

Задача 1.

Пациент А. 46 лет. Поступил для ревизионного эндопротезирования левого тазобедренного сустава (ТБС). Жалобы на боли в области левого ТБС, хромоту, ограничение движений связанные с болью. Считает себя больным с 2002 года, когда начал отмечать хромоту и боль в левом ТБС при ходьбе. В 2006 году выполнено тотальное эндопротезирование левого ТБС, в феврале 2017 год - развитие перипротезной инфекции, удаление эндопротеза, выделен штамм *Pseudomonas aeruginosa*. 12.09.17 - операция, со дня операции назначен амикацин 1,0*1 раз/сут, цiproфлоксацин 0,6*2 раза/сут. 22.09.17 по результатам микробиологического исследования (*Pseudomonas aeruginosa*+MRSE). Вызван клинический фармаколог при МНО 5.67 (на 4е сутки после операции).

Задача 2.

Пациентка 34 года, вес 52 кг. В течении 4 месяцев получает лечение по поводу активного туберкулеза легких: режим химиотерапии III, интенсивная фаза (изониазид, рифампицин, пипразинамид, этамбутол).

Одновременно получает препараты – Тиамин хлорид, Пиридоксин гидрохлорид. Через месяц проводимой терапии пожаловалась на боли в коленных суставах.

В б/х анализе крови мочевая кислота 430 мкмоль/л (норма для женщин 150-360 мкмоль/л). Реакция купирована введением р-ра диклофенака 3 мл в/м. В инструкции по применению препарата пипразинамид указана возможность появления артралгий и гиперурикемии.

Задача 3.

У мальчика 3 лет (вес 15 кг) через 10 минут после внутримышечного введения бензилпенициллина натриевой соли (500 000 ЕД) с целью терапии инфекционного эндокардита, вызванного *Streptococcus bovis* появились отёк ушных раковин и век, одышка, тахикардия, акроцианоз. С целью коррекции проявлений неблагоприятной реакции внутримышечно вводились дексаметазон 2 мг, супрастин 2% 0,4 мл. Из анамнеза выяснено, что в течение двух дней до введения бензилпенициллина ребенок получал: ампициллин 250 мг 3 раза в сутки внутримышечно, глюкозу 5% 200 мл внутривенно капельно 20 капель/мин 1 раз в сутки, пиридоксин 5% 1 мл внутривенно струйно 1 раз в сутки.

Задача 4.

Пациентка 72 года, 10 сутки после тотального эндопротезирования правого тазобедренного сустава, глубокая инфекция области хирургического вмешательства, перипротезная инфекция I типа. Гранулирующая рана правого бедра. Получает цiproфлоксацин внутрь по 0,5 г 2 раза в сутки, капсулы рифампицин внутрь по 0,3 г 2 раза в сутки. Выполнена ревизия правого тазобедренного сустава, экономная некрэктомия раны, туалет раны, асептическая повязка. Цель консультации коррекция АБТ по результатам интраоперационных посевов.

<i>Выделенные микроорганизмы</i>	<i>Acinetobacter sp.</i>
Амикацин	R
Имипенем	R
КОЛИСТИН МИК	S
Левифлоксацин	R
Меропенем	R
Тобрамицин	S
Триметоприм/Сульфаметоксазол	R
Цефоперазон/сульбактам	I
Цiproфлоксацин	R

Задача 5.

Пациент П. 46 лет. Обратился в поликлинику с жалобами на быструю утомляемость, снижение двигательной активности, в течение 3 месяцев, однократную потерю сознания. Известно, что пациент наблюдается в поликлинике по месту жительства по поводу хронической болезни почек. В клиническом анализе крови отмечалось снижение гемоглобина до 81 г/л, эритроциты $2,56 \cdot 10^{12}/л$, в связи с чем пациент госпитализирован по направлению поликлиники в терапевтическое отделение стационара. В ходе госпитализации по результатам сбора анамнеза, физикального, лабораторного, инструментального исследований выставлен диагноз анемия при ХБП средней степени тяжести.

Задача 6.

Пациент К, 22 лет, находится на неврологическом отделении стационара с диагнозом ДДЗП. В ходе госпитализации появились жалобы на подъём температуры до 38,6, жёлто-зелёные выделения из носа, слабость. Болен третьи сутки. Консультирован ЛОР-врачом, поставлен диагноз острый синусит. Выполнено бактериологическое исследование отделяемого пазух.

Наемophilus influenzae, $10 \cdot 6$, отделяемое пазух	
Ампициллин	R
Цефотаксим	S
Цефтриаксон	S
Моксифлоксацин	S
Левифлоксацин	S
Цефазолин	S
Клиндамицин	S
Амоксициллин/клавуланат	S
Ко-тримоксазол	R
Кларитромицин	S

Задача 7.

Пациент К, 43 лет, заболел 3 недели назад с повышения температуры до субфебрильных цифр, заложенности носа. Лечился сам в течение недели – спрей ксилометазолин в нос 3-4 раза в день. В связи с отсутствием положительной динамики обратился в поликлинику к участковому терапевту, был поставлен диагноз ОРВИ, назначена терапия спрей в нос дексаметазон+неомицин+полимиксин В+фенилэфрин, обильное тёплое питьё, тилорон таблетки – дозировку не помнит. Получал терапию в течение недели – отрицательная динамика, температура до 38,5, жёлто-зелёные выделения из носа, боль в проекции околоносовых пазух при движениях головы.

Вновь обратился в поликлинику, терапевт назначил таблетки амоксициллин 1000мг*2р/сутки. Лечился в течение недели – отрицательная динамика. При повторном обращении в поликлинику была назначена консультация ЛОР-врача, направлен на госпитализацию в ЛОР-отделение стационара с подозрением на полисинусит в связи с тяжестью состояния.

Задача 8.

Женщина 29 лет. В плановом порядке 13 дней назад пациентка родоразрешена путем операции кесарева сечения. В связи с гипотонией матки наложены строчные швы, дополнительно введены утеротоники. Общая кровопотеря составила 1500 мл. С заместительной целью произведена трансфузия свежзамороженной плазмы 300 мл, 1053 мл эритроцитарной массы, 200 мл альбумина 10%. В послеоперационном периоде получала антибактериальную, антианемическую терапию, симптоматическое лечение. На 12-е сут выписана домой в удовлетворительном состоянии, по собственному настоятельному желанию. Настоящая госпитализация в связи с ухудшением состояния. На основании лабораторного и инструментального обследования

выставлен диагноз: тромбозомболией мелких ветвей легочной артерии. Посттромбозомболическая легочная гипертензия. Сопутствующие заболевания: анемия легкой степени

Задача 9.

Пациент находится в ЛОР-отделении стационара по поводу гнойного среднего отита. Получал антибактериальную терапию Цефтриаксон 2г*1р/сутки в/в + Левофлоксацин 500мг*1р/сутки в/в, было проведено хирургическое вскрытие среднего уха с целью обеспечения адекватного дренирования очага инфекции. Через 6 дней после операции появились жалобы на зуд, боль в ухе, жидкие выделения, боль в заушной области, повышение температуры до 37,6. Были назначены капли в уши дексаметазон+полимиксин В+неомимцин – без эффекта. ЛОР-врачом был выставлен диагноз грибковый средний отит. Был получен результат микологического исследования мазка из уха.

Candida albicans, 10*7, ухо	
Натамицин	S
Флуконазол	S
Клотримазол	S
Микафунгин	S
Амфотерецин В	S

Задача 10.

Пациентка Т, 31 г., поступила в стационар с жалобами на боль в эпигастральной области, тошноту, изжогу, «голодные» боли находится на 26 неделе беременности. Самостоятельно принимала анальгин. Пациентка обследована, выставлен диагноз язва двенадцатиперстной кишки. Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Рост 163 см, вес 80 кг, темп 36,5. Кожа, слизистые обычной окраски и влажности. Дыхание жёсткое, хрипы в нижних отделах правого лёгкого. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 68/мин. АД 135/82 мм рт ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет.

Задача 11.

Пациентка Р, 29 лет, находится на лечении в терапевтическом отделении стационара с диагнозом внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония. Получает амоксициллин/клавулат 1000+200 * 2 раза в сутки внутривенно. В ходе госпитализации появились жалобы на дискомфорт внизу живота, жжение, выделения из влагалища желтоватого цвета. Гинекологом установлен диагноз острый вагинит, неуточнённой этиологии. ПЦР отделяемого из влагалища показало наличие *Ureaplasma spp.*

Задача 12.

Пациентка на 30 нед беременности находится на лечении в гинекологическом отделении стационара с диагнозом преэклампсия. В ходе госпитализации появились жалобы на дискомфорт внизу живота, жжение, выделения из влагалища желтоватого цвета. Гинекологом установлен диагноз острый вагинит, неуточнённой этиологии. ПЦР отделяемого из влагалища показало наличие *Ureaplasma spp.*

Задача 13.

Пациент Д., 31 год, слесарь. поступил в терапевтическое отделение по направлению из медико-санитарной части с диагнозом: кардиомиопатия, посттромбофлебитическая ТЭЛА мелких ветвей в анамнезе, полная блокада ПНПГ (правой ножки пучка Гиса), посттромбофлебитический синдром нижних конечностей. При поступлении жалобы на одышку при небольшой физической

нагрузке, сухой кашель, сердцебиение, отеки на ногах. Пациенту назначен НМГ, в дальнейшем пациенту показана длительная терапия варфарином под контролем МНО (2,5–3,5).

Задача 14.

Мужчина, 53 лет, 10 сут. находился в ортопедическом отделении стационара, где ему была проведена операция эндопротезирования правого тазобедренного сустава. В анамнезе: гипертоническая болезнь, эрозивный гастрит в стадии ремиссии. По поводу артериальной гипертензии длительно принимал рамиприл. В стационаре со дня оперативного вмешательства больной получал: цефотаксим 1 г 3 р/сут. в/м 6 дней, первое введение в/м за 20 мин до операции, кеторолак 1 мл 3 р/сут в/м 8 сут, трамадол 2 мл 3 р/сут в/м 3 дня, омепразол 20 мг внутрь 1 р/сут 10 дней, эноксапарин 40 мг п/к 5 сут, дабигатрана этексилат 220 мг/сут, внутрь (с 6-го дня послеоперационного периода), рамиприл 10 мг внутрь 10 сут. Послеоперационный период проходил без осложнений. Проводился контроль клинико-лабораторных показателей: общего и биохимического анализа крови, общего анализа мочи, коагулограммы. АД – 145/90 мм рт.ст. Остальные показатели в пределах нормальных значений. При выписке даны рекомендации по дальнейшей фармакотерапии на амбулаторном этапе: дабигатрана этексилат 220 мг/сут, внутрь 28 дней, рамиприл 10 мг 1 р/сут длительно под контролем АД.

Задача 15.

Мужчина, 73 лет, 20 сут. назад поступил в отделение термической травмы с диагнозом: термический ожог пламенем, 3 степени, площадь поражения 20%. В стационаре со дня поступления больной последовательно получал цефазолин, цефтазидим, меропенем. На фоне назначения меропенема отмечен повторный эпизод гипертермии до 39°C, подъем лейкоцитов крови до 16x10⁹/л, прокальци-тениновый тест >10. Посев крови из двух проб и результат посева раневого отделяемого – *S. aureus*, резистентный к оксациллину и цефокситину. Е-тест на чувствительность к ванкомицину – штамм со сниженной чувствительностью (МПК 3,5 мкг/мл). Диагноз: стафилококковый сепсис. Врачом-клиническим фармакологом проведена коррекция АБ-терапии. С учетом микробиологических исследований назначен: цефтаролин 0,6 г х 3 р/сут в/в кап. 10 сут, фосфомицин 3,0 г х 3 р/сут в/в кап. 10 сут. Через 2-е суток лечения гипертермия снизилась до 37,8°C, лейкоциты крови до 10x10⁹/л, прокальцитениновый тест < 2, образцы крови и раневое отделяемое повторно направлены на посев. Через 5 дней АБ-терапии в посевах раневого отделяемого роста не было, характер отделяемого стал серозно-сукровичным, появились активные грануляции. Через 10 суток получены результаты посевов крови: рост микроорганизмов отсутствовал. Антибиотикотерапия продолжалась до 16 дней.

На 6 сутки антибиотикотерапии (цефтаролин+фосфомицин) у больного появился частый жидкий стул до 12 раз за сутки, отмечался повторный эпизод гипер-термии до 38,5°C, подъем лейкоцитов крови до 12x10⁹/л, гипопроотеинемия – 58 г/л, гипокалиемия – 2 ммоль/л. Состояние расценено как антибиотико-ассоциированная диарея, больной повторно консультирован врачом-клиническим фармакологом. К лечению эмпирически добавлен ванкомицин 0,125 г х 4 р/сут внутрь (раствор 1 г ванкомицина на 1 л питьевой воды, внутрь по 0,5 л/сут в 4 приема). Через 72 ч. частота стула составила 6 раз в сутки, что расценено как положительная динамика. Контроль общего анализа крови и биохимического анализа крови, электролитов крови показал нормализацию значимых показателей.

Задача 16.

Больной М, 66 лет. Диагноз: ИБС, стенокардия напряжения ФКШ. Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда в 2013 году), коронаросклероз (коронарография в 2013 г., 2014 г.). Постоянная форма фибрилляции предсердий. Гипертоническая болезнь III ст. Риск ССО₄.

ХСНШБ, ФКШ. При поступлении: жалобы на одышку при обычной физической нагрузке и в покое, кашель, преимущественно в горизонтальном положении и ночью, отеки нижних конечностей. При осмотре АД 120/70 мм рт.ст., PS 60 уд/мин, при аускультации легких отмечаются влажные хрипы с обеих сторон, отеки стоп и голеней. ЭКГ: фибрилляция предсердий, ЧСС 65 уд/мин, отклонение ЭОС влево, признаки рубцовых изменений левого желудочка (инфаркт миокарда в анамнезе). ЭХО-КГ: Общая сократимость миокарда левого желудочка снижена (ФВ=30%). Биохимия крови: АСАТ-45 ед/л, АЛАТ-39 ед/л, креатинин-98 мкмоль/л, ОХС-4,5 ммоль/л, ТГ-1,4 ммоль/л, ЛВП-1,0 ммоль/л, глюкоза-4,5 ммоль/л, К⁺-4,0 ммоль/л. На момент осмотра пациент получает: Верошпирон 25 мг 1 раза в день, Бисопролол 5 мг 1 раз в сутки, Аторвастатин 40 мг вечером, Дигоксин 0,125 мг 1 раз в день, Варфарин 5 мг 1 раза в день.

Задача 17.

Больной Л., 37 лет, находится в стационаре. Диагноз: Внебольничная пневмония с локализацией в нижней доле правого легкого, среднетяжелое течение, ДН I.

Заболел остро 4.03: появился озноб, повышение температуры тела до 38,8°C. В течение последующих 3 дней появились жалобы на сухой кашель, боли и тяжесть в правой половине грудной клетки, температура в пределах 38-38,7° С. Самостоятельно принимал арбидол и ингавирин, жаропонижающие средства, участкового врача на дом не вызывал. 7.03 вызвал скорую помощь и был госпитализирован в терапевтическое отделение.

Р легких (7.03): признаки очаговой пневмонии в нижней доле правого легкого.

ОАК (7.03): Нб-145 г/л, лейкоциты 18×10^9 /л, эритроциты $4,5 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты 240×10^9 /л, п-12%, л-20%, нейтрофилы-74%, э-1%, м-3%, СОЭ 25 мм/ч.

Лист назначения

	март									
	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Цефазолин 2 г х 3 р/сут. в/в на 20 мл 0,9% NaCl	+	+	+	+	+	+				
Амикацин 1 г х 1 р/сут в/в на 20 мл 0,9% NaCl							+	+	+	+
Кеторолак 1 мл в/м при повышении температуры тела свыше 38,5°C							+	+	+	+
Амброксол, табл. 30 мг 3 р/сут	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
t°тела	38.5	38.4	38.0	38.7	38.6	38.0	38.0	38.4	38.1	37.8
ЧСС	98	92	92	80	86	94	82	84	83	88

Задача 18.

Больной Д., 45 лет, находился на стационарном лечении (18.08-31.08) с диагнозом: Неспецифический язвенный колит, прободение ободочной кишки, перитонит. Операция 18.08.11. – лапаротомия. За 30 мин до операции внутримышечно введен цефтриаксон 1 г, во время операции выявлено наличие гнойного содержимого в брюшной полости, после операции антибактериальная терапия была продолжена. В стационаре со дня оперативного вмешательства больной получал: Р-р. Платифиллин 0,2%-1 мл 2 р/сут в/м 18.08-22.08, Ципрофлоксацин 100 мл (200 мг) в/в 2 р/сут 18.08-26.08, Р-р. Кеторол 1 мл в/м 2 р/сут 18.08-26.08, Фамотидин 20 мг в/в 2 р/сут 18.08-26.08. На фоне лечения отмечалось сохранение субфебрильной температуры, 25.08 – повышение температуры до 38,5°C, объективно – наличие небольшого количества мутного отделяемого по дренажам. Состояние было расценено как недостаточная эффективность антибактериальной терапии.

Задача 19.

Больному К., 78 лет, с диагнозом «Гипертоническая болезнь II ст., риск ССО₄, кризовое течение. Атеросклероз аорты, церебральных артерий, ДЭП II ст, ХСН IIА» терапевтом в поликлинике назначен препарат нифедипин-ретард 40 мг 1 раз в день, утром и валсартан 160 мг вечером.

Через два дня больной обратился к участковому терапевту с жалобами, что через 2 часа после приема препарата нифедипин-ретард у него появилось покраснение лица, ощущение «прилива», сердцебиение, дрожь, ЧСС 110 уд/мин, снижение АД до 100/85 мм рт.ст., потливость. Данные явления купировались самостоятельно. Результаты дополнительного исследования – глюкоза 5,6 ммоль/л, АСАТ 34 ед/л, АЛАТ 28 ед/л, мочевиная кислота 460 ммоль/л, ОХС 6,8 ммоль/л, ЛПНП 3,4 ммоль/л, ПТИ 68%, креатинин 102 ммоль/л.

Задача 20.

Больная А.А., 52 года, страдает сахарным диабетом тип 2 в течение года. Из анамнеза: к моменту постановки диагноза имела избыточную массу тела – 30кг/м², в начале заболевания использовала немедикаментозную терапию, которая не привела к компенсации сахарного диабета, HbA_{1c} – 7,8%. В связи с чем 3 месяца назад был назначен микронизированный глибенкламид (Манинил) в дозе 3,5 мг 3 раза в день перед каждым приемом пищи. Обратилась к эндокринологу с жалобами на слабость, потливость по ночам, кошмарные сновидения, сердцебиение, усталость и разбитость по утрам, усиление аппетита и веса (прибавила 3 кг). Гликемия натощак, измеренная в домашних условиях с помощью глюкометра, составила от 9 до 13 ммоль/л. HbA_{1c} – 8,3%.

Задача 21.

Больная А 62 г., рост 160 см, вес 128 кг, поступила в отделение эндокринологии с диагнозом СД тип 2, декомпенсация, индивидуальный целевой уровень HbA_{1c}<7%, ретинопатия, дистальная сенсорная полинейропатия нижних конечностей ожирение 3 ст. Гипертоническая болезнь II ст., риск ССО₄. Постоянно принимает метформин 500 мг 2 раза в сутки, глибенкламид (манинил) 1,75 мг 1 раз в сутки, эналаприл 10 мг 2 раза в сутки, индапамид 1,5 мг 1 раз в сутки, ацетилсалициловую кислоту 100 мг в сутки, аторвастатин 20 мг 1 раз в сутки. При поступлении глюкоза 28 ммоль/л, в моче кетоновые тела +++++. АД 160/90 мм рт.ст., ЧСС 120 уд/мин, рН 7,2, АСАТ 35 ЕД/л, АЛАТ 28 ЕД/л, ОХС 6,5 ммоль/л, HbA_{1c} 7,7%. Назначен актрапид 8 ЕД каждые 3 часа подкожно, натрия гидрокарбонат 4% 400 мл в/в, раствор натрия хлорида 0,9% 1500 мл в/в, фуросемид 40 мг внутрь ежедневно.

Задача 22.

Больной 78 лет, рост 170 см, вес 72 кг, поступил с диагнозом: Сахарный диабет, тип 2, целевой уровень HbA_{1c}<8%, ретинопатия, диабетическая микро- и макроангиопатия. ИБС, стенокардия напряжения ФК II, Гипертоническая болезнь II ст., риск ССО₄, синдром диабетической стопы, нейроишемическая форма, трофическая язва 1 пальца правой стопы 1 ст. по Вагнеру. Получает метформин 1000 мг на ночь, диабетон 60 мг утром, лизиноприл 10 мг 2 раза в день, кардиомагнил 75 мг 1 раз в сутки, аторвастатин 20 мг 1 раз в сутки. При поступлении – глюкоза 9,2 ммоль/л, АСАТ 160 ЕД/л, АЛАТ 140 ЕД/л, ОХС 6,3 ммоль/л, ЛПНП 3,3 ммоль/л, креатинин 156 мкмоль/л. При бактериологическом исследовании посева раневого отделяемого выделен золотистый стафилококк – MSSA.

Задача 23.

Пациент А.Б., 48 лет, преподаватель. Жалобы на сухость во рту, зуд кожных покровов, особенно часто возникает в паху, полиурию, снижение работоспособности, повышенная утомляемость, слабость. Впервые на приеме у эндокринолога, был направлен терапевтом в связи с выше указанными жалобами и с повышением уровня глюкозы натощак 12,7 ммоль/л. Лабораторные исследования выявили: HbA_{1c} – 10,2% (целевое значение HbA_{1c} ≤ 7%), глюкоза плазмы натощак 10,2 ммоль/л, уровень С-пептида 0,7 нг/мл (норма – 1,1-4,4). Сопутствующих заболеваний не отмечает, но в последнее время указывает на снижение остроты зрения. В настоящее время ничем не лечится. Вес 90 кг, рост 180 см.

Задача 24.

Пациент А.В., 49 лет, музыкант. Жалоб активно не предъявляет. Страдает ожирением на протяжении длительного времени, СД тип 2 выявлен 4,5 года назад. В настоящее время получает метформин – 2500 мг/сутки, ситаглиптин 100 мг/сутки. Гликемия натощак при самоконтроле с помощью глюкометра до 8,3 ммоль/л, после еды – до 10 ммоль/л. ИМТ=33 кг/м². При обследовании: гликированный гемоглобин (HbA1c) – 7,7% (целевой уровень – 7%), холестерин 5,2 ммоль/л, триглицериды 2,7 ммоль/л, уровень С-пептида – 5,68 нг/мл (норма – 1,1-4,4), СКФ (по формуле MDRD) = 78 мл/мин. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь II стадия, риск ССО₄, НО. АД 155/90 мм рт. ст., пульс 62 уд/мин. Постоянно принимает бисопролол 5 мг 2 раз в сутки, аторвастатин 20 мг в сутки.

Задача 25.

Ребенок С. 4 года (вес 20 кг) поступил в пульмонологическое отделение Детской клинической больницы. Мама указывает на малопродуктивный кашель в течение 2 недель. Анамнез заболевания: Болен в течение 2 недель. Заболевание началось остро с повышения температуры тела до 38,4°C, слизистое отделяемое из носа, конъюнктивит, кашель. Амбулаторно получал противовирусную терапию. На фоне лечения состояние ребенка с отрицательной динамикой: усилился кашель, появилась одышка. Первичный осмотр в стационаре: ребенок в сознании, вялый. Кожные покровы бледные, влажные. Зев не гиперемирован. Температура 37,8°C. При аускультации дыхание жесткое, ритмичное, проводится во все отделы, рассеянные сухие хрипы с двух сторон. В общем анализе крови: лейкоциты - 20,5x10⁹/л, нейтрофилы - 69,1%, лимфоциты - 42,9%, моноциты - 9,3%, эозинофилы - 5,1%, эритроциты - 4,4x10¹²/л, гемоглобин - 116 г/л, тромбоциты – 284x10⁹/л, СОЭ - 20 мм/час. В биохимическом анализе крови СРБ 7,2 мг/л. Протокол рентгенологического исследования: Легочный рисунок сгущен медиально за счет периваскулярной и перибронхиальной инфильтрации. Очагово-инфильтративные изменения медиально справа, без четких контуров. Заключение: Ro-картина правосторонней пневмонии. Диагноз: Острая внебольничная правосторонняя очаговая пневмония. Дежурным врачом назначен Цефиксим 8 мл 1 раз в сут.

Задача 26.

Ребенок В., 11 лет, на осмотре у невролога в поликлинике предъявляет жалобы на частые головные боли, быструю утомляемость, повышенную раздражительность, нарушение сна с частыми ночными пробуждениями. Осмотр: Черепные нервы, двигательная система, рефлексы без патологии. Вегетативная нервная система: АД – 110/60 мм рт.ст., ЧСС – 70 уд/мин. Розовый дермографизм. Потоотделение – без особенностей. Поставлен диагноз: Расстройство вегетативной нервной системы по смешанному типу. Головные боли напряжения. Ребенок оформлен на лечение в отделение дневного стационара. Назначено лечение: этилметилгидроксипиридина сукцинат (мексидол) в/в струйно 2 мл 1 раз в день 10 дней; депротенинизированный гемодериват крови телят (актовегин) в/м 5 мл 10 дней; полипептиды коры головного мозга скота (кортексин) в/м 10 мг 1 р/д; гидроксизин (атаракс) 25 мг 2 р/д 10 дней.

Задача 27.

Ребенок К., 13 лет находится на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении с диагнозом "Хронический гастродуоденит, обострение. Дискинезия желчевыводящих путей. Реактивный панкреатит. Назначено лечение: алмагель по 2 ч.л. 2 р/д; фосфалюгель по 1 пакетик 2 р/д; омепразол 20 мг 1 р/д; панкреатин 25000 (креон) по 1 капсуле 4 р/д, урсофальк 250 мг 1 р/д на ночь. На 5 день терапии ребенок пожаловался на отсутствие стула в течение 3-х дней, тошноту. В связи с этим к терапии добавлен форлакс 1 саше 2 р/д.

Задача 28.

Женщина, 55 лет. Диагноз: Бронхиальная астма, смешанная форма, персистирующее течение, средней степени тяжести, неконтролируемая, обострение. ДН II. Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени, риск ССО₃. В течение месяца принимает следующую лекарственную терапию: формотерол в форме дозированного порошка по 1 дозе (9 мкг) 2 раза в сутки, аминофиллин в

таблетках по 150 мг внутрь 2 раза в сутки, сальбутамол в форме дозированного аэрозольного ингалятора по 2 дозы (200 мкг) по требованию, лизиноприл 5 мг внутрь 1 раз в сутки вечером, индапамид-ретард 1,5 мг внутрь 1 раз в сутки утром. На фоне проводимой фармакотерапии приступы одышки и сухого кашля беспокоят пациентку ежедневно, в том числе в ночные часы. В дневное время существенно ограничена физическая активность. По данным пикфлоуметрии ПСВ – 70% от должных величин, вариабельность ПСВ – 35%. Для купирования приступов больная ежедневно использует сальбутамол по 2 ингаляционные дозы (200 мкг) до 5 раз в сутки. В течение последних 2 недель отмечается повышение АД до 160/100 мм рт.ст., учащенное сердцебиение, тремор. При осмотре АД = 165/100 мм рт.ст., ЧСС = 92 удара в минуту, пульс ритмичный.

Задача 29.

Больной, 58 лет. Диагноз: Бронхиальная астма, смешанная форма, персистирующее течение, тяжелой степени, неконтролируемая. ДНП. ИБС. Стенокардия напряжения, ФК II. Гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени, риск ССО₃. В течение последних 2 лет обострения бронхиальной астмы отмечаются 2-3 раз в год. Пациент принимает следующие лекарственные препараты: салметерол/флутиказона пропионат в форме дозированного аэрозоля 25/250 мкг по 2 дозы 2 раза в день, фенотерол в форме дозированного аэрозоля по 2 дозы (200 мкг) по требованию, бисопролол 5 мг внутрь 1 раз в сутки утром, периндоприла аргинин 5 мг внутрь 1 раз в сутки вечером, нитроглицерин 0,5 мг сублингвально по требованию. В течение последних трех дней пациент отмечает учащение приступов одышки до 5 раз в сутки, в том числе в ночные часы, которые купирует приемом фенотерола. У больного имеется учащение ангиальных приступов. В дневное время физическая активность умеренно нарушена из-за одышки и болей в сердце.

Задача 30.

Больной, 72 года. Диагноз: Бронхиальная астма, смешанная форма, персистирующее течение, средней степени тяжести, неконтролируемая, обострение. ДНП. ИБС. Диффузный кардиосклероз. Фибрилляция предсердий, постоянная форма, тахисистолический вариант. Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени, риск ССО₃. НПА. ФКШ. Пациент получает следующую лекарственную терапию: аминофиллин в растворе 2,4%- 5 мл в/в капельно 1 раз в сутки, дексаметазон в растворе 0,004 - 1 мл в/в струйно 1 раз в сутки, формотерол/будесонид 4,5/160 мкг в форме дозированного порошка по 2 ингаляционные дозы 2 раза в сутки. Фенотерол в растворе 1 мл ингаляционно через небулайзер 2 раза в сутки, фенотерол в форме дозированного аэрозоля по 2 ингаляционные дозы (200 мкг) по требованию, дигоксин 0,25 мг по ½ таблетки 1 раз в день, лизиноприл 10 мг по 1 таблетке в сутки, аторвастатин 10 мг по 1 таблетке вечером, метопролола сукцинат (беталок ЗОК) по 50 мг 1 раз в день, варфарин 2,5 мг по 2 таб. 1 раз в день.

При осмотре отмечается пастозность голеней. При аускультации легких определяется жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы по всем легочным полям, ЧДД = 22 в минуту. При аускультации тоны сердца неритмичные, приглушены, ЧСС = 82 удара в минуту. Пульс – неритмичный, 72 в минуту, дефицит пульса – 10 уд/мин. АД=150/95 мм рт.ст. По данным ЭХО-КГ ФВ = 35%. МНО = 2,8. Биохимия крови: ОХС = 6,7 ммоль/л, ЛПНП = 3,0 ммоль/л. Из анамнеза известно, что у пациента за последний год отмечалось одно обострение бронхиальной астмы, приведшее к госпитализации.

Задача 31.

Пациент, 57 лет. Диагноз: ХОБЛ, группа В, GOLDIII, преимущественно эмфизематозный тип, фаза ремиссии. ДНП. Хроническое легочное сердце в стадии компенсации. Гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени, риск ССО₃. В течение последних 6 лет отмечает одышку при умеренной физической нагрузке, кашель со скудной слизистой мокротой. Два года назад при спирометрическом обследовании выявлены умеренные обструктивные нарушения (ОФВ₁ = 62%), поставлен диагноз ХОБЛ. В качестве поддерживающей терапии был назначен тиотропия бромид в форме порошка в капсулах 18 мкг, который пациент принимал нерегулярно, так как эффекта от терапии не ощущал. При одышке периодически принимает фенотерол/ипратропия бромид в форме дозированного аэрозоля (50/20 мкг/доза) по 2 ингаляционные дозы. За последний год отмечалось одно обострение, по поводу которого лечился амбулаторно. При

оценке выраженности симптомов ХОБЛ mMRC = 2 балла, САГ = 22 балла. Данные ФВД: Постбронходилатационный ОФВ₁ = 48% от должной величины, ОФВ₁/ФЖЕЛО₇. Проба с фенотеролом отрицательная. Регулярно принимает эналаприл по 10 мг 1 раз в день. При осмотре АД = 155/95 ммрт.ст, ЧСС = 76 ударов в минуту.

Задача 32.

Пациентка, 66 лет. Диагноз: ХОБЛ, группа D, GOLDIII, преимущественно смешанный тип, обострение. Эмфизема легких. Диффузный пульмосклероз. ДН II. Гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени, риск ССО₄. НПА. ФК II. Сахарный диабет, тип 2, целевой HbA1c <7,0%. Три года назад был поставлен диагноз ХОБЛ. В качестве поддерживающей терапии был назначен формотерол/будесонид в форме дозированного порошка (4,5/160мкг/доза) по 2 дозы 2 раза в день, фенотерол/ипратропия бромид в форме дозированного аэрозоля (50/20 мкг/доза) по 2 дозы для купирования одышки. Кроме того, регулярно принимает амлодипин 10 мг 1 раз в день вечером и индапамид-ретард 1,5 мг 1 раз в день утром, метформин по 500 мг 2 раза в день. В анамнезе: аллергия на амоксициллин. В течение последних двух лет обострения отмечаются ежегодно, при этом регулярно в связи с тяжестью состояния больная проходит лечение в стационаре. Последнее обострение спровоцировано ОРВИ. Отмечается повышение температуры тела до 38°C, выраженная одышка, кашель, появление слизисто-гноной мокроты. АД = 150/90 мм рт.ст. ЧСС = 85 ударов в минуту. ОАК: эритроциты – $4,45 \times 10^9$ /л, гемоглобин – 126 г/л, лейкоциты – 11×10^9 /л, сегментоядерные – 72%, палочкоядерные – 10%, эозинофилы – 1%, СОЭ – 17 мм/час. В биохимическом анализе крови глюкоза 6,5 ммоль/л, HbA1c=6,2%. Больная госпитализирована в пульмонологическое отделение, где ей были дополнительно назначены следующие препараты: аминофиллин в растворе 2,4% - 5 мл в/в капельно 1 раз в сутки, дексаметазон в растворе 0,004 - 1 мл в/в струйно 1 раз в сутки, фенотерол/ипратропия бромид в растворе (500/250 мкг/ мл) ингаляционно по 1 мл через небулайзер 2 раза в сутки.

Задача 33.

Пациент М., 46 лет, вес 98 кг, рост 174 см, находился на лечении в кардиологическом отделении с диагнозом: Артериальная гипертензия II ст., смешанной этиологии, риск ССО₃. Н0. Сопутствующий диагноз: МКБ, хронический пиелонефрит, фаза ремиссии, ХПН I. Остеохондроз грудного отдела позвоночника. Поступил с жалобами на выраженное головокружение, головную боль в затылочной области, мелькание мушек перед глазами. АД 165/100 мм рт.ст., ЧСС 85 уд/мин. Курит в течение 10 лет 2 пачки/сут. Из анамнеза: страдает повышением АД в течение 10 лет, максимальные цифры 170-180/100-110 мм рт.ст., постоянно гипотензивные препараты не принимает. ЭКГ: Ритм синусовый, правильный, ЧСС 85 уд/мин, нормальное положение ЭОС. ЭХО-КГ: Общая сократимость миокарда ЛЖ хорошая, полости сердца нормальных размеров, гипертрофия миокарда левого желудочка. При поступлении назначено: Tabl. Nifedipini 10mg 1 т. сублингвально однократно, Sol. Dibazoli 1% - 5 ml в/м однократно, Tabl. Enalapriili 5 mg 1 т. 1 р/д. Через 3 дня лечения жалобы сохраняются.

Задача 34.

Больная В., 84 года, вес 78 кг, рост 155 см, находится на госпитализации в кардиологическом отделении с диагнозом: ИБС, стенокардия напряжения, ФК III, ухудшение. Кардиосклероз диффузный. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. Артериальная гипертензия III ст., 2 степени, риск ССО₄. ХСН IIА, ФК II. Дискуляторная энцефалопатия III ст. с вестибуло-атакическим синдромом. Остеохондроз шейного отдела позвоночника с болевым синдромом. На момент госпитализации предъявляет жалобы на боли в области сердца давящего характера, иррадиирующие в область левой руки, преимущественно на фоне физической нагрузки; повышение АД до 175-180/100 мм рт.ст. 2-3 раза в неделю, что сопровождается головной болью, шаткостью при ходьбе, сильным головокружением. Обычные цифры АД 150-155/95 мм рт.ст. Постоянно принимает аспири-кардио 100 мг/сут, нитросорбид, лизиноприл 20 мг 1 р/сут. Кроме того,

жалуется на сильные боли в области шеи, иррадиирующие в правую руку. Б/х крови: глюкоза 5,4 ммоль/л, АСАТ 39 ед/л, АЛАТ 35 ед/л, мочевины 5,6 ммоль/л, креатинин 92 мкмоль/л, холестерин 6,0 ммоль/л, ЛПНП 3,2 ммоль/л, ТГ 1,5 ммоль/л, ЛПВП 1,2 ммоль/л. Б/х крови (в динамике) – без существенных изменений. ОАМ: плотность 108, белок отр., лейкоциты 1-2 в п/зрения, глюкоза отр. ОАК: Эр $4,63 \times 10^{12}$, Нб 108 г/л, Л7,5 $\times 10^9$, С 52%, П 2%, Л 26%, М3%, СОЭ 6 мм/ч. Назначено: Нолипрел-форте (Периндоприл 5 мг + Индапамид 2,5 мг) 1 т. 1 р/д, Бисопролол 5 мг 2 р/д, Симвастатин 20 мг 1 р/д, Моксонидин 2 мг 1 р/д, Нитросорбид 10 мг 2 р/д, Пирацетам 20% - 10 мл в/в 1 р/д, Кардиомагнил 75 мг 1 р/д, Диклофенак 3 мл в/м 1 р/д, Кеторолак 1 мл в/м 1 р/д. АД в динамике при поступлении 175/110 мм рт.ст., ЧСС 86 уд/мин, АД 140/90 мм рт.ст., ЧСС 65 уд/мин.

Задача 35.

Больная М., 64 года, наблюдается с диагнозом: ИБС, постинфарктный кардиосклероз, ХСН ПБ, III ФК по NYHA. Гипертоническая болезнь III ст., риск ССО₄. Сахарный диабет, 2 тип, целевой уровень HbA_{1c} < 7,5%. При осмотре на фоне приема препаратов АД 140/90 мм рт.ст., ЧСС 80 уд/мин, отмечается пастозность голеней, стоп. ЭХО-КГ: ФВ 45%. Б/х крови: клиренс креатинина 75 мл/мин, К⁺ 4,2 ммоль/л. Получает: Метопролола тартрат 25 мг 2 р/сут, Ацетилсалициловую кислоту 100 мг/сут, Аторвастатин 20 мг/сут, Гидрохлортиазид 50 мг 1 р/сут, Телмисартан 80 мг 1 р/сут, Метформин 500 мг 2 р/сут. В анамнезе у пациента возникновение сухого кашля на прием эналаприла.

Задача 36.

Больной 54 года, рост 174 см, вес 75 кг, в течение 5 лет страдает стенокардией напряжения. 2 года назад перенес инфаркт миокарда, в последнее время появились жалобы на одышку, утомляемость при обычной физической нагрузке. При осмотре АД 110/80 мм рт.ст., ЧСС 82 уд/мин, в легких дыхание жесткое в нижних отделах, хрипов нет, отеков нижних конечностей нет. Диагноз: ИБС, стенокардия напряжения, ФК II, кардиосклероз постинфарктный (ОИМ 2015 г.), ХСН ПА, ФК II. Биохимия крови: АСАТ 35 ед/л, АЛАТ 34 ед/л, креатинин 72 мкмоль/л, глюкоза 5,0 ммоль/л, ОХС 6,4 ммоль/л, ТГ 1,5 ммоль/л. Постоянно принимает аспирин 100 мг/сут, нитроглицерин по потребности 2-3 раза в неделю.

Задача 37.

Больная С., 67 лет, рост 176 см, вес 95 кг. Диагноз: ИБС, стенокардия напряжения ФК III, постинфарктный кардиосклероз (ОИМ 2008 г.). Гипертоническая болезнь III ст., риск ССО₄, ХСНПА, ФК III. Сахарный диабет типа 2, целевой уровень HbA_{1c} < 7%. Диабетическая полинейропатия нижних конечностей. При поступлении: жалобы на одышку при обычной физической нагрузке, слабость, боли в области сердца давящего характера, возникающие при физической нагрузке или эмоциональном напряжении. При осмотре АД 160/90 мм рт.ст., ЧСС 95 уд/мин, при аускультации дыхание жесткое в межлопаточной области, хрипов нет, отеков, пастозности голеней не отмечается. Во время пребывания в стационаре (12 койко-дней) пациентка получала ежедневно: Нитросорбид 10 мг 4 р/д., Спиринолактон 25 мг 3 р/д, Фуросемид 1% - 4 мл в/в, Торасемид 10 мг утром, Аспирин 100 мг 1 р/д, Эналаприл 10 мг 2 р/д, Биосулин Р подкожно в 7:00 - 14 ЕД, в 13:00 - 12 ЕД, в 19:00 - 12 ЕД; Биосулин Н подкожно в 7:00 - 10 ЕД, в 22:00 - 10 ЕД. Курсовой прием препаратов: Р-р Берлитион 300 МЕ в/в кап на 200 мл 0,9% NaCl 1 р/сут №7, Р-р Мексидол 4 мл в/в на 20 мл 0,9% NaCl 1 р/сут №7.

Задача 38.

Больная П., возраст 45 лет, вес 64 кг. Со слов больной 11.07.2016 ее укусила бродячая собака. Женщина была госпитализирована в хирургический стационар, ей провели обработку раны и ввели антирабическую сыворотку по схеме. Сразу после окончания введения первой серии инъекций появились жалобы на общую слабость, появление эритемы на месте введения препарата. Больная не сообщила врачу об ухудшении самочувствия, по настоятельной просьбе была выписана. Повторное введение антирабической сыворотки было произведено 15.07.2016 и 17.07.2016 г.

Амфотерицин В в/в капельно + 5% р-р глюкозы 400 мл, скорость 100 мл/час	+	+	+	+						
Анальгин 50% р-р 1,5 мл в/в струйно	+									
Димедрол 1% р-р 1,5 мл в/в струйно	+									
Ампициллин/сульбактам (Сультасин) 1,5 г 3 р/сут в/в струйно	+	+	+	+	+					
Ко-тримаксозол (Бисептол) 480 мг 2 раза в день 2 раза в недели (вторник, пятница)	+			+						
Температура тела	36,6°С	38,4°С	36,7	36,7°С						

Динамика лабораторных показателей:

21.02. мочевины – 6,7 ммоль/л, креатинин 75 мкмоль/л

22.02 мочевины – 6,9 ммоль/л, креатинин 110 мкмоль/л

24.02 мочевины – 12,8 ммоль/л, креатинин 180 мкмоль/л

Задача 42.

Пациент К., 17 лет, масса тела 78 кг, рост 180 см, поступил в больницу с жалобами на отеки, редкое мочеиспускание. Диагноз: Нефротический синдром. Общий анализ крови: Нб – 120 г/л, Эр – $4,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк. – $6,5 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 72%, э – 1%, л – 20%, м – 5%, СОЭ – 40 мм/час. Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, реакция – кислая, белок – 3,3 г/л, лейкоциты – 1-2 в п/з, эритроциты – отсутствуют. Биохимический анализ крови: общий белок – 49 г/л, альбумины – 50,1%, глобулины: альфа₁ – 3,7%, альфа₂ – 12%, бета – 9,9%, гамма – 24,3%, холестерин – 12,37 ммоль/л, калий – 4,23 ммоль/л, натрий – 144 ммоль/л, кальций – 1,8 ммоль/л, мочевины – 6,4 ммоль/л, креатинин – 100 мкмоль/л. Клиренс по эндогенному креатинину: 134 мл/мин. УЗИ органов брюшной полости: признаки гепатомегалии, диффузных изменений в печени, поджелудочной железе. ФЭГДС не проводилось, АТ к *Helicobacter pylori* отриц.

Назначено лечение:

Преднизолон 60 мг/сут (6 табл. в 7.00, 4 табл. в 11.00, 2 табл. в 14.00) с 10.04 по 18.04.16

Аспаркам 1 табл. 3 р/д с 10.04 по 18.04.16

Алмагель 15 мл 3 р/д после еды с 10.04 по 18.04.16

Омепразол 40 мг 1 р/д утром до еды с 10.04 по 18.04.16

Лактулоза внутрь 15 мл 1 р/д с 16.04 по 18.04

Задача 43.

Больной Л., 16 лет (масса тела 60 кг), находится в стационаре. Диагноз: Внебольничная пневмония с локализацией в нижней доле правого легкого, средне-тяжелое течение, ДН I. Заболел остро 4.03: появился озноб, повышение температуры тела до 38,8°С. В течение последующих 3 дней появились жалобы на сухой кашель, боли и тяжесть в правой половине грудной клетки, температура в пределах 38-38,7°С. Принимал противовирусные препараты (арбидол, ингавирин), жаропонижающие средства. В связи с отсутствием улучшения состояния, сохранением кашля, болей в грудной клетке и повышения температуры тела 7.03 обратился в поликлинику и был госпитализирован в пульмонологическое отделение. Рентгенография легких (7.03): признаки пневмонии нижней доли правого легкого. Общий анализ крови (7.03): Нб-145 г/л, лейкоциты 18×10^9 /л, эритроциты $4,5 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты 240×10^9 /л, п-12%, л-20%, нейтрофилы-74%, э-1%, м-3%, СОЭ 25 мм/ч.

Лист назначения

	март					
	7	8	9	10	11	12
Цефазолин 1г х 3 р/сут. в/в	+	+	+			

Амикацин 500мг х 1 р/сут в/в				+	+	+
Ибупрофен, табл. 200 мгвнутри при повышении Т тела свыше 38.5°C				+	+	+
Амброксол, сироп 15 мг/5 мл, 10 мл х 3 р/сут	+	+	+	+	+	+
t°тела	38.5	38.4	38.0	38.7	38.6	38.0
ЧСС	98	92		80	86	

Задача 44.

Больная З., 70 лет, вес 67 кг, диагноз: ИБС, аритмический вариант, пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, тахиформа. ХСН IIА. Пациент поступил в стационар в связи с возникновением пароксизма фибрилляции предсердий, длительность более 2-х суток. Дома принимал бисопролол 2,5 мг 1 р/сут, периндоприл 5 мг 1 р/сут, торасемид 10 мг 1 р/сут. При поступлении АД 110/80 мм рт.ст., ЧСС 110 уд/мин, PS 90 в мин. ОАК – без патологии. Б/х крови – ОХС 5,6 ммоль/л, ЛПНП 3,1 ммоль/л. В связи с нестабильными показателями гемодинамики принять решение о проведении экстренного восстановления ритма.

Назначено лечение:

- Р-р. Амиодарон 3 мл (450 мг) в/в капельно+р-р. глюкозы 5% 200 мл однократно
- Табл. Амиодарон 200 мг 3 р/сут в течение 5 дней, затем 200 мг 1 р/сут
- Р-р. Эноксапарин 0,2 мл 2 р/сут п/к 3 дня
- Табл. Аторвастатин 20 мг 1 р/сут
- Табл. Торасемид 10 мг 1 р/сут
- Табл. Эналаприл 5 мг 1 р/сут

Со первых суток пребывания в стационаре пациенту назначен варфарин 2 табл. 1 р/сут, через 3 дня приема препарата МНО=2,3, через 5 дней – МНО=3,5. На фоне лечения – восстановление ритма на 1-е сутки пребывания в стационаре, состояние стабильное, с положительной динамикой. На 5-е сутки пребывания в стационаре в связи с развитием острого респираторного заболевания принимал ибупрофен 200 мг 3 раза в день. На 7-е сутки пребывания в стационаре отмечается возникновение гематурии, что стало причиной отмены варфарина. Показатель МНО на фоне развития гематурии – 5,6.

Задача 45.

Пациентка В., 67 лет, находится на госпитализации в урологическом отделении с диагнозом: МКБ, конкремент правой почки, хронический калькулезный пиелонефрит, обострение. ХПН I. В анамнезе гипертоническая болезнь II ст., риск ССО₃. Постоянно принимает лизиноприл 10 мг 1 р/сут. Со слов больной, АД на фоне лечения снижается до 130-135/85 мм рт.ст.

В стационаре назначено лечение: амикацин в/в 1 г. 1 р/сут, р-р. кеторолак в/м 1 мл 2 р/сут ежедневно, дротаверин в/м 2 мл 2 р/сут, инфузионная терапия – реамберин 500 мл ежедневно. При поступлении в биохимическом анализе крови креатинин 120 мкмоль/л (норма 44-97 мкмоль/л), в ОАК – лейкоциты 12×10^9 /л, П-12%. В ОАМ – лейкоциты 60-80 в п/зрения, бактериурия. Посев мочи – E.coli 10^8 КОЕ, ампициллин R, цефтазидим S.

На фоне проводимого лечения на 4-е сутки состояние с положительной динамикой, отмечается уменьшение болевого синдрома, нормализация показателей ОАК, исчезновение бактериурии. На 5-е сутки госпитализации возникли изменения в биохимическом анализе крови – креатинин крови увеличился до 350 мкмоль/л. Отмечено повышение АД до 160/100 мм рт.ст. на фоне приема лизиноприла в прежнем режиме дозирования.

Задача 46.

Больная Г., 57 лет, вес 95 кг, рост 170 см. Диагноз: Гипертоническая болезнь II ст., риск ССО₃, ХСН I. Сопутствующие заболевания: СД 2 типа, декомпенсация, целевой уровень HbA1c<7,0. Хронический подагрический полиартрит, вне обострения с преимущественным поражением суставов стопы, II рентгенологическая стадия, ФН II ст., нефролитиаз.

Постоянно принимает комбинированный препарат в состав которого входит ателолол 50 мг и амлодипин 5 мг 1 таб 1 р/сут, гидрохлортиазид 25 мг 1 р/сут, аторвастатин 10 мг 1 р/сут, метформин 500 мг 2 р/сут. При осмотре АД 140/90 мм рт.ст., ЧСС 60 уд/мин. Б/х крови: глюкоза

8,2 ммоль/л, креатинин 67 мкмоль/л, АСАТ 140 ЕД/л, АЛАТ 168 ЕД/л, ОХС 6,5 ммоль/л, ЛПНП 3,7 ммоль/л, ТГ 1,2 ммоль/л, мочевая кислота 410 ммоль/л, HbA_{1c} 7,5%.

Задача 47.

Больной К., возраст 55 лет, вес 100 кг, рост 175 см, находился в гастроэнтерологическом отделении с диагнозом: Цирроз печени, декомпенсация. Синдром портальной гипертензии, асцит, синдром цитолиза, синдром холестаза. Хроническая печеночно-клеточная недостаточность 2 ст. Хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью, умеренное обострение. Ожирение 1 ст. Гипертоническая болезнь II ст., риск ССО₃. ХПН I. Дисциркуляторная энцефалопатия.

При поступлении б/х крови: глюкоза 5,1 ммоль/л, АСАТ 23 ед/л, АЛАТ 79 ед/л, билирубин связанный 33 ммоль/л (норма 0,4-5,1), общий 54 ммоль/л (норма 0-21), ЩФ 369 ммоль/л (норма 40-129), ГГТ 221 ммоль/л (норма 11-55), креатинин 175 мкмоль/л (норма 44-100 мкмоль/л), общий белок 60 г/л (норма 64-85), альбумин 28 г/л (норма 34-48), протромбиновый индекс – 24%, калий сыворотки – 6,5 ммоль/л.

Назначено лечение: верошпирон 100 мг 2 р/сут, панкреатин по 2 табл. 3 р/сут во время еды, омепразол 20 мг 2 р/сут за 30 мин до еды, амлодипин 10 мг 1 р/сут утром, адеметеонин 400 мг в/в капельно 2 р/сут, лактулоза сироп 30 мл 2 р/сут.

Задача 48.

Больной М., 82 года, диагноз: ИБС, кардиосклероз атеросклеротический и постинфарктный (ОИМ в 2011 г.), стенокардия напряжения, ФК II, постоянная форма фибрилляции предсердий. Гипертоническая болезнь III ст., риск ССО₄, ХСН IIБ. Данные ЭХО-КГ: ФВ 37%, акинез переднебоковой стенки левого желудочка (рубцовые изменения).

Амбулаторно постоянно принимает лизиноприл 10 мг 1 р/сут, розувастатин 10 мг/сут, дигоксин по 1/2 таб. 2 р/сут (ВСД 0,25 мг/сут), нитроглицерин по потребности (1-2 раза в неделю), ацетилсалициловая кислота 100 мг, нифедипин короткого действия 10 мг под язык при повышении АД свыше 180/100 мм рт.ст. (со слов пациента принимает 3-4 раза в неделю, пульс при это не превышает 60-65 уд/мин, давление при использовании нифедипина снижается быстро до 110/70 мм рт.ст.), доксазозин 8 мг 1 р/сут утром (ВСД 16 мг 1 р/сут), феназепам 0,5 мг на ночь (со слов больного – для уменьшения бессонницы), фуросемид 40 мг 3 раза в неделю через день.

Задача 49.

Больная Г., 57 лет, вес 78 кг, рост 170 см. Диагноз: ИБС, аритмический вариант, частая наджелудочковая экстрасистолия. Гипертоническая болезнь III ст., риск ССО₄, ХСН I. Сопутствующие заболевания: Бронхиальная астма, персистирующее течение, ремиссия.

Постоянно принимает метопролол сукцинат 100 мг 1 р/сут, дилтиазем 90 мг 2 р/сут, эналаприл 10 мг 2 р/сут, аторвастатин 20 мг 1 р/сут вечером, клопидогрел 75 мг 1 р/сут на ночь, симбикорт турбухайлер 80 мкг+4,5 мкг ингаляционно по 1 дозе 2 раза в сутки. При осмотре АД 135/80 мм рт.ст., ЧСС 55 уд/мин. Б/х крови: глюкоза 5,2 ммоль/л, креатинин 60 мкмоль/л, ОХС 4,5 ммоль/л, ЛПНП 2,3 ммоль/л, ТГ 1,2 ммоль/л. В остальном – без особенностей.

Задача 50.

Больная Г., 64 года, вес 85 кг, рост 169 см. Диагноз: Гипертоническая болезнь III ст., кризовое течение, риск ССО₄, НО. СД 2 типа, субкомпенсация, целевой уровень HbA_{1c} < 7,0. Постоянно принимает периндоприл 8 мг 1 р/сут вечером, индапамид 1,5 мг 1 р/сут утром, кандесартан 16 мг 1 р/сут утром, спиронолактон 25 мг 2 р/сут, метформин 1000 мг 2 р/сут. На фоне приема препаратов АД 150-140/90 мм рт.ст., ЧСС 65 уд/мин. Повышение АД до 180-200/100 мм рт.ст. отмечает 2-3 раза в неделю, связывает с изменением погоды и эмоциональным волнением. При повышении АД обычно принимает каптоприл 25 мг сублингвально. В день обращения у больной резко

повысилось АД свыше 200 мм рт.ст., что сопровождалось головной болью и ощущением слабости, в связи с чем вызвала скорую помощь. При осмотре бригадой скорой помощи АД 210/120 мм рт.ст., ЧСС 95 уд/мин. Введено 10 мл раствора магния сульфата в/в на 10 мл физиологического раствора, сублингвально назначен нифедипин 10 мг. На фоне лечения АД через 30 мин после приема препаратов 120/70 мм рт.ст., ЧСС 110 уд/мин, больная отмечает заторможенность и резкую слабость.