

ЗАДАЧА № 1.

Больная А., 63 лет страдает сахарным диабетом в течение 12 лет. Постоянно соблюдает диету, регулярно лечится (сначала манинилом, а последние два года – диабетоном), самочувствие было хорошим. Три дня назад, после того как поела яблоки (по мнению больной опрыснутые инсектицидами), у нее появилась тошнота, рвота, затем начался понос. Два дня к врачу не обращалась, но состояние прогрессивно ухудшалось – продолжалась рвота, не прекращался профузный понос. На 3-ий день вызвала врача скорой мед.помощи.

В приемном покое определили уровень сахара крови – 36 ммоль/л и сахара мочи – 6%, не обнаружили ацетона в моче, запаха ацетона в выдыхаемом воздухе и кетонемии, исключили инфекционную патологию. В процессе обследования состояние больной резко ухудшилось, усилилась жажда, возникла сонливость, начались судороги мышц конечностей, и через несколько минут больная потеряла сознание.

Объективно: Отмечалась резкая сухость кожных покровов, запавшие глазные яблоки, мягкие на ощупь; сухой язык. Тахикардия до 130 в минуту; АД=60/40 мм рт.ст. Глухие тоны сердца. Ослабленное везикулярное дыхание. Запаха ацетона нет. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени на 4 см. выступает из-под края реберной дуги.

Дополнительные исследования: Глюкоза крови – 56,6 ммоль/л; глюкоза мочи – 11%, реакция на ацетон отрицательная.

Больной начата терапия инсулином, регидратационная терапия, но через 20 минут больная скончалась.

Вопросы:

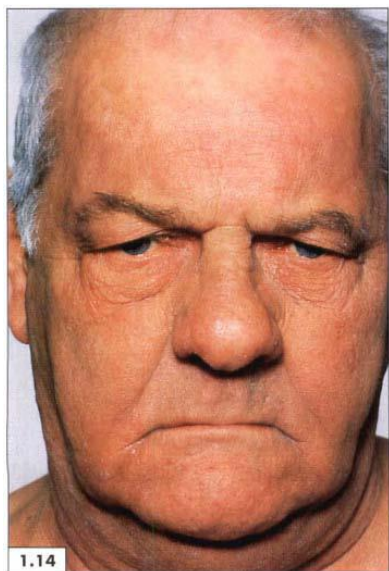
1. Определите характер комы у больной. Назовите полный диагноз.
2. Что спровоцировало развитие комы?
3. Каков патогенез данного осложнения?
4. Какие методы оценки состояния инкреторной функции поджелудочной железы необходимо было провести данной пациентке?
5. Какой должна быть неотложная терапия при данном состоянии в соответствии со стандартами лечения больных с данной патологией?

ЗАДАЧА № 2.

Больной М., 54 лет, жалуется на быструю утомляемость, снижение памяти, сонливость, зябкость, запор, увеличение веса, снижение слуха, охриплость голоса.

Анамнез: Указанные жалобы возникли 6 лет назад, без видимой причины и развивались постепенно. За это время вес увеличился с 76 до 118 кг, рост – 165 см. В анамнезе повторные ангины.

Объективно: Кожа сухая, шелушащаяся, холодная на ощупь. Лицо одутловатое, бледное. Кисти пастозны. На нижних конечностях плотный отек. Распределение жировой клетчатки равномерное. Пульс 53 в минуту, ритмичен. АД=100/80 мм рт. ст. 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. Дыхание везикулярное, равномерно ослаблено. Живот увеличен за счет жировой клетчатки и вздутия. Пальпация его безболезненна. Печень на 1 см ниже реберной дуги. Пальпируется перешеек и обе доли щитовидной железы, больше правая; железа плотная, безболезненна.



Общий анализ крови: гемоглобин 96 г/л.

Общий анализ мочи без патологии.

Холестерин крови 8,8 ммоль/л. Общие липиды 10,2 г/л.

ТТГ: 14 мкмоль/л, **св. Т4** - 6 пмоль/мл, **анти-ТПО**- 364 Ед.

Вопросы:

1. Роль тиреоидных гормонов в организме.
2. Поставьте и обоснуйте Ваш диагноз.
3. Назначить необходимые дополнительные обследования.
4. Определить лечебную тактику соответствии со стандартами лечения больных с данной патологией.

ЗАДАЧА № 3.

Больной Н., 32 лет доставлен в больницу в тяжелом состоянии. Заторможен, с трудом указывает на выраженную сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание, боль в животе, резкую слабость.

Анамнез: Со слов родственников выяснено, что в течение последних 7 лет страдает сахарным диабетом, лечится инсулином, но не регулярно, а последние три дня инсулин не получал, так как уезжал в командировку. Режим питания соблюдал нерегулярно, ранее наблюдались эпизоды кетоацидоза и гипогликемии.

Объективно: Состояние тяжелое, в постели пассивен. Питание понижено. Кожа сухая, бледная, тургор ее понижен, видны следы расчесов, трофические изменения в области голеней. Дыхание глубокое, шумное, запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Зрачки сужены; тонус мышц снижен. Язык обложен налетом коричневого цвета. Пульс 96 в минуту слабого наполнения; АД=100/60 мм. рт. ст. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы, тоны сердца значительно приглушены. В легких везикулярное дыхание. При пальпации органов брюшной полости резкая болезненность по всему животу, край печени на 3 см ниже реберной дуги, эластичен. Сухожильные рефлексы резко ослаблены. В процессе обследования больной потерял сознание.

Общий анализ крови: Hb 146 г/л, лейкоциты – $10,6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 24 мм/час.

Гликемия 46 ммоль/л. **Калий плазмы** – 3,2 ммоль/л, **креатинин крови** 142 мкмоль/л, **общий билирубин** 26,8 мкмоль/л (прямой – 18,8 мкмоль/л).

Сахар мочи - 7,6%, **ацетон мочи** (+++), кетоновые тела сыворотки 5,8 ммоль/л.

ЭКГ: смещение сегмента ST_{V1-V5} ниже изолинии на 0,5 мм, удлинение Q-T, увеличение зубца U.

Вопросы:

1. Поставить диагноз заболевания.
2. Чем обусловлена декомпенсация обмена веществ?
3. Расскажите патогенез данного осложнения.
4. Как трактовать изменения на ЭКГ?
5. Назначить неотложную терапию со стандартами лечения больных с данной патологией.

ЗАДАЧА № 4.

Больной М., 38 лет, жалуется на периодические головные боли, сопровождающиеся сердцебиением, эмоциональным возбуждением, чувством голода, тремором и повышением артериального давления. После приступа отмечает выделение большого количества светлой мочи.

Анамнез: приступы возникают при физическом напряжении (быстрая ходьба, подъем тяжестей), длятся несколько минут и самостоятельно проходят. Вначале они наблюдались редко (раз в 2-3 месяца), затем участились, стали тяжелее и в последнее время возникают ежедневно. За время болезни похудел на 7 кг.

Объективно: рост 172 см, масса тела 74 кг. Пульс 72 уд. в минуту, ритмичный. АД=140/90 мм рт. ст. Границы сердца в норме. Тоны умеренно приглушены. В лёгких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Однако при глубокой пальпации живота у больного возник приступ сердцебиения, удушья, чувства стеснения в груди, сильной распирающей головной боли. Отмечалось набухание шейных вен, ознобopodobный тремор, гипергидроз, бледность кожных покровов, широкие зрачки, одышка, больной был возбуждён. Пульс 140 уд. в минуту, ритмичный. ЧД=26 в мин. АД повысилось до 240/140 мм рт. ст. Температура тела повысилась до 37,5 °С.

Срочно больному введён фентоламин в дозе 10 мг в/в. Через 5 минут самочувствие улучшилось, больной постепенно успокоился. АД снизилось до 150/85 мм рт. ст. Развилась резкая слабость, полиурия.

Вопросы:

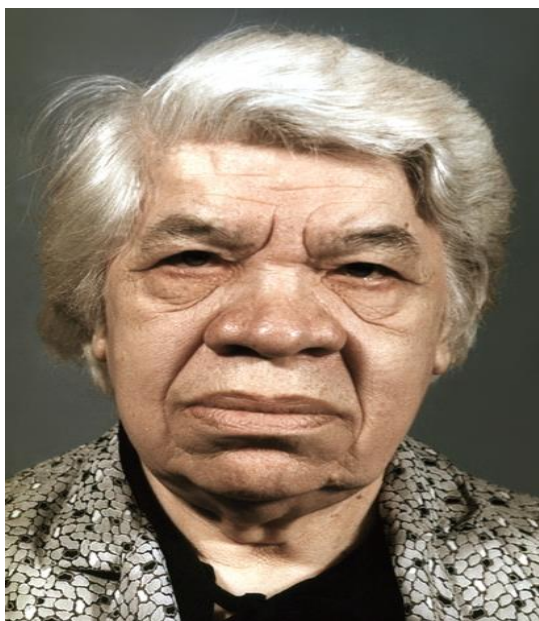
1. Роль катехоламинов в организме.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Какое обследование, в том числе функциональные пробы, необходимо провести в соответствии со стандартами диагностики?
4. Ваша тактика лечения с позиций доказательной медицины со стандартами лечения больных с данной патологией?

ЗАДАЧА № 5.

Женщина, 48 лет, поступила с жалобами на упорные головные боли, изменение внешнего вида: увеличение размеров носа, стоп, кистей, головы.

Анамнез: заболевание развивалось постепенно. В 40-летнем возрасте прекратились месячные.

Объективно: состояние удовлетворительное, рост 162 см, масса тела 76 кг.



Массивная, выступающая вперед нижняя челюсть, увеличен нос (особенно крылья носа) и надбровные дуги. Отеки параорбитальной области, губ, языка. Редкие зубы, прогнатизм. Кисти и стопы увеличены в ширину, утолщены пальцы. Кожа пористая, сальная, влажная. Широкая грудная клетка, утолщены ребра, ключицы. Пульс 90 в минуту, ритмичный. АД=150/95 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, акцент второго тона на аорте

Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Роль соматотропного гормона в организме.
3. Какие исследования необходимо провести для его подтверждения?
4. Какие методы топической диагностики пораженного органа необходимо провести данному пациенту?
1. Какое назначить лечение с позиций доказательной медицины со стандартами лечения больных с данной патологией.

ЗАДАЧА № 6.

28 летняя больная госпитализирована для обследования.

Жалобы на общую слабость, особенно к концу дня; быструю утомляемость; потерю аппетита; тошноту; повышенную потребность в соленой пище; похудание; боли в мышцах; потемнение кожи; головокружение, особенно при перемене положения тела.

Анамнез: Больна в течение нескольких месяцев; указанные симптомы постепенно нарастают. За время болезни потеряла в весе 10 кг. Обследовалась для исключения рака желудка, тщательное обследование не подтвердило наличия новообразования.

Объективно: состояние больной средней тяжести.



покровы пигментированы, имеют дымчато-бронзовую, золотисто-коричневую окраску, особенно на открытых участках тела и в области локтевых и коленных сгибов. Участки гиперпигментации имеются в около сосковых зонах и на слизистой оболочке полости рта.

Мышцы гипотрофичны. Снижен тургор и эластичность кожи. Рост=160 см, вес=50 кг. АД=85/50 мм рт.ст. Пульс ритмичный, 80 в 1 мин, слабого наполнения и напряжения. Границы сердца уменьшены. Тоны сердца глухие, мягкий систолический шум на верхушке. Живот мягкий, незначительная болезненность при пальпации мышц брюшной стенки. Печень, селезенка не увеличены. Склонность к диарее. ЭКГ: низкий вольтаж зубцов, удлинение интервала Р-Q, признаки гиперкалиемии.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие клинические особенности дефицита минералокортикоидов?
3. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. С помощью каких тестов возможно провести оценку функционального состояния пораженного органа?
5. Какое необходимо назначить лечение с позиций доказательной медицины со стандартами лечения больных с данной патологией?

ЗАДАЧА № 7.

Больная, 33 года, доставлена в стационар с жалобами на слабость, головокружение, частую непрерывную рвоту, жидкий стул без крови и слизи 4 раза за последние три часа.

Анамнез: Последний год отмечает нарастающую слабость. Последние 3 дня состояние ухудшилось: присоединились тошнота, рвота. Утром появился жидкий стул, затем она почувствовала головокружение, упала, но сознание не теряла. Вызвала скорую помощь и была доставлена в стационар. По анамнезу месячные были 28 дней назад, обычные.

Объективно: Сознание ясное. Больная астенического телосложения. Кожа влажная, темная, особенно в местах трения одеждой (на шее, на поясе).



Дыхание ритмичное, 22 в минуту. В легких без патологии. Пульс на лучевой артерии нитевидный, АД=50/30 мм рт.ст. Тоны сердца глухие, ритмичные. Язык суховат, обложен. На слизистой щек небольшие темные пятна. Живот мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: гемоглобин 100 г/л, эритроциты $3,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $5,8 \times 10^9/л$, э-4, п-6, с-68, л-28, м-4, СОЭ 6 мм/час. **Анализ кала:** единичные лейкоциты, эритроцитов нет.

Рентгеноскопия органов грудной клетки: в легочной ткани в верхних отделах - плотные петрифицированные очаги. Других изменений нет. Сердце без изменений.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Расскажите анатомические особенности пораженного органа.
3. Роль глюкокортикостероидных и минералокортикостероидных гормонов в организме.
4. Какие исследования следует назначить для подтверждения диагноза?
5. Какие функциональные пробы следует провести для подтверждения диагноза?
6. Какую терапию следует начать немедленно?
7. Назначьте заместительную терапию с позиций доказательной медицины со стандартами лечения больных с данной патологией

ЗАДАЧА № 8.

Больная И., 23 лет, жалуется на слабость, снижение работоспособности, нервозность, раздражительность, потливость, похудание, повышение аппетита, плохая переносимость тепла, тремор, сердцебиение, ощущение «песка в глазах».

Анамнез: Начало заболевания связывает с переутомлением. Из перенесенных заболеваний отмечает частые простудные заболевания.

Объективно: Состояние относительно удовлетворительное.



Кожные покровы теплые на ощупь, влажные. Подкожно-жировой слой развит умеренно (рост 170 см., вес 54 кг). Отмечается тремор вытянутых пальцев рук, мышечная слабость. Симптомы Грефе и Мебиуса положительные. Щитовидная железа при пальпации увеличена до II ст., эластичная, однородная. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД=16 в мин. При аускультации сердца выслушивается систолический шум, громкие тоны. ЧСС=100 ударов в 1 минуту. АД=160/70 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный, иногда 2-3 раза в сутки.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Назовите анатомо-физиологические особенности пораженного органа.
3. Какие методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. С помощью каких тестов возможно провести оценку функционального состояния пораженного органа?
5. Какие ожидаете получить результаты исследований?
6. Назначьте лечение согласно стандартам оказания специализированной медицинской помощи.

ЗАДАЧА № 9.

Больная П., 46 лет, предъявляет жалобы на отечность, слабость, зябкость, боли в спине, суставах, запоры. Отмечает длительные боли в области сердца, одышку.

Анамнез: Заболевание развивалось постепенно, в течение 5 лет. После простуды появлялись боли в спине, периорбитальная отёчность, в анализе мочи выявлялся белок. Все это время безуспешно лечилась по поводу хронического гломерулонефрита. В последний год у больной нарастала слабость, апатия, вялость. **Объективно:** рост 170, вес 86 кг.



Лицо отечное, отек плотный. Имеются также плотные отеки туловища, стоп, голеней. Волосы тусклые, ломкие. Больная безразлична, малоподвижна, голос грубый, слух снижен. Кожа бледная, сухая, шелушащаяся. Границы сердца расширены, тоны очень глухие, ЧСС 52 уд в 1 мин, АД=140/80 мм. рт.ст. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Язык влажный, увеличен в размере, со следами зубов. Печень увеличена на 4 см по среднеключичной мышце.

Щитовидная железа – увеличение 1 ст. по ВОЗ.

Общий анализ крови: эритроциты $3,5 \times 10^{12}/л$, Hb 70 г/л, цветовой показатель 0,98, лейкоциты $5,0 \times 10^9/л$, э – 2, п – 4, с – 68, л – 20, м – 6. СОЭ 15 мм/час. **Общий анализ мочи:** удельный вес 1018, белок – нет, лейкоциты – единичные в поле зрения. **Биохимическое исследование крови:** Креатинин – 90 мкмоль/л, холестерин – 9,5 ммоль/л, глюкоза – 3,06 ммоль/л.

ТТГ – 14 мЕД/л, свТ4 -0,06 нд/мл, анти-ТПО-56,3

УЗИ щитовидной железы: V=16,8 см³; диффузные изменения, солидных структур нет.

ЭхоКГ: Умеренное количество жидкости в перикарде.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Объясните значение тиреоидных гормонов в организме.
3. Назначить лечение согласно стандартам оказания специализированной медицинской помощи с позиций доказательной медицины.

ЗАДАЧА № 10.

Больная А., 36 лет, страдает сахарным диабетом в течение 12 лет. Последние годы принимала инсулин продлённого действия по 40 ЕД в сутки с "подколками" простого инсулина перед каждым приёмом пищи в зависимости от запланированного на этот прием количества углеводов, подсчитанных по системе хлебных единиц и величины гликемии в данный момент. На этом лечении симптомов декомпенсации не было, в стационаре не лечилась. Шесть лет назад стала отмечать снижение зрения, несколько раз меняла очки, но коррекции не наступало. Около года назад появилась пастозность лица, более выраженная по утрам, а затем – отёки стоп и голеней. Тогда же определили повышение артериального давления до 170/100 мм рт.ст. Неделью назад появились рези при мочеиспускании, учащение его, моча стала мутной, в связи с этим госпитализирована в стационар.

Объективно: рост 164 см, вес 70 кг. Отёчность век, голеней, стоп. Пульс 68 уд. в минуту, ритмичный, напряжённый. АД=200/120 мм рт.ст. Левая граница сердца расширена на 1 см. Тоны сердца ослаблены, акцент второго тона над аортой. Нижний край печени на 4 см ниже рёберной дуги.

Общий анализ крови: эритроциты $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 99 г/л, лейкоциты $9,2 \times 10^9 /л$, п – 4, с – 62, м – 6, л – 25, э – 3, СОЭ – 42 мм/час.

Общий анализ мочи: уд. вес – 1012, белок 1,2 ‰, сахар 1,2%, лейкоциты 30 – 40 в поле зрения, эритроциты 10 – 12 в поле зрения, гиалиновые цилиндры - единичные, ацетон – не обнаружен, бактерии ++.

Сахар крови натощак 14,0 ммоль/л.

Гликированный гемоглобин -12,5%

Мочевина крови 10,8 ммоль/л, **креатинин** 263,0 мкмоль/л.

ЭКГ: признаки гипертрофии левого желудочка.

Глазное дно: пролиферативная ретинопатия.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Поражение каких органов выступает на первый план?
3. С чем связана анемия у данной пациентки?
4. Что у данной больной определяет прогноз?
5. Составьте алгоритм специализированной медицинской помощи больному согласно стандартам лечения больных с сахарным диабетом.
6. Назначьте лечение сопутствующей патологии, учитывая принципы взаимодействия лекарств и особенностей основного заболевания.

ЗАДАЧА № 11.

Больной Н., 44 лет жалуется на головную боль, слабость, жажду. За сутки выпивает до 11 литров жидкости, жалуется на учащенное мочеиспускание, снижение аппетита, похудание.

Анамнез: Считает себя больным около года, когда впервые после сотрясения мозга появились головные боли, повышение АД до 160/90 мм рт.ст. Лечился кордафлексом, эналаприлом, но без эффекта. Последние 4 месяца усилилась жажда, прогрессирует похудание.

Объективно: Рост 172 см, вес 64 кг. Лицо и конечности пропорциональны. Кожа сухая, отеков нет. Пульс 68 в 1 минуту, АД=115/70 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Общий анализ крови: эритроциты $6,7 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 163 г/л, осмолярность плазмы – 324 мОсм/л.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1002, белок не обнаружен, лейкоциты -1-2 в поле зрения, осмолярность мочи 245 мОсм/л.

В пробе по Зимницкому удельный вес от 1001 до 1006 при суточном диурезе 6,5 литров мочи.

Вопросы:

1. Ваш клинический диагноз.
2. Каков патогенез данного заболевания?
3. Какие функциональные тесты возможно провести для подтверждения диагноза?
4. Провести дифференциальный диагноз полидипсии.
5. Назначить лечение согласно стандартам оказания специализированной медицинской помощи с позиций доказательной медицины.

Задача № 12.

Больная А., 33 лет, жалуется на раздражительность, плаксивость, бессонницу, снижение работоспособности, постоянные сердцебиения, длительные ноющие боли в области сердца.

Анамнез: Заболевание началось остро 3 месяца назад после автомобильной катастрофы.

Объективно: общее состояние средней тяжести, пониженное питание, широко раскрытые глазные щели, пигментация вокруг глаз, редкое мигание, испуганное выражение лица.



Больная суетлива, недоговаривает слова. Выражен тремор пальцев рук. Кожа бархатистая влажная. Щитовидная железа увеличена до II ст (по ВОЗ), плотная, безболезненная, подвижная. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Заметна пульсация вен шеи. АД=150/70 мм рт. ст. Пульс – 110 в минуту, ритмичный. Границы сердца не расширены. Тоны частые, I тон на верхушке усилен, систолический шум здесь же. Дыхание везикулярное. При пальпации брюшной полости патологии не выявлено

Общий анализ крови: эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 120 г/л, лейкоциты $5,3 \times 10^9/л$, СОЭ 15 мм/час. **Холестерин крови** 2,8 ммоль/л. **Калий плазмы** 3,9 ммоль/л. **Сахар крови** натощак 4,05 ммоль/л. **ТТГ** - 0,1 м Ед/л, **свТ₄**- 3,56 нд/мл, **анти-ТПО-90,4 ЭЖГ** – гипертрофия левого желудочка.

Вопросы:

1. Проанализируйте данные дополнительных методов исследования.
2. Какие дополнительные тесты для функциональной и топической диагностики необходимо использовать у данной пациентки?
3. Поставьте и обоснуйте диагноз.
4. Каков патогенез тахикардии, похудания, пигментации кожи, тремора пальцев рук и глазных симптомов?
5. Составьте план лечения согласно стандартам оказания специализированной медицинской помощи с позиций доказательной медицины.

ЗАДАЧА № 13.

Больной в течение 11 лет страдает сахарным диабетом 1 типа. 3 дня назад заболел ангиной, стала нарастать жажда, появились сильные боли в животе, частая рвота. Доставлен в хирургическую клинику с диагнозом «острый аппендицит».

Объективно: состояние тяжелое. Сознание сохранено. Кожные покровы сухие, холодные на ощупь, тургор снижен. Тургор глазных яблок понижен. Температура тела $36,2^{\circ}\text{C}$. Глубокое шумное дыхание. В легких аускультативно ослабленное дыхание. Тоны сердца глухие, пульс частый, нитевидный, малого наполнения. АД = 110/60 мм рт.ст. ЧСС 120 в мин. Язык сухой, обложен желтовато-коричневым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 2 см. выступает из-под рёберной дуги. Кишечные шумы ослаблены. Отрицательный симптом Щёткина.

Общий анализ крови: эритроциты – $5,6 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 166 г/л; лейкоциты – $22,7 \times 10^9/\text{л}$, п - 18%, с - 80%, м – 2%. СОЭ – 2 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес 1042, белок – 0,033 ‰, сахар 8%. Ацетон +++.

Биохимия крови: общий белок 78 г/л, мочевины 13,5 ммоль/л, креатинин крови 140,6 мкмоль/л.

Сахар крови 32,2 ммоль/л.

pH 7,02.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Что явилось причиной данного состояния?
3. Объясните патогенез выявленных изменений.
4. Представьте алгоритм неотложной помощи согласно стандартам оказания специализированной медицинской помощи с позиций доказательной медицины.

ЗАДАЧА № 14.

Больная Р., 67 лет, страдала в течение 10 лет ИБС, стенокардией напряжения ФКЦ.

Последние пять лет стала значительно прибавлять в весе (на 40 кг), и год назад у больной был диагностирован сахарный диабет 2 типа. Рекомендована диета и назначены бигуаниды (метформин). Но состояние больной стало ухудшаться: чаще стали повторяться приступы стенокардии, появилась одышка, приступы удушья по ночам, отеки на нижних конечностях. В связи с сильными болями в грудной клетке, слабостью, болями в мышцах конечностей больная доставлена в стационар. Начата терапия нитроглицерином, бета-блокаторами, аспирином, но состояние не улучшалось, прогрессировала слабость, одышка, сонливость. Появились боли в животе, и вскоре больная потеряла сознание.

Объективно: Состояние тяжелое, сознание отсутствует. Дыхание Куссмауля. Запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет. Кожные покровы обычной влажности. АД = 90/60 мм рт.ст., пульс 98 в минуту, нитевидный. Тоны сердца глухие. В легких дыхание везикулярное. Живот не напряжен. Печень пальпируется на 2-3 см ниже края рёберной дуги, болезненная, на голенях отёки.

ЭКГ – симптомов острой коронарной патологии нет.

Сахар крови – 12,5 ммоль/л. **Гликированный гемоглобин**-8,5%. **Кетоновые тела** не обнаружены. **Молочная кислота** крови – 2,07 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес 1020, белок – 0,2 ‰, сахар не обнаружен, ацетон не обнаружен.

Вопросы:

1. Какие обязательные исследования необходимо провести для оценки состояния больной?
2. Сформулируйте диагноз.
3. Объясните патогенез выявленных изменений.
4. Какие методы оценки состояния инкреторной функции поджелудочной железы необходимо провести данной пациентке?
5. Куда следует госпитализировать больную? Какие неотложные мероприятия необходимо провести по выведению больной из тяжелого состояния?
6. Назовите стандарты лечения основного и фонового заболевания с позиций доказательной медицины, с учетом фармакологического взаимодействия лекарственных препаратов.