головную боль, преимущественно в заты-  
лочной и височной областях. АД 180/100 мм рт. ст. Диагноз? Тактика?

**Задача 3.**

Больной 65 лет, страдает АГ много лет. Принимает клофелин. В последние 2-3 месяца  
появились головокружение, шум в ушах, снижение слуха. На РЭГ ГМ сосудов регистри-  
руется спастический тип кривой. Спазм артерий мелкого и среднего калибра. Причина? Тактика?

**Задача 4.**

Больная 28 лет, страдает гормонозависимой бронхиальной астмой (принимает 50 mg  
преднизолона в день). В последние несколько месяцев стала отмечать повышение АД до  
180/120 мм рт. ст.

Ваша тактика? Причина повышения АД?

**Задача 5.**

Больная 53 г., страдает гипертонической болезнью II степени. На ЭКГ: синусовый ритм с  
ЧСС 98 в Г. ЭОС отклонена влево. Частая желудочковая и наджелудочковая экстрасис-  
толия. Гипертрофия левого желудочка.

Ваша тактика. Сочетание каких препаратов вы выберете

**Задача 6.**

Больной 18 лет, страдает АГ в течение Зх лет. Ежедневно отмечает повышение сАД до  
170-160 мм рт. ст. При исследовании внутренних органов патологии не выявлено. Со  
стороны ССС - границы относительной сердечной тупости на 1 см расширены влево. ВТ  
пальпируется в V м/р на 0,5 см кнутри от I. mediaclaviculares sinistral. Тоны сердца рит-  
мичные, звучные, ЧСС 68 в 1', АД 160/100 мм рт. ст. из анамнеза жизни известно, что  
больной занимался лёгкой атлетикой, из которой ушёл 3,5 года назад по семейным об-  
стоятельствам.

Причина увеличения сердца? Тактика.

**Задача 7.**

Больная 56 лет, при поступлении предъявляла жалобы на плаксивость, раздражительность, периодические повышения САД до 180-170 мм рт. ст., тахикардию, потливость  
тремор пальцев рук, ощущение «внутренней дрожи», тревоги, снижение массы тела на 6  
кг за последние месяцы при повышенном аппетите, слабость. Считает себя больной около года, когда появились первые симптомы заболевания.

При обследовании: больная беспокойна, что-то постоянно «перебирает» руками. Кожные  
покровы горячие, «бархатистые», тургор не снижен. Подкожно жировой слой пониженс  
развит, распределён равномерно. Периферические лимфатические узлы не увеличены  
Дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца не изменена. Границы относитель-  
ной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС 120 в 1/  
АД 170/100 мм рт. ст. Патологии со стороны органов ЖКТ и МВС нет.  
Щитовидная железа при пальпации увеличена до II степени, хорошо заметна при осмотре  
во время глотания, мягко-эластической консистенции, без узловых образований, свобод-  
но смещается при глотании. Симптомы Грефе, Кохера, Мебиуса отрицательные. Сим-  
птом Мари и Розенбаха положительные.

Лабораторные исследования: св. Т4 - 36 (N 9-28), ТТГ - 0 (N 0,35-5,5).  
Ваш предположительный диагноз? Лечение гипертонии?

**Задачи к занятию "КФ бронхообструктивного синдрома"**

**Задача 1.**

Вызов СМП. Больная 48 лет, возбуждена, в положение Ортопноэ, на расстоянии звучные дыхательные шумы, бледный цианоз. Грудная клетка в положении вдоха, расположение рёбер горизонтальное, с уменьшенными межрёберными промежутками. Эпигастральный угол выражено тупой. В акте дыхания участвуют вспомогательные мышцы, втяжение внутрь межрёберных промежутков. При перкуссии коробочный звук, аускультативно - ослабленное везикулярное дыхание, сухие свистящие хрипы на вдохе и выдохе, ЧДД 36 в мин. Мокрота не отходит. Тоны сердца приглушены, ЧСС 120 в Г, АД 140/90 мм рт. ст. Живот без/о. со слов родственников приступ удушья начался около 6-7 ч. назад, ингаляция беротека - без эффекта. Диагноз: астматический статус I стадия.

НАЗНАЧЬТЕ ЛЕЧЕНИЕ

**Задача 2.**

Больной Б., поступил с жалобами на кашель с гнойной мокротой, преимущественно в утренние часы, одышку экспираторного характера, усиливающуюся при кашле, и при обычной физической нагрузке, потливость, быструю утомляемость, субфебрильную температуру. Из анамнеза заболевания: страдает хроническим бронхитом много лет, обострения преимущественно в холодное время года, неоднократно госпитализировался. Из анамнеза жизни - курит около 20 лет.

Об-но: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые - акроцианоз, влажные. Больной пониженного питания. Грудная клетка цилиндрической формы. При перкуссии ясный лёгочный звук с коробочным оттенком. Дыхание жёсткое, сухие басовые хрипы на вдохе и выдохе, ЧДД 22 в 1'. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 92в мин. Живот без/о. данные лабораторных и инструментальных исследований: ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 96 в Г. Перегрузка правых отделов сердца - с уч. клиники.

OAK: ЛЦ 9,2, ЭЦ 3,2, НЬ 106, СОЭ 19, п/я 6, с/я 62, Э 1, М 3, ЛФ 28.

ОАМ: ж, прозрачная, 1015, белок 0,033%, сахар отрицательный, ЛЦ 2-3 в п/зрения, пл. эпителий 1-3 в п/зрения.

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

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

Rh- графия: лёгочная ткань без очаговых и инфильтративных затемнений. Лёг/рисунок обогащен, деформирован за счёт явлений пневмосклероза. Корни лёгких структурны, не расширены, синусы свободны, срединная тень не смещена.

ВАШ ДИАГНОЗ?

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА?

**Задача 3.**

Больной Г., 17 лет поступил с жалобами на заложенность в грудной клетке, кашель с трудноотделяемой мокротой, приступы удушья до 3 раз за сутки, ночные приступы 1 -2 раза в неделю, купирует салбутамолом. Из анамнеза заболевания: страдает бронхиальной астмой около 5 лет, возникновению астмы предшествовал хронический обструктивный бронхит. Обострения заболевания каждые 3 мес, госпитализирован на обследование от военкомата. Из анамнеза жизни - имеются аллергические реакции на бытовые аллергены, пыльцу растений, резкие запахи.

Об-но: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Грудная клетка цилиндрической формы. При перкуссии лёгочный звук с коробочным оттенком. Экскурсия лёгочной края 4 см с обеих сторон. Дыхание везикулярное, рассеянные сухие хрипы, преимущественно на выдохе, ЧДД 20 в Г. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 88 в Г, АД 120/70 мм рт. ст. Живот без/о. Данные лабораторных и инструментальных исследований:

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

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

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

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

OAK, ОАМ без патологии.

Rh- графия грудной клетки - лёгкие без очаговых и инфильтративных затемнений. Лёгочный рисунок диффузно обогащен, деформирован, в основном за счёт сосудистого компонента. Корни лёгких несколько расширены, структурны. Синусы свободны. Диафрагма не деформирована. Синусы - без/о.

ВАШ ДИАГНОЗ?

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА?

**Задача 4.**

Больная 12 лет, поступила 22.V. с жалобами на заложенность в грудной клетке, кашель с  
трудноотделяемой мокротой, одышку экспираторного характера, серозное отделяемое из  
носа, слезотечение. Из анамнеза - обострение заболевания имеют сезонность - весна,  
осень, совпадают с цветением амброзии, одуванчиков, тополиного пуха.  
Об-но: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обыч-  
ной окраски и влажности. Грудная клетка цилиндрической формы. При сравнительной пер-  
куссии ясный лёгочный звук. При аускультации дыхание везикулярное, множественные су-  
хие хрипы на вдохе и выдохе, ЧДД 20 в Г.

Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС 88 в Г, АД 120/70 мм рт.ст. Живот без особенно-  
стей.

Данные лабораторных и инструментальных исследований:  
ЭКГ - Синусовый ритм с ЧСС 90 в Г. ЭОС не отклонена.  
OAK - ЛЦ 6,5, ЭЦ 3,8, НЫ 15, СОЭ 10, п/я 2, с/я 67, Э 9, МЗ, Л 19.  
О AM - без патологии.

Общий анализ мокроты: серая, вязкая, ЛЦ 8-10, эпителий пл. 8-10, эозинофилы 5-6, кри-  
сталлы Шарко-Лейдена 5-6 в п/зрения.

R графия грудной клетки: лёгкие без очаговых и инфильтративных затемнений. Л/рис.  
Диффузно обогащен, деформирован, в основном за счёт сосудистого компонента. Корни  
лёгких не расширены, структурны. Диафрагма, синусы, сы - без/о.  
ФВД: ЖЕЛ = 3,2(106%)

ФЖЕЛ = 1,82 (60%)

ОФВ, = 1,83 (73,2%)

инд. Тиффно 57,2%  
МОС (ПСВ) = 4,41 (82%) Колебания ПСВ 16% в течение дня.

МОС 25% = 3,60 (76%)  
МОС 50% = 2,51 (69%)  
МОС 75%= 1,79 (61%)

Заключение: умеренные нарушения бронхиальной проходимости на фоне N ЖЕЛ.  
Диагноз? Тактика?

**Задача 5.**

Больная М., страдает бронхиальной астмой около 10 лет, находится на пероральной гормо-  
нотерапии около Зх лет (после перенесённого астматического статуса). Получает преднизо-  
лон в дозе 5 таблеток (25 mg) в сутки. Приступы удушья купирует ингаляцией беротека.  
Около 3 месяцев стало повышаться АД (до 180/80 мм рт.ст.), на коже конечностей петехии.  
О каком осложнении следует подумать? Ваша тактика?

**Задачи к занятию "КФ пневмонии"**

**Задача 1.**

В приемное отделение клинической больницы поступил больной Н, 56 лет с жалобами на резкую слабость, непродуктивный кашель, боли в грудной клетке при кашле и глубоком дыхании, повышение температуры до 39,9 0C. Вышеперечисленные жалобы появились в течение 3 дней, никуда не обращался, самостоятельно принимал только парацетамол до 3 таблеток в день. В общем анализе крови – лейкоцитоз до 13,0; сдвиг лейкоформулы влево, СОЭ 30 мм\час. При ренгенографии выявлено затемнение всей нижней доли слева, подчеркнута междолевая плевра. Ваш диагноз? Какое лечение назначить больному? Обоснуйте выбор антибиотиков. Какова ориентировочная продолжительность лечения?

**Задача 2.**

По направлению участкового терапевта поступила больная С., 25 лет, с жалобами на слабость, малопродуктивный кашель, повышение температуры до 37, 70C. Больна в течение недели. Заболевание началось с першения в носоглотке, заложенности носа, кашля. Принимала амоксициллин по 0,5 3 раза в день, но без эффекта, к концу недели повысилась температура, усилилась слабость. При рентгенографии выявлена инфильтрация легочной ткани в S10 справа. Известно, что сестра больной имеет ту же симптоматику, от госпитализации отказалась. Сформулируйте диагноз. Какова предположительная этиология болезни? Назначьте лечение. Каковы сроки антибиотикотерапии?

**Задача 3.**

Больному К., 65 лет, имеющему в анамнезе хронический обструктивный бронхит, дыхательную недостаточность II степени, выставлен амбулаторно диагноз пневмонии в нижней доле слева. Больного беспокоит кашель с плохоотделяемой гнойной мокротой, сопровождающийся экспираторной одышкой, слабость, повышение температуры тела до 38,00C. Больной госпитализирован в отделение пульмонологии.

Какова предположительная этиология пневмонии у данного больного (объясните). Какие антибиотики следует выбрать в данной ситуации? Что назначить помимо антибактериальной терапии?

**Задача 4.**

В отделение пульмонологии поступила беременная женщина 22 лет (на сроке 26-27 недель) с диагнозом пневмонии в нижней доле справа. Беспокоит слабость, одышка при нагрузках, малопродуктивный кашель, повышение температуры до 38,10C. Больна 3 дня, дома ничего не принимала. Диагноз подтвержден рентгенологически. Аллергоанамнез не отягощен. Какова предположительная этиология пневмонии? Что назначить больной? Какие сроки антибиотикотерапии?

**Задачи к занятию "КФ язвеннной болезни"**

**Задача 1.**

Больной В.,53 лет, обратился с жалобами на боли в эпигастральной области, возникающие через 2 часа после еды; однократную рвоту «кофейной гущей», появление стула по типу мелены, общую слабость.

Страдает язвенной болезнью 12-пк 4 года, обострения 3-4 раза в год. Принимал в периоды обострения ранитидин, циметидин. На терапию отвечал положительно. После улучшения прекращал прием препаратов. Последнее ухудшение около двух недель, лекарственных препаратов не принимал.

Из анамнеза: около 10 лет страдает хроническим обструктивным бронхитом, курит около 10 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет. Наследственность не отягощена. Гемотрансфузий, операций не было, аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: пониженного питания, рост 178 см, вес 62 кг, кожные покровы бледные, влажные, тургор нормальный; ЧСС- 86 в минуту, АД- *110170* мм рт. ст., границы сердца в норме, тоны ритмичные, ясные. В легких дыхание ослабленное, везикулярное, хрипов нет. Язык обложен белесоватым налетом, живот симметричный, болезненный в эпигастрии. Симптом Менделя положительный. Печень не увеличена. Со стороны других органов и систем- без особенностей.

Обследован: ОАК: гемоглобин- 110г/л, эритроциты- *2,91fl,* лейкоциты- 7,2/п1, тромбоциты­220/ nl, ретикулоциты- 15%, СОЭ-10 мм/час, лейкоформула в норме. Показатели глюкозы крови, креатинина, липидного обмена и функциональные пробы печени в пределах нормы. Сывороточное железо- 10,8 ммоль/л. Анализ кала на скрытую кровь положительный. Общий анализ мочи - без особенностей. ФГС: язвенный дефект диаметром 0,8 см на задней стенке 12-пк, средней глубины, края ровные, дно покрыто фибрином, слегка кровоточит, слизистая вокруг гиперемирована, луковица 12-пк деформирована. Биопсия: антральный отдел - хронический антрум- гастрит с неполной атрофией, высокая степень активности, выраженная обсемененность Н.Р. (+++). УЗИ: деформация желчного пузыря, диффузные изменения pancreas. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 82 в минуту, гипертрофия правого предсердия. Диффузные изменения миокарда II а степени.

Вопросы: 1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Какие антисекреторные средства наиболее предпочтительны в данном случае.

3. Составьте программу реабилитации для больного.

4. Какие факторы являются ведущими для выбора поддерживающей терапии.

**Задача 2.**

Больной Л, 61 года поступил с жалобами на изжогу, тошноту, боли в подложечной области, возникающие через 1.5 ч. после еды, частые «ночные» боли. Из анамнеза: около 15 лет страдает язвенной болезнью желудка с частыми обострениями. При ФГДС с биопсией выявлена язва малой кривизны желудка (0,5 см в диаметре). При исследовании биоптатов слизистой оболочки желудка обнаружен Helicobacter pylori.

Вопросы: 1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Укажите схему эрадикации, ее продолжительность.

3. Препараты из какой группы необходимо добавить для купирования тошноты? Приведите пример.

**Задача 3.**

Больной К, 22 года поступил с жалобами на боли в эпигастральной области, купируемые приемом алмагеля. Из анамнеза: 2 года страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки; имеется аллергическая реакция на пенициллин, проявляющаяся отеком Квинке. При ФГДС выявлена язва (0,7 см. в диаметре) в ампуле двенадцатиперстной кишки. При исследовании биоптатов слизистой двенадцатиперстной кишки обнаружен Helicobacter pylori. Диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, обострение.

Вопросы: 1.Укажите схему эрадикации, ее продолжительность.

2. Назовите антисекреторный препарат, назначаемый после эрадикации, укажите длительность его назначения.

3.Через какое время после окончания курса антихеликобактерной терапии должна осуществляться диагностика эрадикации Нр.

**6.2.3.2 Задачи для ИГА**

**Задача №1**

Больной Ш., 65 лет, находится на стационарном лечении вторую неделю. Ежесуточно неоднократно бывают приступы удушья; проходящие после внутривенных вливаний эуфиллина. ингаляций бекотида. В межприступном периоде беспокоит также одышка при малейшей нагрузке, сильный надсадный кашель с трудно отделяемой слизисто-гнойной мокротой. Болен более 30 лет, неоднократно болел воспалением легких, страдал бронхитом (много курил). Затем стали появляться приступы удушья с предшествующим приступообразным кашлем. Имел II группу инвалидности с 55 лет. Постепенно стал замечать появление приступов удушья от различных резких запахов. В холодное время избегал выходить на улицу. Несколько раз за год (особенно зимой) находится на стационарном лечении, дважды был в отделении реанимации.

Больной цианотичный, ноги пастозны, предпочитает сидеть, опираясь руками о край кровати (хотя приступа нет). Число дыханий 15 в минуту с затрудненным выдохом. АД- 130/80 мм рт.ст. пульс-95 в минуту.

Грудная клетка эмфизематозная. Границы легких значительно опущены, активная подвижность их равна 1-2 см. Дыхание жесткое с удлиненным выдохом, множество рассеянных сухих хрипов, в нижних отделах легких- единичные незвучные влажные хрипы. Печень выступает на 3 см, плотнее обычной, болезненна, размеры- 11, 10, 10 см.

Р-скопия: легочные поля эфизематозны, резко выраженное усиление и деформация бронхо-сосудистого рисунка, корни расширены, уплотнены, неструктурны. Сердце расширено в поперечнике, талия сглажена.

*Вопросы:*

1. Ваш развернутый диагноз?;
2. Чем обусловлено усиление и деформация бронхо-сосудистого рисунка, сглаженность талии сердца?
3. Какие изменения ожидаете в анализах крови, мокроты, ЭКГ?
4. Почему одышка при бронхиальной астме не сопровождается учащением дыхания?
5. Назначить больному лечение с объяснением механизма действия лекарственных средств?

**Задача №2**

Медсестра 40 лет, год назад перенесла тяжелый грипп, осложненный пневмонией. С тех пор жалуется на одышку при быстрой ходьбе и подъеме на второй этаж, перебои в области сердца, пастозность ног к вечеру .В детские годы часто болела ангинами. Была произведена тонзилэктомия. Для устранения одышки принимает корвалол, кордиамин.

Число дыханий 20 в минуту. В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. Пульс 86 в минуту, аритмичный. Левая граница сердца на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны аритмичные, 1 тон ослаблен, на верхушке грубый систолический шум. проводящийся в подмышечную область. Акцент II артерии. АД 130/75 мм рт.ст. Печень увеличена на 1.5 см. пальпация ее слегка болезненна.

Анализ крови и мочи без патологических изменений. На ЭКГ- частые левожелудочковые экстрасистолы.

*Вопросы:*

1. Ваш диагноз?
2. С чем связываете экстрасистолию?
3. Какие препараты необходимо назначить

**Задача № 3**

Больной 50 лет, обратился к врачу с жалобами на перебои и «остановки» сердца, тошноту, рвоту, потерю аппетита, поносы, головную боль, головокружение. Эти явления появились два дня назад. В течение многих лет страдает митральным пороком сердца. В связи с одышкой при физической нагрузке, появление тяжести в правом подреберье при длительной ходьбе и небольших отеков стоп к вечеру постоянно принимает в течение нескольких лет изоланид по 3 таблетки в день (0,75 мг).

Чувствовал себя хорошо. На осмотре три месяца тому назад у врача медсанчасти признаков активности ревматизма не выявлено. Неделю назад заменил, по совету знакомого, изоланид Дигоксином (четыре таблетки в день). Пульс 50 в минуту, аритмичный.

*Вопросы:*

1. Сформулируйте диагноз.

2. Как можно расценить состояние больного после изменения лечения?

3 Объясните почему изменилась клиника после замены изоланида дигоксином?

1. Сделайте правильные назначения на данный момент;
2. Определите дальнейшую тактику лечения.

**Задача №4**

Больной X., 32 года, слесарь, поступил в стационар с жалобами на беспорядочное сердцебиение, чувство перебоев, остановки сердца, одышку при движениях. Подобное состояние возникло впервые. Раньше чувствовал себя хорошо, К\*врачам не обращался.

В легких в заднее-нижних отделах жесткое дыхание с обеих сторон. Сердечный толчок в 5 межреберье, усилен, на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Пульс 62 в минуту, не одинакового наполнения. Число сердечных сокращений 78 в минуту. Границы сердца расширены влево (на 1 см) и вверх. Тоны аритмичные, 1 тон на верхушке усилен, иногда хлопающий. Протодиастолический и систолический шум на верхушке. Акцент II тона в IV точке. Печень не увеличена, отеков нет. Анализ крови: Л- 9,8. 10 9 /л, СОЭ- 35 мм/ час. На другой день были назначены: сердечные гликозиды, пенициллин, аспирин, реопирин, аскорбиновая кислота. хинидин, новокаинамид. После 2-х недельного лечения ритм сердца не нормализовался. Было решено провести электроимпульсную терапию. Через 3 дня после успешной электрической дефибриляции сердца у больного внезапно появились сильные давящие разрывающие боли в области сердца с иррадиацией в левую руку, продолжались несколько часов, купировались только введением наркотиков. Вскоре появилось ослабление силы и уменьшение объема движений в левых- руке и ноге и затруднение речи.

*Вопросы:*

1. Ваш диагноз при поступлении?

1. Какова ошибка в тактике лечения больного?
2. Что случилось с больным?
3. План обследования?
4. Нужно ли восстанавливать ритм?
5. Можно ли сочетать дигоксин и хинидин?
6. Нужны ли антибиотики, если нужны то какие?

**Задача № 5**

Больная Т. 54 лет, доярка, жалуется на боли плечевых, локтевых и мелких суставах кистей рук. Боли около 5 лет. После уменьшения нагрузки на суставы боли уменьшаются. «Обострение» возникает после охлаждения рук, особенно холодной водой. Дистальные межфаланговые суставы изменены, на поверхности их имеются утолщения в виде бугорков, безболезненны при пальпации. Мизинец и указательный палец правой руки искривлены из-за деформации дистальных суставов. Больная наблюдается и лечится в участковой больнице с диагнозом «хронический ревматизм». Принимает преднизолон, бициллин, анальгин. Со стороны сердца изменений нет. Кровь «спокойная». ЭКГ- явления дистрофии миокарда.

*Вопросы:*

1. Согласны ли с диагнозом (ревматический или ревматоидный артрит), если нет- почему?
2. Ваш диагноз, его обоснование?
3. Какие исследования необходимы: рентгенография суставов, определение клеток красной волчанки, ревматоидного фактора, повторные определения активности ревматизма, консультация ЛОР?
4. Согласны ли с лечением? Если нет- обоснуйте.
5. Назначьте лечение с учетом Вашего диагноза?

**Задача № 6**

Больной Б, 36 лет, инвалид II группы. Жалобы на сильные боли, припухлости и ограничение движений в мелких суставах кистей рук, голеностопных и коленных суставах.

Отмечает утреннюю скованность движений, повышение температуры по вечерам до 38 °. Болен около 6 лет, неоднократно лечился стационарно с некоторым улучшением. Работает лифтером. Отмечается припухлость и деформация коленных суставов, голеностопные суставы отечны, болезненны при пальпации. Пальцы рук имеют веретенообразные утолщения, движения в них резко ограничены. Мышцы на тыле кистей атрофированы. Со стороны внутренних органов изменений нет.

*Вопросы:*

1. Предварительный диагноз, его обоснование?

2. Какие характерные изменения со стороны крови ожидаете получить?

3. Какая рентгенологическая картина на ранних стадиях этого заболевания: а) развитие остеофитов, б) сужение суставной щели, в) остеопороз?

1. Оправдана ли стероидная терапия на ранних стадиях заболевания?
2. Назначить лечение (обоснуйте каждую группу препаратов).

**Задача№7**

Больная Ю., 24 лет, доставлена в клинику с жалобами на большие отеки всего тела, малое количество мочи. 2 года тому назад лечилась в больнице по поводу заболевания почек: были отеки и боли в области поясницы. Лечилась 3 месяца, но отеки полностью не прошли, постоянно принимает гипотиазид или фуросемид. В последнее время не было мочегонных средств.

Лицо отечное, бледное, маловыразительное. Большие отеки на ногах и в области поясницы. АД 100/60 мм рт. ст. Печень не увеличена, симптом Пастернацкого отрицательный.

Анализ крови: эр.-3,1х10 12/л., Нв-114 г/л, лейк.-8,2x10 9/л, Э-1%, П-4% . С-63% , Л-27% , М-5 % , СОЭ-56мм/час

Анализ мочи суточный диурез 350 мл, моча прозрачная, относительная плотность-1029, белок-6150 мг/л, лейк.-4-5 в п/зр., эритроциты свежие 1-2 в п/зр., цилиндры гиалиновые 3-4 в п/зр.

*Вопросы:*

1. Ведущие синдромы?

1. Ваш диагноз, обоснование?
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать?
3. Какие изменения ожидаете при исследовании белка и его фракций, а также холестерина крови?
4. Назначено лечение: лазикс + невиграмон + пенициллин + хлорид кальция + аскорутин. Как относитесь к назначенному лечению?
5. Какие данные ожидаете получить при пункционной биопсии?

**Задача № 8**

Больной 56 лет с постоянной формой мерцательной аритмией принимает дигоксин 0,125 мг 2 раза (утром- вечером). В связи с неудовлетворительным контролем ЧСС ( в покое - 100 в мин, при физ. нагрузке -130) назначен верапамил 40 мг 3 раза в день.

Через 5 дней- тошнота, рвота, на ЭКГ – мерцательная аритмия, ЧСС-50 в минуту, корытообразная депрессия ST грудном отделе, уровень дигоксина крови 3 мкг/л (N - 1 -2)

*Вопросы:*

1. Как расценить состояние?

2. Какова причина гликозидной интоксикации верапамилом ингибитор гликопротеиназы?

3. Как избежать такого лекарственного взаимодействия?

4. Какие еще лекарственные средства могут также влиять на дигоксин?

5. Как дальше вести больного?

**Задача № 9**

У больного Г., 47 лет, на фоне острого инфаркта миокарда развилась сердечная астма: АД-100/65 мм рт.ст., ЧСС- 97 в минуту, ЧДД- 29 в минуту, частые желудочковые экстрасистолы, PQ-0, 16, QRS- 0,08. Положение ортопноэ, хрипы в легких влажные, средне и крупнопузырчатые. Печень не увеличена.

*Вопросы:*

1. Нужно ли вводить сердечные гликозиды? Да, нет. Если да, то какие: строфантин, дигоксин, дигитоксин?
2. Нужны ли ААН ? Да, нет. Если да то какие?
3. Нужны ли нитраты? Да, нет. Если да то, какой путь введения избрать?
4. Какие препараты еще необходимы для купирования состояния?

**Задача № 10**

Больной 47 лет, поступил с жалобами на сердцебиение, слабость. Состояние больного средней тяжести. Кожные покровы бледные, влажные. Над легкими везикулярное дыхание, тоны сердца значительно приглушены, ЧСС 160 в минуту,. АД 110/70 мм рт. ст. На ЭКГ - признаки трансмурального передне-перегородочного инфаркта миокарда, пароксизмальная желудочковая тахикардия. Дежурным врачом внутривенно, струйно введено 80 мг 2 % лидокаина. Пароксизм тахикардии купирован. В плановом порядке больному назначен лидокаин по 600 мг 3 раза в сутки. На 2-й и 3-й дни лечения рецидивировали пароксизмы тахикардии купированные разовым в/в введением лидокаина.

*Вопросы:*

1. Причины возобновления пароксизмов желудочковой тахикардии?
2. Ваша дальнейшая тактика?

**Задача № 11**

Больной 45 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на приступы сердцебиения, которые наблюдаются в течение 2 лет. 3 года назад перенес миокардит. При объективном осмотре выявлено расширение границ относительной сердечной тупости влево на 1,5 см, тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. На ЭКГ- пароксизмальная желудочковая тахикардия с ЧСС 170 в/мин., АД 100/70 мм рт. ст.

*Вопросы:*

1. Сформулируйте диагноз
2. Препараты выбора для купирования пароксизма

**Задача № 12**

Больная 42 года, страдает в течение 13 лет ревматическим митральным пороком сердца. 3 недели назад появилась мерцательная аритмия. В стационаре начато лечение хинидином по схеме. На 3 день восстановлен синусовый ритм, но появилась диарея (2 раза в день)

Вопросы:

1. С чем связано диспептическое расстройство?

2. Ваша дальнейшая тактика?

**Задача № 13**

Больному 58 лет, страдающему стенокардией II функционального класса, желудочковой экстрасистолией назначен мекситил в средних терапевтических дозах. До лечения при проведении суточного мониторинга зарегистрировано 1264 экстрасистол. На 2 день лечения самочувствие больного ухудшилось. При суточном мониторировании зарегистрировано 1572 желудочковых экстрасистол.

1. Оцените клиническую ситуацию. Ваши дальнейшие действия?

**Задача № 14**

Больной 28 лет, обратился в поликлинику с жалобами на частые (3-4 раза в неделю) приступы сердцебиения. На ЭКГ во время приступа пароксизм мерцаний предсердий. Во время эндокардиального электрофизиологического исследования установлено наличие дополнительного пучка Кента.

1. Какие антиаритмические препараты показаны данному больному?

**Задача № 15**

Больной 40 лет поступил с жалобами на приступы сердцебиения, наблюдающиеся в течение двух лет. Два года назад перенес миокардит. После обследования больного диагностирована пароксизмальная наджелудочковая тахикардия, ЧСС- 170 в/мин, АД -100/70 мм рт. ст.

1. Назвать препараты выбора для купирования пароксизма ?

**Задача № 16**

Больная 31 год, обратилась в приемный покой кардиодиспансера с жалобами на приступы сердцебиения. При обследовании выявлен пароксизм мерцания предсердий. В анамнезе у больной синдром Вольфа- Паркинсон- Уайта.

1. Какие антиаритмические средства противопоказаны и почему?

**Задача № 17**

Больной 72 года, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на перебои в работе сердца, слабость, головокружение, 10 лет назад перенес инфаркт миокарда. Страдает мочекаменной болезнью, аденомой предстательной железы, по поводу которой оперирован 2 недели назад.

Объективно: состояние удовлетворительное. Над легкими везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, экстрасистолия. ЧСС - 70 в мин., АД 100/70 мм рт.ст. На ЭКГ- синусовый ритм, частая желудочковая экстрасистолия. PQ-0,20 сек, QT- 0,09 сек.

Для лечения экстрасистолии назначен ритмилен (600 мг в сутки).

1. Какие побочные эффекты препарата можно ожидать у больного и почему?

***Критерии оценки решения ситуационных задач:***

|  |  |
| --- | --- |
| *Баллы* | *Оценка* |
| *До 55* | *Неудовлетворительной* |
| *56-58* | *Удовлетворительно* |
| *59-62* | *Хорошо* |
| *63-65* | *Отлично* |