

Электронная цифровая подпись

Лысов Николай Александрович



F 2 5 6 9 9 F 1 D E 0 1 1 1 E A

Бунькова Елена Борисовна



F C 9 3 E 8 6 A C 8 C 2 1 1 E 9

Утверждено Утверждено 31 мая 2018 г.
протокол № 5

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Дисциплина «Госпитальная терапия»

по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета)

Направленность: Лечебное дело

Форма обучения: очная

Квалификация (степень) выпускника: Врач - лечебник

Срок обучения: 6 лет

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

В результате освоения ОПОП обучающийся должен овладеть следующими результатами обучения по дисциплине (модулю) «Госпитальная терапия»:

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код контролируемой компетенции (или её части)	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
1.	Методология дифференциальной диагностики.	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
2.	Дифференциальный диагноз и лечение артериальной гипертензии	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	устный ответ, решение ситуационных задач, стандартизированный тестовый контроль, реферат, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
3.	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при остром коронарном синдроме	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	устный ответ, решение ситуационных задач, стандартизированный тестовый контроль, реферат, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
4.	Дифференциальная диагностика нарушений сердечного ритма	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	устный ответ, решение ситуационных задач, стандартизированный тестовый контроль, реферат, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
5.	Дифференциальная диагностика при кардиомегалии	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	устный ответ, решение ситуационных задач, стандартизированный тестовый контроль, реферат, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
6.	Дифференциальный диагноз и лечение острой и хронической сердечной недостаточности	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	устный ответ, решение ситуационных задач, стандартизированный тестовый контроль, реферат, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
7.	Дифференциальный диагноз суставного синдрома	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	устный ответ, решение ситуационных задач, стандартизированный тестовый контроль, реферат, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
8.	Дифференциальная диагностика и лечение системных заболеваний соединительной ткани.	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	устный ответ, решение ситуационных задач, стандартизированный тестовый контроль, реферат, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
9.	Дифференциальная диагностика при «сердечных» шумах	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	устный ответ, решение ситуационных задач, стандартизированный тестовый контроль, реферат, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код контролируемой компетенции (или её части)	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
10.	Дифференциальный диагноз при системных васкулитах	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	устный ответ, решение ситуационных задач, стандартизированный тестовый контроль, реферат, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
11.	Дифференциальная диагностика и лечение больных при наличии патологического мочевого осадка	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	устный ответ, решение ситуационных задач, стандартизированный тестовый контроль, реферат, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
11.1	Итоговое занятие.	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	Защита истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
11.2	Симуляционный курс-экстренная мед. помощь	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	Работа на симуляторе	Пятибалльная шкала оценивания
12.	Дифференциальная диагностика и лечение заболеваний, проявляющихся нефротическим синдромом	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	устный ответ, решение ситуационных задач, стандартизированный тестовый контроль, реферат, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
13.	Дифференциальная диагностика гепатомегалий и гепатолиенального синдрома.	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	устный ответ, решение ситуационных задач, стандартизированный тестовый контроль, реферат, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
13.1	Симуляционный курс-экстренная мед. помощь	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	Работа на симуляторе	Пятибалльная шкала оценивания
14.	Дифференциальная диагностика желтух	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	устный ответ, решение ситуационных задач, стандартизированный тестовый контроль, реферат, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
15.	Дифференциальная диагностика по синдрому дисфагии	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	устный ответ, решение ситуационных задач, стандартизированный тестовый контроль, реферат, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
16.	Дифференциальная диагностика по синдрому эпигастралгии	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	устный ответ, решение ситуационных задач, стандартизированный тестовый контроль, реферат, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
17.	Дифференциальная диагностика при нарушениях функции кишечника	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	устный ответ, решение ситуационных задач, стандартизированный тестовый контроль, реферат, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания 3

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код контролируемой компетенции (или её части)	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
18.	Дифференциальная диагностика заболеваний, проявляющихся бронхообструктивным синдромом	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	устный ответ, решение ситуационных задач, стандартизированный тестовый контроль, реферат, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
19.	Дифференциальный диагноз и лечение интерстициальных заболеваний легких	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	устный ответ, решение ситуационных задач, стандартизированный тестовый контроль, реферат, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
20.	Дифференциальный диагноз и лечение заболеваний с синдромом округлой тени в легких	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	устный ответ, решение ситуационных задач, стандартизированный тестовый контроль, реферат, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
21.	Дифференциальный диагноз и лечение заболеваний с синдромом полости в легких	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	устный ответ, решение ситуационных задач, стандартизированный тестовый контроль, реферат, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
22.	Дифференциальная диагностика по синдрому выпота в плевральную полость	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	устный ответ, решение ситуационных задач, стандартизированный тестовый контроль, реферат, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
22.1	Симуляционный курс – неотложная помощь	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	работа на симуляторе	Пятибалльная шкала оценивания
23.	Дифференциальная диагностика и лечение анемий	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	устный ответ, решение ситуационных задач, стандартизированный тестовый контроль, реферат, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
24.	Дифференциальный диагноз и лечение лимфопролиферативных заболеваний	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	устный ответ, решение ситуационных задач, стандартизированный тестовый контроль, реферат, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
25.	Дифференциальный диагноз и лечение миелолипролиферативных заболеваний	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	устный ответ, решение ситуационных задач, стандартизированный тестовый контроль, реферат, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
26.	Диагностика и лечение миеломной болезни	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	устный ответ, решение ситуационных задач, стандартизированный тестовый контроль, реферат, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания 4

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код контролируемой компетенции (или её части)	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
27.	Дифференциальный диагноз при цитопеническом синдроме	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	устный ответ, решение ситуационных задач, стандартизированный тестовый контроль, реферат, курация больного/разбор тематического больного.	Пятибалльная шкала оценивания
28.	Дифференциальная диагностика и лечение геморрагических болезней.	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	устный ответ, решение ситуационных задач, стандартизированный тестовый контроль, реферат, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
29.	Дифференциальная диагностика лимфоаденопатий	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	устный ответ, решение ситуационных задач, стандартизированный тестовый контроль, реферат, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
29.1	Итоговое занятие – тестирование	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	стандартизированный тестовый контроль	Пятибалльная шкала оценивания
29.2	Симуляционный курс	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	работа на симуляторе	Пятибалльная шкала оценивания
29.4	Симуляционный курс	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	работа на симуляторе	Пятибалльная шкала оценивания

2. Текущий контроль успеваемости включает проводится в формах:

- устный ответ (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины и перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины);
- стандартизированный тестовый контроль;
- написание рефератов;
- решения ситуационных задач;
- написание истории болезни/фрагмента истории болезни;
- курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни
- работа на симуляторах

Формы текущего контроля на одном занятии у разных обучающихся могут быть различными. Конкретную форму текущего контроля у каждого обучающегося определяет преподаватель. Количество форм текущего контроля на каждом занятии может быть различным и определяется преподавателем в зависимости от целей и задач занятия.

2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль (по темам или разделам)

Тема 1. Методология дифференциальной диагностики.

- Дайте ответ по теме - основные задачи дисциплины госпитальная терапия (не менее 3-х).
- Дайте ответ по теме - основные причины диагностических ошибок (не менее 3-х).
- Дайте ответ по теме - этапы проведения дифференциальной диагностики (не менее 4-х).

Тема 2. Дифференциальный диагноз и лечение артериальной гипертензии.

- К органам-мишеням АГ относятся:
 - Почки, печень, головной мозг, сетчатка глаза, сердце.
 - Сердце, сетчатка глаза, скелетная мускулатура, головной мозг.
 - Артерии, печень, почки, сердце, сетчатка глаза.
 - Сердце, почки, головной мозг, артерии, сетчатка глаза.
 - Сердце, печень, артерии, головной мозг, почки.
- К симптомам гипертонической болезни относятся:
 - Боли в грудной клетке, усиливающиеся при дыхании.
 - Неспецифические кардиалгии.

- 3) Экспираторная одышка.
 - 4) Стенокардия.
 - 5) Системные головокружения.
3. Степень артериальной гипертензии определяется:
- 1) Давностью артериальной гипертензии.
 - 2) Уровнем артериального давления.
 - 3) Наличием кризов.
 - 4) Наличием факторов риска.
 - 5) Степенью поражения органов-мишеней.
4. К факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний относятся:
- 1) Наличие ретинопатии I-II степени.
 - 2) Высокий уровень холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП).
 - 3) Низкий уровень холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП).
 - 4) Злоупотребление алкоголем.
 - 5) Наличие висцерального ожирения.
5. Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний определяется следующими параметрами:
- 1) Количеством используемых препаратов.
 - 2) Наличием поражения органов-мишеней.
 - 3) Продолжительностью анамнеза гипертонической болезни.
 - 4) Эффективностью терапии.
 - 5) Наличием кризов.
6. При физическом обследовании больного гипертонической болезнью можно выявить:
- 1) Увеличение размеров печени.
 - 2) Расширение границ относительной сердечной тупости влево.
 - 3) Более высокий уровень АД на руках по сравнению с ногами.
 - 4) Акцент II тона во втором межреберье слева от грудины.
 - 5) Дефицит пульса.
7. Микроальбуминурия диагностируется при уровне экскреции альбуминов с мочой:
- 1) <30 мг/сут.
 - 2) 30-100 мг/сут.
 - 3) 100-300 мг/сут.
 - 4) 30-300 мг/сут.
 - 5) <100 мг/сут.
8. Субклиническое поражение почек при гипертонической болезни проявляется:
- 1) Повышением уровня креатинина плазмы свыше 133 мкмоль/л.
 - 2) Суточной экскрецией альбумина с мочой в количестве 300-500 мг.
 - 3) Снижением скорости клубочковой фильтрации <60 мл/мин на 1,73 м².
 - 4) Наличием нефроангиосклероза по данным биопсии почки.
 - 5) Снижением накопления радиофармпрепарата по данным скинтиграфии почек.
9. Определите уровень риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у больного, перенесшего коронарную ангиопластику.
- 1) Низкий.
 - 2) Средний.
 - 3) Высокий.
 - 4) Очень высокий.
 - 5) Недостаточно данных для определения уровня риска.
10. Определите уровень риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у больной, 60 лет, с АД 150/90 мм рт.ст. Мать больной перенесла инфаркт миокарда в возрасте 72 лет.
- 1) Незначительный.
 - 2) Низкий.
 - 3) Средний.
 - 4) Высокий.
 - 5) Очень высокий.
11. К препаратам первого ряда для лечения гипертонической болезни относятся:

- 1) β -адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, антагонисты медленных кальциевых каналов.
 - 2) Блокаторы медленных кальциевых каналов, тиазидные диуретики, α -адреноблокаторы.
 - 3) Блокаторы рецепторов ангиотензина II, антагонисты рецепторов альдостерона, блокаторы медленных кальциевых каналов.
 - 4) Антагонисты центральных α_2 -адренорецепторов, блокаторы рецепторов ангиотензина II, тиазидные диуретики.
 - 5) Петлевые диуретики, ингибиторы АПФ, блокаторы медленных кальциевых каналов.
12. Рациональными считаются следующие комбинации антигипертензивных препаратов:
- 1) β -Адреноблокаторы и дигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов.
 - 2) Ингибиторы АПФ и α -адреноблокаторы.
 - 3) β -Адреноблокаторы и тиазидные диуретики.
 - 4) Дигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов и α -адреноблокаторы.
 - 5) Недигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов и β -адреноблокаторы.
13. Нецелесообразно использование следующих комбинаций препаратов:
- 1) Недигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов и р-адреноблокаторы.
 - 2) Дигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов и р-адреноблокаторы.
 - 3) Ингибиторы АПФ и дигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов.
 - 4) Блокаторы рецепторов ангиотензина II и дигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов.
 - 5) Блокаторы рецепторов ангиотензина II и тиазидные диуретики.
14. Больному гипертонической болезнью в сочетании с бронхиальной астмой противопоказан:
- 1) Верапамил.
 - 2) Пропранолол.
 - 3) Гидрохлортиазид (гипотиазид*).
 - 4) Валсартан.
 - 5) Каптоприл.
15. Ингибиторы АПФ противопоказаны при:
- 1) Хронической почечной недостаточности.
 - 2) Диабетической нефропатии.
 - 3) Двустороннем стенозе почечной артерии.
 - 4) Застойной сердечной недостаточности.
 - 5) Обструктивных заболеваниях легких.
16. Для лечения гипертонической болезни у пациентов с брадикардиями может использоваться:
- 1) Моксонидин.
 - 2) Верапамил.
 - 3) Нифедипин.
 - 4) Метопролол.
 - 5) Клонидин.
17. Препаратами выбора при лечении гипертонической болезни у больных, перенесших инфаркт миокарда, считаются:
- 1) Тиазидные диуретики.
 - 2) β -Адреноблокаторы.
 - 3) Дигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов.
 - 4) Недигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов.
 - 5) α -Адреноблокаторы.
18. Препаратами выбора при лечении гипертонической болезни у больных ХСН считаются:
- 1) α -Адреноблокаторы.
 - 2) Дигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов.
 - 3) Недигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов.
 - 4) Ингибиторы ангиотензинпревращающий фермент.
 - 5) Тиазидные диуретики.
19. Определите тактику лечения больного 57 лет, курильщика, с АД 160/90 мм рт.ст.
- 1) Вмешательства не требуется.
 - 2) Изменение образа жизни.
 - 3) Незамедлительное начало лекарственной терапии.

- 4) Изменение образа жизни на несколько месяцев, при отсутствии контроля АД начать лекарственную терапию.
 - 5) Изменение образа жизни на несколько недель, при отсутствии контроля АД начать лекарственную терапию.
20. Определите тактику лечения больного 68 лет, с АД 130/85 мм рт.ст. и ХСН.
- 1) Вмешательства не требуется.
 - 2) Изменение образа жизни.
 - 3) Незамедлительное начало лекарственной терапии.
 - 4) Изменение образа жизни на несколько месяцев, при отсутствии контроля АД - лекарственная терапия.
 - 5) Изменение образа жизни на несколько недель, при отсутствии контроля АД - лекарственная терапия.

Эталоны ответов:

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
01	4	06	2	11	1	16	3
02	2	07	4	12	1	17	2
03	2	08	3	13	1	18	4
04	5	09	4	14	2	19	5
05	2	10	2	15	3	20	3

Тема 3. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при остром коронарном синдроме.

1. К острому коронарному синдрому относится:
 - 1) Пароксизм фибрилляция предсердий.
 - 2) Атриовентрикулярная блокада II степени.
 - 3) Стенокардия IV функционального класса по CCS. Г. Ранняя постинфарктная стенокардия.
 - 4) Синкопальное состояние.
2. К нестабильной стенокардии относится:
 - 1) Впервые возникшая стенокардия I функционального класса по CCS.
 - 2) Впервые возникшая стенокардия II функционального класса по CCS.
 - 3) Прогрессирующая стенокардия с I до II функционального класса по CCS.
 - 4) Прогрессирующая стенокардия со II до III функционального класса по CCS.
 - 5) Стенокардия IV функционального класса по CCS.
3. Причиной коронарной окклюзии при ИМ считается:
 - 1) Ишемия коронарных артерий.
 - 2) Некроз коронарных артерий.
 - 3) Тромбоз коронарных артерий.
 - 4) Амилоидоз коронарных артерий.
 - 5) Гранулематоз коронарных артерий.
4. Вариант дебюта ИМ, при котором наблюдается неврологическая симптоматика на фоне гипертонического криза называется:
 - 1) Ангинозный.
 - 2) Аритмический.
 - 3) Цереброваскулярный.
 - 4) Астматический.
 - 5) Абдоминальный.
5. Вариант начала ИМ с отека легких называется:
 - 1) Ангинозный.
 - 2) Аритмический.
 - 3) Цереброваскулярный.
 - 4) Астматический.
 - 5) Абдоминальный.
6. ЭКГ-критерии переднего распространенного Q-образующего ИМ в остром периоде:
 - 1) Подъем сегмента ST в отведениях II, III, aVF.

- 2) Подъем сегмента *ST* в отведениях II, III, aVF и депрессия сегмента *ST* в отведениях I, AVL, V₁₋₄.
- 3) Подъем сегмента *ST* в отведениях I, AVL, V₁₋₄.
- 4) Депрессия сегмента *ST* в отведениях I, AVL, V_{4,6}.
- 5) Подъем сегмента *ST* в отведениях I, AVL, V₁₋₄ и депрессия сегмента *ST* в отведениях II, III, aVF.

7. ЭКГ-критерии нижнего Q-образующего ИМ в остром периоде:

- 1) Подъем сегмента *ST* в отведениях II, III, aVF.
- 2) Подъем сегмента *ST* в отведениях II, III, aVF и депрессия сегмента *ST* в отведениях I, AVL, V₁₋₄.
- 3) Подъем сегмента *ST* в отведениях I, AVL, V₁₋₄.
- 4) Депрессия сегмента *ST* в отведениях I, AVL, V_{4,6}.
- 5) Подъем сегмента *ST* в отведениях I, AVL, V₁₋₄ и депрессия сегмента *ST* в отведениях II, III, aVF.

8. Диагностическое значение при подозрении на ИМ имеет увеличение МВ-КФК на:

- 1) 20 %.
- 2) 50 %.
- 3) 75 %.
- 4) 100 %.
- 5) Не имеет диагностического значения.

9. Диагностическое значение при подозрении на инфаркт миокарда имеет увеличение тропонинов Т и I на:

- 1) 20 %.
- 2) 50 %.
- 3) 75 %.
- 4) 100 %.
- 5) Не имеет диагностического значения.

10. Диагностическое значение при подозрении на ИМ имеет увеличение АСТ на:

- 1) 20 %.
- 2) 50 %.
- 3) 75 %.
- 4) 100 %.
- 5) Не имеет диагностического значения.

11. Противопоказания для проведения реперфузионной терапии у больных с ОКС:

- 1) Острая блокада левой ножки пучка Гиса.
- 2) Длительность болевого синдрома до 12 ч.
- 3) Изменения ЭКГ, характерные для Q-образующего ИМ.
- 4) Изменения ЭКГ, характерные для не Q-образующего ИМ.
- 5) Предыдущее проведение тромболитической стрептокиназой.

12. Реперфузионная терапия показана при длительности клинических проявлений ИМ:

- 1) До 3 ч.
- 2) До 6 ч.
- 3) До 9 ч.
- 4) До 12 ч.
- 5) До 24 ч.

13. Укажите способ лечения, не являющийся методом реперфузионной терапии:

- 1) Тромболитический.
- 2) Антикоагулянтная терапия.
- 3) Ангиопластика.
- 4) Стентирование.
- 5) Аорто-коронарное шунтирование.

14. Препарат, который не применяется для лечения больного с Q-образующим ИМ в остром периоде:

- 1) Ацетилсалициловая кислота (аспирин*).
- 2) Периндоприл.

- 3) Метопролол.
- 4) Стрептокиназа.
- 5) Дифенгидрамин (димедрол*).

15. На 3-й день неосложненного переднего крупноочагового ИМ больной должен получать:

- 1) Триметазидин.
- 2) Лидокаин.
- 3) Ингибитор АПФ.
- 4) Нитрат.
- 5) Варфарин.

16. Ранняя постинфарктная стенокардия возникает в период:

- 1) 24 ч - 4 нед после перенесенного ИМ.
- 2) 24 ч - 8 нед после перенесенного ИМ.
- 3) Через 2 мес после перенесенного ИМ.
- 4) Через полгода после перенесенного ИМ.
- 5) Через год после перенесенного ИМ.

17. Для лечения больного с нестабильной стенокардией применяется:

- 1) Гидрохлортиазид (гипотиазид*).
- 2) Метопролол.
- 3) Стрептокиназа.
- 4) Омепразол.
- 5) Диклофенак.

18. Для лечения больного с не Q-образующим ИМ в остром периоде применяется:

- 1) Спинолактон (верошпирон*).
- 2) Фуросемид.
- 3) Клопидогрел.
- 4) Преднизолон.
- 5) Тканевой активатор плазминогена.

19. Перед выпиской из стационара больному, перенесшему ОКС, нужно провести:

- 1) Стресс-тест.
- 2) Рентгенографию сердца с контрастированием пищевода.
- 3) Эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС).
- 4) Клинический анализ крови.
- 5) Анализ крови на тропонины Т и I.

20. После выписки из стационара больной, перенесший неосложненный ИМ, должен принимать препараты из следующей группы при отсутствии противопоказаний:

- 1) Мочегонные.
- 2) Антикоагулянты.
- 3) Тромболитики.
- 4) Р-Адреноблокаторы.
- 5) Ингибиторы Н⁺, К⁺-АТФазы.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
01	4	06	5	11	4	16	1
02	4	07	2	12	4	17	2
03	3	08	4	13	2	18	3
04	3	09	4	14	5	19	1
05	4	10	5	15	3	20	4

Тема 4. Дифференциальная диагностика нарушений сердечного ритма.

1. Укажите группу антиаритмических средств, оказывающих антифибрилляторное действие:

- 1) сердечные гликозиды
- 2) антагонисты кальция (IV группа)
- 3) этmozин и другие препараты IV группы
- 4) амиодарон, бретилия тозилат (III группа)
- 5) хинидин, прокаинамид и другие препараты Ia группы

2. Назовите препарат, который может спровоцировать приступ предсердной тахикардии при синдроме WPW:
- 1) новокаинамид
 - 2) амиодарон
 - 3) верапамил
 - 4) пропранолол
 - 5) этмозин
3. Укажите препарат, которому свойственен антиаритмический эффект:
- 1) аймалин
 - 2) мексилетин
 - 3) пропафенон
 - 4) пропранолол
 - 5) все перечисленные
4. Безусловные показания к лечению антиаритмическими препаратами:
- 1) аритмии, вызывающие нарушение гемодинамики
 - 2) нарушение ритма высоких градаций (по классификации Лауна)
 - 3) частые нарушения ритма
 - 4) все выше перечисленные
5. Назовите препарат, антиаритмическое действие которого связано с удлинением атриовентрикулярной проводимости:
- 1) хинидин
 - 2) лидокаин
 - 3) этмозин
 - 4) дигоксин
 - 5) прокаинамид
6. Больная, страдающая бронхиальной астмой и ГБ, жалуется на появление сухого кашля. Она принимает беклометазон, капотен ежедневно и сальбутамол при затрудненном дыхании 1-2 раза в неделю. Вероятнее всего, появление кашля связано с приемом:
- 1) беклометазона
 - 2) сальбутамола
 - 3) капотена
 - 4) с сочетанием беклометазона и сальбутамола
 - 5) с недостаточной дозой беклометазона
7. Сердечные гликозиды нельзя сочетать с:
- 1) верошпироном
 - 2) препаратами калия
 - 3) пираретамом
 - 4) бета-блокаторами
 - 5) лазиксом
8. Показанием для назначения сердечных гликозидов при остром инфаркте миокарда является:
- 1) синусовая тахикардия более 100
 - 2) узловой ритм
 - 3) застойная сердечная недостаточность в сочетании с тахикардией
 - 4) синусовая брадикардия
9. Абсолютным противопоказанием для применения анаприлина является:
- 1) инфаркт миокарда
 - 2) глаукома
 - 3) бронхиальная астма
 - 4) застойная сердечная недостаточность I ФК
10. Какой препарат не противопоказан при наличии брадикардии у больных артериальной гипертензией?
- 1) обзидан
 - 2) верапамил
 - 3) норваск
 - 4) атенолол

11. Назовите признаки интоксикации сердечными гликозидами:
- 1) рвота
 - 2) понос
 - 3) брадикардия
 - 4) бессоница
 - 5) все перечисленные
12. Что характерно для мерцательной аритмии?
- 1) частота желудочковых комплексов более 120 в мин
 - 2) отсутствие зубцов Р
 - 3) наличие преждевременных комплексов QRS
 - 4) укорочение интервалов PQ
 - 5) наличие дельта-волны
13. ЭКГ-критерии, характерные для желудочковой экстрасистолии: 1) преждевременный комплекс QRS 2) экстрасистолический комплекс QRS расширен, деформирован 3) наличие полной компенсаторной паузы 4) измененный Р перед экстрасистолическим комплексом.
- 1) 1, 2, 3
 - 2) 2, 3, 4
 - 3) 1, 3, 4
 - 4) 1, 2, 4
14. Какие ЭКГ-критерии характерны для наджелудочковой экстрасистолии?
- 1) преждевременный комплекс QRS
 - 2) экстрасистолический комплекс похож на основной
 - 3) наличие неполной компенсаторной паузы
 - 4) наличие деформированного зубца Р перед экстрасистолическим комплексом
 - 5) правильно все
15. При каких заболеваниях чаще всего встречается мерцательная аритмия? 1) гипертрофическая кардиомиопатия 2) митральный стеноз 3) тиреотоксикоз 4) миокардит. Выберите:
- 1) 1, 2
 - 2) 1, 3
 - 3) 2, 3
 - 4) 1, 4
16. При каких заболеваниях встречаются приступы Морганьи-Эдамса-Стокса?
- 1) желудочковая экстрасистолия
 - 2) фибрилляция желудочков
 - 3) мерцательная аритмия
 - 4) атриовентрикулярная блокада
17. Препараты для купирования пароксизмальной наджелудочковой тахикардии:
- 1) ритмилен
 - 2) финоптин
 - 3) гилуритмал
 - 4) кордарон
 - 5) все перечисленное
18. Препараты для купирования пароксизмальной желудочковой тахикардии:
- 1) ритмилен
 - 2) дигоксин
 - 3) финоптин
 - 4) гилуритмал
19. Какое осложнение наблюдается при мерцательной аритмии?
- 1) тромбоэмболический синдром
 - 2) инфаркт миокарда
 - 3) гипертонический криз
20. Какие признаки характерны для синдрома слабости синусового узла?
- 1) желудочковые экстрасистолы

- 2) синоаурикулярная (синоатриальная) блокада
- 3) атриовентрикулярная блокада

Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
01	4	06	3	11	5	16	4
02	3	07	4	12	2	17	5
03	5	08	3	13	1	18	4
04	1	09	3	14	5	19	1
05	4	10	3	15	3	20	2

Тема 5. Дифференциальная диагностика при кардиомегалии.

1. Какая форма кардиомиопатии наиболее распространена:
 - 1) дилатационная
 - 2) гипертрофическая
 - 3) рестриктивная
 - 4) аритмогенная дисплазия правого желудочка
2. Типичным рентгенологическим признаком ДКМП является:
 - 1) выпот в полости перикарда
 - 2) кардиомегалия
 - 3) уменьшение кардиоторакального индекса
 - 4) расширение сосудистого пучка
3. У больных ДКМП при катетеризации сердца выявляются все признаки, кроме:
 - 1) дилатации полости ЛЖ
 - 2) гипокинезии стенок ЛЖ
 - 3) снижения глобальной сократимости ЛЖ
 - 4) значимых стенозов коронарных артерий
4. Типичным ЭКГ изменением при ДКМП является:
 - 1) наличие дельта волны
 - 2) волна Осборна
 - 3) синдром QIIIaTIII
 - 4) специфические изменения отсутствуют
5. Дилатационная кардиомиопатия чаще всего развивается:
 - 1) в детском возрасте
 - 2) в среднем возрасте
 - 3) в пожилом возрасте
6. К частым клиническим проявлениям ГКМП относятся все, кроме:
 - 1) боли в грудной клетке
 - 2) одышки
 - 3) сердцебиения
 - 4) синкопальных состояний
 - 5) эмболических осложнений
7. Рестриктивная кардиомиопатия характеризуется:
 - 1) гипертрофией миокарда желудочков
 - 2) нарушением диастолической функции миокарда
 - 3) снижением систолической функции желудочков
 - 4) сниженным системным и легочным венозным давлением
8. Клиническими проявлениями гипертрофической кардиомиопатии являются:
 - 1) одышка
 - 2) стенокардия напряжения
 - 3) обмороки
 - 4) нарушения ритма сердца
 - 5) все перечисленное верно
9. Для больных гипертрофической кардиомиопатией характерно:
 - 1) преимущественное нарушение систолической функции левого желудочка

- 2) первоначальное нарушение систолической, а затем диастолической функции левого желудочка
 - 3) преимущественное нарушение диастолической функции левого желудочка
 - 4) отсутствие нарушения диастолической и систолической функций левого желудочка
10. Рентгенологические признаки дилатационной кардиомиопатии
- 1) митральная конфигурация сердца
 - 2) аортальная конфигурация сердца
 - 3) увеличение всех камер сердца
 - 4) нормальные размеры сердца
11. Для дилатационной кардиомиопатии характерно всё, кроме:
- 1) уменьшение объемного процента миофибрилл в миокарде
 - 2) интерстициальный фиброз
 - 3) дилатация камер сердца
 - 4) гипертрофия миокарда
12. Клиническим признаками дилатационной кардиомиопатии являются:
- 1) кардиомегалия
 - 2) глухость сердечных тонов
 - 3) систолический шум
 - 4) одышка
 - 5) все перечисленные
13. Эхокардиографическими признаками дилатационной кардиомиопатии являются:
- 1) расширение полостей сердца
 - 2) диффузная гипокинезия левого желудочка
 - 3) снижение фракции выброса
 - 4) наличие внутрисполостных тромбов
 - 5) все перечисленные
14. Решающее значение в дифференциальной диагностике между ИБС и дилатационной кардиомиопатией имеет:
- 1) возраст больного
 - 2) высокий уровень липидов в плазме
 - 3) эхокардиография
 - 4) коронарография
15. Наиболее эффективным методом лечения ДКМП является:
- 1) медикаментозная терапия
 - 2) имплантация искусственного левого желудочка
 - 3) кардиомиопластика с протезированием митрального клапана
 - 4) трансплантация сердца
16. Прогностически неблагоприятным фактором, указывающим на возможность внезапной смерти при гипертрофической КМП является:
- 1) стенокардия напряжения
 - 2) развитие сердечной недостаточности
 - 3) полная блокада левой ножки пучка Гиса
 - 4) желудочковая аритмия
17. При компенсированном аортальном стенозе при ЭХОКГ выявляется:
- 1) дилатация полости левого желудочка
 - 2) дилатация полости правого желудочка
 - 3) гипертрофия стенок левого желудочка
 - 4) гипертрофия стенок правого желудочка
18. Для аортальной регургитации при ЭХОКГ характерно:
- 1) уменьшение полости левого желудочка
 - 2) дилатация полости левого желудочка
 - 3) дилатация полости правого желудочка
 - 4) дилатация полости правого предсердия

19. Обмороки при физической нагрузке наиболее характерны для больных:
- 1) аортальным стенозом
 - 2) митральным стенозом
 - 3) аортальной недостаточностью
 - 4) митральной недостаточностью
20. При обструктивной форме гипертрофической кардиомиопатии противопоказаны:
- 1) ингибиторы АПФ
 - 2) сердечные гликозиды
 - 3) бета-блокаторы
 - 4) антагонисты кальция

Эталон ответов:

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
01	1	06	5	11	4	16	4
02	2	07	2	12	5	17	3
03	4	08	5	13	5	18	2
04	4	09	3	14	4	19	1
05	2	10	1	15	4	20	2

Тема 6. Дифференциальный диагноз и лечение острой и хронической сердечной недостаточности.

1. Максимальные дозы Бисопролола у больных сердечной недостаточностью
 - 1) 10 мг;
 - 2) 5 мг;
 - 3) 7,5 мг;
 - 4) 2,5 мг
2. Максимальные дозы Карведилола у больных сердечной недостаточностью;
 - 1) 25 мг;
 - 2) 50 мг;
 - 3) 150 мг;
 - 4) 200 мг;
 - 5) Не установлено.
3. Доказанная польза применения, блокаторов бета-адренорецепторов, у больных сердечной недостаточностью, таких как:
 - 1) Атенолол;
 - 2) Анаприлин;
 - 3) Бисопролол;
 - 4) Локрен.
4. При развитии алкалоза у больных сердечной недостаточностью, как коррелировать терапию:
 - 1) Увеличение дозы диуретика;
 - 2) Комбинация фуросемида с гипотиазидом;
 - 3) Верошпирон;
 - 4) Кислые пищевые продукты;
 - 5) Диакарб;
 - 6) Внутривенная инфузия калия хлорида;
 - 7) Аспаркам (панангин 6-8 табл. в день).
5. Немедикаментозные мероприятия, позволяющие предупреждать или коррегировать клинические проявления сердечной недостаточности I функционального класса:
 - 1) Ограничить нагрузки до малых;
 - 2) Ограничить потребление соли до 10 гр в сутки;
 - 3) Ограничить потребление жидкости до 1 л в сутки;
 - 4) Снижать массу тела только в случая, если индекс составляет 30 кг/м² и более;
 - 5) Исключить прием алкоголя;
 - 6) Исключить большие нагрузки.
6. Немедикаментозные мероприятия, позволяющие предупреждать или коррегировать клинические проявления сердечной недостаточности II функционального класса:
 - 1) Ограничить нагрузки до малых;

- 2) Ограничить потребление соли до 10 гр в сутки;
 - 3) Ограничить потребление жидкости до 1 л в сутки;
 - 4) Снижать массу тела только в случае, если индекс составляет 30 кг/м² и более;
 - 5) Исключить прием алкоголя;
 - 6) Исключить большие нагрузки.
7. Какие рекомендации по физической активности необходимо дать больному в состоянии компенсации на фоне проводимой терапии при II функциональном классе сердечной недостаточности:
- 1) Полный покой;
 - 2) Домашний или палатный режим;
 - 3) Постельный режим;
 - 4) Дополнительный дневной отдых;
 - 5) Пассивные физические упражнения.
8. Симптомы, характерные для сердечной недостаточности III класса в соответствии с классификацией Нью-Йоркской ассоциации сердца:
- 1) Жалобы на появление одышки, сердцебиения, слабости при небольших нагрузках;
 - 2) Указанные жалобы возникают только при больших нагрузках;
 - 3) Может выполнить нагрузку на ВЭМ в пределах 80 W;
 - 4) Указанные жалобы возникают при обычных нагрузках;
 - 5) Указанные жалобы иногда появляются в покое.
9. Необязательные методы обследования у больных с сердечной недостаточностью, при наличии таких симптомов как одышка, отеки на голенях и влажные хрипы в легких, на первом этапе обследования:
- 1) Масса тела;
 - 2) Измерение артериального давления;
 - 3) Общий и биохимический анализ крови, анализ мочи;
 - 4) ЭКГ покоя;
 - 5) Проба с нагрузкой на велоэргометре;
 - 6) Рентгеновское исследование органов грудной клетки.
10. Выбери показатель (симптом), на основании которых распознается систолическая форма сердечной недостаточности, не обладающий высокой чувствительностью
- 1) Синусовая тахикардия;
 - 2) Одышка;
 - 3) Ортопноэ;
 - 4) Пастозность (отеки) на голенях;
 - 5) Кардиоторакальный индекс более 50 %.
11. При сердечной недостаточности наблюдаются следующие изменения фармакокинетики дигоксина, кроме
- 1) Снижения абсорбции в ЖКТ на 30%
 - 2) Уменьшения связывания с белком плазмы
 - 3) Усиления метаболизма в печени
 - 4) Снижения почечной экскреции
 - 5) Увеличения T_{1/2}
12. Препаратом выбора при стенокардии у больного с сердечной недостаточностью является:
- 1) Верапамил
 - 2) Коринфар
 - 3) Дилтиазем
 - 4) Ацебуталол
 - 5) Нитросорбид
13. Укажите предпочтительный путь введения лекарственных препаратов при застойной сердечной недостаточности:
- 1) ректальный
 - 2) сублингвальный
 - 3) внутрь

- 4) внутривенный
- 5) накожный

14. Укажите наиболее эффективный диуретик для лечения застойной сердечной недостаточности с развитием вторичного гиперальдостеронизма:

- 1) Этакриновая кислота (урегит)
- 2) Хлорталидон (гигротон)
- 3) Ацетазолamid (диакарб)
- 4) Спиринолактон (верошпирон)
- 5) Триампур

15. Назовите препарат, оказывающий органопротективный эффект и повышающий выживаемость больных с тяжелой сердечной недостаточностью:

- 1) Гидралазин (апрессин)
- 2) Верапамил
- 3) Дигоксин
- 4) Нитросорбид
- 5) Каптоприл

16. Правожелудочковая сердечная недостаточность не проявляется:

- 1) набуханием шейных вен, уменьшающимся в вертикальном положении
- 2) застоем крови в венозном русле большого круга кровообращения
- 3) положительным веным пульсом
- 4) акроцианозом, отеками стоп и голеней, усиливающимися к вечеру

17. При левожелудочковой сердечной недостаточности застой крови развивается в:

- 1) малом круге кровообращения
- 2) большом круге кровообращения
- 3) портальной системе
- 4) большом и малом кругах кровообращения

18. Наиболее характерной жалобой у пациентов с ХСН является:

- 1) одышка
- 2) головная боль
- 3) боли в суставах
- 4) ноющие боли в области сердца

19. Рекомендация по диете у больных с ХСН:

- 1) ограничение потребления жидкости
- 2) ограничение потребления сахара
- 3) ограничение потребления белков
- 4) увеличение в рационе поваренной соли

20. Прием сердечных гликозидов у больных ХСН противопоказан при:

- 1) а-в блокаде II ст.
- 2) 2.а-в блокаде I ст.
- 3) фибрилляции предсердий
- 4) синусовой тахикардии

Эталон ответов:

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
01	1	06	1	11	3	16	1
02	2	07	4	12	5	17	1
03	3	08	1	13	4	18	1
04	5	09	5	14	4	19	1
05	6	10	3	15	5	20	1

Тема 7. Дифференциальный диагноз суставного синдрома.

01. Выберите правильную комбинацию ответов:

Для «воспалительного» характера болей характерно:

- 1) возникновение или усиление после физической нагрузки, ходьбы, к вечеру
- 2) уменьшение к вечеру

- 3) усиление в статическом положении
- 4) возникновение во вторую половину ночи, утром

02. Выберите правильную комбинацию ответов:

Для ревматоидного артрита характерны:

- 1) воспалительный характер болей
- 2) симметричный полиартрит с вовлечением проксимальных межфаланговых суставов
- 3) несимметричный полиартрит с вовлечением дистальных межфаланговых суставов
- 4) утренняя скованность

03. Выберите правильную комбинацию ответов:

Для анкилозирующего спондилита (болезнь Бехтерева) характерны:

- 1) односторонний сакроилеит
- 2) двусторонний сакроилеит
- 3) развитие синдесмофитов позвоночника
- 4) развитие остеофитов позвонков

04. Выберите правильную комбинацию ответов:

Болезнь Рейтера характеризуется наличием:

- 1) моно или олигоартрита
- 2) полиартрита
- 3) урогенитальной инфекции
- 4) инфекции желчевыводящих путей (хронический холецистит)
- 5) конъюнктивита
- 6) кератодермией подошв стоп

05. Для гнойного артрита характерен:

- 1) моноартрит
- 2) олигоартрит
- 3) полиартрит

06. Для дебюта подагры – острого подагрического артрита характерно поражение:

- 1) лучезапястных суставов кисти
- 2) первого проксимального межфалангового сустава кисти
- 3) первого плюснефалангового сустава стопы

07. Выберите правильную комбинацию ответов:

Для диагностики раннего ревматоидного артрита при наличии отрицательно или умеренно повышенного титра ревматоидного фактора определяют:

- 1) антикератиновые антитела (АКА)
- 2) антиперинуклеарный фактор (АПФ)
- 3) антитела к циклическому цитруллинсодержащему пептиду (cyclic citrullinfted peptide – CCP)
- 4) Sm-антитела
- 5) антитела к нативной ДНК

08. Выберите правильную комбинацию ответов:

Осложнением гонартроза являются:

- 1) полный анкилоз сустава
- 2) Genu varum
- 3) Genu valgum

09. Выберите правильную комбинацию ответов:

Рентгенологическими признаками ревматоидного артрита являются:

- 1) остеопороз в эпифизах (околосуставной остеопороз)
- 2) эрозии головок костей
- 3) остеофиты
- 4) субхондральный остеосклероз
- 5) сужение межсуставной щели с полным развитием анкилоза

10. Выберите правильную комбинацию ответов:

При объективном осмотре для больных ревматоидным артритом при прогрессировании процесса характерны:

- 1) поза «просителя»
- 2) «утиная походка»
- 3) отклонение пальцев кисти и самой кисти в ульнарную сторону (ульнарная девиация)
- 4) деформация пальцев кисти по типу «лебединая шея», «пуговичной петли»
- 5) «паукообразная кисть»

11. Выберите правильную комбинацию ответов:

На ранних этапах ревматоидного артрита не характерно поражение следующих суставов («суставы исключения»):

- 1) II, III, IV проксимальные межфаланговые суставы
- 2) дистальные межфаланговые суставы
- 3) V проксимальный межфаланговый сустав
- 4) II и III пястно-фаланговые суставы
- 5) I пястно-фаланговый сустав (большой палец кисти)

12. У больных подагрой при объективном осмотре можно выявить:

- 1) узловатую эритему
- 2) «бабочку» на лице
- 3) тофусы
- 4) ревматоидные узелки

13. Выберите правильную комбинацию ответов:

Для анкилозирующего спондилита (болезнь Бехтерева) характерно:

- 1) односторонний сакроилеит
- 2) двусторонний сакроилеит
- 3) развитие синдесмофитов позвоночника
- 4) развитие остеофитов позвонков

14. Выберите правильную комбинацию ответов:

Диагностические критерии остеоартроза:

- 1) тофусы;
- 2) гиперурикемия;
- 3) узелки Гебердена и Бушара;
- 4) утренняя скованность;
- 5) боли в суставах, возникающие после физической нагрузки.

15. Установите соответствие между диагнозом и патогенезом заболевания:

- | | |
|------------------------------|---|
| 1. деформирующий остеоартроз | А) выпадение кристаллов мочевой кислоты в ткани сустава |
| 2. подагра | Б) аутоиммунное воспаление синовиальной оболочки |
| 3. ревматоидный артрит | В) первичная дегенерация и деструкция суставного хряща. |

Эталоны ответов:

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
01	2,4	06	3	11	2,3,5
02	1,2,4	07	1,2,3	12	3
03	2,3	08	2,3	13	2,3
04	1,3,5,6	09	1,2,5	14	3,5
05	1	10	3,4,5	15	1В, 2А, 3Б

Тема 8. Дифференциальная диагностика и лечение системных заболеваний соединительной ткани.

1. Ревматизм вызывается:

- 1) стафилококком
- 2) бета-гемолитическим стрептококком группы С
- 3) пневмококком;
- 4) бета-гемолитическим стрептококком группы А
- 5) возбудитель неизвестен

2. После перенесенной стрептококковой инфекции ревматизм возникает через:

- 1) 1-2 года
- 2) 2-3 недели
- 3) 4 дня
- 4) 5 месяцев

5) 6 недель

3. К ранним признакам ревматизма относятся: 1) малая хорея 2) диастолический шум над аортой 3) артрит 4) кольцевидная эритема 5) узловатая эритема. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- 1) 1, 2
- 2) 2, 3
- 3) 3, 4
- 4) 1, 2, 3
- 5) 3, 4, 5

4. К поздним признакам ревматизма относится:

- 1) полиартрит
- 2) вальвулит
- 3) хорея
- 4) кардит
- 5) узловатая эритема

5. Для ревматического полиартрита характерно: 1) стойкая деформация суставов 2) нестойкая деформация суставов 3) поражение крупных и средних суставов 4) летучесть болей 5) исчезновение болей после приема НПВП. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- 1) 1, 2
- 2) 2, 3
- 3) 3, 4
- 4) 1, 2, 3
- 5) 3, 4, 5

6. К каким заболеваниям суставов относится ревматоидный артрит?

- 1) воспалительным
- 2) дегенеративным
- 3) метаболическим
- 4) реактивным
- 5) сочетающимся со спондилоартритом

7. Какие суставы наиболее часто поражаются при ревматоидном артрите?

- 1) дистальные межфаланговые суставы
- 2) проксимальные межфаланговые суставы
- 3) первый пястно-фаланговый сустав
- 4) суставы шейного отдела позвоночника
- 5) суставы поясничного отдела позвоночника

8. Симптомы для ранней диагностики ревматоидного артрита: 1) латеральная девиация суставов кистей 2) болезненность при пальпации ахиллова сухожилия 3) утренняя скованность 4) подкожные узелки д) отек проксимальных межфаланговых суставов. Выберите:

- 1) 1, 2
- 2) 2, 3
- 3) 3, 4
- 4) 1, 2, 3
- 5) 3, 4, 5

9. Об активности ревматоидного артрита свидетельствуют: 1) ускорение СОЭ 2) утренняя скованность больше 1 часа 3) повышение АЛТ 4) узелки Гебердена 5) высокий титр АСЛ-0. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- 1) 1, 2
- 2) 2, 3
- 3) 3, 4
- 4) 1, 2, 3
- 5) 3, 4, 5

10. Клинические признаки реактивного артрита: 1) симметричный артрит мелких суставов кистей 2) асимметричный артрит суставов нижних конечностей 3) энтезопатии 4) двусторонний сакроилеит 5) симметричный артрит суставов нижних конечностей. Выберите:

- 1) 1, 2

- 2) 2, 3
- 3) 3, 4
- 4) 1, 2, 3
- 5) 3, 4, 5

11. Выберите правильную комбинацию ответов:

Какие особенности характерны для суставного синдрома при системной красной волчанке?

- 1) поражение мелких суставов кистей
- 2) мигрирующий полиартрит
- 3) выраженные костные изменения на рентгенограмме (эрозии, анкилозы)

12. Выберите правильную комбинацию ответов:

Какие гематологические изменения являются типичными для СКВ? Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) эритроцитоз
- 2) анемия гемолитическая
- 3) лейкопения
- 4) лейкоцитоз
- 5) тромбоцитоз

13. Признаки, характерные для дерматомиозита:

- 1) «бабочка» на лице
- 2) остеолит ногтевых фаланг
- 3) резкая мышечная слабость
- 4) деформация суставов

14. Выберите правильную комбинацию ответов:

К основным диагностическим признакам склеродермии относятся:

- 1) очаговый и диффузный нефрит
- 2) синдром Шегрена
- 3) синдром Рейно
- 4) истинная склеродермическая почка
- 5) полиневрит

15. При системной склеродермии наиболее часто из отделов желудочно-кишечного тракта поражается:

- 1) пищевод
- 2) желудок
- 3) тонкая кишка
- 4) толстая кишка

Эталоны ответов:

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
01	4	06	1	11	1,2
02	2	07	2	12	2,3
03	3	08	5	13	3
04	3	09	1	14	3,4
05	5	10	2	15	1

Тема 9. Дифференциальная диагностика при «сердечных» шумах.

1. Как изменяется систолический шум при дефекте межжелудочковой перегородки с возрастом?

- 1) существенно не изменяется
- 2) увеличивается
- 3) уменьшается

2. Как изменяется пресистолический шум у больных митральным стенозом при возникновении мерцательной аритмии?

- 1) значительно усиливается
- 2) незначительно усиливается
- 3) не изменяется
- 4) исчезает
- 5) уменьшается

3. Какие из перечисленных признаков характерны для митрального стеноза?
 - 1) асистолический шум на верхушке сердца, усиливающийся на выдохе
 - 2) акцент и раздвоение второго тона над аортой
 - 3) систолический шум на верхушке сердца, усиливающийся на вдохе
 - 4) дополнительный высокочастотный тон в диастоле, отстоящий от второго тона на 0,07-0,12 сек.
4. При митральном стенозе наблюдается:
 - 1) отклонение пищевода по дуге большого радиуса
 - 2) отклонение пищевода по дуге малого радиуса
 - 3) увеличение левого желудочка
 - 4) расширение восходящей аорты
5. Больные с митральным стенозом предъявляют жалобы на:
 - 1) головокружения и обмороки
 - 2) сжимающие боли за грудиной при ходьбе
 - 3) кровохарканье
6. Причиной митрального стеноза может быть:
 - 1) ревматизм
 - 2) инфекционный эндокардит
 - 3) ревматоидный артрит
 - 4) муковисцидоз
7. Хирургическое лечение при аортальном стенозе показано:
 - 1) асимптоматическим больным при трансаортальном максимальном систолическом градиенте давления более 50 мм рт. ст и площади аортального отверстия менее 0,75 см²
 - 2) больным в возрасте не старше 60 лет
8. Причиной органического поражения трикуспидального клапана является:
 - 1) ревматизм
 - 2) инфекционный эндокардит
 - 3) аномалия Эбштейна
 - 4) травма
 - 5) все перечисленное
9. Клиническим проявлением трикуспидальной регургитации является:
 - 1) асцит
 - 2) гепатомегалия
 - 3) отеки
 - 4) пансистолический шум над мечевидным отростком
 - 5) все перечисленное
10. При рентгенографии у больных с трикуспидальной регургитацией могут быть выявлены следующие изменения:
 - 1) плевральный выпот
 - 2) высокое стояние диафрагмы
 - 3) дилатация правых отделов сердца
 - 4) все перечисленное
11. Аускультативными признаками сочетанного митрального порока сердца с преобладанием стеноза левого атриовентрикулярного отверстия являются:
 - 1) усиление первого тона на верхушке сердца
 - 2) тон открытия митрального клапана
 - 3) апикальный систолический шум, связанный с первым тоном
 - 4) мезодиастолический шум
 - 5) все перечисленное
12. Аускультативными признаками сочетанного аортального порока с преобладанием недостаточности являются:
 - 1) ослабление первого и второго тонов сердца
 - 2) четвертый тон
 - 3) аортальный тон изгнания

- 4) систолический и протодиастолический шум
5) все перечисленное
13. Клапанная митральная недостаточность диагностируется в случае:
1) расширения полости левого желудочка и фиброзного кольца при гемодинамических перегрузках
2) неполного смыкания створок митрального клапана из-за их органического изменения
3) дисфункции папиллярных мышц
4) разрыва хорды
5) кальциноза клапанного кольца в пожилом возрасте
14. Симптомы, характерные для аускультативной картины недостаточности митрального клапана:
1) систолический шум у основания сердца
2) хлопающий первый тон
3) мезодиастолический шум
4) систолический шум на верхушке
15. Какие из перечисленных симптомов позволяют заподозрить при наличии митрального стеноза сопутствующую ему митральную недостаточность?
1) высокочастотный систолический шум, непосредственно примыкающий к первому тону
2) тон открытия митрального клапана
3) громкий первый тон.
16. Какой симптом объединяет такие заболевания, как анемия, тиреотоксикоз, пролапс митрального клапана, разрыв папиллярных мышц, ревматический митральный порок?
1) диастолический шум на верхушке
2) систоло-диастолический шум
3) шум Флинта
4) систолический шум на верхушке
5) шум Грехема-Стилла
17. Какой из перечисленных признаков характерен для митральной недостаточности?
1) пульсация печени
2) астеническая конституция
3) увеличение сердца влево
4) систолическое дрожание во втором межреберье справа
5) дрожание у левого края грудины
18. Какой симптом характерен для больных со стенозом устья аорты?
1) диффузный цианоз кожных покровов
2) акроцианоз
3) бледность кожных покровов
4) симптом "Мюссе"
5) "пляска каротид"
19. При каком пороке наблюдается максимальная гипертрофия миокарда левого желудочка?
1) недостаточность аортального клапана
2) стеноз устья аорты
3) недостаточность митрального клапана
4) стеноз митрального клапана
5) недостаточность трикуспидального клапана
20. Как изменяется пульсовое давление при стенозе устья аорты?
1) не изменяется
2) увеличивается
3) уменьшается

Эталонные ответы:

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
01	3	06	1	11	5	16	4
02	4	07	1	12	5	17	3
03	4	08	5	13	2	18	3
04	2	09	5	14	4	19	2

05	3	10	4	15	1	20	3
----	---	----	---	----	---	----	---

Тема 10. Дифференциальный диагноз при системных васкулитах.

1. Для синдрома Вегенера характерно наличие:
 - 1) риногенного гранулематоза;
 - 2) уплотнений и гиперемии височных артерий;
 - 3) очаговых кровоизлияний и подкожных узелков;
 - 4) отложений гемоседерина в макрофагах;
 - 5) возвышающихся пурпур;

2. Признаками синдрома Вегенера являются? а) кожный зуд; б) боли в животе, которые усиливаются после приёма пищи; в) язвенно-некротические поражения слизистых оболочек верхних дыхательных путей; г) распад легочной ткани; д) язвенно-некротическое поражение кожи. Выбрать правильную комбинацию ответов:
 - 1) а, б
 - 2) б, в
 - 3) в, г
 - 4) а, б, в
 - 5) в, г, д

3. Выбрать правильный ответ
Поражение суставов при синдроме Вегенера проявляется:
 - 1) «стартовыми болями» в коленных и тазобедренных суставах;
 - 2) продолжительной утренней скованностью в мелких суставах кистей и стоп;
 - 3) ульнарной девиацией кистей;
 - 4) артритом плюснефалангового сустава;
 - 5) полиартралгиями.

4. Признаки височного артериита: а) полиморфная кожная сыпь; б) двусторонний сакроилеит; в) головная боль в височной области; г) снижение зрения; д) боли в мышцах. Выбрать правильную комбинацию ответов:
 - 1) а, б
 - 2) б, в
 - 3) в, г
 - 4) а, б, в
 - 5) в, г, д

5. При лечении височного артериита хороший эффект наступает от применения:
 - 1) глюкокортикоидов;
 - 2) препаратов золота;
 - 3) аминихинолиновых препаратов;
 - 4) НПВС;
 - 5) антибиотиков

6. Какой метод исследования информативен при височном артериите? а) капилляроскопия; б) коронарография; в) реовазография; г) сфигмография; д) вентрикулография. Выбрать правильную комбинацию ответов:
 - 1) а, б
 - 2) б, в
 - 3) в, г
 - 4) а, б, в
 - 5) в, г, д

7. Для болезни Хортона характерно:
 - 1) отсутствие пульсации в области височных артерий;
 - 2) аневризма аорты;
 - 3) тромбоз сосудов нижних конечностей;
 - 4) тромбоз сосудов брызжейки;
 - 5) тромбоз эмболия легочной артерии

8. Перечислите критерии предположительного диагноза неспецифического артоартериита: а) нарушение мозгового кровообращения; б) асимметрия пульса и АД на руках;

в) систолический шум над сосудами; г) пульсация сонных артерий; д) набухание шейных вен. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- 1) а, б
- 2) б, в
- 3) в, г
- 4) а, б, в
- 5) в, г, д

9. При аортоартериите диагностическое значение имеют:

- 1) аортография;
- 2) реовазография;
- 3) ангиография;
- 4) сфигмография;
- 5) все ответы верны

10. Укажите симптомы, характерные для поражения брюшной аорты при аортоартериите:

- 1) боль в животе, неустойчивый стул;
- 2) головная боль;
- 3) кровохарканье;
- 4) олигоурия;
- 5) приступы удушья

11. Болезнь Хортона развивается преимущественно у:

- 1) женщин старше 50 лет
- 2) детей
- 3) подростков
- 4) мужчин моложе 30 лет
- 5) молодых женщин

12. При поражении легочной артерии при аортоартериите развивается: а) боль в грудной клетке); б) кашель; в) кровохарканье; г) нарушения зрения; д) рвота, диарея. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- 1) а, б
- 2) б, в
- 3) в, г
- 4) а, б, в
- 5) в, г, д

13. Признак синдрома Гудпасчера?

- 1) рецидивирующие кровотечения;
- 2) эндокринная патология;
- 3) артрит;
- 4) гепато- и спленомегалия;
- 5) нарушение мозгового кровообращения

14. При синдроме Гудпасчера обнаруживают: а) кристаллы мочевой кислоты в синовиальной жидкости; б) гипокалиемию; в) гемосидерин в макрофагах мокроты; г) железодефицитную анемию; д) гиперхолестеринемию. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- 1) а, б
- 2) б, в
- 3) в, г
- 4) а, б, в
- 5) в, г, д

15. Поражение лёгких при синдроме Гудпасчера: Выбрать правильный ответ.

- 1) геморрагическая пневмония;
- 2) приступы удушья;
- 3) формирование бронхоэктазов;
- 4) хронический бронхит;
- 5) альвеолит.

16. Признаки узелкового полиартериита: а)очаговые кровоизлияния; б)подкожные узелки; в)тофусы; г)эритема на лице; д)язвенно-некротические поражения слизистых оболочек. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- 1) а, б
- 2) б, в
- 3) в, г
- 4) а, б, в
- 5) в, г, д

17. При узелковом полиартериите формируется: Выбрать правильный ответ

- 1) «конская стопа»;
- 2) «птичья лапа»;
- 3) «ласты моржа»;
- 4) симптом «крысиного укуса»;
- 5) всё перечисленное..

18. Выбрать правильный ответ. Для узелкового полиартериита характерно:

- 1) очаговые кровоизлияния и подкожные узелки на ногах;
- 2) быстрое похудание;
- 3) множественный неврит;
- 4) поражение почек;
- 5) всё перечисленное.

19. Выбрать правильный ответ. При узелковом полиартериите отмечается инфицирование:

- 1) вирусом гепатита В;
- 2) цитомегаловирусом;
- 3) токсоплазмами;
- 4) микоплазмами;
- 5) токсокарами.

20. Выбрать правильный ответ. Что характерно для пурпуры Шенляйна-Геноха:

- 1) геморрагическая пурпура, не связанная с тромбоцитопенией;
- 2) наличие шелушащихся эритематозных пятен над суставами;
- 3) эритема на открытых участках тела;
- 4) эритема на лице;
- 5) язвенно-некротические поражения голеней.

Эталоны ответов:

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
01	1	06	3	11	1	16	1
02	5	07	1	12	4	17	1
03	5	08	4	13	1	18	5
04	5	09	5	14	3	19	1
05	1	10	1	15	1	20	1

Тема 11. Дифференциальная диагностика и лечение больных при наличии патологического мочевого осадка.

1. При пиелонефрите достоверное диагностическое значение имеет:

- 1) учащенное, болезненное мочеиспускание
- 2) лейкоцитурия
- 3) боли в поясничной области
- 4) лихорадка
- 5) бактериурия

2. Самая высокая протеинурия наблюдается при:

- 1) острым гломерулонефрите
- 2) амилоидозе
- 3) нефротическом синдроме
- 4) хроническом гломерулонефрите
- 5) хроническом пиелонефрите

3. При наличии у пациента стойкой лейкоцитурии, кислой реакции мочи и выявленной при УЗИ деформации почечных лоханок можно заподозрить:

- 1) рак почки

- 2) хронический пиелонефрит
- 3) врожденную аномалию
- 4) туберкулез почек
- 5) подагрическую нефропатию

4. С чего следует начать обследование пациентки при наличии у нее учащенного и болезненного мочеиспускания и макрогематурии?

- 1) цистоскопия
- 2) внутривенная урография
- 3) анализ мочи
- 4) УЗИ почек
- 5) изотопная ренография

5. Хроническая почечная недостаточность диагностируется по:

- 1) отекам при наличии протеинурии
- 2) артериальной гипертензии и изменениям в моче
- 3) бактериурии
- 4) повышению концентрации креатинина в крови
- 5) повышению уровня мочевой кислоты в крови

6. Самым достоверным признаком хронической почечной недостаточности является:

- 1) олигоурия
- 2) протеинурия
- 3) артериальная гипертензия в сочетании с анемией
- 4) повышение уровня креатинина в крови
- 5) гиперлипидемия

7. При какой патологии наблюдается сочетание анемии и артериальной гипертензии?

- 1) гипертоническая болезнь
- 2) хроническая почечная недостаточность
- 3) синдром Иценко-Кушинга
- 4) акромегалия
- 5) В₁₂-дефицитная анемия

8. Показана ли какая-либо терапия при хроническом пиелонефрите в период ремиссии?

- 1) не показана
- 2) показана при возникновении интеркуррентных инфекций
- 3) два раза в год в осенне-зимний период
- 4) на протяжении 6-12 месяцев регулярные короткие курсы антибактериальной терапии, в промежутках фитотерапия
- 5) первые 3 месяца эпизодический приём антибактериального препарата, к которому чувствительна флора

9. Дайте описание «Facies nephritica»:

- 1) лицо одутловатое, цианотичное, отмечаются резкое набухание вен шеи, выраженный цианоз и отек шеи
- 2) отмечается выраженный цианоз губ, кончика носа, подбородка, ушей, цианотичный румянец щек
- 3) лицо мертвенно-бледное с сероватым оттенком, глаза запавшие, заостренный нос, на лбу капли холодного профузного пота
- 4) лицо одутловатое, бледное, отеки под глазами, веки набухшие, глазные щели узкие
- 5) лицо одутловатое, желтовато-бледное с отчетливым цианотическим оттенком, рот постоянно полуоткрыт, губы цианотичные, глаза слипающиеся, тусклые

10. Как называется учащенное мочеиспускание?

- 1) поллакизурия
- 2) странгурия
- 3) ишурия
- 4) анурия
- 5) полиурия

11. Как называется болезненное мочеиспускание?

- 1) поллакизурия
- 2) странгурия
- 3) ишурия
- 4) анурия
- 5) полиурия

12. Как называется увеличение суточного количества мочи?

- 1) поллакизурия
- 2) странгурия
- 3) ишурия
- 4) анурия
- 5) полиурия

13. Как называется полное прекращение выделения мочи?

- 1) поллакизурия
- 2) странгурия
- 3) ишурия
- 4) анурия
- 5) полиурия

14. Главным признаком нефротического синдрома является:

- 1) лейкоцитурия
- 2) протеинурия
- 3) гематурия
- 4) цилиндрурия
- 5) бактериурия

15. К патогенетическим средствам лечения нефротического синдрома относятся: 1) диуретики 2) глюкокортикоиды 3) белковые препараты 4) цитостатики 5) антикоагулянты. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) 2, 5
- 2) 1, 2, 5
- 3) 2, 4
- 4) 4, 5
- 5) 2, 4, 5

16. Стероидная терапия противопоказана при: 1) лоханочном нефротическом синдроме 2) амилоидозе 3) лекарственном нефротическом синдроме 4) диабетическом нефротическом синдроме 5) гломерулонефрите. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) 2, 4
- 2) 2, 3, 4
- 3) 1, 4
- 4) 1, 3, 4
- 5) 2, 5

17. Сочетание протеинурии, эритроцитурии, гипопроteinемии, отеков характерно для:

- 1) острого гломерулонефрита
- 2) мочекаменной болезни
- 3) пиелонефрита
- 4) амилоидоза почек

18. Ранним лабораторным признаком амилоидоза является:

- 1) протеинурия
- 2) бактериурия
- 3) лейкоцитурия
- 4) цилиндрурия

19. Больная, женщина 60 лет с мягкой артериальной гипертензией. Имеется выраженная протеинурия (до 18-20 г/сут), повышенная концентрация белка в плазме крови (95 г/л). Вероятный диагноз:

- 1) миеломная болезнь

- 2) амилоидоз
- 3) хронический гломерулонефрит
- 4) хронический пиелонефрит

20. Наиболее важным лабораторным признаком хронического пиелонефрита является:

- 1) выявление бактериурии
- 2) выявление антител к базальной мембране клубочков
- 3) наличие гематурии
- 4) наличие протеинурии

Эталоны ответов:

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
01	5	06	4	11	2	16	1
02	3	07	2	12	5	17	1
03	4	08	4	13	4	18	1
04	4	09	4	14	2	19	1
05	4	10	1	15	5	20	1

Тема 12. Дифференциальная диагностика и лечение заболеваний, проявляющихся нефротическим синдромом.

1. Главным признаком нефротического синдрома является:

- 1) лейкоцитурия
- 2) протеинурия
- 3) гематурия
- 4) цилиндрурия
- 5) бактериурия

2. Причина гипопроteinемии при нефротическом синдроме? 1) потеря белков с мочой 2) усиленный синтез бета-глобулинов 3) перемещение белков из плазмы во внеклеточную жидкость 4) потеря белка через кишечник 5) усиленный катаболизм глобулинов. Выберите:

- 1) 1, 3, 4
- 2) 1, 4
- 3) 1, 4, 5
- 4) 4, 5
- 5) все ответы правильные

3. К патогенетическим средствам лечения нефротического синдрома относятся: 1) диуретики 2) глюкокортикоиды 3) белковые препараты 4) цитостатики 5) антикоагулянты. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) 2, 5
- 2) 1, 2, 5
- 3) 2, 4
- 4) 4, 5
- 5) 2, 4, 5

4. Стероидная терапия противопоказана при: 1) лоханочном нефротическом синдроме 2) амилоидозе 3) лекарственном нефротическом синдроме 4) диабетическом нефротическом синдроме 5) гломерулонефрите. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) 2, 4
- 2) 2, 3, 4
- 3) 1, 4
- 4) 1, 3, 4
- 5) 2, 5

5. Цитостатики для лечения нефротического синдрома показаны при: 1) мембранозном нефрите 2) узелковом периартериите 3) нагноительных заболеваниях 4) нефритах при системных заболеваниях 5) обострении латентной инфекции. Выберите комбинацию ответов:

- 1) 1, 2
- 2) 2, 4
- 3) 1, 4
- 4) 3, 5
- 5) 1, 2, 4

6. Какие органы наиболее часто поражаются при амилоидозе? 1) почка 2) сердце 3) кишечник 4) селезенка 5) печень. Выберите правильную комбинацию ответов:
- 1) 1, 4, 5
 - 2) 1, 4
 - 3) 1, 5
 - 4) все ответы правильные
 - 5) 1, 2, 4
7. Какой признак является наиболее ранним при амилоидозе?
- 1) протеинурия
 - 2) гематурия
 - 3) лейкоцитурия
 - 4) цилиндрурия
 - 5) изостенурия
8. Какие изменения со стороны белкового состава крови наблюдаются при амилоидозе: 1) липопротеидемия 2) гипергаммаглобулинемия 3) гипоальбуминемия. Выберите правильную комбинацию ответов:
- 1) 1, 2, 3
 - 2) 1, 2
 - 3) 2, 3
 - 4) 2
 - 5) 1, 3
9. Биопсия каких тканей при амилоидозе является наиболее информативной на ранних стадиях? 1) десны 2) слизистой оболочки прямой кишки 3) печени 4) почек 5) кожи. Выберите правильную комбинацию ответов:
- 1) 1, 2
 - 2) 2, 4
 - 3) 1, 2, 4
 - 4) 4, 5
 - 5) 3, 4
10. Лечение больных амилоидозом препаратами аминохинолинового ряда показано:
- 1) на ранних стадиях
 - 2) на поздних стадиях
 - 3) независимо от стадии заболевания
11. Патофизиология прогрессирования гломерулонефрита: 1) активация гуморальных иммунных процессов 2) продукция медиаторов воспаления 3) коагуляционный механизм 4) гемодинамический механизм 5) метаболические нарушения. Выберите комбинацию ответов:
- 1) 2, 3
 - 2) 3, 4
 - 3) все ответы правильные
 - 4) 1, 2, 3
 - 5) 1, 2, 3, 4
12. Источником продукции воспалительных цитокинов при гломерулонефрите являются: 1) клетки мезангия 2) мононуклеарные лейкоциты 3) тромбоциты 4) полинуклеарные лейкоциты. Выберите правильную комбинацию ответов:
- 1) 2, 4
 - 2) 1, 2, 3
 - 3) 2, 3, 4
 - 4) 1, 2, 3, 5
 - 5) 1, 4
13. Какие факторы оказывают непосредственное повреждающее воздействие на канальцы и интерстиций при гломерулонефрите? 1) протеинурия 2) эритроцитурия 3) трансферинурия 4) ухудшение кровоснабжения канальцев. Выберите правильную комбинацию ответов:
- 1) 1, 2
 - 2) 1, 2, 3, 4
 - 3) 1, 2, 3
 - 4) 1, 4

5) 1, 3, 4

14. Среди гемодинамических факторов прогрессирования гломерулонефрита выделяют:
1) внутривенную гипертензию 2) системную гипертензию 3) нарушения проницаемости сосудистой стенки 4) иммунокомплексное повреждение. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) 1, 2
- 2) 3, 4
- 3) 1, 2, 3, 4
- 4) 1, 3, 4
- 5) 1, 4

15. Максимально активный нефрит при хроническом гломерулонефрите диагностируют при наличии:

- 1) массивной протеинурии $>3,5$ г/сутки
- 2) длительно персистирующего острого нефритического синдрома
- 3) массивной эритроцитурии с умеренной протеинурией
- 4) стойкой высокой артериальной гипертензии

16. При неактивном нефротическом типе хр. гломерулонефрита: 1) нет эритроцитурии 2) гематурия разной выраженности 3) умеренная протеинурия 4) стойкая высокая артериальной гипертензия 5) непостоянная артериальная гипертензия. Выберите комбинацию ответов:

- 1) 1, 3, 5
- 2) 2, 3, 5
- 3) 1, 4
- 4) 3, 5
- 5) 1, 2, 3, 5

17. Для диагностики нефротического синдрома важнейшим критерием является выявление:

- 1) суточной протеинурии более 3,5 г
- 2) отеков
- 3) уровня сывороточного альбумина ниже 30 г/л
- 4) гиперкоагуляции

18. Выберите правильную комбинацию ответов:

При хронической почечной недостаточности выявляются:

- 1) высокие уровни калия в крови
- 2) повышение креатинина в крови
- 3) повышение креатинина в моче
- 4) повышение уровня глюкозы в крови

19. Установите соответствие между заболеванием и его проявлениями:

- | | |
|--|------------------------------|
| 1. отеки на лице, протеинурия, гиперхолестеринемия | А) сердечная недостаточность |
| 2. отеки, асцит, сосудистые звездочки | Б) портальная гипертензия |
| 3. отеки на ногах, холодный цианоз, кардиомегалия | В) нефротический синдром |

20. Для лечения отёчного синдрома при хронической болезни почек 4 стадии (клубочковая фильтрация < 20 мл/мин/1,73 м²) диуретиками выбора являются:

- 1) фуросемид, торасемид
- 2) спиронолактон, триамтерен
- 3) индапамид, хлорталидон
- 4) маннитол, буметанид

Эталоны ответов:

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
01	2	06	1	11	3	16	2
02	1	07	1	12	2	17	1
03	5	08	5	13	5	18	1,2
04	1	09	2	14	1	19	1В,2Б, 3А
05	5	10	1	15	2	20	1

Тема 13. Дифференциальная диагностика гепатомегалий и гепатолиенального синдрома.

1. Какая из нижеперечисленных желтух не сопровождается неконъюгированной гипербилирубинемией:
 - 1) паренхиматозная
 - 2) гемолитическая
 - 3) синдром Жильбера
 - 4) с-м Криглера-Нояра

2. Какие из перечисленных изменений в биохимическом анализе крови характерны для механической желтухи:
 - 1) неконъюгированная гипербилирубинемия, увеличение АЛТ, АСТ
 - 2) конъюгированная гипербилирубинемия, резкое увеличение АЛТ, АСТ, холестерина
 - 3) конъюгированная гипербилирубинемия, увеличение щелочной фосфатазы
 - 4) неконъюгированная гипербилирубинемия
 - 5) все перечисленные

3. Какие из перечисленных биохимических изменений характерны для синдрома Жильбера:
 - 1) конъюгированная гипербилирубинемия, увеличение АЛТ, АСТ
 - 2) конъюгированная гипербилирубинемия
 - 3) неконъюгированная гипербилирубинемия
 - 4) неконъюгированная гипербилирубинемия, увеличение щелочной фосфатазы

4. Гемолитические желтухи проявляются:
 - 1) конъюгированной билирубинемией и увеличением уровня АЛТ, АСТ, ЛДГ
 - 2) неконъюгированной билирубинемией и увеличением АЛТ, АСТ, ЛДГ
 - 3) неконъюгированной гипербилирубинемией
 - 4) конъюгированной гипербилирубинемией
 - 5) ни одним из перечисленных

5. Паренхиматозная желтуха не наблюдается при:
 - 1) вирусном гепатите
 - 2) раке печени
 - 3) болезни Минковского - Шоффара
 - 4) циррозе печени
 - 5) при всех перечисленных заболеваниях

6. Для какого вида блока характерен синдром Курвуазье:
 - 1) надпеченочного
 - 2) печеночного
 - 3) подпеченочного

7. Для какого из перечисленных синдромов характерен кожный зуд, увеличение конъюгированного билирубина, щелочной фосфатазы, холестерина:
 - 1) печеночно-клеточной желтухи
 - 2) внутрипеченочного холестаза
 - 3) синдром Жильбера
 - 4) синдром Криглера-Наяра
 - 5) гемолитической желтухи

8. В диагностике какого заболевания имеет значение увеличение уровня альфа-фетопротеина:
 - 1) хронического гепатита
 - 2) эхинококкоза печени
 - 3) гепатоцеллюлярного рака
 - 4) острого вирусного гепатита
 - 5) всех перечисленных заболеваний

9. Куполообразное увеличение печени, аллергические реакции, субфебрилитет наиболее характерны для:
 - 1) цирроза печени
 - 2) первичного рака печени
 - 3) активного гепатита
 - 4) эхинококкоза печени

10. Гемохроматоз проявляется:
- 1) бронзовым окрашиванием кожных покровов, гепатоспленомегалией, сахарным диабетом
 - 2) желтушностью кожных покровов, гепато-лиенальным синдромом
 - 3) гепато-лиенальным синдромом, неврологическими нарушениями
11. Характерно ли увеличение печени и селезенки для синдрома Жильбера:
- 1) да
 - 2) нет
 - 3) возможно то и другое
12. Характерно ли увеличение селезенки для хронического персистирующего гепатита:
- 1) да
 - 2) нет
13. Изменяются ли функциональные пробы при застойной печени:
- 1) да
 - 2) нет
14. Холатохолестериновый индекс при холестазах чаще изменяется путем:
- 1) снижения уровня желчных кислот и увеличения холестерина
 - 2) уменьшения уровня холестерина и увеличения желчных кислот
 - 3) возможны оба варианта
 - 4) ни один из указанных вариантов
15. Укажите на основной этиологический фактор хронического гепатита:
- 1) инфекционный
 - 2) алиментарный
 - 3) протозойный
16. Какие производственные интоксикации проявляются развитием хронического гепатита:
- 1) хлорированные углеводороды
 - 2) хлорированные нафталины
 - 3) бензол и его гомологи
 - 4) металлы и металлоиды (свинец, ртуть, золото, марганец, мышьяк, фосфор)
 - 5) все перечисленные интоксикации
 - 6) ни одна из перечисленных интоксикаций
17. Жировая инфильтрация печени наиболее характерна для:
- 1) сахарного диабета
 - 2) хронической сердечной недостаточности
 - 3) системной красной волчанки
 - 4) саркоидоза с поражением печени
18. При обследовании 60-летнего пациента с циррозом печени, декомпенсированной портальной гипертензией, гиперспленизмом можно обнаружить:
- 1) асцит
 - 2) диаметр v. portae при доплерографии 10 мм
 - 3) рубиновые пятна
 - 4) тромбоцитоз
19. Установите соответствие:
- | | |
|---|-----------------------------|
| 1. асцит сопровождается сплено и гепатомегалией | А) рак поджелудочной железы |
| 2. асцит сопровождается обтурационной желтухой | Б) цирроз печени |
| 3. асцит сочетается с отеками на ногах, цианозом, увеличением размеров сердца | В) нефротический синдром |
| 4. асцит сочетается с протеинурией и гиперхолестеринемией | Г) cor bovinum |
20. Стадия фиброза печени у больного хроническим гепатитом В без биопсии может быть установлена при помощи:
- 1) транзитной эластометрии
 - 2) компьютерной томографии с контрастированием

- 3) магнитно-резонансной томографии
- 4) дуплексного ультразвукового сканирования

Эталоны ответов:

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
01	1	06	3	11	2	16	3
02	3	07	2	12	2	17	1
03	3	08	3	13	1	18	1
04	3	09	4	14	1	19	1Б, 2А, 3Г, 4В
05	3	10	1	15	1	20	1

Тема 14. Дифференциальная диагностика желтух.

1. «Сосудистые» звездочки отражают:
 - 1) цитолитический синдром
 - 2) мезенхимально-воспалительный синдром
 - 3) синдром портальной гипертензии
2. Какой вариант острого вирусного гепатита обычно разрешается выздоровлением:
 - 1) А
 - 2) В
 - 3) С
3. Какой из перечисленных симптомов является основным клиническим признаком холестаза:
 - 1) «печеночные» ладони
 - 2) кожный зуд
 - 3) сосудистые звездочки
 - 4) астенизация
4. Какие биохимические показатели отражают повреждение печеночных клеток:
 - 1) увеличение АЛТ, АСТ, ЛДГ4, ЛДГ5
 - 2) увеличение холестерина, щелочной фосфатазы
5. Какие биохимические показатели указывают на наличие синдрома холестаза:
 - 1) диспротеинемия, изменения тимоловой и сулемовой проб
 - 2) увеличение уровня билирубина, гиперхолестеринемия, увеличение щелочной фосфатазы
 - 3) увеличение АЛТ, АСТ, ЛДГ4, ЛДГ5
 - 4) увеличение уровня амилазы
6. Какой из перечисленных симптомов не входит в состав мезенхимально-воспалительного синдрома:
 - 1) лихорадка
 - 2) васкулиты
 - 3) артралгии
 - 4) спленомегалия
 - 5) лимфоаденопатия
 - 6) кожный зуд
7. Что является показанием для назначения кортикостероидов при хроническом гепатите:
 - 1) обострение хронического персистирующего гепатита
 - 2) обострение хронического активного гепатита
 - 3) обе формы заболевания
 - 4) ни одно из заболеваний
8. Какой из указанных препаратов не используют в лечении хронического гепатита:

витамины;

 - 1) ЛИВ 52
 - 2) легалон
 - 3) эссенциале
 - 4) глютаминовая кислота
 - 5) карсил
 - 6) азатиоприн
 - 7) тетрациклин

9. Какой из указанных препаратов способствует устранению синдрома холестаза:
- 1) аллохол
 - 2) никодин
 - 3) холестирамин
 - 4) сирепар
 - 5) оксафеиамид
10. Гидролизаты печени применяют при обострении хронического гепатита:
- 1) да
 - 2) нет
11. Главным отличием хронического активного гепатита от прочих форм хронических гепатитов является:
- 1) увеличение печеночных ферментов
 - 2) гистологические изменения
 - 3) гепатомегалия
 - 4) желтуха
 - 5) все перечисленные факторы
12. При хронических заболеваниях печени классическим показанием для назначения иммунодепрессивной терапии является:
- 1) хронический персистирующий гепатит;
 - 2) реактивный гепатит
 - 3) хронический активный гепатит
 - 4) вторичный билиарный цирроз
 - 5) новообразование печени
 - 6) все перечисленные заболевания
13. Выберите признак, не характерный для доброкачественных опухолей печени:
- 1) внепеченочные сосудистые знаки, гинекомастия
 - 2) тень опухоли на контуре печени, высокое стояние диафрагмы при обзорной рентгенографии
 - 3) округлые, четко очерченные «дефекты» накопления радионуклида на сканограмме печени
14. Выберите признак, специфический для эхинококкоза печени:
- 1) обильное отложение железа, дающего положительную реакцию Перлса, в биоптате печени
 - 2) кольцо Кайзера-Флейшера при осмотре роговицы при помощи щелевой лампы;
 - 3) положительная реакция на альфа-фетопротеин
 - 4) положительная реакция гемагглютинации и реакция Кацони
 - 5) фруктозурия
15. Абсорбция излившейся в полости тела крови после травмы чаще может привести к желтухе:
- 1) предпеченочной
 - 2) паренхиматозной
16. Мелена при наличии гепато-спленоmegалии подозрительна на:
- 1) кровоточащую язву двенадцатиперстной кишки
 - 2) кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
 - 3) тромбоз мезентериальных артерий
 - 4) язвенный колит
 - 5) геморрагический диатез
17. При повышении билирубина, типичном для синдрома Жильбера, надо исключить:
- 1) гемолитическую анемию
 - 2) инфекционный мононуклеоз
 - 3) острый вирусный гепатит А
 - 4) хроническую алкогольную интоксикацию
18. Клинически заподозрить печеночно-клеточную недостаточность позволяют:
- 1) нарастание желтухи, геморрагический синдром
 - 2) желтуха, слабость
 - 3) геморрагический синдром, похудание

- 4) нарастание слабости, желтуха
19. Ранним и чувствительным показателем печеночного цитолитического синдрома является:
- 1) повышение АЛТ
 - 2) повышение активности альдолазы
 - 3) повышение протромбинового индекса
 - 4) гипоальбуминемия
20. На наличие холестаза указывают:
- 1) повышение щелочной фосфатазы, билирубина, холестерина
 - 2) повышение аспарагиновой и аланиновой трансаминаз, глюкозы
 - 3) снижение протромбина, гемоглобина, фибриногена
 - 4) увеличение амилазы, общего белка, креатинина
21. Наиболее надежным методом дифференциальной диагностики печеночной и подпеченочной желтухи служит:
- 1) ультразвуковое исследование органов брюшной полости
 - 2) эндоскопическое исследование пищевода и желудка
 - 3) биохимическое исследование крови на содержание билирубина, щелочной фосфатазы
 - 4) биохимическое исследование крови на содержание АЛТ и АСТ
22. Дифференциально-диагностическим признаком желтухи при гемолитической анемии от желтухи при активном циррозе печени является наличие:
- 1) ретикулоцитоза
 - 2) гипербилирубинемии
 - 3) спленомегалии
 - 4) субфебрилитета
23. Основным клиническим признаком холестаза является:
- 1) кожный зуд
 - 2) спленомегалия
 - 3) асцит
 - 4) гепатомегалия
24. О наличии синдрома холестаза свидетельствует:
- 1) повышение щелочной фосфатазы
 - 2) повышение уровней аминотрансфераз
 - 3) повышение уровня гамма-глобулинов
 - 4) снижение уровня липопротеидов
25. Препаратом, используемым при любых формах холестаза, является:
- 1) урсодезоксихолиевая кислота
 - 2) мебеверин
 - 3) креон
 - 4) дюфалак

Эталоны ответов:

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
01	1	06	6	11	2	16	2
02	1	07	2	12	3	17	1
03	2	08	6	13	1	18	1
04	1	09	3	14	4	19	1
05	2	10	2	15	1	20	1

Тема 15. Дифференциальная диагностика по синдрому дисфагии.

1. При химическом ожоге пищевода в острой стадии показано:
- 1) промывание рта, пищевода, желудка водой
 - 2) назначение препаратов морфия и седативных средств
 - 3) питьё молока
 - 4) всё верно
 - 5) всё не верно

2. Основным методом лечения кардиоспазма является:
 - 1) кардиопластика по Геллеру
 - 2) фундопликация по Ниссену
 - 3) кардиодилатация
 - 4) различные способы экстрамукозной пластики
 - 5) бужирование
3. Основным методом диагностики дивертикула пищевода является:
 - 1) эзофагоскопия
 - 2) контрастное рентгенологическое исследование
 - 3) УЗИ
 - 4) радионуклидное исследование
4. При раке среднегрудного отдела пищевода чаще всего наблюдается:
 - 1) срыгивание
 - 2) боль за грудиной
 - 3) кашель, одышка
 - 4) дисфагия
 - 5) слюнотечение
5. Ценкеровский дивертикул пищевода локализуется:
 - 1) в области бифуркации трахеи
 - 2) над диафрагмой
 - 3) в в/3 пищевода
 - 4) в глоточно-пищеводном переходе
 - 5) над кардией
6. Для диагностики новообразований средостения может быть использован:
 - 1) пневмоторакс
 - 2) пневмоперитонеум
 - 3) ретропневмоперитонеум
 - 4) бронхография
 - 5) пневмомедиастинография
7. При дивертикуле шейного отдела пищевода показано:
 - 1) инвагинация дивертикула
 - 2) зондовое питание
 - 3) удаление дивертикула
 - 4) эндоскопическое рассечение в месте сужения, ниже дивертикула
 - 5) всё перечисленное
8. Наиболее ранним проявлением рака пищевода является:
 - 1) дисфагия
 - 2) боль за грудиной и в спине
 - 3) срыгивание застойным содержимым
 - 4) усиление слюноотделения
 - 5) похудание
9. В диагностике инородных тел пищевода не используют:
 - 1) сбор жалоб и анамнеза
 - 2) зондирование пищевода
 - 3) эзофагографию
 - 4) эзофагоскопию
 - 5) ларингоскопию
10. Наиболее опасным осложнением грыжи пищеводного отверстия является:
 - 1) желудочное кровотечение
 - 2) недостаточность кардии
 - 3) ущемление желудка
 - 4) рефлюкс-эзофагит
 - 5) дпептическая язва пищевода
11. Наиболее часто встречающимся симптомом при диффузном эзофгоспазме является:

- 1) боль за грудиной
 - 2) одинофагия
 - 3) дисфагия
 - 4) регургитация
12. Симптом изжоги выражен при:
- 1) гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
 - 2) хроническом холецистите
 - 3) хроническом пиелонефрите
 - 4) хроническом панкреатите
13. Для диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни первоочередным исследованием является:
- 1) эндоскопическое
 - 2) рентгенологическое
 - 3) гистологическое
 - 4) рН-метрическое
14. Появлению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни способствует прием:
- 1) изосорбида мононитрата
 - 2) метопролола сукцината
 - 3) стронция ранелата
 - 4) гидроокиси алюминия
15. Наиболее ранним симптомом при локализации рака в кардиальном отделе желудка является:
- 1) дисфагия
 - 2) боль в эпигастральной области
 - 3) боль за грудиной
 - 4) тошнота и рвота

Эталоны ответов:

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
01	4	06	5	11	1
02	3	07	3	12	1
03	2	08	1	13	1
04	4	09	2	14	1
05	4	10	1	15	1

Тема 16. Дифференциальная диагностика по синдрому эпигастралгии.

1. Оцените результаты желудочного содержимого:

Количество	Общая кислотность	Свободная кислотность
Базальная секреция:		
12	16	0
Стимуляция гистамином:		
30	44	0
30	60	0
21	50	0
10	21	0

Реакция на молочную кислоту отрицательная, пепсин отсутствует.

 - 1) гиперхлоргидрия
 - 2) гипохлоргидрия
 - 3) ахлоргидрия
 - 4) ахилия
 - 5) норма
2. О чем в типичных случаях свидетельствует болезненность в зоне Шоффара?
 - 1) о поражении тела желудка
 - 2) о поражении пилорической части желудка
 - 3) о поражении 12-перстной кишки
 - 4) о поражении 12-перстной кишки и/или пилорической части желудка

- 5) о поражении пилорической части желудка, 12-перстной кишки и/или головки pancreas
3. О чем свидетельствуют ноющие боли в эпигастральной области, возникающие через 1,5-2 часа после еды (поздние боли), натощак (голодные) и ночные боли?
- 1) о гастрите
 - 2) о раке желудка
 - 3) о язвенной болезни 12-перстной кишки
 - 4) о панкреатите
4. Какими методами можно определить секреторную функцию желудка?
- 1) зондовым методом
 - 2) гастрографией
 - 3) дуоденальным зондированием
5. С помощью какого стимулятора определяют желудочную секрецию?
- 1) гистамин
 - 2) сернокислая магнезия
6. О чем следует думать, если при рентгенологическом исследовании желудка выявлена «ниша»?
- 1) о раке желудка
 - 2) о гастрите
 - 3) о язвенной болезни желудка
7. Когда встречается «дефект наполнения» при рентгеноскопии желудка?
- 1) рак желудка
 - 2) гастрит
 - 3) язвенная болезнь
8. На что указывает постоянно положительная реакция на скрытую кровь в кале при лечении больного?
- 1) на рак желудка
 - 2) на гастрит
 - 3) на язвенную болезнь
9. Когда чаще бывает повышение базальной секреции?
- 1) рак желудка
 - 2) язвенная болезнь
 - 3) гастрит
10. Положительная реакция на молочную кислоту в желудочном содержимом свидетельствует о:
- 1) гиперацидном гастрите
 - 2) раке желудка
 - 3) язвенной болезни 12-перстной кишки
11. Для какого заболевания характерны приступообразные боли в эпигастральной области, носящие опоясывающий характер, сопровождающиеся многократной рвотой?
- 1) холецистит
 - 2) язвенная болезнь
 - 3) рак желудка
 - 4) панкреатит
12. Вирховская железа (увеличенный лимфатический узел в левой надключичной области) встречается при:
- 1) гастрите
 - 2) язвенной болезни
 - 3) раке желудка
13. Голодные и/или «ночные боли», возникающие через 2,5–4 часа после еды, и исчезающие после очередного приема пищи, заставляют думать о язве:
- 1) 12-перстной кишки
 - 2) малой кривизны желудка
 - 3) фундального отдела желудка
 - 4) нижнего отдела пищевода

14. Поздние, «голодные», ночные боли, локализующиеся в эпигастральной области, характерны для:
- 1) язвенной болезни 12-перстной кишки
 - 2) хронического гастрита
 - 3) язвенной болезни желудка
 - 4) цирроза печени
15. Основным отличием симптоматических язв от язвенной болезни является:
- 1) отсутствие хронического рецидивирующего течения
 - 2) локализация язвы
 - 3) величина язвы
 - 4) кровотечение
16. Диагностически значимым для хронического панкреатита является наличие:
- 1) кальцинатов в головке поджелудочной железы
 - 2) повышенной активности эластазы в кале
 - 3) пониженной активности диастазы мочи
 - 4) большого количества жира в кале
17. Достоверным рентгенологическим признаком перфорации гастродуоденальной язвы является:
- 1) свободный газ в брюшной полости
 - 2) высокое стояние диафрагмы
 - 3) пневматизация кишечника
 - 4) «чаши» Клойбера
18. Для диагностики синдрома золлингера-эллисона важно исследование:
- 1) уровня сывороточного гастрина
 - 2) антител H. Pylori
 - 3) калия и натрия крови
 - 4) уровня инсулина и С-пептида
19. К признакам хронического атрофического гастрита относят:
- 1) наличие гиперхромной анемии в общем анализе крови
 - 2) выраженный болевой синдром в эпигастральной области, возникающий в ночное время
 - 3) изжогу, рвоту кислым содержимым
 - 4) появление прожилок крови в кале
20. В дифференциальной диагностике между язвенной болезнью и раком желудка наиболее важным является:
- 1) эндоскопическое исследование с биопсией
 - 2) рентгенологическое исследование
 - 3) исследование желудочной секреции с гистамином
 - 4) исследование кала на скрытую кровь

Эталоны ответов:

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
01	4	06	3	11	4	16	1
02	5	07	1	12	3	17	1
03	3	08	1	13	1	18	1
04	1	09	2	14	1	19	1
05	1	10	2	15	1	20	1

Тема 17. Дифференциальная диагностика при нарушениях функции кишечника.

1. Для какого из перечисленных заболеваний типична дисфагия?
- 1) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
 - 2) склеродермия
 - 3) рак пищевода
 - 4) дивертикул пищевода
 - 5) для всех указанных
2. Наиболее достоверным подтверждением панкреатита является:
- 1) боль опоясывающего характера

- 2) коллапс
 - 3) высокий уровень амилазы в крови (диастазы в моче)
 - 4) гипергликемия
 - 5) стеаторея
3. Мелена при наличии гепато-спленомегалии подозрительна на:
- 1) кровоточащую язву двенадцатиперстной кишки
 - 2) кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
 - 3) тромбоз мезентериальных артерий
 - 4) язвенный колит
 - 5) геморрагический диатез
4. Какой симптом может быть одним из самых ранних при подозрении на рак желудка?
- 1) метеоризм
 - 2) нарушение функции кишечника
 - 3) похудение
 - 4) немотивированная потеря аппетита
 - 5) тахикардия
5. Может ли заболевание желудка явиться причиной поносов?
- 1) не может
 - 2) может при полипозе
 - 3) при раке желудка
 - 4) при эрозивном гастрите
 - 5) при гастрите типа А
6. Портальная гипертензия может наблюдаться при:
- 1) циррозе печени
 - 2) метастатическом раке печени
 - 3) хроническом гепатите
 - 4) холилитиазе
 - 5) хроническом панкреатите
7. Какой метод информативен в ранней диагностике дискинезии желчевыводящих путей?
- 1) биохимическое исследование желчи
 - 2) ультразвуковая диагностика
 - 3) внутривенная холецистография
 - 4) лапароскопия
8. Назначение препаратов хенодезоксихолевой или урсодезоксихолевой кислот показано:
- 1) при наличии рентгенопозитивных карбонатных камней
 - 2) при рентгеномалококонтрастных холестериновых камнях
 - 3) при камнях диаметром более 20 мм
 - 4) при частых желчных коликах
 - 5) при некалькулезном холецистите
9. При синдроме раздраженной толстой кишки целесообразно назначать:
- 1) слабительные средства
 - 2) антидепрессанты
 - 3) местноанестезирующие препараты
 - 4) противовоспалительные препараты
 - 5) очистительные и лечебные клизмы
10. Показанием для проведения дуоденального зондирования является подозрение на:
- 1) желчно-каменную болезнь
 - 2) глистную инвазию
 - 3) язву 12-перстной кишки
 - 4) дуоденит
11. Показанием для проведения дуоденального зондирования является?
- 1) гастрит
 - 2) энтерит
 - 3) желчно-каменная болезнь

- 4) определение вида дискинезии желчевыводящих путей
12. «Кинжальная» боль характерна для?
- 1) гастрита
 - 2) панкреатита
 - 3) перфоративной язвы желудка или 12-перстной кишки
 - 4) энтерита
 - 5) колита
13. Рвота пищей, съеденной накануне, характерна для?
- 1) гастрита
 - 2) энтерита
 - 3) панкреатита
 - 4) стеноза привратника
 - 5) язвенной болезни желудка
14. Что такое тенезмы?
- 1) ложные позывы к акту дефекации
 - 2) боли спастического характера
 - 3) позывы на рвоту
 - 4) запоры
15. При какой патологии бывает амилорея, креаторея, стеаторея?
- 1) гастрит
 - 2) холецистит
 - 3) панкреатит
16. К внекишечным проявлениям болезни Крона относят:
- 1) узловатую эритему
 - 2) межкишечные свищи
 - 3) панкреатогенный сахарный диабет
 - 4) генерализованный эрозивный псориаз
17. Повышение уровня кальпротектина в кале выше 300 мкг/г подтверждает диагноз:
- 1) болезнь Крона
 - 2) аскаридоз
 - 3) синдром раздраженного кишечника
 - 4) глютенная энтеропатия
18. внекишечным проявлением язвенного колита выступает:
- 1) серонегативный спондилоартрит
 - 2) пневмония
 - 3) пиелонефрит
 - 4) сахарный диабет
19. Терминальный отдел подвздошной кишки не поражается при
- 1) псевдомембранозном колите
 - 2) инфекции, вызванной *Yersinia Enterocolitica*
 - 3) болезни Крона
 - 4) туберкулезе
20. Для диагностики синдрома мальабсорбции при хронической диарее более информативно:
- 1) биохимическое исследование крови
 - 2) копрологическое исследование
 - 3) исследование желудочной секреции
 - 4) рентгенологическое исследование

Эталонные ответы:

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
01	5	06	1	11	4	16	1
02	3	07	1	12	3	17	1
03	2	08	2	13	4	18	1
04	4	09	2	14	1	19	1

05	5	10	2	15	3	20	1
----	---	----	---	----	---	----	---

Тема 18. Дифференциальная диагностика заболеваний, проявляющихся бронхообструктивным синдромом.

1. Что верно для астмы физического усилия? 1) возникает во время физической нагрузки 2) возникает после нагрузки 3) развивается при вдыхании сухого воздуха 4) развивается при вдыхании влажного воздуха 5) в режиме больного следует ограничить физическую нагрузку.

- 1) 1, 4
- 2) 1, 2, 5
- 3) 2, 3
- 4) 1, 5
- 5) 1, 4, 5

2. Занятия какими видами спорта чаще провоцируют приступы астмы физического усилия? 1) бег на длинные дистанции 2) плавание 3) велосипедный спорт 4) бег на лыжах 5) водное поло.

Выберите правильную комбинацию:

- 1) 1, 3, 4
- 2) 1, 2, 3, 4
- 3) 2, 5
- 4) 1, 4
- 5) 1, 2

3. Какой антиангинальный препарат следует назначить больному стенокардией напряжения, страдающему бронхиальной астмой и гипертонической болезнью?

- 1) нитросорбид
- 2) пропранолол
- 3) метопролол
- 4) нифедипин
- 5) тринитролонг

4. Какие лекарственные препараты являются основными противовоспалительными средствами для лечения больных бронхиальной астмой? 1) антибиотики 2) глюкокортикоиды 3) кромогликат натрия 4) недокромил натрия 5) теofilлин. Выберите:

- 1) 2, 3, 4
- 2) 1, 2
- 3) 2, 5
- 4) 3, 4
- 5) 1, 2, 5

5. Какая терапия используется для лечения больных с нетяжелой бронхиальной астмой?

- 1) ежедневное введение противовоспалительных препаратов
- 2) нерегулярные ингаляции бета2-агонистов короткого действия
- 3) ежедневное введение бронходилататоров пролонгированного действия
- 4) частое применение системных глюкокортикоидов

6. Для лечения больных с бронхиальной астмой умеренной тяжести используют: 1) ежедневно противовоспалительные препараты 2) нерегулярные ингаляции бета2-агонистов короткого действия 3) ежедневное бронходилататоры пролонгированного действия. Выберите:

- 1) 1, 2
- 2) 1, 2, 3
- 3) 2
- 4) 2, 3
- 5) 1, 3

7. Для лечения БА тяжелого течения используют: 1) ежедневно противовоспалительные препараты 2) нерегулярно ингаляции бета2-агонистов короткого действия 3) ежедневно бронходилататоры пролонгированного действия 4) часто системные глюкокортикоиды.

- 1) 1, 3
- 2) 2, 4
- 3) 3, 4
- 4) 1, 3, 4
- 5) 1, 2

8. Жизненная емкость легких (ЖЕЛ)-это:
- 1) максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе
 - 2) максимальный объем воздуха, который выходит из легких при выдохе
 - 3) максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе и выходит при выдохе
9. Какое изменение индекса Тиффно характерно для обструктивных заболеваний легких?
- 1) снижение
 - 2) увеличение
10. Какое изменение индекса Тиффно характерно для рестриктивных заболеваний легких?
- 1) снижение
 - 2) увеличение
11. Побочные явления при пользовании ингаляционными глюкокортикоидами в обычных дозах?
- 1) кандидоз ротоглотки 2) язвы желудочно-кишечного тракта 3) дисфония 4) стероидный диабет 5) частые инфекции носоглотки. Выберите правильную комбинацию ответов:
- 1) 1, 3
 - 2) 1, 2, 4, 5
 - 3) все ответы правильные
 - 4) 1, 5
 - 5) 1, 2, 5
12. Какие симптомы характерны для бронхоэктатической болезни? 1) артралгии 2) "барабанные палочки" 3) кашель с гнойной мокротой 4) сухой кашель 5) кровохарканье. Выберите правильную комбинацию:
- 1) 1, 3, 5
 - 2) 3, 5
 - 3) все ответы правильные
 - 4) 4, 4, 5
 - 5) 2, 3, 5
13. При каком заболевании наиболее эффективно проведение бронхоскопического лаважа с лечебной целью?
- 1) бронхиальная астма с высоким уровнем IgE в крови
 - 2) хронический гнойный бронхит
 - 3) прогрессирующая эмфизема легких при дефиците ингибитора альфа1-антитрипсина
 - 4) экзогенный фиброзирующий альвеолит
 - 5) бронхолегочный аспергиллез
14. При каких заболеваниях наблюдается кровохарканье? 1) тромбоэмболия легочной артерии 2) бронхоэктатическая болезнь 3) рак легкого 4) митральный стеноз 5) эмфизема легких. Выберите правильную комбинацию:
- 1) 1, 3
 - 2) 2, 3
 - 3) 1, 2, 3
 - 4) 1, 3, 4, 5
 - 5) 1, 2, 3, 4
15. Какие препараты следует назначить больному с хроническим бронхитом и легочной гипертензией? 1) нитросорбид 2) каптоприл 3) нифедипин 4) сердечные гликозиды 5) длительная кислородотерапия. Выберите правильную комбинацию:
- 1) 2, 4
 - 2) 2, 3, 4
 - 3) 1, 3, 5
 - 4) все ответы правильные
 - 5) 4, 5
16. Какой препарат нежелателен в лечении 50-летнего больного хроническим гнойно-обструктивным бронхитом в фазе обострения, эмфиземой легких, ДН 2?
- 1) антибиотики пенициллинового ряда
 - 2) содовые ингаляции
 - 3) ингаляции трипсина

- 4) ацетилцистеин внутрь
- 5) препарат полимикробной вакцины-бронхомунал

17. Что верно для хронического бронхита? 1) диффузное заболевание дыхательных путей 2) обратимая обструкция 3) необратимая обструкция 4) кашель с мокротой на протяжении 3 месяцев в году в течение 2 лет и более 5) приступы удушья. Выберите:

- 1) 1, 3, 4
- 2) 1, 2, 4
- 3) 1, 3, 5
- 4) 3, 4, 5
- 5) 1, 3, 4, 5

18. Наиболее информативными критериями гипертрофии правого желудочка являются: 1) выраженное отклонение оси QRS вправо 2) смещение переходной зоны вправо 3) смещение переходной зоны влево 4) S-тип ЭКГ. Выберите правильную комбинацию:

- 1) 1, 2, 4
- 2) 1, 3, 4
- 3) 2, 4
- 4) 1, 4
- 5) 1, 3

19. При каких заболеваниях, протекающих с поражением легких, эффективен плазмаферез? 1) идиопатический фиброзирующий альвеолит 2) саркоидоз 3) синдром Гудпасчера 4) системная красная волчанка 5) первичный амилоидоз. Выберите правильную комбинацию:

- 1) 2, 5
- 2) все ответы правильные
- 3) 3, 5
- 4) 2, 3, 5
- 5) 1, 3, 4

20. К аускультативным признакам, характерным для бронхиальной астмы относят:

- 1) сухие хрипы на выдохе
- 2) сухие хрипы на вдохе
- 3) влажные хрипы
- 4) крепитация

Эталоны ответов:

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
01	3	06	5	11	1	16	3
02	1	07	4	12	5	17	1
03	4	08	3	13	2	18	2
04	1	09	1	14	5	19	5
05	2	10	2	15	3	20	1

Тема 19. Дифференциальный диагноз и лечение интерстициальных заболеваний легких.

1. При каких состояниях может появиться плевральный выпот? 1) деструктивный панкреатит 2) цирроз печени с портальной гипертензией 3) поддиафрагмальный абсцесс 4) дивертикулез тонкого кишечника 5) опухоль яичников. Выберите правильную комбинацию:

- 1) 1, 2, 3, 5
- 2) 3, 5
- 3) 1, 3, 5
- 4) все ответы правильные
- 5) 4, 5

2. При каких заболеваниях чаще всего обнаруживают геморрагический плеврит? 1) туберкулез 2) опухоль 3) травма грудной клетки 4) тромбоз легочной артерии. Выберите правильную комбинацию:

- 1) 1, 2, 3, 4
- 2) 1, 2
- 3) 1, 2, 3
- 4) 1, 3
- 5) 2, 3, 4

3. При каких заболеваниях чаще всего обнаруживаются эозинофильные выпоты? 1) пневмония 2) туберкулез 3) опухоли 4) глистные инвазии 5) травма. Выберите правильную комбинацию:

- 1) 2, 3, 4
- 2) 2, 3, 4, 5
- 3) все ответы правильные
- 4) 4
- 5) 1, 4

4. Для какого заболевания наиболее характерны лимфоцитарный состав и незначительное количество мезотелиальных клеток в экссудате?

- 1) туберкулез
- 2) опухоль
- 3) ревматоидный артрит
- 4) лимфолейкоз
- 5) пневмония

5. При каких заболеваниях наблюдается повышение уровня амилазы в плевральной жидкости? 1) панкреатит 2) туберкулез 3) злокачественная опухоль 4) перфорация пищевода 5) ревматоидный артрит. Выберите правильную комбинацию:

- 1) 1, 2, 5
- 2) 1, 5
- 3) 1, 3, 5
- 4) 1, 2, 5
- 5) 1, 3, 4

6. Какой аускультативный признак характерен для бронхиальной астмы?

- 1) влажные хрипы
- 2) сухие хрипы на вдохе
- 3) сухие хрипы на выдохе

7. Для обструктивного бронхита характерна эмфизема:

- 1) гипертрофическая
- 2) вторичная деструктивная, диффузная
- 3) острое вздутие легких
- 4) парасептальная
- 5) первичная

8. Вторичная деструктивная диффузная эмфизема является осложнением:

- 1) бронхиальной астмы
- 2) хронического катарального бронхита
- 3) хронического обструктивного бронхита
- 4) очаговой пневмонии
- 5) хронического фиброзирующего альвеолита

9. Основное патогенетическое значение в развитии первичной эмфиземы легких имеют:

- 1) острые заболевания дыхательной системы
- 2) хронические болезни бронхолегочного аппарата
- 3) функциональное перенапряжение аппарата дыхания
- 4) возрастная инволюция эластической ткани легких
- 5) дефицит альфа1-антитрипсина

10. Основное патогенетическое значение в развитии инволютивной эмфиземы легких имеют:

- 1) дефицит альфа1-антитрипсина
- 2) острые болезни аппарата дыхания
- 3) хронические болезни бронхолегочного аппарата
- 4) функциональное перенапряжение аппарата дыхания
- 5) дегенерация эластической ткани легкого

11. Лечение пневмонии в поликлинических условиях у лиц молодого возраста следует начинать с:

- 1) оральных цефалоспоринов второго поколения
- 2) гентамицина

- 3) фторхинолонов
- 4) полусинтетических пенициллинов
- 5) макролидов нового поколения

12. При ОРВИ с высокой температурой показано применение:

- 1) эритромицина
- 2) ампициллина
- 3) бисептола
- 4) аспирина
- 5) ни одного из указанных препаратов

13. Какой бронходилатирующий препарат является базисным при лечении больных хроническим обструктивным бронхитом?

- 1) сальбутамол
- 2) беротек
- 3) атровент
- 4) теопек
- 5) теодур

14. С какого препарата следует начинать лечение бронхиальной астмы среднетяжелого течения?

- 1) системные глюкокортикостероиды
- 2) бингалиционные глюкокортикостероиды
- 3) кромогликат натрия
- 4) беротек
- 5) аколлат

15. Больная, страдающая БА и ГБ, жалуется на появление сухого кашля. Она принимает беклометазон, капотен ежедневно и сальбутамол при затрудненном дыхании 1-2 раза в неделю. Вероятнее всего, появление кашля связано с приемом:

- 1) беклометазона
- 2) сальбутамола
- 3) капотена
- 4) с сочетанием беклометазона и сальбутамола
- 5) с недостаточной дозой беклометазона

16. Препаратом выбора при крупозной пневмонии является:

- 1) ципрофлоксацин
- 2) доксициклин
- 3) метициллин
- 4) цефотаксим
- 5) пенициллин

17. К ингаляционным кортикостероидам относится:

- 1) гидрокортизон
- 2) беклометазон
- 3) преднизолон
- 4) полькортолон
- 5) дексаметазон

18. Ослабление голосового дрожания отмечается при:

- 1) эмфиземе легких
- 2) полости в лёгком, сообщающейся с бронхом
- 3) компрессионном ателектазе
- 4) пневмосклерозе

19. Для идиопатического фиброзирующего альвеолита характерно наличие:

- 1) инспираторной одышки
- 2) экспираторной одышки
- 3) влажных хрипов
- 4) сухих хрипов

20. Нарушение диффузии газов через альвеоло-капиллярную мембрану наблюдается при: 47

- 1) диффузном фиброзе легких
- 2) плеврите
- 3) бронхиальной астме
- 4) отеке гортани

Эталоны ответов:

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
01	1	06	3	11	5	16	5
02	5	07	2	12	5	17	2
03	1	08	3	13	3	18	1
04	1	09	5	14	2	19	1
05	5	10	5	15	3	20	1

Тема 20. Дифференциальный диагноз и лечение заболеваний с синдромом округлой тени в легких.

1. При рецидиве пневмонии через несколько недель или месяцев требуется в первую очередь исключить:

- 1) легочную тромбоэмболию
- 2) рак легких
- 3) туберкулез легких
- 4) гипостатическую пневмонию

2. Все перечисленные являются рентгенологическими признаками ателектаза доли легкого, кроме:

- 1) гомогенного затемнения без лентовидных полосок просветления по ходу бронхов
- 2) сужения межреберных промежутков
- 3) смещения средостения в сторону поражения
- 4) плеврита на стороне поражения
- 5) поднятия купола диафрагмы на стороне поражения

3. Перечисленные состояния дают интенсивный участок затемнения в легких со смещением органов средостения в пораженную сторону, кроме:

- 1) казеозной пневмонии;
- 2) ателектаза
- 3) цирроза

4. Какие заболевания легких осложняются ателектазом:

- 1) центральный рак
- 2) туберкулезный бронхаденит
- 3) инородные тела
- 4) бронхолитиаз
- 5) все перечисленные

5. Все перечисленное отличает лобарную (крупозную) пневмонию от туберкулезного лобита, кроме:

- 1) почти однородного затемнения
- 2) наличия полостных образований
- 3) отсутствия очаговых теней в участке затемнения и в окружающей легочной ткани
- 4) быстрого рассасывания при лечении

6. Со всеми нижеперечисленными заболеваниями дифференцируется цирротический туберкулез легких, кроме:

- 1) неспецифического цирроза
- 2) саркоидоза III ст.
- 3) центрального рака с ателектазом
- 4) казеозной пневмонии
- 5) пневмокониоза III ст.

7. Все перечисленное отличает сегментарную пневмонию от облаковидного инфильтрата, кроме:

- 1) более острого начала
- 2) наличия сухих и влажных хрипов в зоне поражения
- 3) негомогенного затемнения средней интенсивности с нечеткими наружными контурами
- 4) почти гомогенного затемнения средней интенсивности с нечеткими наружными контурами

8. Все перечисленные являются критериями диагностики аллергической (эозинофильной) пневмонии, кроме:
- 1) гиперэозинофилии
 - 2) негеткого затемнения средней интенсивности с нечеткими наружными контурами
 - 3) малоинтенсивного, почти гомогенного затемнения различной формы и величины с нечеткими контурами
 - 4) быстрого исчезновения клиничко-рентгенологических признаков заболевания
 - 5) отсутствия очаговых теней в структуре затемнения и в окружающей легочной ткани
9. Перечисленные методы являются основными для установления этиологии округлых образований легких, кроме:
- 1) слепой пункционной биопсии
 - 2) бронхофиброскопии с трахеобронхиальной биопсией
 - 3) бактериологического и цитологического исследования мокроты
 - 4) диагностической торакотомии
10. Все перечисленные являются рентгенологическими признаками периферического рака легкого с размерами до 1,5 см, кроме:
- 1) однородности фокуса затемнения
 - 2) нечеткого наружного контура
 - 3) отсутствия очаговых теней в прилежащей легочной ткани
 - 4) дорожки к корню легкого
11. При дифференциальной диагностике внелегочных заболеваний грудной полости (загрудинный зоб, гиперплазия вилочковой железы, невринома, натечник, опухоли плевры, кисты средостения) с туберкулезом необходимо провести нижеперечисленные исследования, кроме:
- 1) многоплоскостной рентгеноскопии и рентгенографии
 - 2) слепой пункционной биопсии
 - 3) компьютерной томографии
 - 4) бронхографии
 - 5) ангиографии
12. Все перечисленные являются клиничко-рентгенологическими признаками периферического рака легкого с размерами 2 см и более, кроме:
- 1) нарастающей одышки и боли в груди
 - 2) интенсивной однородной тени с бугристыми и не очень четкими контура-ми, дорожки к корню легкого
 - 3) интенсивной неоднородной тени с четкими правильными контурами
 - 4) отсутствия очаговых теней в прилежащих участках легкого
 - 5) уширения, бесструктурности корня легкого на стороне поражения с бугристым четким контуром
13. Все перечисленные являются клиничко-рентгенологическими признаками единичного метастаза в легком, кроме:
- 1) отсутствия клинических признаков поражения
 - 2) малоинтенсивной однородной тени с ровными правильными контурами без дорожки к корню легкого
 - 3) отсутствия очаговых теней и фиброзных изменений в окружающей легочной ткани
 - 4) интенсивной неоднородной тени с ровными контурами, без дорожки к корню легкого
14. Все перечисленное характерно для доброкачественных опухолей легких, кроме:
- 1) отсутствия клинических признаков поражения при больших размерах
 - 2) интенсивной гомогенной тени с четкими бугристыми контурами при отсутствии изменений в окружающей легочной ткани
 - 3) дорожки к корню легкого, изменений в корне
15. Все перечисленные являются клиничко-рентгенологическими признаками заполненной кисты легкого, кроме:
- 1) бессимптомности
 - 2) интенсивного однородного округлого образования с четким пра-вильным контуром
 - 3) интенсивного негеткого округлого образования с четким неправильным контуром
 - 4) интактных легких и корня
 - 5) отсутствия связи с бронхиальным деревом при бронхографии

16. Все перечисленные являются основными методами диагностики ретенционной кисты, кроме:
- 1) прямой и боковой обзорных рентгенограмм
 - 2) многоплоскостной томографии
 - 3) бронхографии
17. Перечисленные являются основными дифференциально-диагностическими признаками округлого пневмонического фокуса в отличие от туберкулемы, кроме:
- 1) гомогенного, средней интенсивности затемнения с почти четкими правильными контурами
 - 2) быстрой положительной рентгенологической динамики на фоне лечения
 - 3) отсутствия МБТ в промывных водах бронхов
 - 4) отсутствия клинических признаков заболевания
18. Все перечисленное характерно для аспергиллемы, но не для туберкулемы, кроме:
- 1) частых кровохарканий
 - 2) наличия в окружающей легочной ткани очаговых и фиброзных изменений
 - 3) однородной гомогенной тени в полостном образовании с полоской воздуха в виде нимба
 - 4) обнаружения грибов в мокроте при посеве на специальную среду
19. Все перечисленное отличает круглый инфильтрат от туберкулемы, кроме:
- 1) нередко подострого начала с явлениями интоксикации
 - 2) округлого негеткого затемнения с нечеткими наружными контурами
 - 3) округлого негеткого затемнения с четкими неправильными контурами
 - 4) широкой воспалительной дорожки к корню легкого
20. Классическими проявлениями при первичном инфицировании являются:
- 1) очаг Гона
 - 2) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
 - 3) ПТК

Эталоны ответов:

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
01	2	06	4	11	2	16	1
02	4	07	3	12	3	17	4
03	1	08	2	13	4	18	2
04	5	09	3	14	3	19	3
05	2	10	4	15	3	20	3

Тема 21. Дифференциальный диагноз и лечение заболеваний с синдромом полости в легких.

1. Усиление голосового дрожания, тимпанический звук, бронхиальное, иногда амфорическое дыхание, обилие влажных, звучных хрипов на ограниченном участке, обильная гнойная мокрота наблюдается при синдроме:
- 1) повышенной воздушности легких
 - 2) уплотнения легочной ткани
 - 3) наличия жидкости в плевральной полости
 - 4) наличия воздуха в плевральной полости
 - 5) полости в легком
2. Синдром полости в легком характерен для всех заболеваний кроме:
- 1) абсцесса легкого
 - 2) острого и хронического бронхита
 - 3) туберкулеза легких (с образованием каверн)
 - 4) рака легкого с распадом
 - 5) бронхоэктатической болезни
3. Необходимыми условиями для клинического выявления синдрома полости в легком являются все, кроме:
- 1) диаметр полости больше 4,5-5 см
 - 2) глубокого расположения
 - 3) поверхностного расположения

- 4) наличия сформировавшейся капсулы
 - 5) наличия воздуха и сообщения с бронхом
4. Синдрому полости в легком не соответствует признак:
- 1) усиление голосового дрожания
 - 2) ослабление бронхофонии
 - 3) тимпанический звук при перкуссии
 - 4) бронхиальное или амфорическое дыхание
 - 5) влажные крупно- и среднепузырчатые хрипы
 - 6) усиление бронхофонии
5. Расширение пораженной стороны грудной клетки, сглаживание межреберий, ослабление или отсутствие голосового дрожания, тимпанический перкуторный звук, ослабленное везикулярное дыхание характерны для синдрома
- 1) повышенной воздушности легких
 - 2) уплотнения легочной ткани
 - 3) наличия жидкости в плевральной полости
 - 4) наличия воздуха в плевральной полости
 - 5) полости в легком
6. Для синдрома скопления воздуха в плевральной полости не характерен признак:
- 1) асимметрия грудной клетки
 - 2) голосовое дрожание ослаблено или отсутствует
 - 3) тимпанический перкуторный звук
 - 4) дыхание и бронхофония резко ослаблены
 - 5) рентгенологически - затемнение в зоне скопления воздуха
7. Клиническая картина первого периода абсцесса легких характеризуется всеми симптомами, кроме:
- 1) одышки, цианоза лица и конечностей
 - 2) болезненности при пальпации межреберий на пораженной стороне
 - 3) отставания пораженной стороны в акте дыхания
 - 4) притупления перкуторного звука на пораженной стороне
 - 5) крепитации
8. В первый период абсцесса легкого кашель:
- 1) сухой
 - 2) влажный
 - 3) не характерен
9. В первый период абсцесса легкого при его поверхностной локализации перкуторный звук при сравнительной перкуссии:
- 1) ясный легочный
 - 2) коробочный
 - 3) тимпанический
 - 4) притупленный
 - 5) тупость с косой верхней границей, выше которой - притупленный тимпанит
10. Во второй период абсцесса легкого кашель:
- 1) сухой
 - 2) влажный
 - 3) не характерен
11. Во второй период абсцесса легкого отделение мокроты:
- 1) равномерно в течении дня
 - 2) преимущественно по утрам, при перемене положения тела
 - 3) без определенной закономерности
 - 4) нет мокроты
12. Во второй период абсцесса легкого характер мокроты:
- 1) стекловидная
 - 2) слизисто-гнойная или "ржавая"
 - 3) слизистая

- 4) гнойная
5) нет мокроты
13. Во второй период абсцесса легкого перкуторный звук при сравнительной перкуссии:
1) ясный легочный;
2) коробочный
3) тимпанический
4) притупленный
5) тупость с косой верхней границей, выше которой - притупленный тимпанит
14. Во второй период абсцесса легкого характер дыхания:
1) везикулярное
2) везикулярное равномерно ослабленное
3) везикулярное ослабленное на стороне поражения
4) амфорическое
5) не выслушиваются на стороне поражения
15. Во второй период абсцесса легкого побочные дыхательные шумы:
1) не характерны
2) сухие хрипы
3) влажные хрипы
4) крепитация
5) шум трения плевры
16. Во второй период абсцесса легкого рентгенологическая картина:
1) без особенностей
2) возрастание воздушности легочной ткани
3) затемнение в соответствующей доле легкого
4) пятнистая тень
5) гомогенная тень с косым уровнем
6) просветление с горизонтальным уровнем
17. Во второй период абсцесса легкого изменения мокроты:
1) характерные отсутствуют
2) спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена
3) эластические волокна
4) фибрин, лейкоциты или "ржавая" мокрота
18. Патогенетическими факторами образования бронхоэктазов являются:
1) распространения воспалительного процесса на все слои стенки бронха;
2) гибель мышечных волокон
3) истончение стенки бронха
4) длительная обструкция бронхов
5) все вышеперечисленное
19. Физикальные методы исследования больных с бронхоэктатической болезнью позволяют выявить:
1) тимпанический оттенок перкуторного звука над областью бронхоэктаза
2) ограничение подвижности нижнего края легких на пораженной стороне
3) жесткое или ослабленное везикулярное дыхание
4) влажные хрипы на ограниченном участке
5) все вышеперечисленное
20. Наиболее информативным методом инструментальной диагностики бронхоэктатической болезни является:
1) УЗИ
2) рентгенография
3) бронхография
4) пневмотахометрия

Эталонные ответы:

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
01	5	06	5	11	2	16	6

02	2	07	5	12	4	17	3
03	2	08	1	13	3	18	5
04	2	09	4	14	4	19	5
05	4	10	2	15	3	20	3

Тема 22. Дифференциальная диагностика по синдрому выпота в плевральную полость.

1. При сухом плеврите плевральные боли:
 - 1) характерны
 - 2) могут быть
 - 3) не характерны

2. При сухом плеврите кашель:
 - 1) сухой
 - 2) влажный
 - 3) не характерен

3. При сухом плеврите положение больного:
 - 1) активное
 - 2) пассивное
 - 3) на больном боку
 - 4) ортопное
 - 5) на здоровом боку

4. При сухом плеврите форма грудной клетки:
 - 1) обычная
 - 2) бочкообразная
 - 3) выбухание пораженной половины, отставание ее в дыхании
 - 4) западение пораженной половины, отставание ее в дыхании
 - 5) отставание пораженной половины в дыхании

5. При сухом плеврите голосовое дрожание:
 - 1) без изменений
 - 2) усилено в области поражения
 - 3) ослаблено в области поражения
 - 4) равномерно ослаблено

6. При сухом плеврите перкуторный звук при сравнительной перкуссии:
 - 1) ясный легочный
 - 2) коробочный
 - 3) тимпанический
 - 4) притупленный
 - 5) тупой

7. При сухом плеврите нижние границы легких:
 - 1) без изменений
 - 2) опущены с обеих сторон
 - 3) не определяются на стороне поражения из-за наличия тупости

8. При сухом плеврите подвижность нижнего края легких:
 - 1) сохранена
 - 2) ограничена с обеих сторон
 - 3) ограничена на стороне поражения
 - 4) увеличена
 - 5) возможно ограничение на стороне поражения.

9. При сухом плеврите характер дыхания:
 - 1) везикулярное
 - 2) везикулярное равномерно ослабленное
 - 3) везикулярное ослабленное на стороне поражения
 - 4) бронхиальное на стороне поражения
 - 5) амфорическое

10. При сухом плеврите побочные дыхательные шумы:

- 1) не характерны
 - 2) сухие хрипы
 - 3) влажные хрипы
 - 4) крепитация
 - 5) шум трения плевры
11. При сухом плеврите рентгенологическая картина:
- 1) без особенностей
 - 2) возрастание воздушности легочной ткани
 - 3) затемнение в соответствующей доле легкого
 - 4) пятнистая тень
 - 5) гомогенная тень с косым уровнем
12. При экссудативном плеврите с массивным выпотом форма грудной клетки:
- 1) обычная
 - 2) бочкообразная
 - 3) выбухание одной половины, отставание ее в дыхании
 - 4) западение одной половины, отставание ее в дыхании
 - 5) в состоянии вдоха, участие вспомогательных мышц в дыхании
13. При экссудативном плеврите перкуторный звук при сравнительной перкуссии:
- 1) ясный легочный
 - 2) коробочный
 - 3) тимпанический
 - 4) притупленный
 - 5) тупость с косой верхней границей, выше которой - притупленный тимпанит
14. При экссудативном плеврите нижние границы легких:
- 1) без изменений
 - 2) опущены с обеих сторон
 - 3) не определяются на стороне поражения из-за наличия тупости
15. При экссудативном плеврите характер дыхания:
- 1) везикулярное
 - 2) везикулярное ослабленное на стороне поражения
 - 3) бронхиальное на стороне поражения
 - 4) амфорическое
 - 5) не выслушиваются на стороне поражения
16. Над областью треугольника Гарленда могут выявляться все перечисленные физикальные признаки, кроме:
- 1) иногда усиление голосового дрожания и бронхофонии
 - 2) бронхиальное дыхание
 - 3) амфорическое дыхание
 - 4) притупленно-тимпанического перкуторного звука
17. Исчезновением пространства Траубе сопровождается плеврит:
- 1) левосторонний сухой
 - 2) правосторонний сухой
 - 3) левосторонний экссудативный
 - 4) правосторонний экссудативный
18. При экссудативном плеврите рентгенологическая картина:
- 1) без особенностей
 - 2) возрастание воздушности легочной ткани
 - 3) затемнение в соответствующей доле легкого
 - 4) пятнистая тень
 - 5) гомогенная тень с косым уровнем
 - 6) просветление с горизонтальным уровнем
19. При лабораторном исследовании экссудата выявляются все признаки, кроме:
- 1) положительные пробы Ривальты
 - 2) плотность >1015

- 3) содержание белка >30 г/л
- 4) содержание белка <30 г/л

20. Не характерным для трансудата лабораторным признаком является:

- 1) невоспалительный характер
- 2) плотность <1015
- 3) содержание белка <30 г/л
- 4) отрицательная проба Ривальта
- 5) большое количество эритроцитов, лейкоцитов

Эталоны ответов:

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
01	1	06	1	11	1	16	3
02	1	07	1	12	3	17	3
03	3	08	3	13	5	18	5
04	5	09	3	14	3	19	4
05	1	10	5	15	5	20	5

Тема 23. Дифференциальная диагностика и лечение анемий

1. Симптомы острой постгеморрагической анемии

- 1) жажда, снижение АД
- 2) возбуждение, повышение АД
- 3) судороги, повышение АД
- 4) рвота, брадикардия

2. Острая постгеморрагическая анемия по цветовому показателю

- 1) гиперхромная
- 2) гипохромная
- 3) нормохромная

3. Лечение острой постгеморрагической анемии

- 1) гемотрансфузии, плазмозаменители
- 2) анальгетики, спазмолитики
- 3) гемотрансфузии, цитостатики
- 4) анальгетики, диуретики

4. Продолжительные обильные менструации ведут к развитию анемии

- 1) апластической
- 2) В12-дефицитной
- 3) гемолитической
- 4) железодефицитной

5. Слабость, обмороки, извращение вкуса и обоняния наблюдаются при анемии

- 1) В12-дефицитной
- 2) гипопластической
- 3) гемолитической
- 4) железодефицитной

6. Железодефицитная анемия по цветовому показателю

- 1) гиперхромная
- 2) гипохромная
- 3) нормохромная

7. При лечении железодефицитной анемии препараты железа следует начинать вводить

- 1) внутрь
- 2) внутривенно
- 3) внутримышечно
- 4) подкожно

8. Препарат железа для парентерального применения

- 1) гемостимулин
- 2) феррокаль
- 3) феррум-лек

- 4) ферроплекс
9. При лечении железодефицитной анемии применяют
- 1) адреналин, викасол
 - 2) гепарин, полиглюкин
 - 3) ферроплекс, витамин С
 - 4) цианокобаламин, витамин РР
10. Об эффективности лечения препаратами железа свидетельствует появление в анализе крови
- 1) лейкоцитоза
 - 2) ретикулоцитоза
 - 3) тромбоцитоза
 - 4) лейкопении
11. Анемия Аддисона-Бирмера развивается при дефиците витамина
- 1) В1
 - 2) В2
 - 3) В6
 - 4) В12
12. В12-дефицитная анемия развивается при
- 1) атрофическом гастрите
 - 2) желудочном кровотечении
 - 3) легочном кровотечении
 - 4) дефиците факторов свертывания
13. Клиника В12-дефицитной анемии
- 1) извращение вкуса и обоняния
 - 2) рвота «кофейной гущей» и дегтеобразный стул
 - 3) отрыжка горьким, боль в правом подреберье
 - 4) жжение в языке, парестезии
14. В12-дефицитная анемия по цветовому показателю
- 1) гиперхромная
 - 2) гипохромная
 - 3) нормохромная
15. При лечении В12-дефицитной анемии применяют
- 1) адреналин
 - 2) гепарин
 - 3) ферроплекс
 - 4) цианокобаламин
16. Красный «лакированный» язык наблюдается при анемии
- 1) В12-дефицитной
 - 2) железодефицитной
 - 3) гемолитической
 - 4) гипопластической
17. Снижение гемоглобина и цветового показателя, анизоцитоз, пойкилоцитоз наблюдаются при анемии
- 1) В12-дефицитной
 - 2) железодефицитной
 - 3) гемолитической
 - 4) острой постгеморрагической
18. Повышение цветового показателя, макроцитоз, тельца Жолли, кольца Кебота наблюдаются при анемии
- 1) В12-дефицитной
 - 2) гемолитической
 - 3) гипопластической
 - 4) железодефицитной

19. Желтуха, гепатоспленомегалия, темный цвет мочи наблюдаются при анемии

- 1) апластической
- 2) гемолитической
- 3) железодефицитной
- 4) острой постгеморрагической

20. Панцитопения, увеличение СОЭ наблюдаются при анемии

- 1) апластической
- 2) В12-дефицитной
- 3) железодефицитной
- 4) гемолитической

Эталоны ответов:

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
01	1	06	3	11	4	16	1
02	2	07	1	12	1	17	2
03	1	08	3	13	4	18	1
04	4	09	3	14	1	19	2
05	4	10	3	15	4	20	1

Тема 24. Дифференциальный диагноз и лечение лимфопролиферативных заболеваний

1. Основная причина острого лейкоза

- 1) бактериальная инфекция
- 2) гиподинамия
- 3) стрессы
- 4) хромосомные нарушения

2. Стернальная пункция проводится при диагностике

- 1) инфаркта миокарда
- 2) лейкоза
- 3) пневмонии
- 4) цирроза печени

3. При лейкозе наблюдаются синдромы

- 1) болевой, дизурический
- 2) гипертонический, нефротический
- 3) гиперпластический, геморрагический
- 4) болевой, диспептический

4. Гиперлейкоцитоз до $200 \times 10^9/\text{л}$ наблюдается при

- 1) лейкозе
- 2) пиелонефрите
- 3) пневмонии
- 4) ревматизме

5. Лейкемический «провал» в анализе крови наблюдается при

- 1) гемофилии
- 2) остром лейкозе
- 3) хроническом лимфолейкозе
- 4) хроническом миелолейкозе

6. При хроническом лимфолейкозе происходит увеличение

- 1) печени, селезенки, сердца
- 2) печени, селезенки, лимфатических узлов
- 3) селезенки, сердца, почек
- 4) селезенки, сердца, щитовидной железы

7. Филадельфийская хромосома в клетках костного мозга определяется при

- 1) гемофилии
- 2) остром лейкозе
- 3) хроническом лимфолейкозе
- 4) хроническом миелолейкозе

8. При лечении лейкозов применяют
- 1) антибиотики, витамины
 - 2) диуретики, сульфаниламиды
 - 3) нитрофураны, анальгетики
 - 4) цитостатики, глюкокортикостероиды
9. Растение, алкалоид которого обладает цитостатическим действием
- 1) алтей
 - 2) барбарис
 - 3) барвинок
 - 4) василек
10. Лекарственный препарат растительного происхождения, обладающий цитостатическим действием
- 1) азатиоприн
 - 2) берберин
 - 3) винбластин
 - 4) циклофосфан
11. Антибиотик, обладающий цитостатическим действием
- 1) ампицилин
 - 2) пенициллин
 - 3) рубомицин
 - 4) тетрациклин
12. Какой из лабораторных тестов наиболее достоверен при постановке диагноза хронического миелолейкоза?
- 1) лейкоцитоз
 - 2) анемия
 - 3) лейкомоидный сдвиг лейкограмме
 - 4) обнаружение Ph-хромосомы
13. Какое из следующих заболеваний наиболее вероятно связано с высоким % содержанием плазматических клеток в костно-мозговом пунктате?
- 1) хронический миелолейкоз
 - 2) миелофиброз
 - 3) полицитемия
 - 4) множественная миелома
 - 5) хронический гепатит
14. Какое положение, касающееся лечения острого лейкоза, неправильное?
- 1) препараты подбирают с учетом типа бластных клеток
 - 2) проводят циклически
 - 3) применяют цитостатики, глюкокортикостероиды, противоопухолевые антибиотики
 - 4) прекращают при нормализации общего анализа крови
15. Какое значение имеет цитохимическое исследование бластных клеток при остром лейкозе?
- 1) установление морфологического варианта
 - 2) выявление этиологического фактора
 - 3) определение длительности лечения
 - 4) все ответы правильные
 - 5) все ответы неправильные
16. Укажите методы диагностики острого лейкоза:
- 1) стерильная пункция
 - 2) трепанобиопсия гребешка подвздошной кости
 - 3) цитохимическое исследование бластных клеток
 - 4) цитогенетическое исследование бластных клеток
 - 5) все ответы правильные
17. При эритремии (болезни Вакеза) количество эритроцитов:
- 1) нормальное
 - 2) ниже 3.5 млн. в мм³

3) выше 6.0 млн. в мм³

18. При каком заболевании отмечается большое количество (более 10%) бластных клеток в костном мозге?

- 1) острый лейкоз
- 2) эритремия
- 3) железодефицитная анемия
- 4) хронический лимфолейкоз

19. При остром лейкозе количество зрелых лейкоцитов в периферической крови, как правило:

- 1) повышено
- 2) снижено

20. Выберите правильное определение острого лейкоза:

- 1) субстрат опухоли - бластные клетки, утратившие способность к дифференцировке до зрелых форм
- 2) это первичное опухолевое заболевание лимфатической системы
- 3) субстрат опухоли - бластные клетки, не утратившие способность к дифференцировке до зрелых форм
- 4) субстрат опухоли - созревающие клетки, не утратившие способность к дифференцировке

Эталоны ответов:

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
01	4	06	2	11	3	16	5
02	2	07	4	12	4	17	3
03	3	08	4	13	4	18	1
04	1	09	3	14	4	19	2
05	2	10	3	15	1	20	1

Тема 25. Дифференциальный диагноз и лечение миелопролиферативных заболеваний.

1. Больной 34 года. Жалобы на слабость, боли в левом подреберье. Объективно: бледность кожных покровов, спленомегалия + 10 см. из под реберной дуги. В ОАК: Hb – 86 г/л, Эр – 2,5 млн. в литре, лейкоцитоз 60 тыс. в мкл., сдвиг лейкоформулы влево до промиелоцитов.

Какой дополнительный метод анализа обязателен в рамках дифференциальной диагностики хронических миелопролиферативных заболеваний?

- 1) миелограмма
- 2) цитогенетический анализ костного мозга
- 3) УЗИ органов брюшной полости и почек
- 4) определение уровня эритропоэтина в сыворотке крови
- 5) коагулограмма

2. Больной 70 лет. Случайно в ОАК выявлен тромбоцитоз: 900 тыс. в мкл. Причинами развития тромбоцитоза у данного больного могут быть все, кроме:

- 1) развитие миелофиброза
- 2) гиперспленизм
- 3) развитие острого лейкоза
- 4) рак печени
- 5) хронический миелолейкоз

3. Для каждой фазы хронического миелолейкоза подберите наиболее достоверный признак. А) Хроническая фаза Б) Фаза акселерации В) Фаза бластного криза

- 1) высокий лейкоцитоз в ОАК со сдвигом лейкоформулы до промиелоцитов
- 2) базофилия более 20% в ОАК
- 3) приобретенная рефрактерность к химиотерапии
- 4) 30% и более бластов в ОАК
- 5) дополнительные хромосомные aberrации помимо t(9;22)

4. Выберите правильную комбинацию ответов:

Спленомегалия:

- 1) часто наблюдается при гемобластозах
- 2) возникает только при лимфопролиферативных заболеваниях
- 3) возникает только при миелопролиферативных заболеваниях
- 4) наиболее выражена при хроническом лимфолейкозе

5) наиболее выражена при сублейкемическом миелозе

5. Выберите правильную комбинацию ответов:

Повышение уровня эритроцитов характерно для:

- 1) гипоксии
- 2) гипернефроидного рака
- 3) хронических инфекционных заболеваний
- 4) системных заболеваний соединительной ткани

6. Выберите правильную комбинацию ответов:

Ускоренное оседание эритроцитов наблюдается при:

- 1) эритремии
- 2) миеломной болезни
- 3) инфекционных заболеваниях
- 4) эритроцитозах
- 5) иммунных воспалительных заболеваниях

7. Выберите правильную комбинацию ответов:

Для эритремии характерно:

- 1) наличие тромбоцитопении
- 2) наличие тромбоцитоза
- 3) наличие нейтропении
- 4) наличие лейкоцитоза

8. Выберите правильную комбинацию ответов:

Исходы эритремии:

- 1) острый лейкоз
- 2) хронический миелолейкоз
- 3) гипоплазия кроветворения
- 4) миелофиброз

9. Выберите правильную комбинацию ответов:

Эритремию отличает от эритроцитозов:

- 1) наличие тромбоцитопении
- 2) наличие тромбоцитоза
- 3) повышение содержания щелочной фосфатазы в нейтрофилах
- 4) наличие крупных форм тромбоцитов
- 5) увеличение абсолютного числа базофилов

10. Выберите правильную комбинацию ответов:

Хронический миелолейкоз:

- 1) возникает у больных с острым миелобластным лейкозом
- 2) относится к миелопролиферативным заболеваниям
- 3) характеризуется панцитопенией
- 4) характеризуется тромбоцитозом
- 5) характерно увеличение печени и селезенки

11. Выберите правильную комбинацию ответов:

Идиопатический миелофиброз:

- 1) относится к миелопролиферативным заболеваниям
- 2) имеет черты трех- или двухростковой пролиферации
- 3) число лейкоцитов увеличивается до 100.000 и более
- 4) число эритроцитов увеличивается до 6 млн. и более
- 5) число тромбоцитов увеличивается до 400.000 и более

12. Выберите правильную комбинацию ответов:

Для дифференциального диагноза хронического миелолейкоза и лейкемоидной реакции инфекционного генеза необходимо:

- 1) анализ миелограммы
- 2) проведение нбт-теста
- 3) определение щелочной фосфатазы нейтрофилов

13. Выберите правильную комбинацию ответов:

Осложнениями эритремии могут быть:

- 1) тромбозы сосудов
- 2) развитие острого лейкоза
- 3) развитие миелофиброза
- 4) развитие хронического лимфолейкоза

14. Выберите правильную комбинацию ответов:

Критериями для диагностики эритремии являются:

- 1) увеличение эритроцитов у мужчин более 5.700000
- 2) увеличение эритроцитов у женщин более 5.200000
- 3) увеличение содержания гемоглобина более 150 г/л
- 4) тромбоцитоз более 400000

15. Выберите правильную комбинацию ответов:

При идиопатическом миелофиброзе:

- 1) увеличиваются лимфатические узлы
- 2) увеличивается печень
- 3) увеличивается селезенка
- 4) преобладает быстро прогрессирующее течение
- 5) преобладает доброкачественное многолетнее течение

16. Выберите правильную комбинацию ответов:

К хроническим миелопролиферативным заболеваниям относят:

- 1) хронический миелолейкоз
- 2) эритремию
- 3) хронический лимфолейкоз
- 4) хронический мегакариоцитарный лейкоз

17. Для лечения хронического миелолейкоза применяют:

- 1) ингибиторы тирозинкиназы и цитостатики
- 2) цитостатики и стероидные гормоны
- 3) стероидные гормоны и антибиотики
- 4) антибиотики и ингибиторы тирозинкиназы

18. Хронический миелолейкоз:

- 1) относится к миелопролиферативным заболеваниям
- 2) характеризуется панцитопенией
- 3) возникает у больных с острым лимфобластным лейкозом
- 4) возникает у больных с острым миелобластным лейкозом

19. Какой из лабораторных тестов наиболее достоверен при постановке диагноза хронического миелолейкоза?

- 1) лейкоцитоз
- 2) анемия
- 3) лейкомоидный сдвиг лейкограмме
- 4) обнаружение Ph-хромосомы

20. Основным цитохимическим маркером острого миелобластного лейкоза является положительная реакция на:

- 1) миелопероксидазу
- 2) β-глюкуронидазу
- 3) АТФазу
- 4) кислую фосфатазу

Эталоны ответов:

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
01	1	06	2, 3, 5	11	1, 2, 5	16	1, 2, 4
02	2	07	2, 4	12	1, 2, 3	17	1
03	A – 1, B – 2, 3, 5 B – 4	08	1, 2, 3, 4	13	1, 2, 3	18	1
04	1, 5	09	2, 3, 4, 5	14	1, 2, 4	19	4
05	1, 2	10	2, 4, 5	15	2, 3, 5	20	1

Тема 26. Диагностика и лечение миеломной болезни.

1. Если у больного имеется суточная протеинурия более 3,5 г, белок Бенс-Джонса, гиперпротеинемия, то следует думать о:

- 1) нефротическом синдроме
- 2) миеломной болезни
- 3) макроглобулинемии Вальденстрема

2. Выберите правильную комбинацию ответов:

Синдром повышенной вязкости при миеломной болезни характеризуется:

- 1) кровоточивостью слизистых оболочек
- 2) геморрагической ретинопатией
- 3) нарушениями микроциркуляции
- 4) гангреной дистальных отделов конечностей

3. Выберите правильную комбинацию ответов:

Гиперкальциемия при миеломной болезни:

- 1) связана с миеломным остеолитом
- 2) характеризуется тошнотой, рвотой, сонливостью
- 3) оказывает повреждающее действие на тубулярный аппарат почки
- 4) нарастает при азотемии

4. Выберите правильную комбинацию ответов:

Для диагностики миеломной болезни применяется:

- 1) стерильная пункция
- 2) трепанобиопсия
- 3) определение м-градиента и уровня иммуноглобулинов
- 4) рентгенологическое исследование плоских костей
- 5) определение количества плазматических клеток в периферической крови

5. Выберите правильную комбинацию ответов:

При миеломной болезни:

- 1) имеется поликлональная иммуноглобулинопатия
- 2) имеется моноклональная иммуноглобулинопатия
- 3) уровень патологических иммуноглобулинов в крови повышен
- 4) уровень нормальных иммуноглобулинов в крови повышен
- 5) имеется гипопротеинемия

6. Если у больного уровень патологического IgG в крови 70,0г/л, белок Бенс-Джонса в моче 10г в сутки, Hb 80,0г/л, то у больного миеломная болезнь:

- 1) I стадия
- 2) II стадия
- 3) III стадия

7. Выберите правильную комбинацию ответов:

Макроглобулинемия Вальденстрема:

- 1) плазмоцитомы
- 2) опухоли В-клеточной природы
- 3) в сыворотке определяется патологический IgG
- 4) в сыворотке определяется патологический IgM
- 5) в сыворотке определяется патологический IgA

8. Выберите правильную комбинацию ответов:

При парапротеинемических гемобластозах:

- 1) Синтезируются моноклональные Ig
- 2) Возникает поликлональная иммуноглобулинопатия
- 3) Опухолевые клетки относятся к миелоидному ряду
- 4) Опухолевые клетки относятся к лимфоидному ряду

9. Выберите правильную комбинацию ответов:

При миеломной болезни секретруется патологический:

- 1) IgG
- 2) IgD
- 3) IgA

10. Выберите правильную комбинацию ответов:
Назовите характерные проявления миеломной болезни:

- 1) легочно-сердечная недостаточность
- 2) остеопороз, парапротеинемия
- 3) белок Бенс-Джонса в моче
- 4) ожирение
- 5) увеличение количества лейкоцитов в крови

11. Миеломные клетки продуцирует:

- 1) α – глобулин
- 2) альбумин
- 3) паратгормон
- 4) парапротеин
- 5) серотонин

12. Наличие в моче белка Бенс-Джонса характерно для:

- 1) миелобластного лейкоза
- 2) миелоцитарного лейкоза
- 3) миеломной болезни
- 4) лимфоцитарного лейкоза
- 5) мегакариобластного лейкоза

13. Миеломная болезнь, по количественным изменениям в крови, относится к:

- 1) лейкемическому лейкозу
- 2) сублейкемическому лейкозу
- 3) лейкопеническому лейкозу
- 4) алейкемическому лейкозу
- 5) бластному кризу

14. Выберите правильную комбинацию ответов:

Укажите наиболее частую локализацию изменений в организме при миеломной болезни:

- 1) головной мозг
- 2) плоские кости черепа
- 3) позвоночник
- 4) почки
- 5) трубчатые кости

15. Укажите нарушение минерального обмена, часто встречающееся при миеломной болезни, обусловленное остеопорозом:

- 1) гипернатриемия
- 2) гиперфосфатемия
- 3) гиперкалиемия
- 4) гиперкальциемия
- 5) гипокальциемия

16. Выберите правильную комбинацию ответов:

Назовите причины смерти больных миеломной болезнью:

- 1) очаговая пневмония
- 2) ишемический инфаркт головного мозга
- 3) инфаркт миокарда
- 4) сердечно-сосудистая недостаточность
- 5) почечная недостаточность

17. Течение миеломной болезни имеет неблагоприятный прогноз в возрасте

- 1) моложе 20 лет
- 2) от 21 года до 40 лет
- 3) от 40 до 60 лет
- 4) старше 60 лет
- 5) течение болезни не зависит от возраста

18. Для постановки диагноза миеломной болезни необходимо
- 1) определение уровня СОЭ
 - 2) определение уровня общего белка сыворотки
 - 3) обнаружение патологического иммуноглобулина в сыворотке и/или моче
 - 4) определение повышенного уровня плазматических клеток в миелограмме
 - 5) все исследования необходимы
19. Для постановки диагноза миеломной болезни необходимо рентгенологическое исследование
- 1) костей черепа
 - 2) тазовых костей
 - 3) позвоночника
 - 4) трубчатых костей
 - 5) всех отделов скелета
20. Основным методом лечения миеломной болезни является
- 1) лекарственный
 - 2) лучевой
 - 3) комбинированный (химиолучевой)
 - 4) все ответы верные
 - 5) верные ответы 2 и 3

Эталоны ответов:

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
01	2	06	3	11	4	16	1, 5
02	1, 2, 3, 4	07	2, 4	12	3	17	2
03	1, 2, 3, 4	08	1, 4	13	4	18	5
04	1, 2, 3, 4	09	1, 2, 3	14	2, 3, 4	19	5
05	2, 3	10	2, 3	15	4	20	1

Тема 27. Дифференциальный диагноз при цитопеническом синдроме.

1. При миелодисплазии анемия
 - 1) гипохромная
 - 2) нормохромная
 - 3) гиперхромная
2. Какая форма не относится к миелодиспластическому синдрому?
 - 1) рефрактерная анемия
 - 2) рефрактерная цитопения с кольцевыми сидеробластами
 - 3) рефрактерная анемия с избытком бластов
 - 4) рефрактерная анемия с трансформацией в острый лимфолейкоз
3. Эффективна ли трансплантация костного мозга при лечении миелодисплазии?
 - 1) она бесполезна
 - 2) это единственный способ лечения
 - 3) эффективна только у стариков
4. Имеется ли строгая зависимость между дозой медикамента и возникновением лекарственно-индуцированного агранулоцитоза?
 - 1) да
 - 2) нет
5. Какие из исходов возможны при агранулоцитозе:
 - 1-Выздоровление
 - 2-Переход в апластическую анемию
 - 3-Переход в острый лейкоз
 - 4-Переход в миеломную болезнь
 - 5-Смерть от инфекционных осложнений
 - 1) 2, 4, 5
 - 2) 1, 2, 5
 - 3) 1, 4
 - 4) 2, 3, 5

6. Что не относится к картине костного мозга при агранулоцитозе?
- 1) почти полное отсутствие гранулоцитов
 - 2) резкое уменьшение клеточности пунктата
 - 3) зернистая вакуолизация мегакариоцитов
 - 4) сохранение лимфоидных, ретикулярных, плазматических клеток
7. Увеличение селезёнки для иммунных тромбоцитопений
- 1) характерно
 - 2) нехарактерно
8. Каковы сроки возможно развития гепарин-индуцированной тромбоцитопении после первого введения гепарина?
- 1) 2 недели
 - 2) 3 месяца
 - 3) 1 год
9. Какой препарат применяется при тромбоцитопении?
- 1) тромбоцитарная масса
 - 2) криопреципитат
 - 3) цельная кровь
10. Возможен ли переход апластической анемии в острый или хронический лейкоз?
- 1) да
 - 2) нет
11. У лиц какого пола и возраста чаще развивается апластическая анемия?
- 1) у молодых женщин
 - 2) у молодых мужчин
 - 3) у пожилых женщин
 - 4) у пожилых мужчин
12. Какой фактор не связан с развитием апластической анемии?
- 1) гипотиреоз
 - 2) бруцеллёз
 - 3) левомецетин
 - 4) курение
13. При каком инфекционном заболевании возможна выраженная нейтропения вплоть до агранулоцитоза?
- 1) туберкулёз
 - 2) гонорея
 - 3) пиелонефрит
14. Основная причина смерти при агранулоцитозе:
- 1) раковая интоксикация
 - 2) вторичные инфекции
 - 3) кровотечения
 - 4) тромбоэмболия
15. Что происходит при выходе из агранулоцитоза?
- 1) геморрагический синдром
 - 2) лейкомоидная реакция
 - 3) тромбофилическое состояние
16. Ведущий клинический синдром при миелодисплазии
- 1) интоксикация
 - 2) анемия
 - 3) геморрагический
17. У лиц какого пола и возраста чаще развивается миелодисплазия?
- 1) у молодых женщин
 - 2) у молодых мужчин

- 3) у пожилых женщин
- 4) у пожилых мужчин

18. При какой доле бластов в костном мозге можно считать миелодисплазию трансформировавшейся в лейкоз?

- 1) <5%
- 2) >15%
- 3) >20%

19. Какой препарат применяется при тромбоцитопении?

- 1) тромбоцитарная масса
- 2) криопреципитат
- 3) цельная кровь

20. Миелофтиз - это

- 1) поражение костного мозга ВИЧ
- 2) поражение костного мозга метастазами
- 3) вторичный миелофиброз

Эталоны ответов:

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
01	2	06	3	11	1	16	2
02	4	07	2	12	4	17	3
03	2	08	2	13	1	18	3
04	2	09	1	14	2	19	1
05	2	10	1	15	2	20	3

Тема 28. Дифференциальная диагностика и лечение геморрагических болезней.

1. Нарушения тромбоцитарно-сосудистого гемостаза можно выявить:

- 1) при определении протромбинового времени
- 2) при определении времени кровотечения
- 3) при определении тромбинового времени

2. Для геморрагического васкулита характерно:

- 1) гематомный тип кровоточивости
- 2) васкулитно-пурпурный тип кровоточивости
- 3) удлинение тромбинового времени
- 4) снижение протромбинового индекса

3. Выберите правильную комбинацию ответов:

К тромбоцитопатиям относят:

- 1) болезнь Виллебранда
- 2) болезнь Маркиафавы-Микелли
- 3) болезнь Бернара-Сулье
- 4) болезнь Минковского-Шоффара

4. Выберите правильную комбинацию ответов:

Методы, характеризующие тромбоцитарно-сосудистый гемостаз:

- 1) Определение времени кровотечения
- 2) определение тромбинового времени
- 3) определение количества тромбоцитов
- 4) определение агрегационной функции тромбоцитов

5. Выберите правильную комбинацию ответов:

Если у больного имеется петехиально-пятнистый тип кровоточивости, время кровотечения удлинено, то следует думать о:

- 1) гемофилии
- 2) геморрагическом васкулите
- 3) тромбоцитопении
- 4) тромбоцитопатии

6. Выберите правильную комбинацию ответов:

Иммунные тромбоцитопении характеризуются появлением антител к:

- 1) мегакарицитам
- 2) гранулоцитам
- 3) тромбоцитам
- 4) антигенам, адсорбированным на поверхности тромбоцитов

7. Выберите правильную комбинацию ответов:

У больного идиопатической тромбоцитопенической пурпурой:

- 1) в селезенке синтезируются антитромбоцитарные антитела
- 2) обычно имеется подавление мегакариоцитарного ростка в костном мозге
- 3) обычно имеется гиперплазия мегакариоцитарного ростка
- 4) селезенка и печень являются местом разрушения тромбоцитов

8. Выберите правильную комбинацию ответов:

Если у больного идиопатической тромбоцитопенической пурпурой уровень тромбоцитов менее 20.000 и имеется кровотечение из слизистых, то следует применить

- 1) высокие дозы глюкокортикоидов
- 2) переливание внутривенного иммуноглобулина
- 3) спленэктомия

9. Выберите правильную комбинацию ответов:

Геморрагический васкулит характеризуется:

- 1) нарушением тромбоцитарно-сосудистого гемостаза
- 2) нарушением коагуляционного гемостаза
- 3) возникновением гематомного типа кровоточивости
- 4) возникновением петехиально-пятнистого типа кровоточивости
- 5) возникновением васкулитно-пурпурного типа кровоточивости

10. При геморрагическом васкулите поражаются:

- 1) артерии крупного калибра
- 2) артерии среднего калибра
- 3) артерии мелкого калибра и капилляры

11. Выберите правильную комбинацию ответов:

Для лечения кожно-суставной формы геморрагического васкулита применяется

- 1) плазмаферез
- 2) глюкокортикоиды
- 3) гепарин
- 4) дезагреганты

12. Выберите правильную комбинацию ответов:

Лечение тромбоцитопатий включает:

- 1) высокие дозы ε-аминокапроновой кислоты
- 2) небольшие дозы ε-аминокапроновой кислоты
- 3) дицинон
- 4) викасол

13. При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре:

- 1) число мегакарицитов в костном мозге увеличено
- 2) число мегакарицитов в костном мозге снижено
- 3) не возникают кровоизлияния в мозг
- 4) характерно увеличение печени

14. Лечение идиопатической тромбоцитопенической пурпурой:

- 1) эффективны глюкокортикостероиды
- 2) спленэктомия не эффективна
- 3) цитостатики не применяются
- 4) применяется викасол

15. Если у больного 17 лет имеется гематомный тип кровоточивости и поражение опорно-двигательного аппарата, то следует заподозрить:

- 1) геморрагический васкулит
- 2) ДВС-синдром
- 3) идиопатическую тромбоцитопеническую пурпуру
- 4) гемофилию
- 5) тромбоцитопатию

16. Выберите правильную комбинацию ответов:

Для диагностики гемофилии применяется:

- 1) определение активированного частичного тромбопластинового времени
- 2) определение времени кровотечения
- 3) добавление образцов плазмы с отсутствием одного из факторов свертываемости
- 4) определение плазминогена

17. Выберите правильную комбинацию ответов:

Для лечения ДВС-синдрома используют:

- 1) гепарин
- 2) плазмаферез
- 3) свежзамороженную плазму
- 4) сухую плазму

18. Если у больного имеются телеангиоэктазии, носовые кровотечения, а исследование системы гемостаза не выявляет существенных нарушений, следует думать о:

- 1) гемофилии
- 2) болезни Рандю-Ослера
- 3) болезни Виллебранда
- 4) болезни Верльгофа

19. Выберите правильную комбинацию ответов:

Выберите признаки, характерные для гемофилии А:

- 1) удлинение времени кровотечения
- 2) нормальное время кровотечения
- 3) гематомный тип кровоточивости
- 4) петехиально-пятнистый тип кровоточивости
- 5) положительная манжеточная проба

20. Выберите правильную комбинацию ответов:

Для гемофилии не характерны следующие признаки:

- 1) образование гематом при внутримышечном введении лекарственных средств
- 2) «поздние» кровотечения через 2-3 ч после их остановки
- 3) нормальное количество тромбоцитов
- 4) увеличение печени и селезенки
- 5) сокращение жизни тромбоцитов

- 1) появление ангиом в детском возрасте

Эталоны ответов:

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
01	2	06	1, 3, 4	11	3, 4	16	1, 3
02	2	07	1, 3, 4	12	2, 3	17	1, 2, 3
03	1, 3	08	1, 2	13	1	18	2
04	1, 3, 4	09	2, 4	14	1	19	2,3
05	3, 4	10	3	15	4	20	4,5

Тема 29. Дифференциальная диагностика лимфаденопатий.

1. Первичная лимфаденопатия встречается при

- 1) лимфобластном лейкозе
- 2) сифилисе
- 3) токсоплазмозе
- 4) фурункулезе

2. Вторичная лимфаденопатия встречается при

- 1) лимфобластном лейкозе
 - 2) лимфогрануломатозе
 - 3) ретикулосаркоматозе
 - 4) чуме
3. Лучевая терапия в лечении выраженного синдрома лимфаденопатии показана при
- 1) туберкулезе
 - 2) чуме
 - 3) лимфогрануломатозе
 - 4) инфекционном мононуклеозе
4. Туберкулезный лимфоаденит развивается чаще в возрасте
- 1) детском
 - 2) юношеском
 - 3) зрелом
 - 4) пожилом
5. Заболевания для которого не характерен синдром лимфаденопатии
- 1) СПИД
 - 2) лимфолейкоз
 - 3) язвенная болезнь
6. Для какого заболевания не характерна генерализованная лимфаденопатия?
- 4) чума
 - 1) ветряной оспы
 - 2) инфекционного мононуклеоза
 - 3) брюшного тифа
 - 4) кори
7. Для какого из хронически текущих инфекционных заболеваний не характерна генерализованная лимфаденопатия?
- 5) краснухи
 - 1) бруцеллеза
 - 2) токсоплазмоза
 - 3) хронического гепатита В
 - 4) хронического гепатита С
8. Для инфекционного мононуклеоза характерно:
- 5) ВИЧ-инфекции
 - 1) инкубационный период 4 -15 дней
 - 2) острое начало
 - 3) высокая лихорадка, интоксикация
 - 4) тонзиллит, лимфаденопатия
 - 5) все перечисленное
9. Для генерализованной формы туляремии характерны следующие признаки:
- 1) длительная лихорадка, выраженная интоксикация
 - 2) генерализованная лимфаденопатия, отсутствие первичного аффекта и регионарного лимфаденита
 - 3) увеличение печени, селезенки
 - 4) высыпания на коже
 - 5) все перечисленное
10. Под термином лимфоаденопатия подразумевают:
- 1) лейкозную инфильтрацию лимфатических узлов
 - 2) лимфоцитоз в периферической крови
 - 3) высокий лимфобластоз в стерильном пунктате
 - 4) увеличение лимфоузлов

11. Выберите правильную комбинацию ответов:
В каких органах могут появляться лейкозные инфильтраты при остром лейкозе:
- 1) лимфоузлы
 - 2) печень
 - 3) мозговые оболочки
 - 4) кишечник
 - 5) кожа
12. Чаще всего при лимфогранулематозе поражаются:
- 1) забрюшинные лимфоузлы
 - 2) периферические лимфоузлы
 - 3) паховые лимфоузлы
 - 4) внутригрудные лимфоузлы
13. При лимфогранулематозе применяют лучевое воздействие:
- 1) на все лимфоузлы, в том числе и на неизмененные макроскопически
 - 2) только на увеличенные лимфоузлы
 - 3) только на зоны биопсии лимфоузлов
 - 4) только на средостение
 - 5) только на печень и селезенку
14. В каких органах могут появляться лейкозные инфильтраты при остром лейкозе?
- 1) лимфоузлы
 - 2) селезенка
 - 3) сердце
 - 4) кости
 - 5) почки
15. Для какой формы хронического лимфолейкоза характерно значительное увеличение лимфатических узлов при невысоком лейкоцитозе?
- 1) спленомегалической
 - 2) классической
 - 3) доброкачественной
 - 4) костномозговой
 - 5) опухолевой
16. Для III клинической стадии лимфогранулематоза характерно:
- 1) поражение лимфатических узлов одной области
 - 2) поражение лимфатических узлов двух и более областей по одну сторону диафрагмы
 - 3) поражение лимфатических узлов любых областей по обеим сторонам диафрагмы
 - 4) локализованное поражение одного внемлимфатического органа
 - 5) диффузное поражение внемлимфатических органов
17. Лимфатические узлы при хроническом лимфоцитарном лейкозе:
- 1) увеличенные, твердые, безболезненные
 - 2) увеличенные, твердые, резко болезненные
 - 3) увеличенные, тестоватой консистенции, безболезненные
 - 4) мягкие, болезненные
18. Клинические признаки интоксикации при лимфоме Ходжкина:
- 1) боль в животе
 - 2) снижение массы тела, ночные поты
 - 3) ночной профузный пот, лихорадка выше 38 °С не меньше 3 суток, снижение массы тела на 10% за последние полгода
 - 4) слабость, судороги, зуд кожи
19. При лихорадке на протяжении месяца и лимфоаденопатии можно предполагать:
- 1) лимфогранулематоз
 - 2) болезнь Крона
 - 3) болезнь Виллебранда
 - 4) гемофилию

20. Биохимические признаки интоксикации при лимфоме Ходжкина все перечисленные, кроме:

- 1) снижение СОЭ
- 2) увеличение содержания белковых фракций альфа1- и альфа2-глобулинов
- 3) увеличение содержания белковых фракций бета- и гамма-глобулинов
- 4) увеличение количества фибриногена

Эталоны ответов:

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
01	1	06	3	11	1,2,3,4,5	16	3
02	4	07	2	12	2	17	3
03	3	08	5	13	2	18	3
04	1	09	5	14	1	19	1
05	3	10	4	15	5	20	1

2.2 Перечень тематик рефератов для текущего контроля успеваемости (по выбору преподавателя и/или обучающегося)

1. История развития метода дифференциальной диагностики (тема 1)
2. Принцип глубокого патогенетического установления диагноза (тема 1)
3. Задача и роль диагностики (тема 1)
4. Основные правила диагностики (тема 1)
5. Основные факторы способствующие прогрессу диагностики. Создание современного этапа диагностики (тема 1)
6. Артериальная гипертензия. диф. диагностика, лечение (тема 2)
7. Инфаркт миокарда: клиническая, лабораторная и инструментальная диф. диагностика. Возможности современной терапии (тема 3)
8. Нарушения ритма (аритмии) и проводимости, диф. диагностика, ЭКГ признаки. (тема 4)
9. Гипертрофическая кардиомиопатия. Этиология, клиническая картина, диагностика, лечение (тема 5)
10. Дилатационная кардиомиопатия. Этиология, клиническая картина, диагностика, лечение (тема 5)
11. Хроническая сердечная недостаточность. Диф. диагностика, стратегия и тактика медикаментозной терапии (тема 6)
12. Ревматоидный артрит. Этиология, клиника, диагностика, лечение (тема 7).
13. Подагрический артрит. Этиология, клиника, диагностика, лечение (тема 7)
14. Остеоартроз. Этиология, клиника, диагностика, лечение (тема 7).
15. Реактивные артриты. Этиология, клиника, диагностика, лечение (тема 7).
16. Болезнь Бехтерева. Этиология, клиника, диагностика, лечение (тема 7)
17. Дерматомиозит. Этиология, клиника, диагностика, лечение (тема 8).
18. Узелковый периартериит. Этиология, клиника, диагностика, лечение (тема 8)
19. Системная красная волчанка. Этиология, клиника, диагностика, лечение (тема 8)
20. Системная склеродермия. Этиология, клиника, диагностика, лечение (тема 8)
21. Врожденные пороки сердца. Диагностика. Лечение (тема 9)
22. Приобретенные пороки сердца. Диагностика. Лечение (тема 9)
23. Аортальные пороки - клиника, диагностика, хирургическая коррекция (тема 9)
24. Митральные пороки - клиника, диагностика, хирургическая коррекция (тема 9)
25. Тетрада Фалло. Клиника. Диагностика. Лечение (тема 9)
26. Облитерирующий тромбангиит, диагностика, лечение (тема 10)
27. Узелковый периартериит, клиника, диагностика, лечение (тема 10)
28. Гранулематоз Вегенера, клиника, диагностика, лечение (тема 10)
29. Неспецифический аортоартериит (болезнь Такаясу), клиника, диагностика, лечение (тема 10)
30. Синдром Бехчета, клиника, диагностика, лечение (тема 10)
31. Тубулоинтерстициальные заболевания почек, диф. диагностика, лечение (тема 11)
32. Цистит, диф. диагностика, лечение (тема 11)
33. Острый гломерулонефрит. Диф. диагностика. Течение, лечение (тема 12)
34. Нефротический синдром. Этиология, патогенез нефротического синдрома. Клиническая картина. Возможности современной терапии (тема 12)
35. Гепатит. диф. диагностики критерии. Возможности современной терапии (тема 13)
36. Синдром портальной гипертензии. Клиника, диагностика, лечение. (тема 13)

37. Спленомегалия - клинические проявления, дифференциальная диагностика (тема 13)
38. Цирроз печени. Диф. диагностика, лечение. (тема 14)
39. Хронические холециститы и холангиты - диф. диагностика, лечение, профилактика (тема 14)
40. Рак пищевода. Клиника, диагностика, лечение (тема 15)
41. ГЭРБ. Диф. диагностика, лечение, профилактика (тема 15)
42. Хронический гастрит. Диф. диагностика, лечение, профилактика (тема 15)
43. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Диф. диагностика, лечение, профилактика (тема 15)
44. Хронический панкреатит. диф.диагностика, лечение, профилактика (тема 16)
45. Синдром раздраженного кишечника, диагностика, лечение (тема 17)
46. Неспецифический язвенный колит, диагностика, лечение (тема 17)
47. Болезнь Крона, диагностика, лечение (тема 17)
48. Хронический энтерит, диагностика, лечение (тема 17)
49. Хронический колит, диагностика, лечение (тема 17)
50. Целиакия, клиника, диагностика, лечение (тема 17)
51. ХОБЛ: диф. диагностика, лечение (тема 17).
52. Бронхиальная астма диф. диагностика. Степени тяжести бронхиальной астмы (тема 18)
53. Пневмонит при диффузных заболеваниях соединительной ткани (тема 19)
54. Инфаркт легкого: причины, клиника, диагностика, лечение (тема 19)
55. Пневмокониоз, диагностика, лечение (тема 19)
56. Плевриты: сухой и экссудативный, диф. диагностика, лечение (тема 19)
57. Туберкулез легких. Туберкулема, диагностика, лечение (тема 20)
58. Кисты легких, диагностика, лечение (тема 20)
59. Абсцесс легкого, диагностика, лечение (тема 20)
60. Кавернозный туберкулез, диагностика, лечение (тема 20)
61. Бронхоэктатическая болезнь, диагностика, лечение (тема 20)
62. Рак легкого, диагностика, лечение. (тема 20)
63. Экссудативный плеврит, диагностика, лечение. (тема 22)
64. Мезотелиома плевры, диагностика, лечение (тема 22)
65. Туберкулезный плеврит, диагностика, лечение (тема 22)
66. Методы лечения при наличии плеврального выпота (тема 22)
67. Железодефицитная анемия, диагностика, лечение (тема 23)
68. В-12- и фолиеводефицитная анемия, диагностика, лечение (тема 23)
69. Апластическая анемия, диагностика, лечение (тема 23)
70. Гемолитические анемии, диагностика, лечение (тема 23)
71. Лабораторная и инструментальная диагностика при анемическом синдроме (тема 23)
72. Острый лимфолейкоз, диагностика, лечение (тема 24)
73. Хронический лимфолейкоз, диагностика, лечение. (тема 24)
74. Химиотерапия при лимфолейкозах (тема 24)
75. Лимфогранулематоз, диагностика, лечение (тема 24)
76. Истинная полицитемия, диагностика (тема 25)
77. Хронический идиопатический миелофиброз, диагностика, лечение (тема 25)
78. Эссенциальная тромбоцитемия, диагностические признаки (тема 25)
79. Миеломная болезнь: клиника, диагностика (тема 26)
80. Лечение миеломной болезни (тема 26)
81. Осложнения миеломной болезни (тема 26)
82. Агранулоцитоз (тема 27)
83. Апластическая анемия, диагностика, лечение (тема 27)
84. Миелодиспластический синдром (тема 27)
85. Гемофилия, диагностика, лечение (тема 28)
86. Болезнь Верльгофа, диагностика, лечение (тема 28)
87. Вазопатии: болезнь Шенлейн-Геноха, Рандю-Ослера, диагностика, лечение (тема 28)
88. Геморрагический васкулит, диагностика, лечение (тема 28)
89. Туберкулезный лимфаденит, диагностика (тема 29)
90. Лимфаденопатия при лимогранулематозе. (тема 29)
91. Инфекционные лимфадениты, диагностика. (тема 29)

92. Лимфоаденопатия при лейкозах, диагностика. (тема 29)

Темы рефератов могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем.

2.3 Перечень ситуационных задач для текущего контроля успеваемости

Тема 2. Дифференциальный диагноз и лечение артериальной гипертензии.

Задача №1.

Больной Л. 16 лет предъявляет жалобы на головные боли, носовые кровотечения, боли в ногах после длительной ходьбы. При осмотре отмечается гиперстеническая конституция больного, развитый плечевой пояс, гиперемия лица. Пульс на лучевой артерии напряжён, ритмичный с частотой 64 в минуту, симметрично с обеих сторон. Левая граница сердца на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ясные, на всех точках аускультации выслушивается грубый систолический шум, проводящийся на сосуды шеи и в межлопаточное пространство, акцент II тона на аорте. АД на плечевой артерии - 170/110 мм рт. ст., на бедренной артерии - 150/80 мм рт. ст. с обеих сторон.

Вопросы:

1. Выделите и обоснуйте ведущий синдром.
2. Установите предварительный диагноз.
3. Наметьте план обследования пациента на первом этапе.
4. Определите круг дифференциального диагноза.
5. Определите тактику лечения.

Эталон ответа:

1. Синдром артериальной гипертензии на основании повышения артериального давления до 170/110 мм рт. ст., признаков поражения органов-мишеней (гипертрофия левого желудочка на основании расширения границ относительной сердечной тупости влево).
2. Коарктация аорты.
3. Пациенту рекомендовано: общий анализ крови, СРБ, АСЛ-О, фибриноген, ЭКГ, ЭХО-КГ, аортография, ультразвуковое исследование почек.
4. Коарктацию аорты следует дифференцировать с аортальным стенозом, гипертонической болезнью и симптоматическими гипертензиями.
5. Лечение хирургическое, симптоматическая антигипертензивная терапия (ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина II, антагонисты кальциевых каналов).

Задача №2.

Больная А. 38 лет поступила по скорой помощи в приёмное отделение стационара с жалобами на пульсирующую головную боль, сопровождающуюся чувством сдавления головы, сердцебиением, потливостью, ознобом. За последние 6 месяцев отмечает похудание на 4 кг. Измеряла АД нерегулярно. В анамнезе за последние 8 месяцев - частые гипертонические кризы, купированные врачами скорой помощи (препараты не помнит). Постоянно гипотензивной терапии не принимала, но при повышении АД свыше 170/100 мм рт. ст. принимала Каптоприл 25 мг внутрь без выраженного эффекта. При осмотре: АД - 220/130 мм рт. ст., ЧСС - 180 ударов в минуту. Температура тела - 37,8°C, бледность кожных покровов, тремор, похолодание кистей рук, светобоязнь. Отмечалось кратковременное синкопальное состояние. Проведена терапия внутривенным медленным введением препарата Урапидил со снижением АД в течение часа до 160/90 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Установите предварительный диагноз.
3. Наметьте план обследования пациентки на первом этапе.
4. Определите круг дифференциального диагноза.
5. Определите тактику лечения.

Эталон ответа:

1. Синдром артериальной гипертензии, синдром цефалгии, синдром вегетативной дисфункции.
2. Феохромоцитома. Кризовая форма. Криз.

3. Пациентке рекомендовано: ОАК, сахар крови натощак, ЭКГ, УЗИ надпочечников, почек, грудного и брюшного отделов аорты, МСКТ почек и надпочечников, исследование мочи на количественное содержание норадреналина, адреналина, ванилилминдальной кислоты, проба с тропафеном.
4. Дифференциальная диагностика с гипертоническим кризом, симптоматическими артериальными гипертензиями.
5. Альфа-адреноблокаторы, при необходимости комбинация с бета-адреноблокаторами, антагонистами кальциевых каналов, ингибиторами АПФ. В плановом порядке - оперативное лечение (адреналэктомия).

Задача №3.

Женщина 40 лет, парикмахер, обратилась к врачу с жалобами на повышенное АД до 170/105 мм рт.ст., сопровождающееся ноющими диффузными головными болями, выраженной мышечной слабостью, ощущениями онемения, чувством покалывания в конечностях, ночными судорогами в икроножных мышцах, обильным безболезненным мочеиспусканием. Из анамнеза известно, что пациентка страдает АГ около 1 года, назначенную терапию – эналаприл 20 мг в сутки, амлодипин 5 мг в сутки принимает ежедневно, на протяжении 3 месяцев, однако значения АД и вышеописанные симптомы сохраняются.

Семейный анамнез: мать – страдает АГ, перенесла ОНМК в 38 лет. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное, рост 169, вес 70 кг, ИМТ – 24,51 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 60 уд. в мин., АД – 167/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненная. Селезенка не увеличена. Дизурии нет. Поколачивание в области почек безболезненное с обеих сторон.

В анализах: ОАМ – прозрачная, относительная плотность 1008 г/мл, реакция щелочная, белок, глюкоза не обнаружены; БАК: общий холестерин – 4,5 ммоль/л, ТГ – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,3 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, креатинин – 74 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕП) = 88 мл/мин; калий – 3,0 ммоль/л, натрий 160 ммоль/л; ЭКГ: синусовая брадикардия 54 удара в минуту, сглаженность и инверсия зубца Т в грудных отведениях.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какую медикаментозную и немедикаментозную терапию Вы бы рекомендовали пациентке? Укажите необходимые дозы. Обоснуйте свой выбор.
5. Составьте и обоснуйте маршрутизацию данной пациентки, включая определение необходимого этапа оказания медицинской помощи.

Эталон ответа:

1. Первичный гиперальдостеронизм. Симптоматическая артериальная гипертензия II степени. Хроническая болезнь почек С2.
2. Диагноз «первичный гиперальдостеронизм (ПГА)» установлен на основании жалоб пациентки на повышение АД, рефрактерного к комбинированной терапии ИАПФ и антагонистам кальция (данные анамнеза), возраста и пола, сочетания артериальной гипертензии и миастенического синдрома, полиурии, парестезий и ночных судорог. Кроме того, изменения, выявленные на ЭКГ и в лабораторных тестах в виде гипернатриемии, гипокалиемия, а также гипостенурия и щелочная реакция мочи подтверждают предварительный диагноз. Первичный характер заболевания установлен на основании анамнеза – отсутствие указаний на состояния, приводящие к вторичному гиперальдостеронизму (ХСН, нефротический синдром, длительный прием диуретиков и т. д.), а также семейный анамнез - цереброваскулярных заболеваний в молодом возрасте. Установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Диагноз «хроническая болезнь почек (ХБП) С2» определён по снижению СКФ до 88 мл/мин.
3. Пациентке рекомендовано определение альдостерон-ренинового соотношения (АРС) после предварительной отмены Эналаприла за 2-3 недели до исследования. Для контроля АД возможно применение агонистов имидазолиновых рецепторов. Диагноз будет подтвержден при выявлении низкой активности ренина плазмы (АРП) и повышенной секреции альдостерона.

При выявлении высокого АРС проводят дополнительные нагрузочные тесты для дифференциальной диагностики альдостеромы и гиперплазии коры надпочечников (проба с 4-часовой ходьбой,

Фуросемидом, Каптоприлом, Дексаметазоном). УЗИ почек, надпочечников для визуализации образования в проекции надпочечников, КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием для уточнения локализации и размеров образования либо выявления гиперплазии коры надпочечников. Консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции, состояния клапанного аппарата.

4. Антагонисты минералокортикоидных рецепторов. Препараты этой группы не только устраняют эффект альдостерона на почечном и других секретирующих калий уровнях, но и тормозят биосинтез альдостерона в надпочечниках. Спиринолактон в минимально эффективной дозе, начиная с 25 мг в сутки, постепенно повышая её до 100 мг в сутки или более. Альтернатива: Эплеренон с начальной дозы 25 мг два раза в сутки – селективный антагонист минералокортикоидных рецепторов, не обладающий антиандрогенными и прогестагенными свойствами, что снижает частоту побочных эффектов. При недостаточном гипотензивном эффекте возможно присоединение антагонистов кальция. Из направлений немедикаментозной терапии (воздействие на факторы риска, формирование навыков ЗОЖ): обучение в школе здоровья по АГ, провести беседу о важности рационального питания (прежде всего, включать в рацион продукты, богатые калием, снижение потребления поваренной соли до 5 г/сутки, увеличение потребления растительной пищи, а также уменьшение потребления животных жиров.) и постепенное увеличение физической активности (умеренные аэробные нагрузки - ходьба, плавание, фитнес не менее 30 минут 5-7 дней в неделю), самоконтроль АД.

5. Пациентке показано первичное обследование и начало медикаментозной терапии на амбулаторном этапе совместно с врачом-кардиологом и врачом-эндокринологом. При невозможности провести обследование в амбулаторных условиях (КТ, нагрузочные пробы) - решение вопроса о госпитализации в эндокринологическое отделение. При выявлении образования в проекции надпочечников (альдостеромы) - осмотр врача-хирурга и госпитализация в отделение эндокринной хирургии для оперативного лечения (одно- или двусторонняя адреналэктомия с последующей заместительной терапией). В дальнейшем, пациентка находится под диспансерным наблюдением врача-эндокринолога и врача-кардиолога.

Задача №4.

Больной Л. 55 лет обратился в поликлинику с жалобами на частые головные боли, головокружения, неприятные ощущения в левой половине грудной клетки. Болен около 6 лет, периодически регистрировалось повышение АД до 180/100 мм рт. ст. Лечился эпизодически при повышении АД (Капотен, Фуросемид). Курит по пачке сигарет в день около 20 лет, отмечает частое злоупотребление алкоголем. Работа связана с частыми командировками. Наследственность: у матери гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Гипертенического телосложения, ИМТ - 34 кг/м². Кожные покровы лица гиперемированы. Периферических отёков нет. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Границы сердца: правая – у правого края грудины IV межреберье, верхняя – III ребро, левая - по левой срединно-ключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС - 88 ударов в мин. АД - 190/110 мм рт. ст. Печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Липиды крови: общий холестерин - 7,4 ммоль/л; триглицериды – 2,6 ммоль/л; холестерин липопротеидов низкой плотности – 5,2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний присутствуют у больного?
3. Составьте план дополнительного обследования больного.
4. Какие немедикаментозные рекомендации Вы сделаете в первую очередь?
5. Какие диуретики можно рекомендовать пациенту в составе комбинированной терапии?

Эталон ответа:

1. Артериальная гипертония 3 степени, 2 стадии, риск ССО 4. Гиперлипидемия. Ожирение 2 ст.
2. Отягощённая наследственность по материнской линии. Вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем), гиперлипидемия, ожирение, альбуминурия.
3. Суточное мониторирование АД для оценки суточного профиля АД; ЭКГ; ЭХО-КГ для оценки поражения органа-мишени (выявление гипертрофии левого желудочка, систолической и диастолической функции сердца); лабораторное обследование (общие анализы крови и мочи; анализ крови на содержание креатинина, глюкозы, калия, натрия); исследование сосудов глазного дна; УЗИ почек для оценки поражения органа-мишени; ЦДС сосудов головного мозга (для выявления поражений органа-мишени).
4. Диета с ограничением: а) соли до 4-6 г в сутки; б) насыщенных жиров; в) энергетической ценности рациона при ожирении; ограничение употребления алкоголя; регулярные физические упражнения; прекращение курения; снятие стресса (релаксация), модификация условий окружающей среды.
5. Хлорталидон, Индапамид или Торасемид (менее предпочтителен Гипотиазид в связи с его негативным влиянием на метаболизм углеводов и липидов).

Тема 3. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при остром коронарном синдроме.

Задача №1.

Мужчина 57 лет вызвал врача на дом. Предъявляет жалобы на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. Вышеописанная симптоматика появилась около 2 часов назад после интенсивной физической нагрузки. Самостоятельно принял 2 таблетки нитроглицерина – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили.

В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 10 лет с максимальными цифрами артериального давления 200/100 мм рт.ст. Регулярно лекарственные препараты не принимал. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет. Газоэлектросварщик. Аллергические реакции отрицает.

При объективном обследовании: кожные покровы влажные. В легких перкуторный звук лёгочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, АД – 160/100 мм.рт.ст., ЧСС – 88 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

На ЭКГ зарегистрировано: синусовый ритм, подъем сегмента ST > 0,2 мВ в отведениях II, III, aVF. Транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии, располагающего возможностью проведения первичного ЧКВ – 30 мин.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какой должна быть тактика ведения пациента на догоспитальном этапе? Обоснуйте свой выбор.
4. Какой объём медикаментозной помощи должен быть оказан пациенту на догоспитальном этапе?
5. Достаточно ли данных для постановки диагноза инфаркт миокарда? Обоснуйте свой ответ. При необходимости предложите дополнительные методы исследования.

Эталон ответа:

1. Острый коронарный синдром с подъёмом сегмента ST в нижней стенке левого желудочка. Артериальная гипертензия III стадии, III степени, риск 4.
2. Диагноз «ОКС» поставлен на основании жалоб пациента на типичные ангинозные боли, продолжающиеся около 2 часов, не купирующиеся приёмом Нитроглицерина; характерных изменений ЭКГ: подъём сегмента ST > 0,2 м в более чем в двух смежных отведениях для мужчины старше 40 лет.
Диагноз «артериальная гипертония» (АГ) установлен на основании данных анамнеза (повышение АД в последние 10 лет), стадия АГ установлена на основании наличия ОКС, свидетельствующего о заболевании сердца как ассоциированном клиническом состоянии.
Постановка постпрандиальный дистресс-синдром в анамнезе и при объективном осмотре.
Риск ССО определён в соответствии со степенью повышения АД и наличия ассоциированного клинического состояния.

3. Пациенту требуется экстренная госпитализация. Необходим вызов бригады скорой медицинской помощи - бригады интенсивной терапии. Учитывая то, что транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии составляет менее 120 минут с момента первого медицинского контакта, наиболее целесообразной тактикой является выполнение первичного ЧКВ- чрезкожное коронарное вмешательство.

4. На догоспитальном этапе (на этапе поликлиники, на дому): повторно -Нитроглицерин, Аспирин 500 мг разжевать.

На этапе скорой медицинской помощи: купирование болевого синдрома - Нитроглицерин в/в, при неэффективности - Морфин в/в дробно. Антитромботическая терапия: Аспирин 250 мг разжевать, нагрузочная доза Клопидогрела - 300 мг внутрь, прямые антикоагулянты в/в болюсно - Гепарин. Кислородотерапия.

5. Данных недостаточно. «Золотым стандартом» диагностики инфаркта миокарда является обнаружение в крови кардиоспецифических ферментов.

Диагноз может быть установлен на госпитальном этапе при обнаружении в крови наиболее специфических маркеров некроза миокарда - КФК-МВ, сердечных тропонинов.

Задача №2.

Больной Р. 59 лет, водитель такси. В понедельник вечером шёл с автостоянки домой, когда отметил появление выраженных болей за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть и левую верхнюю конечность. Дома по совету жены попытался купировать болевой синдром Нитроглицерином без значимого эффекта. Суммарная продолжительность болевого синдрома более 20 минут, пациент вызвал скорую медицинскую помощь.

Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет у пациента повышается артериальное давление, максимально до 170 и 90 мм рт. ст. Курит 20 сигарет в сутки в течение последних 20 лет. В течение месяца впервые отметил появление загрудинных болей после интенсивной физической нагрузки и проходящих в покое. Не обследовался, лечение не получал. Наследственность: мать – 76 лет, страдает артериальной гипертензией, перенесла инфаркт миокарда, отец – умер в 55 лет от инфаркта миокарда. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Рост – 168 см, вес – 90 кг, ИМТ – 32 кг/м². Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент второго тона на аорте, ритм правильный. АД – 160 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 92 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 22 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печеночной тупости по Курлову - 11×9×8 см. Периферических отёков нет. В анализах: общий холестерин – 6,7 ммоль/л, ТГ – 2,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,62 ммоль/л; глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л; креатинин – 124 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 54,5 мл/мин/1,73 м²(по амбулаторной карте снижение СКФ до 55 мл/мин/1,73 м² также регистрировалась 4 месяца назад), альбуминурия – 40 мг/сутки.

На ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС – 92 в минуту, элевация сегмента ST до 4 ммI, AVL, V1-5, депрессия сегмента ST до 2 ммII, III, AVF.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Каков выбор стратегии реперфузии миокарда в данном случае?
4. Какие препараты Вы рекомендуете пациенту в качестве пероральной антитромбоцитарной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Пациент доставлен в региональный сосудистый центр, проведено экстренное ЧКВ, выявлена окклюзия передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) левой коронарной артерии, без восстановления дистального русла. Выполнено стентирование ПМЖВ -1 стент лекарственным покрытием. На 3-й день от момента первичного ЧКВ у пациента развился приступ болей за грудиной, с иррадиацией в левую верхнюю конечность, приступ купирован одной дозой нитроглицерина. Как Вы расцените данный эпизод, какова дальнейшая тактика ведения пациента?

Эталон ответа:

1. ИБС. Острый коронарный синдром с элевацией сегмента ST передней перегородки, верхушки, боковой стенки левого желудочка. KillipI класс тяжести. Гипертоническая болезнь III стадии, артериальная гипертензия 2 степени, риск 4. ХБПС3аА1. Экзогенно-конституциональное ожирение I степени.

2. 1) Диагноз «острый коронарный синдром» установлен на основании клинических данных (наличие боли или других неприятных ощущений (дискомфорта) в грудной клетке) и инструментальных данных (стойкие подъёмы сегмента ST или «новая», впервые возникшая, или предположительно впервые возникшая ПБЛНПГ на ЭКГ). 2) Класс тяжести по KILLIP установлен на основании умеренной одышки, синусовой тахикардии при отсутствии III тона и хрипов в лёгких. 3) Стадия гипертонической болезни соответствует III, так как у пациента имеет место сердечно-сосудистые заболевания (ИБС). 4) Учитывая наличие клинически-манифестного сердечно-сосудистого заболевания (ИБС, острый коронарный синдром), риск сердечно-сосудистых событий расценён как очень высокий (4).

5) Диагноз «ХБП» установлен на основании стойкого снижения скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1,73м², повышенной альбуминурии, данные симптомы персистируют более 3 месяцев. 6) Стадия ожирения установлена в соответствии с рассчитанным индексом массы тела.

3. Предпочтительная стратегия реперфузии – чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ). В условиях, когда первичное ЧКВ не может быть вовремя проведено, следует рассмотреть реперфузию с помощью тромболитика, который, в частности, может быть начат уже догоспитально в течение первых 120 минут от начала симптоматики. В этом случае после тромболитика должна следовать немедленная транспортировка в ЧКВ -центр для рутинной коронарографии.

4. Пероральная доза Ацетилсалициловой кислоты 150-300 мг с переходом на 75-100 мг перорально ежедневно. Предпочтительные блокаторы P2Y₁₂ рецепторов -Тикагрелор (нагрузочная доза 180 мг с последующим 90 мг 2 раза в сутки). Используется двойная антиагрегантная терапия, так как она уменьшает частоту неблагоприятных коронарных событий за счёт блокады альтернативных путей активации тромбоцитов.

5. С учётом клинических данных вероятно развитие у пациента ранней постинфарктной стенокардии (нестабильная стенокардия IIIС класс по Браунвальду). Для исключения рецидива инфаркта миокарда требуется динамика маркеров некроза миокарда (тропонин, КФК-МВ) через 6 и 12 часов, а также контроль ЭКГ через 3, 6 и 12 часов. При отрицательной динамике - провести повторную коронароангиографию (исключить тромбоз стента)

Задача №3.

Больной 47 лет поступил в стационар с амбулаторного приёма в поликлинике, куда обратился с жалобами на сжимающие боли за грудиной, возникающие при ходьбе в среднем темпе через 500 м или при подъёме по лестнице на 3 этаж, проходящие через 1-2 мин покоя. Впервые боли за грудиной появились 2 года назад, но больному их появление не связывал с заболеванием сердца, к врачам не обращался. Настоящее ухудшение наступило в течение недели, когда приступы загрудинных болей участились, стали возникать при меньших нагрузках – при спокойной ходьбе через 50-100 м, появились приступы сжимающих болей в покое. Из анамнеза известно, что больному страдает артериальной гипертензией с максимальными цифрами АД – 170/100 мм рт. ст. Курит до 1 пачки сигарет в день в течение 20 лет. Мать и отец больного страдают артериальной гипертензией, имеются случаи внезапной смерти среди родственников.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
5. Есть ли в данном случае показания к хирургическому лечению? Обоснуйте.

Эталон ответа:

1. ИБС: прогрессирующая стенокардия.
2. Диагноз поставлен на основании жалоб на сжимающие боли за грудиной, возникающие при ходьбе в среднем темпе через 500 м или при подъёме по лестнице на 3 этаж, проходящие через 1-2 мин покоя; данных анамнеза: страдает артериальной гипертензией с максимальными цифрами АД 170/100 мм рт. ст., курит до 1 пачки сигарет в день в течение 20 лет; данных осмотра: приступы загрудинных болей участились, стали возникать при меньших

нагрузках - при спокойной ходьбе через 50-100 м, появились приступы сжимающих болей в покое.

3. Липидограмма; ЭКГ; ЭХО-КГ; СМЭКГ по Холтеру; тредмилл-тест; стресс-ЭХОКГ.

4. Немедикаментозная терапия (модификация образа жизни, отказ от курения); медикаментозная терапия (антиагреганты; β-адреноблокаторы; статины; иАПФ; блокаторы кальциевых каналов); хирургическое лечение.

5. БАП-стентирование – АКШ.

Задача №4.

Больной 48 лет проснулся ночью от болей в эпигастральной области, сопровождающихся слабостью, потливостью, тошнотой. Ранее боли не беспокоили, считал себя здоровым. Попытка купировать боли раствором соды облегчения не принесла. После приема Нитроглицерина под язык боли уменьшились, но полностью не прошли. Сохранились тошнота, слабость, потливость. Под утро была вызвана бригада скорой помощи. На снятой ЭКГ выявлен глубокий зубец Q в III и aVF отведениях; сегмент ST в этих же отведениях приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец T; сегмент ST в отведениях I, aVL и с V1 по V4 ниже изолинии.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
5. Противопоказания к проведению тромболизиса.

Эталон ответа:

1. ИБС: острый Q-инфаркт миокарда в области нижней стенки.
2. Диагноз поставлен на основании жалоб на боли в эпигастральной области, сопровождающиеся слабостью, потливостью, тошнотой; данных анамнеза: после приема Нитроглицерина под язык боли уменьшились; данных клинико-лабораторного исследования: на снятой ЭКГ выявлен глубокий зубец Q в III и aVF отведениях; сегмент ST в этих же отведениях приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец T.
3. Клинический анализ крови; биохимические маркеры некроза миокарда; ЭХО-КГ; КАГ.
4. Тромболизис; ЧКВ (БАП и стентирование); обезболивание; антиагреганты; антикоагулянты; β-адреноблокаторы; статины.
5. Геморрагические высыпания; аневризма; приём ПОАГ; беременность; новообразования.

Тема 4. Дифференциальная диагностика нарушений сердечного ритма.

Задача №1.

Больной Ф. 78 лет вызвал участкового врача на дом с жалобами на приступы сердцебиения, перебои в работе сердца, которые сопровождаются слабостью, одышкой. Приступы аритмии стали беспокоить последние шесть месяцев, продолжительностью несколько минут, проходят самостоятельно при перемене положения тела.

Из анамнеза известно, что последние несколько лет стала снижаться память, редко отмечает повышение АД до 160/90 мм рт. ст. Перенесённые заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, очаговая пневмония. В настоящее время – пенсионер, работал преподавателем в вузе. Вредных привычек не имеет.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Телосложение правильное, рост – 168 см, вес – 70 кг. Форма грудной клетки коническая, дыхание свободное через нос. Заметна пульсация шейных вен. ЧД – 17 уд/мин. При перкуссии звук ясный, лёгочный, границы лёгких в пределах нормы. При аускультации дыхание жёсткое, хрипов нет.

Система кровообращения. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя – верхний край III ребра. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 112 уд/мин, дефицит пульса. АД – 130/80 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется, размеры по Курлову – 9x8x7 см. Общий анализ крови и мочи без патологии. В биохимическом анализе крови определяется высокий уровень холестерина. Записана ЭКГ: зубцы P во всех отведениях отсутствуют. Между комплексами QRS, мелкие волны «f», частота желудочков 110-150 в минуту.

Вопросы:

1. Какое нарушение ритма у больного?
2. С какими наджелудочковыми аритмиями необходимо провести дифференциальный диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования вы назначите больному? Обоснуйте ответ.
4. На основании каких параметров оценивается риск развития инсульта и системных тромбоэмболий (ТЭО) у данного больного? Является ли необходимым назначение антикоагулянтов у данного больного?
5. Перечислите, что относится к сердечно-сосудистым и другим состояниям, ассоциирующимся с фибрилляцией предсердий; назовите какие состояния ассоциируются с развитием фибрилляции предсердий у данного больного.

Эталон ответа:

1. На основании ЭКГ, у больного пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, тахисистолический вариант.
2. -Предсердная тахикардия,
-трепетание предсердий,
-частая предсердная экстрасистолия,
-двойное антероградное проведение через атрио-вентрикулярный узел.
Могут характеризоваться частыми нерегулярными интервалами RR и имитировать фибрилляцию предсердий.
3. Суточное мониторирование ЭКГ для выявления формы нарушения ритма сердца.
4. Определение риска развития инсульта и системных тромбоэмболий проводится согласно шкале CHA2DS2-VASc. С учётом возраста пациента, наличия АГ риск ТЭО по шкале CHA2DS2-VASc > 2 баллов (3 балла), что является основанием для назначений антикоагулянтной терапии.
5. С фибрилляцией предсердий ассоциируются:
-структурное заболевание сердца,
-возраст,
-артериальная гипертония,
-клинически выраженная сердечная недостаточность,
-тахикардическая кардиомиопатия,
-поражение клапанов сердца,
-первичные кардиомиопатии,
-ишемическая болезнь сердца,
-нарушение функции щитовидной железы,
-избыточная масса тела и ожирение,
-сахарный диабет,
-хроническая обструктивная болезнь лёгких,
-апноэ во время сна,
-хроническая болезнь почек.

Из известных на момент осмотра больного состояний, ассоциирующихся с фибрилляцией предсердий, являются возраст и артериальная гипертония.

Задача №2.

Женщина 75 лет 21.05.2016 обратилась к врачу с жалобами на сердцебиение. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад пациентка перенесла острый нижний инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST; пациентке была выполнена коронарография – выявлен стеноз огибающей ветви 85%, (ПМЖВ стеноз 45%, ОВ 45%), в связи с чем проводились трансбаллонная ангиопластика и стентирование ПКА стентом с лекарственным покрытием. В течение трех лет у пациентки верифицирована постоянная форма фибрилляции предсердий. У пациентки в анамнезе были 2 попытки восстановления ритма с помощью электроимпульсной терапии, которые оказались безуспешными. При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС – 140 уд. в мин., пульс – 110 уд. в мин. АД – 110/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин – 4,8 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,1 ммоль/л,
ХС-ЛПНП – 3,2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз пациентки.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Перечислите группы препаратов, сроки их применения, которые должны быть рекомендованы для приема пациентке. Обоснуйте их применение
5. Учитывая жалобы пациентки на сердцебиение, несмотря на прием препаратов, перечисленных в прошлом вопросе, какова дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Эталон ответа:

1. Основной: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Атеросклероз коронарных сосудов. Транслюминальная ангиопластика (ТЛАП) и стентирование правой коронарной артерии (ПКА) от 21.02.2016 г. дислипидемия Пб типа.
Осложнения: постоянная форма фибрилляции предсердий, тахисистолическая форма.
2. Диагноз «ИБС» выставлен в связи с наличием у пациентки в анамнезе инфаркта миокарда. Диагноз «постинфарктный кардиосклероз» выставлен учитывая сроки после инфаркта миокарда (более 28 дней).
Дислипидемия Пб тип по Фредриксону выставлена в связи с повышением уровня общего холестерина, триглицеридов (целевой уровень <1,7), ЛПНП (целевой уровень <1,8),
Диагноз «фибрилляции предсердий» выставлен, так как у пациентки в течение 3 лет на ЭКГ регистрируется фибрилляция предсердий. Постоянная форма фибрилляции предсердий выставлена в связи с наличием в течение 3 лет фибрилляции предсердий, неуспешными попытками восстановления ритма.
3. -Холтермониторирование-ЭКГ (контроль ЧСС);
-ЭХО-КГ (сократимость миокарда ЛЖ, размеры полостей, состояние клапанного аппарата, внутрисердечный тромбоз);
-определение гормонов щитовидной железы (оценить функцию щитовидной железы - поиск этиологии ФП)
4. 1.) Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II (предотвращение ремоделирования сердца, улучшение прогноза, уменьшение смертности) постоянно.
2.) Статины в высоких дозах (снижение уровня холестерина - замедление атеросклероза) постоянно.
3.) Бета-адреноблокаторы (уменьшение ЧСС, снижение потребности миокарда в кислороде, улучшение перфузии миокарда за счёт удлинения диастолы) постоянно.
4.) Тройная антитромботическая терапия: ацетилсалициловая кислота + клопидогрель + пероральный антикоагулянт-варфарин (до 6 месяцев после инфаркта миокарда тройная, год двойная, далее монотерапия пероральным антикоагулянтом), при высоком риске кровотечений тройная терапия уменьшена до 1 месяца (цель – профилактика тромбозов).
5. В случае недостаточной дозировки бета-блокаторов - увеличить дозировку. При сниженной Фракции выброса - к терапии может быть добавлен Дигоксин. При отсутствии признаков сердечной недостаточности возможен приём препаратов из группы антагонистов кальция недигидропиридинового ряда. При отсутствии поражения щитовидной железы и других противопоказаний к терапии может быть добавлен Амиодарон в дозировке 200 мг (для контроля частоты, но не контроля ритма).

Тема 5. Дифференциальная диагностика при кардиомегалии.**Задача №1.**

Мужчина 24 лет предъявляет жалобы на повышение температуры до 40°C, сопровождавшееся ознобом; инспираторную одышку при небольшой физической нагрузке; боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, умеренной интенсивности, длительные.

Из анамнеза известно, что употребляет героин в течение 4 лет (инъекции в локтевые вены, область паха). За 2 недели до госпитализации отметил повышение температуры до 40°C. В качестве жаропонижающих больной принимал нестероидные противовоспалительные препараты. Через 3 суток температура снизилась до 37,2–37,4°C, самочувствие несколько улучшилось. Однако через 10 дней лихорадка возобновилась, в связи с чем пациент был госпитализирован.

При осмотре: кожа бледная, чистая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ИМТ – 18 кг/м². Температура тела – 38,9°С. В лёгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, на основании мечевидного отростка – систолический шум, усиливающийся на высоте вдоха с задержкой дыхания. Акцент 2-го тона на а. pulmonalis. АД – 110/60 мм рт. ст., ЧСС – 100 ударов в мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, край печени гладкий. Отёки стоп и голеней. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено. В анализах: эритроциты – $3,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 126 г/л, лейкоциты – $15,8 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 15%, СОЭ – 42 мм/ч, альбумина сыворотки крови – 29 г/л, креатинин – 66 мкмоль/л, СКФ – 92 мл/мин/1,73м², СРБ – 120 мг/л (в норме – до 5 мг/л). В общем анализе мочи: удельный вес – 1016, эритроциты – 0-1 в поле зрения. При посеве крови на стерильность дважды выделен *S. aureus*, чувствительный к оксациллину, цефтриаксону. Данные ЭхоКГ: размеры камер сердца не увеличены. Митральный клапан: створки уплотнены, характер движения створок разнонаправленный. Трикуспидальный клапан: створки уплотнены, утолщены, визуализируются средней эхоплотности структуры на средней и передней створках размерами 1,86 и 1,11×0,89 см; характер движения створок разнонаправленный, трикуспидальная регургитация III–IV степени.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Тактика ведения больного, немедикаментозная и медикаментозная терапия. Обоснуйте свой выбор.
5. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Эталон ответа:

1. Первичный острый стафилококковый инфекционный эндокардит. Недостаточность трикуспидального клапана 3 степени. ХСН IIА, ФК 3 по NYHA.
2. Диагноз основного заболевания не вызывает сомнений: наблюдались 2 больших (трикуспидальная недостаточность, вегетации на трикуспидальном клапане и положительная гемокультура) и 2 малых (фебрильная лихорадка, «входные ворота» в виде в/в употребления наркотиков) диагностических критерия инфекционного эндокардита, а также лабораторные признаки синдрома системного воспалительного ответа, анемия, свойственные трикуспидальной локализации инфекционного эндокардита.
3. Пациенту рекомендовано: проведение повторного общего анализа крови и посева крови, общего анализа мочи, анализа мочи по Нечипоренко, биохимических анализов крови (функциональные пробы печени, электролиты крови, железо, ферритина), маркеров вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции; рентгенография грудной клетки, ЭКГ, ЭхоКГ в динамике; УЗ-исследование почек; консультации врача-кардиохирурга, врача-нарколога.
4. С момента постановки диагноза – немедленная госпитализация. Исключить приём наркотических средств. Применение антибактериальной терапии острого инфекционного эндокардита, вызванного оксациллинчувствительным штаммом золотистого стафилококка (OSSA). Пациенту должна быть назначена антибактериальная терапия в соответствии с существующими рекомендациями при стафилококковом инфекционном эндокардите: Цефтриаксон в дозе 2 г/сутки в/в в сочетании с Амикацином –1 г/сут в течение 10 дней. В последующем - лечение Цефтриаксоном в указанной дозировке продолжать до 6 недель.
5. Через 6 недель регулярной антибактериальной терапии температура должна стойко нормализоваться, гемокультура в посеве крови не выделяться. Продолжить динамическое наблюдение. С учётом патологии клапанов есть показания к оперативному лечению - выполнение операции протезирования трикуспидального клапана.

Задача №2.

В кардиологическое отделение госпитализирован больной К. 24 лет, студент. Жалобы на одышку при ходьбе до 100 м, усиление одышки в горизонтальном положении, сердцебиение, общую слабость, отеки на ногах. В течение 2 месяцев отмечает появление одышки, слабости. Неделю назад появились перебои в работе сердца и сердцебиение, с этого же времени появились отёки на ногах. Из перенесённых заболеваний отмечает ОРЗ, аппендэктомия в детском возрасте, грипп около 4 лет назад. Объективно: общее состояние тяжёлое. Кожа

бледная. Отеки голеней, стоп. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Притупление перкуторного звука в нижних отделах лёгких. Дыхание везикулярное, в нижних отделах крепитирующие хрипы, ЧДД - 26 в минуту. Верхушечный толчок в VI межреберье на 3 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - II межреберье по левой среднеключичной линии, левая - по передней подмышечной линии. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке и в V точке аускультации. Ритм сердца неправильный, ср. ЧСС - 122 удара в 1 минуту, АД - 100/80 мм рт. ст., средний пульс - 105 в 1 мин, неритмичный. Размеры печени по Курлову - 14×11×10 см. Общий анализ крови: гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - $4,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 10 мм/ч. При рентгенографии органов грудной клетки выявлен синдром кардиомегалии. Эхо-КС: дилатация левого и правого желудочков, диффузный гипокинез, фракция выброса - 28%. ЭКГ: фибрилляция предсердий, ср. ЧЖС - 132 в 1 мин.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие изменения миокарда выявляются при гистологическом исследовании при данном заболевании?
3. Перечислите ЭКГ признаки фибрилляции предсердий.
4. Назначьте лечение данному пациенту.
5. Нуждается ли пациент в восстановлении синусового ритма?

Эталон ответа:

1. Дилатационная кардиомиопатия. Нарушение ритма по типу постоянной формы фибрилляции предсердий, тахисистолия. ХСН IIБ ст. III ФК.
2. При гистологическом исследовании выявляются неспецифические изменения: дегенерация и некроз кардиомиоцитов, инфильтрация миокарда мононуклеарными клетками, зоны фиброза.
3. -Отсутствие зубца P,
-нерегулярный ритм (разные по продолжительности интервалы RR),
-узкие комплексы QRS (у большинства больных),
-наличие волн фибрилляции f.
4. Показаны
-Диуретики (диувер 10 мг утром)
-антагонисты альдостерона (верошпирон 100 мг утром)
-сердечные гликозиды (дигоксин 0,25 мг = 1 табл/сутки)
-ингибиторы АПФ (эналаприл 2,5 мг 1 раза в день),
-β-адреноблокаторы (конкор 5 мг утром),
-антикоагулянты (варфарин 5 мг = 2 табл под контролем МНО).
5. Учитывая данные ЭХОКГ-исследования (значительное снижение Фракции Выброса левого желудочка и дилатацию левых камер сердца, в первую очередь, левого предсердия) пациент в восстановлении сердечного ритма не нуждается.

Тема 6. Дифференциальный диагноз и лечение острой и хронической сердечной недостаточности.

Задача №1.

Мужчина 56 лет, пенсионер, обратился на приём к участковому терапевту с жалобами на незначительную одышку при обычной физической нагрузке, общую, слабость, быструю утомляемость, отеки в области стоп. Из анамнеза известно, что 5 лет назад перенес трансмуральный инфаркт миокарда по задней стенке левого желудочка. Регулярно принимает бисопролол 5 мг в сутки, периндоприл 10 мг в сутки, розувастатин 20 мг в сутки. Нитроглицерином не пользуется. В течение последнего года стал отмечать усиление одышки, появление отёков в области стоп к вечеру. Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Рост 180 см, вес 71 кг, ИМТ 21,9 кг/м². Кожные покровы умеренной влажности. Пастозность нижних конечностей до нижней трети голени. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 20 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке. ЧСС - 62 в мин. АД - 132/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см ниже края рёберной дуги, плотно-эластичной консистенции, поверхность гладкая, край закруглен, безболезненна при пальпации. Селезёнка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненно. В анализах: ОАК, ОАМ в

пределах нормы; БАК: глюкоза натощак – 4,9 ммоль/л, креатинин – 82 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРП) – 92 мл/мин, общий холестерин – 4,5 ммоль/л, ТГ – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 2,3 ммоль/л, АСТ 20ед/л, АЛТ 22 ед/л, калий – 4,1 ммоль/л.; ЭКГ: ритм синусовый 65 в мин., патологический зубец Q и отрицательный зубец T в III, aVF отведениях.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Нуждается ли пациент в диуретической терапии? Если да, то диуретики каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие дополнительные рекомендации, касающиеся немедикаментозные методы лечения и реабилитации необходимо дать пациенту?

Эталон ответа:

1. ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ОИМ по задней стенке ЛЖ от 2011 г.). Дислипидемия IIА тип по Фредриксону. ХСН IIб стадия по Стражеско-Василенко, ПФК по NYHA.
2. Диагноз «ИБС: постинфарктный кардиосклероз» установлен на основании анамнеза (ОИМ по задней стенке ЛЖ 5 лет назад), изменения на ЭКГ (патологический зубец Q и отрицательный зубец T в III, aVF отведениях). Диагноз «дислипидемия IIА типа» установлен на основании повышения общего холестерина за счёт ХС-ЛПНП при нормальном уровне ТГ. Диагноз «ХСН» установлен на основании жалоб пациента (одышка, отёки в области стоп, общая слабость, повышенная утомляемость), анамнеза (перенесённый ОИМ, давность симптоматики, постепенное её развитие), результатов осмотра (пастозность нижних конечностей до нижней трети голени, ЧД - 20 в 1 минуту, приглушённые тоны сердца, систолический шум на верхушке, ЧСС - 92 в минуту, увеличение размеров печени). Согласно классификации СН Нью-Йоркской кардиологической ассоциации (NYHA) установлен 2ФК ХСН, т. е. заболевание сердца приводит к лёгкому ограничению физической активности. В покое симптомов нет. Обычная физическая нагрузка вызывает усталость, сердцебиение или одышку. Исходя из классификации хронической сердечной недостаточности ОССН (2003 г.) установлена IIб стадия ХСН по Стражеско-Василенко, что подтверждается выявлением выраженных изменений гемодинамики в большом (отёки, увеличение печени) и малом (одышка, тахипноэ) кругах кровообращения.
3. Пациенту рекомендовано: проведение ЭХО-КГ для выявления зон гипо- и акинезии миокарда, диастолической и систолической функции миокарда, оценки состояния клапанного аппарата; рентгенография органов грудной клетки для выявления / исключения некоторые виды заболеваний лёгких; измерение содержания натрийуретических гормонов (BNP или NT-proBNP) показано для исключения альтернативной причины одышки и для определения прогноза; выполнение стресс тестов – предпочтительнее выполнение визуализирующих исследований - стресс ЭХО-КГ (особенно при ФВ ЛЖ < 50%), при невозможности выполнения исследования с визуализацией – может проводиться стресс ЭКГ с физической нагрузкой (при ФВ ЛЖ > 50%); ультразвуковое исследование сонных артерий с целью оценки соотношения интима/медиа и выявления/исключения стенозов, атеросклеротических бляшек. По результатам неинвазивного обследования проводится стратификация риска и принимается решение о целесообразности выполнения коронароангиографии.
4. Пациент нуждается в приёме диуретиков. Диуретики применяются у всех больных ХСН II–IV ФК с признаками застоя для улучшения клинической симптоматики и снижения риска повторных госпитализаций. Рекомендованы препараты из группы антагонистов минералокортикоидов (АМКР): Спиринолактон в дозе 25 -50 мг в сутки конкурентно по отношению к альдостерону связывается с его рецепторами, блокируя биологические эффекты альдостерона, оказывая антифибротическое действие, а также повышает экскрецию натрия и хлора и снижает экскрецию калия, водорода, кальция и магния. Применение препарата возможно, т. к. тяжелой ХБП у пациента нет, СКФ – 92 мл/мин. Эплеренон также продемонстрировал положительный эффект при сердечной недостаточности и может использоваться как альтернатива спинолактону. При сохранении застойных явлений рассмотреть добавление малых доз петлевых диуретиков с пролонгированным действием – Торасемида, который обладает антиальдостероновым эффектом и в меньшей степени активирует РААС, чем Фуросемид.

5. Необходимо уточнить и отрегулировать рацион питания пациента: избегать солёной пищи и отказаться от её досаливания, суточное потребление хлорида натрия 1,2-1,8 г/сут (II-III ФК ХСН), соблюдением гиполипидемической диеты. Рекомендовать пациенту обучение в школе здоровья; объяснение пациенту поведения при развитии жизнеугрожающего состояния, вероятность развития которого у пациента высока и обеспечить его памяткой содержащей алгоритму неотложных действий. Уточнить уровень его физической активности, порекомендовать методы кардиологической реабилитации: ходьба, или тредмил, или велотренинг 5 раз в неделю по 20-30 мин при достижении 80% от максимальной частоты сердечных сокращений (ЧСС) или при достижении 50 -70% от максимального потребления кислорода. Объяснить необходимость проведения ежегодной вакцинации против гриппа, поскольку данное заболевание может иметь фатальные последствия для пациента с ИБС и ХСН. Объяснить необходимость отказа/минимизации приёма обезболивающих противовоспалительных препаратов из группы НПВС и ингибиторов ЦОГ-2, которые провоцируют задержку натрия и жидкости, что повышает риск развития декомпенсации у больных ХСН.

Задача №2.

Больная Б. 38 лет предъявляет жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, эпизоды удушья, возникающие в горизонтальном положении, отёки голеней и стоп. В возрасте 17 лет был выявлен ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана. При осмотре: состояние тяжелое. Акроцианоз. Отёки голеней и стоп. ЧДД - 24 в минуту. При сравнительной перкуссии лёгких справа ниже угла лопатки отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации ослабленное везикулярное дыхание, в нижних отделах - небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Левая граница сердца - на 3 см снаружи от среднеключичной линии в VI межреберье. Аускультативная картина соответствует имеющемуся пороку. Ритм сердечных сокращений неправильный, ЧСС - 103 удара в минуту. АД - 110/65 мм рт. ст. Живот увеличен в объёме за счёт ненапряжённого асцита, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 13×12×10 см. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 3 см, край её закруглён, слегка болезненный. На ЭКГ ритм неправильный, зубцы Р отсутствуют.

Вопросы:

1. Выделите ведущий синдром.
2. Установите предварительный диагноз.
3. Наметьте план обследования пациента на первом этапе.
4. Определите тактику лечения.
5. К какому специалисту необходимо направить пациентку и с какой целью?

Эталон ответа:

1. Синдром хронической сердечной недостаточности по большому и малому кругам кровообращения.
2. Хроническая ревматическая болезнь сердца: ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана.
Фибрилляция предсердий, постоянная форма. ХСН II Б стадия, ФК IV.
3. Пациенту рекомендовано:
 - ОАК,
 - ОАМ,
 - ЭКГ,
 - Эхо-кардиография,
 - Р-графия органов грудной клетки.
4. Ингибиторы АПФ, Дигоксин, бета-адреноблокаторы, диуретики.
5. Необходимо направить больную на консультацию к врачу-кардиохирургу для обсуждения хирургической коррекции порока.

Задача №3.

Больной Г. 26 лет на приеме у врача-терапевта участкового предъявляет жалобы на одышку при небольшой физической нагрузке. В анамнезе - частые ангины в детстве. В возрасте 12 лет у больного был эпизод болей в коленных суставах в течение недели. На фоне приема Диклофенака боли прошли через 1 неделю. В течение последних трех лет отмечает ухудшение переносимости физических нагрузок из-за одышки. Толерантность к нагрузкам резко

снизилась за последние 6 месяцев: одышка стала возникать при ходьбе с обычной скоростью. К врачам не обращался. Неделю назад отметил приступ частого неритмичного сердцебиения, купированный самостоятельно через 5 часов. При осмотре: кожные покровы обычной окраски, отмечается цианоз губ, кончика носа, «румянец» щек, в лёгких хрипов нет, ЧДД - 24 в минуту, перкуторно - верхняя граница сердца на уровне II межреберья, остальные границы в пределах нормы. На верхушке - трёхчленный ритм, хлопающий первый тон, диастолический шум. Тоны ритмичные, ЧСС - 90 ударов в минуту, АД - 100/60 мм рт. ст. Живот безболезненный. Печень: +2 см от края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Определите и обоснуйте наиболее вероятную причину заболевания у пациента.
3. Чем обусловлен трёхчленный ритм, выявленный при аускультации пациента?
4. Что Вы ожидаете выявить у пациента при ультразвуковом исследовании сердца?
5. Выберите и обоснуйте Вашу дальнейшую врачебную тактику.

Эталон ответа:

1. Наиболее вероятный диагноз у данного больного «ревматический порок сердца»: стеноз левого атриовентрикулярного отверстия с развитием сердечной недостаточности. Обоснованием является наличие у пациента прямых аускультативных признаков стеноза левого атриовентрикулярного отверстия: диастолический шум на верхушке, хлопающий первый тон в сочетании с тоном открытия митрального клапана (дополнительный тон). В анамнезе у больного в детстве типичные ревматические атаки, быстро купированные приемом НПВС. Характерные для НКПБ одышка и увеличение печени: +2 см от края рёберной дуги.
2. Изолированный митральный стеноз практически всегда является следствием ревматической лихорадки. На эту этиологию косвенно указывают молодой возраст пациента (атеросклероз маловероятен), частые ангины в детстве (очаг стрептококковой инфекции), эпизод артралгии в анамнезе (ревматическая атака?). Анамнез заболевания и клиническая картина не соответствуют диагнозу инфекционного эндокардита: нет лихорадки, спленомегалии, порока, выявляемый у пациента, является стенозом митрального отверстия, а не недостаточностью митрального клапана. Поражение клапанов сердца при системной красной волчанке, сифилисе также может приводить к формированию недостаточности митрального клапана, а не к стенозу митрального отверстия.
3. Трёхчленный ритм при митральном стенозе обусловлен появлением добавочного тона в диастолу - тоном открытия митрального клапана, аускультативным феноменом, выявляемым у больных с митральным стенозом. Он образуется вследствие того, что склерозированные, сросшиеся створки митрального клапана не могут полностью отойти к стенкам желудочка, поэтому при ударе о клапан струи крови, изливающейся из предсердия, возникают звуковые колебания.
4. При ультразвуковом исследовании сердца у данного пациента можно определить расширение левого предсердия, увеличение градиента давления на митральном клапане, повышение давления в лёгочной артерии. При митральном стенозе быстро развивается дилатация левого предсердия (у пациента выявлены её перкуторные признаки - расширение границы сердца вверх). Дилатация левого желудочка для данного порока не характерна. Вследствие уменьшения площади левого атриовентрикулярного отверстия увеличивается градиент давления на митральном клапане. Повышение градиента давления на левый желудочек/аорту наблюдают и при другом пороке - стенозе устья аорты. Для митрального стеноза характерно развитие активной лёгочной гипертензии, её клиническое проявление у данного пациента – одышка.
5. У пациента в настоящий момент отсутствуют признаки активности ревматического процесса, следовательно, нет необходимости приёма противовоспалительной терапии. Необходим общий анализ крови, анализ на СРБ, АСЛ -О, ЭКГ, холтеровское трёхсуточное мониторирование ЭКГ для выявления характера нарушений ритма. В связи с появлением осложнений порока сердца в виде сердечной недостаточности, возможных пароксизмов фибрилляции предсердий пациенту показано оперативное лечение - митральная комиссуротомия или протезирование митрального клапана. Появление фибрилляции предсердий у больных с митральным стенозом сопряжено с высоким риском тромбоэмболий в сосуды большого круга кровообращения. Для профилактики тромбоэмболий больному показан пожизненный приём непрямых

антикоагулянтов - варфарина с целевым уровнем МНО-2,0-2,5. С целью лечения сердечной недостаточности диуретики - Тригрим 10 мг утром.

Тема 7. Дифференциальный диагноз суставного синдрома.

Задача №1.

Больная Н., 42 лет, инженер, предъявляет жалобы на припухлость и боли в проксимальных межфаланговых суставах, пястно-фаланговых суставах обеих кистей, запястьях, левом коленном суставе, голеностопных и плюснефаланговых суставах, которые беспокоят больную во вторую половину ночи и первую половину дня, к вечеру боли стихают. Пациентка жалуется на утреннюю скованность, длящуюся первую половину дня, утомляемость и недомогание. Несмотря на боли в суставах, пациентка обслуживает себя самостоятельно: одевается, принимает пищу без посторонней помощи, но остальные виды деятельности (непрофессиональная и профессиональная) резко ограничены.

Считает себя больной в течение 6 лет, когда после перенесенной ангины впервые появились боли в левом коленном суставе. Два года назад после острого респираторного заболевания возникли боли во II, III, IV проксимальных межфаланговых суставах, пястно-фаланговых суставах обеих кистей, затем – в запястьях, левом коленном суставе, голеностопных и плюснефаланговых суставах. Суставы опухали. Обратилась к врачу, который назначил больной прием вольтарена. Боли несколько уменьшились, но полностью не прошли. В связи с отсутствием эффекта от лечения и для уточнения диагноза больная поступила в клинику.

Общее состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37,4°C. На разгибательной поверхности верхней трети предплечий, вблизи от локтевых суставов пальпируются подкожные, сравнительно плотные, безболезненные образования размером от 0,5 до 2-3 см, локализующиеся подкожно.

Пульс 90 ударов в 1 мин., ритмичный. Слегка приглушен I тон на верхушке. В легких дыхание везикулярное с жестковатым оттенком. При осмотре суставов определяется их припухлость – мягкие опухоли, местное повышение температуры, болезненность и ограничение объема движений в перечисленных выше суставах. Интенсивность боли по шкале ВАШ – 8 см.

Анализ крови: эритроциты – $3,9 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 102 г/л, цв. показатель – 0,86; лейкоциты – $8,4 \cdot 10^9/л$, СОЭ 45 мм/ч. СРБ 36 мг/л (N – 6 мг/л). Общий белок – 72 г/л, альбумины – 40,2%, глобулины: α_1 – 8,2%, α_2 – 12,8%, β – 14,2%, γ – 24,6%. А/Г – 0,7. Реакция Ваалер-Розе 1:450, титры АЦЦП антител сыворотки крови (антитела к цитруллинсодержащему пептиду) 38 ЕД/мл (N < 5 ед./мл). Комплемент сыворотки крови 300. Антинуклеарный фактор 1:2, LE-клетки в крови не обнаружены.

Рентгенограмма легких – инфильтративных изменений в легких не определяется. Сосудистый рисунок обычный. Сердечно-сосудистая тень в пределах нормы. Рентгенограмма суставов. На рентгенограммах кистей рук определяются небольшое сужение суставных щелей и незначительное разрушение хряща и кости – единичные эрозии костей в области проксимальных межфаланговых суставов и пястнофаланговых суставов.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. План лечения больного.

Эталон ответа:

Диагноз: Ревматоидный полиартрит, серопозитивный, эрозивный с висцеральными проявлениями (ревматоидные узелки), 3-я степень активности, рентгенологическая стадия II, функциональный класс (функциональная способность больной) III.

Лечение:

1. С целью уменьшения боли и воспаления в суставах – препараты симптоматического лечения или средства модифицирующие симптомы заболевания, но не иммунологические причины: нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Учитывая возраст больной и отсутствие сопутствующей патологии, можно назначить неселективные ингибиторы ЦОГ1 и ЦОГ2 – диклофенка натрия 0,15 г в сутки, либо преимущественно ингибиторы ЦОГ2 – мовалис 15 мг в сутки или селективные ингибиторы ЦОГ2 – коксибы: целебрекс 200 мг в сутки в один прием или 400 мг в сутки в два приема.
2. Базисная терапия – метотрексат, в зависимости от активности процесса от 7,5 мг до 15,0-25,0 мг в неделю.

3. В случаях отсутствия эффекта от применения метотрексата (до 25 мг в неделю), а также, если имеются осложнения от его применения или плохая переносимость метотрексата можно назначить Лефлуномид (ARAVA).

4. При отсутствии эффекта от «базисных» препаратов применение «биологических агентов»: химерные, моноклональные антитела к ФНО- α – ремикейд или инфликсимаб: разрешен к применению с метотрексатом.

Задача №2.

Больной М., 26 лет, рабочий, обратился к врачу с жалобами на боли в левом коленном, голеностопном суставах и мелких суставах левой стопы. Боли носят постоянный характер, интенсивные, усиливаются при движении. Из анамнеза известно, что около трех недель назад несколько раз беспокоили боли при мочеиспускании, обращался к урологу. Лечился по поводу уретрита. Со слов больного в соскобах из уретры находили хламидии. Неделю назад появилась «краснота в глазах» с ощущением легкогожжения, зуда, через несколько дней возник описанный выше суставной синдром. Повысилась температура тела до 38,5 °С.

Объективно: состояние больного средней тяжести. Температура тела 38,2 °С.

Конъюнктивы век гиперемированы с небольшим количеством серозного отделяемого. Пульс 94 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, напряжения, симметричный. Артериальное давление 120/75 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологических изменений не выявлено. Определяется диффузная припухлость левого коленного, голеностопного и межфаланговых суставов левой стопы, резкая гиперемия с синюшным оттенком кожных покровов над суставами. Движения в суставах из-за выраженной болезненности затруднены. Колено фиксировано на 30°. Полностью разогнуть колено не удается, надколенник. В остальном мышечно-скелетная система нормальная, включая спину. На подошвах стоп имеются возвышающиеся красные пятна различной величины с зоной гиперкератоза в центре.

Анализ крови: лейкоциты 9,6 · 10⁹/л, эритроциты – 2%, п – 10%, с – 65%, л – 20%, м – 3%. СОЭ – 36 мм/ч. Реакция Ваалер-Розе отрицательная. Антинуклеарный фактор в сыворотке крови не определяется. На рентгенограммах суставов патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Составьте первичное представление о больном
 - а) выделите ведущие патологические синдромы;
 - б) укажите возможные этиологические факторы и патогенетические механизмы процесса.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Составьте план дальнейшего обследования больного.
5. Составьте план лечебных мероприятий, в том числе укажите группы медикаментозных препаратов, которые необходимо назначить больному.
6. Определите прогноз.

Эталон ответа:

1. У больного выявляется триада симптомов: уретрит хламидийной этиологии, конъюнктивит и артрит, а также типичная последовательность их появления. Сначала уретрит, через три недели конъюнктивит и артрит.
2. Все это позволяет заподозрить у пациента реактивный артрит, урогенный, ассоциированный с хламидийной инфекцией (болезнь Рейтера). Диагноз подтверждается и односторонним, не симметричным поражением суставов. Типично наличие кератодермии.
3. Дифференциальный диагноз следует проводить с инфекционными и постинфекционными артритами, в частности при гонококковой инфекции, СПИДЕ, со спондилоартритами, серонегативным ревматоидным артритом.
4. В плане обследования необходима консультация уролога. Соскоб эпителия уретры и в мазках определение хламидий. Обследование больного на наличие гонококковой, трихомонадной инфекции, форму № 50.

Иммунологическое исследование сыворотки крови на антихламидийные антитела. Определить мочевую кислоту сыворотки крови.

Рентгенография тазобедренного сустава и сакроилеального сочленения.

Консультация окулиста для подтверждения наличия у больного конъюнктивита и исключения увеита, а также определения тактики лечения патологии глаз.

Необходимо определить антигены системы HLA, в первую очередь B27.

5. Лечение. При выявлении хламидийного уретрита применяют антибиотики, к которым чувствительны хламидии: макролиды, тетрациклины, фторхинолоновые производные. Курс лечения антибиотиками не менее 4 недель. Обязателен бактериологический контроль. Не применяют пенициллины, цефалоспорины, т.к. под их воздействием описано образование устойчивых форм хламидий. Помимо антибиотиков, учитывая наличие артрита, необходимо применять нестероидные противовоспалительные средства.

6. Прогноз заболевания относительно благоприятный. Для профилактики рецидивов, обусловленных повторным инфицированием, необходимо обследование половых партнеров.

Задача №3.

Больной П., мужчина 26 лет жалуется на боли в нижней части спины, ягодицах и позвоночнике, на утреннюю скованность в течение 2 часов, которая уменьшается к полудню после выполнения различных движений и упражнений.

Из анамнеза известно, что в течение 3 лет беспокоит боль в поясничном отделе позвоночника и в области тазобедренных суставов. Год назад перенес эпизод внезапно возникшей боли в правом глазу, который был расценен как ирит и купирован глазными каплями, содержащими стероиды. Отец пациента страдает похожими болями в спине.

При объективном осмотре суставы не опухшие. Объем движений позвоночника (сгибание, разгибание, латеральная ротация и латеральный наклон) ограничен. Симптом Кушелевского положительный.

Анализ крови и мочи нормальные. СОЭ 25 мм/час. Ревматоидный фактор сыворотки крови – отрицательный.

Результаты рентгенологического исследования костей таза и позвоночника: тазобедренные суставы без изменений, эрозии не выявляются; суставные щели крестцово-подвздошных сочленений сужены, размыты, прослеживаются не на всем протяжении.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваша врачебная тактика?

Эталон ответа:

У пациента анкилозирующий спондилит. Стойкие боли в спине с воспалительными проявлениями, длительной утренней скованностью, уменьшающейся после упражнений; снижение объема движений в спине характерно для данного заболевания. Острый передний ирит также может быть проявлением этой серонегативной спондилопатии. Данное заболевание чаще всего возникает у молодых мужчин, может наблюдаться у нескольких членов семьи (отец больного страдает подобными болями) и быть сцеплено с геном HLA-B27.

Предварительный диагноз: Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева) хроническое течение, стадия 2, активность I ст.

В плане обследования необходимо уточнить степень активности процесса – определение С-реактивного белка крови, общего белка крови и белковых фракций, фибриногена крови.

Следует определить, имеется ли у больного HLAB27.

Лечение. Назначение нестероидных противовоспалительных препаратов с целью уменьшения болей и скованности в позвоночнике. При сохранении активности процесса – сульфасалазин. В последние годы для лечения больных анкилозирующим спондилитом при высокой активности процесса и тяжелым течением заболевания стали применять инфликсимаб.

Задача №4.

Мужчина 45 лет предъявляет жалобы на боли в первом плюснефаланговом суставе левой стопы, интенсивные, резко усиливающиеся при движении.

Ранее больной считал себя здоровым человеком. Накануне обильно поел, выпил красного вина. Ночью проснулся из-за резких, сильных болей в первом плюснефаланговом суставе левой стопы. Из-за интенсивной боли пациент не мог терпеть даже прикосновения простыни. Вследствие болей левая нога оказалась практически полностью обездвижена. Появился озноб, температура тела повысилась до 38,5 °С. Подобных явлений ранее не было.

Объективно. Больной избыточного питания. Ожирение II ст. Телосложение гиперстеническое. Кожные покровы и чистые: высыпаний, геморрагий нет. Пульс 92 уд. в мин., ритмичный. Артериальное давление 150/85 мм рт ст. Границы относительной сердечной тупости в V межреберье по среднеключичной линии. Приглушенность тонов сердца. На верхушке I тон

громче II тона. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык розовый, влажный. Живот увеличен объёмом за счет подкожно-жировой клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный. Значительная отечность тканей в области I плюснефалангового сустава левой стопы. Кожа над суставом гиперемирована, горячая на ощупь, натянутая, блестящая. Отечные ткани при пальпации плотные. Движения в суставе (активные и пассивные) резко ограничены вследствие его отечности и выраженной болезненности. В анализе крови, который был срочно сделан: Лейкоциты $8,2 \cdot 10^9/\text{л}$. СОЭ 30 мм/час. В общем анализе мочи – наличие большого количества солей уратов.

На рентгенограммах суставов стоп – отечность мягких тканей I плюснефалангового сустава левой стопы. В остальном – без патологических изменений.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз больному.
2. Какие дополнительные исследования следует провести?
3. Какую терапию следует проводить для купирования приступа.

Эталон ответа:

Подагра. Острый подагрический артрит I плюснефалангового сустава левой стопы. Первичная суставная атака.

Необходимо определить содержание мочевой кислоты в крови, которое будет повышенным.

Для купирования острого приступа подагрического артрита применяют нестероидные противовоспалительные препараты, колхицин.

Тема 8. Дифференциальная диагностика и лечение системных заболеваний соединительной ткани.

Задача №1.

Больная У. 24 лет, фельдшер, была направлена в стационар с жалобами на боли воспалительного ритма в суставах кистей, голеностопных суставах, наличие утренней скованности в суставах до 1 часа. Также отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр по вечерам, появление сыпи на лице в области скул, общую слабость, выпадение волос.

Из анамнеза: считает себя больной в течение 2 лет, когда начала отмечать появление гиперемии кожи лица и шеи в ответ на инсоляцию. С лета настоящего года после гиперинсоляции (отдыхала на юге) и перегревания появились эритематозные высыпания на шее, руках. Через две недели после возвращения домой отметила повышение температуры тела до фебрильных цифр. По месту жительства выставлен диагноз ОРЗ, проводилась терапия антибактериальными препаратами без эффекта. При дополнительном обследовании выявлен белок в моче. Направлена в стационар. При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы: эритематозная сыпь в виде «бабочки» на коже лица, области декольте. Симметричные отёки до нижней трети голеней. Слизистые чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 92 ударов в 1 минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под края рёберной дуги по срединно-ключичной линии. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный. Припухлость в области II, III пястнофаланговых и II проксимальных межфаланговых суставов, в области голеностопных суставов; ограничение движений за счет болей, хват кистей - 80%; деформаций нет. Обследование: Общий анализ крови: эритроциты – $3,6 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 86 г/л, тромбоциты – $100 \cdot 10^9/\text{л}$, лейкоциты - $1,6 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 59%, лимфоциты – 25%, моноциты - 4%, СОЭ – 22 мм/ч. Общий анализ мочи – мутная, цвет - желтый, плотность – 1,022, реакция - кислая, белок – 0,560 г/л, глюкоза – отрицательная, лейкоциты - 20-25 в поле зрения. Биохимический анализ крови: креатинин – 118 мкмоль/л, мочевины - 8,8 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, альбумины - 45%, α_1 – 4%, α_2 – 15%, β – 9%, γ - 27%, фибриноген – 6,3 г/л. Антитела к ДНК и антинуклеарный фактор – более 200 Ед/мл.

Вопросы:

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

4. Препараты каких групп лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Через 6 месяцев регулярной терапии и соблюдения рекомендаций: эритроциты $-4,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 119 г/л, тромбоциты – $210 \times 10^9/л$, лейкоциты - $5,1 \times 10^9/л$, глюкоза натощак – 4,9 ммоль/л, общий холестерин – 4,9 ммоль/л, креатинин – 108 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕП) = 60,3 мл/мин; суточная потеря белка – 0,240 г/сут. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Эталон ответа:

1. Системная красная волчанка, подострое течение, высокой степени активности с поражением кожи (эритема, фотосенсибилизация), суставов (артралгии, артрит), почек (люпус-нефрит), крови (тромбоцитопения, анемия, лейкопения).

2. Диагноз «системная красная волчанка (СКВ)» установлен на основании жалоб больной на наличие эритематозной сыпи в области скул, лихорадки, суставного синдрома, данных анамнеза (пациентка отмечает аллергическую реакцию на инсоляцию в течение 2 лет); установление течения СКВ основано на анамнезе заболевания (в дебюте конституциональные симптомы, неспецифическое поражение кожи и суставов, периодические обострения, развитие полиорганной симптоматики в течение 2 лет с момента появления первых симптомов). Степень активности СКВ установлена на основании наличия проявлений артрита, протеинурии (0,560 г/сут.), высыпаний на коже

(эритематозная сыпь на скулах), алопеции (диффузное выпадение волос), повышенного содержания антител к двуспиральной ДНК (более 200 ЕД/мл), тромбоцитопении ($100 \times 10^9/л$), лейкопении ($1,6 \times 10^9/л$), поражения почек (протеинурия, снижение СКФ).

3. Пациенту рекомендовано: УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени, решение вопроса о

проведении нефробиопсии с целью определения люпус-нефрита. Рентгенография грудной клетки (поражение лёгких).

ЭхоКГ (для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции, исключить перикардит).

Анализ крови: иммунологический анализ крови с определением компонентов комплимента, гемостазиограмма.

4. Глюкокортикостероиды короткого действия (Преднизолон или Метилпреднизолон). Данная группа препаратов наиболее эффективная для лечения СКВ. При высокой степени активности СКВ с целью достижения быстрого эффекта показана пульс-терапия (500-1000 мг Метилпреднизолона внутривенно капельно в течение трёх дней). Цитостатические иммунодепрессанты (Циклофосфан или Мофетиламикофенолат) назначаются больным СКВ при прогрессирующем течении, высокой активности, сопровождающимся поражением жизненно важных органов и систем. Цитостатики являются важнейшим компонентом лечения СКВ, особенно при угрожающем течении с поражением почек, ЦНС, генерализованном васкулите, альвеолите.

5. Оставить терапию глюкокортикостероидами без изменений, продолжить динамическое наблюдение. При достижении улучшения, снижения активности болезни - доза ГК может быть медленно уменьшена (Преднизолон по 1/4 таблетки 7-10 дней) до поддерживающей, которая варьирует в зависимости от течения болезни, поражения того или иного органа или системы, риска развития обострения, коморбидных заболеваний и осложнений. При длительном приеме ГК у больных необходимо контролировать и проводить профилактику остеопороза, сахарного диабета, атеросклероза, гиперлипидемии, артериальной гипертензии, поражения желудочно-кишечного тракта, катаракты, глаукомы.

Задача №2.

Больная 42 лет, домохозяйка, обратилась к врачу-терапевту участковому со следующими жалобами: в течение нескольких лет периодически отмечала общую слабость, немотивированный подъём температуры до субфебрильных цифр. Месяц назад после ОРЗ появилась умеренная болезненность и припухлость II и III пястно-фаланговых суставов, II, III, IV проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, лучезапястных суставов; утренняя скованность в течение 3 часов. Суставной синдром сопровождался повышением температуры тела до $37,3^{\circ}C$. Домашнюю работу выполняет с трудом. Объективно: кожные покровы обычной окраски, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница относительной сердечной

тупости по среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные. АД - 130/80 мм рт. ст. Отмечается дефигурация вышеперечисленных суставов за счёт экссудативно-пролиферативных явлений, разлитая болезненность, активные и пассивные движения ограничены, болезненны. Общий анализ крови: лейкоциты - $9,0 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 35 мм/час.

Биохимическое исследование крови: ревматоидный фактор (РФ) – 1:80. Антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) – 375,8 Ед/мл. Рентгенограмма суставов кистей: обнаружен околосуставной остеопороз, сужение суставной щели, единичные узурь костей.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой будет тактика лечения данного заболевания?
5. Какой базисный препарат целесообразно назначить в данном случае и почему?

Эталон ответа:

1. Серопозитивный ревматоидный артрит, АЦЦП+, эрозивный, развёрнутая клиническая стадия, умеренная активность (DAS28=5,0), рентгенологическая стадия II, функциональный класс недостаточности суставов II.

2. Диагноз «ревматоидного артрита» поставлен на основании типичных признаков суставного синдрома: утренняя скованность, припухлость пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов. Данных рентгенограммы кистей: околосуставной остеопороз, сужение суставной щели, узурь. Обнаружения высоких цифр ревматоидного фактора, антител к циклическому цитруллинированному пептиду и СОЭ. Активность процесса определяется с помощью индекса DAS28. Функциональный класс недостаточности – в связи с ограничением выполнения домашней работы.

3. Пациенту рекомендовано рентгенологическое исследование лёгких, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек, ЭхоКГ, ЭКГ. Определение общего анализа мочи. Креатинин крови, АЛТ, АСТ, билирубин. Осмотр офтальмолога, невролога. Данные исследования необходимы для выявления системных проявлений ревматоидного артрита и назначения терапии.

4. Больной после обследования необходимо назначение базисной терапии - Метотрексат 15 мг в неделю, Фолиевая кислота 5 мг в неделю. Для купирования болевого синдрома необходимо назначение НПВС (например, Диклофенак ретард 100 мг 2 раза в день), в сочетании с Омепразолом 20 мг 1 раз в сутки.

5. Препарат первой линии - Метотрексат, поскольку данный препарат наиболее эффективно контролирует аутоиммунный воспалительный процесс при РА, замедляет рентгенологическую деструкцию костной ткани, предотвращает развитие системных проявлений заболевания, хорошо переносится.

Задача №3.

Женщина 35 лет, бухгалтер, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на общее недомогание, слабость, похудание на 5 кг за 3 месяца, мигрирующие боли в межфаланговых суставах кистей и голеностопных суставах, красные пятна неправильной формы на лице, субфебрильную температуру тела. Считает себя больной около 6 месяцев. Начало заболевания постепенное. Появились боли в межфаланговых суставах, их припухлость и гиперемия, поочередно на правой и левой кисти. Постепенно присоединились слабость, недомогание. За медицинской помощью не обращалась. 2 месяца назад (июль) - отдых в Таиланде. После возвращения отметила ухудшение самочувствия: усилилась слабость, присоединились боли в голеностопных суставах, стала худеть без видимой причины, повысилась температура тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, без ознобов. Отметила наличие красных пятен на лице, долгое время считала их последствиями загара. Во время очередного планового медосмотра выявлены анемия и изменения в моче, в связи с чем обратилась к участковому терапевту.

При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые бледные, «сосудистая бабочка» в области переносицы и щек неправильной формы, волосы тусклые, ломкие, имеются участки облысения. Подкожно-жировая клетчатка практически отсутствует. Отеков нет. Пальпируются подчелюстные, подмышечные, паховые лимфоузлы 0,5-1 см в диаметре, мягкой консистенции, безболезненные при пальпации. Тонус и сила мышц в норме, одинаковые с обеих сторон.

Части скелета пропорциональны, кости при пальпации и поколачивании безболезненны. Отмечается припухлость проксимальных и дистальных межфаланговых суставов кистей и голеностопных суставов, болезненность при движениях в них, местная гиперемия. Грудная клетка нормостеничная, симметричная, равномерно участвует в дыхании. Перкуторно над лёгкими ясный лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 78 в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Верхушечный толчок визуально и пальпаторно не определяется. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 0,5 см от правого края грудины, верхняя - нижний край Шребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Аускультативно: тоны глухие, ритмичные, ЧСС - 78 в минуту. Отёчность и гиперемия красной каймы губ. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, пальпация в их проекции безболезненна.

Лабораторно. Общий анализ крови: гемоглобин - 100 г/л, эритроциты - $2,9 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,9; лейкоциты - $2,7 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные - 52%, лимфоциты - 35%, моноциты - 6%; СОЭ - 30 мм/ч, тромбоциты - 98×10^9 .

Общий анализ мочи: светло-жёлтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес - 1,016; белок - 0,3 г/л, сахар - нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий почечный - 2-4 в поле зрения, эритроциты - 3-4 в поле зрения, цилиндры гиалиновые - 5-8 в поле зрения, цилиндры восковидные - 2-3 в поле зрения, соли - нет.

Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 38,8 мкмоль/л, прямой - 8,2, непрямой - 30,6 мкмоль/л, креатинин - 0,09% ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, АСТ - 10,0 ммоль/л, АЛТ - 19,0 ммоль/л, холестерин - 4,0 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л, общий белок - 86 г/л, альбумины - 45%, α_1 - 3,5%, α_2 - 10,5%, β - 13,6%, γ - 27,4%, фибриноген - 6,2 г/л, СРБ - ++, серомукоид - 0,32 г/л. Обнаружены антитела к ДНК, антинуклеарный фактор, 6 LE-клеток на 1000 лейкоцитов.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 64 удара в минуту. Электрическая ось отклонена влево. Диффузные дистрофические изменения миокарда левого желудочка. Рентгенография органов грудной клетки: без патологии. Рентгенография суставов кистей и голеностопных суставов: патологических изменений не выявлено.

Вопросы:

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

Эталон ответа:

1. СКВ, подострое течение, активность III ст. Артрит пястнофаланговых и межфаланговых суставов кистей. Анемия легкой степени тяжести, нормохромная.

2. Диагноз поставлен на основании выделенных синдромов: кожный, суставной, лихорадочный, лимфоаденопатии, анемический, мочевоый.

3. Пациенту рекомендовано: ЭхоКГ (выявление поражения сердца); определение СКФ расчетным методом (определение ХПН и ХБП); биопсия почки

Иммуноблоттинг на системные иммунные маркеры, Sm антиген, антифосфолипидные антитела.

4. Госпитализация в профильное отделение.

Диета с высоким содержанием полиненасыщенных жирных кислот, кальция, вит. Д.

Цитотоксические препараты (Циклофосфамид 1 г/м² болюсом ежемесячно не менее 6 мес или Метотрексат 15 мг/нед подкожно), ГК (высокие дозы, пульс-терапия), НПВП, плазмаферез, генно-инженерные биологические препараты (Ритуксимаб или Оренсия).

Задача №4.

Женщина 44 лет, программист, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на нарастающую общую слабость, боль, ограничение движений и онемение, преимущественно пальцев, в обеих кистях, незначительный сухой кашель, сердцебиение при физической нагрузке, снижение аппетита, сухость во рту, затруднение жевания и глотания. Считает себя больной с 32 лет: после сильного переохлаждения впервые стала отмечать онемение пальцев ⁹³ обеих рук при мытье их холодной водой, постепенно продолжительность онемения увеличивалась, оно

стало возникать при незначительном понижении температуры воздуха. Одновременно появилась повышенная потливость обеих ладоней. Постепенно в течение 6 месяцев присоединилась общая слабость, снижение аппетита, в связи с чем больная обратилась в поликлинику по месту жительства. Было сделано исследование общего анализа крови, рентгенография органов грудной клетки, ФГДС, однако причина астенизации не была выявлена. Онемение пальцев рук сохранялось, постепенно появились ограничение подвижности пальцев и боли в ногтевых фалангах кистей. При повторном осмотре через год был выставлен диагноз ревматоидного артрита, и больной назначили Преднизолон по 20 мг/сут, с помощью которого боли были купированы, но онемение кистей рук сохранялось, и больная самостоятельно прекратила принимать Преднизолон. В 42 года после инсоляции больная стала отмечать затруднение глотания, присоединение сухого кашля и сердцебиения при ходьбе. В последние 6 месяцев резко усилились боли в ногтевых фалангах при попытке работы на клавиатуре компьютера. При осмотре: внешний вид больной представлен на рисунке. Кожные покровы равномерно гиперпигментированы. Кожа кистей и пальцев рук холодная, уплотнена, равномерно утолщена, не берётся в складку, морщины над межфаланговыми суставами отсутствуют. Ногтевые фаланги всех пальцев укорочены. Мышцы плечевого и тазового пояса атрофичны, предплечий – уплотнены, ригидны. Объём пассивных и активных движений в межфаланговых суставах резко снижен. Дыхание поверхностное, 24 в минуту.

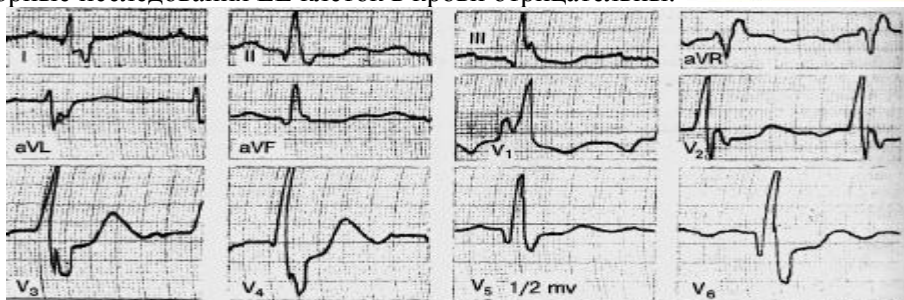
Выявлено уменьшение экскурсии легких и симметричное ослабление везикулярного дыхания в нижних отделах. АД - 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца неритмичные, 88 в минуту, единичные экстрасистолы; I тон над верхушкой и основанием мечевидного отростка ослаблен. Живот мягкий, безболезненный как при поверхностной, так и при глубокой пальпации.

Лабораторно. Общий анализ крови: эритроциты - $3,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 95 г/л, цветовой показатель - 0,85; лейкоциты - $15,3 \times 10^9/л$; эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 72%, лимфоциты – 17%, моноциты – 1%; СОЭ - 27 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л; альбумины - 40%, глобулины - 60%, 1 - 3,8%, 2 - 12%; – 12%; – 32,2%; фибриноген – 6,6 г/л; СРБ (++)



Повторные исследования LE клеток в крови отрицательны.



ЭКГ:

Рентгенография органов грудной клетки: «сотое» лёгкое, явления пневмосклероза, преимущественно в нижних отделах.

Рентгенография кистей: остеолит дистальных фаланг, эпифизарный остеопороз.

Приложение: лицо больной.

Вопросы:

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

Эталон ответа:

1. Системная склеродермия, хроническое течение, активность II, лимитированная кожная форма с синдромом Рейно, склеродактилией, дисфагией, легочным фиброзом, ДН I, легочным сердцем с экстрасистолией.

2. Диагноз выставлен на основании выделенных синдромов: синдромы Рейно, склеродермии, суставной, дисфагии, дыхательной недостаточности, анемический, иммунных нарушений.
3. Пациенту рекомендовано (для подтверждения и уточнения диагноза): широкополная капилляроскопия ногтевого ложа, иммунограмма, Р-графия пищевода с контрастированием, биопсия кожи, ЭхоКГ, СМ ЭКГ, ФВД, ФГДС, глазное дно, антитела к ДНК, АНФ, атицентрмерные антитела, анти Scl 70.
4. Лечение сосудистых осложнений: антагонисты кальция (Амлодипин), Пентоксифиллин, Лозартан 25-100 мг/сут; для заживления дигитальных язв - препараты Простагландина Е, Силденафил (Виагра); подавление прогрессирования фиброза: D-пеницилламин 250-500 мг/сут; если подтверждается интерстициальное поражение легких, то комбинированная терапия Преднизолон + Циклофосфамид; учитывая поражение пищевода, необходимо дробное питание, последний прием пищи не позже 18 часов, при выраженной дисфагии - Метоклопрамид 10 мг 3-4 р/сут, при наличии рефлюкс-эзофагита - Омепразол 20 мг/сут. Санаторно-курортное лечение противопоказано.
Вне активности заболевания массаж, ЛФК.
5. Прогноз неблагоприятный, связан с висцеральными поражениями.
Больной нетрудоспособен, требуется определение группы инвалидности (II).

Тема 9. Дифференциальная диагностика при «сердечных» шумах

Задача №1.

При выслушивании сердца больного выявлено, что I тон не изменен, II тон на аорте значительно громче, чем на легочной артерии.

Вопросы:

Как называется такое изменение II тона, каковы возможные его причины?

Эталон ответа: Усиление II тона на аорте называется акцентом II тона. Встречается при гипертонической болезни, атеросклеротическом поражении аорты.

Задача №2.

Громкость I и II тона на верхушке одинакова, II тон на аорте почти не слышен.

Вопросы:

Как называются такие изменения тонов? Чем могут быть вызваны такие аускультативные данные?

Эталон ответа: Выслушиваются ослабление I тон на верхушке и II тон на: аорте. Возможная причина: недостаточность аортального клапана или сочетание недостаточности митрального клапана и недостаточности аортального клапанов.

Задача №3.

При осмотре грудной клетки выявлено увеличение переднезаднего размера, при перкуссии – коробочный звук, ослабленное везикулярное дыхание над легкими.

Как изменяются тоны сердца у данного больного?

Эталон ответа: На верхушке сердца отмечается ослабление I тона, на легочной артерии может выслушиваться акцент II тона.

Задача №4.

Больной в течение многих лет страдает ишемической болезнью сердца, дважды перенес инфаркт миокарда.

Вопросы:

Какие изменения тонов сердца характерны для таких больных, как объяснить механизм этих изменений?

Эталон ответа: У больного перенесшего инфаркт миокарда выслушивается ослабление тонов сердца над всемиточками. Механизм этих изменений связан с ослаблением мышечного компонента, а также с формированием относительной недостаточностью левого атрио-вентрикулярного клапана.

Задача №5.

В течение 10 лет больной страдает гипертонической болезнью.

Вопросы:

Какие изменения тонов сердца вы найдете у данного больного?

Эталон ответа: Может выслушиваться акцент II тона на аорте, а также усиление I тона на верхушке.

Задача № 6.

У больного страдающего митральным пороком сердца на верхушке сердца выслушивается усиленный («хлопающий») I тон, выслушивается II тон, а также самостоятельный дополнительный тон к II тону, определяемый в фазу диастолы.

Вопросы:

Как называется этот дополнительный тон? Какое название имеет выслушиваемая мелодия, при каком митральном пороке она встречается?

Эталон ответа: Дополнительный, самостоятельный тон к II тону получил название тон открытия митрального клапана, выслушиваемая мелодия на верхушке сердца получила название трехчленного ритма «перепела», такая мелодия выслушивается при митральном стенозе.

Тема 10. Дифференциальный диагноз при системных васкулитах

Задача №1.

68-летний мужчина жалуется на сильные головные боли, скованность в шейном отделе позвоночника, боли и слабость мышц плечевого пояса, боли в мышцах тазового пояса и затруднение при вставании со стула. Головные боли возникли около 2 месяцев назад, мало поддавались действию анальгетиков и НПВС. Температура тела 37,4. При внешнем осмотре извитой болезненный тяж в области левого виска, АД 130/80 мм рт.ст. Внешне суставы не изменены, сила проксимальных мышц конечностей снижена. Рентгенография шейного отдела позвоночника выявила признаки остеохондроза. В общем анализе крови Нв 140г/л; лейкоциты - 8,0 тыс; СОЭ 48 мм/час. Анализ на ревматоидный фактор отрицательный, антинуклеарные антитела не обнаружены.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Эталон ответа.

1. Гигантоклеточный темпоральный артериит (болезнь Хортана).
2. Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, серомукоид, фибриноген, ферменты, щелочная фосфагаза, ЭКГ, ЭХОКГ, биопсия височной артерии не менее 1 см. Рентгенологическое исследование легких.
3. Кортикостероиды (преднизолон по 40 - 80 мг/сут). При остром течении показана внутривенная пульсовая терапия большими дозами урбазона (6-метилпреднизолона) с последующим переводом на пероральный прием больших доз преднизолона. Затем длительное применение поддерживающих доз ГКС и аминохинолиновых препаратов. Препараты, направленные на развитие коллатерального кровообращения (продектин).
4. Неспецифический аортоартериит (болезнь Такаясу), узелковый периартериит, ревматоидный артрит, протекающий с васкулитом, диффузные заболевания соединительной ткани.
5. Клиника обусловлена поражением того или иного бассейна, чаще височных артерий. Жалобы на пульсирующую головную боль, усиливающуюся при жевании, припухлость в височной области, очаговое покраснение по ходу височной артерии, болезненностью при их пальпации, гиперестезии кожных покровов головы, лица. В последующем височные артерии уплотняются, становятся извитыми. Ухудшение зрения вплоть до слепоты. При поражении аорты развивается синдром дуги аорты болезни Такаясу, поражения коронарных артерий с инфарктом миокарда. Общие признаки: волнообразная лихорадка, общая слабость, утомляемость, снижение аппетита, быстрое и значительное похудание, депрессия. Боли при движении и скованность в мышцах плечевого и тазового пояса, шеи.

Задача №2.

Больной 27 лет доставлен в стационар с жалобами на кашель с выделением мокроты, диффузно окрашенной алой кровью, одышку в покое, зуд кожи, сухость во рту, жажду, резкую общую

слабость. В течение нескольких лет наблюдается у терапевта по поводу артериальной гипертонии, постоянно определяются патологические изменения в моче. В течение последнего месяца отметил ухудшение общего состояния, прогрессивно нарастала общая слабость, многократно повторялась рвота, жаловался на резкие головные боли и отсутствие аппетита. Постепенно нарастала одышка, появился кашель и в течение последних двух дней обильное кровохарканье. Доставлен с подозрением на крупозную пневмонию.

Объективно - состояние тяжёлое. Кожа сухая, бледная, со следами расчесов. Пастозность лица, небольшие отёки на голенях и пояснице. В легких дыхание жёсткое, рассеянные сухие хрипы, в нижних отделах с обеих сторон - мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧДД 28 в минуту. Границы сердца расширены влево, ритм сердечных сокращений правильный, тоны глухие, акцент 2-го тона на аорте, короткий систолический шум во всех точках. Пульс 96 в минуту. АД 200/110 мм. рт. ст. Живот мягкий, небольшая болезненность при пальпации без четкой локализации.

Анализ крови: эритроциты $2,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 93 г/л, лейкоциты $9,6 \times 10^9/л$, СОЭ- 32 мм в час.

Анализ мочи: удельный вес 1006, белок 1,32 г/л, в осадке 2-3 лейкоцита и 10-12 эритроцитов в поле зрения, гиалиновые цилиндры. Мочевина крови 25,8 ммоль/л, креатинин- 1,23 ммоль/л. На рентгенограмме лёгких усиление лёгочного рисунка, снижение прозрачности лёгочной ткани в нижних отделах с обеих сторон.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Эталон ответа

1. Гранулематоз Вегенера (ГВ). ХПН.
2. Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, ревматоидный фактор. Циркулирующие иммунные комплексы, IgG и IgA. Биопсия пораженных тканей верхних дыхательных путей или почек. Рентгенологическое исследование легких.
3. Терапия циклофосфамидом. При остром течении - внутривенно (5-10 мг/кг в течение 2-3 дней) с последующим переходом на прием внутрь (по 12 мг/кг на 2 недели). Затем в поддерживающей дозе 25-50 мг в течение года. Обильное питье не менее 2,5-3 литров в сутки. Гепарин 20000-30000 ЕД/сут в течение 2 месяцев. При развитии почечной недостаточности обычная терапия малоэффективна. Показаны спленэктомия и двусторонняя нефрэктомия с пересадкой донорской почки.
4. С другими системными васкулитами (узелковый периартериит, геморрагический васкулит, болезнь Гудпасчера), диффузными болезнями соединительной ткани, гранулематозными процессами (саркоидоз, бериллиоз, эозинофильная пневмония, синдром Леффлера), инфекционными гранулемами (туберкулез, сифилиз, микозы), злокачественными опухолями.
5. ГВ развивается постепенно с острого или хронического ринита с язвенно-некротическими изменениями на слизистой оболочке придаточных пазух (синусит), гортани и трахеи. Нарастает лихорадка, развивается клиника трахеобронхита, пневмонии со склонностью к распаду и образованию полостей в легких. В этот период развиваются язвенно-некротические поражения кожи, костнохрящевого скелета лица, перфорация носовой перегородки, артралгии, полиморфная кожная сыпь. Наиболее постоянный признак ГВ - поражение легких (боли в грудной клетке, одышка, кашель с кровянистой мокротой или кровохарканье). Характерным для ГВ являются множественные двусторонние инфильтраты, временами с просветлением (полости). Особенность болезни - развитие быстро прогрессирующего гломерулонефрита со значительной протеинурией, гематурией. Быстрое прогрессирование почечной патологии с развитием олигурии и почечной недостаточности.

Задача №3.

Больной М.. 36 лет, жалуется на подъемы температуры до $38^{\circ}C$ с ознобом, припухлость мелких суставов кистей, боли в мышцах нижних конечностей. Заболел остро, 4 мес. назад. Получал аспирин, антибиотики по поводу инфекционно-аллергического полиартрита. Постепенно исчезла припухлость суставов, однако оставались боль, высокая лихорадка, потливость, стал отмечать снижение болевой чувствительности и слабость в левой ноге. Прогрессивно худел. При осмотре:

больной пониженного питания; кожные покровы бледные, суставы внешне не изменены, слегка свисает левая стопа, патологии внутренних органов не выявлено. АД - 150/98 мм.рт.ст. Анализ крови: НЬ 120 г/л, лейкоц. 12×10^9 ., эритроц. $4,2 \times 10^{12}$ /л, СОЭ 42 мм/ч.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Эталон ответа

1. Узелковый периартериит с развитием суставного синдрома и мононейропатией. Вторичная артериальная гипертензия, III ст.
2. Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, ревматоидный фактор, мочевины, креатинин. Циркулирующие иммунные комплексы, IgG и IgA. Антитела к вирусу гепатита В в сыворотке крови и HBsAg. Биопсия мышц голени слева. УЗДГ аорты, сосудов нижних и верхних конечностей, почек, глазного дна. ЭХОКГ. МСКТ сердца и коронарных сосудов. Рентгенологическое исследование легких. Функция внешнего дыхания с лекарственной пробой (исключить вторичную бронхиальную астму).
3. Терапия циклофосфамидом. При остром течении - прием внутрь - по 1-2 мг/кг в сут. на неделю, совместно с преднизолоном 40 мг/сут (до 3-4 нед по 10 мг/сут). Затем в поддерживающей дозе циклофосфамид 25-50 мг в течение года. Препараты интерферона при выявлении маркеров вируса гепатита В. Пентоксифиллин 600 мг в/в кап. 2 раза в день в течении 5 дней, в дальнейшем 400 мг х 3 раза в день внутрь. Гипотензивная терапия -антагонисты кальция, ингибиторы АПФ.
4. С другими системными васкулитами (геморрагический васкулит, артериит Такаясу, синдром Чердж-Стросса, Гранулематоз Вегенера), диффузными болезнями соединительной ткани, ревматоидным полиартритом.
5. Подъемы температуры до 38°C с ознобом, потливость, слабость в левой ноге, похудание, боли в мышцах нижних конечностей.

Задача №4.

Больной, 18 лет. Месяц назад перенес острое респираторное заболевание. Принимал тетрациклин. При этом отмечал боль в коленных суставах с припуханием, геморрагические высыпания на коже голени, которые исчезли после отмены тетрациклина. Через 2 нед. в связи с субфебрилитетом возобновил прием тетрациклина, после чего состояние резко ухудшилось: повысилась температура до $38,5^{\circ}\text{C}$, появились сливные геморрагические высыпания на голени, бедрах, ягодицах, головная боль. Через 2 дня присоединились резкие схваткообразные боли в животе. Стул 30 раз с примесью крови, повторная рвота цвета "кофейной гущи". Объективно: бледен, истощен. На коже множественные сливные геморрагические высыпания. Коленные и голеностопные суставы увеличены в объеме, движения болезненны. Живот втянут, резкая болезненность при пальпации, имеются симптомы раздражения брюшины. Анализ крови: Нв-80 г/л, Лейкоциты- $27,6 \times 10^9$, п/я-17%, СОЭ 54 мм/ч. Анализ мочи- уд. вес 1015, белок. 0,9 г/л, эритроциты- 50-60 в поле зрения.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Как объяснить рвоту цвета "кофейной гущи"?

Эталон ответа

1. Лекарственный геморрагический васкулит Шёнлейн-Геноха, с абдоминальным синдромом и гематурическим гломерулонефритом. Кровоизлияние в желудке и кишечнике с развитием кровопотери. Анемия.
2. Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, ревматоидный фактор, мочевины, креатинин. Циркулирующие иммунные комплексы, IgG и IgA. Биопсия кожи и мышц, обнаружение гранулоцитов, гранулоцитарная инфильтрация стенок артериол и венул. УЗДГ аорты, сосудов нижних и верхних конечностей, почек, глазного дна. ЭХОКГ. УЗИ брюшной полости. Рентгенологическое исследование легких. Колоноскопия. ЭГДС.

3. Лечение преднизолоном 1 мг/кг/сут в течение недели (до 3-4 нед по 10 мг/сут). Пульс - терапия - в/в кап. метилпреднизолон 1000 мг/сут в теч.30 мин. до 3-х дней. Терапия циклофосфамидом. При остром течении – прием внутрь - по 1-2 мг/кг в сут. на неделю. Затем в поддерживающей дозе 25-50 мг в течение года или азотиоприн по 1-3 мг/кг в сут., поддерживающая доза 50 мг/сут. Препараты железа, переливание эритромаcсы, введение в/в кап. эписилон-аминокапроновой кислоты. Хирургическое лечение при сильном кровотечении.
4. С другими системными васкулитами (узелковый периартериит, артериит Такаясу, синдром Чердж-Стросса, гранулематоз Вегенера, гигантоклеточный артериит, макроглобулинемическая пурпура Вальденстрема), тромбоцитопенической пурпурой, диффузными болезнями соединительной ткани, ревматоидным полиартритом.
5. Кровоизлиянием в желудке.

Задача №5.

Женщина 29 лет проходит обследование по поводу артериальной гипертензии. Жалобы на слабость, ухудшение зрения на левый глаз, «летучие» боли в крупных суставах. Во время письма возникает ощущение слабости и дискомфорта в руке, требующее отдыха. Объективно: обнаружена асимметрия пульса (слева пульс слабее) и АД (справа АД 180/100 мм рт.ст., слева 160/90 мм рт.ст.). Над брюшным отделом аорты выслушивается систолический шум.

Анализ крови: Нв - 113 г/л, лейкоц. - 5,4109/л, в формуле - 65 % нейтрофилов, СОЭ - 28 мм/ч.

Антинуклеарные антитела не выявлены. В б/х анализе крови -холестерин - 4.2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Как объяснить слабость и дискомфорт в руке.
3. Какие инструментальные методы исследования наиболее информативны.
4. Дифференциальный диагноз. Дифференциальный диагноз артериальной гипертензии.
5. Тактика лечения.

Эталон ответа

1. Неспецифический аортоартериит с сочетанным поражением дуги и брюшного отдела аорты.
2. Поражение левой подключичной артерии (отходит от дуги аорты).
3. Аортография и селективная ангиография поражённых сосудов – наиболее информативные методы диагностики. Выявляют участки стеноза и постстенотического расширения, мешотчатые аневризмы, неполные и полные окклюзии ветвей дуги аорты, различные по локализации и протяжённости. Для наглядной визуализации артериальных стенозов применяют ультразвуковое сканирование сосудов.
4. Необходимо дифференцировать с врождёнными аномалиями сосудистой системы и тромбоэмболиями. Реноваскулярная гипертензия развивается не только при неспецифическом аортоартериите, но и при атеросклерозе почечных сосудов, фибромускулярной дисплазии.
5. Преднизолон по 40-60 мг/сут до достижения клинического эффекта (1-3 месяца), затем постепенно снижают дозу до 5-10 мг/сут. Если ремиссия не достигнута добавляют метотрексат в средней дозе 15 мг/нед.

Тема 11. Дифференциальная диагностика и лечение больных при наличии патологического мочевого осадка.

Задача №1.

Больная П. 40 лет, медсестра, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на периодически учащённое болезненное мочеиспускание, ноющие боли в поясничной области без иррадиации, головную боль, слабость. Считает себя больной в течение 8 лет. Боли в поясничной области связывает с физическим перенапряжением. В течение последних 3 дней ощущает периодическое «познабливание».

Объективно: состояние удовлетворительное. Незначительная пастозность и бледность лица, температура тела - 37,3°C. При перкуссии над всеми лёгочными полями ясный лёгочный звук, аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца громкие, ритмичные. АД - 155/95 мм рт. ст., ЧСС - 84 в минуту. Язык сухой. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезёнка не пальпируются. Отмечается незначительная болезненность при поколачивании поясничной области, больше справа. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 107 г/л, цветовой показатель - 0,8, лейкоциты - $10,2 \times 10^9$

/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 48%, лимфоциты - 38%, моноциты - 4%, СОЭ - 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1010, белок - 0,04%, лейкоциты - 12-16 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения, бактериурия. Моча по Нечипоренко: эритроциты - $1,2 \times 10^6/л$, лейкоциты - $8,0 \times 10^6/л$.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 86 в мин. ЭОС - расположена полувертикально.

Признаки гипертрофии левого желудочка.

Рентгенография органов грудной клетки: лёгочные поля без очаговых и инфильтративных изменений, расширение границ сердца влево.

Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Составьте план дифференциальной диагностики.
3. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
4. Составьте план дополнительного обследования для уточнения диагноза.
5. Составьте программу лечения.

Эталон ответа:

1. Синдромы: дизурический, мочевого, артериальной гипертензии, болевой (поясничный), анемический, воспалительный. Ведущий синдром: дизурический.

2. Необходим дифференциальный диагноз между хроническим пиелонефритом, хроническим гломерулонефритом, мочекаменной болезнью, хроническим циститом, дорсопатией.

3. Предварительный диагноз: хронический пиелонефрит, двухсторонний, рецидивирующие течение, в стадии обострения. Хронический цистит, обострение.

Диагноз установлен учитывая анамнестические сведения о хроническом течении заболевания, симптомах воспалительной интоксикации, выделенные синдромы (дизурический, артериальной гипертензии, болевой и мочевого).

4. Дополнительные исследования: бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности к антибиотикам, УЗИ почек; экскреторная урография; ренография.

Консультация врача-невролога.

5. Лечение: антибактериальная терапия, назначенная с учётом данных бактериологического исследования мочи, антигипертензивные (ингибиторы АПФ), миотропные спазмолитики.

Задача №2.

Женщина 24 лет обратилась к врачу с жалобами на слабость, повышение температуры тела до $39,2^{\circ}C$, тянущие боли в поясничной области, частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах. Из анамнеза известно, что считает себя больной с 14 лет, когда впервые отметила появление вышеуказанных жалоб, был диагностирован острый пиелонефрит, проведено лечение. В последующие 2 года неоднократные госпитализации с аналогичными жалобами, выставлен диагноз хронического пиелонефрита. В 16 лет больной было предложено санаторно-курортное лечение, которое дало положительные результаты. Ухудшение состояния около 2-х недель назад, когда после переохлаждения появились озноб, повышение температуры тела до $39^{\circ}C$, сильные приступообразные боли в поясничной области, которые иррадиировали вниз живота, сопровождающиеся частым болезненным мочеиспусканием.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост 175 см. Вес 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отёков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС - 70 уд. в мин., АД - 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа. Частое болезненное мочеиспускание. В анализах: лейкоциты $8,9 \times 10^9/л$, СОЭ 36 мм/час, мочевины 4,3 ммоль/л, креатинин 72,6 мкмоль/л, общий белок 46 г/л. СКФ 92 мл/мин/1,73 м². Общий анализ мочи: удельный вес - 1009, белок - 0,5, лейкоциты - вне поле зрения, слизь, клетки плоского эпителия. Обзорная и экскреторная урография - почки расположены обычно, теней конкрементов не выявлено. Имеется грибовидная деформация чашечек, шейки вытянуты, лоханка атонична. Контуры почек неровные, снижено накопление контраста справа. Уродинамика не нарушена.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Предложите и обоснуйте тактику дальнейшего лечения.

Эталон ответа:

1. Хронический первичный правосторонний пиелонефрит в фазе обострения, рецидивирующая форма, без нарушения функции почек. ХБП 1 ст.
2. Диагноз «пиелонефрит» установлен на основании жалоб (на слабость, повышение температуры тела до 39,2°C, тянущие боли в поясничной области, частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах); данные анамнеза (острый пиелонефрит, который перешёл в хроническую форму, его неоднократное обострение); данные осмотра (положительный симптом поколачивания справа); данных анализов крови и мочи (увеличение СОЭ в общем анализе крови и лейкоцитурия); данных экскреторной урографии (деформация чашечно-лоханочной структуры и снижение накопления контраста справа). Первичный пиелонефрит установлен на основании отсутствия данных за какие-либо патологические состояния мочевыводящих путей и почек, которые приводят к развитию вторичного пиелонефрита (МКБ, стриктура мочеточника, беременность). Хронический пиелонефрит и рецидивирующее течение установлены на основании данных анамнеза (неоднократные рецидивы острого пиелонефрита с исходом в хронический пиелонефрит). На фазу обострения хронического пиелонефрита указывает повышение температуры тела, лейкоцитоз в крови, повышение СРБ, большое количество лейкоцитов в моче. ХПБ 1 стадии установлена на основании уровня Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) 92 мл/мин/1,73м², что соответствует 1 стадии ХБП.
3. Пациенту рекомендованы проведение посева мочи для выявления возбудителя заболевания и чувствительности его к антибактериальной терапии; УЗИ почек для определения размеров почек, наличие в них конкрементов; проба Реберга для определения экскреторной функции почек.
4. С хроническим гломерулонефритом (характерно повышение АД, наличие в моче белка в небольшом количестве, гиалиновых цилиндров, азотемии, снижение функции почек, не характерна лейкоцитурия, бактерии в моче, лихорадка, лейкоцитоз). С острым пиелонефритом (клиническая картина и данные анализов идентичны, однако нет длительного анамнеза, заболевание протекает впервые, так же при хроническом пиелонефрите в отличие от острого возможно снижение концентрационной способности почек, повышение креатинина и азотистых шлаков).
С мочевой инфекцией (характерно дизурические расстройства, лейкоцитурия, бактериурия, без признаков поражения почек (симптом поколачивания, изменения размеров и функции почек по данным УЗИ и экскреторной урографии)).
5. 1. Антибактериальная терапия - продолжительность терапии составляет от 5 дней до 2 недель. Начинать лечение предпочтительнее с парентерального введения антибактериальных средств, переходя потом на приём внутрь. Из современных препаратов применяются фторхинолоны (Таваник (Левифлоксацин) 250-500 мг 1 раз в сутки) или β-лактамы. Используют также III и IV поколение цефалоспоринов, полусинтетические или уреидопенициллины, монобактамы, пенымы и ингибиторы β-лактамазы: Цефтриаксон (2 г 1 раз в сутки внутримышечно), Цефазолин (1 г 3 раза в сутки). В начале лечения аминогликозидами рекомендуют высокие дозы (2,5-3 мг/ кг в сутки), которые потом могут быть снижены до поддерживающих (1-1,5 мг/кг в сутки). Кратность введения может колебаться от 3 до 1 раза в сутки (в последнем случае рекомендуют введение препаратов в дозе 5 мг/кг, которая считается более эффективной и менее токсичной).
2. Дезинтоксикационная терапия (NaCl 0,9% в/в капельно, раствор глюкозы 5% в/в капельно).
3. Средства, улучшающие почечный кровоток (Трентал).
4. Спазмолитики (Но-шпа, Баралгин).
5. Антикоагулянты (Гепарин).
6. Диета - ограничить острые, пряные, жареные, копчёные продукты, приправы. Ограничение поваренной соли, чередование белковой и растительной пищи. Питьё слабоминерализованных вод.

Женщина 24 лет жалуется на боли в поясничной области и повышение температуры тела в течение последних двух дней. В течение последней недели отмечались боли при мочеиспускании, а выраженная боль и лихорадка появились вчера. Сегодня присоединилась тошнота, но рвоты не было. Боль преимущественно локализуется в правой части поясницы, она постоянная, тупая, без иррадиации. Вчера вечером пациентка приняла 400 мг ибупрофена, чтобы заснуть, но боль сохраняется, и утром она решила обратиться к врачу. Пациентка замужем, менструации регулярные, последние – 1 неделю назад. В качестве контрацепции использует внутриматочную спираль. Выделения из половых путей отрицает. Мочеиспускание 5-7 раз в сутки, моча выделяется в обычном количестве, в последние два дня мутная, пенистая.

Объективно: температура тела 38,3°C, ЧСС – 112 в минуту, АД – 120/70 мм.рт.ст., частота дыхания 15 в минуту. При пальпации правого рёберно-позвоночного угла имеется выраженная болезненность, поколачивание в области почек резко болезненно справа. Отёков нет. Физикальное обследование других отклонений от нормы не выявляет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие лабораторные исследования следует использовать для подтверждения диагноза?
3. Какие заболевания следует рассматривать в рамках дифференциального диагноза болей в поясничной области у молодой женщины?
4. Сформулируйте план лечения.
5. Сформулируйте прогноз.

Эталон ответа:

1. Острый неосложненный амбулаторный (внебольничный) пиелонефрит.
2. Анализ мочи с обязательной микроскопией, количественной оценкой лейкоцитурии, общий анализ крови, посев мочи с определением чувствительности микробов к антибиотикам – только по показаниям, при неосложненном пиелонефрите и удовлетворительном состоянии пациента не требуется, обязателен при отсутствии эффекта от эмпирической терапии и у беременных пациенток, креатинин крови и расчет СКФ, мочевины и электролиты крови для оценки функции почек. Возможны (но не обязательны) анализ мочи по Нечипоренко и анализ мочи по Зимницкому.
3. Цистит, уретрит, вагинит, эктопическая (внематочная) беременность, мочекаменная болезнь, воспалительные заболевания женской репродуктивной системы (сальпингоофорит, аднексит), аппендицит, острый панкреатит, острый холецистит (ЖКБ), инфаркт почки, колит, пневмония, гломерулонефрит, туберкулез почки.
4. Цель терапии – выздоровление с элиминацией возбудителя, нормализация клинико-лабораторных показателей. Как правило, причиной пиелонефрита служит один штамм бактерий, чаще всего (75-95%) - *Escherichia coli*.

Лечение включает пероральный прием антибактериальных препаратов – фторхинолонов – препараты выбора (Ципрофлоксацин 500 мг 2 раза в день или Левифлоксацин 750 мг 1 раз в день), при непереносимости фторхинолонов возможно назначение цефалоспоринов 2-3 поколения, Амоксициллина + Клавулоновой кислоты (875 + 125 мг 2 раза в день). Минимальная продолжительность лечения 5 дней, типичная продолжительность терапии 10-14 дней.

Симптоматическая терапия включает гидратацию при признаках гиповолемии и дегидратации, спазмолитики, анальгетики, противорвотные средства, антигипертензивные препараты.

5. Большинство пациентов полностью выздоравливают, прогноз ухудшается при развитии осложнений, таких как эмфизематозный пиелонефрит, паранефральный абсцесс, сепсис и острое почечное повреждение. Факторами риска развития осложнений являются задержка с назначением антибиотикотерапии, неправильный выбор антибиотиков, структурные нарушения мочевыделительной системы, предрасполагающие к осложнениям и хронизации процесса.

Тема 12. Дифференциальная диагностика и лечение заболеваний, проявляющихся нефротическим синдромом.

Задача №1.

Больной К. 49 лет, экономист, жалуется на головные боли, головокружение, повышение артериального давления до 160/100 мм рт. ст., инспираторную одышку и чувство

сердцебиения при незначительной физической нагрузке, сердце, отёки верхних и нижних конечностей. Из анамнеза известно, что 5 лет назад через 2 недели после проведения вакцинации у пациента в течение нескольких дней отмечалась макрогематурия. Из-за занятости за медицинской помощью не обращался. Сохранялось удовлетворительное самочувствие. Последние полгода отмечена артериальная гипертензия, до 190/100 мм рт. ст. Неделю назад отметил боль в ротоглотке при глотании, однократное повышение температуры тела до 38,0°C градусов, не лечился. Одновременно заметил отёки ног, лица, снижение суточного диуреза. При исследовании общего анализа мочи выявлена протеинурия, лейкоцитурия. Перенесённые заболевания: частые ОРЗ, ангины. Вредные привычки отрицает.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Рост - 183 см, масса тела - 90 кг. Температура тела - 36,2°C. Лицо бледное, одутловатое, веки отёчны, глаза сужены. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. Выраженные отёки на голенях. Щитовидная железа не пальпируется. Периферические лимфоузлы не пальпируются.

Грудная клетка нормостенической формы, симметричная. При сравнительной перкуссии ясный лёгочный звук. Частота дыхания - 16 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс одинаков на обеих лучевых артериях, 90 в минуту, удовлетворительного наполнения, напряжён. При аускультации: тоны сердца ясные, числом два, ритм правильный, акцент II тона над аортой, АД - 180/100 мм рт. ст. Слизистая задней стенки глотки и мягкого нёба бледно-розовая, чистая. Нёбные миндалины не увеличены, слизистая их бледно-розовая чистая, лакуны их свободные. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации, передняя брюшная стенка отёчна. Пальпация правого подреберья безболезненна, край печени не пальпируется, размеры по Курлову: 10×9×8 см. Селезёнка не увеличена. Поясничная область отёчна, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - $4,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $5,8 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 53%, лимфоциты - 35%, моноциты - 6%; СОЭ - 30 мм/ч. Общий анализ мочи: светло-жёлтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес - 1,016, белок - 6,5 г/л, эпителий - ед. в поле зрения, эритроциты - 15-20 в поле зрения, лейкоциты - 2-4 в поле зрения, цилиндры: гиалиновые - 1-2 в поле зрения, зернистые - 0-2 в поле зрения.

Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 12,8 ммоль/л, мочевины - 7,3 ммоль/л., креатинин - 0,096 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, холестерин - 14,2 ммоль/л, калий - 3,8 ммоль/л, общий белок - 50 г/л., альбумин - 25 г/л.

Суточная протеинурия - 10,2 г, диурез - 900 мл. Белки мочи методом эл/фореза: А - 80%, Г - 20%.

УЗИ почек, мочевого пузыря: правая почка - 120×56 мм, паренхима - 20 мм, левая почка - 118×54 мм, паренхима - 19 мм. Паренхима обеих почек диффузно-неоднородная. Лоханки, чашечки не изменены. Конкременты, объёмные образования не выявлены. Мочевой пузырь б/о.

Вопросы:

1. Выделите ведущие синдромы (объясните патофизиологические механизмы их возникновения).
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
3. Обоснуйте и сформулируйте диагноз.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Составьте план лечения.

Эталон ответа:

1. Синдромы:

а) артериальной гипертензии (АД = 180/100 мм рт. ст., расширение границ сердца, акцент 2 тона на аорте);

б) нефротический (отеки, массивная протеинурия 10,2 г/сут, селективная, гипопропротеинемия - 50 г/л, гипоальбуминемия - 25 г/л, гиперхолестеринемия - 14,2 ммоль/л.); в) мочевой (протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия).

А. При поражении почечного фильтра (подоцитов или базальной мембраны) возникает протеинурия. Из-за меньшей величины альбумины в первую очередь проходят почечный фильтр. Это сопровождается снижением альбуминов в крови и приводит к снижению онкотического давления плазмы и появлению отеков у больных.

В. Основными причинами возникновения артериальной гипертензии являются: увеличение объема циркулирующей крови за счет задержки воды активация ренин-ангиотензин-альдостероновой и симпатoadреналовой системы снижением функции депрессорной системы почек.

2. Дифференциальный диагноз «ХГН, смешанная форма». При смешанной форме хронического гломерулонефрита проводится диагностика синдромов: нефротического и гипертонического.

При нефротическом синдроме помимо хронического гломерулонефрита проводится дифференциальная диагностика с ОГН, амилоидозом почек. При артериальной гипертензии проводится дифференциальная диагностика с

гипертонической болезнью. Характерно следующее: проявления артериальной гипертензии по срокам их появления значительно опережают симптомы поражения почек; при гипертонической болезни чаще преобладает кризовое течение. Исключить вазоренальную гипертензию (стеноз почечных артерий).

3. Диагноз основной «хронический гломерулонефрит, смешанная форма, а/ф».

Диагноз установлен на основании анамнестических данных о рецидивирующей в течение 5 лет гематурии, артериальной гипертензии, отмечаемой в течение полугода, развитии симптомов заболевания через две недели после вакцинации и рецидивировании симптомов заболевания после развития явлений фарингеальной инфекции и выделенных в настоящее время гипертонического и нефротического синдромов.

4. Пункционная биопсия почки, УЗДМ – сосудов почек, ЭХО-КГ, глазное дно, ФГДС, железистый комплекс, группа крови, Rh + фактор; рентгенография органов грудной клетки, УЗИ брюшной полости.

Определить СКФ по формуле Кокрофта – Гоулта $(140 - \text{возраст} \times \text{вес (кг)} 0,81 \times \text{уровень креатинина в мкмоль/л} \times 0,85(\text{для ж.}))$.

5. Лечение. Ограничение потребления хлорида натрия и воды с учётом диурезу. Показана четырехкомпонентная схема (глюкокортикостероиды, цитостатики, антиагреганты, гепарин КС-преднизолон (1 г на кг/веса) + Циклофосфан по схеме «пульс - терапия», далее классическая схема, СЗП в/в капельно + Альбумин. Антиагреганты (Курантил). Гепарин по схеме либо НМГ (Фраксипарин, Клексан), статины, мочегонные (Фуросемид, Диурвер). Нефропротекция – ингибиторы АПФ либо БРА (при непереносимости АПФ). Антигипертензивные (блокаторы кальциевых каналов, б-блокаторы, диуретики, инг. АПФ, БРА). При дефиците железа: Венофер в/в либо Сорбифер внутрь.

Симптоматическая терапия по показаниям (защита желудка).

Задача №2.

Больной 23 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на отёки лица, век, туловища, конечностей, снижение количества выделяемой за сутки мочи, слабость, головную боль. Из анамнеза известно, что страдает хроническим тонзиллитом. Подобные симптомы впервые появились 2 года назад, длительно лечился в нефрологическом отделении, получал преднизолон с положительным эффектом, выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. После выписки у врача не наблюдался, не лечился, хотя отмечал периодически отёки на лице. 2 недели назад переболел ангиной, после этого состояние резко ухудшилось, появились вышеуказанные жалобы. При осмотре АД – 150/95 мм рт. ст., ЧСС – 92 удара в минуту, ЧДД – 22 в мин. Данные обследования. Общий анализ крови: эритроциты - $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 124 г/л, цветовой

показатель - 0,89, лейкоциты - $5,4 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула - в норме, СОЭ – 42 мм/ч. Биохимическое исследование: общий белок крови – 35,6 г/л, альбумины – 33%, холестерин крови – 9 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес – 1012, белок – 5,4 г/л, эритроциты выщелоченные – 20-25 в поле зрения, восковидные цилиндры – 9-10 в поле зрения.

Вопросы:

1. Укажите основной клинико-лабораторный синдром.
2. Сформулируйте предположительный диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по терапии больных с данной патологией.

Эталон ответа:

1. Нефротический синдром.
2. Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма, стадия обострения.

3. Проведение УЗИ органов брюшной полости и почек, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография органов грудной клетки, определение креатинина, мочевины, электролитов, тромбоцитов, коагулограмма, время свёртываемости крови, расчёт СКФ, определение суточной протеинурии, исследование глазного дна, пункционная биопсия почек.

4. Пациенту показана диета № 7. Основное лечение состоит из четырёхкомпонентной схемы, включающей в себя глюкокортикостероиды (Преднизолон в дозе 1 мг/кг/сут); цитостатики (Циклофосфан 100-200 мг/сут); антикоагулянты (Гепарин 10 тыс. ЕД/сут); антиагреганты (Курантил 300-400 мг/сут). Дополнительно: диуретики, ингибиторы АПФ / блокаторы рецепторов ангиотензина II, блокаторы кальцевых каналов, статины под контролем липидного спектра.

Задача №3.

Больная А. 18 лет, студентка, обратилась к врачу приёмного отделения с жалобами на общее недомогание, слабость, боли в поясничной области с двух сторон, сильную постоянную головную боль, красноватый цвет мочи. Мочеиспускание безболезненное. Считает себя больной около 3 недель: после сильного переохлаждения повысилась температура тела до 38,0°C, появились боли в горле при глотании. Обратилась в поликлинику по месту жительства, где была диагностирована лакунарная ангина и назначена антибактериальная терапия. На седьмой день симптомы ангины были купированы, но сохранялась общая слабость. 5 дней назад на фоне повышенной утомляемости появились ноющие боли в поясничной области, головная боль, повышение температуры тела до 37,5°C. 2 дня назад уменьшилось количество мочи, которая приобрела красноватый цвет.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, температура тела 37°C. Рост - 158 см, вес - 72 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, обычной влажности. Лицо одутловатое, на верхних и нижних конечностях плотные отёки, кожа над ними тёплая, бледная. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка нормостеничная, симметричная, равномерно участвует в дыхании. ЧД - 22 в минуту.

Перкуторно над лёгкими ясный лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 98 в минуту, АД - 160/100 мм рт. ст. Верхушечный толчок визуально и пальпаторно не определяется. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Аускультативно: тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС - 78 в минуту. Живот симметричный, мягкий, болезненный в проекции почек. Размеры печени по Курлову - 9×8×7 см. Пальпация правого подреберья безболезненна, край печени не пальпируется. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон.

В анализах. Общий анализ крови: гемоглобин - 105 г/л, эритроциты - 3,2×10¹²/л, цветовой показатель - 0,9; тромбоциты - 270×10⁹/л, лейкоциты - 10,7×10⁹/л, эритроциты - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 9%, сегментоядерные нейтрофилы - 70%, лимфоциты - 11%, моноциты - 6%. СОЭ - 23 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет «мясных помоев», мутная, рН - кислая, удельный вес - 1008; белок - 3,5 г/л, сахар - нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий почечный - 12-20 в поле зрения, эритроциты - большое количество, цилиндры: гиалиновые - 10-12, зернистые - 6-8 в поле зрения, соли - нет.

Суточная протеинурия - 7,3 г/л, суточный диурез - 650 мл.

Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 12,4 мкмоль/л, прямой - 3,2, не прямой - 9,2 мкмоль/л, креатинин - 0,96 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, холестерин - 8,0 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л, общий белок - 56 г/л, альбумины - 35%, α₁- 3,5%, α₂-10,5%, β - 13,6% γ - 27,4%, фибриноген - 4,2 г/л.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 64 удара в минуту. Электрическая ось отклонена влево. Диффузно дистрофические изменения миокарда левого желудочка.

Рентгенография органов грудной клетки: без патологии.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Дайте рекомендации по дальнейшему лечению, определите прогноз.

Эталон ответа:

1. Острый постстрептококковый гломерулонефрит, симптоматическая артериальная гипертензия, 2 степени, риск 4. Острая почечная недостаточность.
2. Возникновение поражения почек вскоре после переохлаждения и ангины (10 дней), отсутствие указаний в анамнезе на наличие других причин. Сочетание АГ, макрогематурии и нефротического синдрома (отеки, суточная протеинурия - 7,3 г/л, гиперхолестеринемия - 8,0 ммоль/л, гипоальбуминемия – 35%).ОПН: признаки олигоурии, азотемии: креатинин - 0,96 ммоль/л.
3. Пациенту рекомендовано:определение рСКФ по креатинину и отношения альбумина к креатинину; анализ мочи по Нечипоренко для уточнения клеточного состава осадка мочи, иммунограмма для уточнения аутоиммунного процесса; LE-клетки в крови, антинуклеарные антитела АТ к ДНК и Sm - антигену для исключения поражения почек при СКВ; АТ к антигенам стрептококка для подтверждения этиологии заболевания и определения тактики лечения; УЗИ органов брюшной полости и почек; биопсия почки для подтверждения и определения формы гломерулонефрита.
4. Режим строгий постельный на 2-4 недели до ликвидации отеков и снижения АД.Ограничение жидкости и поваренной соли, ограничение белка.Этиотропное лечение: антибактериальная терапия - при доказанной связи ОГН со стрептококковой инфекцией и (или) наличия явных очагов хронической инфекции: (цефалоспорины, при аллергии - фторхинолоны).Устранение отеков: мочегонные – Фуросемид, Диурвер.Гипотензивные препараты (при неэффективности постельного режима, ограничения воды и соли): Гипотиазид 25 мг в сутки, Лозартан 25 мг 2 раза в сутки, Дилтиазем 40 мг 2 раза в сутки.Противовоспалительная и иммуносупрессивная терапия: глюкокортикоиды (Преднизолон) 40 мг в сутки; при неэффективности иммунодепрессанты (Циклофосфамид 150 мг в сутки).Улучшение микроциркуляции и профилактика тромбообразования: Гепарин, Курантил.
5. После купирования симптомов нефрита больной в течение 1 года должен находиться под «Д» наблюдением, проводится симптоматическое лечение.Прогноз при своевременно начатом лечении благоприятный. Возможно выздоровление (до 70% случаев), трансформация в хронический гломерулонефрит, летальный исход (до 5% при быстро прогрессирующем гломерулонефрите с полулуниями).

Тема 13. Дифференциальная диагностика гепатомегалий и гепатолиенального синдрома.

Задача №1.

Мужчина 49 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту.Из анамнеза. Считает себя больным в течение двух лет, когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья. За медицинской помощью не обращался. Периодически принимал эссенциале форте по 2 капсуле три раза в день, ферментные препараты: креон по 25000 Ед. два раза в сутки; улучшения самочувствия не отметил. Настоящее обострение в течение месяца, когда после значительной физической нагрузки усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость. Принимал баралгин, положительного эффекта не наблюдалось. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет, гепатотоксичные лекарственные средства не принимал, был донором.

При осмотре: состояние удовлетворительное; рост-177 см, вес -79 кг, ИМТ 25,2кг/м².

Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и спине. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 72 в 1 мин; АД-130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 12 (+3)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезёнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.Результаты исследований: общий анализ крови: эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $6,5 \times 10^9/л$; нейтрофилы – $4,5 \times 10^9/л$; лимфоциты – $1,3 \times 10^9/л$; моноциты – $0,44 \times 10^9/л$; эозинофилы – $0,2 \times 10^9/л$; базофилы – $0,06 \times 10^9/л$; Нб – 145г/л; тромбоциты –

232×10⁹/л; СОЭ – 23 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 35 мкмоль/л; непрямой билирубин – 29,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 5,5 мкмоль/л; АЛТ – 230 ед/л; АСТ – 155 ед/л; ГГТП – 83 ед/л; ЩФ – 143 ед/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 72 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; альбумин – 39 г/л; общий белок – 71 г/л; альфа-1-глобулины – 3,0 г/л; альфа-2-глобулины – 5,5 г/л; бета-глобулины – 6,0 г/л; γ-глобулины – 17,5 г/л; ТТГ – 0,94 МЕ/л; альфа-фетопротеин – 3,2 ед/л; ферритин – 53 мкг/л; трансферрин – 2,5 г/л; калий – 3,9 ммоль/л; Na–138 ммоль/л; амилаза – 43 ед/л; железо – 21,3 мкмоль/л; ХС – 5,0 ммоль/л; церулоплазмин – 185 мг/л. ПТИ – 55%. Иммуноферментный анализ (определение маркеров гепатитов В, С, D в сыворотке крови): HBsAg (+); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (+); HBeAg (-); анти-HBe (+); анти-HBcIgM (-); анти-HDV (-); анти-HCV (-); анти-ВИЧ – отрицательный.

Иммунологическое исследование: концентрация Ig класса G_v в сыворотке крови – 7,0 г/л; - молекулярно-биологические исследования: ПЦР: ДНК ВГВ – положительный; количественный анализ ДНК ВГВ – 61000 МЕ/мл. Кал на скрытую кровь – отриц. Общий анализ мочи: в пределах нормы. Эластометрия печени: определена стадия F4 (по шкале METAVIR), цирроз печени. При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени. Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений; ЭКГ – без патологических изменений; тест связи чисел – в пределах нормы.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.
5. Через 6 месяцев постоянного лечения концентрация ДНК ВГВ – 10 МЕ/мл. Серологическое исследование (ИФА): HBsAg (-); анти-HBs (+); анти-HBcIgG (+); HBeAg (-); анти-HBe (+); анти-HBcIgM (-). Биохимия крови: АЛТ – 78 ед/л, АСТ – 52 ед/л, ГГТП – 26 ед/л; общий билирубин – 34 мкмоль/л; ПТИ – 60%; креатинин – 72 мкмоль/л. Общий анализ крови – в пределах нормы. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Эталон ответа:

1. Цирроз печени, ассоциированный с HBV-инфекцией, класс А по Child-Pugh (компенсированный).
2. Диагноз «цирроз печени, ассоциированного с HBV-инфекцией, класс А по Child-Pugh» установлен на основании жалоб больного на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, тупую боль в правом подреберье; данных анамнеза, объективного осмотра (желтушность кожных покровов, иктеричность склер, наличие у больного телеангиэктазий, гепатомегалии). Подтверждают вирусную этиологию цирроза печени данные исследований: (выявление HBsAg; анти-HBcIgG; анти-HBe; ПЦР ДНК ВГВ - положительный, уровень ДНК ВГВ (61000 МЕ/мл); исключена другая этиология цирроза печени: (исследование крови на маркеры гепатита С, D: анти-HCV – отрицательный; анти-HDV - отрицательный), а также исключено злоупотребление алкоголем, приём гепатотоксичных лекарственных средств. Класс А ЦП установлен на основании классификации Child-Pugh. Согласно классификационным критериям (печёночная энцефалопатия, асцит не определены, общий билирубин – 35 мкмоль/л, альбумин – 39 г/л, ПТИ – 55%) определено 5 баллов, что соответствует классу А по Child-Pugh. Диагноз цирроза печени подтверждается данными эластометрии печени: F4 (по шкале METAVIR), что соответствует циррозу печени. Зарегистрировано изменение биохимических показателей крови: повышение АЛТ, АСТ, общего билирубина, ГГТП, гамма-глобулинов, снижение ПТИ. При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени.
3. ЭГДС – для выявления и/или определения состояния вен пищевода и /или желудка; - спиральная компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) для получения более точной информации о форме, структуре и размерах печени. При использовании контрастного усиления возможно дифференцировать наиболее часто встречающуюся очаговую патологию печени (кисты, гемангиомы, метастазы); - дуплексное сканирование сосудов печеночно-селезеночного бассейна для выявления портальной гипертензии.
4. Рекомендовано соблюдение диеты: исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, солёное, кофе, газированные напитки, какао. Рекомендована противовирусная терапия

(ПВТ), так как у больных циррозом печени В назначать ПВТ требуется при любом определяемом уровне виремии независимо от активности АлАТ. Среди аналогов нуклеозидов/нуклеотидов предпочтение следует отдавать Энтекавиру и Тенофовиру, поскольку они обладают высокой противовирусной активностью, и к ним редко развивается резистентность. Энтекавир (нуклеозидный аналог Гуанозина) внутрь в дозе 0,5 мг/сут в течение 48 недель. Активность АЛТ необходимо оценивать каждые 3 месяца в процессе лечения и после его окончания. При лечении аналогами нуклеозидов/нуклеотидов мониторинг уровня ДНК HBV должно проводиться 1 раз в 3 месяца как минимум в течение первого года лечения.

5. У пациента получен вирусологический ответ, так как концентрация ДНК ВГВ составила 10 МЕ/мл. Отмечена положительная динамика биохимических показателей (снижение АЛТ, АСТ, ГГТП, общего билирубина) и серологический ответ по HBsAg (клиренс HBsAg с формированием анти-HBsAg). Продолжить противовирусную терапию Энтекавиром внутрь в дозе 0,5 мг/сут до 48 недель. После окончания лечения провести биохимический анализ крови, количественный анализ ДНК HBV, затем 1 раз в 6 месяцев. Несмотря на вирусологическую ремиссию на фоне приема аналогов нуклеозидов/нуклеотидов, пациенты с ЦП должны мониториться на предмет развития гепатоцеллюлярной карциномы. Соблюдение диеты, диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога.

Задача №2.

Мужчина 48 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту, нарушение сна. Из анамнеза. Считает себя больным в течение двух лет, когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья, периодическое повышение температуры до субфебрильных цифр. За медицинской помощью не обращался. При появлении болевого синдрома принимал эссенциале форте по 2 капсуле три раза в день, ферментные препараты: креон по 10000 Ед. два раза в сутки, но-шпу; улучшения самочувствия не отметил. Настоящее обострение в течение месяца, когда после перенесенного гриппа усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет, гепатотоксичные лекарственные средства не принимал, был донором. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост – 165 см, вес – 70 кг, ИМТ – 25,7 кг/м². Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и спине. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС = 74 в 1 мин; АД = 130/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 12 (+3)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезёнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты исследований: общий анализ крови: эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $6,7 \times 10^9/л$; нейтрофилы – $4,4 \times 10^9/л$; лимфоциты – $1,5 \times 10^9/л$; моноциты – $0,46 \times 10^9/л$; эозинофилы – $0,28 \times 10^9/л$; базофилы – $0,06 \times 10^9/л$; Hb – 144г/л; тромбоциты – $242 \times 10^9/л$; СОЭ – 22 мм/ч.

Биохимия крови: общий билирубин – 36 мкмоль/л; непрямой билирубин – 30,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 5,5 мкмоль/л; АЛТ – 218 ед/л; АСТ – 157 ед/л; ГГТП – 82 ед/л; ЩФ – 142 ед/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; альбумин – 38 г/л; общий белок – 70,2 г/л; альфа-1-глобулины – 2,8 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бета-глобулины – 6,7 г/л; γ -глобулины – 17 г/л; ТТГ – 0,94 МЕ/л; альфа-фетопроtein – 3,3 ед/л; ферритин – 55 мкг/л; трансферрин – 2,4 г/л; калий – 3,6 ммоль/л; Na–137 ммоль/л; амилаза – 42 ед/л; железо – 20,7 мкмоль/л; ХС – 5,2 ммоль/л; церулоплазмин – 188 мг/л. ПТИ – 57%.

Имуноферментный анализ (исследование крови на маркеры гепатитов В, С): анти-HCV – положительный; HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-ВИЧ – отрицательный. Генотипирование HCV: генотип 1 – положительный. Иммунологическое исследование: концентрация Ig класса G_v в сыворотке крови – 7,2г/л. Молекулярно-биологические исследования: ПЦР: РНК ВГС – положительный; количественный анализ РНК ВГС – 31000 МЕ/мл. Эластометрия печени: определена стадия F4(по

шкале METAVIR), цирроз печени. При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени. Анализ кала на скрытую кровь – отрицательный. Общий анализ мочи: в пределах нормы. Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений. ЭКГ – без патологических изменений.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.
5. Через 4 недели терапии пациент отметил улучшение самочувствия, уменьшение общей слабости; уровень РНК ВГС (количественный анализ) составил 24 МЕ/мл.-Биохимия крови: АЛТ – 108 ед/л, АСТ – 72 ед/л, ГГТП – 29 ед/л; общий билирубин –34 мкмоль/л; ПТИ - 60%; общий анализ крови – в пределах нормы. При оценке по шкале Бека депрессии не выявлено. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Эталон ответа:

1. Цирроз печени, ассоциированный с HCV-инфекцией, класс А по Child-Pugh (компенсированный).
2. Диагноз «цирроз печени, ассоциированный с HCV-инфекцией, класс А по Child-Pugh» установлен на основании жалоб больного на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, тупую боль в правом подреберье; данных анамнеза, объективного осмотра (желтушность кожных покровов, иктеричность склер, наличие у больного телеангиэктазий, гепатомегалии).Подтверждают диагноз «цирроз печени С» данные исследований (выявление анти-HCV; ПЦР: РНКHCV - положительный, уровень РНК ВГС (31000 МЕ/мл).

Исключена другая этиология цирроза печени: (исследование крови на маркеры гепатита В: HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-)), а также исключено злоупотребление алкоголем, приём гепатотоксичных лекарственных средств.Класс А ЦП установлен на основании классификации Child-Pugh. Согласно классификационным критериям (печёночная энцефалопатия, асцит не выявлены, общий билирубин – 36 мкмоль/л, альбумин – 38 г/л, ПТИ – 57%) определено 5 баллов, что соответствует классу А по Child-Pugh.

Диагноз «цирроз печени» подтверждается данными эластометрии печени: F4 (по шкале METAVIR), что соответствует циррозу печени.Зарегистрировано изменение биохимических показателей крови: повышение АЛТ, АСТ, общего билирубина, ГГТП, гамма-глобулинов, снижение ПТИ.При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени.

3. ЭГДС – для выявления и/или определения состояния вен пищевода и /или желудка; дуплексное сканирование сосудов печеночно-селезеночного бассейна для выявления портальной гипертензии.
4. Рекомендовано соблюдение диеты: исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао.Пациенту с циррозом печени С класс А по Child-Pugh, генотип 1 рекомендовано назначение тройной схемы противовирусной терапии (ПВТ) с включением ингибитора протеазы второй волны Симепревира.Симепревивр назначают в дозе 150 мг 1 раз в сутки внутрь в комбинации с пегилированным интерфероном (ПЕГ/ИФН) альфа2а в дозе 180 мкг 1 раз в неделю подкожно и рибавирином в дозе 1000 мг в сутки ежедневно внутрь (при массе тела пациента 73 кг) в течение 12 недель; затем терапия ПЕГ/ИФН альфа2а и рибавирином должна быть продолжена в течение 12 недель (общая продолжительность терапии – 24 недели)Для оценки эффективности ПВТ используется определение уровня РНК ВГС после 4, 12, 24 недели терапии, а также через 24 недели после ее окончания.
5. У пациента отмечено снижение уровня РНК ВГС.Отмечена положительная динамика биохимических показателей (снижение АЛТ, АСТ, ГГТП). Продолжить противовирусную терапию по указанной схеме до 24 недель.Рекомендовано определение уровня РНК ВГС после 12, 24 недели терапии, а также через 24 недели после ее окончания. С целью определения биохимического ответа – определение активности АЛТ после 12, 24 недели терапии, а также через 24 недели после ее окончания.Один раз в 4 недели необходимо проводить исследование клинического анализа крови с подсчетом абсолютного числа нейтрофилов, определением

уровня гемоглобина, количества эритроцитов и тромбоцитов. В период ПВТ пациенту необходимо исследовать уровень ТТГ и свободного тироксина каждые 3 месяца. Рекомендован осмотр офтальмологом (в том числе - исследование глазного дна) с учетом возможных побочных действий противовирусных препаратов.

График посещения врача пациентом – 1 раз в 4 недели до окончания лечения и через 24 недели после завершения лечения. При каждом плановом посещении врача пациент должен заполнять шкалу Бека с целью контроля над возможностью развития депрессии. Диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога

Задача №3.

Больной Т. 42 лет госпитализирован в стационар по направлению врача-терапевта участкового с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в объёме, отёки на нижних конечностях в области стоп и голеней. В анамнезе: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних 3 месяцев. За последний месяц отметил нарастание общей слабости, увеличение живота и желтуху. Употребляет водку по 200 г ежедневно в течение последнего года, наблюдается у нарколога. Употребление наркотиков отрицает. Гемотрансфузий, оперативных вмешательств не было. Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Тест связывания чисел –40 сек. Рост – 178 см, вес – 62 кг. Кожа обычной влажности, желтушная. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры глаз иктеричны. Отёки стоп и нижней трети голеней. В лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в мин. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС –78 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объёме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. В положении лёжа живот распластан.

При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову – 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневый, без патологических примесей. Размеры селезёнки – 15×12. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча тёмно-жёлтая. Общий анализ крови: эритроциты – 4,1×10¹²/л; Нв– 122 г/л; цветовой показатель –0,9%; тромбоциты – 98×10⁹/л, лейкоциты – 3,2×10⁹/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 29%, моноциты –3%, СОЭ –22 мм/ч.

Биохимические анализы: общий билирубин – 130 мкмоль/л, прямой билирубин –100 мкмоль/л, АЛТ – 120 Ед/л, АСТ – 164 Ед/л. МНО – 2, альбумин – 28 г/л. Фиброгастроуденоскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст. Ультразвуковое исследование брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры чёткие и неровные. Паренхима неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 16 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Гепатикохоледох не расширен. Селезёнка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезёнки – 36,1 см². Свободная жидкость в брюшной полости.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении. Обоснуйте свой выбор.
5. Какие возможны осложнения данного заболевания?

Эталон ответа:

1. Цирроз печени алкогольной этиологии, класс С по Чайлду-Пью. Портальная гипертензия (асцит, спленомегалия, ВРВ пищевода I ст.). Гиперспленизм (тромбоцитопения). Печёночная энцефалопатия I ст.
2. У больного выявлены желтуха, цитолиз, «печёночные знаки»: малиновые ладони, «сосудистые звёздочки», синдром портальной гипертензии (гепатоспленомегалия, асцит, варикозное расширение вен пищевода, передней брюшной стенки, расширение портальной вены), признаки печёночной недостаточности (гипоальбуминемия, гипокоагуляция). По данным УЗИ – паренхима печени, неравномерно диффузно-повышенной эхогенности.

Алкогольный анамнез свидетельствует о наиболее вероятной этиологии цирроза печени. Класс С выставлен согласно классификации Чайльд-Пью – 11 баллов. Снижение скорости теста связывания чисел свидетельствует о I степени печёночной энцефалопатии. Тромбоцитопения в данной ситуации связана с гиперспленизмом.

3. Анализы крови: коагулограмма, общий белок, креатинин, мочевины, калий, натрий, ГГТ, ЩФ, амилаза, маркеры вирусных гепатитов HBsAg, антитела к HCV, ВИЧ-инфекции. Общий анализ мочи, копрограмма. ЭКГ. Рентген лёгких.

4. Отказ от алкоголя. Диета с содержанием белка 1,0 г/кг/сут. Калорийность пищи - 1800–2500 ккал/сут. Ограничение содержания соли до 5,2 г/сут. Санация кишечника с целью уменьшения эндотоксемии. Лактулоза - 15-45 мл 2-3 раза в сутки (стул до 2-3 раз в сутки). Возможен приём не всасывающихся антибиотиков (Рифаксимин 1200 мг/сут. 7-10 дней). Высокие очистительные клизмы. Уменьшение токсического действия аммиака. Орнитин-аспартат - 5 г по 1-2 пакетика гранул, растворённых в воде × 3 раза в день после еды. Мочегонная терапия. Спиринолактон - 50–200 мг/сут. Фуросемид - 40 мг/сут (повышение дозы на 40 мг каждые 7 дней до 160 мг/сут, критерий эффективности - уменьшение массы тела на 2 кг/нед.). Снижение давления в портальной вены. Анаприлин - 40 мг 1 раза в сутки.

5. Печёночная энцефалопатия. Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Гепаторенальный синдром. Инфекционные осложнения (спонтанный бактериальный перитонит, пневмония, инфекции мочевыводящих путей и др.).

Тема 14. Дифференциальная диагностика желтух.

Задача № 1.

Больная 52 лет жалуется на периодически появляющиеся боли приступообразного характера в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку с повышением температуры тела до 39- 39,5 °С, проливными потами в течение последнего года. За последний месяц такие приступы участились и стали появляться каждые 2–3 дня. Иногда приступы сопровождались появлением желтухи, которая быстро исчезала, а затем появлялась вновь. Общее состояние оставалось удовлетворительным. Отмечала некоторую слабость. Живот обычной формы, мягкий. Печень не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в эпигастриальной области. Лейкоцитов в крови $9,2 \times 10^3$ в 1 мкл, СОЭ 38 мм/час. При УЗИ желчный пузырь обычных размеров, содержит конкременты, имеется дилатация внутрипеченочных протоков, холедох 1,2 см.

Вопросы:

- 1) Какой диагноз Вы поставите?
- 2) Какова тактика дополнительного обследования и лечения?

Эталон ответа:

- 1) Имеется осложнение желчнокаменной болезни — холангит.
- 2) Выполнение ЭРПХГ и ЭПСТ для устранения причин холангита — холедохолитиаза или/и стеноза БДС, после необходимо выполнение холецистэктомии.

Задача № 2.

У больной 46 лет после приема жирной пищи впервые появились сильные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и правую лопатку. Поднялась температура тела до 37,80 °С, была многократная рвота. При пальпации правого подреберья определялось дно болезненного желчного пузыря, положительные симптомы Ортнера, Кера, симптом Щеткина — Блюмберга отрицательный. При поступлении выполнено УЗИ — желчный пузырь 115×63 мм, стенка 3 мм, в просвете желчного пузыря определяются конкременты. После назначения консервативной терапии состояние улучшилось, температура снизилась до нормы, боли уменьшились, спустя сутки после поступления желчный пузырь перестал пальпироваться, оставалась небольшая болезненность в точке желчного пузыря. При динамическом УЗИ — желчный пузырь 82×59 мм, стенка 3 мм, холедох 8 мм. Однако после купирования болевого приступа у больной появилась иктеричность кожи, показатели билирубина стали нарастать.

Вопросы:

- 1) Какой диагноз Вы поставите?
- 2) Каков должен быть диагностический алгоритм и лечебная тактика?

Эталон ответа:

- 1) Острый калькулезный холецистит, механическая желтуха.
- 2) Учитывая, что приступ острого холецистита купировался (клиническая картина и данные динамического УЗИ), но у больной появилась механическая желтуха (дилатация желчных протоков по данным УЗИ) необходимо выполнить ЭРПХГ, ЭПСТ, затем холецистэктомия.

Задача №3.

Больная С. 45 лет, педагог. Жалобы на интенсивные боли в области сердца, тяжесть в подложечной области, отсутствие аппетита, желтуху, кожный зуд, похудание. Больна 1, 5 месяца. В течение месяца безуспешно лечилась в терапевтическом стационаре по поводу нестабильной стенокардии. При появлении желтухи переведена в инфекционную больницу с подозрением на болезнь Боткина. Состояние больной средней тяжести, пониженного питания (Рост 160 см., вес 48 кг); кожа склеры умеренно желтушны, тургор кожи снижен. Пальпация живота болезненна в эпигастрии; печень средней плотности, левая доля ее выступает из-под края реберной дуги на 3 см; селезенка не пальпируется. Органы грудной клетки в пределах возрастных изменений. ОАК: эр-4.2x10, Нв-137 г/л, лейко-4,7x10, эоз-3%, п- 2%, с-68%, л-18%, м-7%, СОЭ-14 мм/час. Билирубин крови -100 ммоль/л. Реакция прямая, быстрая. Протромбиновый индекс-46%, На ЭКГ признаки ишемии миокарда не выявлены.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Определите тип желтухи.
3. Поставьте предварительный диагноз, провести дифференциальный диагноз.
4. Какие дополнительные сведения необходимы для установления окончательного диагноза?

Эталон ответа:

1. Левосторонний торако-абдоминальный, астенический, диспептический, синдром желтухи и холестаза.
2. Механическая (подпеченочная) желтуха с повышением уровня конъюгированного билирубина.
3. Рак поджелудочной железы. Дифференцировать с псевдотуморозным панкреатитом, патологией большого дуоденального сосочка.
4. Определение уровня α -амилазы, щелочной фосфатазы в крови. Проведение КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, эндоскопической ретроградной холецистохолангиографии.

Тема 15. Дифференциальная диагностика по синдрому дисфагии.

Задача № 1.

Больной Д., поступил в клинику с отравлением одной из сильных неорганических кислот. В местах контакта кислоты со слизистой пищевода обнаружены корки, имеющие желтоватый цвет.

Вопросы:

1. Какая кислота, явилась причиной отравления?

Эталон ответа:

1. Цвет корок характерен для неорганической кислоты (азотной) и обусловлен образованием кантопротеинов. При ожоге серной кислотой – серо-грязный цвет, а соляной – беловатый.

Задача №2.

На приём к врачу обратилась молодая женщина с жалобами на нарушение прохождения пищи, срыгивания неизменённой пищи. Плотная пища проходит лучше, чем жидкая. Заболевание проявилось после тяжёлой семейной драмы. При эзофагографии определяется сужение кардиального отдела пищевода в форме «писчего пера» и супрастенотическое значительное расширение. Эвакуация бария из пищевода значительно замедлена.

Вопросы:

1. Какой диагноз Вы поставите?
2. Какие методы исследования нужно провести?
3. Какова дальнейшая тактика?

Эталон ответа:

1. Кардиоспазм 2 степени.
2. Фиброэзофагоскопия с прицельной биопсией слизистой кардии.
3. Кардиодилатация.

Задача №3.

Больной В., 36 лет, поступил в больницу с жалобами на прогрессирующую дисфагию. Болеет в течение трёх лет. Для прохождения пищи запивал её жидкостью, заглатывал воздух. Похудел, появилась рвота малоизменённой пищей. На рентгенологическом исследовании сужение пищевода в кардиальном отделе и супрастенотическое расширение его.

Вопросы:

1. Какой диагноз Вы поставите?
2. Какие диагностические мероприятия необходимо выполнить?
3. Какова дальнейшая тактика?

Эталон ответа:

1. Кадиоспазм 3 степени.
2. Фиброэзофагоскопия с прицельной биопсией слизистой кардии.
3. Оперативное лечение.

Задача №4.

Больной Ш., 36 лет, поступил в больницу с жалобами на затруднение глотания в состоянии алкогольного опьянения. Полтора года назад, по ошибке выпил какую-то жидкость. В течение 10 дней находился на лечении в хирургическом отделении. В специализированном отделении проводилось бужирование пищевода. Примерно через месяц появились признаки дисфагии, которые постепенно нарастали. После очередного курса бужирования явления дисфагии уменьшились. Однако затем вновь стали нарастать. Повторные курсы бужирования были не эффективны. В связи с дегидратацией и истощением была наложена гастростома. Может глотать только воду.

Вопросы:

1. Какой диагноз Вы поставите?
2. Какие диагностические мероприятия необходимо выполнить?
3. Возможные методы хирургического лечения?

Эталон ответа:

1. Рубцовое сужение пищевода.
2. Эзофагография, фиброэзофагоскопия. Рентгенография желудка.
3. Эзофаго-эзофагоанастомоз, эзофагофундоанастомоз, пластика пищевода желудком, тонкой или толстой кишкой.

Тема 16. Дифференциальная диагностика по синдрому эпигастралгии.

Задача №1.

Мужчина 46 лет, водитель. Поступил в приёмное отделение стационара самостоятельно. Жалобы на резкую боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошноту, однократно рвоту съеденной пищей, не приносящую облегчения, умеренное вздутие живота, общую слабость, отсутствие аппетита на момент осмотра. Начало заболевания связывает с тем, что накануне вечером отмечал с друзьями праздник, были погрешности в диете – прием острой и жирной пищи, алкоголя. Подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы. Часто ранее отмечал ощущение тяжести и вздутия в животе после приёма жирной пищи. В настоящее время отмечает тяжесть и ощущение «распирания» в животе, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 3 раза в течение последних суток. Диурез не нарушен. Со слов жены – злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Телосложение нормостеническое, пониженного питания. Кожные покровы верхней половины туловища гиперемированы, чистые. Язык суховат, обложен желтоватым налётом. В лёгких дыхание жестковатое, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 92 удара в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Печень при пальпации плотная, безболезненная, около края рёберной дуги. Размер по Курлову – 10×9×8 см. Селезёнка не пальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины – отрицательные. Лабораторные данные: Общий анализ крови: лейкоциты – $9,6 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 16 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%, анализ кала – стеаторея, креаторея, амилорея.

УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счёт гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

От ФГДС больной отказался.

Вопросы:

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Дифференциальный диагноз.
5. План лечения.

Эталон ответа:

1. Хронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение.

2. 1) Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма «Но-шпы», злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области);

лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - $9,6 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 16 мм/ч; анализ кала: стеаторея, креаторея, амилорея). 2) Диагноз «алкогольный стеатоз печени» выставлен на основании объективного обследования (печень при пальпации плотная, безболезненная, около края рёберной дуги, размер по Курлову 10×9×8 см); УЗИ ОБП (печень увеличена, с перипортальными уплотнениями). 3) Диагноз «ЖКБ, латентное течение» выставлен на основании: УЗИ ОБП – желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой.

3. Биохимический анализ крови (глюкоза, липаза, трипсин, амилаза, АЛТ, АСТ, ГГТП).

Консультация врача-хирурга. Копрограмма, анализ кала на D-эластазу для подтверждения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Биохимический анализ крови: билирубин и его фракции, щелочная фосфатаза для исключения холестаза. Повторный анализ крови на наличие повышения глюкозы, при необходимости - гликемический профиль, гликированный гемоглобин (исключить сахарный диабет). КТ брюшной полости (исключить наличие кисты панкреас, опухоли панкреас). ФГДС (исключить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки).

4. 1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - свойственны язвенный анамнез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие поносов, сезонность боли, связь боли с приёмом пищи, «голодные» боли. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически - наличием ниши, при фиброгастроскопии - наличием язвенного дефекта.

2) Дисфункция сфинктера Одди - характеризуется болью тупого характера в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, лопатку. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда - напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение содержания холестерина, β-липопротеинов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров).

5. Показана госпитализация. 1) Полный отказ от алкоголя. 2) Диета: стол № 5п по Певзнеру. 3) Спазмолитический препарат (например, Дротаверин 4 мл (80 мг) 2 раза в сутки в/м). 4) Анальгетики (например, Баралгин 250 мг внутрь 2 раза в сутки, Парацетамол) при болях. 5) Вне

обострения: ферментные препараты с заместительной целью. б) Коррекция гипергликемии, в случае её выявления.

Задача №2.

Пациентка А. 38 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на горечь во рту, возникающую преимущественно в утренние часы, ощущение дискомфорта в области эпигастрия, чувство быстрого насыщения; после погрешностей в диете беспокоит тошнота, метеоризм.

Из анамнеза известно, что 2 года назад перенесла холецистэктомию по поводу хронического калькулезного холецистита.

Подобные жалобы беспокоят в течение года. При объективном осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, чистые. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем без особенностей. Язык влажный, обложен желтоватым налётом у корня. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области.

В клиническом анализе крови: эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 135 г/л, цветовой показатель - 0,96, тромбоциты - 347×10^9 , лейкоциты - $8,7 \times 10^9$, СОЭ - 12 мм/ч.

В биохимическом анализе крови: АЛТ - 28 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, амилаза - 77 Ед/л, щелочная фосфатаза - 80 Ед/л.

Выполнено ФГДС: слизистая желудка умеренно отёчна, гиперемирована в антральном отделе. Перистальтика активная. Желудок хорошо расправляется воздухом. Привратник зияет. В просвете желудка определяется небольшое количество желчи.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.
2. Каков патогенез описанных проявлений?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
5. Сформулируйте план лечения.

Эталон ответа:

1. Хронический реактивный гастрит (рефлюкс-гастрит, тип С); дуодено-гастральный рефлюкс; ЖКБ, состояние после холецистэктомии.

2. В патогенезе формирования дуодено-гастрального рефлюкса имеет значение холецистэктомию, которая может приводить к нарушению сократительной функции желчного, гастродуоденальной моторики, развитию дуоденостаза. Это, в свою очередь, приводит к повышению давления в просвете двенадцатиперстной кишки и забросу её содержимого в желудок. Изменение химического состава желчи и хаотическое её поступление в ДПК нарушают переваривание и всасывание жира и других веществ липидной природы, уменьшают бактерицидность дуоденального содержимого, что приводит к микробному обсеменению ДПК. При синдроме избыточного бактериального роста в кишке накапливаются продукты жизнедеятельности бактерий, гниения и брожения, т. е. развиваются метеоризм и дистензионные боли, усугубляется дуодено-гастральный рефлюкс.

3. Холедохолитиаз, хронический панкреатит, хронический гастрит другой этиологии.

4. УЗИ органов брюшной полости для исключения наличия камнеобразования в желчных протоках, оценки структуры поджелудочной железы; суточная рН-метрия; уреазный дыхательный тест на хеликобактер.

5. - Соблюдение щадящей диеты;

- употребление варёной, полужидкой пищи;

- отказ от белого и ржаного хлеба;

- жареной, копчёной, жирной, острой и солёной пищи;

- маринадов и консервации;

- сахара, мёда и варенья;

- сдобных изделий и шоколада;

- алкогольных напитков;

- ингибиторы протонной помпы (Омепразол 20 мг 2 р\сут.);

- прокинетики (Домперидон, Мотилиум - 10 мг 3-4 р\сут.);

- препараты УДХК (Урсофальк, Урсосан 250 мг - 1 раз в сутки перед сном 3-5 дней с увеличением дозы до 15 мг/кг); Висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза/сут. или 240 мг 2 раза/сут. в течение 28 дней).

Задача №3.

Пациент 45 лет, по профессии программист, обратился к участковому врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распирания в эпигастральной области после приёма пищи, изжогу, отрыжку кислым, тошноту. Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трех лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию). При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 32,0 кг/м².

Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемизированы. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

ЭФГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют четкие границы, гиперемизированы, отёчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие *H. pylori* положительный.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Необходимо ли взять пациента на диспансерный учет? Что нужно назначить пациенту в качестве профилактической терапии «по требованию» при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни?

Эталон ответа:

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с *Helicobacter pylori*.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)

Хронический фарингит стадия ремиссии.

Ожирение I ст.

2. ЯБДПК -Жалобы - голодные ночные боли, изжога. Данные ЭФГДС. Ассоциация с *Helicobacter pylori* - определена по положительному уреазному тесту.

ГЭРБ, I стадия выставлена на основании жалоб на изжогу, отрыжку кислым; наличия факторов риска: хронического фарингита (данные анамнеза), при обследовании выявлено ожирение I степени; данных ЭФГДС –кардия смыкается не полностью. ходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода (изменения соответствуют I стадии ГЭРБ).

Ожирение Iст. - показатель индекса массы тела - 32,0 кг/м², который соответствует I ст. ожирения.

3. Пациенту с целью исключения осложнений рекомендовано следующее обследование:

-ОАК,

-трансаминазы (АЛТ, АСТ), сахар крови, амилаза крови.

-ЭКГ для дифференциального диагноза с ИБС;

-УЗИ брюшной полости для исключения сопутствующей патологии;

-цитологическое и гистологическое исследование биоптата краёв язвы и слизистой в месте поражения пищевода, для уточнения степени воспаления и выявления метаплазии

-суточная внутрипищеводная рН-метрия- кислотность

-Консультация врача-хирурга - по показаниям (при наличии осложнения язвенной болезни), врача-онколога – при подозрении на злокачественный характер изъязвления. Консультация врача-отоларинголога для уточнения стадии хронического фарингита.

4. Трёхкомпонентная схема эрадикации *Helicobacter pylori*: ИПП в стандартной дозе Омепразол – 20 мг, Кларитромицин - 500 мг; Амоксициллин - 1000 мг или Метронидазол (МТР) - 500 мг. Все препараты назначить 2 раза в день, длительностью не менее 10-14 дней. При неэффективности данной терапии назначается квадротерапия. Учитывая наличие ГЭРБ необходимо назначить прокинетики, которые стимулируют опорожнение желудка: Итоприда гидрохлорид (ганатон) Оказывает специфическое действие на верхний отдел ЖКТ, ускоряет транзит по желудку и улучшает его опорожнение. Назначается по 50 мг 3 раза до еды. Через 14 дней продолжить прием ИПП в стандартной дозе ещё 2-5 недель для эффективного заживления язвы под контролем ФГДС.

5. Все пациенты с язвенной болезнью и ГЭРБ должны состоять на диспансерном учёте.

Рекомендуется немедикаментозная терапия с учётом сочетания язвенной болезни с ГЭРБ:

1) избегать обильного приёма пищи; 2) после приёма пищи избегать наклонов вперёд и горизонтального положения; последний приём пищи не позднее, чем за 3 часа до сна; 3) ограничить приём продуктов, оказывающих раздражающее действие на слизистую оболочку пищевода: богатых жирами (цельного молока, сливок, тортов, пирожных), жирной рыбы и мяса, алкоголя, кофе, крепкого чая, шоколада, цитрусовых, томатов, лука, чеснока, жаренных блюд; отказаться от газированных напитков; 4) спать с приподнятым головным концом кровати;

5) исключить нагрузки, повышающие внутрибрюшное давление – не носить тесную одежду и тугие пояса, корсеты, не поднимать тяжести более 8-10 кг на обе руки, избегать физических нагрузок, связанных с перенапряжением брюшного пресса; 6) отказаться от курения; нормализовать и поддерживать массу тела в норме.

Профилактическую терапию «по требованию» назначают при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни. Показано назначение Омепразола в полной суточной дозе (40 мг) в течение 2-3 дней, а затем в половинной дозе (20 мг) в течение двух недель.

Задача №4.

Больная Р. 45 лет обратилась к врачу с жалобами на чувство тяжести, переполнения в животе, возникающее через 40-50 минут после еды, тошноту. В течение 20 лет страдает хроническим гастритом, обострения 1-2 раза в год. Во время обострений обычно принимает ингибиторы протонной помпы, антациды. Эрадикационную терапию не получала. Настоящее ухудшение – в течение 2 недель на фоне погрешностей в диете. Самостоятельно принимала альмагель при возникновении неприятных ощущений. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 166 см, вес 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне. Симптомы холецистита отрицательные. Печень не изменена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей.

На фиброгастроскопии: пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Кардия смыкается полностью. Слизистая оболочка желудка гиперемирована, с участками атрофии в антральном отделе, складки сглажены, расправляется воздухом хорошо. Привратник проходим. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и залуковичный отдел не изменены. Взят биоптат из антрального отдела желудка: быстрый уреазный тест положительный. Результат гистологического исследования биоптата: слизистая желудка с атрофией и хронической полиморфноклеточной инфильтрацией.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте медикаментозное лечение, обоснуйте свой выбор.
5. Разработайте план диспансерного наблюдения пациента.

Эталон ответа:

1. Хронический атрофический гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*, обострение.

Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром.

2. Диагноз «хронический гастрит» поставлен на основании данных анамнеза (страдает хроническим гастритом в течение 20 лет), данных осмотра (болезненность в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне при пальпации), данных фиброгастроскопии (гиперемия слизистой желудка), гистологического исследования (полиморфноклеточная инфильтрация слизистой).

Атрофический гастрит ставится на основании данных эндоскопии, подтвержденных гистологическим исследованием биоптата слизистой.

Связь с хеликобактерной инфекцией - положительный быстрый уреазный тест.

Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром поставлен на основании жалоб пациента на тяжесть, чувство переполнения в животе после еды, тошноту.

3. -Общий анализ крови,

-общий анализ мочи,

-биохимический анализ крови,

-анализ кала,

-рН-метрия желудка,

-УЗИ органов брюшной полости.

4. Прежде всего, необходимо назначение эрадикационной терапии. Рек-но применение терапии первой линии: ингибитор протонной помпы 2 раза в день (например, Омепрозол 20 мг 2 раза в день) вместе с Амоксицилином 1 г 2 раза в день и Кларитромицином 500 мг 2 раза в день продолжительностью 10-14 дней. Возможно добавление к этой схеме Висмута трикалия дицитрата 240 мг 2 раза в день и *Saccharomyces boulardii* (по 250 мг 2 раза в сутки) для повышения эффективности эрадикации.

Для купирования симптомов постпрандиального дистресс-синдрома назначают прокинетики, например, Итоприд (ганатон) 50 мг 3 раза в день на 3 недели.

5. Пациенты с хроническим атрофическим гастритом находятся на диспансерном учёте у врача-терапевта участкового по месту жительства пожизненно.

Рекомендуется осмотр 1 раз в год, с проведением общего анализа крови и фиброгастроскопии с биопсией. По возможности - анализ желудочного сока 1 раз в 5 лет. Рекомендуется соблюдение щадящей диеты, отказ от раздражающей пищи и напитков.

Задача №5.

К врачу-терапевту участковому обратился мужчина 35 лет с жалобами на интенсивные боли после приёма пищи в эпигастральной области через 30-60 минут и проходящих через 1-2 часа, изжогу, тошноту, однократную рвоту на высоте болей, приносящую облегчение. Считает себя больным около 15 лет, когда появились неинтенсивные боли в подложечной области, возникавшие после приёма пищи.

Амбулаторно был диагностирован хронический поверхностный гастрит. Боли продолжались 2-3 недели, после чего проходили. В дальнейшем возникали ежегодно в осенне-весенний период.

При рН-метрии выявлено повышение кислотности желудочного содержимого. Лечился амбулаторно, старался соблюдать диету. При болях принимал Ранитидин (30 мг сутки).

Настоящее обострение началось в марте, длится уже 3 недели. Курит в течении 8 лет по 15 сигарет в день. При пальпации определяется локальная болезненность в эпигастральной области, положительный симптом Опенховского (боль при поколачивании остистых отростков VIIII позвонков).

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.

2. С какими заболеваниями желудка необходимо проводить дифференциальный диагноз?

3. Какие дополнительные исследования могут быть выполнены для подтверждения и уточнения диагноза?

4. Каково стандартное лечение данного заболевания (с указанием доз и кратности введения)?

5. Каковы возможные осложнения данного заболевания?

Эталон ответа:

1. Язвенная болезнь желудка, обострение.

2. Функциональная диспепсия, гастрит, симптоматические язвы желудка, синдром Золлингера-Эллисона, болезнь Крона, язвенная форма рака желудка, лимфома, системный мастоцитоз.

3. 1) ФГДС с прицельной биопсией, определением пристеночного рН.

- 2) Rg-исследование с контрастированием (симптом «ниши», утолщение и извилистость складок слизистой по направлению к «нише», ограниченный локальный спазм – симптом Де Кервена (указывающего перста).
- 3) АТ к *Helicobacter Pylori*, уреазный экспресс-тест, дыхательный тест.
- 4) Исследование базальной и стимулированной секреторной функции желудка.
- 5) Анализ кала на скрытую кровь (реакция Грегерсена).
- 6) Клинический анализ крови (снижение эритроцитов, гемоглобина, гематокрита при кровотечении).
4. В течение 2 недель принимать Омепразол 20 мг 2 раза в день, или Лансопризол 30 мг 2 раза в день, или Пантопризол 40 мг 2 раза в день + Кларитромицин 500 мг 2 раза в день + Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день или + Кларитромицин 500 мг 2 раза в день + Метронидазол 500 мг 2 раза в день.
5. Язвенное кровотечение, перфорация язвы, пенетрация язвы, перивисцериты, пилоростеноз.

Тема 17. Дифференциальная диагностика при нарушениях функции кишечника.

Задача №1.

Пациентка С. 22 лет направлена в стационар для обследования с жалобами на выраженную слабость, диарею до 3-4 раз в сутки, стул кашицеобразный, без патологических примесей, снижение массы тела на 5 кг за 6 месяцев, боли в околопупочной области, сухость во рту, постоянную жажду. Пациентка считает себя больной в течение 6 лет, когда впервые появилась диарея до 5-6 раз в сутки, начал снижаться вес, появились отёки на ногах. Периодически проходила нормализация стула на фоне приёма противодиарейных препаратов. Пациентка отмечает, что нарушения стула появлялись после употребления в пищу молочных продуктов, хлебобулочных изделий, макарон, каш. Обследовалась у инфекционистов – инфекционная патология исключена. Общий осмотр. Состояние средней степени тяжести за счёт выраженной слабости, сознание ясное. Рост – 163 см, вес – 45 кг. Кожные покровы бледные, чистые, слизистые бледно-розовые. Лимфоузлы безболезненные, не увеличены. Язык влажный, чистый. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД – 100/70 мм рт. ст., ЧСС – 75 ударов в минуту, пульс ритмичный. Живот при пальпации мягкий, участвует в акте дыхания, болезненный в эпигастриальной, околопупочной областях. Печень, селезёнка не увеличены. Определяются небольшие отёки голеней до 2/3.

Лабораторные исследования: гемоглобин – 89 г/л, эритроциты – $3,72 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6,1 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 266×10^9 /л, СОЭ – 34 мм/ч. Анализ мочи – без особенностей. Реакция кала на скрытую кровь – отрицательная. Глюкоза крови: 8:00 – 4,5 ммоль/л, 13:00 – 7,0 ммоль/л, 22:00 – 11,9 ммоль/л. Гликолизированный гемоглобин -9,3%. Биохимические показатели: билирубин общий – 23,8 мкмоль/л, билирубин прямой – 2,8 мкмоль/л, АЛТ – 69 Е/л, АСТ – 45 Е/л, γ -ГТП – 25 Е/л, щелочная фосфатаза – 118 Е/л, натрий – 137 мкмоль/л, калий – 4,3 мкмоль/л, креатинин – 44 мкмоль/л, мочевина – 4,3 мкмоль/л, общий белок – 51 г/л, антитела к глиадину (IgG) - 135 Ед/мл.

ФГДС. Пищевод: слизистая оболочка гиперемирована, в средней и нижней трети множественные поверхностные эрозии, покрытые жёлтым фибрином в виде «творожных масс», кардиальный жом смыкается полностью. Желудок: содержимое – слизь с примесью светлой желчи в большом количестве. Слизистая умеренно гиперемирована, складки не утолщены. Привратник проходим. Луковица двенадцатиперстной кишки – слизистая гладкая, отсутствуют кишечные ворсинки, гиперемирована, отёчная, в просвете желчь.

Консультация проктолога: жалобы на периодическую диарею, временами с примесью слизи. Проведена ректороманоскопия. Патологических изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Дифференциальный диагноз.
5. План лечения.

Эталон ответа:

1. Целиакия. Кандидозный эзофагит. Анемия средней степени тяжести. Сахарный диабет 1 типа?

Диагноз «целиакия» выставлен на основании: 1) синдрома мальабсорбции: диарея, боли в животе, похудание, анемия (гемоглобин - 89 г/л, эритроциты - $3,72 \times 10^{12}/л$),

2) результатов лабораторных исследований: Anti-gliadinIgG – 135 Ед/мл.

Диагноз «кандидозный эзофагит» выставлен на основании: 1) данных ФГДС: пищевод - слизистая оболочка гиперемирована, в средней и нижней трети множественные поверхностные эрозии, покрытые жёлтым фибрином в виде «творожных масс», кардиальный жом смыкается полностью. Желудок: содержимое – слизь с примесью светлой желчи в большом количестве. Слизистая умеренно гиперемирована, складки не утолщены. Привратник проходим. Луковица двенадцатиперстной кишки – слизистая гладкая, отсутствуют кишечные ворсинки, гиперемирована, отёчная, в просвете желчь.

Диагноз «анемия средней степени тяжести» выставлен на основании: гемоглобин - 89 г/л. «Сахарный диабет 1 типа?» – на основании повышения глюкозы сыворотки.

3. 1) Антитела к тканевой трансглутаминазе - подтвердить целиакию. 2) Биопсия слизистой двенадцатиперстной кишки – подтвердить целиакию и определить прогноз. 3) Колоноскопия – исключение НЯК. 4) МРТ – холангиография. 5) Кал на скрытую кровь –исключить кровотечение. 6) Определить ферритин сыворотки – для уточнения генеза анемии.

4. 1) Воспалительные заболевания кишечника - можно исключить с помощью колоноскопии (воспаление в прямой кишке исключено результатами ректороманоскопии) и результатами ФГДС. Причину диареи, болей в животе и похудания объясняет анамнез –клиника появляется при употреблении в пищу глютеных продуктов и подтверждает повышение уровня АТ к глиадину и данные ФГДС: атрофия слизистой 12-перстной кишки. 2) Лимфома кишечника – по результатам биопсии 12 пк.

5. Питание при целиакии не должно содержать глютен. Диета при целиакии требует полного исключения хлеба и мучных изделий. Придерживаться диеты следует всю жизнь. Через три – шесть месяцев диетических ограничений у 85% пациентов полностью восстанавливается нормальный пищеварительный процесс, исчезают симптомы болезни. Лечение кандидозного эзофагита противогрибковыми препаратами (Флуконазол, Клотримазол). Лечение анемии препаратами железа и фолиевой кислоты, по показаниям –переливания эритроцитарной массы.

Задача №2.

Больная Р. 35 лет обратилась в поликлинику с жалобами на ноющие боли внизу живота, больше в левых отделах, жидкий стул до 5-7 раз в сутки. В стуле часто примесь слизи и крови. Беспокоит выраженная слабость, снижение трудоспособности, снижение аппетита, повышение температуры тела до $37,5^{\circ}C$, боли в суставах рук, снижение массы тела за последние недели на 5 кг.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Узловатая эритема на медиальной поверхности левого предплечья - $1,5 \times 2$ см. Суставы не изменены, функция сохранена. Со стороны лёгких - без особенностей. Пульс - 96 в минуту, ритмичный, АД - $100/70$ мм рт. ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца звучные. Язык обложен у корня грязным налётом, суховат. Живот вздут, при пальпации чувствительный в левом нижнем квадранте. Урчание при пальпации в области сигмовидной кишки. Печень, селезёнка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты - $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 85 г/л, лейкоциты - $10,0 \times 10^9/л$, СОЭ - 25 мм/час. Анализ мочи - без патологии. Рентгенологическое исследование: в левых отделах толстого кишечника (до селезёночного изгиба) отмечается потеря гаустрации, уменьшение просвета и ригидность кишки, неравномерность рисунка слизистой оболочки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Определите тактику лечения больной.

Эталон ответа:

1. Язвенный колит, левосторонний тип. Средней степени тяжести. Узловатая эритема. Анемия смешанного генеза.
2. В пользу неспецифического язвенного колита (ЯК) свидетельствует частый жидкий стул с патологическими примесями, боли при дефекации, сопровождающиеся анемическим

синдромом (снижение эритроцитов, гемоглобина в крови, слабость) и интоксикационно-воспалительным синдромом (лейкоцитоз, повышение СОЭ, повышение температуры тела). При ЯК также встречается узловатая эритема. Рентгенологическая картина характерна для ЯК.

3. Копрограмма; анализ крови на электролиты, СРБ, ДФА, общий белок, белковые фракции, холестерин, глюкозу, билирубин, трансаминазы; ФГДСколоноскопия с биопсией из патологического участка; флюорография или рентгенография лёгких; УЗИ органов брюшной полости.

4. Инфекционные колиты; болезнь Крона; опухоли кишечника; туберкулёз кишечника; поражение кишечника при системных заболеваниях (васкулиты, склеродермия); ишемический колит.

5. 1) Диета. 2) Месалазин (3,0), при неэффективности - глюкокортикоиды (40 мг). 3) Ректально Гидрокортизон. 4) Лечение диареи (обволакивающие, спазмолитики, вяжущие). 5) Лечение обменных нарушений. 6) Лечение дисбактериоза. 7) Полиферментные препараты. 8) Лечение анемии.

Задача №3.

Пациент 40 лет обратился в поликлинику с жалобами на боли в животе, метеоризм, кашицеобразный, иногда водянистый, пенистый стул, который иногда чередуется с запорами, также отмечает общую слабость. Своё состояние связывает с приёмом молока, хотя в детстве подобного не замечал. Симптомы появились после холецистэктомии по поводу гангренозного холецистита, с развитием в послеоперационном периоде динамической кишечной непроходимости, по поводу чего была выполнена резекция тонкой кишки. АД – 110/60 мм рт. ст., PS – 89 ударов в минуту, ЧДД – 18 в минуту, температура тела – 36,7°C.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.
2. Перечислите методы лабораторной диагностики данного заболевания.
3. Каковы основные принципы лечения данного заболевания?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Перечислите основные причины данного состояния.

Эталон ответа:

1. Вторичная лактазная недостаточность.
2. Определение содержания углеводов в кале (должны отсутствовать). Определение уровня pH при копрологическом исследовании (не ниже 5,5). Определение содержания водорода, метана или меченного ^{14}C CO_2 во выдыхаемом воздухе и нагрузочные методы с лактозой.

Морфологическое исследование слизистой оболочки тонкой кишки.

3. 1) Лечение основного заболевания.
2) Диетотерапия - ограничение или исключение употребления молока. Рекомендуется употребление низколактозных продуктов (кисломолочные продукты, масла, твёрдых сыров). Не следует полностью исключать молочные продукты, являющиеся источником кальция. Через 1-3 месяца диету следует постепенно расширять по переносимости под контролем клинических симптомов (диарея, метеоризм).
4. Функциональная диарея, СРК, аллергия на молочный белок.
5. Физиологическая лактазная недостаточность, врождённая (генетическая), приобретённая (обусловленная заболеванием кишечника, исчезающая после его устранения).

Задача №4.

Больной С. 29 лет, программист, обратился в поликлинику к терапевту с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли в нижних отделах живота ближе к левому флангу, возникающие перед дефекацией, либо усиливающиеся сразу после опорожнения кишечника, длящиеся около 30-40 минут, разжиженный стул с примесью слизи и небольших количеств алой крови, частота стула до 5-6 раз в сутки, в том числе, в ночное время, ложные позывы на дефекацию с выделением из прямой кишки только слизи с примесью алой крови, ощущение урчания, бурления в животе в течение дня, снижение веса на 5 кг за прошедшие 4 месяца.

Из анамнеза: нарушение стула впервые отметил 5 месяцев назад после поездки на юг в летнее время и связал указанный симптом с особенностями питания (употребление больших количеств овощей и фруктов). Диарея сохранялась и прогрессировала и после возвращения из отпуска. Самостоятельно принимал смекту, мезим с незначительным и нестойким эффектом. Через 1,5

месяца отметил появление в кале слизи и прожилок крови, затем появились слабые боли по левому флангу живота. Начал прием но-шпы. По совету родственницы 2 недели назад в течение 5 дней принимал левомицетин по 3 таблетки в день, на этом фоне значительно усилились диарея и боли в животе, увеличилась примесь крови в кале, что и послужило поводом для обращения к участковому врачу. Обращение за медицинской помощью откладывал, поскольку считал, что у него имеет место какое-то инфекционное заболевание кишечника и опасался госпитализации в инфекционное отделение, предпочитая лечиться самостоятельно. В прошлом в период студенчества имели место неоднократные эпизоды жидкого стула, появление которых пациент связывал с употреблением якобы недоброкачественных продуктов. Лечился, как правило, самостоятельно, употреблял отвары вяжущих средств. При осмотре: состояние удовлетворительное, $t - 36,8^{\circ}\text{C}$, рост 178 см, вес 61 кг, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны звучные, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 120/85 мм рт.ст. Язык умеренно диффузно обложен сероватым налётом, влажный. Живот участвует в дыхании, умеренно равномерно вздут, при поверхностной пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность по левому флангу живота, при глубокой пальпации отчётливая болезненность в левой подвздошной области, где пальпируется спазмированная, плотноэластическая, болезненная сигмовидная кишка; остальные отделы толстой кишки безболезненны. Пальпация эпигастральной и подрёберных областей безболезненна Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени и селезёнки по Курлову: 10x8x7 см и 6x4 см, соответственно. Край печени не определяется. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный. В анализах: эритроциты = $3,02 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb = 103 г/л, МСН - 23р/g, МСНС– 300 g/l , лейкоциты = $12,6 \times 10^9/\text{л}$. СОЭ = 38 мм/час. Копрограмма: кал разжиженный, неоформленный, мышечные волокна, крахмал внутриклеточный в небольшом количестве, лейкоциты до 30-40 в поле зрения, эритроциты в значительном количестве, слизь в большом количестве. Фекальный кальпротектин 532 мкг/г. Общий белок сыворотки 62,3 г/л, альбумины – 49,3%, глобулины 50,7%, СРП – 95мг/л. Ректороманоскопия без подготовки: аппарат введен до 18 см. Слизистая оболочка прямой кишки диффузно гиперемирована, отёчна, выраженная контактная кровоточивость, множественные эрозии, местами, сливные, покрытые фибрином. В просвете кишки слизь, окрашенная кровью, и жидкие каловые массы в небольшом количестве.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?
4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов.
5. Проведите экспертизу трудоспособности пациента

Эталон ответа:

1. Язвенный колит впервые выявленный, дистальная форма, активность средней степени. Хроническая постгеморрагическая анемия лёгкой степени.
2. Пациент имеет диарейный синдром, патологические примеси в кале (слизь, кровь), ложные позывы на дефекацию, умеренные боли в проекции сигмовидной кишки, маркеры синдрома системного воспаления, высокие показатели фекального кальпротектина и достаточно специфические эндоскопические изменения слизистой оболочки прямой кишки. Заболевание манифестировалось после поездки на юг (воздействие инсоляции, диета с большим содержанием растительной клетчатки).
3. Дополнительно к проведенному обследованию пациенту рекомендовано проведение ФКС (оценка протяжённости поражения толстой кишки) с биопсией слизистой оболочки толстой кишки из зоны максимального поражения с целью оценки степени тяжести воспалительного процесса. Бактериологическое исследование кала с целью исключения микробного генеза воспаления слизистой толстой кишки. Исследование кала на предмет исключения глистно - паразитарной инвазии. Серологическая диагностика CMV-инфекции, ВИЧ – инфекции. Биохимический анализ крови (билирубин, АЛТ, АСТ, протеинограмма, железо сыворотки, ферритин, общая железосвязывающая способность крови, глюкоза), ультразвуковое исследование брюшной полости.

4. У больного имеет место впервые выявленное серьёзное непрерывно прогрессирующее в течение минимум 5 месяцев заболевание кишечника в фазе обострения. Пациент нуждается в динамическом врачебном наблюдении с целью своевременной и адекватной коррекции лечения при необходимости. Показано стационарное лечение в условиях специализированного гастроэнтерологического отделения. Диетотерапия – стол 4. Активная комплексная медикаментозная терапия, включающая применение стероидных гормонов (системных и местнодействующих: Преднизолон, Будесонид, Гидрокортизон), воздействующих на слизистую оболочку толстой кишки. Препаратами выбора в острой стадии патологического процесса (дистального или левостороннего) являются топические стероиды стандартных дозах (0,5-1,0 мг/кг/с) в течение не менее 8 недель. Препараты 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК): Месалазин, Сульфасалазин - в виде перорального средства и местнодействующих лекарственных форм (суспензия, суппозитории, пена) назначаются длительно, на стадии достижения клинической и эндоскопической ремиссии - в поддерживающих дозах постоянно. В случае достижения клинической и эндоскопической ремиссии с использованием стероидных гормонов поддержание ремиссии осуществляется с использованием иммунодепрессантов (Азатиоприн, Метатрексат). Используется симптоматическая терапия по показаниям (панкреатические полиферментные средства, препараты железа и т. д.).

5. Пациент временно нетрудоспособен в течение 4 недель. Продолжительность пребывания на больничном листе будет определяться степенью тяжести процесса, эффективностью применяемой схемы лечения. После завершения стационарного этапа лечения пациент будет продолжать лечение под наблюдением гастроэнтеролога с переводом на поддерживающие дозы базисных препаратов не менее 5 лет. В случае достижения стойкой ремиссии вопрос о прекращении динамического наблюдения решается индивидуально.

Задача №5.

Больной 35 лет обратился в поликлинику с жалобами на жидкий стул с примесью крови 5-6 раза в сутки, повышение температуры тела до 37,5°C, слабость, головокружение, боли в голеностопных, локтевых, плечевых суставах. Заболел около 2 месяцев назад, когда повысилась температура тела, появились боли в суставах. Проводилось несколько курсов антибактериальной терапии, на фоне чего появился жидкий стул.

Объективно: кожные покровы бледные, чистые. При пальпации живот мягкий, болезненный в подвздошных областях. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Селезёнка не пальпируется. В общем анализе крови: эритроциты - $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 61 г/л, лейкоциты - $11 \times 10^9/л$, тромбоциты - $350 \times 10^9/л$, СОЭ - 30 мм/ч.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дифференциального диагноза.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Сформулируйте и обоснуйте план лечения.

Эталон ответа:

1. Неспецифический язвенный колит (НЯК), средней степени тяжести.
2. Диагноз установлен на основании жалоб больного на жидкий стул с примесью крови 5-6 раз в сутки, повышение температуры тела до 37,5°C, слабость, головокружение, наличие суставного синдрома, осмотра, лабораторных данных (анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ).
3. -Болезнь Крона,
-псевдомембранозный колит,
-опухоль толстой кишки.
4. (ФКС) Фиброколоноскопия с биопсией (исключить рак кишки, псевдомембранозный колит), ирригография.
5. Для назначения в данном случае лечения необходимо получить результаты фиброколоноскопии. В случае выявления признаков язвенного колита необходимо назначение системных глюкокортикоидов (преднизолон) и препаратов 5-аминосалициловой кислоты (сульфасалазин, салофальк).

Задача №6.

Больной 21 года вызвал на дом врача экстренно в связи с жалобами на выделение большого количества алой крови из прямой кишки при дефекации, учащенный стул до 5 раз в сутки, повышение температуры тела до 38°C, общую слабость. Появление крови в стуле отмечает в течение последних 2-х месяцев, постепенно стал учащаться стул, изменилась консистенция до кашицеобразной, появилась общая слабость, субфебрильная температура, ухудшение в течение 3-х дней. При осмотре кожные покровы бледные. АД - 110/70 мм рт. ст. Пульс - 96 в минуту, ритмичный. Язык обложен белым налётом.

Живот мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Пациент направлен в стационар для подбора терапии и дальнейшего обследования с целью уточнения диагноза.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие исследования необходимо выполнить данному больному?
4. Какие группы препаратов могут быть использованы для лечения данного больного?
5. Каковы возможные осложнения у данного заболевания?

Эталон ответа:

1. Язвенный колит, проктосигмоидит, среднетяжёлая атака.
2. Иерсиниоз, псевдотуберкулёз, болезнь Крона, дисбактериоз, псевдомембранозный колит.
3. Общий анализ крови, б/х анализ крови (глюкоза, ХС, липиды, К, Na, Са, белок и фракции, СРБ, ЩФ, ГГТП, билирубин, амилаза, креатинин), копрограмма, общий анализ мочи, фекальный кальпротектин, АНЦА, ASCA, токсин А/В, посев кала на дисбиоз, РНГА с псевдотуберкулёзным антигеном, иерсиниозным антигеном, УЗИ брюшной полости, ЭФГДС, фиброколоноскопия + биопсия кишечника.
4. В зависимости от степени активности воспаления: препараты 5-Аск системные и местные - ректально, гормоны (Преднизолон, Будесонид) системные и местные - ректально, цитостатики (Метатрексат, Азатиоприн). Генно-инженерная биологическая терапия. Симптоматическое: спазмолитики, кишечные антисептики, пробиотики.
5. Перфорация кишки, сепсис, анемия, в дальнейшем рак толстого кишечника

Задача №7.

Студентка 21 года обратилась в поликлинику с жалобами на периодическую диарею, боль и вздутие живота в течение последних 6 месяцев, необъяснимую потерю веса (около 5 кг). Заметила, что диарея становится не такой выраженной, если она перестаёт с едой употреблять хлеб. Также обеспокоена зудящей сыпью на разгибательных поверхностях обеих локтей, спонтанно образующимися небольшими кровоизлияниями в кожу. Отмечает, что начала чувствовать общую слабость и недомогание последний месяц. При осмотре температура тела - 36,8°C, ЧСС - 80 ударов в минуту, АД - 115/75 мм.рт. ст., ЧДД - 16 в минуту, сатурация O₂ - 99%.

Из анамнеза: болеет сахарным диабетом I типа. По данным общего анализа крови, сывороточного железа, ферритина, свободного трансферина, установлена железодефицитная анемия.

Вопросы:

1. Каковы этиология и патогенез данного заболевания?
2. Какие изменения стула характерны для данного заболевания?
3. Назовите и опишите осложнение (синдром), развивающееся при длительном неконтролируемом течении данного заболевания?
4. Какие исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза заболевания?
5. Каковы основные принципы лечения данного заболевания?

Эталон ответа:

1. Наследственная целиакия. Хроническое врождённое мальабсорбтивное заболевание, обусловленное непереносимостью глютена (злакового протеина, содержащегося в пшенице, ржи, ячмени, овсе), возникающее в основном у лиц детского и подросткового возраста. Глютен становится субстратом для тканевой транслглютаминазы, ферментирующая его на фрагменты, фагоцитируемые антиген-представляющими клетками. Последние презентуют антиген Т-хелперам, которые, высвобождая цитокины, повреждают слизистую проксимального отдела тонкой кишки.

Повреждения представляют собой потерю ворсинок, выполняющих основную всасывательную функцию.

Ассоциировано с генными мутациями HLA-DQ2 и DQ8, хромосомными аномалиями (синдром Дауна и Тёрнера), аутоиммунными заболеваниями (сахарный диабет 1 типа (с амею частое)), также тиреоидит Хашимото).

2. Диарея, полифекалия, стеаторея.

Стул кашицеобразный, маслянистый, пенистый, иногда – водянистый, с крайне неприятным запахом.

3. Синдром мальабсорбции. Проявления: снижение веса тела, нарушение всасывания жирорастворимых витаминов А (никталопия, ксерофтальмия, кератомалиция), Д (остеопения, рахит у детей, остеомалиция у взрослых), Е (спинocerebellарная дегенерация, гемолитическая анемия с акантоцитами), К (гипопротромбинемия -> эххимозы, мелена, гематурия).

Нарушение всасывания железа - железодефицитная анемия.

4. Выявление антител к глиадину (IgG, IgA), эндомиозию (Ig A), тканевой трансглутаминазе (tTG) в крови и микроскопическое исследование биоптата двенадцатиперстной кишки.

5. Пожизненное соблюдение аглютеновой диеты. Глюкокортикостероиды при рефрактерном течении.

Заместительная терапия препаратами ферментов поджелудочной железы, лечение синдрома мальабсорбции препаратами железа, фолиевой кислоты, жирорастворимых витаминов.

Тема 18. Дифференциальная диагностика заболеваний, проявляющихся бронхообструктивным синдромом.

Задача №1.

Больной 46 лет, в течение многих лет кашляет. Последние 3 года с выделением слизисто-гноной мокроты до 100 мл в сутки, одышка при ходьбе, периодически субфебрильная температура. Курит в течение 20 лет.

Объективно: пониженного питания. В легких перкуторный звук с коробочным оттенком, жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы по всем легочным полям.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз
2. Осложнения
3. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Какой основной механизм одышки?
5. Какие методы лечения можно рекомендовать?

Эталон ответов.

1. Хронический гнойный бронхит, бронхоэктазы. Эмфизема легких. ДН- 1 степени.
2. Эмфизема, диффузный пневмосклероз
3. Рентгенография органов грудной клетки, анализ крови, анализ мокроты, анализ мочи, исследование функции внешнего дыхания.
4. Эмфизема легких, возможно, бронхиальная обструкция.
5. Прекращение курения, пероральные антибактериальные средства, отхаркивающие.

Задача №2.

Больной 47 лет работает поваром, курит 14 лет. В течение 4 лет беспокоит надсадный кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, одышка при нагрузке. Грудная клетка бочкообразной формы, надключичные пространства выбухают. Голосовое дрожание ослаблено с обеих сторон. Перкуторно коробочный звук. Дыхание жесткое с удлинённым выдохом, в боковых отделах дискантовые хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе. При функциональном исследовании снижение ОФВ1, МОС75, МОС50, МОС25.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз?
2. Что такое ОФВ1?
3. Перечислите 4 механизма бронхообструктивного синдрома?
4. Лечебные мероприятия
5. Реабилитационные мероприятия

Эталон ответов.

1. Хронический обструктивный бронхит. Эмфизема легких. ДН 2 степени.
2. ОФВ1 – односекундный объем форсированного выдоха.
3. Отек и воспаление слизистой; гиперсекреция; бронхоспазм; экспираторный коллапс стенок бронхов.
4. В-2 агонисты, холинолитики, муколитики, отхаркивающие
5. Прекращение курения, физиолечение, массаж грудной клетки

Задача № 3.

Больной 57 лет, много лет страдает заболеванием легких, последние 5 лет беспокоят приступы удушья с малопродуктивным кашлем (мокрота отходит плохо, желтовато-зеленого цвета). Отмечает повышенную потливость, субфебрилитет по вечерам. 3 дня назад состояние ухудшилось, отмечает усиление одышки, мокрота почти не отходит, ингаляции сальбутамолом облегчения не приносят.

Состояние средней степени тяжести, диффузный цианоз кожных покровов, акроцианоз. Выраженная одышка в покое экспираторного характера, ЧД 28 в мин., усиливается при движении, дыхание шумное, слышно на расстоянии, участие в акте дыхания вспомогательной дыхательной мускулатуры, грудная клетка бочкообразная, межреберные промежутки сглажены. При перкуссии легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации дыхание ослаблено, масса сухих рассеянных хрипов, рентгенологическом исследовании патологии в межприступный период не обнаружено. В анализе крови эозинофилов 6%.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм?
3. Какое состояние развилось у больного?
4. Окажите неотложную помощь
5. Плановые лечебные мероприятия

Эталон ответов.

1. У больной II стадия астматического состояния ("немое легкое").
2. Вероятным провоцирующим фактором является бронхиальная инфекция.
3. Перевод в отделение интенсивной терапии
4. Большие дозы кортикостероидов внутривенно (гидрокортизон 300 мг, преднизолон 150 мг), Эуфиллин внутривенно, увлажненный кислород через нос, гидратирующая терапия, антибиотики широкого спектра.
5. Методы дыхательной реанимации (ИВЛ, лаваж).

Задача №4.

Больная 37 лет поступила по поводу не купирующегося приступа экспираторного удушья. Приступы удушья наблюдаются в течение 10 лет, ранее купировались ингаляциями бета-стимуляторов. В течение последней недели субфебрильная лихорадка, кашель с выделением мокроты зеленоватого цвета, учащение приступов удушья. Принимала эуфиллин, ингаляции сальбутамола до 6-8 раз в сутки. Последний приступ удушья продолжался более 8 часов.

Состояние тяжелое, больная беспокойна, наблюдается возбуждение, обильный пот, кожа цианотична. ЧДД - 30 в мин., дыхание поверхностное с участием вспомогательной мускулатуры. Грудная клетка бочкообразная, перкуторно – легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно дыхание ослаблено, хрипов нет.

АД - 120/70 мм рт.ст., пульс 120 в мин., температура тела 38⁰С.

В анализе крови: Нв 168 г/л, э – 4,7 x 10¹²/л, ЦП – 1,0 тромбоциты – 360 тыс., лейкоцитов 13x10⁹ /л. Э – 8; п/я – 4; сегм/я – 68; лимф. – 28.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Какое осложнение развилось у больной, его причина.
3. С каких препаратов начнете оказание неотложной помощи?
4. Ваша тактика при неэффективности лечебных мероприятий?
5. Дальнейшие мероприятия при назначении базисной терапии

Эталон ответов.

1. Бронхиальная астма, инфекционно-зависимая, средней тяжести.
2. ХОБЛ. Хронический гнойно-обструктивный бронхит. ДН II. Бронхиальная астма, обострение средней степени тяжести.

3. Приступ экспираторного удушья, сухие дискантовые хрипы, эффект сальбутамола.
4. Исследование функции внешнего дыхания, рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ, анализ крови, мокроты.
5. Антибиотики, муколитики, бронхолитики.

Задача №5.

Больной К. 37 лет, в течение 7 лет страдает хроническим обструктивным бронхитом. Госпитализирован по поводу обострения последнего. В отделении впервые появились приступы экспираторного удушья с дистанционными свистящими хрипами 1-2 раза в день. Проходят самостоятельно через 30-40 минут.

Вопросы:

1. Какое заболевание помимо бронхита можно диагностировать у больного?
2. Какие исследования необходимо провести в стационаре для подтверждения диагноза?
3. Основные этиологические факторы бронхиальной астмы
4. Основные звенья патогенеза бронхиальной астмы
5. Какие препараты можно применять для снятия приступа удушья?

Эталон ответов.

1. Бронхиальная астма.
2. Исследовать функцию внешнего дыхания с фармакологическими пробами (с бета-2-агонистами), провести пикфлоурометрию в течение дня, как в момент приступов, так и в межприступный период.
3. Наследственная предрасположенность, аллергены.
4. Контакт с аллергеном и сенсибилизация, аллергическая реакция (чаще 1 типа), дегрануляция тучных клеток и выход биологически-активных, отек, инфильтрация, гиперсекреция, блокада бета2-рецепторов, бронхоспазм.
5. Бета-2-агонисты короткого действия (беротек, сальбутамол).

Тема 19. Дифференциальный диагноз и лечение интерстициальных заболеваний легких.

Задача № 1.

Мужчина, 36 лет, после переохлаждения в зимнее время внезапно почувствовал острую боль в правой половине грудной клетки, одышку, головные и мышечные боли, озноб; температура 39,20С. В клинику поступил на 4-й день болезни. При обследовании выявлено отсутствие дыхания в области нижней доли правого легкого, шум трения плевры, тахикардия, нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Начато лечение. Через 2 недели у больного отмечается кашель с выделением гнойной мокроты, боли в грудной клетке справа, температура 38,50С.

Вопросы:

1. Какое заболевание развилось у больного? Назовите синонимы.
2. Какая стадия заболевания отмечалась при поступлении в клинику? Дайте ее макроскопическую и микроскопическую характеристику.
3. С чем связан шум трения плевры?
4. Назовите общие признаки воспалительного синдрома, развивающегося при острой пневмонии.
5. Назовите осложнение, развившееся у больного. Опишите макропрепарат, характеризующий переход диагностированного осложнения в хроническое заболевание.
6. Перечислите другие возможные легочные и внелегочные осложнения данного заболевания.

Эталон ответов.

1. Долевая пневмония. Имеет несколько синонимов: долевая (лобарная), поскольку поражается одна или несколько долей легкого; плевропневмония, в связи с вовлечением висцеральной плевры пораженной доли и развитием плеврита; фибринозная, крупозная, что отражает характер экссудативного воспаления в легких.
2. Стадия серого опеченения. Поражена доля легкого, которая увеличена в размерах, плотная, ткань безвоздушная, на разрезе серого цвета, зернистого вида. Плевра в области пораженной доли тусклая, покрыта серо-желтым фибринозным налетом. При микроскопическом исследовании видно, что просветы расширенных альвеол заполнены экссудатом, состоящим из нитей фибрина, нейтрофильных лейкоцитов, отдельных альвеолярных макрофагов. Капилляры межальвеолярных перегородок неравномерно расширены, полнокровны, нередко тромбированы. Непораженные,

свободные от экссудата альвеолы в препарате отсутствуют. При окраске на фибрин по Шуенинову видны нити фибрина фиолетового цвета. Местами они проникают из одной альвеолы в другую.

3. С фибринозным плевритом.

4. К общим признакам воспалительного синдрома при острой пневмонии относят: лихорадку, нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ, появление (возрастание) белков острой фазы — С-реактивного белка, α_2 - и γ -глобулинов.

5. У больного развился острый абсцесс легкого. При формировании хронического абсцесса легкого округлая полость гнояника отграничена хорошо выраженной беловато-серой стенкой (пиогенной мембраной). В полости гной — зеленовато-серое густое содержимое.

6. К другим легочным осложнениям относят карнификацию, гангрену легкого и эмпиему плевры. К внелегочным — гнойный медиастинит, перикардит, перитонит, гнойный артрит, полипозно-язвенный эндокардит, гнойный менингит, абсцесс головного мозга и др.

Задача №2.

Больной Н., 52 лет, страдающий хроническим бронхитом, у которого жена больна лобарной пневмонией, вызванной пневмококком 3-го типа, поступил в клинику с жалобами на озноб, температуру 39,0С, острые боли в левом боку, одышку до 33 в мин., кашель. Начатое лечение дало положительный эффект. Но после выздоровления оставался кашель, притупление и отсутствие проведения дыхания в области нижней доли левого легкого.

Вопросы:

1. Какая еще этиология лобарной (крупозной) пневмонии вам известна?
2. Назовите состояния, предрасполагающие к развитию данного заболевания и влияющие на тяжесть его течения.
3. Объясните механизм развития изменений в легких при крупозной пневмонии.
4. Диагностируйте осложнение, развившееся у больного. Объясните причину его развития.
5. Дайте его макроскопическую и микроскопическую характеристику.

Эталон ответов.

1. Лобарная пневмония вызывается пневмококками 1, 2, 3, 7-го типов, а также клебсиеллой.
2. В качестве провоцирующих факторов имеют значение переохлаждение, сильная (алкогольная) интоксикация, острая вирусная инфекция. Тяжесть заболевания и частота возникновения легочных осложнений возрастает у лиц, страдающих хроническим бронхитом, работников пылевых и газовых производств.
3. Возбудители могут фиксироваться на слизистых оболочках верхних дыхательных путей; в альвеолы могут попадать воздушно-капельным и аспирационным путями. Обязательным компонентом патогенеза крупозной пневмонии является развитие реакции гиперчувствительности немедленного типа (ГНТ) на территории респираторных отделов легкого, включающих альвеолы и альвеолярные ходы. Развивается реакция гиперчувствительности III типа с резким повышением проницаемости микрососудов респираторных отделов и накоплением экссудата в альвеолах.
4. Карнификация легкого возникает при организации экссудата, развивающейся вследствие недостаточности полиморфноядерных лейкоцитов и макрофагов.
5. Пораженная доля легкого уменьшена в размерах. Ткань доли легкого безвоздушна, мясистая (карнификация), серо-красного цвета. При микроскопическом исследовании видно, что расширенные просветы альвеол заполнены грануляционной тканью, замещающей фибринозный экссудат; в отдельных участках среди грануляционной ткани видны соединительнотканые волокна.

Задача №3.

У пациентки, 55 лет, перенесшей ранее вторичный туберкулез, в верхней доле правого легкого обнаружена периферическая тень, связанная с субплевральным очагом фиброза с петрификатами. Проведена нетипичная краевая резекция легкого, при гистологическом исследовании поставлен диагноз бронхиолоальвеолярного рака.

Вопросы:

1. Опишите макропрепарат периферического рака легкого.
2. Опишите микропрепарат бронхиолоальвеолярного рака.
3. Каков предположительный патогенез опухоли у данной больной?
4. Какой предраковый процесс и характерная экспрессия какого клеточного онкогена может быть выявлена при данном типе предраковых изменений?

5. Перечислите варианты бронхиолоальвеолярного рака легкого.

Эталон ответов.

1. В субплевральных отделах легкого виден узел бело-черного цвета с нечеткими контурами, не связанный с крупными бронхами. Плевра над образованием утолщена, гиалинизирована, втянута.

2. Микропрепарат «Бронхиолоальвеолярный рак» (окраска гематоксилином и эозином). Опухоль состоит из атипичных крупных клеток с пузырьковидными ядрами, содержащими крупные ядрышки, и с развитой вакуолизированной цитоплазмой, заполненной слизью. Опухолевые клетки растут по поверхности альвеол, местами не разрушая их эпителиального покрова, и прорастают в прилежащую легочную ткань. В центре опухоли фиброзная ткань и петрификаты. Строма опухоли представлена сохранившейся соединительнотканной основой альвеолярных перегородок (бронхиолоальвеолярный рак из слизистых клеток).

3. Патогенез бронхиолоальвеолярного рака у данной больной связан с посттуберкулезным рубцом.

4. Предраковым процессом при периферическом раке чаще всего является атипичная аденоматозная гиперплазия с экспрессией K-ras.

5. Бронхиолоальвеолярный рак может состоять также из непродуцирующих слизь клеток, встречаются также смешанноклеточные варианты рака.

Задача №4.

Больной Л., 43 года, в течение 16 лет работает формовщиком литейного производства. В последние три года стал ощущать колющие боли в области лопаток, периодически беспокоит сухой кашель, при больших физических нагрузках появляется одышка. При внешнем осмотре объективных изменений не отмечается. В нижнебоковых отделах грудной клетки перкуторный звук с коробочным оттенком, подвижность нижних краев легких не изменена. В легких прослушиваются сухие хрипы в большом количестве. Анализы крови и мочи без отклонений от нормы. Показатели функции внешнего дыхания снижены по обструктивному и рестриктивному типу.

На рентгенограмме отмечаются усиление и деформация легочного рисунка, преимущественно в средних и нижних отделах легких, видны немногочисленные узелковые тени 2-3 мм, округлой формы. Корни легких несколько расширены и уплотнены. Прозрачность базальных отделов легких повышена.

Вопросы:

1. сформулируйте и обоснуйте диагноз; назначьте лечение и оцените медико-социальный прогноз.

Эталон ответов.

Диагноз: силикоз I стадии, узелковая форма. Хронический обструктивный бронхит. Эмфизема легких. Нарушение функции внешнего дыхания по смешанному типу I степени. Лечение: тепловлажные щелочные ингаляции; в зимнее время - облучение грудной клетки субэритемными дозами - облучение грудной клетки субэритемными дозами ультрафиолетовыми лучами и электрическим полем.

Задача №5.

Больной К., 46 лет, на протяжении 10 лет работает в производстве кремниевых сплавов. Других контактов с неблагоприятными производственными факторами не имел. Жалуется на сухой кашель, периодическую боль в грудной клетке, повышенную утомляемость. Перкуторный звук над легкими не изменен, при аускультации дыхание везикулярное. Со стороны других органов и систем отклонений не выявлено. Функция внешнего дыхания не нарушена. Анализы крови и мочи в норме.

На рентгенограмме прозрачность легочных полей не изменена, легочный рисунок умеренно усилен и деформирован с обеих сторон. В верхней доле правого легкого определяются полиморфные очаговые тени. Небольшие плевродиафрагмальные спайки справа.

Вопросы:

1. сформулируйте и обоснуйте диагноз; назначьте лечение и оцените медико-социальный прогноз.

Эталон ответов.

Диагноз: силикотуберкулез (силикоз I стадии, интерстициальная форма; очаговый туберкулез легких, неактивная фаза). Лечение: рекомендуется дыхательная гимнастика. Нуждается в рациональном трудоустройстве вне контакта с производственной пылью и раздражающими веществами.

Тема 20. Дифференциальный диагноз и лечение заболеваний с синдромом округлой тени в легких.

Задача № 1.

Больной П., 35 лет, в 16-летнем возрасте перенес экссудативный плеврит, спустя 20 лет у него был выявлен диссеминированный туберкулез легких в фазе распада. МБТ +. Лечился 14 месяцев в стационаре и санатории. Отмечено прекращение бактериовыделения, рассасывание и уплотнение очагов в легких, но справа во 2-ом сегменте сформирована полость с толстыми стенками. От хирургического лечения больной отказался.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. При перкуссии справа над правой верхушкой легкого сзади определяется притупление легочного звука: в этой же зоне при покашливании определяются стойкие влажные хрипы среднего калибра. Со стороны других систем и органов при физикальном обследовании отклонений не выявлено.

Анализ крови: эр. - $4,5 \times 10^9$, Нв - 130 г/л, л - $8,0 \times 10^9$, п - 0, с/я - 75, лимф. - 20, м - 5, СОЭ - 12 мм/час.

Вопросы:

1. Поставить клинический диагноз и обосновать его.
2. Определить тактику врача-фтизиатра после отказа больного от операции.
3. Тактика участкового врача-терапевта в отношении данного больного.

Эталон ответов:

1. Прежде всего, в данной ситуации, необходимо составить дифференциально-диагностический ряд из наиболее часто встречающихся заболеваний. Сюда надо отнести: фиброзно-кавернозный туберкулез легких, хронический абсцесс, распадающийся рак легкого.

2. У данного больного имеет место фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Об этом свидетельствуют:

- 1) перенесенный экссудативный плеврит в анамнезе и выявленный 14 месяцев назад диссеминированный туберкулез легких с абациллированием;
- 2) формирование итогового процесса в результате длительного неэффективного лечения в стационаре и санатории АБ препаратами;
- 3) характерная рентгенологическая картина;
- 4) локализация полости во II сегменте
- 5) характер полости - толстые стенки
- 6) полость располагается на фоне фиброза легочной ткани
- 7) наличие плотных очагов бронхогенной диссеминации

3. Больной будет наблюдаться по I А гр. ДУ (БК+). Ему будет продолжен амбулаторно основной курс лечения двумя АБП интермитирующим методом и проводиться рентген-контроль через каждые 3 месяца.

4. Участковый врач-терапевт имеет сведения о наличии на участке данного больного-бацилловыделителя.

5. Учитывая количество контактов в эпид. очаге и при их обращении в поликлинику проявляет фтизиатрическую настороженность.

6. Совместно с эпидемиологом и врачом фтизиатром посещает эпид. очаг сразу после его выявления и участвует в составлении плана его оздоровления.

Задача № 2.

Больная 52 лет, жалуется на одышку, кашель с мокротой зеленоватого цвета, слабость, потливость. Считает себя больной в течение многих лет. Болезнь протекала волнообразно, вначале с редкими, а затем с более частыми обострениями. В последнее время ухудшился аппетит, заметила похудание, усилилась одышка. При осмотре отмечено укорочение перкуторного звука на верхушке правого легкого. Здесь же прослушивается резко ослабленное дыхание с бронхиальным оттенком, скудные сухие хрипы. Над нижними отделами легких дыхание ослаблено, вдох удлинен. Границы сердца определяются неотчетливо из-за коробочного оттенка.

Анализ крови: эр. - $3,5 \times 10^{12}$, Нв - 100 г/л, л - $9,0 \times 10^9$, п/я - 2, с/я - 82, лимф. - 10, м - 6, СОЭ - 30 мм/час.

Анализ мочи: без патологии.

В анализе мокроты большое количество лейкоцитов, эластические волокна. Однократно

обнаружены БК методом Циля-Нильсона.

Вопросы:

1. Составить дифференциально-диагностический ряд.
2. Обосновать предварительный диагноз.
3. Составить план дополнительного обследования.
4. Определить тактику лечения.

Эталон ответов:

1. Дифференциально-диагностический ряд:
 - хронический абсцесс легкого
 - поликистоз легкого
 - бронхоэктатическая болезнь
 - фиброзно-кавернозный туберкулез легких.
2. Предварительный диагноз: фиброзно-кавернозный туберкулез легких. За этот диагноз свидетельствуют:
 - нахождение МБТ в мокроте;
 - отсутствие катаральных явлений в легких в зоне заметного притупления легочного звука и измененного дыхания;
 - умеренные изменения в общем анализе крови, в частности умеренный лейкоцитоз;
 - рентгенологическая картина - уменьшенная за счет фиброза верхняя доля, в зоне которой определяются кольцевидные тени с толстыми стенками.
3. Для уточнения диагноза необходимо:
 - исследование мокроты на МБТ методом посева;
 - провести диагностическую бронхоскопию с забором содержимого бронхов для бактериологического исследования на МБТ;
 - по возможности провести компьютерную томографию легких.
4. Тактика лечения:
 - больной должен быть госпитализирован в стационар противотуберкулезного диспансера;
 - необходима антибактериальная терапия - не менее чем 3-мя АБП;
 - при отсутствии рентгенологической динамики через два месяца консервативного лечения, больному необходимо предложить оперативное лечение- резекцию верхней доли правого легкого.

Задача № 3.

У больного 40 лет, при выполнении клинического минимума в клинике выявлена округлая тень с бухтообразным распадом в центре, размерами 3,5 см в третьем сегменте правого легкого.

Окружающая легочная ткань не изменена.

Обратился к врачу в связи с длительным сухим надсадным кашлем, сопровождающимся, в последнее время, кровохарканьем (прожилки крови в мокроте), снижением веса, слабостью, понижением аппетита.

Над легкими выслушиваются единичные сухие хрипы, тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс - 80 в мин., ритмичный. АД - 140/90 мм рт. ст.

Анализ крови; Нв - 95 г/л, эр. - 3,6x10¹²/л, л - 5,18x10⁹/л, СОЭ - 44 мм/час.

Вопросы:

1. Назовите и обоснуйте предварительный диагноз, составив предварительно дифференциально-диагностический ряд.
2. Составить план обследования для верификации диагноза.
3. Определить лечебную тактику.

Эталон ответов:

1. Предварительный диагноз : в данной клинической ситуации можно предположить о наличии у больного следующих заболеваний:
 - распадающийся рак легкого
 - деструктивная пневмония
 - туберкулома с распадом
 - аспергиллема.
2. Больше данных за наличие у больного распадающейся опухоли (первично-полостного рака). За этот диагноз свидетельствуют:
 - наличие длительного, сухого, надсадного кашля
 - кровохарканье (прожилки крови в мокроте)

- наличие астенического синдрома
 - умеренная анемия
 - высокое СОЭ
 - наличие округлой тени с бухтообразным распадом в центре
 - расположение образования в третьем сегменте.
3. План обследования: для верификации диагноза необходимо провести:
- фибробронхоскопию с биопсией при наличии патологии в В3 и забором содержимого бронхов на атипические клетки и МБТ
 - катетеризационная биопсия с гистологическим и бактериоскопическим исследованием материала
 - компьютерная томография
 - подкожная проба с туберкулином (Коха).
4. Лечебная тактика: для подтверждения диагноза опухоли необходима срочная радикальная операция- удаление (резекция) верхней доли справа с ревизией региональных лимфоузлов.

Задача №4.

Больной 51 года. После перенесенного гриппа в течение 3-х недель держится субфебрильная температура. Обратился в поликлинику повторно. Жалобы предъявляет на слабость, упадок сил, кашель со скудной мокротой, одышку в покое. При аускультации справа в верхнем отделе легкого выслушивается ослабленное дыхание.

Анализ крови: эр. - $4,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 112 г/л, лейкоц. - $3,8 \times 10^9/л$, СОЭ - 40 мм/час.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. С помощью каких дополнительных исследований следует провести дифференциальную диагностику.
3. Какие методы лечения показаны при верификации диагноза.

Эталон ответов:

1. Предварительный диагноз: рак верхнедолевого бронха справа.
2. Первая задача- подтвердить или исключить онкологическое заболевание. Необходимо: полное клиническое обследование, бронхоскопия со взятием материала для морфологического исследования, томография легких, УЗИ органов живота.
3. При морфологической верификации диагноза определяют местное (локализация, гистологическая характеристика опухоли, анатомический тип роста, стадия заболевания) и общее (функциональное состояние дыхательной и сердечно-сосудистой деятельности и др. сопутствующие заболевания, иммунный статус) критерии заболевания.

На основании полученных данных выбирают метод лечения:

- 1) радикальное - операция (лобэктомия, пневмонэктомия), комбинированное (операция + лучевая терапия), химиотерапия, комплексное (удаление первичного очага + химиотерапия).
- 2) паллиативное.

Задача №5.

Больной 57 лет, обратился к Вам (на амбулаторном приеме) с жалобами на боли в груди, надсадный сухой кашель, одышку. Мокрота отделяется редко, с трудом, скудная. Иногда отмечает прожилки крови в мокроте. В анамнезе ОРЗ, грипп, как правило, переносил на ногах. Работает строителем в Ярославле 8 лет, до этого в течение 26 лет строил промышленные объекты в Семипалатинской области. Болен 2 месяца. За это время отмечает быструю утомляемость, нарастающую слабость. Температура была повышенной только в первую неделю заболевания. Во время осмотра температура нормальная. При аускультации в легких дыхание везикулярное, несколько жестче справа. Периферические узлы не увеличены.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать
2. Назовите перечень дифференцируемых заболеваний.
3. Какие данные дополнительных исследований позволят уточнить диагноз.
4. При обнаружении онкологического заболевания определите клиническую группу.
5. Какие документы следует заполнить.

Эталон ответов:

1. Предварительный диагноз : рак легкого.

2. Дифференцируемые заболевания: рак легкого, туберкулез, бронхит, пневмония.
3. Дополнительное обследование: обзорная рентгенография в 2-х проекциях, томография грудной клетки, трахеобронхоскопия с биопсией, общий анализ крови, туберкулиновые пробы, УЗИ органов живота, лимфатических узлов шеи.
4. II-я клиническая группа в случае отсутствия отдаленных метастазов.
5. Контрольная карта диспансерного наблюдения (онко), форма 030-6/у. "Медицинская карта амбулаторного больного" - 025-6/у. Извещение на впервые выявленного больного с злокачественной опухолью (Ф. 090/у) в трехдневный срок направляется в онкодиспансер, онкокабинет по месту проживания больного

Тема 21. Дифференциальный диагноз и лечение заболеваний с синдромом полости в легких.

Задача №1.

Больной мужчина 39 лет жалуется на кашель с гнойной мокротой отходящей полным ртом, одышку, слабость, потливость. Болеет около месяца. Беспокоила боль в правом боку, кашель со скудной серой мокротой, слабость, потливость, одышка. Две недели назад появилась гнойная мокрота. Состояние немного улучшилось. Кашель усиливается, когда ложится на левый бок.

Объективно. При осмотре правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Справа под ключицей пальпаторно голосовое дрожание усилено. Перкуторно справа под ключицей громкий тимпанический звук. Подвижность нижнего края легких справа меньше, чем слева. Аускультативно слева дыхание везикулярное. Справа под ключицей бронхиальное амфорическое, крупнопузырчатые влажные хрипы.

Вопросы:

Какой легочный синдром у больной?

Ответ: Синдром полости в легком.

Задача №2.

Больной мужчина 45 лет жалуется на кашель с гнойной мокротой полным ртом, одышку, слабость, потливость. Болеет около 10 дней. Беспокоила высокая температура, боль в левом боку, сухой кашель, слабость, потливость, одышка смешанного характера. Два дня назад появилась обильная гнойная мокрота. Состояние немного улучшилось.

Объективно: При осмотре ЧДД 34 в минуту, левая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Слева под лопаткой пальпаторно голосовое дрожание усилено. Перкуторно слева под лопаткой в 7, 8, 9 межреберьях тимпанический звук. Подвижность нижнего края легких слева меньше, чем справа по симметричным линиям. Аускультативно справа дыхание везикулярное, слева под лопаткой в 7, 8, 9 межреберьях бронхиальное амфорическое, разнокалиберные влажные хрипы.

Вопросы:

Какой легочный синдром у больного?

Ответ: Синдром полости в нижней доле левого легкого.

Задача №3.

Мужчина 25 лет жалуется на кашель с мокротой, отходящей в течение всего дня, белого цвета, небольшая одышка, часто по ночам потеет.

Болеет 10 лет. Заболел, находясь в заключении. Курит, злоупотребляет алкоголем.

Объективно. Питание понижено. На коже обильная татуировка. Правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Правая надключичная и подключичная ямки более выражены, чем слева. Голосовое дрожание справа над и подключицей усилено. Перкуторно слева звук легочный, справа над ключицей звук коробочный. Аускультативно слева дыхание везикулярное, справа над и под ключицей бронхиальное амфорическое со скудными крупнопузырчатыми хрипами.

В мокроте обнаружены ВК.

Вопросы:

Какой легочный синдром у больного?

Ответ: Синдром полости в верхней доле правого легкого.

Задача №4.

Больной П., 35 лет, в 16-летнем возрасте перенес экссудативный плеврит, спустя 20 лет у него был выявлен диссеминированный туберкулез легких в фазе распада. МБТ+. Лечился 14 месяцев в стационаре и санатории. Отмечено прекращение бактериовыделения, рассасывание и уплотнение

очагов в легких, но справа во 2-ом сегменте сформирована полость с толстыми стенками. От хирургического лечения больной отказался.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. При перкуссии справа над правой верхушкой легкого сзади определяется притупление легочного звука: в этой же зоне при покашливании определяются стойкие влажные хрипы среднего калибра. Со стороны других систем и органов при физикальном обследовании отклонений не выявлено.

Анализ крови: эр. - $4,5 \times 10^9$, Нв - 130 г/л, л - $8,0 \times 10^9$, п - 0, с/я - 75, лимф. - 20, м - 5, СОЭ - 12 мм/час.

Вопросы:

1. Поставить клинический диагноз и обосновать его.
2. Определить тактику врача-фтизиатра после отказа больного от операции.
3. Тактика участкового врача-терапевта в отношении данного больного.

Эталон ответов:

1. Прежде всего, в данной ситуации, необходимо составить дифференциально-диагностический ряд из наиболее часто встречающихся заболеваний. Сюда надо отнести: фиброзно-кавернозный туберкулез легких, хронический абсцесс, распадающийся рак легкого.

2. У данного больного имеет место фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Об этом свидетельствуют:

1) перенесенный экссудативный плеврит в анамнезе и выявленный 14 месяцев назад диссеминированный туберкулез легких с абациллированием;

2) формирование итогового процесса в результате длительного неэффективного лечения в стационаре и санатории АБ препаратами;

3) характерная рентгенологическая картина:

4) локализация полости во II сегменте

5) характер полости - толстые стенки

6) полость располагается на фоне фиброза легочной ткани

7) наличие плотных очагов бронхогенной диссеминации

3. Больной будет наблюдаться по I А гр. ДУ (БК+). Ему будет продолжен амбулаторно основной курс лечения двумя АБП интермитирующим методом и проводиться рентген-контроль через каждые 3 месяца.

4. Участковый врач-терапевт имеет сведения о наличии на участке данного больного-бацилловыделителя.

5. Учитывая количество контактов в эпид. очаге и при их обращении в поликлинику проявляет фтизиатрическую настороженность.

6. Совместно с эпидемиологом и врачом фтизиатром посещает эпид. очаг сразу после его выявления и участвует в составлении плана его оздоровления.

Задача № 5.

Больная 52 лет, жалуется на одышку, кашель с мокротой зеленоватого цвета, слабость, потливость. Считает себя больной в течение многих лет. Болезнь протекала волнообразно, вначале с редкими, а затем с более частыми обострениями. В последнее время ухудшился аппетит, заметила похудание, усилилась одышка. При осмотре отмечено укорочение перкуторного звука на верхушке правого легкого. Здесь же прослушивается резко ослабленное дыхание с бронхиальным оттенком, скудные сухие хрипы. Над нижними отделами легких дыхание ослаблено, вдох удлинен. Границы сердца определяются неотчетливо из-за коробочного оттенка. Анализ крови: эр. - $3,5 \times 10^{12}$, Нв - 100 г/л, л - $9,0 \times 10^9$, п/я - 2, с/я - 82, лимф. - 10, м - 6, СОЭ - 30 мм/час. Анализ мочи: без патологии. В анализе мокроты большое количество лейкоцитов, эластические волокна. Однократно обнаружены БК методом Циля-Нильсона. **Вопросы:**

1. Составить дифференциально-диагностический ряд.
2. Обосновать предварительный диагноз.
3. Составить план дополнительного обследования.
4. Определить тактику лечения.

Эталон ответов:

1. Дифференциально-диагностический ряд:

- хронический абсцесс легкого

- поликистоз легкого

- бронхоэктатическая болезнь
 - фиброзно-кавернозный туберкулез легких.
2. Предварительный диагноз: фиброзно-кавернозный туберкулез легких. За этот диагноз свидетельствуют:
- нахождение МБТ в мокроте;
 - отсутствие катаральных явлений в легких в зоне заметного притупления легочного звука и измененного дыхания;
 - умеренные изменения в общем анализе крови, в частности умеренный лейкоцитоз;
 - рентгенологическая картина - уменьшенная за счет фиброза верхняя доля, в зоне которой определяются кольцевидные тени с толстыми стенками.

3. Для уточнения диагноза необходимо:

- исследование мокроты на МБТ методом посева;
- провести диагностическую бронхоскопию с забором содержимого бронхов для бактериологического исследования на МБТ;
- по возможности провести компьютерную томографию легких.

4. Тактика лечения:

- больной должен быть госпитализирован в стационар противотуберкулезного диспансера;
- необходима антибактериальная терапия - не менее чем 3-мя АБП;
- при отсутствии рентгенологической динамики через два месяца консервативного лечения, больному необходимо предложить оперативное лечение- резекцию верхней доли правого легкого.

Задача № 6.

У больного 40 лет, при выполнении клинического минимума в клинике выявлена округлая тень с бухтообразным распадом в центре, размерами 3,5 см в третьем сегменте правого легкого. Окружающая легочная ткань не изменена. Обратился к врачу в связи с длительным сухим надсадным кашлем, сопровождающимся, в последнее время, кровохарканьем (прожилки крови в мокроте), снижением веса, слабостью, понижением аппетита. Над легкими выслушиваются единичные сухие хрипы, тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс - 80 в мин., ритмичный. АД - 140/90 мм рт. ст. Анализ крови; Нв - 95 г/л, эр. - 3,6x10¹²/л, л - 5,18x10⁹/л, СОЭ - 44 мм/час.

Вопросы:

1. Назовите и обоснуйте предварительный диагноз, составив предварительно дифференциально-диагностический ряд.
2. Составить план обследования для верификации диагноза.
3. Определить лечебную тактику.

Эталон ответов:

1. Предварительный диагноз : в данной клинической ситуации можно предположить о наличии у больного следующих заболеваний:

- распадающийся рак легкого
- деструктивная пневмония
- туберкулома с распадом
- аспергиллема.

2. Больше данных за наличие у больного распадающейся опухоли (первично-полостного рака). За этот диагноз свидетельствуют:

- наличие длительного, сухого, надсадного кашля
- кровохарканье (прожилки крови в мокроте)
- наличие астенического синдрома
- умеренная анемия
- высокое СОЭ
- наличие округлой тени с бухтообразным распадом в центре
- расположение образования в третьем сегменте.

3. План обследования: для верификации диагноза необходимо провести:

- фибробронхоскопию с биопсией при наличии патологии в ВЗ и забором содержимого бронхов на атипические клетки и МБТ
- катетеризационная биопсия с гистологическим и бактериоскопическим исследованием материала

- компьютерная томография
- подкожная проба с туберкулином (Коха).
- 4. Лечебная тактика: для подтверждения диагноза опухоли необходима срочная радикальная операция- удаление (резекция) верхней доли справа с ревизией региональных лимфоузлов.

Тема 22. Дифференциальная диагностика по синдрому выпота в плевральную полость.

Задача №1.

Больная 40 лет, поступила с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, повышение температуры до 38.50С. Заболела остро 3 дня назад.

Объективно: состояние средней степени тяжести. ЧД – 28 в минуту. Левая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, слева под лопаткой и в подмышечной области притупление, здесь же ослабленное дыхание и голосовое дрожание. Правая граница сердца смещена вправо. Пульс – 98 в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Как объяснить физикальные симптомы?
2. Что ожидается на рентгенограмме грудной клетки слева?
3. Какое обследование необходимо назначить больному?
4. Какое лечение необходимо назначить больному?

Эталон ответов:

1. Левосторонний экссудативный плеврит: притупление перкуторного звука, ослабленное дыхание и голосовое дрожание, интенсивное гомогенное затемнение с косой внутренней границей. Смещение средостения в здоровую сторону.
2. Интенсивное гомогенное затемнение с косой верхней границей, смещение средостения вправо.
3. Пункцию плевральной полости.
4. Антибиотики широкого спектра действия, витамины, НПВС.

Задача № 2.

Мужчина 29 лет заболел остро: повысилась температура до 380С, появились сильные боли в левом боку при кашле и дыхании. Состояние средней степени тяжести, ЧД – 24 в минуту, легкий цианоз губ, предпочитает лежать на левом боку. При перкуссии звук несколько укорочен слева в нижних отделах, в подмышечной области шум трения плевры.

В анализе крови: лейкоциты – 12.5*10⁹/л, СОЭ 29 мм/час.

При рентгеноскопии: ограничение подвижности левого купола диафрагмы, обызвествлённые внутригрудные лимфоузлы в области правого корня.

Вопросы:

1. Ваш клинический диагноз?
2. Наиболее вероятная этиология заболевания?
3. Какое лечение показано больному?

Эталон ответов:

1. Левосторонний фибринозный плеврит.
2. Туберкулез.
3. Специфическое: стрептомицин, изониазид, этамбутол.

Задача № 3.

Больной 41 года поступил с жалобами на кашель с выделением небольшого количества мокроты, повышение температуры, общую слабость, боли в левом боку. Заболел остро 3 дня назад.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура – 37.60С. Ниже угла слева укорочение перкуторного звука, жесткое дыхание, влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы. Диагностирована левосторонняя очаговая пневмония. Проводилось лечение пенициллином по 500 000 ЕД 4 раза в день. Состояние больного улучшилось. На 10-й день болезни у больного вновь повысилась температура до 38.50С, усилилась одышка, боли в левом боку. При перкуссии слева над нижней половиной легкого, выраженное притупление, ослабленное дыхание и бронхофония. При рентгеноскопии гомогенное затемнение с косой внутренней границей.

Вопросы:

1. Какое осложнение развилось на 10-й день болезни?
2. Оцените тактику проводимого лечения.

3. Необходимое исследование для прямого подтверждения данного осложнения?
4. Назначьте дополнительное лечение.

Эталон ответов:

1. Метапневмонический экссудативный плеврит.
2. Недостаточная доза пенициллина
3. Пункция плевральной полости.
4. Цефалоспорины или гентамицин, один из нестероидных противовоспалительных препаратов.

Задача №4.

Больную в течение 2 недель беспокоил кашель, повышение температуры тела до 38 С. При обращении к врачу была выявлена правосторонняя пневмония, Лечилась амбулаторно, без видимого эффекта. В дальнейшем появились колющие боли в правой половине грудной клетке, усиливающиеся при дыхании и кашле, температура тела повысилась до 39 С, появилась тахикардия 96-98 ударов в минуту, одышка до 28 в минуту, цианоз. При перкуссии отмечено притупление перкуторного звука до IV ребра справа, ослабление дыхания над этой зоной.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимо выполнить?
3. В каком месте в этом случае необходимо пунктировать больную?
4. Какие функции выполняет плевральная пункция в данном случае?
5. Лечение.

Эталон ответов.

1. Гнойный плеврит
2. Рентгенография грудной клетки, УЗИ, компьютерная томография, плевральная пункция,
3. В VII-VIII межреберье справа по задне-подмышечной линии по верхнему краю ребра.
4. Диагностическую (наличие гнойного экссудата, посев} и лечебную (эвакуация экссудата, промывание антисептиками).
5. Неоднократные лечебные плевральные пункции, дренирование плевральной полости с активной аспирацией экссудата аппаратом Лавриновича, плевральный лаваж. Антибактериальная, дезинтоксикационная и иммунокорректирующая терапия.

Задача №5.

У больной М., 27 лет, две недели назад появилась слабость, потливость, субфебрильная температура, одышка, боли в груди слева. Лечилась с диагнозом ОРЗ без улучшения. Одышка нарастала, повысилась температура тела до 39,0⁰С, хотя боли в груди слева уменьшились.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы влажные, обычной окраски. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Перкуторно слева ниже 1У ребра определяется притупление. Дыхание в этой зоне не выслушивается. Органы брюшной полости не изменены.

Анализ крови: эр. — $4,2 \times 10^{12}$, Нв — 140 г/л, л — 12×10^9 , п — 2, с — 80, л — 12, м — 6, СОЭ — 38 мм/час.

В мокроте МБТ не обнаружены.

Вопросы:

1. Установить предварительный диагноз с учетом этиологии заболевания.
2. Наметить план дальнейшего обследования с указанием возможных результатов.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Назначить лечение.

Эталон ответов:

1. Предварительный диагноз : левосторонний экссудативный плеврит туберкулезной этиологии.
2. План обследования:
 - 1) плевральная пункция; клеточный состав экссудата может быть лимфоцитарным, содержание белка больше 30 г/л;
 - 2) туберкулиновые пробы могут быть с повышенной чувствительностью к туберкулину;
 - 3) рентгенотомография после эвакуации экссудата;
 - 4) плевроскопия может выявить макроскопические и микроскопические данные в пользу предварительного диагноза.

3. Дифференциальная диагностика проводится с неспецифическим плевритом. В пользу туберкулезной этиологии свидетельствует:

- постепенное развитие заболевания с симптомами туберкулезной интоксикации;
- молодой возраст больной ;
- отсутствие эффекта от неспецифического лечения;
- характер гемограммы.

4. До получения первых результатов обследования назначить лечение антибиотиками широкого спектра действия.

Тема 23. Дифференциальная диагностика и лечение анемий.

Задача №1.

Пациент К., 20 лет, предъявляет жалобы на головокружение, слабость, учащенное сердцебиение, появившиеся около двух недель назад. Из анамнеза известно, что отец больного страдает ИБС, язвенной болезнью, у матери гипертоническая болезнь с 38 лет, состояние после холецистэктомии по поводу ЖКБ.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы, конъюнктивы бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧД -16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, выслушивается систолический шум во всех точках аускультации сердца, шум волчка. ЧСС - 92 в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут, не напряжен, при глубокой пальпации определяется умеренная болезненность в эпигастрии.

В анализах крови: гемоглобин - 75,3 г/л, эритроциты - 3,7 млн, ЦП - 0,6, лейкоциты - 6,1 тыс., ретикулоциты - 12 д, выраженный анизоцитоз эритроцитов, СОЭ - 7 мм/ч; железо - 7 мкг/дл, трансферрин - 327 мкг/дл, насыщение трансферрина железом - 1,5%.

В анализе мочи без патологии.

В анализе кала - бензидиновая проба резко положительная.

Вопросы:

- 1) Проведите диагностический поиск.
- 2) Сформулируйте предварительный диагноз.
- 3) Составьте план обследования. Укажите, какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
- 4) Назначьте лечение и обоснуйте его.

Эталон ответов:

1. Необходимо уточнить у пациентки не обращала ли она внимания на изменения вкусовых ощущений, затруднения при глотании, болевые ощущения в эпигастрии.

2. Предварительный диагноз: Железодефицитная анемия (вызванная скорее всего кровотечением, т.к. пациентка страдает язвенно болезнью) в стадии обострения.

3. Исследование периферической крови (снижение гемоглобина и увеличение эритроцитов малого диаметра- микроцитоз, гипохромия эритроцитов, снижение ЦП), изменяются показатели обмена железа (снижается содержание свободного железа в сыворотке крови и насыщение трансферрина железом, повышается общая железосвязывающая способность сыворотки- общий трансферрин) Для изучения резервов железа в организме- десфераловая проба. Резко положительная бензидиновая проба.

Дефицит железа: гемоглобин ниже 120, ЦП ниже 0,86, трансферрин более 35, насыщение трансферрина железом менее 25. Для установления причины необходимо найти источник кровотечения. Для этого наряду с тщательным клиническим обследованием необходимо проведение эндоскопических и других методов исследования.

4. Лечение: Диета должна содержать продукты, богатые железом (говядина, телятина, рыба и тд). Необходимо чтобы суточная норма двухвалентного железа составляла 100-300 мг. Из препаратов железа: ферроплекс (двухвалентное железо и аскорбиновая кислота), ферроградумет, сорбифор дурулес 1-2 тбл в день, актиферрин 1 капс 2-3 раза в деь, ферро фольгамма 1-2 тбл в день. У ряда больных приходится применять парентеральные препараты железа, показаниями являются тошнота, рвота (непереносимость при приеме внутрь), нарушение всасывания при патологии ЖКТ, нежелательность при назначении внутрь при заболеваниях ЖКТ, необходимость быстрого насыщения организма железом.

Задача №2.

Пациент Ф., 69 лет, предъявляет жалобы на слабость, утомляемость, неустойчивость походки, потерю в весе 12 кг, отсутствие аппетита, которые постепенно нарастают в течение четырех лет и появление которых он связывает с психоэмоциональным стрессом по поводу смерти жены пять лет назад. Наличие хронических заболеваний отрицает. Курит в течение 40 лет.

Пациент пониженного питания. Кожные покровы сухие, бледные, определяется небольшая иктеричность склер, язык чистый, следы от зубов отсутствуют, умеренная сглаженность сосочков языка. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Тоны сердца сохранены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС - 72 в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см по среднеключичной линии, ее край гладкий, ровный, безболезненный при пальпации.

В анализах крови: гемоглобин - 10,4 г/л, эритроциты - 2,4 млн, ЦП - 1,2, ретикулоциты - 2 д, обнаружены полисегментоядерные нейтрофилы, СОЭ - 7 мм/ч, общий билирубин - 1,8 мг%, прямой билирубин - 0,2 мг%.

В анализах мочи и кала без отклонений от нормы.

Вопросы:

- 1) Проведите диагностический поиск.
- 2) Сформулируйте клинический диагноз.
- 3) Составьте план обследования. Укажите, какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
- 4) Назначьте лечение и обоснуйте его.

Эталон ответов:

1. На первый план выступают жалобы неврологического характера. Одной из частых причин данного состояния является дефицит витамина В₁₂. Анамнестические указания на наличие хронического гастрита с пониженной секреторной функцией (по-видимому, речь идет об аутоиммунном гастрите типа А) и аутоиммунного тиреоидита позволяют предположить наличие у пациента пернициозной анемии. Желтушный оттенок кожи и иктеричность склер являются проявлением гипербилирубинемии, а их сочетание с бледностью кожи не может не заставить врача подумать об анемии, сопровождающейся гемолизом (наиболее распространенная из них В₁₂-дефицитная анемия).

В пользу диагноза В₁₂-дефицитной анемии свидетельствуют гиперхромный (ЦП), макроцитарный (средний объем эритроцита) ее характер в сочетании с умеренно выраженной тенденцией к лейкопении и тромбоцитопении, а также повышение непрямого билирубина в крови, которые являются проявлением гемолиза.

2. Для уточнения диагноза необходимо определить содержание витамина В₁₂ и фолиевой кислоты в крови пациента. Кроме того, целесообразно провести стерильную пункцию для определения типа кроветворения. Учитывая клиническую картину, скорее всего, содержание витамина В₁₂ будет ниже 100 пг/мл при нормальном содержании фолиевой кислоты, а картина стерильного пунктата продемонстрирует мегалобластный тип кроветворения. Для подтверждения пернициозной анемии рекомендуется провести тест Шиллинга. Выявленные нарушения в ходе проведения 1-го этапа теста Шиллинга при нормальных показателях на 2-м этапе будут свидетельствовать в пользу пернициозной анемии. Кроме этого, для подтверждения диагноза целесообразно определить антитела к париетальным клеткам желудка.

3. Клинический диагноз: «Хронический аутоиммунный гастрит (тип А). В₁₂-дефицитная пернициозная анемия тяжелого течения. Подострая комбинированная дегенерация спинного мозга».

4. Лечение в данном случае будет носить патогенетический характер: назначение витамина В₁₂ внутримышечно по 1000 мкг 1 раз в неделю, в течение 8 недель. Дополнительным диагностическим критерием в пользу диагноза В₁₂-дефицитной анемии должен быть ретикулоцитарный криз на 5-6-е сутки терапии. После нормализации показателей крови терапия должна проводиться пожизненно по 1000 мкг внутримышечно 1 раз в месяц.

Задача №3.

Больной 25 лет, студент, вскоре после вакцинации противогриппозной вакциной отметил появление небольшой желтушности кожных покровов, слабость, утомляемость, тяжесть в левом подреберье. Пальпаторно определяется увеличение селезенки на 4 см ниже края реберной дуги по левой срединно-ключичной линии.

Клинический анализ крови: Нв — 64 г/л, эр. — $2,0 \times 10^9$ /л, ц.п. — 0,9 г, ретикул. — 40, тромб. — 215×10^3 /л, лейкоц. — $15,0 \times 10^9$ /л, в формуле пал. — 10%, сегм. — 78%, лимф. — 10%, мон. — 2%, СОЭ — 17 мм/час. Общий билирубин 60 мкмоль/л, пр. — 10 мкмоль/л, непр. — 50 мкмоль/л, сывороточное железо — 20 мкмоль/л. Общий анализ мочи; белок — 0,002%, реакция на гемосидерии в моче — отрицательная. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоц. — 2000 в 1 мл, эр. — 1000 в 1 мл. Проба Кумбса ++++. Миелограмма: выраженная гиперплазия эритроидного ростка костного мозга эритрокариоциты — 57%, соотношение лейко/эритро 1/1.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Каков предположительный механизм вызванной анемии?
3. Назначьте лечение, определите его этапы.
4. Показано ли данному больному переливание эритроцитарной массы, если показано, то каким образом она должна быть приготовлена.

Эталон ответов:

1. Предварительный диагноз: гемолитическая анемия.
2. Аутоиммунная или гетероиммунная, связанная с появлением в организме больного антител к эритроцитам, что доказывается положительной пробой Кумбса.
3. Лечение: показано назначение кортикостероидных гормонов в дозе 1 мг на кг массы. При отсутствии эффекта от кортикостероидных гормонов возможно проведение спленэктомии. Назначение цитостатиков в качестве иммунодепрессантов в данном случае менее желательно, учитывая молодой возраст пациента.
4. Данному больному переливание эритроцитарной массы не показан, т.к. показанием к ее назначению является не уровень анемии, а состояние больного, гемодинамические показатели. Переливания проводятся только по жизненным показаниям и переливаются только индивидуально подобранные по пробе Кумбса, отмытые и еще лучше- размороженные эритроциты.

Задача № 4.

Больная С., 23 года, поступила в клинику с жалобами на слабость, головокружение, одышку, усиливающуюся в положении сидя, снижение аппетита, извращение вкуса /ест мел, сухие макароны/ в последние два года, сухость кожи, появление "заед", выпадение волос. Анамнез болезни: больной себя считает в течение 3-4-х лет, когда появились указанные жалобы, одышка усилилась в последние 6 месяцев, В момент поступления у больной беременность 37 недель. Анамнез жизни: в анамнезе тяжелая, физическая работа, плохое питание. Замужем с 17-летнего возраста, первая беременность двойней закончилась благополучными родами, настоящая беременность третья. Менструации начались в 12 лет, установились не сразу, были обильными, продолжались по 7-9 дней. Объективный статус: больная астенического телосложения, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые резко бледны, в углах рта заеды, кожа сухая, склеры светлые. Язык лакированный, ногти ложкообразные с поперечной исчерченностью. Пульс 95 в минуту, слабого наполнения. АД 100/70 мм. рт. столба. Левая граница сердца на I см за среднеключичную линию, верхняя и правая не изменены, тоны сердца ритмичные, на верхушке систолический шум. В легких дыхание везикулярное, число дыханий 24 в минуту. Печень, селезенка не пальпируются. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Температура тела $37,1^{\circ}\text{C}$.

В анализе крови: Эритроцитов $2,8 \times 10^{12}$ /л, Гемоглобин -40 г/л, цветовой показатель 0,4, тромбоцитов 250×10^9 /л, лейкоцитов $3,4 \times 10^9$ /л, Э-1%, П-4%, С-42%, Л-42%, М-11%, СОЭ-25 мм/час, в мазке микроцитоз, анизоцитоз, пойкилоцитоз, полихромазия.

Вопросы:

1. Выделите основные клинические синдромы и поставьте диагноз.
2. Перечислите исследования, необходимые для его подтверждения?
3. Перечислите факторы риска развития данного заболевания?
4. В чем будут заключаться особенности лечения данной больной?
5. Чем объяснить субфебрилитет у пациентки?

Эталон ответов:

1. Железодифицитная анемия тяжелой степени (с учетом анализа крови).

Клинические синдромы:

- пищеварительных расстройств (снижение аппетита, извращение вкуса - дисгевзия, лакированный язык, "заеды");

- синдром тканевых расстройств (сухость кожи, выпадение волос, изменения ногтей);
- анемический синдром - бледность кожи и слизистых, голубые склеры, слабость, головокружение, одышка, сердцебиение, низкое АД, субфебрилитет, расширение границ сердца влево, систолический шум над всеми точками, обильные месячные в юности, беременность двойней и настоящая 3 беременность, плохое питание).

- Гематологический синдром.

2. Для подтверждения диагноза необходимо исследование содержания железа в сыворотке крови, общей железосвязывающей способности, содержание ферритина сыворотки, насыщение железом трансферина, при проведении общего анализа крови следует предусмотреть подсчет числа ретикулоцитов.

3. Причинами являются хронические потери крови, нарушение всасывания и поступление железа с пищей, недостаточный исходный уровень железа (в период полового созревания).

4. Методы лечения данного заболевания - пероральный прием препаратов, содержащих сернокислое железо или сульфатные формы, длительно до нормального уровня гемоглобина, затем в половинной дозе такой же период (до 3-4 месяцев); парентеральное введение железа для ускорения насыщения железом.

5. Субфебрилитет при железодефицитной анемии объясняется ускорением кровотока, а вместе с ним увеличением теплоотдачи, что приводит к повышению температуры тела, а также повышением тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы.

Задача №5.

Больной М., 2 лет, поступает с жалобами на слабость, головокружение, повышенную утомляемость, периодически появляющееся желтушное окрашивание кожи. Из анамнеза заболевания известно, что ребенок болен с двух месяцев, когда впервые обратили внимание на желтушное окрашивание, бледность кожи. В условиях стационара ребенок не обследовался, но известно, что мама ребенка в детстве болела подобным заболеванием, по поводу чего была удалена селезенка. При осмотре: состояние ребенка средней тяжести, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Выявлены стигмы дизэмбриогенеза: «башенный» череп, широкая переносица, готическое небо и др. Лимфатические узлы не увеличены. Носовое дыхание свободное. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, систолический шум функционального характера на верхушке и в точке Боткина. Живот обычной формы. Печень у края реберной дуги, селезенка выступает на 5 см из-под края реберной дуги. Стул регулярный, окрашен. Моча светлая.

Гемограмма: эритроциты $2,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 81 г/л, ЦП 0,9, ретикулоциты 15%, лейкоциты $6,0 \times 10^9/л$, эозинофилы 1%, базофилы 1%, п/ядерные 2%, с/ядерные 37%, лимфоциты 50%, моноциты 9%, СОЭ 37 мм/час. Минимальная осмотическая стойкость эритроцитов: 0,6% р-ра хлорида натрия. Максимальная осмотическая резистентность в 0,3% р-ре хлорида натрия.

Вопросы:

1. Выделите синдромы заболевания.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какова причина желтухи?
4. Какие осложнения возможны при данном заболевании ?
5. Принципы терапии.

Эталон ответов:

1. Синдромы анемии, желтухи, гепатоспленомегалии.
2. Наследственная микросфероцитарная гемолитическая анемия Минковского-Шоффара.
3. Желтуха за счет повышения в крови непрямого билирубина,
4. Гемолитические кризы чаще всего возникают под влиянием различных провоцирующих факторов (физическое перенапряжение, инфекция, охлаждение и др.), могут сопровождаться повышением температуры.
5. Лечение. Спленэктомия. В момент криза, сопровождающегося значительным снижением гемоглобина, рекомендуется переливание крови.

Тема 24. Дифференциальный диагноз и лечение лимфопролиферативных заболеваний.

Задача №1.

Больной 25 лет жалуется на боли в горле при глотании, кровоточивость десен, слабость, потливость, болен в течение 2 недель. Бледен, пальпируются умеренно увеличенные

переднейшейные и задне шейные лимфоузлы. Зев гиперемирован, отмечаются язвенно-некротические налеты на миндалинах, десны разрыхлены. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Температура 37,3°C. В ОАК: Нв-70 г/л, лейкоциты - 10 тыс., бластные клетки - 76 %, СОЭ - 27 мм/час.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз?
2. Дайте характеристику лимфоузлов при данной патологии.
3. Что такое лейкомиический провал?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
5. Чем можно объяснить наличие анемии при данной патологии?

Эталон ответов:

1. Острый лейкоз.
2. Лимфатический узлы при пальпации безболезненные, не спаянные между собой и окружающей тканью, не нагнаиваются, не образуют свищей.
3. Лейкемиический провал – отсутствие в периферической крови промежуточных форм лейкоцитов.
4. Пункция костного мозга (стерильная пункция), гистохимические, иммунологические, цитогенетический методы.
5. В связи с вытеснением эритробластов бурно размножающимися бластными клетками.

Задача №2.

Больной П., 16 лет, учащийся, поступил в участковую больницу с жалобами на слабость, недомогание, повышение температуры, кожный зуд. Анамнез болезни: болен 5-ый день, в стационаре наряду с перечисленными проявлениями появилась боль в мышцах, температура тела достигала 38-40°C. Лечение антибиотиками, антипиретиками без эффекта. Анамнез жизни: детские инфекции. Объективный статус: состояние тяжелое, температура тела 39,5°C, кожа бледная, на коже конечностей петехиально-пятнистые высыпания, кровоточивость десен при чистке зубов, осмотре полости рта. Лимфоузлы размера фасоли, безболезненные, пальпируется край селезенки. Границы сердечной тупости не изменены, тоны ясные, 96 в минуту, ритмичные. В легких дыхание везикулярное, без побочных дыхательных шумов, из-за резкой слабости самостоятельно передвигаться не может. В общем анализе крови: Эр-2,54 x10¹²/л, Нв-104г/л. Тромбоцитов 10 x10⁹/л. Л-36 x10⁹ г/л, п-2%, с-11%, Л-15%, м-3%, бластов- 69%. анизоцитоз, пойкилоцитоз. СОЭ-63 мм/час.

Вопросы:

1. Выделите синдромы.
2. Поставьте диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования нужны для подтверждения диагноза?
4. Что такое оссалгии?
5. Какие наиболее вероятные причины развития данного заболевания?

Эталон ответов:

1. На основании имеющихся данных можно выделить синдромы:
 - лихорадочный (повышение температуры, потливость, слабость);
 - геморрагический (петехиально-пятнистые высыпания на коже, кровоточивость десен);
 - интоксикации;
 - лимфоденопатии;
 - увеличения селезенки (спленомегалия);
 - гематологический (нормохромная анемия, тромбоцитопения - бицитопения, лейкоцитоз, бластоз, ускорение СОЭ).
2. Указанных синдромов и данных лабораторного исследования достаточно для установления диагноза острого лейкозалимфобластный вариант.
3. Для уточнения варианта заболевания необходимо проведение цитохимического типирования, т.е. окраски бластных клеток на миелопероксидазу, гликоген и липиды. Стерильная пункция для этого не обязательна, так как бласты имеются в периферической крови в значительном количестве.
4. Боли в костях, особенно в плоских, связанные с пролиферацией клеток костного мозга.
5. Заболевания крови возникают вследствие мутации и трансформации клеток костного мозга, отвечающих за гемопоэз (производство клеток крови). Причинными факторами лейкоза человека

могут быть химические (экзо- и эндогенные) и физические (ионизирующая радиация) факторы, а также вирусы.

Задача №3.

Больной 58 лет. Работает учителем в школе. В течение года заметил увеличение шейных лимфоузлов, которые постепенно увеличивались в размерах, появились лимфоузлы в других областях. При осмотре: увеличены шейные подмышечные, паховые лимфоузлы плотно-эластической консистенции, безболезненные, не спаянные с кожей и окружающими тканями в виде пакетов. Пальпируется край селезенки на 4 см ниже реберной дуги.

Анализ крови: эр. — $4,0 \times 10^{10}/л$, Нв — 145 г/л, тромб. — $350 \times 10^9/л$, лейкоц. — $77 \times 10^9/л$, сегм. — 1%, лимф. — 97%, мон. — 2%, клетки лейколиза 2-3 в п/зр., СОЭ — 20 мм/час.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие мероприятия необходимы для его окончательного установления.
3. Назначьте лечение.

Эталон ответов:

1. Предварительный диагноз: хронический лимфолейкоз.
2. Для окончательного установления диагноза необходимо исследование костного мозга, в миелограмме должно быть определено более 30% лимфоцитов.
3. Лечение: необходимо назначить циклофосфан или хлорбутин.

Задача №4.

Больной Б., 53 лет. В течение 2 месяцев беспокоят боли в поясничной области. Проходил лечение у терапевта и невропатолога с диагнозом: остеохондроз поясничного отдела позвоночника, без эффекта. 5 дней беспокоит лихорадка до $38,5^{\circ}C$, потливость, усилились боли — госпитализирован. При осмотре: пальпируются увеличенные надключичные и шейные лимфоузлы слева. При ультразвуковом исследовании брюшной полости выявлено увеличение забрюшинных лимфоузлов.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие исследования нужны для установления диагноза, в том числе определения стадии заболевания.
3. Какое лечение необходимо назначить больному.

Эталон ответов:

1. Предварительный диагноз: лимфогранулематоз или лимфосаркома.
2. Дополнительное обследование: необходимо проведение эксцизионной биопсии надключичного или шейного лимфоузла, при отсутствии результата (возможно эти узлы реактивно изменены) будет показана лапаротомия с биопсией забрюшинных лимфатических узлов. Для установления стадии необходима рентгенография с томографией грудной клетки для уточнения поражения брюшной полости, кроме проведенного УЗИ возможна компьютерная томография, сцинтиграфия лимфоузлов, печени, для определения поражения костного мозга — трепанобиопсия.
3. Лечение: в данном случае речь идет о III стадии болезни (поражение лимфоузлов по обе стороны диафрагмы), при дообследовании может быть доказана и IУ стадия, следовательно больному необходимо проведение полихимиотерапии.
4. Окончательный диагноз: по биопсии подключичного лимфоузла — лимфогранулематоз, вариант нодулярного склероза III ст. с поражением шейных, надключичных лимфоузлов слева, верхнего средостения, забрюшинных лимфоузлов.

Задача №5.

Больная З., 63 лет, доставлена в хирургическое отделение с подозрением на флегмону обоих плеч. Заболела остро, 5 дней тому назад, когда появилась резкая слабость, озноб, боли в суставах, повысилась температура тела до $39,6^{\circ}C$. Врач скорой помощи поставил диагноз «грипп» и назначил какие-то таблетки. Через два дня в области нижней трети левого плеча возникло опухолевидное образование синюшного цвета. В последующие 2 дня подобные образования возникли в нижней трети правого плеча и правого бедра. Оставалась высокая температура ($38-39^{\circ}C$), в связи с чем больная была госпитализирована.

Состояние при поступлении тяжелое. Температура 40,2 С. На коже лица, туловища, конечностей – множественные кровоизлияния. В области внутренней поверхности обоих плеч - также кровоизлияния-инфильтраты (размерами 10*15 см); мелкоочечные кровоизлияния на слизистой неба, щек, языка. Суставы не изменены. Кости при пальпации безболезненные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах с обеих сторон. ЧД 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 112 в минуту. АД 120/70 мм рт.ст. Язык суховат, единичные кровоизлияния. Живот при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дежурным терапевтом высказано предположение, что у больной – узловатая эритема. Назначено лечение пенициллином. Через 2 дня состояние больной еще более ухудшилось. Появились тошнота, повторная рвота, жидкий стул. Сознание спутанное. Температура 41 С.

Анализ крови: эр 2.2 10/л, Ретикулоциты – 0,1 %, тромбоциты – 6 10/л, лейкоциты 2,8 10/л, бласты - 95%, л -5%, СОЭ 54 мм/ч.

Анализ мочи: относительная плотность 1,025, белок 0,994 г/л, лейкоциты 10-18 в п/зр, эритроциты 5-8 в п/зр.

Общий белок 61 г/л, общ.билирубин 10,5 мкмоль/л, мочевины 5,5 ммоль/л, Протромбиновый индекс 75%.

Вопросы:

1. Правильно ли поставил диагноз дежурный хирург и терапевт? Если неправильно, то почему?
2. Перечислите заболевания, о которых можно было подумать при поступлении больной.
3. Сформулируйте диагноз.
4. Какое лечение показано больной.
5. Назовите возможные причины анемии и геморрагического синдрома.

Эталон ответов:

1. Диагноз в обоих случаях был поставлен неправильно. Не была учтена выраженность геморрагического синдрома, и кровоподтеки были приняты хирургом за флегмону, терапевтом – за узловатую эритему.
2. Острый лейкоз, апластическая анемия, агранулоцитоз, геморрагический васкулит, подострый септический эндокардит (сепсис), ИТП.
3. Острый лейкоз. Двусторонняя нижнедолевая внебольничная пневмония, средней степени тяжести ДН II ст.
4. Полихимиотерапия, симптоматическая терапия (гемостатики, эритроцитарная масса, антибиотики)
5. Вытеснение красного ростка и мегакариоцитарного ростка бластными клетками.

Тема 25. Дифференциальный диагноз и лечение миелопролиферативных заболеваний.

Задача №1.

Больная К. 53 года, жалобы на головные боли, обильные менструации в течение 6 месяцев.

Анамнез: в течение 6 месяцев отмечает усиление продолжительности менструальных кровотечений до 7-10 дней, ранее 3-4 дня. Отмечала несколько эпизодов необильных носовых кровотечений.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 92 в мин. АД – 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: гемоглобин 82 г/л, эритроциты 3×10^{12} /л, ЦП 0,82; лейкоциты 5×10^9 /л, тромбоциты 1100×10^9 /л, СОЭ 42 мм/ч, нейтрофилы: палочкоядерные 2%, сегментоядерные 71%, лимфоциты 19%, моноциты 6%. микроцитоз (++) , пойкилоцитоз (+).

Биохимический анализ крови: АСТ – 28 Ед/л, АЛТ – 30 Ед/л, билирубин общ. – 18 мкмоль/л, билирубин прямой – 10 мкмоль/л, общий белок – 82 г/л, сахар крови 4,2 ммоль/л.

Общий анализ мочи: Удельный вес – 1006; белок (г/л) – 0,013; эритроциты (п/з) – 0-1; лейкоциты (п/з) – 1-2

Коагулограмма: Индекс АПТВ – 0,98, ПТИ – 101%, фибриноген 3 г/л, фибринолитическая активность 8 мин., время свертываемости по Ли-Уайту – 6 мин.

Трепанобиопсия костного мозга: препарат костного мозга повышенной клеточности, полиморфный. Встречаются все ростки кроветворения. Увеличено содержание мегакариоцитов с признаками дизмегакариоцитопоза. Небольшие очаги фиброза.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы (по симптомам);
2. Диагноз с обоснованием по критериям;
3. Дополнительные методы обследования и ожидаемые результаты;
4. Дифференциальный диагноз;
5. Лечение данного больного.

Ответы:

1. Исходя из клинической картины заболевания и результатов лабораторного обследования, можно выделить следующие синдромы: *синдром опухолевой пролиферации*: в ОАК увеличено содержание тромбоцитов (тромбоциты – 1100 тыс. в мкл.), в трепанобиоптате увеличено содержание мегакариоцитов с признаками дизмегакариоцитопоза; *анемический синдром*: гемоглобин 82 г/л, эритроциты 3×10^{12} /л (анемия норморегенераторная, микро- / нормоцитарная, гипохромная, средней степени тяжести), клинически проявляется бледностью кожных покровов и небольшой тахикардией с ЧСС 92 в мин; *геморрагический синдром*: эпизоды спонтанных носовых кровотечений, метроррагии (в отсутствии других объективных причин маточного кровотечения).

2. На основании клинических и лабораторных критериев можно поставить предварительный диагноз: *Эссенциальная тромбоцитемия. Железодефицитная анемия, средней степени тяжести.*

Диагноз эссенциальная тромбоцитемия установлен на основании синдрома опухолевой пролиферации, подтвержденного результатами трепанобиопсии костного мозга. Генез анемического синдрома, вероятно, связан с единственной имеющейся объективной причиной – хронической кровопотерей из-за метроррагии.

3. Дополнительные методы обследования: *анализ функции тромбоцитов* (ожидается снижение агрегационных свойств тромбоцитов в пробах с коллагеном, ристомидином, адреналином и АДФ. При этом коагуляционный гемостаз, что видно из представленной коагулограммы, может не стардать. Таким образом, геморрагический синдром у больной обусловлен дисфункцией самих тромбоцитов); *обмен железа* (подтверждение генеза анемического синдрома, ожидается снижение уровня сывороточного железа в крови, повышение ОЖСС, снижение процента насыщения трансферрина и уровня ферритина); *консультация гинеколога с УЗИ матки* (исключение гинекологической патологии, как причины обильных менструаций); *рентгенография легких, ФГДС, УЗИ органов брюшной полости* (в рамках клинического минимума для исключения онкопатологии как вероятной причины развития реактивного тромбоцитоза).

4. Дифференциальный диагноз эссенциальной тромбоцитемии проводится с реактивными тромбоцитозами, идиопатическим миелофиброзом и хроническим миелолейкозом.

5. Лечение: в качестве терапии 1 линии при подтвержденном диагнозе эссенциальной тромбоцитемии рекомендовано назначение интерферона-альфа по 6 млн. МЕ п/к через день. При удовлетворительной переносимости терапии, лечение продолжается до достижения полной ремиссии и далее в течение 1 года. Критерием полной ремиссии будет снижение уровня тромбоцитов ниже 400 тыс. в мкл. и отсутствие клинических проявлений заболевания. При доказанной железодефицитной анемии необходимо назначить препараты железа: Сорбифер Дурулес по 1 таблетке 2 раза в день в течение 3-4 недель на этапе купирования анемического синдрома. В дальнейшем на этапе насыщения депо дозу препарата снижают вдвое и продолжают терапию еще в течение 3 месяцев. Контроль эффективности лечения оценивают согласно результатам обмена железа и ОАК.

Задача №2.

Больной 45 лет, жалобы на слабость, потливость, чувство тяжести в левом подреберье. Считает себя больным в течение 3-х последних месяцев.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 76 в мин. АД 120/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Размеры печени: 9x8x7 см. Селезенка выступает ниже края левой реберной дуги на 6 см, плотная.

Общий анализ крови: гемоглобин 95 г/л, эритроциты $2,7 \times 10^{12}$ /л, ЦП 0,87; лейкоциты 140×10^9 /л, тромбоциты 600×10^9 /л, СОЭ 37 мм/ч, миелобласты – 5%, промиелоциты – 6%, миелоциты – 9%,

метамиелоциты – 12%, палочкоядерные - 14%, сегментоядерные - 22%, эозинофилы – 8%, базофилы – 12%, лимфоциты - 10%, моноциты - 2%.

Миелограмма (пунктат грудины):

Костный мозг повышенной клеточности, с преобладанием созревающих и зрелых клеток гранулоцитарного ряда, количество миелобластов 6%, отмечается увеличение количества эозинофильных и базофильных элементов, а также мегакариоцитов.

Цитогенетический анализ костного мозга методом стандартной цитогенетики:

Кариотип: 46, ху, t(9;22)

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы (по симптомам).
2. Диагноз с обоснованием по критериям.
3. Лечение данного больного.

Ответы:

1. Исходя из клинической картины заболевания и результатов лабораторного обследования, можно выделить следующие синдромы: 1. синдром опухолевой пролиферации по миелоидному типу (лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево за счет нейтрофильного ряда до миелобластов, эозинофильно-базофильная ассоциация, тромбоцитоз, расширение нейтрофильного ростка в миелограмме за счет зрелых нейтрофилов, цитогенетическая аномалия клеток костного мозга – t(9;22)); 2. синдром опухолевой интоксикации (жалобы на слабость, потливость); 3. синдром спленомегалии (объективное увеличение размеров селезенки – говорит о лейкозном поражении органа); 4. синдром анемический (снижение уровня Hb до 95 г/л и Эр до $2,7 \cdot 10^{12}/л$ – результат редукции эритроидного ростка за счет роста опухолевого клона в костном мозге).

2. Диагноз: *Хронический миелолейкоз, хроническая фаза.* Диагноз обоснован наличием синдрома опухолевой пролиферации по миелоидному типу и положительных результатов цитогенетического анализа на Ph-хромосому.

3. Исходя из современной стратегии лечения больных хроническим миелолейкозом, в хроническую фазу заболевания данному больному следует назначить препарат «Гливек» в дозе 400 мг/сутки. Прием препарата пожизненный. Цель терапии: достижение полной цитогенетической и молекулярной ремиссии.

Задача № 3.

Больной Р., 52 лет, обратился в поликлинику с жалобами на слабость, значительное снижение работоспособности и памяти, головные боли, покраснение кожи лица, повышение АД, плохо корригируемое гипотензивными средствами, кожный зуд после душа, жгучие боли в пальцах рук и ног, периодическое беспричинное появление крапивницы. Анамнез болезни: вышеперечисленные симптомы появлялись и нарастали постепенно; исследование крови, сделанное 5 лет назад патологии не выявляло. Несколько месяцев назад перенес преходящее нарушение мозгового кровообращения. Анамнез жизни: соматические заболевания отрицает; аллергологический анамнез не отягощен; гемотрансфузий не было; курит; алкоголем не злоупотребляет, травм и операций не было. Объективный статус: сознание ясное. Окраска кожи лица и шеи вишнево-красная, гиперемия конъюнктивы и инъекция сосудов склер. Костно-мышечная система без патологии, периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс напряжен, ритмичен, 90 в 1 минуту, одинаков на обеих лучевых артериях. АД Д=С = 230/130 мм рт. ст. Границы относительной тупости сердца изменена левая - на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца умеренно приглушены, ритмичны, акцент 2 тона над аортой. Периферических отеков нет. Аускультативно дыхание над легкими везикулярное. Живот правильной формы, активно участвует в акте дыхания, мягкий, во всех отделах безболезнен. Размеры печени по Курлову 13x13x10 см, поверхность гладкая, край закруглен. Селезенка 12x11 см, плотноватой консистенции, гладкая, выступает из-под левого реберного края. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. В ОАК: Э - $10,0 \cdot 10^{12}/л$, Hb 230 г/л, ЦП 0,9, тромбоциты - $600 \cdot 10^9/л$, Л - $9,0 \cdot 10^9/л$, СОЭ - 1 мм/час. Стернальная пункция: гиперплазия красного, гранулоцитарного, мегакариоцитарного ростков костного мозга.

Вопросы:

1. Выделите основные клинические и лабораторные синдромы.
2. Ваш предположительный диагноз?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

4. Чем объяснить цвет кожных покровов?

Ответы:

- 1.- Плеторический синдром (эритроцианоз, кожный зуд, крапивница);
-тромбоэмболический синдром (нарушение мозгового кровообращения в анамнезе);
- гепатоспленомегалия;
- синдром артериальной гипертензии;
- гематологический синдром (панцитоз, снижение СОЭ);
- мочевого синдром (протеинурия, лейкоцитурия, урикозурия).
2. Истинная полицитемия (стадия развернутых клинических проявлений).
3. Развернутый анализ крови, трепанобиопсия крыла подвздошной кости с гистологическим исследованием, УЗИ печени и селезенки и др.
4. Увеличении в крови количества гемоглобина и эритроцитов

Тема 26. Диагностика и лечение миеломной болезни.

Задача №1.

Больной 60 лет, госпитализирован в клинику в связи с развитием нижнего парапареза без нарушения функций тазовых органов. Умеренная нормохромная анемия Нв — 88 г/л, уровни лейкоцитов и тромбоцитов нормальные, СОЭ — 50 мм/час. Общий белок сыворотки крови 100 г/л, в гамма-зоне М-градиент — 54%, в моче белок Бенс-Джонса киппа-типа. В костном мозге — плазматические клетки 30%. Неврологическая симптоматика: компрессия спинного мозга на уровне 8 грудного позвонка. Ранее не лечился.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Развитие какого поражения почек возможно у данного больного и почему.
3. Назначьте лечение больному.
4. Определите трудоспособность.

Эталон ответов:

1. Предварительный диагноз: миеломная болезнь, диффузная форма.
2. У больного возможно развитие миеломной нефропатии, проявляющейся протеинурией при отсутствии отеков и гипертонии, которая может осложниться почечной недостаточностью. Для исключения этого необходимо исследование крови на мочевины, креатинин.
3. Лечение: нужно назначить цитостатики: циклофосфан или сарколизин в сочетании с кортикостероидами и анаболическими стероидами.
4. Наличие компрессии спинного мозга диктует необходимость нейрохирургической операции на позвоночнике.

Задача №2.

Женщина, 52 года, предъявляет жалобы на непостоянные боли в костях, нарастающую слабость, потерю аппетита, похудание. Анамнез. Боли беспокоят в течение последних трех месяцев, в последний месяц нарастает слабость, ухудшился аппетит, похудела.

Объективно. Движения в суставах в полном объеме. Болей при пальпации нет. Конфигурация костей не нарушена. В анализе крови анемия, высокая СОЭ - до 65 мм/час.

На рентгенограммах ребер, таза, черепа, позвоночника, длинных трубчатых костей множественные округлые литические деструкции с четкими контурами во всех костях, передние клиновидные деформации нижнегрудных позвонков.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Развитие каких осложнений возможно у данной больной?
3. Определите схему лечения больной.

Эталон ответов:

1. Предварительный диагноз: миеломная болезнь, костная форма.
2. У больной возможно развитие патологических переломов, сдавление спинного мозга.
3. Лечение: нужно назначить цитостатики: циклофосфан или сарколизин в сочетании с кортикостероидами и анаболическими стероидами. Развитие компрессии спинного мозга диктует необходимость нейрохирургической операции на позвоночнике.

Задача №3.

Больная, 64 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в пояснице, уси-ливающиеся при движении, резкую слабость, иногда носовые кровотечения, повышение температуры тела. Боли появились 4 месяца назад. При обследовании в поликлинике, со слов больной, обнаружен белок в моче и ускоренную СОЭ. Лечилась по поводу пиело-нефрита. Принимала фурадонин, левомицетин. Однако состояние не улучшалось. При поступлении состояние средней степени тяжести. Бледность кожных покровов, болезненность позвоночника, ребер, лимфоузлы не увеличены. В легких- влажные хрипы в нижних отделах. Тоны сердца приглушены, ЧСС 96 уд., АД 110/70 мм рт ст. Печень, селезенка не увеличены. При поколачивании болезненность в пояснице с обеих сторон. В анализе крови: Hb 90 г/л, лейкоциты 3,9 (п/я 1% с/я 26% лимф. 70%). Тромбоциты 120,6 СОЭ 44 мм. Общий белок 74 г/л, креатинин 100 мкмоль/л. Анализ мочи: белок 9,9%, лейкоциты 6-8 в п/з, эритроциты - сплошь. Миелограмма: костный мозг клеточный, элементы гранулопоза и эритропоза вытеснены плазматическими клетками (84,5% от всех клеточных элементов). При рентгенографии позвоночника обнаружен компрес-сионный перелом Th_{XI}, L₁-L₂ позвонков.

Вопросы:

1. Выделите ведущие синдромы?
2. Поставьте диагноз?
3. Какое лечение показано данной больной?

Эталон ответов:

1. Оссалгический, костномозговой, синдром белковой патологии, синдром дефицита антител.
2. Миеломная болезнь, диффузная форма.
3. Схема М-2

Задача №4.

Больная, 59 лет, жалуется на слабость, одышку, сердцебиение, субф-ебрилитет в течении 2-х месяцев. При объективном исследовании патологических из-менений не выявлено. В анализе крови: гемоглобин 110 г/л, лейкоциты 8,9 СОЭ 60 мм. Гиперпротеинемия, при электрофорезе белков - интенсивная полоса в зоне а₂- глобулина, резкое снижение гаммаглобулина. В анализе мочи: удел. вес 1004, белок 2,5 г/л, эритроциты 5-8 в п/з, лейкоциты 7-9 в п/з.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие изменения в костном мозге возможны у данной больной?

Эталон ответов:

1. Миеломная болезнь
2. Большое количество плазматических клеток

Задача №5.

В клинику повторно поступила больная, 63 лет, у которой два года назад поставлен диагноз миеломная болезнь. Периодически проводится специальная терапия. Чувствует себя удовлетворительно, но отмечает периодическую слабость и склонность к "простудам" - кашель, выделение мокроты, субфебрилитет. Госпитализирована для про-ведения очередного курса лечения. Анализ крови: гемоглобин 87 г/л тромбоциты 110,0 лейкоциты 3,8 СОЭ 66 мм. Формула без особенностей. Общий белок крови 106 г/л. при электрофорезе обнаруживается М-градиент 40%. На рентгенограмме костей черепа - очаги остеопороза.

Вопросы:

1. Какие симптомы являются следствием синдрома белковой патологии?
2. Какие препараты могут быть использованы при лечении этой больной?

Эталон ответов:

1. Гиперпротеинемия, ускоренная СОЭ, наличие М – градиента.
2. Сарколизин, циклофосфан.

Тема 27. Дифференциальный диагноз при цитопеническом синдроме

Задача №1.

Больная 37 лет, вегетарианка, обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, головокружение, одышку, сердцебиение при физической нагрузке. При объективном обследовании обращает на себя внимание бледность кожи, хейлит. Деятельность сердца

ритмическая, тоны приглушены, систолический шум на верхушке. Пальпаторно нижняя граница печени возле реберного края по среднеключичной линии. В общем анализе крови: эритроциты $2,6 \times 10^{12}$, Hb 68 г/л, цветовой показатель 0,7, лейкоциты $4,5 \times 10^9$, тромбоциты 240×10^9 , ретикулоциты 0,5%, п-5, с-52, л-38, г-5, СОЭ - 18 мм/ч, анизоцитоз, пойкилоцитоз. Общий билирубин 17,8 мкмоль/л, прямой - 2,2 мкмоль/л, непрямо́й - 15,1 мкмоль/л. Содержание железа в крови - 7 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз в больной?
2. Какой диагностики наиболее информативный в данном случае?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифдиагноз?

Эталон ответов:

1. Железодефицитная анемия.
2. Определение железа, железосвязывающей способности сыворотки крови, ферритина.
3. Гипохромными анемиями (сидероахрестической, постгеморрагической и др.)

Задача №2.

Больной 56 лет с жалобами на общую слабость, утомляемость, сердцебиение, одышку смешанного характера при физической нагрузке, периодическую тошноту, боли жгучего характера в языке, ощущение тяжести в эпигастрии, запоры. Считает себя больным больше 2-х месяцев. При объективном обследовании обращает на себя внимание бледность кожи с желто-лимонным оттенком, лицо отекшее. Язык красный, гладкий, с атрофией сосочков. Пульс 92 за 1 мин., ритмический, лабильный, температура тела 37,40С, АД - 110/70 мм.рт.ст., частота дыхательных движений - 18 за 1 мин. Деятельность сердца ритмическая, тоны глухие, систолический шум над верхушкой. В анализе крови - количество эритроцитов $2,5 \times 10^{12}$ г/л, гемоглобин 54 г/л, цветовой показатель 1,4, количество ретикулоцитов 0,2%, количество тромбоцитов 80×10^9 г/л, СОЭ- 21 мм/ч., количество лейкоцитов $4,2 \times 10^9$ г/л, лейкоцитарная формула: э-2, ю-0, п-5, с-56, л-56, г-7; значительный анизоцитоз с преимуществом макроцитов, пойкилоцитоз, встречаются мегалоциты.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз в больной?
2. Какой метод исследования наиболее информативный в данном случае?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифдиагноз?

Эталон ответов:

1. В12 -фолиево-дефицитная анемия.
2. Стернальная пункция, определение содержания витамина В12 в крови.
3. Мегалобластными анемиями (фолиеводефицитной, пернициозной, рефрактерной).

Задача № 3.

Больная, 20 лет. Заболела остро. Появились экхимозы на ногах и резкая слабость. Через неделю больная госпитализирована в ЦРБ, где обнаружена панцитопения. Стернальный пунктат крайне беден ядерными элементами, эритроидный росток чрезвычайно сужен, миелоидный резко угнетен с задержкой созревания на стадии промиелоцитов. Мегакариоциты не обнаружены. Больная в тяжелом состоянии переведена в клинику гематологии. При поступлении обращала на себя внимание выраженная адинамия, бледность кожи и слизистых оболочек, рецидивирующие носовые кровотечения, множественные кровоизлияния на коже, языке, слизистой оболочке рта. В гемограмме - панцитопения.

Эр. - $1,5 \times 10^{12}$ л, Л - $1,7 \times 10^9$ л, тромбоциты - 7×10^9 л, П. - 2, С - 11, Л - 87, СОЭ - 75 мм\ч, ретикулоциты 2%.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз в больной?
2. Тактика лечения?

Эталон ответов:

1. Острая апластическая анемия.
2. Лечение: преднизолон, гемотрансфузии, метандростеналон, дизинон, е-АКК, антибиотики.

Задача № 4.

Больная И, 10 лет, поступила в клинику гематологии по направлению из поликлиники. Заболела она внезапно, когда началось обильное носовое кровотечение, затем появилась геморрагическая сыпь на коже, нижних конечностях, почечное кровотечение. В периферической крови: Эр. - $0,9 \times 10^{12}$ /л, НЬ - 22г/л, Л - $0,4 \times 10^9$ /л, тромб. - $9,5 \times 10^9$ /л (5: 1000), СОЭ - 23 мм\ч.

Вопросы:

1. Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
2. Перечислите основные дифференциально-диагностические критерии.

Эталон ответов:

1. Дифференциальная диагностика проводится между гипопластической анемией и тромбоцитопенической пурпурой.
2. Необходимо сделать стерильную пункцию. Наличие бластной трансформации костного мозга противоречит диагнозу гипопластической анемии и тромбоцитопенической пурпуры. Резкая положительная реакция на кислую фосфатазу и положительная реакция на Судан и пероксидазу обосновывают промиелоцитарный вариант острого лейкоза.

Задача № 5.

В клинику гематологии поступила девушка 19 лет с жалобами на резкую слабость, головокружение, одышку при быстрой ходьбе. Из анамнеза выяснено: родилась в срок от первой беременности, развивалась крепкой, здоровой, с 12 лет менструации, установились сразу по 3-4 дня через 28 дней, но в последние 4 месяца месячные были обильные, по 10 дней. Этому больная не придавала значения, к врачу не обращалась. Две недели назад перенесла корь. Была обследована только после того, когда окружающие обратили внимание на резкую бледность кожных покровов. При обследовании в клинике выявлено: Эр. - $2,8 \times 10^{12}$, НЬ - 70 г/л, цв. п. - 0,7, Л - $4,7 \times 10^9$, тромбоциты - 67×10^9 , нарушение ретракции кровяного сгустка, удлинение времени кровотечения.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз в больной?
2. Тактика лечения?

Эталон ответов:

1. Аутоиммунная тромбоцитопеническая пурпура.
2. Лечение: кровоостанавливающие средства, преднизолон, а также препараты Fe для лечения анемии.

Тема 28. Дифференциальная диагностика и лечение геморрагических болезней.

Задача №1.

Пациентка Р., 25 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на петехиальные высыпания и синячки на коже нижних конечностей, передней поверхности туловища, возникающие спонтанно или из-за малейшей травматизации, и меноррагию, носовые кровотечения.

Из истории болезни известно, что в течение последнего месяца трижды были спонтанные кровотечения из носа и синячки на коже после незначительных ушибов. 3 дня назад после экстракции зуба «мудрости» сразу же началось кровотечение, которое удалось купировать только через 12 ч. В связи с этим событием больная решила обследоваться в стационаре.

Из истории жизни известно, что в детстве болела корью, ОРВИ, наследственность не отягощена, вредные привычки отрицает.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, на коже нижних конечностей и передней поверхности туловища петехиальные высыпания, не выступающие над поверхностью кожи, безболезненные при надавливании, и небольшое количество синячков неправильной формы. В других органах и системах патологии не выявлено.

Клинический анализ крови: НЬ - 120 г/л, лейкоциты - $6,5 \times 10^9$ /л, эритроциты - $4,5 \times 10^{11}$ /л, тромбоциты - 50 000/л. Биохимический анализ крови без патологии. ВСК - норма. АЧТВ - норма. ВК - 4,5 мин.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие показатели из скрининг-тестов нарушения гемостаза изменены у данной больной?
3. Составьте последовательный план лечения этой пациентки.
4. Определите тип кровоточивости у данной больной.

Эталон ответов:

1. У пациентки, вероятно, тромбоцитопеническая пурпура (отсутствие отягощенной наследственности, проявлений болезни в детском возрасте, отсутствие увеличения печени и селезенки, снижение количества тромбоцитов до 50 000).
2. Петехиально-пятнистый тип кровоточивости.
3. У пациентки будет удлинено время кровотечения.
4. Показано лечение кортикостероидами. Если в течение 3-4 мес лечение кортикостероидами будет неэффективно, показана спленэктомия, а при неэффективности последней показано назначение сочетания цитостатиков и кортикостероидов.

Задача №2.

Больной К., 20 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на головную боль, повышение температуры тела до 38,8 °С, геморрагические высыпания на голенях, бедрах, ягодицах, отечность коленных и голеностопных суставов, болезненность при движении.

Из истории заболевания известно, что 3 нед назад заболел ОРВИ, лечился самостоятельно доксициклином и аспирином. На фоне приема лекарственных препаратов появилась мелкопятнистая сыпь на коже голеней, отечность коленных суставов, болезненность в них при движении. Вызванный из поликлиники врач-терапевт расценила симптомы как аллергическую реакцию на лекарственную терапию. Больному было рекомендовано прекратить прием противовоспалительных средств. Назначены антигистаминные препараты.

Через 2-3 дня исчезли высыпания и отечность суставов, прекратилась артралгия.

Неделю назад в связи с ринитом и субфебрильной температурой (37,2 °С) пациент самостоятельно возобновил прием аспирина. Однако состояние ухудшилось: повысилась температура тела до 38,8 °С, появились геморрагические высыпания на нижних конечностях, бедрах, ягодицах, отеки и болезненность в коленных и голеностопных суставах при движении, усилились головная боль, слабость.

Через 2 дня после госпитализации внезапно появились схваткообразные боли в животе, тошнота, повторная рвота и диарея с кровью.

Объективно: состояние больного тяжелое, температура тела - 38 °С. Кожные покровы бледные, сухие. На коже разгибательных поверхностей стоп, голеней, бедер геморрагические высыпания, местами имеющие сливной характер. Коленные и голеностопные суставы увеличены в объеме, движения в них болезненны. Острая схваткообразная боль в животе каждые 5-7 мин, во время которой больной мечется и стонет.

В легких дыхание везикулярное, ЧД - 20 в минуту. Границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены, тахикардия - 100 в минуту, ритм правильный, АД - 100/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при поверхностной пальпации болезненный, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Стул до 15 раз в сутки с примесью крови, почти без каловых масс; повторная рвота цвета «кофейной гущи».

Клинический анализ крови: Нв - 90 г/л, лейкоциты - $12,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные лейкоциты - 12 %, СОЭ - 34 мм/ч, тромбоциты - 180×10^9 /л.

Клинический анализ мочи: относительная плотность - 1015, белок - 0,33 мг/л, эритроциты - 0-1 в поле зрения. ВСК - норма. АЧТВ - норма. ВК - норма.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Определите тип кровоточивости у данного больного.
3. Какие провоцирующие факторы могли быть у больного.
4. Назначение какой группы препаратов показано в данной ситуации.

Эталон ответов:

1. ГВ (пурпура Шенляйна-Геноха) с поражением кожи (пурпура), суставов (артрит коленных и голеностопных суставов), ЖКТ (ишемический энтерит, осложненный желудочно-кишечным кровотечением).

2. Васкулитно-пурпурный тип кровоточивости.

3. В анамнезе ОРВИ, прием антибиотиков и аспирина*.

4. Абдоминальный синдром - основное показание для назначения кортикостероидов (преднизолон).

Задача №3.

55-летняя больная, врач-лаборант, обратилась по поводу сыпи на коже голени, лихорадки до 38 °С в течение недели. Антибактериальная терапия без эффекта. Объективно: симметричные геморрагические высыпания на коже голени, возвышающиеся над кожей и не исчезающие при надавливании. Увеличение печени и селезенки. ЧСС - 100 в минуту, систолический шум на верхушке.

В крови: Нв - 90 г/л, эритроциты - 3×10^{12} /л, лейкоциты - 12×10^9 /л, эозинофилы - 2 %, палочкоядерные - 10 %, сегментоядерные - 70 %, лимфоциты - 13 %, моноциты - 5 %, тромбоциты - 150×10^9 /л, СОЭ - 40 мм/ч. АСТ - 250 МЕ, АЛТ - 200 МЕ. Время кровотечения - 5 мин. АЧТВ - 30 с, протромбиновый индекс - 80 %. Уровень агрегации тромбоцитов повышен.

Вопросы:

1. Определите тип кровоточивости у больной.
2. Каково клиническое значение имеющихся лабораторных изменений?
3. Проявлением какого заболевания может быть геморрагический синдром?
4. Какие дополнительные методы исследования целесообразно провести для уточнения диагноза?

Эталон ответов:

1. Характер кожных высыпаний в виде симметричных геморрагий, приподнимающихся над кожей и не исчезающих при надавливании, свидетельствует о васкулитно-пурпурном типе кровоточивости. Данный тип характерен для ГВ.

2. В крови у больной выявлена нормохромная анемия, умеренная тромбоцитопения, повышенная агрегация тромбоцитов. Поскольку отсутствуют петехии, синяки, то геморрагии вряд ли обусловлены тромбоцитопенией, а также нарушением в плазменном звене гемостаза (нормальные показатели АЧТВ и протромбинового индекса).

3 При лабораторном исследовании обращает на себя внимание повышение активности трансаминаз, что в сочетании с гепато- и спленомегалией заставляет предположить наличие гепатита с внепеченочными проявлениями в виде ГВ. Системные (внепеченочные) проявления характерны для гепатита С. Больная работает врачом-лаборантом, что не исключает профессионального риска инфицирования вирусом гепатита С.

4. Наиболее информативным методом диагностики является исследование крови на наличие вируса гепатита С (РНК-вирус) методом полимеразной цепной реакции.

Задача №4.

Больной В., 40 лет доставлен в клинику машиной скорой помощи с жалобами на схваткообразные боли в животе, преимущественно вокруг пупка, повышение температуры тела, боль в суставах, кровоизлияния на коже голени, стоп. Анамнез болезни: в течение нескольких лет периодически появлялись мелкоточечные геморрагические высыпания на коже голени и стоп, бедер, сопровождавшиеся субфебрильной температурой. За помощью не обращался, по совету врача-соседа принимал аскорутин, но кожные высыпания всякий раз проходили лишь через 3-4 недели. Анамнез жизни: частые ангины, страдает пищевой аллергией на цитрусовые, два дня тому назад, на празднике употреблял апельсиновый сок. Объективный статус: состояние тяжелое, на коже голени и бедер, на разгибательных поверхностях верхних конечностей были обнаружены красного цвета геморрагические высыпания от мелкоточечных до более крупных, местами сливные. Голеностопные и коленные суставы увеличены в объеме, кожа над ними гиперемирована, движения затруднены. В легких везикулярное дыхание по всей поверхности, Верхушечный толчок в V межреберье по левой среднеключичной линии. Сердечные тоны ритмичные, звучные, ЧСС - 90 в минуту, АД 90/70 мм рт. ст. Живот вздут, но при пальпации мягкий, болезненный. Размеры печени по Курлову 9x8x8 см, селезенка не увеличена. Во время осмотра схваткообразные боли повторялись, больной, просит помощи, прижимает колени к животу, в постели беспокоен, В приемном отделении взят общий анализ крови и коагулограмма: Э- $4,5 \times 10^{12}$ /Л, Нв- 140 г/л, цв. пок.0,9 тромбоцитов 200×10^9 г/л, Л- 11×10^9 г/л, П-15%, С-70%, Л- 10%, М-5%, СОЭ-35 мм/ч. Протромбиновый индекс 90%, фибриноген 6 г/л, время кровотечения - 4 мин, этаноловый и протаминсульфатный тесты положительные. В моче белок 0,1г/л, эритроциты до 10-20 в поле зрения.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? Поясните ответ.
2. Назовите наиболее частые причины, приводящие к данному заболеванию?
3. Какие клинические синдромы можно выделить по имеющимся данным (перечислите)? 152
4. Каковы средства неотложной помощи при данной патологии?

Эталон ответов:

1. Геморрагический васкулит или болезнь Шенлейн-Геноха, кожно-суставно-абдоминальная форма.
2. Аутоиммунное поражение мелких артерий, проявляющееся повышенной проницаемостью и ломкостью сосудов, ведущими к многочисленным кровоизлияниям в ткани. Инициировать развитие васкулита могут: инфекции, переохлаждение, лекарственные и пищевые аллергены, травмы.
3. Клинические синдромы:
 - геморрагический (высыпания на коже конечностей васкулитно-пурпурного типа).
 - суставной (отек суставов, гиперемия кожи, боль в суставах)
 - абдоминальный синдром
 - лихорадочный синдром
 - почечный синдром (изменения в моче).
4. Методы лечения: постельный режим, голод на 2-3 дня, гепарин, антиагреганты (курантил, трентал, тиклопидин), глюкокортикостероиды, нестероидные противовоспалительные средства, купирующие суставной синдром, снижающие агрегацию тромбоцитов, плазмаферез.

Задача №5.

Мама пятилетнего мальчика обратилась в стационар в связи с ушибом у него коленного сустава. Жалобы на боль и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 6 часов после падения с велосипеда. Из анамнеза известно, что у ребенка в 6-ти месячном возрасте при прорезывании зубов наблюдалась кровоточивость из десен. С 1 года жизни в местах ушибов у мальчика отмечались обширные «синяки», несколько раз в год - носовые кровотечения. В возрасте 3-х и 4-х лет после ушибов возникало опухание голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения в них. Все перечисленные травмы требовали госпитализации. Дедушка по линии матери страдал частыми длительными кровотечениями, связанными с травмами. При поступлении состояние ребенка тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые - бледные, на передней поверхности голени обширные гематомы размером 5х6 см. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. Определяется небольшое увеличение объема левого локтевого сустава и ограничение его подвижности. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с 2-х сторон. Мочеиспускание свободное, цвет мочи соломенно-желтый.

Лабораторные данные: ОАК: Эр-3.0 x10¹²/л, Нв-100 г/л, цв. показатель 0,8, ретикулоциты - 3%, тромбоциты - 300 x10⁹/л. Лейкоциты - 8,3 x10⁹/л, п-3%, сегм-63%, эоз-3%, лимф-22%, мон-9%. СОЭ-12 мм/час. Длительность кровотечения по Дьюку - 2 мин30 сек. Время свертывания крови по Ли-Уайту более 15 мин.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз у данного больного?
2. На чем основана диагностика данного заболевания?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Какое лечение необходимо назначить ребенку?
5. Возможные осложнения данного заболевания?

Эталон ответов:

1. Предварительный диагноз - гемофилия А, тяжелой степени, гематомный тип кровоточивости, гемартроз правого коленного сустава, анкилоз левого локтевого сустава. Осложнение: постгеморрагическая нормохромная анемия средней степени тяжести.
2. Семейный анамнез - выявление носителей (кондукторов), генеалогическое дерево; пол ребенка (мужской); гематомный вариант геморрагического синдрома; длительные неадекватные травме кровотечения, отсроченные по времени от травмы.
3. Необходимо для уточнения диагноза гемофилии провести определение уровня дефицита плазменных факторов крови: - дефицит антигемофильного глобулина - АГГ-VIII фактора - гемофилия А; - дефицит IX фактора (плазмогенный компонент тромбопластина) - гемофилия В; - дефицит XI фактора - гемофилия С.
4. Лечение гемофилии: коррекция дефицита плазменных факторов свертывания крови - антигемофильный глобулин (АГГ) сухой и криопреципитат, ингибиторы

фибринолизина:аминокапроновая кислота 5% раствор в/в капельно, свежемороженая плазма и др. Лечение гемофилии сводится к введению в организм человека недостающего фактора свертывания крови непосредственно в вену пациента.

5. Геморрагический шок вследствие кровопотери.

Тема 29. Дифференциальная диагностика лимфаденопатий.

Задача №1.

Больная И., 65 лет, обратилась к терапевту с клиникой ОРВИ. Десять лет состоит на учете у гастроэнтеролога, по поводу хронического атрофического гастрита. При осмотре обнаружен пакет лимфатических узлов в левой надключичной области. Других изменений при пальпации, аускультации не определяется.

Вопросы:

1. Составьте план обследования.
2. При установлении онкологического заболевания укажите стадию, клиническую группу, лечебную тактику.
3. Определите причину запущенности заболевания.

Эталон ответов:

1. План обследования: цитологическое исследование пунктата лимфатических узлов надключичной области, эндоскопическое исследование желудка, гинекологическое исследование, рентгеноскопия грудной клетки, общий анализ крови и мочи, УЗИ органов живота, забрюшинного пространства, щитовидной железы, молочных желез.
2. В случае обнаружения первичной опухоли в каком-либо органе, кроме щитовидной железы, метастазы в надключичные лимфатические узлы являются отдаленными.
3. При резистентной к цитостатикам опухоли- четвертая клиническая группа, лечение симптоматическое.
4. При чувствительной к цитостатикам опухоли и резектабельной первичной опухоли- вторая клиническая группа. Показано хирургическое удаление первичного очага с последующей паллиативной химиотерапией.
5. Причина поздней диагностики: диагностическая ошибка гастроэнтеролога вследствие неправильной тактики диспансерного наблюдения.

Задача №2.

Больной 58 лет. Работает учителем в школе. В течение года заметил увеличение шейных лимфоузлов, которые постепенно увеличивались в размерах, появились лимфоузлы в других областях. При осмотре: увеличены шейные подмышечные, паховые лимфоузлы плотно-эластической консистенции, безболезненные, не спаянные с кожей и окружающими тканями в виде пакетов. Пальпируется край селезенки на 4 см ниже реберной дуги.

Анализ крови: эр. — $4,0 \times 10^{10}/л$, Нв — 145 г/л, тромб. — $350 \times 10^9/л$, лейкоц. — $77 \times 10^9/л$, сегм. — 1%, лимф. — 97%, мон. — 2%, клетки лейकोлиза 2-3 в п/зр., СОЭ — 20 мм/час.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие мероприятия необходимы для его окончательного установления.
3. Назначьте лечение.

Эталон ответов:

1. Предварительный диагноз: хронический лимфолейкоз.
2. Для окончательного установления диагноза необходимо исследование костного мозга, в миелограмме должно быть определено более 30% лимфоцитов (см. миелограмму).
3. Лечение: необходимо назначить циклофосфан или хлорбутин.

Задача №3.

Больной Б., 53 лет. В течение 2 месяцев беспокоят боли в поясничной области. Проходил лечение у терапевта и невропатолога с диагнозом: остеохондроз поясничного отдела позвоночника, без эффекта. 5 дней беспокоит лихорадка до 38,50С, потливость, усилились боли — госпитализирован. При осмотре: пальпируются увеличенные надключичные и шейные лимфоузлы слева. При ультразвуковом исследовании брюшной полости выявлено увеличение забрюшинных лимфоузлов.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие исследования нужны для установления диагноза, в том числе определения стадии заболевания.
3. Какое лечение необходимо назначить больному.

Эталон ответов:

1. Предварительный диагноз: лимфогранулематоз или лимфосаркома.
2. Дополнительное обследование: необходимо проведение эксцизионной биопсии надключичного или шейного лимфоузла, при отсутствии результата (возможно эти узлы реактивно изменены) будет показана лапаротомия с биопсией забрюшинных лимфатических узлов. Для установления стадии необходима ретгенография с томографией грудной клетки для уточнения поражения брюшной полости, кроме проведенного УЗИ возможна компьютерная томография, сцинтиграфия лимфоузлов, печени, для определения поражения костного мозга — трепанобиопсия.
3. Лечение: в данном случае речь идет о III стадии болезни (поражение лимфоузлов по обе стороны диафрагмы), при дообследовании может быть доказана и IУ стадия, следовательно больному необходимо проведение полихимиотерапии.

Задача №4.

К врачу обратилась женщина 47 лет с жалобами на увеличение подмышечных лимфатических узлов справа. При осмотре в правой аксиллярной области обнаружены единичные плотные лимфатические узлы с ограниченной подвижностью, размером до 1-1,5 см, не спаянные между собой. При физикальном осмотре узловых образования в молочных железах не определяются. Соски, ареолы не изменены. Другие группы регионарных лимфатических узлов не увеличены. Признаков воспаления в правой молочной железе не выявлено. Пациентка направлена на маммографическое исследование, при котором в обеих молочных железах обнаружена картина умеренно выраженной двусторонней фиброзно-кистозной мастопатии. Узловые образования в ткани молочных желёз не обнаружены. Пациентке было рекомендовано контрольное обследование через 3 месяца.

Вопросы:

1. Правильная ли выбрана тактика?
2. Какие дополнительные исследования вы порекомендуете?
3. Какие онкологические заболевания могут проявляться поражением аксиллярных лимфатических узлов?

Эталон ответов:

1. Тактика неверна.
2. Необходимо провести дополнительные исследования.
А. УЗИ регионарных лимфатических узлов.
Б. Осмотр кожи правой верхней конечности, груди, живота, спины (для исключения меланомы кожи, рака кожи).
В. Рентгенографию органов грудной клетки для исключения рака легких.
Г. Пункцию пораженных лимфатических узлов с последующим цитологическим исследованием пунктата.
Д. В случае неинформативности пункции — биопсию пораженных лимфатических узлов с гистологическим исследованием полученного материала.
3. Поражением аксиллярных лимфатических узлов могут проявляться следующие заболевания: РМЖ; неэпителиальные опухоли молочной железы; меланома кожи передней грудной и брюшной стенок, спины, правой верхней конечности; плоскоклеточный рак кожи передней грудной и брюшной стенок, спины, правой верхней конечности; лимфопролиферативные заболевания; рак лёгких; опухоли мягких тканей передней грудной и брюшной стенок, спины, правой верхней конечности.

Задача №5.

Женщина 60 лет. В течение последнего года - нарушения носового дыхания. В последнее время обратила внимание на увеличение подчелюстных и шейных лимфатических узлов. При осмотре обнаружены полипозные разрастания слизистой оболочки носоглотки и умеренное увеличение подчелюстных и переднешейных лимфатических узлов. При гистологическом исследовании лимфатического узла обнаружено стирание рисунка лимфоидной ткани с пролиферацией клеток

центроцитоидного типа. Опухолевые клетки экспрессируют В-клеточные антигены, CD5 и циклин D1.

Экспрессия цитокератинов отсутствует. При молекулярно-генетическом исследовании обнаружена транслокация участков хромосом 11 и 14.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. С какими клетками связан гистогенез опухоли?
3. Каким характером роста и клиническим течением характеризуется данная опухоль?
4. Из каких клеток гистологически состоит опухоль?

Эталон ответов:

1. По данным задачи можно предположить лимфому клеток мантии.
2. Гистогенез опухоли связан с В-лимфоцитами.
3. Данная опухоль характеризуется агрессивным и быстрым ростом.
4. Гистологически определяются мелкие клетки с ядрами неправильной формы, узким ободком светлой цитоплазмы, могут быть клетки средних размеров.

2.4 Написание истории болезни/фрагмента истории болезни

2.5 ИТОГОВЫЙ ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

1.К НАСЛЕДСТВЕННЫМ ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ДИАТЕЗАМ ОТНОСИТСЯ

1. Болезнь Виллебранда
2. ДВС синдром
3. Макроглобулинемия Вальденстрема
4. синдром Маркиафавы-Микели

2.СУБСТРАТОМ ОПУХОЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МИЕЛОЛЕЙКОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

1. гранулоциты
2. миелобласты
3. плазмоциты
4. эритрокариоциты

3.ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ГЕМОФИЛИИ А ОБУСЛОВЛЕН ДЕФИЦИТОМ

1. VIII фактора
2. антитромбина III
3. протеина C
4. образования тромбоцитов

4.ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ОБНАРУЖЕНИЕ В БИОПТАТЕ ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА

1. клеток Березовского – Штернберга
2. плазматических клеток
3. моноцитов
4. лимфоцитов

5.ДЕСТРУКЦИЯ ПЛОСКИХ КОСТЕЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРИ

1. множественной миеломе
2. талассемии
3. апластической анемии
4. эритремии

6.ОБОСТРЕНИЕ В ПЕРВОМ ПЛУСНЕФАЛАНГОВОМ СУСТАВЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1. подагры
2. ревматоидного артрита
3. псориаза

4. болезни Рейтера

7.АУТОИММУННЫЙ МЕХАНИЗМ ВОСПАЛЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

1. ревматоидного артрита
2. подагры
3. остеоартроза
4. остеопороза

8.СИНДРОМ ДРЕССЛЕРА РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ

1. острого инфаркта миокарда
2. внебольничной пневмонии
3. острого миокардита
4. острого гастрита

9. РАННЯЯ ПОСТИНФАРКТНАЯ СТЕНОКАРДИЯ ВОЗНИКАЕТ ОТ НАЧАЛА РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА

1. после 24 ч – 4 недель
2. после 12 недель
3. через полгода
4. через год

10.ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ КОРОНАРНОЙ ОККЛЮЗИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ _____ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

1. тромбоз
2. спазм
3. некроз
4. эмболия

11.ОСОБЕННОСТЬЮ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. снижение ударного объема и сердечного выброса
2. повышение фракции выброса левого желудочка
3. запаздывание открытия митрального клапана
4. уменьшение диастолического объема левого желудочка

12.ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОПАТИИ РАЗВИВАЕТСЯ

1. относительная коронарная недостаточность
2. неспецифический коронариит
3. спазм коронарных артерий
4. острый тромбоз коронарных артерий

13.АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ ВЫПОТА В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ

1. резкое ослабление дыхания
2. амфорическое дыхание
3. крепитация
4. шум трения плевры

14.ТРЕУГОЛЬНАЯ ИНФИЛЬТРАТИВНАЯ ТЕНЬ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1.ТЭЛА
- 2.аспирационной пневмонии

3. параканкротной пневмонии

4. шокового легкого

15. ЗАТЯЖНОЙ НАЗЫВАЮТ ПНЕВМОНИЮ, ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КОТОРОЙ БОЛЕЕ

1. четырех недель
2. двух недель
3. двух месяцев
4. шести месяцев

16. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

1. коробочный перкуторный звук
2. удлиненный вдох
3. снижение остаточного объема
4. бронхиальное дыхание

17. ПРИ ПЕРВИЧНОМ АЛЬДОСТЕРОНИЗМЕ (СИНДРОМЕ КОННА) ОТМЕЧАЮТ

1. гипокалиемию, полидипсию, полиурию, судороги
2. гиперкалиемию, гипергликемию, полиурию
3. повышение относительной плотности мочи
4. резкое снижение относительной плотности мочи

18. ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ С ВЫРАЖЕННОЙ ПОТЛИВОСТЬЮ, ТАХИКАРДИЕЙ И ГИПЕРГЛИКЕМИЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ

1. феохромоцитомой
2. синдромом Конна
3. гипертонической болезнью
4. острым гломерулонефритом

19. ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ ПОВЫШАЕТСЯ ВЫРАБОТКА

1. адреналина
2. пролактина
3. тестостерона
4. альдостерона

20. ПОТЕМНЕНИЕ МОЧИ, ИКТЕРИЧНОСТЬ КОЖИ И СКЛЕР, УВЕЛИЧЕНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ АНЕМИИ

1. гемолитической
2. В12-дефицитной
3. железодефицитной
4. апластической

21. ДЛЯ БОЛЕЗНИ ТАКАЯСУ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ

1. отсутствие пульса на одной из рук
2. геморрагической пурпуры
3. сетчатого ливедо
4. кровохарканья

22. ВЕДУЩЕЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Helicobacter pylori
2. нарушение диеты
3. курение

4. нарушение моторики желудка

23.УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА НАБЛЮДАЕТСЯ КАК ВНЕКИШЕЧНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ

1. болезни Крона
2. дивертикулярной болезни кишечника
3. псевдомембранозного колита
4. синдрома раздраженного кишечника

24.ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ КАЛЬПРОТЕКТИНА В КАЛЕ ВЫШЕ 300 МКГ/Г ПОДТВЕРЖДАЕТ ДИАГНОЗ

1. «болезнь Крона»
2. «аскаридоз»
3. «синдром раздраженного кишечника»
4. «глютенная энтеропатия»

25.ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ АНТИТЕЛ К ГЛИАДИНУ И ТКАНЕВОЙ ТРАНСГЛЮТАМИНАЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1. глютенной энтеропатии
2. язвенном колите
3. болезни Крона
4. синдроме раздраженного кишечника

26.РЕФЛЕКТОРНОЕ КУПИРОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА ВОЗМОЖНО ПРИ

1. суправентрикулярной тахикардии
2. полной АВ-блокаде
3. желудочковой тахикардии
4. частой экстрасистолии

27.К ПРЕПАРАТАМ ЗАМЕДЛЕННОГО МОДИФИЦИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА ОТНОСЯТ

1. хондропротекторы
2. глюкокортикостероиды
3. нестероидные противовоспалительные препараты
4. цитостатики

28.В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ АБСОЛЮТНО ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

1. ингибиторов АПФ
2. метилдопы
3. блокаторов кальциевых каналов
4. бета-адреноблокаторов

29.ПРИ СИНДРОМЕ КОННА ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

1. спиронолактон
2. индапамид
3. метопролол
4. лизиноприл

30.ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. эндоскопия
2. рентгеноскопия
3. рН - метрия

4. УЗИ брюшной полости

31.ГИГАНТСКИМИ СЧИТАЮТСЯ ЯЗВЫ РАЗМЕРОМ БОЛЕЕ (СМ)

1. 3
2. 4
3. 5
4. 6

32.В МОЧЕ МОГУТ ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ КЛЕТКИ ШТЕРНГЕЙМЕРА–МАЛЬБИНА ПРИ

1. пиелонефрите
2. гломерулонефрите
3. амилоидозе почек
4. миеломной болезни

33.ГОЛОДНЫЕ И/ИЛИ «НОЧНЫЕ БОЛИ», ВОЗНИКАЮЩИЕ ЧЕРЕЗ 2,5–4 ЧАСА ПОСЛЕ ЕДЫ И ИСЧЕЗАЮЩИЕ ПОСЛЕ ОЧЕРЕДНОГО ПРИЕМА ПИЩИ, ЗАСТАВЛЯЮТ ДУМАТЬ О ЯЗВЕ

1. 12-перстной кишки
2. малой кривизны желудка
3. фундального отдела желудка
4. нижнего отдела пищевода

34.ПРАВИЛЬНОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬЮ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВНЕЗАПНУЮ ОСТАНОВКУ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ ОЦЕНКА

1. врачом собственной безопасности; оценка сознания; оценка дыхания
2. пульса и реакции зрачков на свет; оценка ранних трупных признаков
3. роговичного (корнеального) рефлекса и симптома «кошачьего зрачка»
4. температуры тела; оценка наличия трупных пятен и трупного окоченение

35.ПОД ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПОНИМАЮТ ГРУППУ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ИЛИ СИМПТОМОВ, ПОЗВОЛЯЮЩИХ ПОДОЗРЕВАТЬ

1. инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию
2. стабильную стенокардию напряжения или впервые возникшую стенокардию
3. постинфарктный кардиосклероз или хроническую аневризму левого желудочка
4. жизнеугрожающие нарушения ритма и проводимости

36.ПОД СИНКОПАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ ПОНИМАЮТ

преходящую потерю сознания вследствие общей гипоперфузии мозга

1. обратимую потерю сознания вследствие эпилептического припадка или психогенной причины
2. проходящую потерю сознания вследствие травматического повреждения головного мозга
3. глубокое угнетение функции ЦНС вследствие экзогенной интоксикации

37.ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ РАЗВИВАЮТСЯ УЗЕЛКИ БУШАРА НА

1. проксимальных межфаланговых суставах кисти
2. 1 и 2 дистальных межфаланговых суставах кисти
3. всех плюснефаланговых суставах симметрично
4. первых плюснефаланговых суставах симметрично

38.НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ

1. гломерулонефрита
2. мочекаменной болезни
3. хронического пиелонефрита

4. вторичного амилоидоза

39.ВЕДУЩИМ (ГЛАВНЫМ) МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ СТЕНОКАРДИИ ПРИНЦИМЕТАЛА ЯВЛЯЕТСЯ

1. коронарспазм
2. стенозирующий атеросклероз
3. атеротромбоз коронарных сосудов
4. артериальная гипертензия

40.ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ

1. снижение фракции выброса левого желудочка
2. умеренно выраженная гипертрофия левого желудочка
3. аномальный ток крови из левого желудочка в левое предсердие
4. увеличение передне-заднего размера левого предсердия

41.БИОХИМИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. мозговой натрийуретический пептид
2. белок связывающий жирные кислоты
3. высокочувствительный тропонин I
4. МВ-фракция креатинфосфокиназы

42.К СИНКОПАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЯМ ОТНОСЯТ

1. обмороки
2. комы I и II ст.
3. панические атаки
4. транзиторные ишемические атаки

43.НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. ишемическая болезнь сердца
2. дилатационная кардиомиопатия
3. острый вирусный миокардит
4. гипертрофическая кардиомиопатия

44.КРОВОХАРКАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

1. инфарктной пневмонии
2. идиопатического фиброзирующего альвеолита
3. острого инфаркта миокарда
4. обострения хронического бронхита

44.БРОНХОДИЛАТАЦИОННЫЙ ТЕСТ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ, ЕСЛИ ПОСЛЕ ИНГАЛЯЦИИ БРОНХОДИЛАТОРА КОЭФФИЦИЕНТ БРОНХОДИЛАТАЦИИ (КБД) ДОСТИГАЕТ ИЛИ ПРЕВЫШАЕТ (%)

1. 12
2. 38
3. 20
4. 26

45.ОСНОВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ УИПЛА ЯВЛЯЮТСЯ

1. антибиотики
2. антацидные препараты
3. атисекреторные препараты
4. глюкокортикоиды

46.МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ФИБРОКОЛОНОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. приём макрогола
2. очистительная клизма

3. очистительная клизма в сочетании с приёмом слабительного средства
4. трёхдневное голодание

47.ДЛЯ ПОДАВЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ

1. Апротинин
2. Полиметилсилоксана полигидрат
3. Магния гидроксид+Алгелдрат
4. Окспренолол

48.БОЛЬНОЙ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ДОЛЖЕН ПОЛУЧАТЬ В СУТКИ СОЛИ (В ГРАММАХ)

1. до 4
2. 5-6
3. 8-9
4. 11-12

49.ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. преднизолон
2. амтолметина гуацил
3. лерканидипин
4. кальция карбонат + колекальциферол

50.НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМИ И СЕРЬЕЗНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. кровотечения
2. аллергические реакции
3. разрывы миокарда
4. инфекционные заболевания

51.НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ПРИМЕНЕНИЯ АМИОДАРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

1. дисфункция щитовидной железы
2. синдром Стивенса-Джонсона
3. остановка синусового узла
4. острый инфаркт миокарда

52.АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. расслаивающая аневризма аорты
2. беременность и первая неделя после родов
3. прием антагонистов витамина К
4. травматическая и длительная сердечно-легочная реанимация

53.К НЕРАЦИОНАЛЬНЫМ КОМБИНАЦИЯМ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТ СОЧЕТАНИЕ

1. бета-адреноблокатора и недигидропиридинового блокатора медленных кальциевых каналов
2. дигидропиридинового блокатора медленных кальциевых каналов и тиазидного диуретика
3. ингибитора ангиотензинпревращающего фермента и дигидропиридинового блокатора медленных кальциевых каналов
4. дигидропиридинового блокатора медленных кальциевых каналов и блокатора рецепторов к ангиотензину II

54.ПАЦИЕНТУ С ОТЕКОМ ЛЕГКИХ, РАЗВИВШЕМОУСЯ НА ФОНЕ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

1. электрокардиоверсии

2. внутривенного введения нитроглицерина
3. внутривенного введения метопролола
4. постановки временной электрокардиостимуляции

55.К ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ВТОРОЙ СТУПЕНИ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, КОНТРОЛИРУЮЩИХ ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОТНОСЯТ

1. ингаляционные глюкокортикоиды
2. β_2 - агонисты короткого действия по потребности
3. теофиллин замедленного высвобождения
4. β_2 - агонисты длительного действия

56.ИНТЕНСИВНОСТЬ И СРОКИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ

1. типом медицинского учреждения
2. объемом поражения сердечной мышцы
3. видом осложнений инфаркта миокарда
4. наличием постинфарктной стенокардии

57.ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ В АНАЛИЗАХ КРОВИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1. анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ
2. анемия, лейкопения, тромбоцитопения
3. эритроцитоз, лейкоцитоз, тромбоцитопения
4. лейкопения, лимфоцитоз, ускорение СОЭ

58.ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО 66 ЛЕТ НА ПОХОЛОДАНИЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, БОЛИ ПРИ ХОДЬБЕ, СТИХАЮЩИЕ ПРИ ОСТАНОВКЕ, СООТВЕТСТВУЮТ СИМПТОМАМ

1. атеросклероза бедренных артерий
2. тромбоза вен нижних конечностей
3. плоскостопия
4. синдрома Рейно

60.ДЛЯ ОСТЕОАРТРОЗА НЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

1. скованности в движениях утром в течение 120 минут
2. деформации суставов
3. механического типа болей
4. ограничения подвижности суставов

61.ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ СОКРАЩАЕТСЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ

1. холецистокинина
2. гастрина
3. панкреатического сока
4. секретина

62.КОНЪЮГИРОВАННЫЙ (СВЯЗАННЫЙ) БИЛИРУБИН ОБРАЗУЕТСЯ В КЛЕТКАХ ПЕЧЕНИ С ПОМОЩЬЮ ФЕРМЕНТА

1. глюкуронилтрансферазы
2. лейцинаминопептидазы
3. нуклеотидазы
4. кислой фосфатазы

63.ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

1. гемолитической анемии
2. лейкоцитоза
3. гиперхромной анемии
4. абсолютной эозинофилии

64.ПОД ПИКФЛОУМЕТРИЕЙ ПОНИМАЮТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

1. пиковой скорости выдоха
2. остаточного объема
3. дыхательного объема
4. жизненной емкости легких

65.ДИАГНОЗ «ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ» МОЖЕТ БЫТЬ ТОЧНО УСТАНОВЛЕН ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ

1. более 20% бластных клеток в костном мозге
2. более 20% бластных клеток в периферической крови
3. при сочетании температуры, анемии и кровоточивости
4. при наличии анемии в сочетании с тромбоцитопенией, болями в костях и температурой

66.НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. стрептококк
2. микопlasма
3. гемофильная палочка
4. клебсиелла пневмонии

67.ДОСТОВЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. свободный газ в брюшной полости
2. высокое стояние диафрагмы
3. пневматизация кишечника
4. «чаши» Клойбера

68.К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ АГРАНУЛОЦИТОЗА ОТНОСЯТ

1. некротическую ангину
2. развитие сердечной недостаточности
3. иммунологический синдром

69.СИНТЕЗ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ В ЖЕЛЕЗАХ ЖЕЛУДКА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ

1. париетальные клетки
2. главные клетки
3. нейроэндокринные клетки
4. мукоциты

70.ВСЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ АНЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. гипохромными
2. гиперхромными
3. нормохромными
4. макроцитарными

71.ТРЕХРОСТКОВАЯ ЦИТОПЕНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1. дефицита витамина В12
2. железодефицитной анемии
3. гемолитической анемии
4. анемии хронического воспаления

72.В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ОСТРОГО ДВС-СИНДРОМА ЛЕЖИТ

1. генерализованное повреждение эндотелия микрососудов
2. повреждение адгезивных свойств тромбоцитов
3. истощение и дефицит простациклина
4. выработка антител к тромбоцитам

73.К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОТНОСЯТ

1. сердечную недостаточность
2. боль в грудной клетке
3. артериальную гипертензию
4. обмороки

74.КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ПОСТУПЛЕНИЯ ВИТАМИНА В12 В ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА РАЗВИВАЮТСЯ ЧЕРЕЗ

1. 4-5 лет
2. 5-8 месяцев
3. 9-12 месяцев
4. 1-2 года

75.«Д»-ДИМЕР ЯВЛЯЕТСЯ ПРОДУКТОМ ЛИЗИСА

1. фибрина
2. X фактора
3. тромбоцитов
4. тромбина

76.ОРГАНАМИ-МИШЕНЯМИ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОРАЖАЮЩИМИСЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА – КОНОВАЛОВА, ЯВЛЯЮТСЯ

1. печень и мозг
2. почки и лёгкие
3. печень и лёгкие
4. сердце и почки

77.ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. эхокардиография
2. электрокардиография
3. фонокардиография
4. рентгенография

78.БОЛЬШОЕ ПУЛЬСОВОЕ ДАВЛЕНИЕ, ДВОЙНОЙ ТОН ТРАУБЕ, ШУМ ДЮРОЗЬЕ НА СОСУДАХ, БЫСТРЫЙ И ВЫСОКИЙ ПУЛЬС, ПОКАЧИВАНИЕ ГОЛОВЫ ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ

1. недостаточности аортального клапана
2. врожденных пороков сердца
3. митрального стеноза

4. трикуспидальной недостаточности

79. ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО СУБАОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ

1. эхокардиографии
2. ЭКГ с физической нагрузкой
3. радионуклидного сканирования сердца
4. рентгенографии органов грудной клетки

80. ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ РАСШИРЕНИЕ СЕРДЦА ВЛЕВО И ВНИЗ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ДИЛАТАЦИИ

1. левого желудочка
2. правого предсердия
3. правого желудочка
4. левого предсердия

81. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ СТЕНОКАРДИИ НАБЛЮДАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ С

1. стенозом основного ствола левой коронарной артерии
2. проксимальным поражением задней коронарной артерии
3. дистальным поражением огибающей артерии
4. проксимальным поражением огибающей артерии

82. ФЕНОМЕН «ПЛЯСКА КАРОТИД» ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

1. недостаточности аортального клапана
2. стенозе митрального клапана
3. тетраде Фалло
4. болезни Аддисона

83. ДОСТОВЕРНЫМ КРИТЕРИЕМ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПРИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. депрессия ST более чем на 2 мм
2. подъем сегмента ST более чем на 2 мм
3. уменьшение вольтажа всех зубцов
4. появление отрицательных зубцов T

84. НАРУШЕНИЕ КАНАЛЬЦЕВОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ УДЕЛЬНОМ ВЕСЕ МОЧИ В ПРОБЕ ПО ЗИМНИЦКОМУ 1012-1010 СООТВЕТСТВУЕТ

1. изостенурии
2. гипостенурии
3. нормостенурии
4. гиперстенурии

85. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ГЕМОДИАЛИЗУ ЯВЛЯЕТСЯ

1. уровень К крови более 6,5 ммоль/л
2. уровень Na крови более 135 ммоль/л
3. клубочковая фильтрация менее 25 мл/мин
4. суточный диурез менее 50 мл

86. ОПИСАНИЮ «FACIES NEPHRITICA» СООТВЕТСТВУЕТ

1. одутловатое, бледное лицо с отеками под глазами, припухшими веками, узкими глазными щелями

2. одутловатое, цианотичное лицо, с набуханием вен шеи, выраженным цианозом и отеком шеи
3. выраженный цианоз губ, кончика носа, подбородка, ушей
4. мертвенно-бледное лицо с сероватым оттенком, запавшими глазами, заостренным носом, с каплями холодного профузного пота на лбу

87.СИСТЕМНЫЙ КАПИЛЛЯРИТ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ АЛЬВЕОЛ ЛЕГКИХ И БАЗАЛЬНЫХ МЕМБРАН ГЛОМЕРУЛЯРНОГО АППАРАТА ПОЧЕК ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ

1. синдроме Гудпасчера
2. системной красной волчанке
3. болезни Рейно
4. синдроме Шегрена

88.ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ В РАЗВИТИИ ПЕРВИЧНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ ИМЕЕТ

1. дефицит $\alpha 1$ - антитрипсина
2. острое заболевание дыхательной системы
3. хроническая болезнь бронхолегочного аппарата
4. возрастная инволюция эластической ткани легких

89.ПРИ СПИРОГРАФИИ ПАЦИЕНТА 58 ЛЕТ ВЫЯВЛЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ (ЖЕЛ 50% ОТ ДОЛЖНОЙ ВЕЛИЧИНЫ, ОФВ1 40% ОТ ДОЛЖНОЙ ВЕЛИЧИНЫ, ИНДЕКС ТИФФНО 50%) СООТВЕТСТВУЮТ

1. смешанному нарушению вентиляции
2. рестриктивному типу нарушения
3. бронхиальной обструкции
4. варианту нормы

90.ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

1. ревматоидного фактора
2. HLA-B27
3. антинейтрофильных цитоплазматических антител
4. антител к двуспиральной ДНК

91.К ТИПИЧНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ОТНОСИТСЯ

1. лейкопения
2. железодефицитная анемия
3. лейкоцитоз
4. тромбоцитоз

92.ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ

1. эритематозных высыпаний
2. кольцевидной эритемы
3. узловой эритемы
4. папулезно-пустулезной сыпи

93.К РАННИМ ПРИЗНАКАМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ОТНОСИТСЯ

1. артрит
2. диастолический шум над аортой

3. узловатая эритема
4. систолический шум на митральном клапане

94.ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО ОСЛОЖНЕНИЕ, КОТОРЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. амилоидоз
2. общий атеросклероз сосудов
3. нарушение углеводного обмена
4. порфирия

95.МАРКЕРОМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. антинуклеарный фактор
2. ревматоидный фактор
3. С-реактивный белок
4. HLA-B27 антиген

96.КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ CREST-СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

1. телеангиэктазия
2. проксимальная миопатия
3. поражение кишечника
4. поражение почек

97.ПРИЗНАКОМ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. супраорбитальный отек и гиперемия кожи около глаз
2. «бабочка» на лице
3. остеолит ногтевых фаланг
4. деформация суставов

98.ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ ИМЕЕТ

1. высокая активность креатинфосфокиназы
2. повышение уровня острофазовых белков
3. умеренный лейкоцитоз
4. наличие гемолитической анемии

99.ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ УВЕЛИЧЕНИЯ ПЕРЕДНЕ-ШЕЙНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У МУЖЧИНЫ 65 ЛЕТ, КУРЯЩЕГО, НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ

1. обследования трахеи и гортани
2. цитологического исследования мокроты
3. контрастного исследования пищевода
4. бронхоскопии

100.НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ У 24-ЛЕТНЕГО МУЖЧИНЫ С ЛИХОРАДКОЙ, ОЗНОБОМ, БОЛЬЮ В ПОЯСНИЦЕ, УРОВНЕМ ГЕМОГЛОБИНА 7 Г/Л И ГАПТОГЛОБИНОМ НИЖЕ НОРМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. внутрисосудистый гемолиз»
2. «острая интермиттирующая порфирия»
3. «острая миоглобинурия»
4. «внесосудистый гемолиз»

101.ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ У МУЖЧИНЫ 68 ЛЕТ С ВЫЯВЛЕННОЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ЛИМФАДЕНОПАТИЕЙ, СПЛЕНОМЕГАЛИЕЙ И ЛЕЙКОЦИТАМИ $84 \times 10^9 / \text{л}$ (П/Я 2, С/Я 18, Л 72, М 8) ЯВЛЯЕТСЯ

1. хронический лимфолейкоз»
2. «идиопатический миелофиброз»
3. «хронический миелолейкоз»
4. «болезнь Ходжкина»

102.ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ У БОЛЬНОЙ 28 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА МЫШЕЧНУЮ СЛАБОСТЬ, ЖАЖДУ, СТОЙКУЮ АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТонию, ГИПОКАЛИЕМИЮ, (РЕНИН ПЛАЗМЫ – 0) ЯВЛЯЕТСЯ

1. первичный альдостеронизм
2. реноваскулярная гипертензия
3. хронический пиелонефрит, вторичный альдостеронизм
4. феохромоцитом

103.ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

1. шум плеска через 3-4 часа после приема пищи
2. рвота желчью
3. резонанс под пространством Траубе
4. видимая перистальтика

104.ПРИ ПЕНЕТРАЦИИ ЯЗВЫ В ПОДЖЕЛУДОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ УРОВЕНЬ

1. амилазы
2. липазы
3. глюкозы
4. щелочной фосфатазы

105.ПРИ ГЕМОФИЛИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ ЗНАЧЕНИЯ

1. АЧТВ
2. протеина S
3. протеина C
4. плазминогена

106.ФИБРИЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. отсутствием зубцов P
2. частотой желудочковых комплексов более 120 в минуту
3. наличием преждевременных комплексов QRS
4. укорочением интервалов PQ

107.ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСУМКОВАННЫЙ ПЛЕВРИТ ПЕРЕД ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИЕЙ НУЖНО ПРОВЕСТИ

1. УЗИ
2. бронхоскопию
3. сцинтиграфию легких
4. микроскопию мокроты

108.ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ОПУХОЛЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

1. синдроме Шегрена
2. системной красной волчанке
3. ревматоидном артрите
4. системной склеродермии

109.БАЗИСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

1. ингаляционные глюкокортикостероиды
2. антихолинергические препараты
3. муколитические препараты
4. короткодействующие бета-2-агонисты

110.ПРИ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ МИКОПЛАЗМОЙ, ПРИМЕНЯЮТ

1. Азитромицин
2. Цефтриаксон
3. Гентамицин
4. Амоксициллин

111.ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ ОСТРУЮ ПОЧЕЧНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

1. аминогликозиды
2. пенициллины
3. цефалоспорины
4. макролиды

112.ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

1. ограничение хлорида натрия до 1,5 г/сут
2. увеличение потребления хлорида натрия
3. увеличение количества потребляемой жидкости
4. повышение потребления К⁺-содержащих продуктов

113.ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ МОРФИНА ЯВЛЯЕТСЯ

1. отек легкого
2. неукротимая рвота
3. тахикардия
4. тромбоэмболия легочной артерии

114.МЕТОТРЕКСАТ ВЫЗЫВАЕТ ДЕФИЦИТ

1. фолиевой кислоты
2. железа
3. аскорбиновой кислоты
4. йода

115.ПРИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРЕДПОЧТЕНИЕ ОТДАЮТ

1. Фуросемиду
2. Маннитолу
3. Спинолактону
4. Гидрохлортиазиду

116.ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. наличие нефротического синдрома без выраженной гематурии и гипертензии
2. отёки
3. артериальная гипертензия
4. макрогематурия

117.ПРИ ЛОКАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ КРУПНОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. транслюминальная ангиопластика коронарных артерий
2. консервативная терапия коронаролитическими препаратами
3. разрушение атероматозной бляшки режущим баллоном
4. операция аортокоронарного шунтирования

118.В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ИСПОЛЬЗУЮТ

1. спазмолитические средства
2. H₂-блокаторы гистамина
3. сукралфат и его аналоги
4. ингибиторы протонной помпы

119.В ЛЕЧЕНИИ ГИПОКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ИСПОЛЬЗУЮТ

1. холекинетики
2. антациды
3. спазмолитики
4. ингибиторы протонной помпы

120.ОСНОВНОЙ ЛЕЧЕБНЫЙ ЭФФЕКТ НИТРОГЛИЦЕРИНА У БОЛЬНЫХ С ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ СВЯЗАН С

1. расширением периферической венозной системы
2. расширением периферических артерий
3. увеличением коронарного кровотока вследствие увеличения частоты сердечных сокращений
4. замедлением ЧСС и снижением потребности миокарда в кислороде

121.НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

1. протеинурия с суточной потерей более 3,5 г
2. бактериурия
3. лейкоцитурия
4. гипоизостенурия

122.НА РАННИХ СТАДИЯХ АМИЛОИДОЗА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ БИОПСИЯ

1. слизистой прямой кишки
2. печени
3. почек
4. кожи

123.ПОД ПРОБОЙ НЕЧИПОРЕНКО ПОНИМАЮТ

1. подсчет количества форменных элементов в единице объема мочи
2. определение концентрационной функции почек
3. определение количества форменных элементов в минутном объеме мочи
4. определение неорганических веществ в моче

124.ОСНОВНЫМ ЦИТОХИМИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ ОСТРОГО МИЕЛОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ НА

1. миелопероксидазу
2. β-глюкуронидазу
3. АТФазу
4. кислую фосфатазу

125.НАЛИЧИЕ ФИЛАДЕЛЬФИЙСКОЙ ХРОМОСОМЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1. хронического миелолейкоза
2. сублейкемического миелоза
3. острого эритромиелоза
4. острого миеломоноцитарного лейкоза

126.МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ СУБСТРАТ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ ПРЕДСТАВЛЕН

1. плазмócитами
2. лимфоцитами
3. макрофагами
4. эозинофилами

127.К ИЗМЕНЕНИЯМ В КОСТНОМ МОЗГЕ ПРИ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ОТНОСЯТ

1. снижение клеточности костного мозга, преобладание жировой ткани
2. преобладание кроветворного костного мозга над жировым
3. очаговую пролиферацию лимфоцитов
4. сужение красного ростка

128.ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОМНИТЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД

1. коронарографии
2. электрокардиографии
3. велоэргометрии
4. чрезпищеводной стимуляции левого предсердия

129.НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН В ДИАГНОСТИКЕ СТЕНОКАРДИИ ПРИНЦМЕТАЛА МЕТОД

1. холтеровского мониторирования ЭКГ
2. велоэргометрии
3. чрезпищеводной стимуляции левого предсердия
4. электрокардиографии

130.ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ МИОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. повышение миокардиальных ферментов
2. лейкоцитоз крови
3. ускорение скорости оседания эритроцитов
4. повышение иммуноглобулинов

131.ЭКГ-ПРИЗНАКОМ РУБЦОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В МИОКАРДЕ ПРИ КРУПНООЧАГОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

1. желудочковый комплекс типа QS
2. подъем интервала ST выше изолинии
3. смещение интервала ST ниже изолинии
4. отсутствие патологического зубца Q

132.ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СТЕНОКАРДИИ ПРОБА С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ПРИ

1. появлении боли или стеснения в груди в сочетании с депрессией сегмента ST более 1 мм
2. появлении одышки при достижении субмаксимальной ЧСС
3. повышении САД до 180 мм рт.ст и ДАД до 110 мм рт.ст.
4. регистрации косовосходящей депрессии сегмента ST до 1 мм

133.ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С СИНДРОМОМ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА ОПАСНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. снижение содержания тромбоцитов менее $50 \times 10^9 / \text{л}$
2. повышение аланинаминотрансферазы
3. наличие эозинофилии
4. повышение скорости оседания эритроцитов

134.РЕЗКО ПОВЫШАЕТСЯ УРОВЕНЬ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ И ГАММАГЛУТАМИНТРАНСПЕПТИДАЗЫ ПРИ

1. хроническом гепатите с явлениями холестаза и билиарном циррозе печени
2. гемахроматозе
3. болезни Вильсона – Коновалова
4. описторхозе

135.ФЕРМЕНТОМ, МЕТАБОЛИЗИРУЮЩИМ АЛКОГОЛЬ В ОРГАНИЗМЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

алкогольдегидрогеназа

глюкозо-6-фосфатаза

алкогольоксидаза

алкогольсинтетаза

136.СТУПЕНЧАТЫЕ И МОСТОВИДНЫЕ НЕКРОЗЫ ПЕЧЕНИ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ

1. хроническом гепатите выраженной степени активности
2. гемахроматозе
3. желчнокаменной болезни
4. жировой дистрофии печени

137.СИМПТОМ ИЗЖОГИ ВЫРАЖЕН ПРИ

1. гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
2. хроническом холецистите
3. хроническом пиелонефрите
4. хроническом панкреатите

138.К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ЛЕЧЕНИЯ ОТЕКОВ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ОТНОСЯТ

1. инфузии альбумина, мочегонные препараты
2. антиагреганты, антикоагулянты, антибиотики
3. глюкокортикоиды, цитостатики, антиагреганты, антикоагулянты
4. глюкокортикоиды, антикоагулянты, антибиотики

139. ПОКАЗАНИЕМ К СРОЧНОМУ ПРОВЕДЕНИЮ ГЕМОДИАЛИЗА ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. повышение уровня калия сыворотки 6,5 ммоль/л и более
2. высокая гипертензия
3. олигурия
4. повышение уровня мочевины более 10 ммоль/л

140. ПОКАЗАНИЯМИ К НАЗНАЧЕНИЮ ЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЭРИТРЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. спленомегалия, лейкоцитоз, тромбоцитоз
2. лейкопения, тромбоцитопения
3. плеторический синдром
4. эритромелалгия

141. К ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИАНТНОЙ СТЕНОКАРДИИ ОТНОСЯТ

1. антагонисты кальция
2. Никорандил
3. бета-адреноблокаторы
4. ингибиторы АПФ

142. ПРИ НАЛИЧИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРИЁМУ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ БОЛЬНЫМ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ И СИНУСОВЫМ РИТМОМ С ЧСС > 80 МОЖЕТ БЫТЬ НАЗНАЧЕН

1. Ивабрадина гидрохлорид
2. Гидрохлоротиазид
3. Эналаприл
4. Нифедипин

143. ХАРАКТЕР ЭКСТРЕННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (ТРОМБОЛИЗИС) ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1. положением сегмента ST относительно изоэлектрической линии на электрокардиограмме
2. наличием зубца Q на электрокардиограмме
3. наличием (-) зубца T на электрокардиограмме
4. появлением экстрасистолы на электрокардиограмме

144. АУТОИММУННЫЙ ГЕПАТИТ ЭФФЕКТИВНО ЛЕЧИТСЯ

1. Преднизолоном
2. Панкреатином
3. Рибавирином
4. Интерфероном

145. В ТЕРАПИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВКЛЮЧАЮТ

1. ферменты (панкреатин)
2. кортикостероиды
3. сосудистые препараты
4. ингибиторы АПФ

146.ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. тяжелая дисплазия слизистой оболочки толстой кишки
2. прием глюкокортикоидов
3. развитие склерозирующего холангита
4. развитие псевдополипоза

147.ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ФАКТОРОМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА ВОЗМОЖНОСТЬ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. желудочковая тахикардия
2. стенокардия напряжения
3. развитие сердечной недостаточности
4. полная блокада левой ножки пучка Гиса

148.НЕПРЯМЫЕ ОРАЛЬНЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ

1. кардиоэмболических осложнений
2. развития сердечной недостаточности
3. возникновения пароксизмов фибрилляции предсердий
4. прогрессирования стенокардии напряжения

149.БОЛЬ В ОБЛАСТИ ВЕРХУШКИ СЕРДЦА, ВОЗНИКАЮЩАЯ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И ПРОХОДЯЩАЯ ЧЕРЕЗ НЕСКОЛЬКО МИНУТ ПОСЛЕ ЕЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ

1. атипичной стенокардией
2. типичной стенокардией
3. кардиалгией
4. ангинозным статусом

150.ЗАГРУДИННАЯ БОЛЬ, ВОЗНИКАЮЩАЯ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И ПРОХОДЯЩАЯ ЧЕРЕЗ НЕСКОЛЬКО МИНУТ ПОСЛЕ ЕЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ

1. типичной стенокардией
2. атипичной стенокардией
3. кардиалгией
4. ангинозным статусом

151.ЗАГРУДИННАЯ БОЛЬ, ВОЗНИКАЮЩАЯ ПРИ БЫСТРОЙ ХОДЬБЕ ИЛИ ПОДЪЕМЕ ПО ЛЕСТНИЦЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА ОДИН ПРОЛЕТ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ _____ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ

1. II
2. I
3. III
4. IV

152.ЗАГРУДИННАЯ БОЛЬ, ВОЗНИКАЮЩАЯ ПРИ СПОКОЙНОЙ ХОДЬБЕ НА РАССТОЯНИЕ 100–200 МЕТРОВ ИЛИ ПРИ ПОДЪЕМЕ ПО ЛЕСТНИЦЕ НА ОДИН ПРОЛЕТ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ _____ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ

1. III
2. I
3. II
4. IV

153. ПОЯВЛЕНИЕ УСТАЛОСТИ, СЕРДЦЕБИЕНИЯ, ОДЫШКИ ПРИ ЧРЕЗМЕРНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ БОЛЬНЫХ С _____ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ КЛАССОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1. I
2. II
3. III
4. IV

154. СИМПТОМЫ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТМЕЧАЮТСЯ В ПОКОЕ И РЕЗКО ВОЗРАСТАЮТ ПРИ МИНИМАЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ С _____ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ КЛАССОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1. IV
2. I
3. II
4. III

155. ПРИЗНАКИ ВЕНОЗНОГО ЗАСТОЯ ТОЛЬКО В МАЛОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ МОГУТ ОТМЕЧАТЬСЯ ПРИ _____ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1. ПА
2. I
3. ПБ
4. III

156. ТЯЖЕЛАЯ ТРАНСМУРАЛЬНАЯ ИШЕМИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА ЭКГ

1. элевацией сегмента ST
2. депрессией сегмента ST
3. появлением зубца Q
4. инверсией зубца T

157. ТЯЖЕЛАЯ СУБЭНДОКАРДИАЛЬНАЯ ИШЕМИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА ЭКГ

1. депрессией сегмента ST
2. элевацией сегмента ST
3. появлением зубца Q
4. инверсией зубца T

158. ПРИЧИНОЙ СПОНТАННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА МОЖЕТ СТАТЬ

1. коронарный тромбоз, спровоцированный разрывом бляшки
2. тяжелая гиперхолестеринемия
3. резкое снижение артериального давления
4. эмболия коронарных артерий

159. ПРИ ПЕРИКАРДИТЕ ЭЛЕВАЦИЯ СЕГМЕНТА ST МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ

1. депрессией сегмента PQ
2. депрессией ST в отведениях от противоположной стенки
3. зубриной на нисходящем колене зубца R
4. появлением патологического зубца Q

160. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИИ ПРИНЦИПИАЛЬНО ВАЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

1. рентгенологически подтвержденного легочного инфильтрата
2. температуры тела пациента выше 38 °С
3. гнойной мокроты
4. лейкоцитоза

161. ДЛЯ ПЕРВОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО ПРИСТУПА ТИПИЧНО ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ

1. плюснефаланговых
2. пястнофаланговых
3. голеностопных
4. коленных

162. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. эндоскопическое
2. рентгенологическое
3. гистологическое
4. рН-метрическое

163. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНУЮ РЕФЛЮКСНУЮ БОЛЕЗНЬ В ФОРМЕ

1. гастроэзофагеального рефлюкса с эзофагитом
2. кандидозного эзофагита
3. синдрома Мэллори-Вейса
4. диффузного эзофагоспазма

164. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИИ H. PYLORI ЯВЛЯЕТСЯ

1. дыхательный уреазный тест
2. определение антигена H. pylori в биоптате (ПЦР диагностика)
3. микробиологический тест
4. цитологический тест в мазке-отпечатке

165. ДЛЯ ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО

1. снижение протромбинового индекса, повышение билирубина, снижение альбумина
2. снижение протромбинового индекса, снижение билирубина, повышение трансаминаз
3. повышение билирубина, повышение трансаминаз, повышение холестерина
4. повышение протромбинового индекса, повышение билирубина, повышение трансаминаз

166. КЛИНИЧЕСКИ ЗАПОДОЗРИТЬ ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОЗВОЛЯЮТ

1. нарастание желтухи, геморрагический синдром
2. желтуха, слабость

3. геморрагический синдром, похудание
4. нарастание слабости, желтуха

167. НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ МЕТОДОМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕЧЕНОЧНОЙ И ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ СЛУЖИТ

1. ультразвуковое исследование органов брюшной полости
2. эндоскопическое исследование пищевода и желудка
3. биохимическое исследование крови на содержание билирубина, щелочной фосфатазы
4. биохимическое исследование крови на содержание АЛТ и АСТ

168. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА ВАЖНО ИССЛЕДОВАНИЕ

1. уровня сывороточного гастрина
2. антител к *H. pylori*
3. калия и натрия крови
4. уровня инсулина и С-пептида

169. К РАННИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСЯТ

1. полифекалию
2. сахарный диабет
3. кахексию
4. «панкреатическую холеру»

170. САМЫМ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ АСЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. спонтанный бактериальный асцит-перитонит
2. пупочная грыжа
3. одышка
4. развитие венозных коллатералей на брюшной стенке

171. ОСЛОЖНЕНИЕМ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

1. дивертикулит
2. рак толстой кишки
3. язвенный колит
4. запор

172. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНЫЙ КОЛИТ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО ИССЛЕДОВАНИЕ

1. кала на токсины А и В *Cl. difficile*
2. копрограммы на амилорею и стеаторею
3. обзорной рентгенограммы органов брюшной полости
4. клинического анализа крови

173. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДВУСТОРОННЕЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ТОЛЩИНЫ КОРКОВОГО СЛОЯ ПОЧЕК ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1. отека почек
2. хронической почечной недостаточности
3. гидронефроза
4. мочекаменной болезни

174. ДЛЯ НАРУШЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ХАРАКТЕРНО

гипостенурия

лейкоцитурия

протеинурия

гематурия

175.ДЛЯ АСПИРИНОВОЙ ТРИАДЫ ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ АСПИРИНА И

1. бронхиальной астмы, полипов носа
2. тугоухости, полипов носа
3. конъюнктивита, вазомоторного ринита
4. саркоидоза легких, хронического отита

176.ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ В ЛЕЙКОФОРМУЛЕ МОКРОТЫ ХАРАКТЕРНО ВЫСОКОЕ СОДЕРЖАНИЕ

1. эозинофилов
2. макрофагов
3. лимфоцитов
4. нейтрофильных лейкоцитов

177.АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ БЕТА-АДРЕНОБЛОКТОРОВ СЛУЖИТ

1. бронхиальная астма
2. хроническая обструктивная болезнь легких
3. атеросклероз сосудов нижних конечностей
4. атриовентрикулярная блокада I степени

178.У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ В ПОКОЕ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ (УД/МИН)

1. 55-60
2. 50-55
3. 60-65
4. 65-70

179.ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВУЮ КИСЛОТУ НАЗНАЧАЮТ В СУТОЧНОЙ ДОЗЕ (МГ)

1. 75-100
2. 150-200
3. 250-300
4. 400-500

180.ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ СТЕНТА БЕЗ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПОКРЫТИЯ ДВОЙНАЯ АНТИТРОМБОЦИТАРНАЯ ТЕРАПИЯ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ КАК МИНИМУМ В ТЕЧЕНИЕ (МЕС.)

1. 12
2. 3
3. 6
4. 1

181.ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ СТЕНТА С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ ДВОЙНАЯ АНТИТРОМБОЦИТАРНАЯ ТЕРАПИЯ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ КАК МИНИМУМ В ТЕЧЕНИЕ (МЕС.)

1. 6
2. 1
3. 3
4. 12

182.У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ УРОВЕНЬ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ (ММОЛЬ/Л)

1. 5,0
2. 4,5
3. 4,0
4. 3,5

183.НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ У ПАЦИЕНТОВ, В ПОСЛЕДнюю НЕДЕЛЮ РЕГУЛЯРНО НЕ ПРИНИМАВШИХ ДАННЫЙ ПРЕПАРАТ СОСТАВЛЯЕТ (МГ)

1. 150-325
2. 75-100
3. 100-150
4. 300-500

184.НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА КЛОПИДОГРЕЛА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ СОСТАВЛЯЕТ (МГ)

1. 300
2. 75
3. 150
4. 225

185.ПРИ ОТСУТСТВИИ НА ФОНЕ ПРИЁМА БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ НЕОБХОДИМОГО СНИЖЕНИЯ ЧСС У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СИНУСОВЫМ РИТМОМ К ТЕРАПИИ МОЖНО ДОБАВИТЬ

1. ивабрадин
2. дигоксин
3. верапамил
4. дилтиазем

186.ПОКАЗАНИЕМ К ТРОМБОЛИЗИСУ ИЛИ ЭМБОЛЕКТОМИИ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ СЛУЖАТ

1. шок или артериальная гипотензия
2. признаки перегрузки правого желудочка
3. положительные результаты Д-димер теста
4. положительные результаты тропонинового теста

187.ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВАРФАРИНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЦЕЛЕВОЕ МЕЖДУНАРОДНОЕ НОРМАЛИЗОВАННОЕ ОТНОШЕНИЕ РАВНО

1. 2,0–3,0

2. 1,5–2,5
3. 2,5–3,5
4. 3,0–4,0

188.ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВАРФАРИНА У БОЛЬНЫХ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ЦЕЛЕВОЕ МЕЖДУНАРОДНОЕ НОРМАЛИЗОВАННОЕ ОТНОШЕНИЕ РАВНО

1. 2,0-3,0
2. 1,5-2,0
3. 2,5-3,5
4. 3,0-4,0

189.КАРДИОВЕРСИЮ БЕЗ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ МОЖНО ПРОВОДИТЬ ПРИ ПАРОКСИЗМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ НЕ БОЛЕЕ (ЧАС)

1. 48
2. 36
3. 24
4. 12

190.ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ БЕЗ ФАКТОРОВ РИСКА КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ ДОЛЖНА ПРОДОЛЖАТЬСЯ НЕ МЕНЕЕ (НЕДЕЛЯ)

1. 4
2. 2
3. 3
4. 6

191.МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КАРДИОВЕРСИЯ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ОБЫЧНО ЭФФЕКТИВНА, ЕСЛИ ОТ НАЧАЛА ПАРОКСИЗМА ПРОШЛО НЕ БОЛЕЕ (СУТКИ)

1. 2
2. 7
3. 14
4. 30

192.ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЦА ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1. амиодарон
2. верапамил
3. прокаинамид
4. сердечные гликозиды

193.ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЦА РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧАТЬ

1. амиодарон
2. бета-адреноблокаторы

3. верапамил
4. прокаинамид

194. ДЛЯ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ БЕЗ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧАТЬ

1. амоксициллин
2. тетрациклины
3. цефалоспорины III поколения
4. респираторные фторхинолоны

195. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАРТОВОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ПНЕВМОНИИ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПОСЛЕ НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ ЧЕРЕЗ (В СУТКАХ)

1. 2-3
2. 4-5
3. 6-7
4. 8-10

196. САМЫМ ПОЗДНИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЭФФЕКТИВНОЙ СТАРТОВОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПНЕВМОНИИ СЛУЖИТ

1. исчезновение легочного инфильтрата
2. нормализация или выраженное снижение температуры тела
3. уменьшение степени гнойности мокроты
4. нормализация лейкоцитарной формулы

197. ПОДАГРА СЛУЖИТ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ

1. тиазидных диуретиков
2. ингибиторов АПФ
3. β -адреноблокаторов
4. антагонистов кальция

198. В ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗНОГО ЭЗОФАГИТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕТСЯ

1. флуконазол
2. висмута трикалия дицитрат
3. омепразол
4. алгелдрат + магния гидроксид

199. НАИБОЛЬШИЙ АНТИСЕКРЕТОРНЫЙ ЭФФЕКТ ОКАЗЫВАЕТ

1. омепразол
2. ранитидин
3. висмута трикалия дицитрат
4. алгелдрат + магния гидроксид

200. В СХЕМУ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЭРАДИКАЦИИ H. PYLORI ВХОДИТ

1. Амоксициллин
2. Левофлоксацин
3. Тетрациклин
4. Ципрофлоксацин

201. В ЛЕЧЕНИИ НПВП-ГАСТРОПАТИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ

1. ингибиторы протонной помпы
2. блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов

3. антациды
4. препараты висмута

202. ЭРАДИКАЦИЯ H. PYLORI КАК МЕРА ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НПВП-ГАСТРОПАТИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА И БЕЗОПАСНА

1. до начала терапии НПВП
2. в пределах полугода от начала терапии НПВП
3. при появлении болей в животе или диспепсии
4. при эндоскопической верификации НПВП-гастропатии

203. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1. тяжелое течение гепатита
2. анамнестическое указание на употребление наркотиков
3. развитие алкогольного делирия
4. выраженная слабость

204. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СПОНТАННОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО АСЦИТА-ПЕРИТОНИТА ОПТИМАЛЬНА КОМБИНАЦИЯ

1. цефалоспоринов и альбумина
2. цефалоспоринов и препарата L-орнитина
3. альбумина и диуретиков
4. диуретиков и гепатопротекторов

205. СРЕДСТВОМ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. месалазин
2. преднизолон
3. амоксициллин
4. дротаверин

206. ИНГИБИТОРЫ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ В ЛЕЧЕНИИ

1. болезни Крона
2. дизентерии
3. синдрома раздраженного кишечника
4. дивертикулярной болезни кишечника

207. ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ТЕРАПИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ПРИДАЕТСЯ

1. ингибиторам протонной помпы
2. антибиотикам
3. спазмолитикам
4. антацидам

208. ЛИХОРАДКА, МИАЛГИИ, ГИПЕРЭОЗИНОФИЛИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1. трихинеллеза
2. лямблиоза
3. тениаринхоза
4. токсоплазмоза

209. ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА ПАЦИЕНТА 35 ЛЕТ НЕСПОРТИВНОГО ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ РАВНЫЙ 34,0 КГ/М²; СООТВЕТСТВУЕТ СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ

1. I
2. II
3. III
4. IV

300.НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ И ЗНАЧИМЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. биопсия почек
2. анализ мочи по Нечипоренко
3. УЗИ почек
4. позитронно-эмиссионная томография почек

301.НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ОПРЕДЕЛЯЕТ ЗАПАСЫ ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ

1. уровень сывороточного ферритина
2. уровень трансферрина
3. общая железосвязывающая способность сыворотки
4. уровень сывороточного железа

302.НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМИ ГИПОТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИ СОЧЕТАНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 ЯВЛЯЮТСЯ

1. ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
2. блокаторы бета-адренорецепторов
3. блокаторы ренина
4. диуретики

303.ПРИ СОЧЕТАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ДЛЯ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРОТИВОПОКАЗАН

1. Атенолол
2. Верапамил
3. Каптоприл
4. Празозин

304.НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СПОСОБОМ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА ЯВЛЯЕТСЯ

1. введение гриппозных вакцин
2. закаливание организма
3. приём больших доз аскорбиновой кислоты
4. приём поливитаминных препаратов

305.ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕФРОГЕННОЙ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ДВУСТОРОННЕГО СТЕНОЗА ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ИЛИ СТЕНОЗА АРТЕРИИ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ) АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

1. ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и диуретики
2. блокаторы бета-адренорецепторов и блокаторы медленных кальциевых каналов
3. блокаторы альфа-адренорецепторов и препараты раувольфия
4. препараты центрального действия и агонисты имидазолиновых рецепторов

306.В ПРОЦЕССЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЛЯ РЕТРОСПЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ОПРЕДЕЛЯЮТ УРОВЕНЬ

1. гликированного гемоглобина
2. постпрандиальной гликемии
3. гликемии натощак
4. глюкозурии

307. САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ГИПЕРТОНической БОЛЕЗНИ III СТАДИИ, ХСН II А (2 в

1. местных кардиологических санаториях вне курортов
2. на климатических курортах
3. на бальнеологических курортах
4. на курортах с особыми лечебными факторами КЛ.

308. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА РЕКОНВАЛЕСЦЕНТАМИ ПО АНГИНЕ ПРОВОДИТСЯ В ТЕЧЕНИЕ 1

1. месяца
2. недели
3. квартала
4. года

309. ПАЦИЕНТУ, СТРАДАЮЩЕМУ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ПРИСТУПАМИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ, ПОКАЗАНО САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

1. в местном санатории вне курорта
2. на бальнеологическом курорте
3. на климатическом курорте
4. на курорте с особыми лечебными факторами

310. САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НЕ ДОПУСКАЕТСЯ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ БОЛЕЕ ЧЕМ _____ СТЕПЕНИ

1. II
2. III
3. I
4. IV

311. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФОСМОТРОВ КРИТЕРИЯМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ СИСТОЛИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ _____ ММ РТ.СТ. И ВЫШЕ И/ЛИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ _____ ММ РТ.СТ. И ВЫШЕ

1. 140 / 90
2. 130 / 80
3. 160 / 95
4. 160 / 90

312. МЕТОДОМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА ЯВЛЯЕТСЯ

1. вакцинация
2. закаливание организма
3. применение амантадина
4. применение лейкоцитарного интерферона

313. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ИНАКТИВИРОВАННОЙ ГРИППОЗНОЙ ВАКЦИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. гиперчувствительность к яичному белку

2. иммуносупрессия
3. дисфункция почек
4. инсулинзависимый сахарный диабет

314.К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА ОТНОСЯТ

1. курение
2. женский пол
3. высокое содержание липопротеидов холестерина высокой плотности
4. злоупотребление алкоголем

315.ФАКТОРОМ, УМЕНЬШАЮЩИМ РИСК РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, ЯВЛЯЕТСЯ

1. «средиземноморская» диета
2. курсовое голодание
3. плазмаферез
4. занятия «большим» спортом

316.К МЕРОПРИЯТИЯМ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОТНОСИТСЯ

1. устранение причин развития заболевания
2. раннее выявление заболевания
3. своевременное начало лечения заболевания
4. паллиативная медицинская помощь

317.РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ДОКЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ПОСРЕДСТВОМ МАССОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ПАЦИЕНТОВ НАЗЫВАЕТСЯ

1. скрининг
2. мониторинг
3. первичная профилактика
4. диспансеризация

318.ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ УРОВЕНЬ АДРЕНКОРТИКОТРОПНОГО ГОРМОНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ

1. повышается
2. снижается на 50%
3. снижается на 70%
4. находится в пределах референсных значений

319.КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА ХАРАКТЕРИЗУЮТ БОЛЕЗНЬ АДДИСОНА?"

1. гиперкалиемия
2. гипернатриемия
3. гипокалиемия
4. гиперхлоремия

320.В ДИАГНОСТИКЕ АКРОМЕГАЛИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРОБА

1. оральный глюкозотолерантный тест
2. ортостатическая
3. с водной нагрузкой
4. с сухоедением

321.ПРИ НЕСАХАРНОМ ДИАБЕТЕ ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ МОЧИ КОЛЕБЛЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ

1. 1001-1005 (при количестве мочи 5 - 20-40 литров)
2. 1006-1015 (при количестве мочи 5 - 20-30 литров)
3. 1022-1043 (при количестве мочи 2-3 литра)
4. 1013-1028 (при количестве мочи 5-20 литров)

322.НОРМА КОНЦЕНТРАЦИЯ ГЛЮКОЗЫ В ЦЕЛЬНОЙ КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ ПРИЁМА 75 Г ГЛЮКОЗЫ СОСТАВЛЯЕТ ДО (ММОЛЬ/Л)

1. 7,8
2. 10,1
3. 9,2
4. 8,6

333.НАЧАЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. образование аневризм сосудов сетчатки
2. пролиферативное изменение сетчатки
3. новообразование сосудов сетчатки
4. наличие кровоизлияний

334.КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. дегидратация
2. судорожный синдром
3. быстрое развитие комы
4. нормальный или повышенный тонус глазных яблок

335.К ОСНОВНОМУ КЛИНИЧЕСКОМУ СИМПТОМУ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ОТНОСЯТ

1. частый жидкий стул с примесью крови
2. боли в эпигастрии
3. запоры
4. рвоту, приносящую облегчение

336.МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. колоноскопия с прицельным биопсийным исследованием
2. фиброгастроскопия
3. дуоденальное зондирование
4. ирригоскопия

337.К МОРФОЛОГИЧЕСКОМУ ПРИЗНАКУ АКТИВНОСТИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ОТНОСЯТ

1. наличие нейтрофильных лейкоцитов в собственной пластинке слизистой оболочки кишечной стенки
2. наличие пролиферативной активности фибробластов
3. эозинофильную инфильтрацию слизистой оболочки кишки
4. рубцовые изменения слизистой оболочки

338.ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. длительное применение антибиотиков
2. пищевая токсикоинфекция
3. злоупотребление алкоголем
4. *Helicobacter pylori*

339.ПРИЧИНОЙ ПИЩЕВОДНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. повышение давления в портальной вене
2. снижение гемоглобина крови
3. высокая вирусная нагрузка
4. желтуха

340.ГИПЕРСПЛЕНИЗМ ВСТРЕЧАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ

1. циррозом печени
2. желчнокаменной болезнью
3. язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки
4. амилоидозом

341.СНИЖЕНИЕ АЛЬБУМИНОВ КРОВИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

1. нарушения синтетической функции гепатоцитов
2. нарушения всасывания белков из кишечника
3. портальной гипертензии
4. диспротеинемии

342.НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВЫСТУПАЕТ

1. внутрипеченочный блок при циррозе печени
2. внепеченочный блок в результате тромбоза селезеночной вены
3. синдром Бадда-Киари
4. внутрипеченочный холестаз

343.ХОБЛ ТЯЖЁЛОГО И КРАЙНЕ ТЯЖЁЛОГО ТЕЧЕНИЯ С ЧАСТЫМИ ОБОСТРЕНИЯМИ С ГОСПИТАЛИЗАЦИЯМИ И ВЫРАЖЕННЫМИ СИМПТОМАМИ СООТВЕТСТВУЕТ ГРУППЕ

1. D
2. A
3. B
4. C

344.ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

1. двухсторонней диссеминацией
2. отсутствием диссеминации
3. наличием очаговых образований
4. наличием полостных образований

345.К АЛЬВЕОЛИТАМ ОТНОСИТСЯ

1. токсический альвеолит
2. саркоидоз легких
3. гемосидероз легких
4. диссеминированный туберкулез легких

346.ПРИ ДИФфуЗНОМ ПРОЦЕССЕ В ЛЕГКИХ НЕЯСНОЙ ПРИРОДЫ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ БРОНХОСКОПИЮ И СДЕЛАТЬ

1. щипцовую биопсию
2. соскабливание

3. пункцию лимфоузлов
4. смыв бронхоальвеолярной жидкости

347.ОБРАТИМАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1. бронхиальной астмы
2. тромбоэмболии легочной артерии
3. обструктивной эмфиземы легких
4. хронической обструктивной болезни легких

348.ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЮТСЯ

1. ингибиторы АПФ
2. β-адреноблокаторы
3. диуретики
4. сердечные гликозиды

349.ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ СОСТОИТ В

1. усилении высвобождения инсулина из поджелудочной железы
2. восстановлении физиологической чувствительности бета-клеток к гликемии
3. снижении количества неэстерифицированных жирных кислот и глицерина
4. усилении утилизации глюкозы в печени и мышцах

350.БАЗИСНОЙ ТЕРАПИЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

1. ингаляционные глюкокортикоиды
2. нестероидные противовоспалительные препараты
3. холинолитики
4. антибиотики

351.ПРИСТУП УДУШЬЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ КУПИРУЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕМ

1. сальбутамола
2. теофиллина
3. сальметерола
4. беклометазона

352.ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ АТИПИЧНЫМИ МИКРООРГАНИЗМАМИ, ЯВЛЯЮТСЯ

1. макролиды
2. карбапенемы
3. защищенные пенициллины
4. аминогликозиды

353.АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА 2 СТЕПЕНИ ТИПА МОБИТЦ 1 ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. постепенным удлинением PQ с периодическим выпадением QRS
2. редким правильным ритмом
3. периодическим выпадением P и QRS
4. постоянным интервалом PQ с периодическим выпадением QRS

354.ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

1. дилатационной кардиомиопатии

2. гипертрофической кардиомиопатии
3. дефекта межпредсердной перегородки
4. перикардита

355. АСИММЕТРИЧНАЯ ГИПЕРТРОФИЯ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1. гипертрофической кардиомиопатии
2. дилатационной кардиомиопатии
3. артериальной гипертензии
4. аортальном стенозе

356. ДЛЯ КРУПНООЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. подъем сегмента ST
2. инверсия зубцов T
3. депрессия сегмента ST
4. увеличение амплитуды зубца T

357. ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ВЫСТУПАЕТ

1. уменьшение сердечного выброса
2. снижение сосудистого тонуса
3. уменьшение объема циркулирующей крови
4. венозный застой

358. АБДОМИНАЛЬНЫЙ СОСУДИСТЫЙ ШУМ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ

1. реноваскулярной артериальной гипертензии
2. ренопаренхиматозной артериальной гипертензии
3. недостаточности аортального клапана
4. феохромоцитоме

359. ЖИРОВАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1. сахарного диабета 2 типа
2. хронической сердечной недостаточности
3. системной красной волчанки
4. саркоидоза с поражением печени

400. О НАЛИЧИИ СИНДРОМА ХОЛЕСТАЗА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

1. повышение уровня щелочной фосфатазы
2. повышение уровней аминотрансфераз
3. повышение уровня гамма-глобулинов
4. снижение уровня липопротеидов

401. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. Clostridium difficile
2. Escherichia coli
3. неспецифическая кокковая флора
4. неустановленный микроорганизм

402. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. панцитопения
2. гипохромия эритроцитов

3. анизо-пойкилоцитоз
4. макроцитоз эритроцитов

403.ПРИ НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО АНЕМИИ И ТРОМБОЦИТОПЕНИИ, БЛАСТОЗА В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ О

1. остром лейкозе
2. апластической анемии
3. В12-дефицитной анемии
4. системной красной волчанке

404.БРОНХИАЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНА С ПОМОЩЬЮ

1. спирографии
2. бронхоскопии
3. исследования газов крови
4. рентгенологического исследования

405.ГОСПИТАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ

1. через 48 и более часов после поступления в стационар
2. в момент поступления в стационар и позднее
3. через 12 и более часов после поступления в стационар
4. через 24 и более часов после поступления в стационар

406.МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ КРАПИВНИЦЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. волдырь
2. эскориация
3. пятно
4. лихенификация

407.СИМПТОМОМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

1. гипопротеинемия
2. гиперпротеинемия
3. гематурия
4. артериальная гипертензия

408.БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБА СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ПРИ НАЛИЧИИ

1. 100000 бактерий/мл мочи и более
2. 100 бактерий/мл мочи и более
3. 500 бактерий в утренней порции мочи
4. 10000 бактерий в суточной моче

409.ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

1. снижение продукции эритропоэтина
2. дефицит витамина В12
3. дефицит железа
4. кровопотеря

410.НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ТЕСТОМ ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЮТСЯ АНТИТЕЛА

1. к двуспиральной дезоксирибонуклеиновой кислоте

2. антигладкомышечные
3. антинуклеарные
4. к цитоплазме нейтрофилов

411.ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ У БОЛЬНОЙ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ, ИМЕЮЩЕЙ ПОЛОЖИТЕЛЬНУЮ ПРОБУ КУМБСА, СЛУЖИТ

1. гемолиз
2. кровотечение
3. подавление красного ростка
4. дефицит внутреннего фактора Кастла

412.БОЛИ В СУСТАВАХ ПРИ НАГРУЗКЕ, ПРОХОДЯЩИЕ В ПОКОЕ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1. остеоартроза
2. подагрического артрита
3. ревматоидного артрита
4. реактивного артрита

413.ИЗМЕНЕНИЕМ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. депрессия сегмента ST
2. патологический зубец Q
3. полная блокада ножек пучка Гиса
4. удлинение интервала PQ

414.НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ У БОЛЬНОЙ 46 ЛЕТ С РАЗВИВАЮЩИМИСЯ НОЧЬЮ ПРИСТУПАМИ ЗАГРУДИННЫХ БОЛЕЙ, ВО ВРЕМЯ КОТОРЫХ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ ПРЕХОДЯЩИЙ ПОДЪЁМ СЕГМЕНТА ST, ЯВЛЯЕТСЯ

1. вариантная стенокардия
2. острый миокардит
3. прогрессирующая стенокардия
4. острый тромбоэндокардит

415.НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОМНИТЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ВЫСТУПАЕТ

1. нагрузочный тест
2. электрокардиография
3. эхокардиография
4. рентгенография сердца

416.ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПОВЫШЕНИЯ В КРОВИ ТРОПОНИНА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА СОСТАВЛЯЕТ

1. до 14 дней
2. до 12 часов
3. 1 день
4. 1 месяц

417.ИЗМЕНЕНИЕМ В АНАЛИЗЕ МОЧИ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ II СТАДИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. микроальбуминурия
2. снижение удельного веса

3. повышение удельного веса
4. лейкоцитурия

418.НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ДЛЯ МИТРАЛЬНОЙ КОНФИГУРАЦИИ СЕРДЦА, ВЫЯВЛЯЕМЫМ ПРИ ПЕРКУССИИ СЕРДЦА, ЯВЛЯЕТСЯ

1. смещение вверх верхней границы и сглаживание «тали» сердца
2. смещение вправо правой границы
3. треугольная форма сердца
4. смещение левой границы влево

419.МАКСИМАЛЬНАЯ ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1. стенозе устья аорты
2. недостаточности митрального клапана
3. стенозе митрального клапана
4. недостаточности трикуспидального клапана

420.ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ

1. только при остром коронарном синдроме с подъемом ST
2. только при остром коронарном синдроме без подъема ST
3. при любом остром коронарном синдроме
4. при нестабильной стенокардии

421.К ТРОМБОЛИТИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТ

1. Тенектеплазу
2. Бивалирудин
3. Фондапаринукс
4. Эноксапарин

422.ВОССТАНОВЛЕНИЕ СИНУСОВОГО РИТМА БЕЗ ПОДГОТОВКИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ ВОЗМОЖНО ПРИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ МЕНЕЕ

1. 48 часов
2. 7 суток
3. 30 суток
4. 72 часов

423.ПРИ ДВУСТОРОННЕМ СТЕНОЗЕ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ

1. ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
2. диуретики
3. блокаторы кальциевых каналов
4. агонисты имидазолиновых рецепторов

424.БОЛЬНЫЕ С ЦЕЛИАКИЕЙ МОГУТ УПОТРЕБЛЯТЬ

1. картофель
2. макаронные изделия
3. черный хлеб
4. колбасные изделия

425.ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВАРФАРИНА ТРЕБУЕТСЯ ЛАБОРАТОРНЫЙ КОНТРОЛЬ

1. международного нормализованного отношения
2. активированного частичного тромбопластинового времени

3. агрегации тромбоцитов
4. уровня фибриногена

426.ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ

1. непрерывно
2. при появлении симптомов «легочного сердца»
3. в период обострения заболевания и в виде профилактических курсов
4. весной и осенью

427.ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ

1. Сальбутамол
2. Ипратропия бромид
3. Флутиказон
4. Натрия кромогликат

428.ИНГАЛЯЦИОННЫМ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Флутиказон
2. Гидрокортизон
3. Преднизолон
4. Дексаметазон

429.К ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ, СНИЖАЮЩИХ ВНУТРИКЛУБОЧКОВУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ, ОТНОСЯТ

1. ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
2. бета-адреноблокаторы
3. диуретики
4. статины

430.ПОКАЗАНИЕМ К СРОЧНОМУ НАПРАВЛЕНИЮ БОЛЬНОГО С ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ГЕМОДИАЛИЗ ЯВЛЯЕТСЯ

1. высокая гиперкалиемия
2. выраженная олигурия
3. анасарка
4. тяжелая гипертония

431.ПРИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

1. аторвастатин
2. эналаприл
3. торасемид
4. ацетилсалициловая кислота

432.К АНТИАГРЕГАНТАМ ОТНОСИТСЯ

1. клопидогрел
2. изосорбида динитрат
3. бисопролол
4. эналаприл

433.ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ГЕПАРИНА ТРЕБУЕТСЯ ЛАБОРАТОРНЫЙ КОНТРОЛЬ

1. активированного частичного тромбопластинового времени
2. международного нормализованного отношения
3. агрегации тромбоцитов

4. уровня фибриногена

434. ПОБОЧНУЮ РЕАКЦИЮ В ВИДЕ ОТЕКА ЛОДЫЖЕК И СТОП МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬ

1. амлодипин
2. метопролол
3. эналаприл
4. дигоксин

435. ТЯЖЕСТЬ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПУТЕМ

1. исследования функции внешнего дыхания
2. аускультации легких
3. перкуссии легких
4. бронхографии

436. МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

1. спирография
2. рентгеноскопия
3. ларингоскопия
4. электрокардиография

437. МОКРОТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЮ ЛЕГКИХ ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ

1. имеет слизистый характер и белесоватый цвет
2. имеет гнойный характер и при стоянии расслаивается
3. очень скудная и трудно поддается оценке
4. белая, пенная, обильная

438. ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО НАЛИЧИЕ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ

1. ослаблением голосового дрожания
2. усилением бронхофонии
3. сухими хрипами
4. усилением голосового дрожания

439. БОЧКООБРАЗНАЯ ФОРМА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, ИЗМЕНЕНИЕ ФОРМЫ НОГТЕЙ ПАЛЬЦЕВ РУК («ЧАСОВЫЕ СТЕКЛА») ПРИ НЕАТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О РАЗВИТИИ У БОЛЬНОГО

1. эмфиземы лёгких
2. пневмоторакса
3. острого респираторного заболевания
4. пневмонии

440. ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

1. уменьшение скорости прогрессирования болезни
2. устранение бактериовыделения с мокротой
3. обратное развитие эмфиземы
4. подготовка пациента к хирургическому лечению

441. ПОКАЗАНИЕМ К ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ОБЪЕМЕ 4 СТУПЕНИ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. тяжелая персистирующая бронхиальная астма
2. тяжелая интермиттирующая бронхиальная астма
3. бронхиальная астма физического усилия
4. легкая интермиттирующая бронхиальная астма

442.ПРОЯВЛЕНИЕМ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА III СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. гипоксическая кома
2. свистящее дыхание
3. амфорическое дыхание
4. немое легкое

443.К ПРИЗНАКАМ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСЯТ

1. приступы бронхоспазма на определенные аллергены
2. возникновение бронхиальной астмы в пожилом возрасте
3. приступы удушья при обострении хронического бронхита
4. частые ночные приступы бронхоспазма

444.К АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКАМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСЯТ

1. свистящие хрипы на выдохе
2. бронхиальное дыхание
3. амфорическое дыхание
4. влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы

445.ТЕРАПИЯ АЛЬФА-1-АНТИТРИПСИНОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

1. эмфиземе легких
2. эхинококкозе легких
3. абсцессе легких
4. приступе бронхиальной астмы

446.ЗВУК РАЗЛИПАНИЯ АЛЬВЕОЛ, ВЫСЛУШИВАЕМЫЙ НА ВЫСОТЕ ВДОХА ПРИ ЭКССУДАТИВНЫХ ПРОЦЕССАХ, НАЗЫВАЕТСЯ

1. крепитацией
2. флотацией
3. бронхофонией
4. шумом трения плевры

447.ПОД ТЕРМИНОМ «ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ» ПРИНЯТО ПОНИМАТЬ НАРУШЕНИЕ

1. вентиляции, транспорта и утилизации кислорода в легких
2. газотранспортной функции крови
3. тканевого метаболизма кислорода
4. бронхиальной проходимости

448.ТРЕХСЛОЙНОСТЬ МОКРОТЫ ПОСЛЕ ОТСТАИВАНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1. абсцесса легкого и бронхоэктазов
2. саркоидоза
3. экзогенного аллергического альвеолита
4. хронический обструктивный бронхит

449.НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПРИНЯТО НАЗЫВАТЬ ПНЕВМОНИЮ, ВОЗНИКШУЮ

1. позднее 48 часов после госпитализации человека

2. у ранее не леченного человека
3. у больного, лечившегося в домашних условиях от другого заболевания
4. у беременной женщины после 20 недель беременности

450. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ АБСЦЕССА ЛЁГКИХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ С

1. кавернозным туберкулёзом лёгких
2. хроническим бронхитом
3. синдромом Хаммена – Рича
4. бронхиальной астмой

451. МОКРОТА У БОЛЬНЫХ С БРОНХОЭКТАЗАМИ

1. имеет гнойный характер и при стоянии расслаивается
2. всегда содержит свежую алую кровь
3. имеет слизистый характер и белесоватый цвет
4. белая, пенная, обильная

452. ДЛИТЕЛЬНОЕ КРОВОХАРКАНИЕ ПРИ СУХОМ КАШЛЕ ЗАСТАВЛЯЕТ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ПОДОЗРЕВАТЬ

1. рак бронхов
2. кавернозную форму туберкулеза легких
3. бронхоэктатическую болезнь
4. пневмокониоз

453. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЭМПИРИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

1. Амоксициллин, Кларитромицин
2. Ципрофлоксацин, Пефлоксацин, Офлоксацин
3. Эритромицин, Азитромицин
4. Стрептомицин, Гентамицин

454. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ФИБРОЗИРУЮЩЕГО АЛЬВЕОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. одышка
2. повышение температуры тела
3. похудание
4. общая слабость

455. ВАРИАНТ ИНФАРКТА МИОКАРДА С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКОЙ НАЗЫВАЕТСЯ

1. цереброваскулярным
2. ангинозным
3. аритмическим
4. астматическим

456. ЭКГ-ПРИЗНАКОМ АВ-БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ ТИПА МОБИТЦ I ЯВЛЯЕТСЯ

1. постепенное удлинение интервала P-Q при каждом сердечном цикле с последующим выпадением комплекса QRS
2. выпадение комплекса QRS при нормальной продолжительности интервала P-Q
3. отсутствие зубца P перед выпадением комплекса QRS
4. выпадение каждого второго комплекса QRS

**457.АСИММЕТРИЧНАЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

1. гипертрофией межжелудочковой перегородки
2. концентрической гипертрофией левого желудочка
3. гипертрофией правого желудочка
4. гипертрофией обоих желудочков

458.ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

1. легочная артериальная гипертензия
2. венозный застой в малом круге кровообращения
3. повышение внутригрудного давления
4. снижение сердечного выброса

459.ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ВАЖНО ОПРЕДЕЛЯТЬ

1. метанефрины в крови или в моче
2. содержание кортизола в плазме
3. активность ренина плазмы
4. суточную экскрецию альдостерона с мочой

460.ПРИ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИМЕТ МЕСТО

1. ортопноэ
2. набухание шейных вен
3. асцит
4. увеличение печени

461.РАЗВИТИЕ АСИСТОЛИИ ВОЗМОЖНО ПРИ КОМБИНАЦИИ ПРОПРАНОЛОЛА С

1. Верапамилом
2. Каптоприлом
3. Фенобарбиталом
4. Фуросемидом

462.УВЕЛИЧЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА F (ИЛИ A2) НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1. талассемии
2. серповидно-клеточной анемии
3. пароксизмальной ночной гемоглобинурии
4. наследственном сфероцитозе

**463.У БОЛЬНОГО 44 ЛЕТ С ПОСТОЯННЫМИ НОСОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ,
ТЕЛЕАНГИОЭКТАЗИЯМИ НА КОНЧИКАХ ПАЛЬЦЕВ РУК, ЯЗЫКЕ И ДЕСНАХ
НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

1. болезнь Рандю-Ослера
2. острый лейкоз
3. хронический миелолейкоз
4. апластическая анемия

**464.ПЛЕТОРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ЭРИТРЕМИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ В
ОСНОВНОМ**

1. гиперемией кожных покровов, головными болями
2. увеличением объема циркулирующей крови
3. полным и напряженным пульсом
4. лейкоцитозом со сдвигом влево

465. БЕЛОК БЕНС-ДЖОНСА В МОЧЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

1. миеломной болезни
2. хроническом гломерулонефрите
3. нефротическом синдроме
4. макроглобулинемии Вальденстрема

466. КЛЕТКИ БОТКИНА–ГУМПРЕХТА ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ

1. хроническом лимфолейкозе
2. хроническом миелолейкозе
3. миеломной болезни
4. остром миелобластном лейкозе

467. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛЕГИОНЕЛЛЕЗНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. макролиды
2. цефалоспорины
3. аминогликозиды
4. защищенные аминопенициллины

468. ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ОБЯЗАТЕЛЬНО ВОВЛЕКАЕТСЯ ____ КИШКА

1. прямая
2. ободочная
3. слепая
4. тощая

469. У БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ПРИ НАЛИЧИИ ВЫСОКИХ ЗАОСТРЕННЫХ ЗУБЦОВ Т, БРАДИКАРДИИ ВЕРОЯТНА

1. гиперкалиемия
2. гипергликемия
3. гипокалиемия
4. гиперкальциемия

470. РАННИМ И ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПЕЧЕНОЧНОГО ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

1. повышение АЛТ
2. повышение активности альдолазы
3. повышение протромбинового индекса
4. гипоальбуминемия

471. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СТРЕСС-ТЕСТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. аортальный стеноз тяжелой степени
2. недостаточность митрального клапана
3. стабильная стенокардия
4. брадиаритмия

472. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С В₂-АГОНИСТАМИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ _____ ОФВ₁ БОЛЕЕ ____%

1. приростом; 12

2. снижением; 12
3. приростом; 20
4. снижением; 20

473.У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ, ВОЗРАСТАЕТ ЧАСТОТА ПНЕВМОНИЙ, ВЫЗВАННЫХ

1. клебсиеллой
2. пневмококком
3. стрептококком
4. легионеллой

474.У ЛИЦ С СИНДРОМОМ ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. пневмоциста
2. легионелла
3. клебсиелла
4. микоплазма

475.ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ САРКОИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

1. неказеифицирующей эпителиоидноклеточной гранулемы
2. эозинофильной гранулемы и признаков деструкции легкого
3. нейтрофильной инфильтрации
4. участков казеозного некроза

476.ОДНИМ ИЗ КОМПОНЕНТОВ АСПИРИНОВОЙ ТРИАДЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. полипоз носа
2. гайморит
3. тонзиллит
4. бронхит

477.«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКИ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ

1. спирометрия
2. бронхоскопия
3. компьютерная томография
4. пульсоксиметрия

478.ОДНИМ ИЗ КРИТЕРИЕВ В ОПРЕДЕЛЕНИИ УРОВНЯ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. потребность в препаратах неотложной помощи
2. наличие факторов риска обострений заболевания
3. наличие поливалентной сенсibilизации
4. потребность в назначении ингаляционных глюкокортикоидов

479.СИНДРОМ ПЕРЕКРЕСТА (OVERLAP) ВКЛЮЧАЕТ СОЧЕТАНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И

1. хронической обструктивной болезни легких
2. аллергического ринита
3. поливалентной сенсibilизации
4. гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

480.НОЗОКОМИАЛЬНЫЕ (ГОСПИТАЛЬНЫЕ) ПНЕВМОНИИ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТСЯ

1. грамотрицательной флорой
2. пневмококком
3. легионеллой
4. вирусами

481.НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ КРИТЕРИЕМ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ

1. выраженное отклонение оси QRS вправо
2. смещение переходной зоны вправо
3. отклонение оси QRS влево
4. удлинение интервала PQ

482.СОГЛАСНО СПИРОМЕТРИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ, ДЛЯ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРНО ОГРАНИЧЕНИЕ СКОРОСТИ ВОЗДУШНОГО ПОТОКА _____ ОТ ДОЛЖНОГО

1. $50 \% \leq \text{ОФВ1} < 80\%$
2. $30 \% \leq \text{ОФВ1} < 50\%$
3. $40 \% \leq \text{ОФВ1} < 60\%$
4. $20 \% \leq \text{ОФВ1} < 40\%$

483.СОГЛАСНО СПИРОМЕТРИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ, ДЛЯ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРНО ОГРАНИЧЕНИЕ СКОРОСТИ ВОЗДУШНОГО ПОТОКА _____ ОТ ДОЛЖНОГО

1. $30 \% \leq \text{ОФВ1} < 50\%$
2. $50 \% \leq \text{ОФВ1} < 80\%$
3. $40 \% \leq \text{ОФВ1} < 60\%$
4. $20 \% \leq \text{ОФВ1} < 40\%$

484.НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

1. протеинурия
2. артериальная гипертензия
3. изостенурия
4. гиперхолестеринемия

485.КАКОЕ РЕВМАТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЕТСЯ АМИЛОИДОЗОМ ПОЧЕК?

1. ревматоидный артрит
2. системная красная волчанка
3. узелковый полиартериит
4. дерматомиозит

486.ДОКЛИНИЧЕСКАЯ СТАДИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. микроальбуминурией
2. нефротическим синдромом
3. лейкоцитурией
4. гипостенурией

487.ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНА

1. гиперкреатининемия

2. гиперальбуминемия
3. дислипидемия
4. уробилинурия

488.ТЕМНАЯ И ЖЕЛТОВАТАЯ ОКРАСКА КОЖИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОБУСЛОВЛЕНА

1. нарушением выделения урохромов
2. повышением прямого билирубина
3. повышением непрямого билирубина
4. нарушением конъюгированного билирубина

489.ДЛЯ КОЖНОЙ ФОРМЫ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ

1. Бенъе-Мещерского
2. Никольского
3. Мерфи
4. Грефе

490.ПЕРВИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ПРИ ПСОРИАЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. папула
2. везикула
3. бугорок
4. волдырь

491.ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ОСНОВНЫМ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЕМ В КОЖЕ ЯВЛЯЕТСЯ ГРАНУЛЁЗ?

1. красный плоский лишай
2. псориаз
3. пузырьчатка
4. красная волчанка

492.ДЕРМАТОМИОЗИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕМ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

1. кожи, поперечно-полосатых мышц
2. костной системы
3. кожи, костной системы и внутренних органов
4. внутренних органов, скелетных мышц и кожи

493.НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМЫМ ТИПИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. «летучий» артрит
2. малая хорея
3. кольцевидная эритема
4. узловатая эритема

494.ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА ВОЗНИКАЕТ ЧЕРЕЗ

1. 2-3 недели
2. 1-2 года
3. 4 дня
4. 10 месяцев

495.ДЛЯ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПОЛИАРТРИТА ХАРАКТЕРНО

1. поражение крупных и средних суставов

2. стойкое поражение суставов
3. поражение мелких суставов
4. поражение крестцово-подвздошных сочленений

496.ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ

1. проксимальные межфаланговые
2. позвоночника
3. коленные
4. крестцово-подвздошные

497.ПОД ПАННУСОМ ПОНИМАЮТ

1. агрессивную грануляционную ткань
2. синовит
3. узелок Гебердена
4. высокий титр антистрептолизина

498.ГЛАВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ АУТОИММУННОЙ ПРИРОДЫ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. наличие ревматоидного фактора
2. обнаружение LE-клеток
3. наличие высоких титров антистрептолизина
4. обнаружение антител к гладкой мускулатуре

499.БОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА СЧИТАЕТСЯ

1. определение антител к циклическому цитруллинированному пептиду
2. латекс-тест
3. иммуноферментный анализ
4. полимеразная цепная реакция

500.РЕВМАТОИДНЫЙ ФАКТОР ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

1. аутоантитела, как правило IgM, реагирующие с Fc-фрагментом IgG
2. b-макроглобулин
3. антитело к синовиальной оболочке
4. простагландин

501.ВЫЯВЛЕНИЕ БОЛЕЗНЕННОСТИ В ОБЛАСТИ КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНЫХ СУСТАВОВ У БОЛЬНОГО С ДЛИТЕЛЬНО ТЕКУЩИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ МОНОАРТРИТОМ КРУПНОГО СУСТАВА ОСЕВОГО СКЕЛЕТА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

1. анкилозирующем спондилите
2. пояснично-крестцовом остеохондрозе
3. ревматоидном артрите
4. псориатическом артрите

502.ХАРАКТЕРНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ БОЛЕЗНИ РЕЙТЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

1. обнаружение хламидий в соскобе из уретры
2. ревматоидный фактор
3. повышение скорости оседания эритроцитов
4. протеинурия

503.РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА (БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА) ЯВЛЯЕТСЯ

1. двусторонний сакроилеит

2. односторонний сакроилеит
3. округлый дефект костей черепа
4. остеофит пяточных костей и костей таза

504.РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ ОТНОСИТСЯ К ЗАБОЛЕВАНИЯМ

1. воспалительным
2. дегенеративным
3. метаболическим
4. реактивным

505.АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛИТ (БОЛЕЗНЬ БЕХТЕРЕВА) ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТ

1. молодых мужчин
2. детей
3. людей пожилого возраста
4. женщин в климактерическом периоде

506.ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ (БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА) ПЕРВЫМИ ВОВЛЕКАЮТСЯ СУСТАВЫ

1. корневые (плечевые и тазобедренные)
2. проксимальные межфаланговые
3. дистальные межфаланговые
4. коленные

507.ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ ИМЕЕТ

1. высокая активность креатинфосфокиназы
2. повышение уровня белков острой фазы
3. умеренный лейкоцитоз
4. наличие гемолитической анемии

508.ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. резкая мышечная слабость
2. «бабочка» на лице
3. остеолит ногтевых фаланг
4. деформация суставов

509.ПОД КИСТОЙ БЕЙКЕРА ПОНИМАЮТ

1. скопление жидкости в заднем завороте коленного сустава
2. околоуставное кистовидное просветление костной ткани на рентгенограммах
3. скопление воспалительной жидкости в полости сустава
4. скопление жидкости в препателлярной бурсе

510.СКОВАННОСТЬ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ВОЗНИКАЕТ ПОСЛЕ

1. периода покоя
2. принятия горячей ванны
3. физиопроцедуры
4. периода активности

511.ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ОТ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. наличие в крови антител к антигену Scl-70
2. поражение легких
3. присутствие в крови единичных LE-клеток

4. обнаружение ревматоидного фактора

512. АНАЛИЗ МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ ИНФОРМАТИВНЫМ ТЕСТОМ ПРИ ОСЛОЖНЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

1. амилоидозом
2. синдромом Хаммена-Рича
3. миокардитом
4. дигитальном артериитом

513. ПОРАЖЕНИЕМ СЕРДЦА, НЕ ТИПИЧНЫМ ДЛЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. бородавчатый эндокардит
2. миокардиальный фиброз
3. облитерирующий эндартериит коронарных артерий с ишемией миокарда
4. недостаточность митрального клапана

514. ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ СИМПТОМЫ СУХОСТИ, ОТСУТСТВИЯ СЛЮНЫ ВО РТУ, РЕЗЕЙ В ГЛАЗАХ, ОТСУТСТВИЯ СЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СИНДРОМА

1. Шегрена
2. Рейно
3. Жакку
4. Тибъерже-Вайссенбаха

515. ОСОБЕННОСТЬЮ ХРОНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. формирование CREST-синдрома
2. развитие склеродермической почки
3. отсутствие склонности к фиброзу легких
4. отсутствие поражения легочной артерии

516. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЖЕЛУДКА СО СНИЖЕННОЙ КИСЛОТООБРАЗУЮЩЕЙ ФУНКЦИЕЙ ОТНОСЯТ

1. аутоиммунный гастрит
2. гастрит, ассоциированный с хеликобактер пилори
3. рефлюкс-гастрит
4. язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки

517. ПАРИЕТАЛЬНЫЕ (ОБКЛАДОЧНЫЕ) КЛЕТКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА, ПОМИМО СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ, ВЫРАБАТЫВАЮТ

1. внутренний фактор Касла
2. пепсиноген
3. слизь
4. бикарбонаты

518. АНТИТЕЛА К ОБКЛАДОЧНЫМ КЛЕТКАМ ЖЕЛУДКА ОБРАЗУЮТСЯ ПРИ _____ ГАСТРИТЕ

1. аутоиммунном
2. ассоциированном с хеликобактер пилори
3. рефлюкс-
4. лимфоцитарном

519.ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ АГРЕССИИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. соляная кислота
2. липаза
3. амилаза
4. слизь

520.К ПРЕДЪЯЗВЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТ _____ ГАСТРИТ

1. ассоциированный с хеликобактер пилори
2. аутоиммунный
3. рефлюкс-
4. атрофический

521.ОБЪЕКТИВНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ

1. Менделя
2. Кера
3. Курвуазье
4. Мерфи

522.ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЯЗВЫ В ЛУКОВИЦЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНА _____ БОЛЬ

1. в эпигастрии, возникающая натощак и через 2-3 часа после еды
2. схваткообразная в правом подреберье
3. постоянная, не связанная с приёмом пищи
4. тупая, давящая в эпигастрии, усиливающаяся при приёме пищи

523.ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. пенетрация
2. желчекаменная болезнь
3. почечная колика
4. портальная гипертензия

524.ОСНОВНЫМ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ В РАЗВИТИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. инфицирование хеликобактер пилори
2. нарушение образования панкреатического сока
3. дуодено-гастральный рефлюкс
4. нарушение желчеобразования

525.С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ

1. язвенная болезнь
2. желчекаменная болезнь
3. обструкция общего желчного протока
4. аденома фатерова соска

526.ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. заболевание желчного пузыря
2. хеликобактер пилори
3. инфекция
4. ожирение

527.ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ

1. амилазы
2. аминотрансферазы
3. глюкозы
4. щелочной фосфатазы

528.ИССЛЕДОВАНИЕМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ВНУТРИСЕКРЕТОРНУЮ ФУНКЦИЮ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. гликемический профиль
2. реакция Грегерсена
3. копрограмма
4. диастаза мочи

529.ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

1. дискинезии желчного пузыря
2. хронического холецистита
3. хронического панкреатита
4. аутоиммунного гастрита

530.ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ХОЛЕЦИСТОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. непереносимость йодсодержащего контрастного препарата
2. вирусный гепатит
3. непереносимость жиров
4. желчнокаменная болезнь

531.ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ КЕРА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

1. хронического холецистита
2. хронического панкреатита
3. язвы двенадцатиперстной кишки
4. рака головки поджелудочной железы

532.ВЕДУЩИМ ИНФЕКЦИОННЫМ АГЕНТОМ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. кишечная палочка
2. стрептококк
3. стафилококк
4. вирус гепатита

533.КЛИНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, ИСКЛЮЧАЮЩИМ ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

1. синдром портальной гипертензии
2. диспепсический синдром
3. астеновегетативный синдром
4. болевой синдром

534.МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. фибросканирование
2. гастроскопия
3. ультразвуковое исследование

4. рентгенография

535.УВЕЛИЧЕНИЕ ПРЯМОГО И НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

1. хронического гепатита
2. наследственного сфероцитоза
3. синдрома Жильбера
4. опухоли поджелудочной железы

536.КРИТЕРИЕМ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ

1. трансаминазы
2. щелочной фосфатазы
3. билирубина
4. холестерина

537.ПАЛЬМАРНАЯ ЭРИТЕМА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

1. гепатита
2. тиреотоксикоза
3. острой ревматической лихорадки
4. холецистита

538.ОСНОВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ СИНДРОМОМ БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. холестатический
2. цитолитический
3. анемический
4. мезенхимально-воспалительный

539.ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТАДИИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1. эластометрию
2. ультразвуковое исследование
3. рентгенографию
4. ирригоскопию

540.НА НАЛИЧИЕ ХОЛЕСТАЗА УКАЗЫВАЕТ

1. повышение щелочной фосфатазы, билирубина, холестерина
2. повышение аспарагиновой и аланиновой трансаминаз, глюкозы
3. снижение протромбина, гемоглобина, фибриногена
4. повышение амилазы, общего белка, креатинина

541.ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХОЛЕСТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1. кожный зуд
2. спленомегалия
3. асцит
4. гепатомегалия

542.ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЁННОЙ КИШКИ ОТМЕЧАЮТСЯ

1. функциональные расстройства
2. органические изменения
3. наследственные нарушения
4. аномалии развития кишечника

543.ФАКТОРОМ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ К ФОРМИРОВАНИЮ ПОСТИНФЕКЦИОННОГО СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОЙ КИШКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. перенесённая кишечная инфекция
2. молоко
3. употребление продуктов богатых клетчаткой
4. дислипидемия

544.ДИАГНОЗ «СИНДРОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА» ИСКЛЮЧАЕТСЯ ПРИ

1. наличии крови в кале
2. стуле чаще 3 раз в неделю
3. чувстве неполного опорожнения кишечника
4. стуле реже 3 раз в неделю

545.УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ I СТЕПЕНИ, ЯВЛЯЕТСЯ (ММ РТ.СТ.)

1. 150/95
2. 160/100
3. 150/100
4. 160/95

546.УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ II СТЕПЕНИ, ЯВЛЯЕТСЯ (ММ РТ.СТ.)

1. 170/100
2. 180/90
3. 180/95
4. 160/110

547.УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ III СТЕПЕНИ, ЯВЛЯЕТСЯ (ММ РТ.СТ.)

1. 170/115
2. 175/105
3. 165/95
4. 170/100

548.ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ПОВЫШЕНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. повышение тонуса артериол
2. увеличение сердечного выброса
3. снижение эластичности стенки аорты
4. увеличение эластичности стенки аорты

549.ДЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО

1. повышение сердечного выброса
2. снижение сердечного выброса
3. снижение общего периферического сопротивления
4. увеличение центрального венозного давления

550.УРОВНЕМ ТРИГЛИЦЕРИДОВ, ЯВЛЯЮЩИМСЯ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЯВЛЯЕТСЯ (ММОЛЬ/Л)

1. 1,7
2. 1,2

3. 1,0

4. 0,7

551.ИСХОДНАЯ МАММОГРАФИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ ВЫПОЛНЕНА ЖЕНЩИНАМ В ВОЗРАСТЕ ____ ЛЕТ

1. 35-40

2. 30-35

3. 25-30

4. 20-25

552.К АССОЦИИРОВАННОМУ КЛИНИЧЕСКОМУ СОСТОЯНИЮ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОТНОСИТСЯ

1. расслаивающая аневризма аорты

2. аортальный стеноз

3. аортальная недостаточность

4. трикуспидальная недостаточность

553.ПОРОГОВЫЙ УРОВЕНЬ ОФИСНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СОСТАВЛЯЕТ (ММ РТ.СТ.)

1. 140/90

2. 130/80

3. 135/85

4. 145/90

554.ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, УСТАНОВЛИВАЮЩИМ НАЛИЧИЕ И ТЯЖЕСТЬ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. оценка состояния глазного дна

2. суточная экскреция с мочой кортизола

3. содержание альдостерона в крови

4. суточная экскреция адреналина

555.ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ЗУБЕЦ

1. RV5,V6>RV4

2. RV4>RV5, V6

3. S1>R1

4. RIII>RI

556.БОЛЬНЫМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ВЫСОКИМ И ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ РИСКОМ СЧИТАЮТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ СИНДРОМА

1. метаболического

2. астено-вегетативного

3. диспептического

4. постхолецистэктомического

557.АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ ОБУСЛОВЛЕНА

1. повышением секреции катехоламинов

2. повышением секреции ренина

3. избыточной секрецией минералокортикоидов

4. повышением образования ангиотензина

558.ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПАРЕНХИМЫ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

1. активация ренин-ангиотензиновой системы
2. избыточная секреция минералокортикоидов
3. повышенная секреция катехоламинов
4. повышенное образование ангиотензина

559.ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ С СИНДРОМОМ ИЦЕНКО-КУШИНГА НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

1. 17-оксикортикостероида
2. тиреотропина
3. ренина
4. креатинина

560.ВНЕЗАПНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ ГОЛОВНОЙ БОЛИ, РЕЗКОЕ ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ТАХИКАРДИЯ, ПОСЛЕ ПРИСТУПА – ПОЛИУРИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1. феохромоцитомы
2. синдрома Кона
3. синдрома Иценко-Кушинга
4. климактерического синдрома

561.ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА РАСШИРЕНА ПРИ

1. артериальной гипертонии
2. митральном стенозе
3. хроническом легочном сердце
4. тромбоэмболии легочной артерии

562.АКЦЕНТ 2 ТОНА НАД АОРТОЙ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ

1. артериальной гипертонии
2. митральном стенозе
3. хроническом легочном сердце
4. тромбоэмболии легочной артерии

563.УСИЛЕНИЕ 1 ТОНА НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

1. митральном стенозе
2. митральной недостаточности
3. хроническом легочном сердце
4. тромбоэмболии легочной артерии

564.ЛЕВАЯ ГРАНИЦА СЕРДЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ОБРАЗОВАНА

1. левым желудочком
2. левым предсердием
3. правым предсердием
4. правым желудочком

565.ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

1. акцент 2 тона над аортой
2. усиление 1 тона у основания мечевидного отростка
3. акцент 2 тона над легочной артерией

4. ослабление 1 тона на верхушке

566. ВОЗНИКНОВЕНИЕ ИСТИННОГО КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА СВЯЗАНО С ПОВРЕЖДЕНИЕМ БОЛЕЕ ____ % МАССЫ МИОКАРДА

1. 40
2. 10
3. 20
4. 15

567. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ИСТИННОГО КАРДИОГЕННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

1. фибрилляция желудочков
2. атриовентрикулярная тахикардия
3. электромеханическая диссоциация
4. тахисистолическая форма мерцательной аритмии

568. ДЛЯ КАРДИОГЕННОГО ОТЕКА ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРНЫ ХРИПЫ

1. влажные
2. сухие экспираторные
3. свистящие бифазные
4. сухие высокотональные

569. ДЛЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. снижение
2. повышение
3. сначала снижение, потом повышение
4. сначала повышение, потом снижение

570. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ГИПОПЕРФУЗИИ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. олигурия
2. полиурия
3. брадикардия
4. гиперемия кожных покровов

571. К ИСТИННОМУ КАРДИОГЕННОМУ ШОКУ ЧАЩЕ ПРИВОДИТ

1. трансмуральный инфаркт миокарда
2. пароксизмальная желудочковая тахикардия
3. фибрилляция предсердий
4. суправентрикулярная тахикардия

572. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ИСТИННОГО КАРДИОГЕННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

1. артериальная гипотония
2. брадикардия
3. полиурия
4. артериальная гипертензия

573. ШИРОКИМ СЧИТАЕТСЯ КОМПЛЕКС QRS БОЛЕЕ (СЕК.)

1. 0,12
2. 0,10

3. 0,9

4. 0,5

574.ДИФФУЗНЫЕ, НЕСИММЕТРИЧНЫЕ, ДВУСТОРОННИЕ ЗАТЕМНЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ (СИМПТОМ «СНЕЖНОЙ БУРИ») ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1. респираторного дистресс-синдрома взрослых
2. кардиогенного отека легких
3. пневмонии
4. ателектаза

575.ПРИЧИНОЙ СНИЖЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. абсолютная гиповолемия
2. относительная гиповолемия
3. повышение сосудистого сопротивления
4. снижение сократительной способности миокарда

576.НАИБОЛЬШУЮ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ ПРИ СЕПТИЧЕСКОМ ШОКЕ ИМЕЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

1. прокальцитонина
2. интерлейкина
3. фибриногена
4. липосахарида

577.ИЗ ВСЕХ ВАРИАНТОВ НЕЙРОЛЕЙКЕМИИ ЧАЩЕ ВСЕГО РЕГИСТРИРУЕТСЯ

1. менингоэнцефалитический синдром
2. поражение периферических нервов
3. псевдотуморозный вариант
4. поражение черепно-мозговых нервов

578.ДЛЯ ДОСТОВЕРНОГО ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА УВЕЛИЧЕНИЕ БЛАСТОВ В КОСТНОМ МОЗГЕ СОСТАВЛЯЕТ (%)

1. 20
2. 10
3. 15
4. 5

579.ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ ХАРАКТЕРЕН _____ ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ

1. гематомный
2. пятнисто-петехиальный
3. васкулитно-пурпурный
4. смешанный

580.ПОВЫШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ТРОМБОЦИТОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1. эссенциальной тромбоцитемии
2. гепарин-индуцированной тромбоцитопении
3. тромботической тромбоцитопенической пурпуры
4. апластической анемии

581.КОЛИЧЕСТВО ТРОМБОЦИТОВ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ ($\times 10^9/\text{л}$)

1. 150 - 400
2. 150 - 200
3. 150 - 250
4. 100 - 150

582. ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ ЧАСТО ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1. носовыми, десневыми, тяжелыми кровотечениями после травм
2. гематомным типом кровоточивости
3. васкулитно-пурпурный типом кровоточивости
4. ангиоматозный типом кровоточивости

583. ПЛЕТОРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1. ярко-красным оттенком кожи и слизистых
2. желтушным цветом кожи
3. бледностью кожи и слизистых
4. синюшным оттенком слизистых

584. К ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКАМ ПОСТГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ОТНОСЯТ

1. снижение уровня эритроцитов в крови
2. повышение свободного гемоглобина в моче
3. гипохромию эритроцитов
4. повышение уровня непрямого билирубина

585. ГЛАВНЫМИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ В КОСТНОМ МОЗГЕ ЯВЛЯЮТСЯ

1. более 10% плазматических клеток с чертами атипии
2. лимфоидные клетки с чертами атипии
3. плазмобласты в большом количестве
4. миелобласты

586. ДЛЯ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ

1. плоских костей
2. длинных трубчатых костей
3. крупных суставов
4. межфаланговых суставов

587. ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ «АПЛАСТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ», ЯВЛЯЕТСЯ

1. жировой метаморфоз кроветворного костного мозга в трепанобиоптате подвздошной кости
2. панцитопения в периферической крови
3. малоклеточный костный мозг по данным миелограммы
4. повышение билирубина за счет непрямой фракции

588. ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ ОКАЗЫВАЮТ ДЕЙСТВИЕ

1. противовоспалительное
2. бронходилатационное
3. адреномиметическое
4. антихолинергическое

589. К АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ОТНОСИТСЯ

1. ипратропия бромид
2. сальбутамол
3. беклометазон
4. фенотерол

590.ОСНОВНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ СРЕДСТВАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

1. глюкокортикоиды
2. метилксантины
3. ингибиторы фосфодиэстеразы 4
4. нестероидные противовоспалительные средства

591.БРОНХОСПАСТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ОКАЗЫВАЕТ

1. пропранолол
2. фенотерол
3. беклометазон
4. сальбутамол

592.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

1. ингаляционные глюкокортикостероиды и β 2-агонисты
2. антибактериальные и муколитические препараты
3. системные глюкокортикоиды и метилксантины
4. кромоны и антигистаминные препараты

593.АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТАМ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ НАЗНАЧАЕТСЯ В СЛУЧАЕ

1. увеличения объема и степени гнойности мокроты
2. наличия признаков острой респираторной инфекции
3. появления сухих свистящих хрипов
4. длительного стажа курения

594.В КАЧЕСТВЕ СТАРТОВОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НЕТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫБРАН

1. амоксициллин + клавулановая кислота
2. ципрофлоксацин
3. гентамицин
4. тетрациклин

595.ПРЕПАРАТОМ, ПРОТИВОПОКАЗАННЫМ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ В СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. гентамицин
2. оксациллин
3. азитромицин
4. карбенициллин

596.ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. метотрексат
2. гидроксихлорохин
3. лефлуномид
4. сульфасалазин

597.ЭФФЕКТИВНОЙ СХЕМОЙ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «С» ЯВЛЯЕТСЯ

1. пегилированный интерферон и Рибавирин
2. интерферон и гепатопротекторы
3. глюкокортикоиды и цитостатики
4. Интерферон и Ламивудин

598.ПРИ УГРОЗЕ ПЕЧЁНОЧНОЙ КОМЫ В ДИЕТЕ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ

1. белки
2. углеводы
3. соль
4. жидкость

599.У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ИМЕЮЩИХ ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК, ОСНОВНЫМИ В ЛЕЧЕНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. изменение образа жизни и немедленное начало лекарственной терапии
2. отказ от курения и отсрочка начала антигипертензивной терапии
3. диетотерапия и эпизодический прием антигипертензивных препаратов
4. ограничение физической нагрузки и психоэмоционального напряжения

600.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА У БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

1. эналаприл
2. верапамил
3. нифедипин
4. фуросемид

601.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА БЕЗ ПРИЗНАКОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, РЕКОМЕНДУЮТСЯ

1. бета-адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
2. антагонисты кальция дигидропиридинового ряда, тиазидные диуретики
3. антагонисты рецепторов ангиотензина 2, антагонисты кальция
4. антагонисты альдостерона, ганглиоблокаторы

602.АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА БОЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1. беременность
2. пожилой возраст
3. фибрилляция предсердий
4. гипокалиемия

603.АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ТИАЗИДНЫХ ДИУРЕТИКОВ БОЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1. подагра
2. фибрилляция предсердий
3. атриовентрикулярная блокада
4. хроническая сердечная недостаточность

604.ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ СЧИТАЕТСЯ ОСЛОЖНЕННЫМ ПРИ НАЛИЧИИ

1. остро нарушения мозгового кровообращения
2. гипертрофической кардиомиопатии
3. инфаркта легкого
4. тромбоза легочной артерии

605. ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ В ПЕРВЫЕ 2 ЧАСА ДОЛЖНО СНИЖАТЬСЯ НЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА __ % ОТ ИСХОДНОГО ЗНАЧЕНИЯ

1. 25
2. 15
3. 10
4. 35

606. КОМБИНИРОВАННЫЙ ПРЕПАРАТ БЕРОДУАЛ СОДЕРЖИТ

1. фенотерола гидробромид и ипратропия бромид
2. беклометазона дипропионат и ипратропия бромид
3. сальбутамол и аминофиллин
4. формотерол и ипратропия бромид

607. ВВЕДЕНИЕ ЭПИНЕФРИНА ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПОКАЗАНО ПРИ

1. сочетании с анафилаксией
2. среднетяжелом и тяжелом обострении
3. непереносимости ацетилсалициловой кислоты
4. острой вирусной инфекции

608. ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

1. фибрилляции желудочков
2. фибрилляции предсердий
3. полной атриовентрикулярной блокаде
4. асистолии

609. АНТИБИОТИКИ ШИРОКОГО СПЕКТРА ДЕЙСТВИЯ ПРИ СЕПТИЧЕСКОМ ШОКЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ВВЕДЕНЫ

1. в течение первого часа от постановки диагноза
2. через 6 часов от постановки диагноза
3. через 3 часа от постановки диагноза
4. только после санации очага инфекции

610. ПРИ ОТСУТСТВИИ НАРУШЕНИЙ ВСАСЫВАНИЯ ЖЕЛЕЗА, ПРИОРИТЕТНЫМ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ

1. таблетированных препаратов железа
2. мясной диеты
3. гемотрансфузий
4. парентеральных препаратов железа

Эталон ответа: 1

2.6 Ситуационные задачи итогового контроля

№1

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Мужчина 72 года, пенсионер обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому

1.2. Жалобы

- на кашель с легко отделяемой мокротой слизистого характера в небольшом количестве, больше в утренние часы
- на тупые боли в правом плече, иррадиирующие по медиальной поверхности предплечья
- общую слабость, похудание на 5 кг в течение 2 последних месяцев

1.3. Анамнез заболевания

- “Кашель курильщика” около 50 лет
- Обострения ежегодно 1-2 раза в год.
- Слабость и боли в плече стали беспокоить последние 2 месяца.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался в соответствии с возрастом.
- Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.
- 40 лет назад – аппендэктомия
- Курит 55 лет по 20-25 сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает.
- Работал инженером, профессиональные вредности отрицает.

1.5. Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,0°C. ИМТ 24 кг/м². Кожа обычной окраски, влажности, периферические лимфатические узлы не пальпируются. Правосторонний птоз и миоз. Отмечается гипотрофия мышц правой руки, сила кистевого хвата справа снижена. ЧДД 20 в минуту. SpO₂ 95%. Грудная клетка нормостенической формы, симметрична, перкуторный звук ясный легочный, справа в подключичной области притупление. При аускультации над лёгкими выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, больше справа в подключичной области. Пульс на лучевых артериях ритмичный, удовлетворительных качеств, 80 в мин., АД 130/80 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык влажный, чистый, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги, селезёнка не пальпируется. Поколачивание поясничной области безболезненное. Стул регулярный, мочеиспускание без особенностей. Периферических отёков нет.

Вопрос №1 Из лабораторных методов исследования в первую очередь необходимо провести:

1. общий анализ крови
2. общий анализ мокроты
3. бактериологическое исследование мокроты
4. анализ крови на ревматоидный фактор
5. анализ крови на антинуклеарные антитела
6. определение содержания D-димера в сыворотке крови

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Общий анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 ¹² /л	4,3	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	130	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT),%	40	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,85	0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	78	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	25	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	8	3,0-37,0
Ретикулоциты (RET), %	3	2-12
Тромбоциты (PLT), *10 ⁹ /л	310	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 ⁹ /л	5,8	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	3	1-6

Показатель	Результат	Нормы
Нейтрофилы сегментоядерные, %	64	47-72
Эозинофилы, %	1	1-5
Базофилы, %		0-1
Лимфоциты, %	30	19-37
Моноциты, %	2	2-10
СОЭ, мм/ч	48	м. 2-10 ж. 2-15

3.2. Общий анализ мокроты

Количество	5 мл
Запах	Нет
Цвет	Бесцв.
Характер	Слиз.
Примеси	Нет
Консистенция	Вязкая
Эпителий	4-5 кл.
Волокна	Нет
Лейкоциты	5-7 в п/зр
Эритроциты	Нет
Эозинофилы	Нет
Кислотоустойчивые микобактерии	Не обнаружены
Прочая флора	Нет
Спираль Куршмана	Нет
Кристаллы Шарко-Лейдена	Нет
Клетки с признаками атипии	Нет

3.3. Бактериологическое исследование мокроты

Рост сапрофитной микрофлоры

3.4. Анализ крови на ревматоидный фактор

10 ЕД/мл

3.5. Анализ крови на антинуклеарные антитела

SS-A(Ro) – отр.;

SS-B(La) – отр.;

Scl-70 – отр.;

Sm – отр.;

RNP/Sm – отр.;

Jo1 – отр.;

CENP-B – отр.

3.6. Определение содержания D-димера в сыворотке крови

100 нг/мл

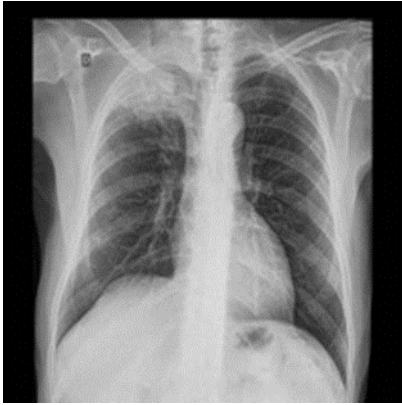
Вопрос №2 Из инструментальных методов исследования в первую очередь необходимо проведениб.

1. рентгенографии легких
2. спирометрии с бронхолитической пробой
3. рентгенографии правого плеча
4. рентгенографии грудного отдела позвоночника
5. рентгенографии кистей

5. Результаты инструментальных методов обследования

5.1. Рентгенография легких

Заключениб. Справа в верхней доле определяется дополнительное образование с четкими неровными контурами на фоне усиления и деформации легочного рисунка. Диафрагма расположена обычно. Синусы свободны. Сердце и аорта без особенностей.



5.2. Спирометрия с бронхолитической пробой

Показатель	До пробы с бронхолитиком		После пробы с бронхолитиком		% изменений
	Фактич.	% от должных значений	Фактич.	% от должных значений	
ФЖЕЛ, л	2,57	81	2,60	82	
ОФВ ₁ , л/с	2,18	80	2,29	84	4
ОФВ ₁ /ФЖЕЛ,%		85		88	
МОС 25%	4,9	89	5,1	91	
МОС 50%	4,05	100	4,7	115	
МОС 75%	2,0	105	2,3	116	

5.3. Рентгенография правого плеча

Воспалительных и дегенеративно-деструктивных изменений не выявлено

5.4. Рентгенография грудного отдела позвоночника

Воспалительных и дегенеративно-деструктивных изменений не выявлено

5.5. Рентгенография кистей

Воспалительных и дегенеративно-деструктивных изменений не выявлено

Вопрос №3 Какой предварительный диагноз?:

1. Рак верхушки правого легкого. Хронический бронхит. ДН0
2. Внебольничная пневмония в верхней доле справа, средней тяжести. ДН I. Остеоартроз правого плечевого сустава.
3. Хроническая обструктивная болезнь легких II, с выраженными симптомами, частыми обострениями. ДН I. Остеохондроз грудного отдела позвоночника.
4. Внебольничная пневмония в верхней доле справа, средней тяжести. Хроническая обструктивная болезнь легких III, с выраженными симптомами, частыми обострениями. ДН I.

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Дифференциальный диагноз необходимо проводить в первую очередь с:

1. ХОБЛ и туберкулезом
2. саркоидозом II стадии с суставным синдромом
3. идиопатическим легочным фиброзом
4. бронхоэктатической болезнью

Вопрос №5 Пациенту требуется в первую очередь консультация:

1. торакального хирурга, онколога
2. пульмонолога-терапевта
3. фтизиопульмонолога и бронхолога
4. невролога и ревматолога

Вопрос №6 Стадийность процесса определяется:

1. размером и распространением опухоли, наличием метастазов (TNM)
2. морфологическим вариантом после оперативного лечения, обозначается сTсNсM
3. рентгенологическими критериями (по результатам компьютерной томографии), обозначается рTrNpM
4. наличием сопутствующих заболеваний, ограничивающих возможность оперативного лечения

Вопрос №7 После дообследования пациенту вероятнее всего будет показано назначение:

1. химиотерапии

2. ингаляционных бронхолитиков
3. внутрисуставных инъекций глюкокортикостероидов
4. системных глюкокортикостероидов

Вопрос №8 Госпитализация пациенту:

1. показана в отделение торакальной хирургии
2. срочно необходима в терапевтический стационар
3. необходима в диагностическое отделение фтизиатрического стационара
4. не показана, необходима паллиативная амбулаторная помощь

Вопрос №9 После радикального лечения показано динамическое наблюдение с обследованием в течение первого года каждые _____ мес.:

1. 3
2. 2
3. 4
4. 6

Вопрос №10 С помощью опухолюссоциированных маркеров можно:

1. оценить эффективность проводимой терапии
2. определить гистологический вариант опухоли, не проводя морфологическую верификацию
3. предположить приблизительные размеры опухоли
4. определить объем хирургического вмешательства

Вопрос №11 Рак легких метастазирует в первую очередь в периферические лимфатические узлы:

1. надключичные
2. околоушные
3. кубитальные
4. поднижнечелюстные

Вопрос №12 При злокачественных опухолях легких наиболее частыми поражаемыми органами-мишенями, доступными для УЗИ, являются:

1. почки, надпочечники
2. селезенка, толстый кишечник
3. предстательная железа, трубчатые кости
4. щитовидная железа, плоские кости

Эталон ответов:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1,2,3	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

№2

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Больная 35 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому

1.2. Жалобы

на повышение температуры тела до 39,2°C, кашель с отделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, снижение аппетита, слабость, недомогание, жидкий стул без примеси крови до 4 раз за сутки.

1.3. Анамнез заболевания

Всегда считала себя здоровым человеком. 6 дней тому назад после переохлаждения, отметила появление слабости и недомогания, повышение температуры тела до 37,8°C, сопровождающееся сильным ознобом. На следующий день присоединился кашель с отделением небольшого количества слизистой мокроты. По совету знакомых самостоятельно начала приём амоксициклава 875/125 мг 2 р/сут., однако, существенного улучшения состояния к концу 4 суток лечения амоксициклавом не отмечалось: температура тела колебалась от 37,3°C до 39,2°C, сохранялись слабость. Сегодня (на 6 сутки болезни) присоединилась диарея до 4 раз в сутки. Пациентка отказалась от предложенной госпитализации и предпочла лечиться в амбулаторных условиях.

1.4. Анамнез жизни

- Вредные привычки отрицает
- Аллергологический анамнез не отягощён
- Перенесенные заболевания и операции: отрицает

1.5. Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 59 кг, рост 170 см. Кожные покровы горячие, влажные. Температура тела 38,7°C. Видимые слизистые не изменены, миндалины не увеличены, глотание безболезненное, отделяемого из полости носа нет. В легких дыхание везикулярное, на ограниченном участке под левой лопаткой выслушиваются влажные хрипы, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, ЧСС 88 в мин., АД 110/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом Щёткина-Блюмберга - отрицательный.

Вопрос №1 Для исключения/подтверждения диагноза пневмонии пациентке показано проведение б.

1. рентгенографии органов грудной клетки в передней прямой и боковой проекциях
2. общего анализа крови
3. бронхоскопии
4. анализа мочи на выявление растворимого антигена L. Pneumophila серогруппы 1
5. бронхоальвеолярного лаважа с исследованием бронхо-альвеолярного смыва
6. посева мокроты

3. Результаты обследования

3.1. Рентгенография органов грудной клетки в передней прямой и боковой проекциях

На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции: корни лёгких структурны. Диафрагма обычно расположена. Плевральные синусы свободны. В наддиафрагмальном отделе слева визуализируется зона очаговой инфильтрации лёгочной ткани с неровными контурами.

Сердце горизонтально расположено. Аорта рентгенологически не изменена.

На рентгенограмме органов грудной клетки в боковой проекции: в наддиафрагмальном отделе определяется очаговое уплотнение.

3.2. Общий анализ крови

Анализ крови по cito:

Эритроциты=5,12 млн/мкл

Hb=152,0 г/л

Ht=45,7%

Лейкоциты=16,2 тыс/мкл

Тромбоциты=264 тыс/мкл

СОЭ=35 мм/час

3.3. Бронхоскопия

При бронхоскопии патологии не выявлено

3.4. Анализ мочи на выявление растворимого антигена L. Pneumophila серогруппы 1

Антиген L. Pneumophila серогруппы 1: не выявлен

3.5. Бронхоальвеолярный лаваж с исследованием бронхо-альвеолярного смыва

Цитограмма бронхоальвеолярного смыва 1.

Количество клеток: 0,2 x 10⁵/мл

Альвеолярные макрофаги 85%

Лимфоциты 12%

Нейтрофилы 2%

Эозинофилы 0,5%

Тучные клетки 0,5%

(норма)

3.6. Посев мокроты

Посев мокроты: высеян Str. Viridans 10² (норма)

Вопрос №2 Для исключения/подтверждения Clostridium difficile-ассоциированной болезни у пациентки с диареей, развившейся на 5 сутки приёма амоксициклава показано проведение б.

1. теста амплификации нуклеиновых кислот (ПЦР) для токсигенного штамма Clostridium difficile
2. иммуноферментного анализа для определения токсина А Clostridium difficile в кале
3. иммуноферментного анализа для определения токсина В Clostridium difficile в кале
4. исследования глутаматдегидрогеназы Clostridium difficile
5. исследования активности β-глюкоцереброзидазы лейкоцитов
6. исследования уровня активности хемокина CCL 18 в сыворотке крови

5. Результаты обследования

5.1. Тест амплификации нуклеиновых кислот (ПЦР) для токсигенного штамма Clostridium difficile

20

результат положительный

5.2. Иммуноферментный анализ для определения токсина А Clostridium difficile в кале

Токсин А (Clostridium difficile): выявлен

5.3. Иммуноферментный анализ для определения токсина В Clostridium difficile в кале

Токсин В (Clostridium difficile): выявлен

5.4. Исследование глутаматдегидрогеназы Clostridium difficile

Глутаматдегидрогеназа (Clostridium difficile): выявлена

5.5. Исследование активности β-глюкоцереброзидазы лейкоцитов

Активность β-глюкоцереброзидазы лейкоцитов: не снижена

5.6. Исследование уровня активности хемокина CCL 18 в сыворотке крови

Активность хемокина CCL 18: не повышена.

Вопрос №3 По результатам проведённого обследования основной диагноз пациентки может быть сформулирован как :

1. внебольничная пневмония
2. внутрибольничная пневмония
3. аспирационная пневмония
4. пневмония у лиц с иммунодефицитом

Вопрос №4 Причиной развившейся у пациентки диареи является:

1. Clostridium difficile-ассоциированная болезнь лёгкого течения
2. Нарушение микробиоты кишечника
3. Псевдомембранозный колит
4. Дисбактериоз

8. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №5 Для исключения/подтверждения наличия у пациентки гипоксемии показано проведение:

1. пульсоксиметрии
2. спирометрии
3. бодиплетизмографии
4. определения NO в выдыхаемом воздухе

Вопрос №6 Оценку эффективности проводимой стартовой антибактериальной терапии следует проводить по истечении _____ часов:

1. 48-72
2. 12-24
3. 24-48
4. 72-96

Вопрос №7 Проводимая терапия амоксиклавом :

1. неэффективна
2. эффективна
3. не может быть оценена в настоящий момент
4. недостаточно эффективна

Вопрос №8 Учитывая неэффективность стартовой терапии амоксиклавом, его следует заменить на:

1. левофлоксацин
2. амоксициллин
3. кларитромицин
4. клиндамицин

Вопрос №9 Для лечения выявленной Clostridium difficile-ассоциированной болезни пациентке показано назначение:

1. метронидазола
2. моксифлоксацина
3. меропенема
4. ванкомицина

Вопрос №10 При неэффективности терапии Clostridium difficile-ассоциированной болезни метронидазолом, его следует заменить на:

1. ванкомицин
2. цефоперазон

3. фенспирид

4. имипенем

Вопрос №11 Лечение Clostridium difficile-ассоциированной болезни лёгкого течения следует начинать с назначения ванкомицина у:

1. кормящих женщин

2. лиц старше 50 лет

3. лиц азиатской расы

4. лиц с выявленным токсином А

16. Дополнительная информация

На фоне проведённой терапии через 14 дней лечения у пациентки отмечалась положительная динамика. температура тела не повышалась $>37,2^{\circ}\text{C}$, ЧД=16 в минуту, значительно уменьшились слабость, прекратилось отделение мокроты, в анализе крови лейкоциты=6,7 тыс/мкл, однако сохраняется кашель и при аускультации под левой лопаткой выслушивается небольшое количество влажных незвонких хрипов. При контрольной рентгенографии органов грудной полости – зона инфильтрации лёгочной ткани значительно уменьшилась в размерах, однако полностью не исчезла. Диарея не беспокоит в течение 8 суток.

Вопрос №12 Дальнейшая тактика ведения пациентки должна включать:

1. прекращение лечения антибактериальными препаратами

2. снижение дозы антибактериального препарата

3. смену антибактериального препарата

4. присоединение к терапии нистатина

Эталон ответов:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1,2	1,2,3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

№3

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Пациент С. 53 лет обратился к кардиологу

1.2. Жалобы

на внезапно возникший эпизод учащенного ритмичного сердцебиения, сопровождающийся головокружением, слабостью.

1.3. Анамнез заболевания

В течение последних 2-3 лет беспокоят эпизоды перебоев в работе сердца длительностью несколько минут, купирующиеся самостоятельно, по поводу чего не обследовался, лекарственных препаратов не принимал. Повышение АД более 140/90 мм рт. ст. отрицает.

Ухудшение самочувствия за последние 2 часа, когда возникли вышеуказанные жалобы.

1.4. Анамнез жизни

- Работает начальником отдела кадров
- Перенесённые заболевания: острое нарушение мозгового кровообращения 2 года назад диагностированное по результатам МРТ головного мозга, сохраняется слабость в левой руке.
- Наследственность: мама 78 лет – относительно здорова, отец 80 лет – гипертоническая болезнь.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Вредные привычки: курит по ¼ пачки в день – 20 лет, алкоголем не злоупотребляет.

1.5. Объективный статус

При осмотре кожные покровы обычной влажности и цвета. В легких хрипов нет, дыхание везикулярное, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС около 100 в минуту, АД 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги. Отеков нет.

Вопрос №1 Необходимыми лабораторными методами обследования для постановки диагноза являются:

1. определение уровня тиреотропных гормонов

2. общий анализ крови

3. биохимический анализ крови

4. анализ мочи по Нечипоренко
5. исследование суточной мочи на белок
6. определение уровня метанефринов в суточной моче

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Общий анализ крови

Показатель	Результат	Референсный интервал
Лейкоциты	5,9	4,0-11,0
Эритроциты	4,6	3,8-6,1
Гемоглобин	148	130-180
Тромбоциты	382	150-450
СОЭ	4	1-15

3.2. Биохимический анализ крови

Показатель	Результат	Референсный интервал
натрий	142	135-150
калий	4,8	4,0-5,5
глюкоза	5,4	4,1-5,9
Креатинин	72	44-115
холестерин	3,3	3,2-5,6
триглицериды	0,94	0,41-1,7
ЛПВН	1,75	Более 1,56
ЛПНП	1,2	Менее 4,2
Мочевая кислота	347	145-415

3.3. Определение уровня тиреотропных гормонов

Значение	Результат исследования	Норма
ТТГ	1,9	0,4-4,0

3.4. Анализ мочи по Нечипоренко

Эритроциты: 100, Лейкоциты: 100, цилиндры 5.

3.5. Исследование суточной мочи на белок

При суточном анализе мочи белок не обнаружен

3.6. Определение уровня метанефринов в суточной моче

Метанефрин общий: 45 мкг/сут.

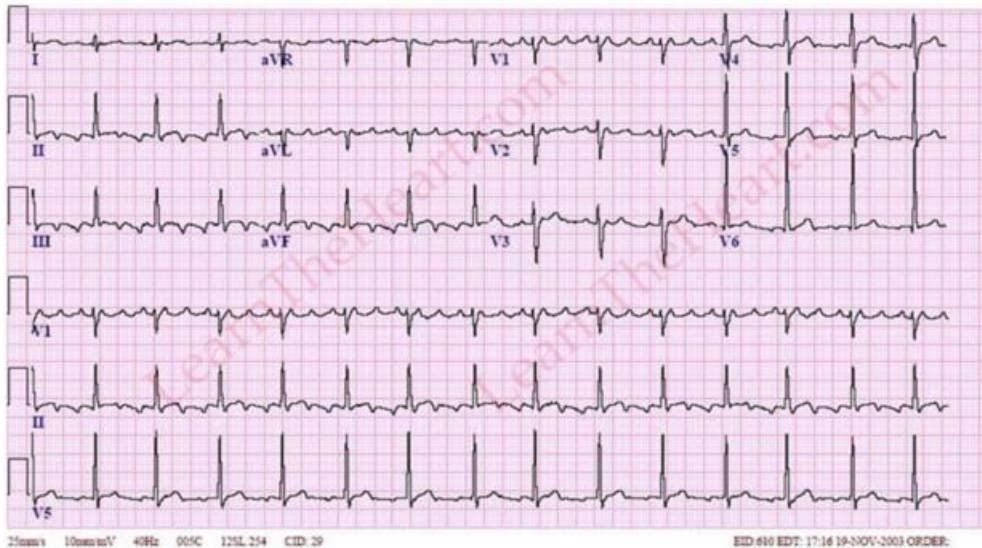
Нормметанефрин общий: 80 мкг/сут.

Вопрос №2 Необходимыми инструментальными методами обследования для верификации нарушения ритма и для выбора дальнейшей тактики лечения являются :

1. ЭКГ
2. эхокардиография
3. коронароангиография
4. рентгенография органов грудной клетки
5. эзофагогастродуоденоскопия

5. Результаты обследования

5.1. ЭКГ



скорость записи 25 мм/с.

5.2. Эхокардиография

При эхокардиографии:

Полость левого желудочка 1. конечно-диастолический размер 5,3 (N до 5,5 см); конечно-диастолический объем 97 мл; конечно-систолический объем 43 мл (по Simpson).

Толщина стенок левого желудочка 1. межжелудочковая перегородка 1,0 см, задняя стенка 1,0 см.

Глобальная сократительная функция левого желудочка 1. фракция выброса 56% (N от 55%).

Нарушений локальной сократимости нет.

Объем левого предсердия 54 мл. Объем правого предсердия 50 мл.

Правый желудочек не увеличен.

Клапанный аппарат без патологии.

5.3. Коронароангиография

При коронароангиографии признаков гемодинамически значимых стенозов не выявлено.

5.4. Рентгенография органов грудной клетки

По данным рентгенографии органов грудной клетки легочный рисунок не усилен, очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Синусы свободны. Размеры сердца в пределах нормы

5.5. Эзофагогастродуоденоскопия

В пищеводе без особенностей. Розетка кардии смыкается полностью. Слизистая пищевода с обычным сосудистым рисунком. В желудке жидкость и слизь. Слизистая желудка эластична, сочная, участками равномерно окрашена. Складчатый рельеф обычный. Привратник и луковица не изменены свободно проходимы. Слизистая оболочка с обычным ворсинчатым рисунком. В нисходящем отделе кишки без особенностей.

Вопрос №3 На основании данных анамнеза, жалоб и результатов инструментальной диагностики можно диагностировать:

1. Трепетание предсердий
2. Наджелудочковую экстрасистолию
3. Фибрилляцию предсердий
4. АВ-узловую реципрокную тахикардию

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Диагноз ставится на основании ЭКГ признаков наличия :

1. регулярных волн f «пилообразной» формы
2. нерегулярных волн f различной морфологии
3. наличия зубца P после комплекса QRS, PR>RP, RP менее 70 мсек
4. наличия P зубцов перед QRS, PR<RP

Вопрос №5 При плохо различимых волнах F/f на ЭКГ для уточнения диагноза рекомендовано выполнение ЭКГ:

1. чреспищеводной
2. в отведениях по Небу
3. в ортогональных отведениях
4. методом Арриги

Вопрос №6 Для купирования приступа данной аритмии возможно :

1. применение чреспищеводной электростимуляции предсердий
2. назначение дигоксина
3. назначение метопролола в высоких дозах
4. применение вагусных приемов

Вопрос №7 Для купирования приступа аритмии при невозможности применения чреспищеводной электростимуляции предсердий следует рекомендовать :

1. внутривенное введение амиодарона
2. пероральный прием амиодарона
3. внутривенное введение добутамина
4. пероральный прием дигоксина

Вопрос №8 Первоначально вводимая доза амиодарона составляет _____ мг/кг внутривенно в течение 1 ч:

1. 5
2. 50
3. 15
4. 25

Вопрос №9 При неэффективности попыток медикаментозного восстановления ритма показано:

1. проведение электрической кардиоверсии
2. выполнение имплантации ЭКС
3. выполнение имплантации ресинхронизирующего устройства
4. проведение катетерной абляции АВ-узла

Вопрос №10 Начальная мощность синхронизированного бифазного разряда при плановой электрической кардиоверсии составляет _____ Дж:

1. 50-75
2. 20-45
3. 80-105
4. 110-135

Вопрос №11 Пациентам с фибрилляцией/трепетанием предсердий длительностью более 48 часов перед проведением плановой электрической кардиоверсии необходимо назначить:

1. антагонисты витамина К
2. фибринолитики
3. статины
4. антогонисты P2Y12-рецепторов тромбоцитов

Вопрос №12 Оценка эффективности антикоагулянтной терапии варфарином оценивается на основании значений:

1. МНО
2. фибриногена
3. АЧТВ
4. протромбина

Эталон ответов:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

№4

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Пациент С. 54 лет обратился к кардиологу

1.2. Жалобы

на внезапно возникший эпизод учащенного ритмичного сердцебиения, сопровождающийся головокружением, слабостью.

1.3. Анамнез заболевания

В течение последних 2-3 лет беспокоят эпизоды перебоев в работе сердца длительностью несколько минут, купирующиеся самостоятельно, по поводу чего не обследовался, лекарственных препаратов не принимал. Повышение АД более 140/90 мм рт ст. отрицает.

Ухудшение самочувствия за последние 2 часа, когда возникли вышеуказанные жалобы. 227

1.4. Анамнез жизни

- Работает начальником отдела кадров
- Перенесённые заболевания: острое нарушение мозгового кровообращения 2 года назад диагностированное по результатам МРТ головного мозга, сохраняется слабость в левой руке.
- Наследственность: мама 78 лет – относительно здорова, отец 80 лет – гипертоническая болезнь.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Вредные привычки: курит по ¼ пачки в день – 20 лет, алкоголем не злоупотребляет.

1.5. Объективный статус

При осмотре кожные покровы обычной влажности и цвета. В легких хрипов нет, дыхание везикулярное, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС около 100 в минуту, АД 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги. Отеков нет.

Вопрос №1 Необходимыми лабораторными методами обследования для постановки диагноза являются:

1. определение уровня тиреотропных гормонов
2. общий анализ крови
3. биохимический анализ крови
4. анализ мочи по Нечипоренко
5. исследование суточной мочи на белок
6. определение уровня метанефринов в суточной моче

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Определение уровня тиреотропных гормонов

Значение Результат исследования Норма

ТТГ	1,9	0,4-4,0
-----	-----	---------

3.2. Общий анализ крови

Показатель Результат Референсный интервал

Лейкоциты	5,9	4,0-11,0
Эритроциты	4,6	3,8-6,1
Гемоглобин	148	130-180
Тромбоциты	382	150-450
СОЭ	4	1-15

3.3. Биохимический анализ крови

Показатель Результат Референсный интервал

натрий	142	135-150
калий	4,8	4,0-5,5
глюкоза	5,4	4,1-5,9
Креатинин	72	44-115
СКФ, мл/мин/1,73 м2	101	
холестерин	3,3	3,2-5,6
триглицериды	0,94	0,41-1,7
ЛПВН	1,75	Более 1,56
ЛПНП	1,2	Менее 4,2
Мочевая кислота	347	145-415

3.4. Анализ мочи по Нечипоренко

Эритроциты: 100, Лейкоциты: 100, цилиндры 5.

3.5. Исследование суточной мочи на белок

При суточном анализе мочи белок не обнаружен

3.6. Определение уровня метанефринов в суточной моче

Метанефрин общий: 45 мкг/сут.

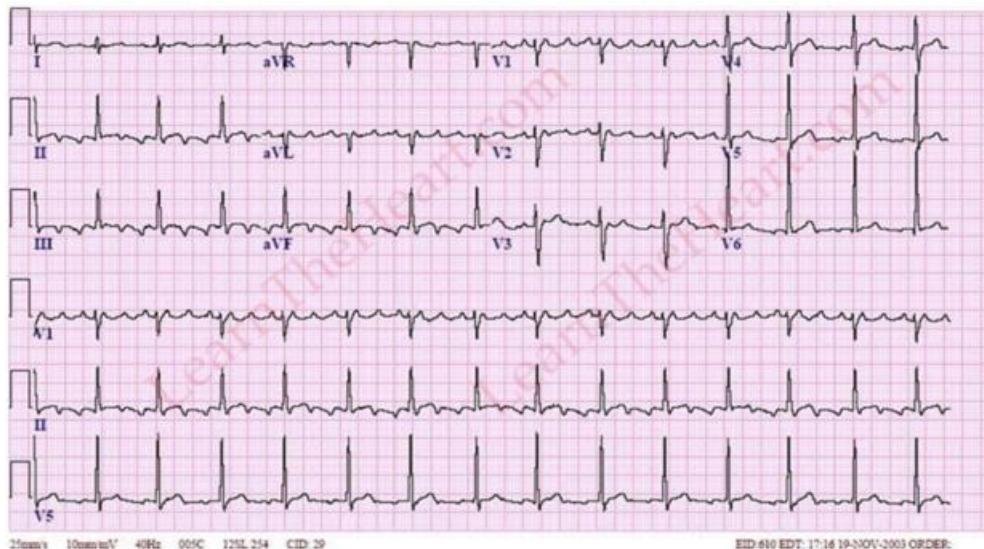
Норметанефрин общий: 80 мкг/сут.

Вопрос №2 Необходимыми инструментальными методами обследования для верификации нарушения ритма и для выбора дальнейшей тактики лечения являются :

1. ЭКГ
2. эхокардиография
3. коронароангиография
4. рентгенография органов грудной клетки
5. эзофагогастродуоденоскопия

5. Результаты обследования

5.1. ЭКГ



скорость записи 25 мм/с.

5.2. Эхокардиография

При эхокардиографии:

Полость левого желудочка 1. конечно-диастолический размер 5,3 (N до 5,5 см); конечно-диастолический объем 97 мл; конечно-систолический объем 43 мл (по Simpson).

Толщина стенок левого желудочка 1. межжелудочковая перегородка 1,0 см, задняя стенка 1,0 см.

Глобальная сократительная функция левого желудочка 1. фракция выброса 56% (N от 55%).

Нарушений локальной сократимости нет.

Объем левого предсердия 54 мл. Объем правого предсердия 50 мл.

Правый желудочек не увеличен.

Клапанный аппарат без патологии.

5.3. Коронароангиография

При коронароангиографии признаков гемодинамически значимых стенозов не выявлено.

5.4. Рентгенография органов грудной клетки

По данным рентгенографии органов грудной клетки легочный рисунок не усилен, очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Синусы свободны. Размеры сердца в пределах нормы

5.5. Эзофагогастродуоденоскопия

В пищеводе без особенностей. Розетка кардии смыкается полностью. Слизистая пищевода с обычным сосудистым рисунком. В желудке жидкость и слизь. Слизистая желудка эластична, сочная, участками равномерно окрашена. Складчатый рельеф обычный. Привратник и луковица не изменены свободно проходимы. Слизистая оболочка с обычным ворсинчатым рисунком. В нисходящем отделе кишки без особенностей.

Вопрос №3 На основании данных анамнеза, жалоб и результатов инструментальной диагностики можно диагностировать:

1. Трепетание предсердий
2. Наджелудочковую экстрасистолию
3. Фибрилляцию предсердий
4. АВ-узловую реципрокную тахикардию

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Диагноз ставится на основании ЭКГ признаков наличия :

1. регулярных волн f «пилообразной» формы
2. нерегулярных волн f различной морфологии
3. наличия зубца P после комплекса QRS, $PR > RP$, RP менее 70 мсек
4. наличия P зубцов перед QRS, $PR < RP$

Вопрос №5 У данного пациента вариант трепетания предсердий:

1. типичный
2. атипичный
3. редкий
4. инцизионный

Вопрос №6 У больного количество баллов по шкале CHA2DS2-VASc составляет:

1. 2
2. 1
3. 3
4. 0

Вопрос №7 Больному назначен новый оральные антикоагулянт - ривароксабан в дозе _____ мг _____ раз в день:

1. 20; 1
2. 10; 2
3. 20; 2
4. 10; 1

Вопрос №8 Для купирования аритмии пациенту назначен амиодарон по схеме внутривенно в дозе _____ мг/кг в течение 1 ч, затем внутривенно капельно в дозе _____ мг/ч до максимальной дозы _____ мг в течение 24 часов :

1. 5; 50; 1200
2. 50; 5; 2400
3. 1; 5; 150
4. 10; 150; 3600

Вопрос №9 У пациента восстановлен синусовый ритм в течение первых суток лечения, в дальнейшем, для радикального устранения аритмии, пациенту следует рекомендовать:

1. катетерную абляцию кавотрикуспидального истмуса
2. абляцию АВ-соединения и имплантацию однокамерного ЭКС
3. имплантацию двухкамерного ЭКС
4. имплантацию кардиовертера-дефибриллятора

Вопрос №10 При назначении новых оральных антикоагулянтов показан контроль:

1. функции почек
2. свертывания крови
3. состояния печени
4. иммунной системы

Вопрос №11 Для оценки рисков крупных кровотечений при назначении антикоагулянтов используется шкала :

1. HAS-BLED
2. CHA2DS2-VASc
3. SINTAX
4. GRACE

Вопрос №12 Профилактика тромбоэмболических осложнений при клапанном трепетании предсердий возможна только:

1. антагонистами витамина K
2. аспирином
3. ривароксабаном
4. апиксабаном

Эталон ответов:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

№5

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Молодой человек 19 лет обратился к врачу-терапевту

1.2. Жалобы

На приступы учащенного сердцебиения, возникающие без видимой причины, сопровождающиеся чувством нехватки воздуха, эпизоды покалывающих болей в сердце, головокружение и предобморочные состояния при физической нагрузке.

1.3. Анамнез заболевания

С рождения наблюдался в поликлинике по месту жительства по поводу малой аномалии развития сердца. Вышеперечисленные жалобы беспокоят около полугода. В последнее время приступы сердцебиений участились, появились головокружение и предобморочные состояния при физической нагрузке, что и стало поводом для обращения к врачу.

1.4. Анамнез жизни

Хронические заболевания отрицает.

В 16 лет – оперативное лечение крипторхизма.

Не курит, алкоголь не употребляет.

Профессиональных вредностей не имел.

Аллергоанамнез не отягощен.

Отец здоров, у матери открытое овальное окно.

1.5. Объективный статус

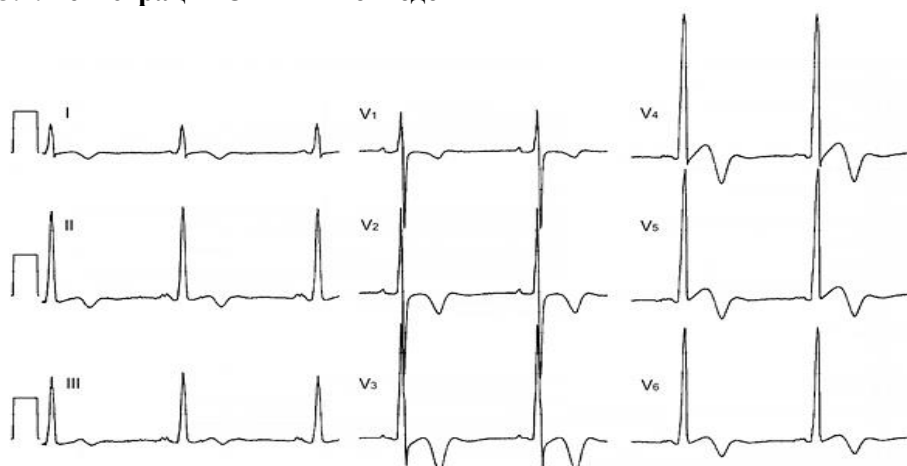
Общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Рост 180 см, масса тела 82 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности, теплые, чистые. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, левая граница сердца смещена на 1.5 см кнаружи от среднеключичной линии, правая по правому краю грудины, верхняя по нижнему краю 3 ребра, ЧСС 76 в минуту, АД 125/70 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон.

Вопрос №1 К необходимым в данной ситуации инструментальным методам обследования относятся:

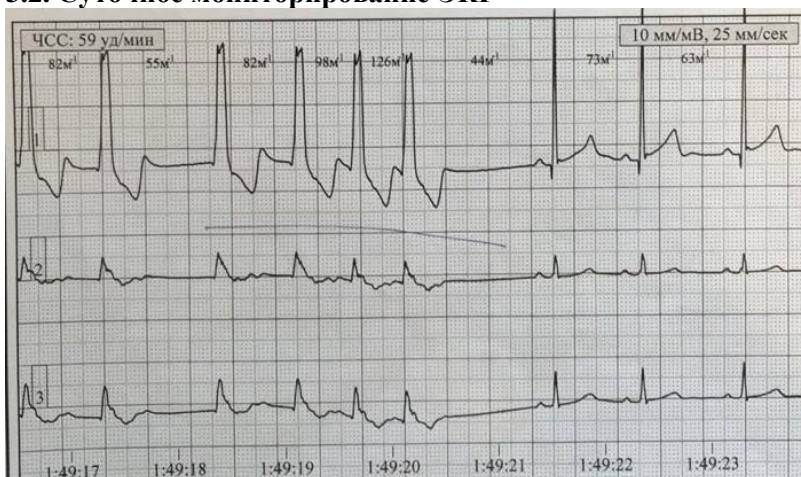
1. регистрация ЭКГ в 12 отведениях
2. суточное мониторирование ЭКГ
3. трансторакальное эхокардиографическое исследование
4. рентгенография легких
5. суточное мониторирование АД
6. нагрузочная проба под контролем ЭКГ

3. Результаты инструментальных методов обследования

3.1. Регистрация ЭКГ в 12 отведениях



3.2. Суточное мониторирование ЭКГ

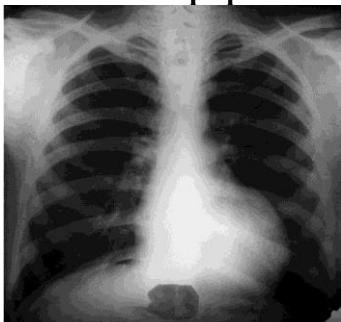


3.3. Трансторакальное эхокардиографическое исследование

Аорта не уплотнена, диаметр 2,8 см ($N \leq 3,7$). Аортальный клапан трехстворчатый, амплитуда раскрытия 2,0 см ($N > 1,5$), регургитации нет. Толщина межжелудочковой перегородки 3,4 см ($N < 1,1$), толщина задней стенки 1,2 см ($N < 1,1$), конечный диастолический размер 4,2 см ($N < 5,3$), фракция выброса 65% ($N \geq 54$). Обструкции выносящего тракта левого желудочка I ст., $PG_{max} = 17$ мм.рт.ст. Нарушений локальной сократимости не выявлено. Митральный клапан: створки не изменены, регургитация 1 степени (N – не выше 1 степени). Размер левого предсердия 3,9 см ($\leq 3,8$), из 4-камерной позиции 4,9x5,3 ($N < 4,0 \times 4,8$). Диаметр легочной артерии 2,0 см ($N < 2,1$), систолическое давление в легочной артерии 22 мм рт. ст. ($N < 30$). Трикуспидальный клапан не изменен, регургитация 1 степени (N – не выше 1 степени). Размер правого предсердия 3,5x4,5 см ($N < 3,8 \times 4,6$). Нижняя полая вена на выдохе 1,8 см ($N \leq 2,2$), на вдохе 0,7 см (N – спадение в вдохе $> 50\%$). Полость перикарда не изменена.

Заключение. Выраженная гипертрофия миокарда левого желудочка в области межжелудочковой перегородки с обструкцией выносящего тракта. Незначительное увеличение левого предсердия. Клапанный аппарат без грубой патологии.

3.4. Рентгенография легких



Легкие без видимых очаговых и инфильтративных теней. Сердце расширено в поперечнике. Левая граница смещена влево.

Заключение. увеличение левого желудочка

3.5. Суточное мониторирование АД

Показатель	Результат	Норма
Средний уровень САД днем, мм рт. ст.	122	<140
Средний уровень САД ночью, мм рт. ст.	98	<120
Ночное снижение САД, %	18	10–22
Средний уровень ДАД днем, мм рт. ст.	76	<80
Средний уровень ДАД ночью, мм рт. ст.	62	<70
Ночное снижение ДАД, %	17	10–22

3.6. Нагрузочная проба под контролем ЭКГ

Исходно: ЧСС 76 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст.

Нагрузка 50 Вт 3 минуты: ЧСС 128 в 1 мин, АД 135/80 мм рт. ст.

Нагрузка 100 Вт 3 минуты: ЧСС 145 в 1 мин, АД 135/80 мм рт. ст.

Нагрузка 150 Вт 3 минуты: ЧСС 160 в 1 мин, АД 145/85 мм рт. ст.

Проба прекращена из-за достижения субмаксимальной ЧСС. Болей и девиации сегмента ST нет.

Заключение. проба отрицательная.

Вопрос №2 Необходимым для исключения сердечной недостаточности лабораторным исследованием является определение уровня:

1. мозгового натрийуретического пептида
2. тропонина Т
3. уровня миоглобина
4. Мв-фракции КФК

5. Результаты лабораторного метода обследования

5.1. Мозговой натрийуретический пептид

85 пг/мл (N для мужчин ≤ 93 пг/мл)

5.2. Тропонин Т

0,012 нг/мл (N - 0,01–0,1 нг/мл)

5.3. Уровень миоглобина

45 нг/мл (N – 0-80 нг/мл)

5.4. Мв-фракции КФК

12 ед/л (N – 0 – 24 ед/л)

Вопрос №3 Выявленное при холтеровском мониторировании ЭКГ нарушение ритма является:

1. желудочковой тахикардией
2. фибрилляцией предсердий
3. трепетанием предсердий
4. фибрилляцией желудочков

Вопрос №4 Основным заболеванием является:

1. Гипертрофическая кардиомиопатия
2. Дилатационная кардиомиопатия
3. Рестриктивная кардиомиопатия
4. Аритмогенная кардиомиопатия

8. Диагноз

Диагноз:

8.1. Гипертрофическая кардиомиопатия

8.2. Дилатационная кардиомиопатия

8.3. Рестриктивная кардиомиопатия

8.4. Аритмогенная кардиомиопатия

Вопрос №5 Для обструктивной гипертрофической кардиомиопатии характерно нарушение внутрисердечной гемодинамики развитием градиента давления в выходном тракте левого желудочка и/или реже в среднем отделе ЛЖ больше _____ мм. рт. ст.,:

1. 30
2. 20
3. 10
4. 5

Вопрос №6 Для оценки риска внезапной сердечной смерти у данного пациента следует использовать шкалу:

1. HCM Risk-SCD
2. CHA2DS2-VASc
3. HAS-BLED
4. GRACE

Вопрос №7 К параметрам, учитываемым в шкале риска оценки внезапной смерти при ГКМП по Европейской модели HCM Risk-SCD, относят:

1. возраст
2. пол
3. рост
4. вес

Вопрос №8 В качестве первой линии фармакотерапии для симптоматического лечения данного пациента следует применять:

1. бета-блокаторы
2. дигидропиридиновые антагонисты кальция

3. препараты I B класса

4. препараты I C класса

Вопрос №9 В случае развития побочных эффектов при приеме бета-блокаторов или невозможности достижения оптимального эффекта рекомендуется альтернативное назначение.

1. верапамила

2. аллапинина

3. ивабрадина

4. дигоксина

Вопрос №10 В случае отсутствия значимого симптоматического эффекта монотерапии β -АБ или верапамилом рекомендовано их комбинированное назначение с _____ в максимально переносимой дозе.

1. дизопирамидом

2. дигоксином

3. ивабрадином

4. аминофиллином

Вопрос №11 Имплантация кардиовертера-дефибрилятора может быть рекомендована пациенту с ГКМП если 5-ти летний риск ВСС по шкале HCM Risk-SCD составляет _____ и более %:

1. 4

2. 3

3. 2

4. 1

Вопрос №12 Переоценка риска ВСС осуществляется каждые _____ года/лет:

1. 1-2

2. 3

3. 4

4. 5

Эталон ответов:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1,2,3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

3. ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ (экзамен) по дисциплине включает в себя устный ответ и аттестацию по практическим навыкам с использованием клинических задач.

3.1. Вопросы к экзамену (ОПК-5,ОПК-6,ПК-6,ПК-8,ПК-10):

1. Апластическая анемия. Этиология. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
2. Астматический статус. Предрасполагающие факторы. Критерии диагностики. Стадии. Основные принципы лечения.
3. Атриовентрикулярная блокада: причины возникновения, классификация, клиника, диагностика, лечение, показания к имплантации ЭКС.
4. Бронхиальная астма. Дифференциальная диагностика. Ступенчатая терапия бронхиальной астмы.
5. Бронхоэктатическая болезнь. Дифференциальный диагноз. Основные принципы лечения. Профилактика.
6. В12 – и фолиево-дефицитная анемия. Этиология и патогенез. Основные клинические синдромы. Диагностика В12-дефицитной анемии. Лечение.
7. Вазопатии. Геморрагический васкулит. Классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение.
8. Гастроэзофагеальнорефлюксная болезнь: этиология, диагностика, клиника, дифференциальная диагностика, принципы терапии.
9. Гемолитические анемии. Классификация. Приобретенные гемолитические анемии. Клиника. Диагностика. Лечение.
10. ГЭРБ. Клинические маски. Алгоритм обследования. Дифференциальный диагноз. Основные принципы лечения. Профилактика.
11. Диагностика и лечение миеломной болезни
12. Дифференциальная диагностика анемического синдрома.
13. Дифференциальная диагностика вазопатий.
14. Дифференциальная диагностика гепатомегалий.
15. Дифференциальная диагностика лимфоаденопатий

16. Дифференциальная диагностика лимфопролиферативного синдрома.
17. Дифференциальная диагностика при артериальной гипотензии.
18. Дифференциальная диагностика при артериальных гипертензиях.
19. Дифференциальная диагностика при болях в грудной клетке.
20. Дифференциальная диагностика при брадикардии.
21. Дифференциальная диагностика при бронхообструктивном синдроме.
22. Дифференциальная диагностика при выпоте в плевральную полость.
23. Дифференциальная диагностика при геморрагических высыпаниях на коже.
24. Дифференциальная диагностика при гепатолиенальном синдроме.
25. Дифференциальная диагностика при дыхательной недостаточности.
26. Дифференциальная диагностика при желудочковых нарушениях ритма.
27. Дифференциальная диагностика при заболеваниях, проявляющихся преимущественно лейкоцитурией.
28. Дифференциальная диагностика при заболеваниях, проявляющихся преимущественно эритроцитурией.
29. Дифференциальная диагностика при заболеваниях, проявляющихся преимущественно протеинурией.
30. Дифференциальная диагностика при кардиомегалии.
31. Дифференциальная диагностика при кашле с мокротой.
32. Дифференциальная диагностика при легочной диссеминации.
33. Дифференциальная диагностика при легочном инфильтрате.
34. Дифференциальная диагностика при нефротическом синдроме.
35. Дифференциальная диагностика при острой сердечной недостаточности.
36. Дифференциальная диагностика при остром коронарном синдроме.
37. Дифференциальная диагностика при отеке легких.
38. Дифференциальная диагностика при поражении крупных и средних суставов.
39. Дифференциальная диагностика при поражении мелких суставов кистей и стоп.
40. Дифференциальная диагностика при сердечных шумах.
41. Дифференциальная диагностика при синдромах нарушенного пищеварения (мальдигестии).
42. Дифференциальная диагностика при синдроме желтухи.
43. Дифференциальная диагностика при синдроме желудочной диспепсии.
44. Дифференциальная диагностика при синдроме кровотечения из желудочно-кишечного тракта.
45. Дифференциальная диагностика при синдроме нарушенного всасывания (мальабсорбции).
46. Дифференциальная диагностика при синдроме острого живота.
47. Дифференциальная диагностика при синкопальных состояниях.
48. Дифференциальная диагностика при тахикардии с неправильным ритмом.
49. Дифференциальная диагностика при тахикардии с правильным ритмом.
50. Дифференциальная диагностика при удушье.
51. Дифференциальная диагностика при экспираторной одышке.
52. Дифференциальная диагностика спленоmegалии.
53. Дифференциальная диагностика хронических воспалительных заболеваний кишечника: болезни Крона, неспецифического язвенного колита.
54. Дифференциальный диагноз и лечение заболеваний с синдромом округлой тени в легких.
55. Дифференциальный диагноз и лечение заболеваний с синдромом полости в легких
56. Дифференциальный диагноз при цитопеническом синдроме
57. Железодефицитные анемии. Дифференциальный диагноз. Лечение.
58. Железодефицитные анемии. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика железодефицитной анемии.
59. Инфекционный эндокардит: этиология, патогенез, классификация, клиника, Основные принципы лечения, профилактика.
60. Кардиогенный шок: этиология, патогенез, клиника по стадиям, диагностика, неотложная помощь.
61. Кардиомиопатии. Классификация. Роль инструментальной диагностики в определении клинических вариантов. Выбор ведущего синдрома для дифференциальной диагностики. Принципы лечения.

62. Лечение неосложненного инфаркта миокарда. Показания и противопоказания к тромболитической терапии. Инвазивные методы лечения.
63. Лечение осложненного инфаркта миокарда. Показания и противопоказания к тромболитической терапии. Инвазивные методы лечения.
64. Осложнения острого инфаркта миокарда: классификация, клиника, диагностика, основные принципы лечения.
65. Острая ревматическая лихорадка. Дифференциальный диагноз. Основные принципы лечения. Профилактика.
66. Острое повреждение почек. Понятие преренальной, ренальной, постренальной острой почечной недостаточности. Клиника. Диагностика. Лечение.
67. Острый гломерулонефрит. Дифференциальный диагноз. Основные принципы лечения. Профилактика.
68. Острый коронарный синдром: этиология, клиника, диагностика, лечение.
69. Острый лейкоз. Этиология. Классификация. Основные клинические синдромы. Диагностика. Современные схемы терапии. Критерии ремиссии. Прогноз.
70. Отек легких. Клиника. Основные принципы лечения. Профилактика.
71. Пароксизмальная желудочковая тахикардия: критерии ЭКГ - диагностики, этиология, клиника, основные принципы лечения.
72. Перикардиты. Дифференциальный диагноз. Основные принципы лечения, показания к пункции перикарда.
73. Пневмонии. Дифференциальный диагноз. Лечение. Осложнения. Прогноз.
74. Симптоматические артериальные гипертензии. Дифференциальный диагноз. Основные принципы лечения. Профилактика.
75. Системные заболевания соединительной ткани. Общие признаки. Принципы терапии.
76. Системные заболевания соединительной ткани. Особенности диагностики и клиники отдельных форм. Принципы терапии.
77. Тромбоцитопении. Болезнь Верльгофа. Определение. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
78. Тромбоз легочной артерии. Дифференциальный диагноз. Основные принципы лечения. Профилактика.
79. Хроническая обструктивная болезнь легких. Дифференциальный диагноз. Основные принципы лечения. Профилактика.
80. Хроническая сердечная недостаточность. Классификация. Клиническая картина. Основные принципы лечения.
81. Хронический гепатит. Дифференциальный диагноз. Основные принципы лечения. Профилактика.
82. Хронический лимфолейкоз: Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз и профилактика.
83. Хронический лимфолейкоз: определение, этиология. Классификация. Клиника. Лабораторная и инструментальная диагностика.
84. Хронический миелолейкоз: Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз и профилактика.
85. Хронический миелолейкоз: определение, этиология, патогенез. Клиническая картина. Лабораторная и инструментальная диагностика.
86. Хронический панкреатит. Дифференциальный диагноз. Основные принципы лечения. Профилактика.
87. Хронический пиелонефрит. Дифференциальный диагноз. Основные принципы лечения. Профилактика.
88. Хронический холецистит. Дифференциальный диагноз. Основные принципы лечения. Профилактика.
89. Хроническое поражение почек. Понятие, патогенез, клиника, классификация, принципы терапии.
90. Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки. Дифференциальный диагноз. Основные принципы лечения. Профилактика.

Больной Ф. 78 лет вызвал участкового врача на дом с жалобами на приступы сердцебиения, перебои в работе сердца, которые сопровождаются слабостью, одышкой. Приступы аритмии стали беспокоить последние шесть месяцев, продолжительностью несколько минут, проходят самостоятельно при перемене положения тела.

Из анамнеза известно, что последние несколько лет стала снижаться память, редко отмечает повышение АД до 160/90 мм рт. ст. Перенесённые заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, очаговая пневмония. В настоящее время – пенсионер, работал преподавателем в вузе. Вредных привычек не имеет.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Телосложение правильное, рост – 168 см, вес – 70 кг. Форма грудной клетки коническая, дыхание свободное через нос. Заметна пульсация шейных вен. ЧД – 17 уд/мин. При перкуссии звук ясный, лёгочный, границы лёгких в пределах нормы. При аускультации дыхание жёсткое, хрипов нет.

Система кровообращения. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя – верхний край III ребра. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 112 уд/мин, дефицит пульса. АД – 130/80 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется, размеры по Курлову – 9x8x7 см. Общий анализ крови и мочи без патологии. В биохимическом анализе крови определяется высокий уровень холестерина. Записана ЭКГ: зубцы Р во всех отведениях отсутствуют. Между комплексами QRS, мелкие волны «f», частота желудочков 110-150 в минуту.

Вопросы:

1. Какое нарушение ритма у больного?
2. С какими наджелудочковыми аритмиями необходимо провести дифференциальный диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования вы назначите больному? Обоснуйте ответ.
4. На основании каких параметров оценивается риск развития инсульта и системных тромбоэмболий (ТЭО) у данного больного? Является ли необходимым назначение антикоагулянтов у данного больного?
5. Перечислите, что относится к сердечно-сосудистым и другим состояниям, ассоциирующимся с фибрилляцией предсердий; назовите какие состояния ассоциируются с развитием фибрилляции предсердий у данного больного.

Эталоны ответов

1. На основании ЭКГ, у больного **пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, тахисистолический вариант.**

2. - Предсердная тахикардия,
- трепетание предсердий,
- частая предсердная экстрасистолия,
- двойное антероградное проведение через атрио-вентрикулярный узел.

Могут характеризоваться частыми нерегулярными интервалами RR и имитировать фибрилляцию предсердий.

3. Суточное мониторирование ЭКГ для выявления формы нарушения ритма сердца.
4. Определение риска развития инсульта и системных тромбоэмболий проводится согласно шкале CHA₂DS₂-VASc. С учётом возраста пациента, наличия АГ риск ТЭО по шкале CHA₂DS₂-VASc > 2 баллов (3 балла), что является основанием для назначений антикоагулянтной терапии.

5. С фибрилляцией предсердий ассоциируются:

- структурное заболевание сердца,
- возраст,
- артериальная гипертензия,
- клинически выраженная сердечная недостаточность,
- тахикардическая кардиомиопатия,
- поражение клапанов сердца,
- первичные кардиомиопатии,
- ишемическая болезнь сердца,
- нарушение функции щитовидной железы,
- избыточная масса тела и ожирение,
- сахарный диабет,

-хроническая обструктивная болезнь лёгких,
-апноэ во время сна,
-хроническая болезнь почек.

Из известных на момент осмотра больного состояний, ассоциирующихся с фибрилляцией предсердий, являются **возраст и артериальная гипертензия.**

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

Больная И. 34 лет, оператор машинного доения, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на повышение АД до 220/120 мм рт. ст., головные боли, сердцебиение, перебои в области сердца, тошноту, сухость во рту, зуд кожных покровов. Считает себя больной около 15 лет, когда появились отёки под глазами, при амбулаторном обследовании было выявлено наличие белка и эритроцитов в моче, по поводу чего в дальнейшем несколько лет находилась под наблюдением терапевта, диагноз не помнит. После переезда в сельскую местность (5 лет назад) в поликлинику не обращалась. В течение последнего года стала замечать головные боли, головокружение, которые больная связывала с повышением АД до 180/110 мм рт. ст. (измеряла самостоятельно; адаптирована к 140-160/90 мм рт. ст.). По совету фельдшера при повышении АД принимала Эналаприл по 20 мг/сут. с удовлетворительным эффектом; постоянной гипотензивной терапии не получала. В течение последних 6 месяцев отмечает отсутствие эффекта от приема Эналаприла, АД постоянно повышено до 180-200/100-110 мм.рт.ст., эпизодически - 240/140 мм рт. ст., неоднократно вызывала бригаду скорой помощи, от госпитализации отказывалась по семейным обстоятельствам. Месяц назад появилась тошнота, склонность к поносам, а 2 недели назад присоединился зуд кожных покровов.

При осмотре: общее состояние тяжёлое. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчёсов, в подмышечных областях как бы припудрены белой пудрой. Одутловатость лица, пастозность стоп, голеней, передней брюшной стенки. Грудная клетка симметрична, голосовое дрожание проводится с обеих сторон. При перкуссии над всеми отделами лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 220/120 мм.рт.ст. Верхушечный толчок смещен на 1 см влево от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный (5-7 экстрасистол в минуту), I тон ослаблен над верхушкой, основанием мечевидного отростка, акцент II тона над аортой; слева от грудины в V межреберье выслушивается шум трения перикарда. Язык сухой, живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Катетером получено 150 мл мочи.

В анализах. Общий анализ крови: эритроциты - $2,6 \times 10^{12}/л$, НЬ - 72 г/л, цветовой показатель - 0,9; лейкоциты - $5,7 \times 10^9/л$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 68%, лимфоциты - 25%, моноциты - 2%; СОЭ - 40 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет - жёлтый, рН нейтральная, удельный вес - 1005, белок -3,8 г/л, лейкоциты - 2-4 в поле зрения, эритроциты - 10-12, цилиндры зернистые - 3-4 в поле зрения, восковидные - 2-3 в поле зрения. Биохимическое исследование крови: АСТ - 0,43 ммоль/л, АЛТ - 0,45 ммоль/л, сахар - 3,8 ммоль/л, холестерин - 7,5 ммоль/л; креатинин - 1,4 ммоль/л, мочевины - 38,2 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, 96 в минуту, электрическая ось сердца отклонена влево, единичные желудочковые экстрасистолы, гипертрофия и систолическая перегрузка миокарда левого желудочка.

УЗИ почек: правая почка - 80×36 мм, подвижна, контуры ровные, нечёткие, толщина паренхимы - 11 мм; левая почка - 84×44 мм, контуры ровные, нечёткие, толщина паренхимы - 9 мм. Паренхима обеих почек «неоднородна», с гиперэхогенными включениями. Конкременты, объёмные образования не выявлены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Дайте рекомендации по дальнейшему лечению.

Эталоны ответов

1. **Хронический гломерулонефрит**, смешанная форма, активная фаза. Симптоматическая **артериальная гипертензия**, степень АГ 3, риск 4 (очень высокий), **желудочковая экстрасистолия**. ХБП С5. **Вторичная анемия** средней степени тяжести. **Уремический колит**. **Уремический перикардит**.

2. Диагноз **«хронический гломерулонефрит»** выставлен на основании дебюта в 19 лет, **сочетания мочевого, нефротического синдромов, артериальной гипертензии**, отсутствия других причин нефротического синдрома, **симметричного сморщивания почек**.

Симптоматическая **артериальная гипертензия – повышение АД до 220/120 мм рт. ст., акцент II тона над аортой**. III стадии – наличие клинического ассоциированного состояния, степень АГ 3 - повышение АД до 220/120 мм рт. ст., риск 4 (очень высокий). **ХПН III Б – диспепсия, кожный зуд, шум трения перикарда, креатинин - 1,4 ммоль/л.**

Анемия средней степени тяжести – Нв – 72 г/л.

3. Пациенту рекомендовано: **проба Реберга** для определения СКФ; **определение суточной протеинурии** для подтверждения нефротического синдрома; **протеинограмма** для подтверждения нефротического синдрома;

липидограмма для подтверждения нефротического синдрома; **КЩС, электролиты крови** для уточнения ХПН и определения тактики лечения; **ЭхоКГ** для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции;

рентгенография органов грудной клетки для исключения поражения легких; **биопсия почек** для уточнения формы гломерулонефрита и десны для исключения амилоидоза.

4. **Диета с ограничением поваренной соли, белка, щелочное питье.** Бикарбонат Na в/в капельно под контролем КЩС с целью коррекции КЩС, гиперкалиемии. **Сорбенты:** Активированный уголь, Полифепан или Энтеродез с целью выведения азотистых шлаков, коррекции азотемии.

Клизмы с 4% раствором пищевой соды с целью коррекции КЩС, гиперкалиемии.

Гипотензивные препараты (диуретики, альфа-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов). Аспирин (0,125 г/сут.), Дипиридамол (400 мг/сут.) с целью улучшения микроциркуляции, профилактики тромбообразования.

Статины с целью коррекции гиперхолестеринемии. Препараты эритропоэтина с целью коррекции анемии.

5. **Диета с ограничением соли и белка, щелочное питье, очистительные клизмы, гипотензивная терапия, Аспирин, перитонеальный диализ, гемодиализ, трансплантация почки.**

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

Мужчина 56 лет в течение 12 лет отмечает повышение уровня мочевой кислоты до 850 мкмоль/л. Нерегулярно принимает Аллопуринол. Отмечал несколько приступов артрита в области локтевых и плечевых суставов за последние 2 года. В течение 3 лет повышение АД до 200/120 мм рт. ст. Лечение комбинацией ингибиторов АПФ - Эналаприл 10 мг и блокаторов медленных кальциевых каналов - Амлодипин 10 мг - неэффективно. Масса тела избыточная. Отмечена пастозность лица и нижних конечностей. Температура тела 36,6 С. Имеются тофусы в области проксимальных межфаланговых суставов с обеих сторон, в области локтевых суставов. В лёгких дыхание везикулярное. Сердце: тоны правильные, 80 в мин., акцент II тона над аортой. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Анализ крови: Нв - 110 г/л, лейкоциты - $5,4 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 12 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1,008 г/л, белок - 0,066 г/л, лейкоциты - 3-4 в поле зрения, цилиндры - до 15 в поле зрения, кристаллы мочевой кислоты. Креатинин сыворотки крови - 200 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Эталонные ответы

1. **Хроническая подагра. Среднетяжелое течение. Подагрический артрит. Подагрическая почка. Артериальная гипертензия. Вторичная анемия средней степени тяжести.**

2. Общий анализ мочи. Анализ мочи по Зимницкому. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, холестерин, триглицериды, С-реактивный белок, билирубин, АСТ, АЛТ, мочевая кислота, креатинин, СКФр, мочевины. Уровень мочевой кислоты в моче. Клиренс креатинина. Радиоизотопные методы исследования функции почек. УЗИ почек. Рентгенография суставов кистей, стоп, локтевых, плечевых.

3. Антиподагрическая диета. Запрещение алкоголя. Урикодепрессивные препараты (Аллопуринол 100 мг с увеличением дозы до 300 мг или Фебуксостат, добавить Пробеницид. При остром подагрическом артрите - Ибупрофен 800 мг. 4 р/сут., при не эффективности Колхицин 1 мг 3 раза в день, со снижением дозировки до 1 мг 2 раза на следующий день, затем по 1 мг/сут. Для контроля АД - Лозартан 50 мг.сут в комбинации с Урапидилом 30 мг 2 р/сут.
4. Ревматоидный артрит, деформирующий остеоартроз, вторичная подагра при заболеваниях крови, злокачественных опухолях, длительном применении диуретиков.
5. Приступы острого артрита, провоцируемые травмами и микротравмами, физической и психической перегрузкой, инфекцией, приемом диуретиков и других медикаментов, повышающих содержание мочевой кислоты в крови. Характерная картина подагрического приступа: внезапное появление резчайших болей (обычно ночью), чаще всего в I плюснефаланговом суставе, с его припухлостью, яркой гиперемией и последующем шелушением. Сопровождаются лихорадкой, ознобом, лейкоцитозом, ускорением СОЭ. При длительном течении подагры число пораженных суставов и локализация изменяются. Образование тофусов. Деформация суставов. Подагрическая нефропатия. Гломерулосклероз и нефросклероз с развитием гипертензии и недостаточности функции почек. Синдром «пробойника» при рентгенографии суставов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4

Больной 66 лет страдает приступами стенокардии напряжения при умеренной физической нагрузке в течение 4 лет. С того же времени знает об артериальной гипертензии. Регулярной терапии не получал. Утром проснулся из-за резкой жгучей боли за грудиной, не купируемой Нитроглицерином. Вызвал врача скорой помощи через 2 часа от начала болевого синдрома, когда жгучая боль за грудиной усилилась, стала

иррадиировать в левую руку и появилась одышка, перебои в работе сердца.

При осмотре состояние средней тяжести, одышка в покое. Кожные покровы покрыты липким потом, холодные на ощупь, акроцианоз. Пульс - 92 в минуту, аритмичный, 5-6 экстрасистол в минуту, АД - 160/90 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, акцент 2 тона на лёгочной артерии. Частота дыханий - 28 в минуту. Выслушиваются влажные хрипы в нижних отделах лёгких. Печень у края рёберной дуги, периферических отёков нет. Больной был экстренно госпитализирован в отделение реанимации.

На ЭКГ: ритм синусовый, в отведениях V1-4 - подъем сегмента ST 3 мм выше изолинии, одиночная политопная желудочковая экстрасистолия с полной компенсаторной паузой. Лейкоцитоз - 10,000. Тропонин - 16 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Критерии основного диагноза.
3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?
4. Дополнительные методы обследования.
5. Лечебная тактика, выбор препаратов.

Эталоны ответов

Инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка, тип I, острейшая стадия. Желудочковая экстрасистолия 3 (Lown, Wolf). Сердечная недостаточность II функционального класса (Killip).

2. Критерии инфаркта миокарда: **наличие биомаркеров некроза кардиомиоцитов** в сочетании хотя бы с одним из следующих признаков: симптомы ишемии; эпизоды подъёма сегмента ST на ЭКГ или впервые возникшая полная блокада левой ножки пучка Гиса. У больного с предшествующим анамнезом ишемической болезни сердца, стенокардии напряжения развивается клиническая картина острого коронарного синдрома в качестве первичного коронарного события. **На ЭКГ - достоверные признаки повреждения миокарда передней стенки левого желудочка с охватом верхушки, маркеры некроза миокарда.**

3. **Желудочковая экстрасистолия 3 градации (Lown, Wolf).** В условиях электрической нестабильности миокарда у больного в остром периоде инфаркта миокарда желудочковая экстрасистолия высоких градаций является триггером жизнеопасных желудочковых аритмий. **Сердечная недостаточность II функционального класса (Killip)** - у больного имеются одышка, акроцианоз, влажные хрипы в нижних отделах лёгких.

4. **Экстренная коронароангиография. Непрерывный мониторинг ЭКГ, АД, СИ. Экстренная эхокардиография с доплерографией.**

Рентген грудной клетки.

Маркеры повреждения миокарда в динамике.

КОС крови в динамике.

Креатинин крови, глюкоза, липидный спектр.

5. Основные лечебные задачи: **купирование болевого синдрома; торможение процесса тромбообразования в коронарной артерии; восстановление кровотока по коронарной артерии и профилактика её ретромбоза; гемодинамическая и нейрогуморальная разгрузка сердца.** Для купирования болевого синдрома у больного с развивающимся отёком лёгких предпочтительно внутривенное **медленное введение морфина 2-4 мг.**

Ингаляция кислорода (со скоростью 2-8 литров в минуту) – при сохраняющейся ишемии миокарда и явном застое в лёгких.

Бета-блокаторы липофильные показаны всем пациентам с ОКС, признаками дисфункции левого желудочка (снижение смертности больных, ограничение зоны инфаркта, уменьшение частоты нарушений ритма, снижение частоты разрывов миокарда). **Аспирин** показан всем больным с ОКС, начальная доза 150-300 мг (без кишечнорастворимой оболочки), затем 75-100 мг/с (I-A). Ингибиторы P2Y12 рецепторов тромбоцитов (Тикагрелол, Прасугрель, Клопидогрель) должны быть назначены всем больным с ОКС в дополнении к Аспирину, как можно раньше, при отсутствии противопоказаний (высокий риск кровотечений). Продолжительность комбинированного лечения 12 месяцев. Тикагрелол (180 мг начальная доза, 90 мг 2 раза в день - поддерживающая доза) рекомендуется всем пациентам среднего и высокого риска коронарных событий (например -высокий уровень тропонинов).

Применение антикоагулянтов рекомендуется всем больным **в дополнение к антитромбоцитарной терапии.**

Больным с ИМ с подъёмом сегмента ST, поступающим в больницу с возможностью ЧКВ, должно быть выполнено ЧКВ в течение 90 минут после первого контакта с медицинским работником: ангиопластика и стентирование инфаркт-ассоциированной коронарной артерии. Если коронарное вмешательство не может быть выполнено в течении 120 минут от первого контакта с медицинским работником - показано проведение тромболизиса с последующим выполнением коронарографии: незамедлительно при неэффективном тромболизисе и в сроки 3 -24 часа при эффективном тромболизисе с проведением ангиопластики и стентирования инфаркт-ассоциированной артерии, если сохраняется функционально значимый стеноз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5

Больная М. 50 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на тошноту, острые ночные и голодные боли в эпигастрии, уменьшающиеся после приёма пищи, тошноту, рвоту «кофейной гущей», однократно чёрный «дегтеобразный» стул. Лечится по поводу ревматоидного артрита, длительно (более 3 месяцев) принимала Индометацин по 1 таблетке 3 раза в день. Ранее данных жалоб не отмечала, к врачу не обращалась. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Пониженного питания. Язык обложен белым налётом, влажный. В лёгких дыхание везикулярное, ЧД - 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 88 уд в мин, АД - 110/70 мм рт. ст. Живот напряжённый, резко болезненный локально в зоне Шофара. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул чёрный «дегтеобразный». Мочеиспускание не нарушено. Клинический анализ крови: гемоглобин - 100 г/л; эритроциты - $3,0 \cdot 10^{12}/л$; лейкоциты $8,4 \cdot 10^9/л$; палочкоядерные - 4%; сегментоядерные - 61%; эозинофилы - 1%; лимфоциты - 30%; моноциты - 4%; СОЭ - 20 мм/час.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой группы противоязвенных препаратов Вы бы рекомендовали пациенту в стартовой терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 2 недели терапии Эзомепразолом выявлены признаки рубцевания язвы. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Эталоны ответов

1. Язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением на фоне приёма НПВС.

2. Диагноз «язвенная болезнь желудка», осложненная кровотечением на фоне приёма НПВС установлен на основании жалоб больного на тошноту острые ночные и голодные боли в

эпигастрии, уменьшающиеся после приема пищи, тошноту, рвоту «кофейной гущей», однократно черный «дегтеобразный» стул, данных анамнеза длительно (более 3 месяцев) принимала Индометацин; данных осмотра (живот напряженный, резко болезненный локально в зоне Шофара, стул чёрный «дэгтеобразный»); на основании анализа крови (гемоглобин 100 г/л).

3. Пациенту рекомендовано: проведение ЭГДС для выявления места кровотечения, консультация врача-хирурга для определения дальнейшей тактики лечения

4. Ингибиторы протонной помпы являются препаратами выбора при язве, вызванной НПВС Эзомепразол 40 мг 1 раз в день, так как у данного препарата лучше фармакокинетика и фармакодинамика, нет влияния генетического полиморфизма).

5. Продолжить противоязвенную терапию без изменений, определить наличие *H. pilory*; при положительном ответе - назначить антихеликобактерную схему лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6

Больной 35 лет госпитализирован в стационар после осмотра на дому врачом-терапевтом участковым. Жалобы на мучительный сухой кашель с отделением небольшого количества вязкой слизистой мокроты, одышку, боль в левом боку при глубоком дыхании и кашле, резкую общую слабость. Заболел 3 дня назад. Днём переохладился, вечером внезапно почувствовал озноб, общую слабость. Температура тела повысилась до 39,6 °С, ознобы не повторялись, температура оставалась на высоких цифрах, присоединился кашель, одышка и затем боль в боку при дыхании. Объективно: состояние тяжёлое. Акроцианоз. Крылья носа раздуваются при дыхании. Гиперемия щёк, больше слева, небольшой цианоз слизистых, на губах герпес. Левая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, в верхних отделах её усиление голосового дрожания. При перкуссии притупление слева в верхних отделах, здесь же определяется бронхиальное дыхание высокого тембра, шум трения плевры спереди, хрипов не слышно. Частота дыхательных движений (ЧДД) - 32 в минуту. Над остальной поверхностью лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс - 112 в минуту, ритмичный. Артериальное давление - 100/60 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Эталоны ответов

1. Внебольничная левосторонняя верхнедолевая пневмония, осложненная плевритом.

2. Общий анализ крови, общий анализ мочи; анализ мокроты, посев мокроты на микрофлору и определение чувствительности ее к антибиотикам; биохимический анализ: общий белок, билирубин, аминотрансферазы, холестерин, ЛДГ, серомукоид, гаптоглобин; Рентгенологическое исследование легких в динамике, компьютерная томография.

3. Антибиотики широкого спектра действия (комбинированная терапия - цефалоспорины III поколения в/в и легочные фторхинолоны), муколитики, НПВС.

4. ТЭЛА, абсцедирующая пневмония, острый бронхит, межреберный нейромиеозит.

5. Характерны жалобы на боли в грудной клетке особенно при глубоком дыхании, при перкуссии там же притупление, повышение температуры тела, общая слабость. Объективно: учащенное поверхностное дыхание, вынужденное положение тела.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7

Пациентка А. 38 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на горечь во рту, возникающую преимущественно в утренние часы, ощущение дискомфорта в области эпигастрия, чувство быстрого насыщения; после погрешностей в диете беспокоит тошнота, метеоризм.

Из анамнеза известно, что 2 года назад перенесла холецистэктомию по поводу хронического калькулезного холецистита.

Подобные жалобы беспокоят в течение года. При объективном осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, чистые. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем без особенностей. Язык влажный, обложен желтоватым налётом у корня. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, слегка болезненный в эпигастриальной области.

В клиническом анализе крови: эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 135 г/л, цветовой показатель - 0,96, тромбоциты - 347×10^9 , лейкоциты - $8,7 \times 10^9$, СОЭ - 12 мм/ч.

В биохимическом анализе крови: АЛТ - 28 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, амилаза - 77 Ед/л, щелочная фосфатаза - 80 Ед/л.

Выполнено ФГДС: слизистая желудка умеренно отёчна, гиперемирована в антральном отделе. Перистальтика активная. Желудок хорошо расправляется воздухом.

Привратник зияет. В просвете желудка определяется небольшое количество желчи.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.
2. Каков патогенез описанных проявлений?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
5. Сформулируйте план лечения.

Эталоны ответов

1. Хронический реактивный гастрит (рефлюкс-гастрит, тип С); дуодено-гастральный рефлюкс; ЖКБ, состояние после холецистэктомии.

2. В патогенезе формирования дуодено-гастрального рефлюкса имеет значение холецистэктомия, которая может приводить к нарушению сократительной функции желчного, гастродуоденальной моторики, развитию дуоденостаза. Это, в свою очередь, приводит к повышению давления в просвете двенадцатиперстной кишки и забросу её содержимого в желудок. Изменение химического состава желчи и хаотическое её поступление в ДПК нарушают переваривание и всасывание жира и других веществ липидной природы, уменьшают бактерицидность дуоденального содержимого, что приводит к микробному обсеменению ДПК.

При синдроме избыточного бактериального роста в кишке накапливаются продукты жизнедеятельности бактерий, гниения и брожения, т. е. развиваются метеоризм и дистензионные боли, усугубляется дуодено-гастральный рефлюкс.

3. Холедохолитиаз, хронический панкреатит, хронический гастрит другой этиологии.

4. УЗИ органов брюшной полости для исключения наличия камнеобразования в желчных протоках, оценки структуры поджелудочной железы; суточная рН-метрия; уреазный дыхательный тест на хеликобактер.

5. - Соблюдение щадящей диеты;

- употребление варёной, полужидкой пищи;

- отказ от белого и ржаного хлеба;

- жареной, копчёной, жирной, острой и солёной пищи;

- маринадов и консервации;

- сахара, мёда и варенья;

- сдобных изделий и шоколада;

- алкогольных напитков;

- ингибиторы протонной помпы (Омепразол 20 мг 2 р\сут.);

- прокинетики (Домперидон, Мотилиум - 10 мг 3-4 р\сут.);

- препараты УДХК (Урсофальк, Урсосан 250 мг - 1 раз в сутки перед сном 3-5 дней с увеличением дозы до 15 мг/кг); Висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза/сут. или 240 мг 2 раза/сут. в течение 28 дней).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №8

Врач-терапевт участковый поликлиники вызвал машину скорой медицинской помощи с целью возможной госпитализации для женщины 45 лет, у которой предположил диагноз «Ишемическая болезнь сердца. Острый коронарный синдром. Бронхиальная астма, обострение». Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет, после значительного уменьшения физической активности, отмечает постоянное увеличение массы тела, на фоне чего стала отмечать приступообразный, преимущественно сухой мучительный кашель, сопровождающийся ощущением нехватки воздуха. Через некоторое время стала также отмечать боли за грудиной при физической нагрузке, наиболее выраженные во время работы в огороде (прополка грядок). Была обследована амбулаторно. Выставлен диагноз «Бронхиальная астма тяжёлого, непрерывно рецидивирующего течения. ИБС: стенокардия напряжения III ф. к. Ожирение II ст.». Назначенное лечение - Преднизолон, ингаляционные глюкокортикоиды, бронхолитики, - имело

незначительный эффект. Приём нитратов, со слов больной, был эффективен, приводя к купированию загрудинной боли в течение получаса.

В течение последних 2-3 недель отмечает появление загрудинной боли в ночное время в первой половине ночи, особенно после плотного позднего ужина, что стало поводом для обращения за медицинской помощью.

Бригадой скорой помощи по данным клинической картины, а также по данным ЭКГ и высокочувствительного тропонин-теста, диагноз ОКС отвергнут. При аускультации дыхание жёсткое, хрипов нет.

Рентгенография органов грудной клетки – без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз заболевания, которое объединяет жалобы больной.
2. Какие осложнения возможны при данном заболевании?
3. Какие специальные методы исследования применяются при данном заболевании?
4. Какие рекомендации по изменению образа жизни и питания необходимо дать пациентке?
5. Какие препараты применяются для лечения данного заболевания (указать группу и название препарата)?

Эталоны ответов

1. ГЭРБ. Хронический рефлюкс-эзофагит, обострение.

2. Структура пищевода, кровотечение из язв пищевода, пищевод Баррета, аденокарцинома пищевода.

3. ФЭГДС, гистологическое исследование, рН-метрическое исследование, манометрия пищевода, рентгенологическое исследование, импедансометрия. Проба с Гевисконом на купирование болевого синдрома.

4. Снижение массы тела, прекращение курения, спать с приподнятым изголовьем кровати, избегать приём препаратов, снижающих тонус нижнепищеводного сфинктера (теофилины, нитраты, ингибиторы кальциевых каналов, антидепрессанты), вызывающих воспаление слизистой пищевода и желудка (НПВС, Доксициклин).

Не есть на ночь, не принимать горизонтальное положение в течение 40-60 минут после еды, избегать употребления кислых фруктовых соков, жиров, шоколада, кофе, чеснока, лука, перца, алкоголя, горячей, холодной и острой пищи, газированных напитков.

5. Ингибиторы протонной помпы (Омепразол, Рабепразол), прокинетики (Мотилиум, Ганатон), антациды (Альмагель, Маалокс), альгинаты (Гевискон, Гевискон форте).

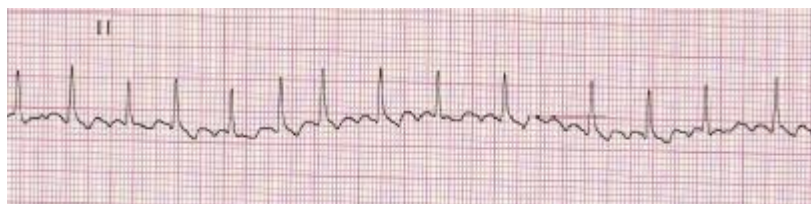
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9

Пациент К. 50 лет обратился к участковому врачу в связи с впервые возникшим приступом сердцебиения, сопровождающимся мышечной дрожью, слабостью, незначительным затруднением дыхания. Приступ возник около 2 часов назад при сильном эмоциональном стрессе. Ранее при регулярной диспансеризации никаких заболеваний выявлено не было, АД было всегда в пределах нормы. На ранее снятых ЭКГ без патологических изменений. Весьма значительные физические нагрузки переносит хорошо.

При осмотре: сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В лёгких везикулярное дыхание, ЧДД - 18 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца аритмичные, шумов нет, ЧСС - 144 удара в минуту, пульс - 108 в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст. Печень не увеличена.

Периферические отёки отсутствуют. Температура тела 36,9°C.

Представлена ЭКГ отведение II (скорость 25 мм/с):



Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Назовите отклонения от нормы, видимые на представленной ЭКГ, и сформулируйте ЭКГ-заключение.
3. Какой синдром является ведущим в клинической картине данного заболевания?
4. Среди каких сходных состояний требуется провести дифференциальную диагностику?
5. С введения каких препаратов следует начинать купирование данного неотложного состояния?

Эталонные ответы

1. **Идиопатическая пароксизмальная фибрилляция предсердий** (допускается формулировка «мерцательная аритмия»), тахисистолическая форма, гемодинамически незначимый пароксизм.
 2. Ритм нерегулярный, ЧСС повышена, отсутствуют зубцы Р, волны f.
- Заключение: фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма.
3. Нарушение ритма сердца.
 4. Другие пароксизмальные тахикардии с «узкими» комплексами QRS (трепетание предсердий, предсердные тахикардии, атриовентрикулярные тахикардии), синусовая тахикардия.
 5. Новокаиномид 1000 мг внутривенно капельно или Амиодарон 300 мг внутривенно капельно или Пропафенон 450-600 мг внутрь.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10

К участковому терапевту обратился больной 52 лет с жалобами на систематический кашель с отделением скудного количества слизистой мокроты, преимущественно в утренние часы, одышку с затруднением выдоха, возникающую при обычной физической нагрузке, снижение массы тела. Курит с 20 лет (30 сигарет в день), работает наборщиком в типографии. В течение предшествующих 5 лет беспокоит хронический кашель, в последние 2 года присоединились прогрессирующая одышка при ходьбе, которая значительно ограничивает физическую работоспособность и снижение массы тела. Два месяца назад перенёс простудное заболевание, на фоне которого отметил значительное усиление кашля и одышки, амбулаторно принимал азитромицин. Самочувствие улучшилось, но сохраняется выраженная одышка, в связи с чем обратился в поликлинику. В течение последнего года подобных эпизодов простудных заболеваний с усилением кашля и одышки, кроме указанного, не отмечалось.

Перенесённые заболевания: правосторонняя пневмония в 40-летнем возрасте, аппендэктомия в детском возрасте. Аллергоанамнез не отягощён. Общее состояние удовлетворительное. Пониженного питания, рост 178 см, вес 56 кг. Кожные покровы обычной окраски, отёков нет. Грудная клетка бочкообразной формы, при перкуссии лёгких – коробочный звук, при аускультации – диффузно ослабленное везикулярное дыхание, частота дыханий – 18 в минуту, SpO₂96%. Тоны сердца ритмичные, пульс 88 в минуту, акцент II тона над лёгочной артерией. АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 4 см.

Вопросы:

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

Эталонные ответы

1. **Хроническая обструктивная болезнь лёгких, преимущественно эмфизематозный фенотип, низкий риск обострений** (для установления степени тяжести ограничения скорости воздушного потока и выраженности симптомов ХОБЛ необходимо дополнительное обследование).
2. Диагноз поставлен на основании:
 - жалоб пациента на хронический кашель со скудной слизистой мокротой и прогрессирующую одышку экспираторного характера;
 - наличия факторов риска развития ХОБЛ: длительного стажа табакокурения (индекс пачка/лет=48) и профессиональных факторов;
 - признаков эмфиземы при осмотре: бочкообразная форма грудной клетки, коробочный звук при перкуссии лёгких, диффузное ослабление везикулярного дыхания;
 - прогрессирующего снижения массы тела как системного проявления ХОБЛ.
3. План дополнительного обследования включает:

- спирометрию для выявления ограничения скорости воздушного потока и степени её тяжести;
- заполнение опросников mMRC и CAT для оценки выраженности симптомов ХОБЛ;
- рентгенографию органов грудной клетки для исключения альтернативного диагноза и серьезных сопутствующих заболеваний, выявления гиперинфляции;
- ЭКГ для исключения альтернативного диагноза, выявления признаков гипертрофии правого желудочка

4. Отказ от курения для снижения темпов прогрессирования ХОБЛ.

После проведения интегральной оценки симптомов, показателей спирометрии и риска обострений и установления группы, к которой относится пациент, назначить лекарственную терапию для предупреждения и контроля симптомов, уменьшения частоты и тяжести обострений, улучшения состояния здоровья и переносимости физической нагрузки. Предпочтительным является назначение бронходилататоров длительного действия (учитывая степень выраженности одышки) – М-холинолитиков или бета2-агонистов. Ежегодная вакцинация от гриппа и пневмококковой инфекции для снижения риска обострений ХОБЛ. Включение в программу лёгочной реабилитации (физические тренировки, нутритивная поддержка) для уменьшения симптомов, улучшения качества жизни и повышения физического и эмоционального участия в повседневной жизни.

5. Пациенты с ХОБЛ наблюдаются врачом первичного звена здравоохранения по группе III диспансерного наблюдения при 1-2 степени тяжести бронхиальной обструкции 2 раза в год; 3-4 степени тяжести - 4 раза в год.

Осмотр пульмонолога проводится 2 раза в год. При необходимости проводится осмотр врачами других специальностей - отоларинголог, стоматолог, психотерапевт, фтизиатр.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11

Пациент А.Т. 49 лет, инженер, обратился к участковому терапевту с жалобами на эпизодическое повышение АД до 150/90-160/95 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области. По совету своих знакомых при плохом самочувствии, связанном с высоким АД, принимает эналаприл по 10 мг. Кроме того, в последние 2-3 мес. стал отмечать появление ноющих болей в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250-300 метров, купирующихся в покое. Считает себя больным около 2-х лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Ранее не обследовался. Систематической терапии не получает. Максимальные цифры АД – 170/100 мм рт. ст. Около 10 лет назад была выявлена язвенная болезнь 12-перстной кишки, после курса консервативной терапии обострений больше не было. Другие хронические заболевания отрицает. Курит около ½ пачки в день – 30 лет. Алкоголь употребляет умеренно. Семейный анамнез: мать страдает ИБС, ГБ; отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. Операций, травм не было. При физикальном осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые не изменены. Рост 172 см, вес 80 кг, ИМТ – 27 кг/м² Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа б/о. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный лёгочный. Топографическая перкуссия – границы лёгких в пределах нормы. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, акцент 2-го тона над аортой. Ритм сердца правильный, прерываемый единичными экстрасистолами. ЧСС – 70 уд/мин, АД – 150/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Поколачивание области почек безболезненное с обеих сторон. Дизурических явлений нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие комбинации групп гипотензивных препаратов противопоказаны данному пациенту?

Эталоны ответов

1. Гипертоническая болезнь II стадии. Степень АГ 2. Риск 3 (высокий). ХСН 0 ст., ФК 0. Атеросклероз артерий нижних конечностей.

2. Диагноз «гипертоническая болезнь» установлен на основании **жалоб** больного на эпизодическое повышение АД до 150/90-160/95 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области.

Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей установлен на основании **данных анамнеза** (в последние 2-3 месяца стал отмечать появление ноющих болей в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250-300 метров, купирующиеся в покое); установление **степени АГ** основано **на цифрах АД**, измеренных во время приёма.

Стадия АГ установлена на основании наличия **поражения органов-мишеней - системный атеросклероз.**

3. - ОАК,

- ОАМ,

- биохимический анализ крови (ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ, калий, натрий, креатинин с расчётом СКФ, мочевая кислота, АЛТ, АСТ), глюкоза плазмы натощак,

- ЭКГ,

- ЭхоКГ, исследование глазного дна,

- **суточное мониторирование артериального давления -СМАД,**

- УЗИ сосудов нижних конечностей с последующей консультацией сосудистого врача-хирурга (при необходимости), -консультация невролога.

4. **Ингибиторы АПФ** или антагонисты рецепторов к ангиотензину II.

Гипотензивная терапия (возможно назначение ИАПФ, БРА-блокаторы рецепторов альдостерона, АК-антагонисты кальция, диуретики). Например, **Периндоприл 2,5 мг 1 раз в день**, или Амлодипин 5 мг 1 раз в день,

после достижения целевых цифр АД - **дезагреганты (Аспирин 7мг/сут).**

5. Противопоказаны комбинации β- адреноблокаторов (БАБ) + антагонисты кальция (недигидропиридинового ряда – **биспролол + верапамил – усиление кардиодепрессивного эффекта.**

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12

32-летний больной на приёме у врача-терапевта участкового с жалобами на периодически возникающие давящие за грудиной боли при умеренной физической нагрузке, перебои в работе сердца и периодические потери сознания, которые появились около полугода назад. Брат больного умер внезапно в молодом возрасте. При осмотре - кожные покровы без особенностей, ЧДД - 19 в минуту, ЧСС - 88 ударов в минуту, ритм неправильный. При аускультации сердца - систолический шум в 34 межреберье слева. АД - 115/75 мм рт. ст. Печень не увеличена. Отёков нет. При суточном мониторировании ЭКГ выявлена частая желудочковая экстрасистолия и короткие пароксизмы желудочковой тахикардии. При эхокардиографии толщина межжелудочковой перегородки в диастолу - 1,7 см, задней стенки левого желудочка - 1,3 см, размер полости левого желудочка в диастолу - 4,2 см. Госпитализирован для обследования и уточнения диагноза.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Эталонные ответы

1. Гипертрофическая кардиомиопатия, идиопатический гипертрофический субаортальный стеноз. Прогрессирующее течение. Частая желудочковая экстрасистолия.

2. Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, креатинин, фибриноген, С-реактивный протеин, тропонин I, мозговой натриуретический пептид. Рентгенологическое исследование легких. ЭКГ. ЭХОКГ с доплерографией (с уточнением наличия обструкции выносящего тракта левого желудочка). Генетический тест для выявления ассоциированной с наследственной гипертрофической кардиомиопатией мутацией.

3. Кордарон внутривенно, бета-блокаторы. Имплантация дефибриллятора- кардиовертера по показаниям. Хирургическое лечение (чрез-аортальная септальная миэктомия).

4. ИБС, инфаркт миокарда. Гипертоническая болезнь. Амилоидоз сердца. Болезнь Фабри. Рестриктивная кардиомиопатия. Аортальный стеноз.

5. Общепризнана наследственная концепция (заболевание или внезапная смерть близких родственников). Ангинозные боли. Систолический шум в III-IV межреберьях слева от грудины. Систолический шум пролапса митрального клапана. Нарушения ритма (мерцательная аритмия, желудочковые экстрасистолы, желудочковая пароксизмальная тахикардия). Обмороки. Нарушения диастолической функции на ЭХОКГ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13

Больная Н. 63 лет, пенсионерка, обратилась на приём к участковому врачу в сопровождении дочери. Предъявляет жалобы на выраженную слабость, нарастающую в течение последних шести месяцев. Также дочь указывает на появление когнитивных нарушений у мамы (забывчива, иногда теряется при пользовании бытовой техникой). Из анамнеза известно, что пациентка страдает артериальной гипертензией, целевые показатели АД достигнуты на фоне комбинированного приема лизиноприла и амлодипина. За медицинской помощью ранее обращалась редко, преимущественно для прохождения диспансеризации. Состояние удовлетворительное. Рост 161 см, вес 56 кг, ИМТ 21,6 кг/м². Кожа и слизистые бледные. Лимфоузлы не увеличены. Молочные железы мягкие. Отёков нет. Костно-суставно-мышечная система – без особенностей. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 84 в 1 мин. АД – 130/80 мм.рт.ст. Язык малинового цвета, не обложен. Живот мягкий, чувствительный к пальпации в эпигастральной области. Печень выступает на 2 см из-под рёберной дуги, край эластичный. Селезёнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул оформлен, регулярный, обычного цвета.

Чувствительных и двигательных нарушений не выявлено. Общий анализ крови, выполненный в неотложном порядке: эритроциты (RBC) - $2,31 \times 10^{12}/л$, гемоглобин (Hb) – 52 г/л, MCV – 108 fl, MCH – 36,1 pg, MCHC – 391 г/л, лейкоциты (WBC) - $2,8 \times 10^9/л$: базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 84%, лимфоциты – 12%, моноциты – 2%. Тромбоциты (PLT) – $76 \times 10^9/л$. СОЭ = 31 мм/час.

Вопросы:

1. Выскажите и обоснуйте мнение о наиболее вероятных диагнозах.
2. Вы врач участковый терапевт. Предложите и обоснуйте дальнейшую тактику ведения пациентки.
3. Пациентка на приёме через 1 месяц. В течение первых двух недель находилась на лечении в терапевтическом стационаре, затем продолжала лечение дома. При проведении ФГДС выявлен атрофический гастрит. В течение прошедшего месяца получала цианокобаламин 500 мкг в сутки. Отметила существенное уменьшение слабости, однако сохраняются забывчивость, трудность подбора слов при общении. Перед явкой к участковому врачу выполнен общий анализ крови: эритроциты (RBC) - $3,95 \times 10^{12}/л$, гемоглобин (Hb) – 96 г/л, MCV – 88 fl, MCH – 32,3 pg, MCHC – 348 г/л. Лейкоциты (WBC) - $5,6 \times 10^9/л$. Тромбоциты (PLT) – $199 \times 10^9/л$. СОЭ = 25 мм/час. Какое лечение Вы будете применять в дальнейшем? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Дочь хочет направить маму для дальнейшего лечения в санаторий и просит указать профиль наиболее подходящих санаториев. Обоснуйте Ваше решение.
5. Дочь пациентки интересуется, какими немедикаментозными средствами (диета) можно повысить уровень гемоглобина. Выскажите и обоснуйте свое мнение.

Эталоны ответов

В₁₂-фолиево-дефицитная анемия, тяжелой степени. У пациентки выявлен анемический синдром (слабость, снижение гемоглобина менее 120 г/л), а также гиперхромия, микроцитоз, типичные для В₁₂-фолиево-дефицитных анемий. При данном патогенетическом варианте анемий может наблюдаться цитопенический синдром, а также гепатомегалия за счет ускоренного распада эритроцитов. В то же время нельзя исключить наличие гипопластической анемии тяжелой степени тяжести, поскольку у пациентки выявлено угнетение всех трех ростков кроветворения.

2. Пациентка должна быть госпитализирована в неотложном порядке. С учетом подавления трех ростков кроветворения в качестве диагностики пациентке должна быть выполнена стернальная пункция. Кроме того, наличие уровня гемоглобина ниже 60 г/л является показанием для трансфузии эритроцитарной массы, что должно проводиться в условиях терапевтического стационара.

3. У пациентки получен хороший терапевтический ответ (увеличение гемоглобина на 44 г/л за 4 недели), что свидетельствует о правильной тактике ведения. В дальнейшем планируется восполнение депо витамина В12 и постепенное снижение кратности введения до поддерживающих доз. Обычно 500 мкг в сутки назначают в течение 4-6 первых недель терапии, в дальнейшем в течение 2-3 месяцев 500 мкг в неделю. Поддерживающая доза 500 мкг один раз в месяц назначается пожизненно. Витамин В12 (Цианокобаламин) используется только парентерально, т. к. при атрофическом гастрите происходит недостаточная выработка внутреннего фактора Касла в париетальных клетках желудка.

4. Наличие анемии и невозможность самообслуживания являются противопоказаниями для санаторно-курортного лечения. После восстановления уровня гемоглобина и повторной оценки когнитивного статуса, нарушения которого могут быть связаны с анемией, не ранее чем через 3 месяца следует вернуться к решению вопроса о возможности санаторно-курортного лечения. Не существует санаториев, специализирующихся по лечению анемий, в связи с чем в качестве возможных курортных факторов в дальнейшем могут быть использованы климатотерапия в связи с наличием АГ или бальнеотерапия в связи с наличием атрофического гастрита.

5. При атрофическом гастрите возникает дефицит внутреннего фактора Касла – гликопротеина, необходимого для образования связи с экзогенным витамином В12 для последующего его усвоения. Поэтому даже при достаточном поступлении витамина В12 с пищей у человека не произойдет восстановления уровня гемоглобина. В целом диета должна быть полноценной, но она не повлияет на течение заболевания. Для терапии должны использоваться парентеральная форма Цианокобаламина.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14

Больная А. 38 лет поступила по скорой помощи в приёмное отделение стационара с жалобами на пульсирующую головную боль, сопровождающуюся чувством сдавления головы, сердцебиением, потливостью, ознобом. За последние 6 месяцев отмечает похудание на 4 кг. Измеряла АД нерегулярно. В анамнезе за последние 8 месяцев - частые гипертонические кризы, купированные врачами скорой помощи (препараты не помнит). Постоянно гипотензивной терапии не принимала, но при повышении АД свыше 170/100 мм рт. ст. принимала Каптоприл 25 мг внутрь без выраженного эффекта.

При осмотре: АД – 220/130 мм рт. ст., ЧСС – 180 ударов в минуту. Температура тела - 37,8°C, бледность кожных покровов, тремор, похолодание кистей рук, светобоязнь. Отмечалось кратковременное синкопальное состояние. Проведена терапия внутривенным медленным введением препарата Урапидил со снижением АД в течение часа до 160/90 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Установите предварительный диагноз.
3. Наметьте план обследования пациентки на первом этапе.
4. Определите круг дифференциального диагноза.
5. Определите тактику лечения.

Эталоны ответов

1. **Синдром артериальной гипертензии, синдром цефалгии, синдром вегетативной дисфункции.**

2. **Феохромоцитома. Кризовая форма. Криз.**

3. Пациентке рекомендовано: ОАК, сахар крови натощак, ЭКГ, УЗИ надпочечников, почек, грудного и брюшного отделов аорты, МСКТ почек и надпочечников, исследование мочи на количественное содержание норадреналина, адреналина, ванилилминдальной кислоты, проба с тропафеном.

4. Дифференциальная диагностика с гипертоническим кризом, симптоматическими артериальными гипертензиями.

5. Альфа-адреноблокаторы, при необходимости комбинация с бета-адреноблокаторами, антагонистами кальциевых каналов, ингибиторами АПФ. В плановом порядке - оперативное лечение (адреналэктомия).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15

Больная 50 лет обратилась в поликлинику. Из анамнеза: в последний год отмечает по ночам боли в области верхней трети грудины, которые продолжаются около 15 минут, проходят самостоятельно

или после приема Нитроглицерина. АД - 120/80 мм рт. ст., пульс - 62 удара в минуту. ЭКГ в покое без патологических изменений. Проба с физической нагрузкой отрицательная при высокой толерантности к нагрузке. Во время приступа болей на ЭКГ, снятой врачом скорой помощи, были зарегистрированы подъём сегмента ST в отведениях II, III и AVF с дискордантным снижением этого сегмента в отведениях V1 и V2 и атриовентрикулярная блокада II степени. Из анамнеза известно, что в течение 10 лет у больной отмечается повышение артериального давления до 170/100 мм рт. ст. при оптимальном АД для больной 130/80 мм рт. ст. Отец умер внезапно в возрасте 57 лет, мать страдает артериальной гипертензией и ИБС. Больная курит до 20 сигарет в день в течение 25 лет.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
5. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

Эталоны ответов

1. ИБС: вариантная стенокардия Принцметала.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб на боли по ночам в области верхней трети грудины, которые продолжаются около 15 минут, проходят самостоятельно или после приёма Нитроглицерина; данных анамнеза: во время приступа болей на ЭКГ, снятой врачом «скорой помощи», были зарегистрированы подъём сегмента ST в отведениях II, III и AVF с дискордантным снижением этого сегмента в отведениях V1 и V2 и атриовентрикулярная блокада II степени.

3. - БХ крови: липидограмма;

- СМЭКГ по Холтеру;

- стрессЭХОКГ;

- коронарография.

4. - Антиагреганты;

- антагонисты кальциевых каналов;

- бета-адреноблокаторы;

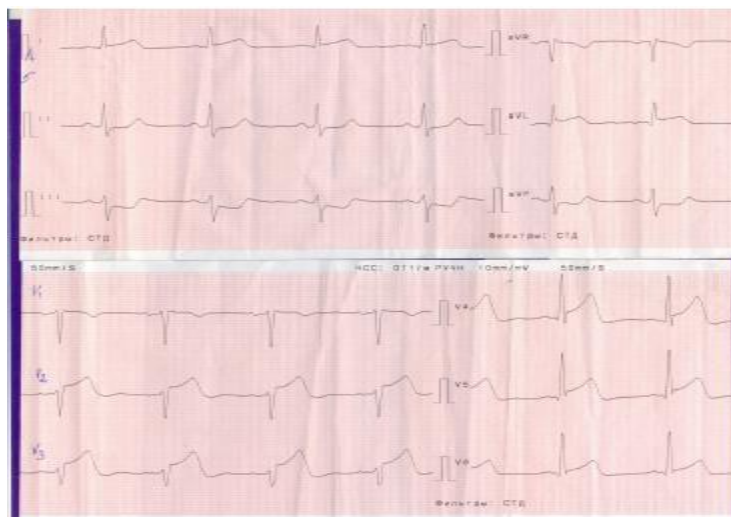
- оперативное лечение: БАП и стентирование.

5. - ИБС: острый инфаркт миокарда;

- ИБС: прогрессирующая стенокардия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16

Мужчина 47 лет вызвал бригаду скорой помощи в связи с появлением давящей боли за грудиной. Боль появилась 40 минут назад, в покое, не купировалась 2 дозами изокета. Пациент отмечает выраженную слабость, потливость. Ранее боли за грудиной не беспокоили, физическую нагрузку переносил хорошо. В течение 6 лет периодически повышалось АД до 160/100 мм рт. ст. При повышении АД принимал Каптоприл, постоянно гипотензивные препараты не получал. Курит 25 лет по 1 пачке сигарет в день. Наследственность не отягощена. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы влажные. ЧДД - 18 в минуту. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 70 ударов в минуту, АД - 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Пульс на сосудах нижних конечностях сохранён.



Зарегистрирована ЭКГ.

Больной доставлен в приёмное отделение больницы с отделением рентгеноэндоваскулярных вмешательств в течение 20 минут.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой метод реперфузии показан больному? Обоснуйте свой выбор.
5. Какая антитромботическая терапия показана больному при поступлении в стационар, если известно, что на догоспитальном этапе она не проводилась? Результаты анализов: троп-тест отрицательный, креатинин - 0,09 ммоль/л, сахар - 6,5 ммоль/л.

Эталоны ответов

ИБС. Острый коронарный синдром с подъёмом сегмента ST, передне-перегородочно-боковой. Киллип 1. Артериальная гипертония 3 стадии, риск 4.

2. Диагноз «ИБС: острый коронарный синдром» установлен на основании клинической картины: боль за грудиной, возникшая в покое, не купировавшаяся Изокетом, продолжительностью 40 минут, сопровождающаяся слабостью и холодным потом. Данные ЭКГ: подъём ST в отведениях I, aVL, V2-V6 и реципрокные изменения в III, aVF свидетельствуют об ОКС с подъёмом ST передне-перегородочно-боковой локализации. Киллип 1 - на основании отсутствия хрипов в лёгких. Диагноз артериальной гипертонии установлен на основании данных о повышении

АД в течение 6 лет. Наличие ОКС свидетельствует о 3 стадии и 4 степени риска.

3. Пациенту необходимо исследование маркеров некроза (тропони), креатинина, глюкозы. Экстренная коронарография для выявления окклюзивного тромбоза с последующим восстановлением кровотока в инфаркт-связанной артерии.

4. Экстренное чрескожное коронарное вмешательство является наиболее эффективным способом восстановления кровотока. При наличии отделения рентгеноэндоваскулярных вмешательств необходимо проведение ЧКВ. Вмешательство экстренное, так как имеется подъём сегмента ST.

5. Нагрузочная доза Аспирина и Тикагрелора. Возможна комбинация Аспирина и Клопидогрела. Гепарин (низкомолекулярный или нефракционированный). Тикагрелор предпочтительнее Клопидогрела. Инфузия Гепарина прекращается после ЧКВ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №17

Больная Ф. 27 лет предъявляет жалобы на чувство дискомфорта в животе, проходящее после акта дефекации, ощущение вздутия живота, кашицеобразный стул до 3 раз в сутки с примесью слизи, в основном, в утреннее время суток, периодически - чувство неполного опорожнения кишечника, эмоциональную лабильность, плохой сон, частые головные боли. Вышеуказанные жалобы беспокоят около трёх лет, после развода с мужем.

При объективном обследовании: состояние удовлетворительное. Язык влажный, чистый. Живот несколько вздут, мягкий, отмечается разлитая пальпаторная чувствительность всего живота.

Размеры печени по Курлову в пределах нормы. Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови - без существенных изменений.

Копрологический анализ - без существенных патологических признаков, однако обнаруживается большое количество слизи.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Эталоны ответов

1. Синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи.

2. Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий билирубин, АСТ, АЛТ, щелочной фосфатазы, гамма-глутаматтрансферазы. Копрограмма. Кал на дисбактериоз. Анализ кала на скрытую кровь. Ректороманоскопия. Ирригоскопия. УЗИ органов брюшной полости и малого таза. ЭКГ. Эзофагогастродуоденоскопия. Колоноскопия с биопсией.

3. Психотерапия и диета с исключением непереносимых продуктов и напитков. Спазмолитики - Дицетел 100 мг 3 раза в сутки, Метеоспазмил 1 капсула 2 раза в сутки перед едой. в случае неэффективности спазмолитиков - Сметта 3-4 пакетика в день, буферный алюминий содержащие антациды (Маалокс, Протаб, Гастал). При отсутствии или нестабильном эффекте назначается терапия, направленная на нормализацию кишечной микрофлоры: Интетрикс (2 капсулы 2 раза в день) с последующим приемом симбиотика Бактиостатин.

4. Неспецифический язвенный колит, Болезнь Крона, опухоли кишечника.

5. Симптомы, подтверждающие диагноз синдрома раздраженного кишечника: частота стула более чем 3 раза в день, разжиженный или водянистый кал, императивные позывы на акт дефекации (невозможность задержать опорожнение кишки), ощущение неполного опорожнения кишки, выделение слизи во время акта дефекации, чувство переполнения, вздутия или переливания в животе.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18

Пациент 69 лет направлен врачом-терапевтом участковым в клинику с жалобами на выраженную одышку при незначительной физической нагрузке, приступы удушья по ночам. Ухудшение состояния наблюдается около недели до госпитализации. Из анамнеза: 6 лет назад диагностирована дилатационная кардиомиопатия. Больной постоянно получал подобранное лечение: Гипотиазид - 12,5 мг в сутки, Фозиноприл - 20 мг ежедневно, Карведилол - 12,5 мг 2 раза в день. Наблюдалась слабость при физической нагрузке. Пациент сообщил, что несколько дней назад после переохлаждения появился кашель, повышалась температура тела до 37,4°C. Вследствие нарастания слабости, прекратил приём Карведилола, использовал обильное питьё, витамины. Состояние ухудшилось.

Объективно: вес - 76 кг, рост - 168 см. Цианоз. При аускультации: застойные хрипы в легких с двух сторон; тоны сердца глухие, ритмичные, протодиастолический ритм галопа. ЧСС - 105 ударов в минуту. АД - 105/70 мм рт. ст. Симметричные отёки нижних конечностей.

В анализах крови: натрий - 138 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л.

ЭКГ: синусовый ритм, блокада левой ножки пучка Гиса, желудочковые экстрасистолы. QRS 0,13 сек.

ЭхоКГ: диффузная гипокинезия стенок левого желудочка, фракция выброса - 36%, конечный диастолический размер левого желудочка - 69 мм.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Чем обусловлена тяжесть состояния пациента? Что способствовало развитию декомпенсации сердечной недостаточности? Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие группы препаратов следует назначить больному? Как быть с назначенным ингибитором АПФ фозиноприлом в связи с АД 105/70 мм рт. ст. - отменить, уменьшить или увеличить дозу? Как быть с Карведилолом?
5. Если, несмотря на проведение адекватной терапии, не удастся добиться стойкой компенсации сердечной недостаточности, имеются ли резервы в лечении?

Эталоны ответов

1. **Дилатационная кардиомиопатия. Желудочковая экстрасистолия. Хроническая сердечная недостаточность II Б стадии ФК III.**

2. Согласно анамнеза диагноз «дилатационная кардиомиопатия» был выставлен больному 6 лет назад (при ЭХО-КГ имеется дилатация левого желудочка, гипокинезия стенок левого желудочка). В настоящее время тяжесть состояния обусловлена явлениями **сердечной недостаточности**, декомпенсации которой способствовали: вирусная инфекция, обильный приём жидкости и отмена лекарственных препаратов. Диагноз ХСН и её стадия выставлены на основании жалоб (**одышка, удушье**), объективных данных (**цианоз, отёки нижних конечностей, хрипы в лёгких, протодиастолический ритм галопа**), результатов ЭХО-КГ (**низкая фракция выброса левого желудочка, дилатация левого желудочка**).

3. Кроме общеклинических исследований (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови) необходимо провести **рентгенологическое исследование органов грудной клетки** для исключения пневмонии, инфильтративных заболеваний лёгких (у больного отмечалось повышение температуры тела, кашель) с целью выявления признаков кардиомегалии, признаков венозного застоя в лёгких, наличия выпота в плевральной полости; **суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру** с целью выявления нарушений ритма и проводимости сердца.

4. Основные группы препаратов для лечения этого больного: **ингибиторы АПФ, селективные в-блокаторы, диуретики (Верошпирон, Гипотиазид, Фуросемид), сердечные гликозиды - Дигоксин** (в связи с декомпенсацией, большими размерами сердца и низкой фракцией выброса левого желудочка), **дезагреганты** (для профилактики тромбоэмболических осложнений). **Ингибитор АПФ фозиноприл должен быть оставлен больному в лечении, но дозу его нужно уменьшить в связи с низкими цифрами АД. В-блокатор Карведилол должен быть вновь назначен этому пациенту.**

5. При неэффективности медикаментозной терапии **прибегают к электрофизиологическим и хирургическим методам лечения: двухкамерная электростимуляция сердца с помощью имплантированного электрокардиостимулятора** (улучшает внутрисердечную гемодинамику, повышает систолическую функцию желудочков, предупреждает развитие некоторых осложнений); трансплантация сердца. **Показания для трансплантации сердца: быстрое прогрессирование ХСН и отсутствие эффекта от проводимой терапии; возникновение опасных нарушений ритма сердца; высокий риск тромбоэмболических осложнений.**

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №19

Больной 75 лет на приеме у врача-терапевта участкового предъявляет жалобы на приступы головокружения, иногда с кратковременной потерей сознания, учатившиеся в течение последнего месяца. Кроме этого, имеется одышка при незначительной физической нагрузке и отёки на ногах, которые появились также около месяца назад и в последующем усиливались.

Анамнез: больным себя считает около 10 лет, когда впервые появились сжимающая боль в области сердца и одышка при ходьбе до 200 м, боль эффективно купируется Нитроглицерином. Год назад впервые возник приступ потери сознания в течение нескольких минут, сопровождавшийся непроизвольным мочеиспусканием. В последний месяц аналогичные приступы участились, появилось повышение АД.

Объективно: сознание ясное. Выраженный цианоз губ, граница относительной сердечной тупости сердца смещена влево на 2 см. Тоны сердца глухие, ритмичные. Временами выслушивается громкий (пушечный) I тон. ЧСС - 34 удара в минуту. АД -180/100 мм рт. ст. В лёгких жёсткое дыхание, хрипов нет. Печень выступает из-под рёберной дуги на 5 см, край её плотный, чувствительный при пальпации. Симметричные отёки на ногах до верхней трети голени.

Представлена ЭКГ (скорость 25 мм/с):



Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Назовите отклонения от нормы, видимые на представленной ЭКГ, и сформулируйте ЭКГ-заключение
3. Какой синдром является ведущим в клинической картине данного заболевания?
4. Среди каких сходных состояний требуется провести дифференциальную диагностику?
5. Какой метод купирования данного неотложного состояния, проявляющегося обмороками, является наиболее эффективным?

Эталонные ответы

1. ИБС. Стенокардия напряжения, функциональный класс II. Полная атриовентрикулярная блокада. Приступы Морганьи-Адамса-Стокса. II ПБ, функциональный класс IV. Симптоматическая артериальная гипертензия III степени, риск 4.
2. Полная атриовентрикулярная блокада, замещающий ритм АВ-соединения. Заключение: полная атриовентрикулярная блокада (III степени).
3. Нарушение проводимости: полная атриовентрикулярная блокада с приступами Морганьи-Адамса-Стокса.
4. Обмороки при синдроме слабости синусового узла, при пароксизмальных тахикардиях, при транзиторных ишемических атаках, при эпилепсии.
5. Временная электрокардиостимуляция с трансвенозной (допускается формулировка «эндокардиальной») установкой электрода.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №20

Женщина 47 лет жалуется на слабость, быструю утомляемость, одышку и сердцебиение при небольшой физической нагрузке, бледность кожных покровов, ломкость ногтей, обильные менструации. Из анамнеза известно, что менструации у пациентки стали обильными около 6 месяцев назад, гинекологом выявлена миома матки небольших размеров, требующая только наблюдения. Остальные вышеперечисленные жалобы появились 2-3 месяца назад с медленным нарастанием; отметила пристрастие к резким запахам (лак, ацетон), желание есть мел (в остальном питание обычное); изредка беспокоило головокружение. Ранее, во время двух беременностей и родов, отмечалась анемия лёгкой степени. Донором не была.

При осмотре: состояние удовлетворительное, среднего питания. Кожные покровы и слизистые умеренно бледные, в уголках рта неглубокие трещинки, ногти ломкие, с выраженной продольной исчерченностью и намечающейся вогнутостью. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, ЧСС – 78 ударов в минуту, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не пальпируются. Стул, диурез без особенностей.

В общем анализе крови: эритроциты - $2,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 70 г/л, цветовой показатель - 0,73; анизоцитоз++, пойкилоцитоз++, микроцитоз++; лейкоциты - $3,8 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 54%, эозинофилы - 5%, лимфоциты - 33%, моноциты - 6%, базофилы - 1%; тромбоциты - $200 \times 10^9/л$; СОЭ - 15 мм/ч. Общий анализ мочи – в пределах нормы.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой препарат группы железосодержащих Вы рекомендовали бы пациентке? Какой путь введения препарата? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 1 месяц регулярной терапии железосодержащим препаратом самочувствие больной существенно улучшилось, в анализе крови гемоглобин поднялся до 110 г/л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш ответ.

Эталонные ответы

1. Хроническая железодефицитная анемия (ЖДА) вследствие гиперменорреи (на фоне миомы матки), обострение, средней степени тяжести.
2. Диагноз «ЖДА» установлен на основании жалоб больной, как общеанемических (слабость, быстрая утомляемость, одышка, сердцебиение, бледность кожи), так и сидеропенических (ломкость ногтей, извращение вкуса и обоняния); данных анамнеза (в молодости была анемия беременных; имеется указание на вероятный источник кровопотери); данных объективного исследования (бледность кожи и слизистых, «заеды» в углах рта, ломкость ногтей, артериальная гипотензия); лабораторных данных (снижение числа эритроцитов и гемоглобина,

гипохромия); установление степени тяжести ЖДА основано на цифрах гемоглобина; хроническое течение анемии прослеживается по отдалённому и ближайшему анамнезу.

3. План обследования: определение уровня сывороточного железа и ферритина - для лабораторного подтверждения дефицита железа; проведение ФГДС и ФКС - для исключения параллельного маточному источнику кровотечения; консультация врача-гинеколога для возможности устранения обильности кровопотери.

4. Препараты трёхвалентного железа предпочтительнее, так как лучше всасываются и меньше раздражают слизистую желудка. Путь введения - пероральный (противопоказаний у пациентки нет), что гарантирует безопасность, не уступая по эффективности парентеральному (к которому у пациентки нет показаний). Этим требованиям более всего соответствует Феррум -лек, жевательные таблетки, в дозировке - по 1 таблетке (100 мг) 3 раза в день.

5. Оставить терапию железосодержащим препаратом без изменений, продолжить динамическое наблюдение. Необходимо уточнить предполагаемые сроки прихода месячных и рацион питания пациентки, поскольку от этого зависит дозировка препарата железа и сроки приёма. Необходимо довести уровень гемоглобина до нормы, затем приступить к этапу насыщения железом органов-депо, снизив дозу препаратов железа вдвое или оставив её прежней. Контроль анализа крови ежемесячно в течение ближайших 3 месяцев. В дальнейшем переходят к этапу поддерживающей терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №21

Больная А. 24 лет жалуется на головную боль, слабость, боли в суставах. Больна 3 года. Заболевание началось с высокой температуры, появления эритематозной сыпи на туловище и конечностях и макрогематурии. Получала нерегулярно Преднизолон 30 мг в сутки, но в дальнейшем от лечения отказалась. Спустя год возник артрит, появилось генерализованное увеличение лимфоузлов. При обследовании был выявлен перикардит, плеврит. Настоящее ухудшение в течение 2 месяцев.

Объективно: состояние тяжёлое. Питание пониженное. Кожные покровы сухие, отмечаются участки эритематозной сыпи на коже спины. Пальпируются увеличенные лимфатические узлы до 1 см в диаметре. Отмечается скованность, отёчность в межфаланговых суставах кистей. Деформаций нет. Дыхание ослабленное в нижних отделах с обеих сторон, там же притупление при перкуссии. Сердце расширено в поперечнике (14,5 см), тоны глухие. Пульс - 108 уд/мин., ритм правильный. Артериальное давление - 150/90 мм рт. ст. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1,5 см. Селезёнка не пальпируется. Отёчность голеней.

Анализ крови: гемоглобин - 64 г/л, эритроциты - $1,8 \cdot 10^{12}$ /л, тромбоциты - $180 \cdot 10^9$ /л, лейкоциты - $4,2 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 56 мм/ч.

Анализ мочи: удельный вес - 1010, белок - 1,2%, в осадке до 40 эритроцитов в поле зрения, холестерин сыворотки крови - 6,4 ммоль/л, креатинин сыворотки крови - 124 мкмоль/л, общий белок сыворотки крови - 51 г/л, альбумин - 25 г/л.

Вопросы:

1. Назовите предполагаемый диагноз.
2. Предложите план дополнительного обследования больного?
3. Чем обусловлены изменения лабораторных показателей?
4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?
5. Предложите план лечения.

Эталонные ответы

. Системная красная волчанка с поражением почек, кожи, лимфоузлов, сердца, суставным синдромом и анемией. Подострое течение.

2. Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, холестерин, креатинин, мочевины, билирубин. Иммунологические показатели: LE - клетки, циркулирующие иммунные комплексы, активность комплемента, ревматоидный фактор, антинуклеарный фактор (АНФ), антинуклеарные антитела- антитела к двуспиральной ДНК, к Sm-антигену. Антитела к С1q компоненту комплемента. Лабораторные маркеры антифосфолипидного синдрома: антитела к фосфолипидам (аФЛ)- волчаночный антикоагулянт, антитела к кардиолипину. Консультация врачей окулиста, психиатра, невролога.

3. Системная красная волчанка характеризуется гиперпродукцией широкого спектра органонеспецифических аутоантител к различным компонентам ядра и иммунных комплексов,

вызывающих иммуновоспалительное повреждение внутренних органов. Поражение почек с развитием нефротического синдрома. Аутоиммунная гемолитическая анемия.

4. Лекарственная волчанка, гранулематозный васкулит с полиангиитом, ВИЧ-инфекция, хронический гломерулонефрит, ревматоидный полиартрит.

5. Исключить психоэмоциональную нагрузку, уменьшить пребывание на солнце, не применять пероральные контрацептивы с высоким содержанием эстрогенов. Медикаментозное лечение: нестероидные противовоспалительные средства, гидроксихлорохин, глюкокортикоиды при неэффективности нестероидных противовоспалительных средств и гидроксихлорохина. При высокой активности показана пульс-терапия Метилпреднизолоном (500-1000 мг в/в капельно в течение не менее 30 минут 3 дня подряд). Циклофосфамид - препарат выбора при лечении волчаночного нефрита. Для поддержания индуцированной Циклофосфамидом ремиссии назначают Азатиоприн или Мофетила микофенолат. Гипотензивные средства - ингибиторы АПФ, антагонисты кальция. Плазмаферез. ГИБП - Абатопепт (Оренсия) 125 мг п/к 1 раз в неделю.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №22

Больной 18 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в животе, рвоту, повышение температуры. Анамнез: заболел вчера (со слов больного, после сильного переохлаждения), когда у него появились боли в суставах рук и ног, повысилась температура до 38,5°C. Утром появилась частая рвота, боли в животе схваткообразного характера, вздутие живота.

Объективно: у больного отмечено повышение температуры до 38°C, обложенный сухой язык. Патологии со стороны лёгких и сердца не выявлено. Отмечается вздутие живота и напряжение передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Пульс – 110 в мин. АД - 110/70 мм рт. ст. На голених обильные петехиальные высыпания. Выраженная припухлость и болезненность при пальпации голеностопных, коленных и лучезапястных суставов справа и слева.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 136 г/л, тромбоциты – $200 \times 10^9/л$, лейкоциты – $21,0 \times 10^9/л$, эозинофилы – 12%, палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 68%, лимфоциты – 6%, моноциты – 4%, СОЭ - 42 мм/час. Биохимические исследования крови: креатинин – 290 мкмоль/л, АсАТ – 17 Ед/л; АлАТ – 23 Ед/л, глюкоза – 4,9 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1021; белок – 0,068 г/л; лейкоциты – 6-8 в поле зрения; эритроциты – 20-25 в поле зрения свежие, неизмененные.

Вопросы:

1. Укажите основной синдром в клинической картине.
2. Сформулируйте предположительный диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику в первую очередь?
4. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
5. Какие группы лекарственных препаратов и немедикаментозные методы лечения являются наиболее важными в терапии данного заболевания?

Эталонные ответы

1. Геморрагический синдром.

2. Геморрагический васкулит, подострое течение, активность II степени, с поражением кожи, суставов, абдоминальным и почечным синдромом.

3. Другие заболевания, проявляющиеся геморрагическим синдромом: идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, тромботическая тромбоцитопеническая пурпура, гемофилия, болезнь Виллебранда. Другие системные васкулиты. Острый перитонит.

4. Определение С-реактивного белка, концентрации IgA, циркулирующих иммунных комплексов, исследование активности комплемента. Коагулограмма. Для исключения других причин острого живота необходима консультация врача-хирурга, УЗИ органов брюшной полости.

5. Глюкокортикостероиды, цитостатические иммунодепрессанты, гепаринотерапия, пентоксифиллин. Плазмаферез.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №23

Пациент Е. 23 лет, автомеханик. Заболел две недели назад после переохлаждения. Врачом по месту жительства диагностирован острый тонзиллит. Была рекомендована терапия Амоксициллином курсом 10 дней, однако через 3 дня в связи со значительным улучшением

самочувствия и нормализацией температуры тела лечение пациент прекратил. Через две недели после указанных событий больной отметил появление отёков на лице, общую слабость и недомогание, снизился аппетит, появилась головная боль, также моча стала тёмно-красного цвета и уменьшилось её количество. Наряду с вышеперечисленными симптомами пациента беспокоили боли в животе и пояснице. При измерении артериального давления – АД 140/90 мм рт. ст.

При осмотре: кожные покровы бледные. При аускультации лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет, ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 140 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печёночной тупости по Курлову – 11×9×8 см. Диурез – 700 мл в сутки. Проведено лабораторное исследование.

Общий анализ крови: гемоглобин – 136 г/л, лейкоциты – $10,8 \times 10^9$ /л, СОЭ – 70 мм/час;

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1025, протеинурия – 1,5 г/л, лейкоциты – 14-15 в поле зрения, эритроциты – сплошь покрывают все поле зрения;

Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, альбумин – 39 г/л, холестерин – 4,5 ммоль/л, мочевины – 5,6 ммоль/л, креатинин – 110 мкмоль/л, СКФ – 79,4 мл/мин/1,73 м² по СКД-ЕРІ, титр АСЛ-О – 1:1000.

УЗИ почек: почки увеличены в размерах, контуры ровные, расположение типичное; дифференцировка слоёв паренхимы нарушена, экзогенность паренхимы умеренно повышена; чашечно-лоханочная система без деформаций и эктазий.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назовите план обследования пациента.
4. Назначьте необходимую терапию.
5. Укажите, в каких случаях при данном заболевании проводится иммуносупрессивная терапия.

Эталоны ответов

1. Острый постстрептококковый гломерулонефрит. Нефритический синдром. Артериальная гипертензия 1 степени, риск 3.

2. Диагноз «острый постстрептококковый гломерулонефрит» (ОПСГН) устанавливают при выявлении клинико-лабораторных признаков острого гломерулонефрита, развившихся через 1-6 недель после перенесенной инфекции, вызванной β-гемолитическим стрептококком группы А. У пациента характерные изменения в анализе мочи, есть указания на предшествующую стрептококковую инфекцию, характерна динамика антистрептококковых антител.

3. 1) Титр антистрептококковых антител (АСЛ-О, антистрептогиалуронидаза, антистрептокиназа, анти-ДНК-аза В, анти-НАД), СРБ, уровень комплемента сыворотки крови, антитела к ДНК. 2) Анализ мочи по Нечипоренко, анализ мочи по Зимницкому. 3) Биопсию почки, как правило, проводят при нетипичном течении ОПСГН для исключения других возможных заболеваний, а также при позднем начале болезни без чёткой связи с недавно перенесённой стрептококковой инфекцией. 4) Поиск очагов инфекции.

4. Режим – постельный при выраженных отёках, макрогематурии, умеренной/тяжелой АГ, сердечной недостаточности (обычно в первые 3-4 недели). При улучшении состояния режим постепенно расширяют. Диета: с ограничением потребления соли (до 1-2 г/сут) и жидкости в острый период болезни, особенно при быстром нарастании отёков, олигурии и АГ. Объём жидкости рассчитывают, исходя из диуреза за предыдущий день с учётом внепочечных потерь, приём жидкости не должен превышать диуреза более чем на 200 мл с ограничением белка до 0,5 г/кг/сут при снижении функции почек менее 60 мл/мин (до нормализации СКФ и уровня креатинина в крови, но не длительнее 2-4 недель). При выраженном отёчном синдроме - терапия диуретиками. При выраженной гиперкоагуляции - терапия антикоагулянтами. При быстропрогрессирующем течении ОПСГН и/или выявлении более 30% полулуний в биоптате почки предлагается проведение «пульс-терапии» Метилпреднизолоном. При сохраняющемся более 2 недель нефротическом синдроме, стабильно повышенном уровне креатинина (без тенденции к дальнейшему нарастанию и нормализации) и при невозможности проведения биопсии почки рекомендуется терапия Преднизолоном внутрь в дозе 1 мг/кг/сут в течение 1-2 месяцев.

5. Сроки нормализации анализов мочи различны. Гематурия, как правило, исчезает через 3-6 месяцев. Протеинурия снижается медленнее; у 15% следовая протеинурия может сохраняться

более года. Более медленное по сравнению с темпами исчезновения гематурии и восстановлением функции почек снижение протеинурии объясняется более длительным сохранением иммунных депозитов в клубочке, особенно субэпителиальной локализации. Так как персистирующая протеинурия не достигает нефротического уровня показаний для назначения ГКС нет, необходимо продолжить динамическое наблюдение, через год на основании анализов повторно рассмотреть вопрос о назначении стероидов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24

Больная 29 лет жалуется на резкую одышку, заставляющую её принимать вынужденное положение сидя, кашель с отделением мокроты, диффузно окрашенной свежей кровью. Наблюдается у врача-терапевта участкового по поводу заболевания сердца. Около 5 лет отмечает одышку при физической нагрузке, периодический кашель, сухой или со скудным количеством светлой мокроты. Иногда замечала в мокроте прожилки крови. Накануне поступления в больницу работала физически. Ночью проснулась из-за приступа удушья и скорой помощью доставлена в стационар.

Объективно: состояние тяжёлое. Румянец на щеках. Выраженный цианоз губ и языка. Отёков нет. В лёгких дыхание везикулярное, мелкопузырчатые влажные хрипы с обеих сторон в нижних отделах. Частота дыхательных движений (ЧДД) - 26 в мин. При аускультации сердца ритм правильный, 88 в минуту, хлопающий 1 тон и щелчок открытия митрального клапана на верхушке, акцент 2 тона на лёгочной артерии, диастолический шум с пресистолическим усилением на верхушке и в 5 точке. Печень не увеличена. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Эталонные ответы

1. **Хроническая ревматическая болезнь сердца. Неактивная фаза. Стеноз митрального отверстия. ХСН ФК III, ПА стадия.**
2. Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, серомукоид, фибриноген, СРБ, АСТ, АСЛ-О, анти-ДНКазы, антигиалуронидаза, тропонин I. Рентгенологическое исследование легких. ЭКГ. ЭХОКГ с доплерографией (цветное доплеровское картирование).
3. Диуретики - Лазикс в/в 20 мг. до 2 х раз в сутки, Спиринолуктон 100 мг/сут внутрь, Эноксипарин 40мг/сут п/к. Необходимо хирургическое лечение.
4. Миокардиты неревматической этиологии, кардиомиопатии, системная красная волчанка, ревматоидный артрит, геморрагический васкулит, тромбоэмболия легочной артерии.
5. Для неактивной фазы ревматизма характерен сформированный порок сердца, гемодинамические нарушения различной степени выраженности. Для митрального стеноза характерны: легочная гипертензия, «невозможность ускорить шаг при ходьбе», сухой кашель, одышка, кровохарканье. Часто - мерцательная аритмия. Признаки недостаточности кровообращения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №25

Больная К. 56 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли в левом коленном суставе, усиливающиеся в положении стоя или при нагрузке, периодически возникающий хруст при активных движениях в данном суставе. По утрам после пробуждения ощущает скованность движений в левом коленном суставе, которая длится 15-20 минут. Боли появились около 2 лет назад и постепенно усиливались.

При осмотре: суставы внешне не изменены, деформации и деформации не отмечаются. Объём активных и пассивных движений незначительно снижен в левом коленном суставе. Атрофии окружающих тканей нет.

Анализ крови: без отклонений от нормальных значений, СОЭ - 22 мм/ч, РФ - отрицательный.

Рентгенограммы коленных суставов представлены на рисунке



Вопросы:

1. Какие изменения видны на рентгенограммах?
2. Предположите наиболее вероятный диагноз. Ответ обоснуйте.
3. Укажите факторы риска данного заболевания.
4. Перечислите медленнодействующие препараты, модифицирующие симптомы болезни. Ответ обоснуйте.
5. Назначьте лечение больной в данной клинической ситуации. Выбор обоснуйте.

Эталоны ответов

1. На снимке левого колена в переднезадней проекции определяют сужение суставной щели с медиальной стороны. На боковом снимке определяют **субхондральный склероз с формированием остеофитов**.

2. Предварительный диагноз **«остеоартроз левого коленного сустава»**. Обоснованием диагноза являются характерные жалобы больной (нагрузочный характер болей, утренняя скованность, крепитация при активном движении), возраст больной и данные рентгенографии левого коленного сустава (сужение суставной щели, субхондральный склероз с формированием остеофитов).

3. Эндогенные факторы риска остеоартроза: возраст, пол, дефекты развития, наследственная предрасположенность. Экзогенные факторы: травмы, профессиональная деятельность, спорт, избыточная масса тела.

4. Медленнодействующие препараты, модифицирующие симптомы остеоартроза: Хондроитин сульфат, Глюкозамин, неомыляющиеся соединения сои/авокадо, Диасереин, Гиалуроновая кислота. Медленнодействующие симптоматические препараты обладают выраженным действием на боль и функциональное состояние суставов, как и НПВП, и, кроме того, обладают некоторыми хондропротективными свойствами. Отличительная особенность - время наступления эффекта в течение 2-8 недель от начала лечения, и сохранение эффекта в течение 2-3 месяцев после прекращения лечения.

5. Рекомендованное лечение: Парацетамол является препаратом выбора при умеренно выраженном болевом синдроме; НПВП показаны в случае неэффективности Парацетамола, а также при наличии признаков воспаления.

Парацетамол является препаратом выбора при умеренно выраженном болевом синдроме. НПВП при остеоартрозе применяют только в период усиления болей, в отличие от их систематического приёма при воспалительных артритах. В настоящее время не выявлено преимуществ в отношении эффективности какого-либо одного НПВП над другим. Внутрисуставное введение глюкокортикоидов в данной ситуации не показано. Оно показано лишь при наличии симптомов экссудативного воспаления. Частота внутрисуставного введения не должна превышать 2-3 раз в год. Эффективность приёма хондропротекторов внутрь (хондроитина или глюкозамина) большинство рекомендаций считают хотя и не доказанным, тем не менее их назначение может оказать пользу (продолжительность приема не менее 8-12 месяцев).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №26

Больной Н. 50 лет, инженер, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на приступы сжимающих болей за грудиной, иррадирующих в левую руку, возникающих при обычной ходьбе через 200-300 м и подъёме на 2-й этаж, купируются они после приема Нитроглицерина через 1-2 мин и в покое через 3-5 мин., сопровождаются общей слабостью.

Анамнез заболевания: считает себя больным в течение 2 лет, когда впервые стал отмечать появление этого характера болей за грудиной вначале при быстрой ходьбе или при психоэмоциональных ситуациях. Врачом было назначено лечение, однако лекарства принимал нерегулярно. Со временем боли стали появляться при обычной физической нагрузке до 2-4

раза в неделю. Настоящее ухудшение отмечает в течение последних 2 недель: вышеописанные боли в грудной клетке стали появляться ежедневно до 2-3 раза в день и более длительные, купируются приёмом Нитроглицерина через 3-5 мин. Из анамнеза жизни: внезапная смерть отца в возрасте 60 лет. Курит по 1 пачке в день, физически мало активен, злоупотребляет спиртными напитками.

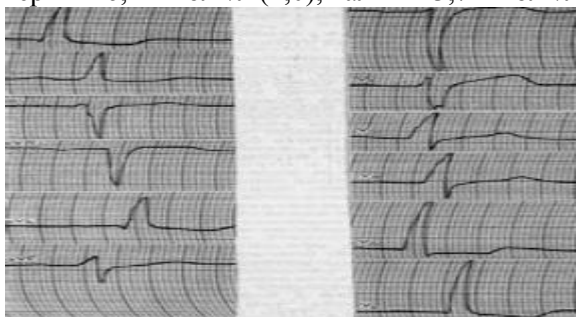
Объективно: состояние удовлетворительное. Вес - 95 кг, рост - 170 см. Объём талии - 110 см. Кожные покровы и видимые слизистые обычного цвета, чистые, нормальной влажности. Отёков нет. Грудная клетка правильной формы, соответствует гиперстеническому типу конституции. Перкуторно над лёгкими ясный лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс одинаков на обеих лучевых артериях, ритмичный, 80 в минуту, удовлетворительных качеств. АД - 150/95 мм рт. ст. Верхушечный толчок расположен в V межреберье по среднеключичной линии. Шумы в сердце не выслушиваются. Живот правильной формы, участвует в дыхании, мягкий, безболезненный. Край печени не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 140 г/л, эритроциты - $4,8 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель - 0,9, лейкоциты - $5,7 \times 10^9/л$, эозинофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 52%, лимфоциты - 35%, моноциты - 6%; СОЭ - 6 мм/ч.

Общий анализ мочи: обычный цвет, прозрачная, рН кислая, удельный вес - 1018; белок, сахар не обнаружены, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий - 2-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры, соли не выявлены.

Креатинин - 0,088 ммоль/л (0,014-0,44), АСТ - 10 Ед/л (5-37), АЛТ - 12 Ед/л (4-42), общий холестерин - 6,2 ммоль/л (4,0), калий - 3,7 ммоль/л (3,4-5,3).



ЭКГ:

ЭхоКГ: КДРЛЖ - 5,5 см (норма - 5,5 см), КСРЛЖ - 3,5 см (норма - 3,5 см), ФВ - 68% (норма - 60-80%), ПЖ - 2,0 см (норма - 2,2 см), ЛП - 3,9 см (норма - 4 см), МЖП - 1,2 см (норма - 0,8-1,1 см), ЗСЛЖ - 1,2 см (норма - 0,8-1,1 см).

Вопросы:

1. Выделите ведущие синдромы (объясните патофизиологические механизмы их возникновения).
2. Дайте заключение по ЭКГ и ЭхоКГ.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
5. Назовите факторы риска ИБС у пациента.

Эталоны ответов

1. а. **Синдром стенокардии** (типичный болевой синдром);
б. **артериальной гипертензии** (АД 150/95 мм рт. ст., признаки ГЛЖ - смещение верхушечного толчка влево и данные ЭХО-КГ);
в. **острый коронарный синдром** (изменение характеристик болевого синдрома: настоящее ухудшение отмечает в течение последних 2 недель: вышеописанные боли в грудной клетке стали появляться ежедневно до 2-3 раз в день и более длительные, купируются приёмом Нитроглицерина через 3-5 мин.).
2. **ЭКГ: синусовый ритм, признаки ГЛЖ (гипертрофия левого желудочка), систолической перегрузки. ЭХО-КГ: признаки ГЛЖ.**
3. В план дифференциального диагноза следует включить **стабильную стенокардию и острый инфаркт миокарда**. Дифференциально-диагностическим признаком считать повышение **кардиоспецифических маркеров** (КФК МВ, тропонины).
4. **ИБС: прогрессирующая стенокардия. Гипертоническая болезнь III. Риск 46(ГЛЖ, гиперхолестеринемия, наследственность).**

5. Мужской пол, наследственность, абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №27

Мужчина 35 лет, инженер-электрик, жалуется на выраженную слабость, одышку, сердцебиение при подъеме до 2-го этажа, потливость по ночам, появление синяков по всему телу, частые носовые кровотечения без видимой причины, десневые кровотечения при гигиене полости рта, ощущение тяжести в правом подреберье. Считает себя больным около месяца. Существенное ухудшение самочувствия в течение последней недели. Ежегодно проходит профосмотры, последний – 4 месяца назад, патологии не выявлено. Хронические заболевания отрицает.

При осмотре: температура тела - 38,1°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные, множественные экхимозы различной локализации разной стадии «цветения». Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Над лёгкими ясный лёгочный звук, везикулярное дыхание, хрипов нет. АД - 110/70 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные, ясные, 98 в минуту, мягкий систолический дующий шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется на уровне пупка, плотный, ровный, умеренно болезненный; поверхность печени ровная, плотная. в левом подреберье пальпируется нижний полюс селезёнки на 3 см ниже края рёберной дуги, плотный, ровный, умеренно болезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

Лабораторно. Общий анализ крови: гемоглобин - 76 г/л, эритроциты - $2,9 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 0,79, тромбоциты – 21×10^9 /л, лейкоциты - 35×10^9 /л, бласты – 21%, эозинофилы - 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 0%, сегментоядерные нейтрофилы - 79%, лимфоциты - 0%, моноциты - 0%; СОЭ - 76 мм/ч.

Общий анализ мочи: жёлтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес - 1016; белок, сахар - нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий - 2 в поле зрения, эритроциты, цилиндры, соли - нет.

Биохимический анализ крови: билирубин общий - 48,8 мкмоль/л, креатинин - 0,196 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, общий холестерин – 5,9 ммоль/л, калий – 3,9 ммоль/л, общий белок – 76 г/л,

Коагулограмма: АЧТВ - 50 с (норма - 32-42 с), ПТИ – 105%, фибриноген – 6 г/л.

Вопросы:

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

Эталоны ответов

1. Острый лейкоз (неуточненный вариант). Метапластическая анемия, средней степени тяжести. Метапластическая тромбоцитопения средней степени тяжести. Тяжелый геморрагический синдром. Метапластическая нефропатия. ХПН II Б по Рябову.

2. Диагноз поставлено на основании выделенных синдромов: геморрагический, анемический, гиперпластический, интоксикационный. В основе всех синдромов лежит замещение костного мозга опухолевой тканью с замещением нормального костного бластными клетками и инфильтрацией всех органов и систем бластными клетками (нормохромная нормоцитарная анемия, тромбоцитопения, снижение факторов свертывания снижение гуморального и клеточного иммунитета).

3. Пациенту рекомендовано:

стеральная пункция (миелограмма) для подтверждения диагноза; цитохимическая реакция на бластных клетках; проведение иммунофенотипирования (наиболее информативно) – для установления варианта острого лейкоза. Для дальнейшей динамики при проведении химиотерапии: фракции билирубина; расчет СКФ.

УЗИ органов брюшной полости. ЭКГ. Маркеры вирусного гепатита.

4. Госпитализация в отделение гематологии.

Специфическая химиотерапия в зависимости от установленного варианта острого лейкоза (острый миелолейкоз или острый лимфолейкоз).

Коррекция анемии – эритроцитарная масса или отмые эритроциты, СЗП.

Тромбоконцентрат – показаний нет: геморрагический синдром в первую очередь обусловлен инфильтрацией печени и снижением выработки факторов свертывания (о чем говорит удлинение АЧТВ при нормальном ПТИ). **Гепатопротекторы. Сорбенты.**

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №28

Мужчина 52 лет, программист, жалуется на постоянную слабость, снижение веса на 5 кг за последние 2 месяца, увеличение лимфатических узлов в области головы, шеи и в подмышечных областях; сердцебиение и одышку смешанного характера при обычной физической нагрузке; ощущение тяжести в области правого подреберья; изжогу и отрыжку преимущественно после еды; снижение аппетита. Появление этих симптомов пациент ни с чем не связывает.

При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, суховатые. Отёков нет. Пальпируются затылочные, околоушные, передние и задние шейные, над - и подключичные, подмышечные лимфоузлы, округлые, до 2 см в диаметре, мягко-эластичные, однородные, с гладкой поверхностью, безболезненные, подвижные, не спаянные с кожей и между собой, кожа над ними не изменена. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не изменены. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС – 98 в минуту. АД – 120/70 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен небольшим количеством серого налёта. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется на 3 см ниже края рёберной дуги, плотно-эластичный, ровный, слегка болезненный. Селезёнка не пальпируется.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 101 г/л, эритроциты – $2,6 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,87, ретикулоциты – 1%, тромбоциты - 115×10^9 /л, лейкоциты - $23,1 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 23%, лимфоциты – 75%, моноциты – 1%, СОЭ – 81 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1039, жёлтая, прозрачная, белок – 1,1 г/л, глюкоза – нет, лейкоциты - 9-15 в поле зрения, эритроциты – 3-6 в поле зрения, соли – ураты небольшое кол-во.

УЗИ органов брюшной полости: УЗ-признаки гепатомегалии, спленомегалии. Диффузная неоднородность печени и поджелудочной железы. Конкрементов, объёмных образований не выявлено.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, общий билирубин – 45 мкмоль/л, АСТ – 0,92 ммоль/л, АЛТ – 0,81 ммоль/л.

Вопросы:

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

Эталоны ответов

1. **Хронический лимфолейкоз, В-стадия. Метапластическая анемия** легкой степени тяжести. **Метапластическая нефропатия. ХБП-?**

2. Диагноз выставлен на основании выделенных синдромов: **лимфопролиферативный: лимфоаденопатия и гепатоспленомегалии инфильтрация всей лимфоидной ткани** опухолевыми клетками; **анемический** – вследствие вымещения нормального костного мозга, опухолевой массой; **иммунодефицита** – с одной стороны аналогично анемическому синдрому, а с другой стороны патологические лимфоциты вырабатывают неполноценные иммуноглобулины – в первую очередь страдает гуморальный иммунитет; цитолиза - разрушение клеток печени; **мочевой** – лейкоцитурия, гематурия, протеинурия; **интоксикации** – за счет снижения иммунитета и присоединения различных воспалительных процессов, а также за счет лизиса опухолевых клеток.

Хронический лимфолейкоз, В-стадия (лимфоцитоз в крови и костном мозге $Hb \geq 100$ г/л; количество тромбоцитов крови $\geq 100 \times 10^9$ /л; определяемое пальпаторно увеличение лимфоидной ткани в 3 областях и более). Метапластическая анемия легкой степени тяжести (Hb - более 90 г/л). Метапластическая нефропатия (мочевой синдром).

3. Пациенту рекомендовано: **стерильная пункция** (миелограмма). Возможно, будет выявлена выраженная лимфоидная инфильтрация (лимфоциты составляют более 30% (иногда 50-60% и

даже больше) от общего количества миелокариоцитов); значительное уменьшение количества клеток гранулоцитарного ряда.

Проведение иммунофенотипирования для определения специфической, для каждого вида лейкоза, комбинации CD – рецепторов.

4. В настоящее время специфическое лечение не показано (только при лимфоцитозе более 80% или выраженной лимфаденопатии).

Рекомендовано только динамическое наблюдение за показателями лейкоцитов и лимфоцитов.

Избегать инсоляции, препаратов, влияющих на иммунную систему

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №29

Мужчина 45 лет, грузчик, жалуется на выраженную общую слабость, потливость, преимущественно вечером и ночью; постоянные ноющие боли во всех суставах, не зависящие от уровня нагрузки; повышение температуры тела до 37,8°C в течение суток, похудание на 5 кг за последние 2 месяца, снижение аппетита (характер питания стабильный); ощущение тяжести и периодически ноющие боли в правом подреберье, не связанные с приёмом пищи; постоянное ощущение тяжести в левом подреберье, частые колющие боли в левом подреберье, которые прогрессивно нарастают в течение последнего месяца.

При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, суховатые. Умеренная пастозность голеней и стоп. Периферические лимфоузлы не увеличены. Суставы внешне не изменены, объём активных движений не ограничен. В лёгких дыхание ослабленное везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. АД – 120/70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные, 96 в минуту; мягкий систолический шум в области верхушки сердца. Язык влажный, обложен небольшим количеством серого налета. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Нижний край печени на 6 см ниже края рёберной дуги; ровный, эластичный, умеренно болезненный. Нижний полюс селезёнки пальпируется на уровне пупка, селезёнка плотно-эластичная, умеренно болезненная, с ровной поверхностью.

Лабораторно. Общий анализ крови: гемоглобин - 82 г/л, эритроциты – $3,0 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель - 0,87, ретикулоциты – 1%, тромбоциты - $605 \times 10^9/л$, лейкоциты - $63,1 \times 10^9/л$, промиелоциты – 9%, юные нейтрофилы – 8%, эозинофилы – 12%, базофилы – 9%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 40 %, лимфоциты – 11%, моноциты – 6%, СОЭ – 69 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1039, жёлтая, прозрачная, белок – 0,567 г/л, глюкоза – нет, лейкоциты - 6-9 в поле зрения, эритроциты – 3-6 в поле зрения, соли – ураты умеренное кол-во.

УЗИ органов брюшной полости, почек: УЗ-признаки гепатоспленомегалии. Диффузная неоднородность ткани печени и селезёнки. Умеренное увеличение размеров почек. Конкрементов, объёмных образований не выявлено.

Вопросы:

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

Эталонные ответы

1. **Хронический миелолейкоз, стабильная фаза. Анемия сложного генеза (метапластическая и ЖДА на фоне ХПН) средней степени тяжести. Метастатическая нефропатия. ХПН I B (по Рябову). ХБП ?**

2. Диагноз поставлен на основании выделенных синдромов: **миелопролиферативный** – лейкоцитарная формула без лейкоемического провала, выраженный лейкоцитоз, **гепатоспленомегалия; интоксикации** – за счет распада опухолевой массы и присоединения инфекции; **болевой (абдоминальный)** – за счет гепатомегалии и спленомегалии, преимущественно за счет спленомегалии. Ни при одном заболевании нет такого увеличения селезёнки, как при ХМЛ, она может занимать всю левую половину живота, иногда всю брюшную полость; суставной (артралгии) – так как в области эпифизов крупных суставов у взрослых располагается красный костный мозг. При развитии лейкоза происходит увеличение массы костного мозга за счет разрастания опухоли, что приводит к повышению внутрикостного давления, в последующем - растяжение надкостницы; **анемический** – за счет метапластической анемии (вытеснение красного костного мозга опухолевой массой); **гепато- и спленомегалии** –

преимущественно за счёт инфильтрации органов опухолевыми клетками; **мочевой** - за счёт инфильтрации органов опухолевыми клетками; ХПН (ХПН и мочевого синдром, так же обусловлены инфильтрацией почечной ткани опухолевыми клетками).

3. Пациенту рекомендовано: для верификации миелолейкоза и уточнения количества бластных клеток в костном мозге: **стеральная пункция (миелограмма), выявление филадельфийской хромосомы; расчет СКФ (стадия ХБП).**

4. Госпитализация в профильное отделение.

Специфическая терапия – **ингибитор тирозинкиназы иматиниб** (Гливек) 400 мг/сут.

Иматиниб является новым наиболее эффективным препаратом, который стал стандартом в лечении ХМЛ. Иматиниб селективно угнетает пролиферацию и приводит к апоптозу клеточных объединений, экспрессирующих тирозинкиназу Bcr-Abl, включая незрелые лейкозные клетки (гибель только клеток, содержащих Ph-хромосому). Данный препарат имеет высокую эффективность на всех стадиях ХМЛ.

Хирургическое лечение: спленэктомия:

1) **срочные показания - разрыв и угрожающий разрыв селезенки;**

2) **относительные показания - тяжелый абдоминальный дискомфорт, повторные перисплениты, глубокая тромбоцитопения, гемолитические кризы. Симптоматическая терапия. Трансплантация костного мозга.**

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №30

Вызов на дом врача-терапевта участкового к больной 33 лет. Предъявляет жалобы на резкую одышку смешанного типа, кашель с отделением незначительного количества слизистой вязкой мокроты, резкую общую слабость. Страдает приступами удушья 4 года. Многократно лечилась в стационаре. В процессе лечения неоднократно применялись короткие курсы кортикостероидной терапии. Приступы обычно купировались ингаляциями Беротека, таблетками Теофиллина. Неделю назад переболела острой респираторной вирусной инфекцией. Лечилась домашними средствами. На этом фоне приступы стали повторяться по 5-6 раз в день. В течение последних суток одышка не исчезает. Ингаляции Беротека уменьшали одышку на короткое время, в связи с чем больная пользовалась препаратом 6-8 раз в день.

Объективно: состояние тяжёлое. Больная не может лежать из-за одышки. Кожа бледная, небольшой цианоз. Грудная клетка эмфизематозна, перкуторный звук коробочный. Дыхание резко ослаблено, местами определяется с трудом. Выход удлинен, на выходе высокотоновые свистящие хрипы. ЧДД - 26 в мин. Тоны сердца приглушены. Пульс - 120 уд/мин., ритмичный. Артериальное давление (АД) - 150/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Госпитализирована в стационар.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный предварительный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Эталонные ответы

1. **Бронхиальная астма, смешанного генеза, тяжелое течение. Обострение.**

Астматический статус 1 ст.

2. Общий анализ крови; мочи; кала на яйца гельминтов; биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, серомукоид, гаптоглобин, фибрин, С-реактивный протеин; иммунологический анализ крови: содержание В- и Т-лимфоцитов, иммуноглобулинов (IgE), циркулирующих иммунных комплексов, комплемента, определение функциональной активности Т- лимфоцитов; анализ мокроты: клеточный состав, кристаллы Шарко-Лейдена, спирали Куршмана, атипичные клетки, бактерии Коха; рентгеноскопия легких, по показаниям - рентгенография придаточных пазух носа; цифровая спирография, определение показателей кривой «объем-поток» (пневмотахометрия), пикфлоуметрия; ЭКГ; во вне приступном периоде постановка проб с аллергенами, по показаниям - провокационных проб.

3. Направить в отделение интенсивной терапии. Ингаляционные Р2-агонисты короткого действия, обычно через небулайзер, по одной дозе каждые 20 минут в течение часа. Холинолитики ингаляционно. Внутривенные кортикостероиды. Оксигенотерапия. Ацетилцистеин. Блокаторы

лейкотриеновых рецепторов. Аминофиллин внутривенно медленно. Возможна искусственная вентиляция легких.

4. Хронический обструктивный бронхит, карциноид, сердечная астма, ТЭЛА.

5. Характерны типичные приступы удушья, состоящие из трех периодов: предвестников, разгара и обратного развития, сухие свистящие хрипы. Для астматического статуса характерен кашель с трудноотделяемой мокротой, вплоть до полного ее отсутствия.

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении студентами дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой разделов (тем) учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение студентами необходимыми компетенциями. Результат аттестации студентов на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций студентами.

4.1. Перечень компетенций, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5
ОПК-5	способностью и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок	Знать: этиологию, патогенез, диагностику, клинические проявления, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний	Отсутствие знаний этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний	Фрагментарные знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний	Общие, но не структурированные знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний	Сформированные систематические знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний
		Уметь: использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	Отсутствие умений использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	Частично освоенные умения использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	В целом успешно, но не систематически освоенные умения использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	Сформированное умение использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов
		Владеть:	Отсутствие	Фрагментарное	В целом	В целом	Успешное и

		Методами анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	навыков владения методами анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	применение навыков владения методами анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	успешное, но не систематически проявляемое владение методами анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки владения методами анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	систематически применяемые навыки владения методами анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины
--	--	--	---	--	--	--	---

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5
ОПК-6	готовностью к ведению медицинской документации и	Знать: Правила ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	Отсутствие знаний правил ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	Фрагментарные знания правил ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	Общие, но не структурированные знания правил ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания правил ведения медицинской документации на различных этапах	Сформированные систематические знания правил ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи

		компетенций)					
ПК-6	способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и связанных проблем, связанных со здоровьем, пересмотра	Знать: Основные патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм. Принципы формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и связанных проблем, со здоровьем X пересмотра	Отсутствие знаний основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципов формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и связанных проблем, со здоровьем X пересмотра	Фрагментарные знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципов формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и связанных проблем, со здоровьем X пересмотра	Общие, но не структурированные знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципов формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и связанных проблем, со здоровьем X пересмотра	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципов формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и связанных проблем, со здоровьем X пересмотра	Сформированные систематические знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципов формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и связанных проблем, со здоровьем X пересмотра
		Уметь: применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности	Отсутствие умений применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессионально	Частично освоенные умения применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в	Сформированное умение применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессионально

			й деятельности	профессионально й деятельности	своей профессионально й деятельности	своей профессионально й деятельности	й деятельности
		Владеть: навыками формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	Отсутствие навыков формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	Фрагментарное применение навыков формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но не систематически проявляемое владение навыками формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	Успешное и систематически применяемые навыки формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5
ПК-8	способностью к определению тактики ведения пациентов с	Знать: Особенности течения и возможные	Отсутствие знаний особенностей течения и	Фрагментарные знания особенностей течения и	Общие, но не структурированные знания	В целом сформированные, но содержащие отдельные	Сформированные систематические знания

	различными нозологическим и формами	осложнения при различной патологии	возможных осложнений при различной патологии	возможных осложнений при различной патологии	особенностей течения и возможных осложнений при различной патологии	пробелы знания особенностей течения и возможных осложнений при различной патологии	особенностей течения и возможных осложнений при различной патологии
		Уметь: Исходя из особенностей течения заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	Отсутствие умений исходя из особенностей течения заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	Частично освоенные умения исходя из особенностей течения заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения исходя из особенностей течения заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения исходя из особенностей течения заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	Сформированное умение исходя из особенностей течения заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов
		Владеть: Навыками составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины	Отсутствие навыков составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины	Фрагментарное применение навыков составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но не систематически проявляемое владение навыками составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины	Успешное и систематически применяемые навыки составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины

Формируем	Содержание	Планируемые	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале
------------------	-------------------	--------------------	---

ая компетенция	компетенции	результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	1	2	3	4	5
ПК-10	готовностью к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	Знать: Алгоритмы диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	Отсутствие знаний алгоритмов диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	Фрагментарные знания алгоритмов диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	Общие, но не структурированные знания алгоритмов диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания алгоритмов в диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	Сформированные систематические знания алгоритмов диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний
		Уметь: Оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	Отсутствие умений оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	Частично освоенные умения оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	В целом успешно, но не систематически освоенные умения оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	Сформированное умение оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний
		Владеть: Навыками оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и	Отсутствие навыков оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и обострениях	Фрагментарное применение навыков оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и	В целом успешное, но не систематически проявляемое владение оказанием медицинской	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки оказания медицинской	Успешное и систематически применяемые навыки оказания медицинской помощи в полном объеме при

		обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины	хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины	обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины	помощи в полном объеме при острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины	помощи в полном объеме при острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины	острых и хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины
--	--	--	--	--	--	--	---

4.2 Шкала и процедура оценивания

4.2.1. процедуры оценивания компетенций (результатов)

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	традиционный;
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль успеваемости , Промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, индивидуальный;
5.	Метод контроля	Устный опрос, стандартизированный тестовый контроль, рефераты, ситуационные задачи, работа на симуляторах, история болезни/фрагмент истории болезни, разбор истории болезни, курация больного/разбор тематического больного

4.2.2 Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

Для устного ответа:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, причем не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет необходимыми навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.
- Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут изложить без ошибок, носящих принципиальный характер материал, изложенный в обязательной литературе.

Для стандартизированного тестового контроля:

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 90 % заданий.
- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 70 % заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок менее 50 % заданий.

Для оценки решения ситуационной задачи:

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Для оценки рефератов:

Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне,

отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

Для истории болезни/фрагмента истории болезни:

❖ Оценка «отлично» выставляется, если все разделы учебной истории болезни раскрыты полностью, отсутствуют ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «хорошо» выставляется, если в учебной истории болезни представлены все разделы, есть недостатки в интерпретации данных, отсутствуют ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется если в учебной истории болезни представлены все разделы, есть негрубые ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

Для разбора тематического больного:

Отлично – студент правильно оценивает и интерпретирует данные о пациенте, грамотно проводит дифференциальную диагностику, определяет лечебную тактику.

Хорошо – студент допускает отдельные ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Удовлетворительно – студент допускает частые ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Неудовлетворительно – студент допускает частые грубые ошибки, принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Для курации больного:

Отлично- Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, проводит дифференциальную диагностику, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

Хорошо - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно, иногда недостаточно полно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, при проведении дифференциальной диагностики может допускать ошибки не принципиального характера, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

Удовлетворительно - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская тактические ошибки, не всегда правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, для проведения дифференциальной диагностики и формулировки диагноза и лечения пациента требуются наводящие вопросы преподавателя или чтение учебной литературы.

Неудовлетворительно - Курация пациента обучающимся проводится без учета этических и деонтологических норм. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская ошибки, которые могут привести к неправильной диагностике и лечению пациента, не правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, затрудняется с проведением дифференциальной диагностики, формулировкой диагноза и назначением лечения

Для разбора истории болезни:

- ❖ Оценка «отлично» выставляется, если все разделы истории болезни интерпретированы полностью, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.
- ❖ Оценка «хорошо» выставляется, если в истории болезни интерпретированы все разделы, но есть недостатки в толковании имеющихся данных, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.
- ❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется если при разборе истории болезни представлены, есть негрубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.
- ❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

Для работы на симуляторах:

«Зачтено» выставляется при условии, если у обучающегося сформированы заявленные компетенции, он демонстрирует хорошие знания методологии практических навыков; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт; уверенно на достаточном уровне демонстрирует практические навыки на симуляторах.

«Не зачтено» выставляется при условии, если у обучающегося не сформированы заявленные компетенции, он демонстрирует нетвердые знания методологии практических навыков; не умеет переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт; не демонстрирует практические навыки на симуляторах.

4.3 Шкалы оценивания компетенций промежуточной аттестации

Критерии оценки экзамена (в соответствии с п.4.1):

Оценка «отлично» выставляется, если при ответе на все вопросы билета студент демонстрирует полную сформированность заявленных компетенций отвечает грамотно, полно, используя знания основной и дополнительной литературы.

Оценка «хорошо» выставляется, если при ответе на вопросы билета студент демонстрирует сформированность заявленных компетенций, грамотно отвечает в рамках обязательной литературы, возможны мелкие единичные неточности в толковании отдельных, не ключевых моментов.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если при ответе на вопросы билета студент демонстрирует частичную сформированность заявленных компетенций, нуждается в дополнительных вопросах, допускает ошибки в освещении принципиальных, ключевых вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе на вопросы билета у студента отсутствуют признаки сформированности компетенций, не проявляются даже поверхностные знания по существу поставленного вопроса, плохо ориентируется в обязательной литературе.