



VI МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ТУРНИР (русскаяязычная лига)

ЗАДАЧИ ЗАОЧНОГО ЭТАПА

Для участия в заочном этапе турнира необходимо прислать решения **не менее двух задач** из трех предложенных (на Ваш выбор). В случае, если команды решили все три задачи, суммарный балл считается по двум задачам с наиболее полным решением.

Требования к оформлению:

- I. Решение каждой задачи должно быть представлено в виде двух документов:
 1. презентация краткого решения в формате **PowerPoint** (.ppt/pptx/pdf), не более 10 слайдов;
 2. расширенное решение с обоснованиями и комментариями в формате **MicrosoftOffice** (.doc/docx/pdf), не более 6 страниц (A4, 1,0 интервал, Times New Roman, 12 кегль, выравнивание по ширине). В расширенном решении должен быть указан список литературы.
- II. Название всех файлов указывается в формате: **“номер задачи”_“название команды”**.
- III. Текст задач и презентация не должны содержать название команды или символики, указывающей на принадлежность решения к определенному университету или городу в целях обеспечения анонимности проверки заочного этапа.

Решение задач присылать на адрес rus.medtourn@gmail.com.

Крайний срок подачи решения - **11 февраля 2019 года 23:59** по московскому времени.

Задача №1

Пациентка Л., 56 лет, поступила в отделение с **жалобами** на отеки лица и нижних конечностей, общую слабость.

Анамнез заболевания: Появление прогрессирующих отеков отмечает на протяжении 2-х месяцев, возможно, со слов пациентки, после перенесённой острой респираторной вирусной инфекции. На приём фуросемида первоначально отмечала умеренный положительный эффект, в дальнейшем утраченный даже на повышенные дозы диуретика. На амбулаторном этапе по результатам общего анализа мочи выявлена протеинурия 3-3.5 г/л.

Анамнез жизни: Наследственность: родители живы, у матери – артериальная гипертензия (гипертоническая болезнь), сын здоров.

Артериальная гипертония более 15 лет. Адаптирована к артериальному давлению (АД) 130-140/80-90 мм.рт.ст., максимальное АД=170/100 мм.рт.ст. Постоянно принимает: таблетки Престариум¹ 5 мг 1 раз в день, таблетки Метопролол 50 мг в сутки с достижением целевых значений АД.

Хронический холецистит в течение многих лет. Более 20 лет назад проводилась дегельминтизация хлорсиксом по поводу описторхоза.

Status presents communis: состояние средней тяжести. Рост – 164 см, вес – 70 кг. Отмечаются параорбитальные отеки, отеки нижних конечностей симметричные до уровня верхних третей голени. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений=68 в мин., АД на обеих руках 140/85 мм.рт.ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены.

Параклинические данные:

ОАК: Leu-8.7*10⁹/л, Eг-4.02*10¹²/л; Hb-120 г/л; Эозинофилы-1%, Палочкоядерные -2%, Сегментоядерные -53%, Лимфоциты -40%, Моноциты -4%, Тг-320*10⁹/л; СОЭ - 22 мм/ч.

ОАМ: удельный вес - 1020; реакция - кислая; белок- 4,5 г/л; глюкоза-0; Leu 2-4 в поле зрения, Eг 0-1 в поле зрения, эпителий плоский единичный в поле зрения.

Суточная протеинурия: 5,2 г/сут.

Уропротеинограмма: низкоселективная протеинурия. Посев мочи – роста микрофлоры нет.

Анализ мочи по Нечипоренко: Leu-2300/мл; Эп-1000/мл.

Биохимический анализ крови: калий – 5,2 ммМ/л, мочевины – 8,1 ммМ/л, креатинин – 98 мкмМ/л, общий белок 58 г/л, альбумин 25 г/л, общий холестерин 7,5 ммМ/л, триглицериды 2,5 ммМ/л.

УЗИ органов брюшной полости и почек: признаки хронического холецистита, признаки сладжа в желчном пузыре; в правой доле печени - 2 очаговых образования, предварительно расцененные как гемангиомы.

Катамнез: на основании клинико-биохимических данных был установлен предварительный диагноз хронического гломерулонефрита. Для определения морфологического варианта проведена биопсия почки, но получен скудный клеточный состав, не позволяющий установить диагноз.

¹ МНН: периндоприл

Учитывая прогрессирующее протеинурии, гипопроteinемии, отечного синдрома, начата терапия преднизолоном с постепенным увеличением дозы с 30 до 60 мг без отчетливого клинического эффекта и положительной динамики анализов.

Через 16 дней пребывания в клинике у пациентки внезапно появилась интенсивная боль в левой половине живота, потребовавшая экстренного полостного оперативного вмешательства. В послеоперационном периоде, несмотря на постепенную отмену глюкокортикоидов, прослеживалась отчетливая положительная динамика отечного синдрома и протеинурии, с полным их разрешением в течение месяца после операции.

Задание:

1. Предположительный диагноз пациентки. Какой, на Ваш взгляд, наиболее вероятный вариант морфологических изменений? Обоснуйте свой ответ.
2. Возможные механизмы развития патологии почек в данном случае.
3. Рекомендации по дальнейшей тактике обследования и лечения пациентки.

Задача №2

Мальчик 1,5 месяца, со слов матери **жалобы** на недостаточную прибавку массы тела, снижение аппетита, беспокойство. Какие-либо другие жалобы отсутствуют.

Из анамнеза стало известно, что ребенок родился от 2-й беременности, 2-х родов. Старшему ребенку 15 лет. Настоящая беременность протекала с признаками плацентарной недостаточности на 11–19 неделях, анемии, острой вирусной кишечной инфекции на 7–8 неделях беременности. Роды путем кесарева сечения на 40 неделе, масса при рождении 3890 г, рост 53 см.

До 2 недель ребенок вскармливался материнским молоком, потом из-за проблем со здоровьем матери (инфекционное заболевание) мальчик переведен на искусственное вскармливание. Вначале получал смесь [Similac Premium 1](#), позднее участковым педиатром рекомендована смесь [NAN «Тройной комфорт»](#), которую ребенок получает к моменту обращения к специалисту.

Со слов матери, на 1-м месяце жизни ребенок съедал по 100–120 мл смеси 7–8 раз в день, хорошо прибавлял. Однако, начиная с 6 недели жизни кал стал разжиженный, оливкового цвета, с тяжами слизи, единичными прожилками алой крови. Мать отметила, что ребенок стал беспокоен, «вертится» при кормлении, бросает соску и снова ее берет. При этом объем высасываемой смеси уменьшился до 70–80 мл на одно кормление. Прибавка массы тела прекратилась.

Объективный осмотр: состояние расценено как относительно удовлетворительное, малыш активен, адекватно реагирует на осмотр, пытается улыбаться. Масса тела 4550 г, рост 57 см. Кожа обычной розовой окраски, эластична, с отличным тургором. Полость рта чистая, язык немного у корня обложен белым налетом. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание через нос свободное, при аускультации – пуэрильное. Патологических шумов со стороны сердца и легких при выслушивании не выявлено. Живот увеличен в размерах, вздут, пальпируются петли кишечника, наполненные газом, эпизодически наблюдается бульканье. При пальпации ребенок вертится и пытается отодвинуться от пальпирующей руки. Печень не увеличена. Анальная область гиперемирована, не отечна.

При осмотре подгузника: кал жидкий, полностью всосался в ткань подгузника, цвет – темно-оливковый, прожилки слизи и единичные прожилки крови, запах – резкий, кисловатый.

Результаты обследования:

Копрограмма – консистенция неоднородная, жидкая, рН 5,2, детрит, лейкоциты 10–20 в поле зрения, эритроциты 5–10 в поле зрения, нейтральный жир +, мыла ++.

Общий анализ крови: $Eg\ 4,85 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 135 г/л, цветовой показатель крови 0,83, лейкоциты – $7,2 \cdot 10^9/л$, СОЭ = 7 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельный вес 1015, лейкоциты 2–3 в поле зрения, эритроциты 0–1 в поле зрения, оксалаты +, эпителий плоский 2–3 в поле зрения.

Заключение невропатолога: последствия внутриутробной гипоксии, усилен тонус сгибателей, повышены сухожильные рефлексy.

Задание:

1. Что стало причиной нарушения вскармливания младенца, почему объем высасываемой смеси уменьшился: составьте патогенетическую парадигму.
2. Какие дополнительные обследования позволят диагностировать заболевание?
3. Составьте план вскармливания и лечения данного ребенка с учетом выявленной патологии.

Задача №3

Пациент 55 лет, мужчина поступил в кардиологическую реанимацию городской больницы в связи с болями за грудиной в 20:30.

Жалобы: на момент осмотра жалуется на боли за грудиной сжимающего характера, сильные боли в пояснице, отдающие в правое бедро.

Анамнез заболевания: анамнез собран со слов пациента, его жены. В течение 10 лет у пациента повышается артериальное давление (АД) до 180/110 мм.рт.ст, в течение последних двух лет регулярно принимает лизиноприл, амлодипин. Ранее болей в груди при физической нагрузке и в покое не было. Сегодня пациент находился на работе – доставка пиццы, внезапно в 18:45 появилась интенсивная режущая боль в области поясницы, отдающая в правую ногу, затем сжимающая боль за грудиной. По этому поводу вызвал 03. Показатели гемодинамики в листе 03 не указаны. Догоспитальное пособие не описано. Пациент доставлен в приемный покой, осмотрен неврологом, хирургом, госпитализирован в кардиореанимацию с ишемической болезнью сердца (ИБС): *Острый коронарный синдром (ОКС) без подъема сегмента ST.*

Анамнез жизни:

Аллергию на лекарственные средства отрицает. Перенесенные острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, сахарный диабет, язвенную болезнь, туберкулез, гепатиты отрицает. В анамнезе паховая грыжа. Страдает мочекаменной болезнью, более 20 лет назад со слов жены был приступ почечной колики.

Объективно: Состояние тяжелое. В сознании, контактен. Возбужден. Пациент мечется от боли. Телосложение правильное, питание - нормальное. ИМТ 24 кг/м². Т°С- 36,6. Кожные покровы обычной окраски и влажности, теплые. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненные при пальпации. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шумов не выслушиваю. АД - 170/110 мм.рт.ст, частота сердечных сокращений (ЧСС) - 60 в минуту. Дыхание – проводится симметрично, жесткое, хрипов не выслушиваю. Частота дыхательных движений - 17 в минуту. SaO₂ – 97%. Над аортой, почечными артериями шумов нет. Пульсация на артериях нижних конечностей сохранена, симметричная. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный. Печень не увеличена. Симптомы натяжения отрицательные. Пальпация в области остистых отростков поясничных позвонков несколько болезненная. Периферических отеков нет.

ЭКГ: Синусовый ритм ЧСС=70 ударов в минуту, признаки гипертрофии левого желудочка, нарушение процессов реполяризации в передней стенке левого желудочка.

Лабораторные данные – Анализы и обследования:

Биохимия крови	
КФК, Ед/л	322
КФК-МВ, Ед/л	15,6
Мочевина, ммоль/л	4,99
Креатинин, мкмоль/л	85

К, ммоль/л	3,86
Na, ммоль/л	143,3
СКФ, мл/кг/1,7 м ²	80
АСТ, Ед/л	20,6
АЛТ, Ед/л	16,1
Глюкоза крови, ммоль/л	6,55
Тропонин I, нг/мл, норма - 0-0,1 нг/мл	0
Общий холестерин, ммоль/л	3,77
Общий белок, г/л	61,9
Общий билирубин, ммоль/л	14,4
Прямой билирубин, ммоль/л	3,77
Амилаза, Ед/л	85,1
ОАК	
Эритроциты, *10 ¹² /л	3,93
Гемоглобин, г/л	126
Гематокритное число, %	36,3
Тромбоциты, *10 ⁹ /л	186
СОЭ, мм/ч	4
Лейкоциты, *10 ⁹ /л	10,36
Нейтрофилы, %	83
Лимфоциты, %	10,4
Моноциты, %	6,3
Эозинофилы, %	0,1
Базофилы, %	0,2

Коагулограмма: АЧТВ – 34 сек, фибриноген 2,0 г/л, МНО – 1,05.

ОАМ: белок - 0,49 г/л, удельный вес - 1030, лейкоциты 1-12 в поле зрения, эритроциты - 3-4 в поле зрения, цилиндры гиалиновые - 5-6, эпителий плоский - 4-10 в поле зрения.

Группа крови А (II) Rh отрицательный.

На основании анамнеза и данных первичного обследования **предварительный диагноз:**

ИБС: Острый коронарный синдром, без подъема сегмента ST. Острая сердечная недостаточность Killip I

Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, риск 4, ухудшение течения. Осложненный гипертонический криз.

Дорсопатия поясничного отдела позвоночника, синдромом люмбаишалгии.

Мочекаменная болезнь. Почечная колика?.

Задание:

1. Проведите дифференциальную диагностику. Какой диагноз предполагаете Вы?
2. Какие исследования необходимо срочно выполнить.
3. Опишите тактику ведения пациента.
4. Какую опасность несет назначение стандартной терапии ИБС: ОКС.