

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 «Поликлиническая 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) «Поликлиническая терапия»:

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка – по желанию	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
1	Организация амбулаторно-поликлинической службы	ОПК-5, ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, работа на амбулаторном приеме, заполнение амбулаторной карты пациента	Пятибалльная шкала оценивания
2	Особенности ведения больных на амбулаторно-поликлиническом этапе.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, работа на амбулаторном приеме, заполнение амбулаторной карты пациента	Пятибалльная шкала оценивания
3	Экспертиза временной нетрудоспособности	ОПК-5, ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, работа на амбулаторном приеме, заполнение амбулаторной карты пациента	Пятибалльная шкала оценивания
4	Экспертиза стойкой нетрудоспособности	ОПК-5 ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, работа на амбулаторном приеме, заполнение амбулаторной карты пациента	Пятибалльная шкала оценивания
5	Респираторные инфекции в амбулаторной практике	ОПК-5, ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, работа на амбулаторном приеме, заполнение амбулаторной карты пациента	Пятибалльная шкала оценивания
6	Бронхообструктивный синдром в практике врача-терапевта	ОПК-5 ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное	Пятибалльная шкала оценивания

			сообщение, работа на амбулаторном приеме, заполнение амбулаторной карты пациента	
7	Внебольничные пневмонии в амбулаторной практике.	ОПК-5, ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, работа на амбулаторном приеме, заполнение амбулаторной карты пациента	Пятибалльная шкала оценивания
8	Синдром лихорадки в амбулаторной практике	ОПК-5, ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, работа на амбулаторном приеме, заполнение амбулаторной карты пациента	Пятибалльная шкала оценивания
8.1	Симуляционный курс – экстренная медицинская помощь (анафилактический шок)	ОПК-5, ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	работа на симуляторе	Пятибалльная шкала оценивания
9	Ведение больных с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний в амбулаторных условиях	ОПК-5 ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, работа на амбулаторном приеме, заполнение амбулаторной карты пациента. Работа с симуляторами	Пятибалльная шкала оценивания
10	Кардиалгия в практике врача-терапевта	ОПК-5, ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, работа на амбулаторном приеме, заполнение амбулаторной карты пациента	Пятибалльная шкала оценивания
11	Недостаточность кровообращения в амбулаторной практике	ОПК-5 ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, работа на амбулаторном приеме, заполнение амбулаторной карты пациента	Пятибалльная шкала оценивания
12	Нарушения ритма в амбулаторной практике	ОПК-5, ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, работа на амбулаторном приеме,	Пятибалльная шкала оценивания

			заполнение амбулаторной карты пациента	
13	Артериальные гипертензии в амбулаторной практике	ОПК-5 ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, работа на амбулаторном приеме, заполнение амбулаторной карты пациента	Пятибалльная шкала оценивания
14	Острый коронарный синдром в практике врача-терапевта	ОПК-5, ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, работа на амбулаторном приеме, заполнение амбулаторной карты пациента	Пятибалльная шкала оценивания
15	ТЭЛА в амбулаторной практике	ОПК-5 ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, работа на амбулаторном приеме, заполнение амбулаторной карты пациента	Пятибалльная шкала оценивания
16	Реабилитация больных после ОИМ и ОНМК	ОПК-5, ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, работа на амбулаторном приеме, заполнение амбулаторной карты пациента	Пятибалльная шкала оценивания
17	Реабилитация кардиохирургических больных	ОПК-5 ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, работа на амбулаторном приеме, заполнение амбулаторной карты пациента	Пятибалльная шкала оценивания
17.1	Аттестация практических навыков	ОПК-5, ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	работа на симуляторе	Пятибалльная шкала оценивания
17.2	Симуляционный курс - диспансеризация.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	работа на симуляторе	Пятибалльная шкала оценивания
18	Анемический синдром в амбулаторной практике	ОПК-5, ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, работа на амбулаторном приеме,	Пятибалльная шкала оценивания

			заполнение амбулаторной карты пациента	
19	Гемабластозы в амбулаторной практике	ОПК-5, ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, работа на амбулаторном приеме, заполнение амбулаторной карты пациента	Пятибалльная шкала оценивания
20	Желтуха и гепатолиенальный синдром в практике врача-терапевта	ОПК-5 ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, работа на амбулаторном приеме, заполнение амбулаторной карты пациента	Пятибалльная шкала оценивания
21	Кислотозависимая патология желудка в амбулаторной практике	ОПК-5, ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, работа на амбулаторном приеме, заполнение амбулаторной карты пациента	Пятибалльная шкала оценивания
22	Неинфекционные болезни печени: в амбулаторной практик(алкогольная и неалкогольная жировая болезнь печени)e	ОПК-5 ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, работа на амбулаторном приеме, заполнение амбулаторной карты пациента	Пятибалльная шкала оценивания
23	Реактивные артриты, остеоартроз. В практике врача-терапевта	ОПК-5, ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, работа на амбулаторном приеме, заполнение амбулаторной карты пациента	Пятибалльная шкала оценивания
24	Остеопороз в амбулаторной практике	ОПК-5 ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, работа на амбулаторном приеме, заполнение амбулаторной карты пациента	Пятибалльная шкала оценивания
24.1	Симуляционный курс – диспансеризация	ОПК-5 ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	работа с симуляционным пациентом	Пятибалльная шкала оценивания
24.2	Симуляционный курс – диспансеризация	ОПК-5 ОПК-6 ПК-2, ПК-6,	работа с симуляционным пациентом	Пятибалльная шкала

		ПК-7 ПК-9 ПК-10		оценивания
25	Заболевания почек в амбулаторной практике	ОПК-5, ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, работа на амбулаторном приеме, заполнение амбулаторной карты пациента	Пятибалльная шкала оценивания
26	Метаболический синдром в практике врача-терапевта	ОПК-5 ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, работа на амбулаторном приеме, заполнение амбулаторной карты пациента	Пятибалльная шкала оценивания
27	Коморбидность в амбулаторной практике.	ОПК-5, ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, работа на амбулаторном приеме, заполнение амбулаторной карты пациента	Пятибалльная шкала оценивания
28	Онкологическая настороженность на терапевтическом приеме	ОПК-5 ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, работа на амбулаторном приеме, заполнение амбулаторной карты пациента	Пятибалльная шкала оценивания
29	Паллиативная помощь	ОПК-5 ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, работа на амбулаторном приеме, заполнение амбулаторной карты пациента	Пятибалльная шкала оценивания
30	Особенности ведения беременных с экстрагенитальной патологией врачом-терапевтом	ОПК-5, ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, работа на амбулаторном приеме, заполнение амбулаторной карты пациента	Пятибалльная шкала оценивания
31	Стационарзамещающие технологии	ОПК-5 ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, работа на	Пятибалльная шкала оценивания

			амбулаторном приеме, заполнение амбулаторной карты пациента	
31.1	Итоговое занятие	ОПК-5, ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	защита амбулаторной карты пациента	Пятибалльная шкала оценивания
31.2	Симуляционный курс	ОПК-5, ОПК-6 ПК-2, ПК-6, ПК-7 ПК-9 ПК-10	работа на симуляторе	Пятибалльная шкала оценивания

2. Текущий контроль успеваемости на занятиях семинарского типа (клинические практические занятия), **включая задания самостоятельной работы обучающихся, проводится в формах:**

- устный опрос (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины и перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины);
- стандартизированный тестовый контроль;
- подготовка доклада/устного реферативного сообщения;
- решения ситуационных задач;
- работа на симуляторах;
- работа на амбулаторном приеме;
- заполнение амбулаторной карты пациента

Выбор формы текущего контроля на каждом занятии осуществляет преподаватель. 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: «Организация амбулаторно-поликлинической службы»

1. ВРАЧИ ПОЛИКЛИНИКИ ВЫПОЛНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ РАБОТЫ:

1. диагностику и лечение заболеваний, профилактическую работу, санитарно-просветительную работу, противоэпидемическую работу, ведение оперативно-учетной документации

2. диагностику и лечение заболеваний, санитарно-просветительную работу, ведение оперативно-учетной документации

3. санитарно-просветительную работу, противоэпидемическую работу, ведение оперативно-учетной документации

4. диагностику и лечение заболеваний, профилактическую работу

2. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ ПРИКРЕПЛЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ В ГОРОДЕ СОСТАВЛЯЕТ:

1. 2000 человек взрослого населения

2. 1200 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше

3. 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше

4. 3000 человек взрослого населения

3. НА ЛИСТЕ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ (УТОЧНЕННЫХ) ДИАГНОЗОВ ЗНАКОМ (+) ОТМЕЧАЮТСЯ:

1. каждое обострение хронического заболевания

2. острые заболевания, даже возникающие несколько раз в год

3. ранее диагностированные хронические заболевания

4. каждый профилактический медицинский осмотр

4. ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ ТЕРАПЕВТ ОБЯЗАН:

1. обеспечить раннее выявление заболевания

2. ежедневно посещать пациента на дому без показаний

3. оказывать помощь всем нуждающимся родственникам пациента
4. в последующем выполнять активные вызовы к пациенту

5. УЧЕТНАЯ ФОРМА N 025/У «МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ»:

1. заполняется только при первом и завершающем посещении пациента
2. ведется на пациентов (ок), обращающихся за медицинской помощью в амбулаторных условиях в специализированные медицинские организации или их структурные подразделения
3. заводится отдельно каждым из врачей, проводящим лечение
4. заполняется на каждого впервые обратившегося за медицинской помощью в амбулаторных условиях пациента(ку)

6. ПОД СТАНДАРТОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОНИМАЮТ

1. формализованную модель ведения больного, предусматривающую объем и последовательность лечебно-диагностических мероприятий
2. имеющий фиксированную стоимость набор медицинских услуг
3. установленный в лечебно-профилактическом учреждении объем лечебно-диагностических мероприятий, отражающий возможности данного учреждения
4. перечень лечебных медицинских услуг с указанием количества и частоты их предоставления

7. ПОТРЕБНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПЛАНИРУЕТСЯ ПО

1. количеству обслуживаемого населения на территории
2. пропускной способности поликлиники по числу посещений в день
3. количеству посещений на одного жителя в год
4. плановой функции врачебной должности

8. В КНИГЕ ЗАПИСЕЙ ВЫЗОВОВ ВРАЧЕЙ НА ДОМ ОТМЕЧАЮТСЯ

1. только первичные вызовы
2. только активные посещения
3. те вызовы, которые решит зарегистрировать врач для оплаты
4. все вызовы, поступившие в течение дня, и активные посещения

9. МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ ПОЛИКЛИНИКИ, ЕСЛИ

1. врач сам констатировал факт смерти
2. смерть произошла в стационаре
3. пациент регулярно наблюдался в данной поликлинике и умер дома
4. об этом сообщили родственники пациента.

10. СПРАВКА ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПУТЕВКИ (ФОРМА №070/У-04) ДЕЙСТВИТЕЛЬНА В ТЕЧЕНИЕ

1. 6 месяцев
2. 12 месяцев
3. 1 месяца
4. 3 месяцев

11. БОЛЬНОЙ, ПЕРЕНЕСШИЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, СОСТОЯЩИЙ НА «Д» УЧЕТЕ У КАРДИОЛОГА ПОЛИКЛИНИКИ, ПЕРЕДАЕТСЯ НА УЧЕТ К ВРАЧУ-ТЕРАПЕВТУ УЧАСТКОВОМУ ЧЕРЕЗ ____ МЕСЯЦЕВ

1. 6
2. 12
3. 9
4. 10

12. ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ ТЕРАПЕВТ ОБЯЗАН

- 1. обеспечить раннее выявление заболевания**
2. ежедневно посещать пациента на дому без показаний
3. оказывать помощь всем нуждающимся родственникам пациента
4. в последующем выполнять активные вызовы к пациенту

13. НОРМА НАГРУЗКИ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА ПОЛИКЛИНИКИ СОСТАВЛЯЕТ _____ ПОСЕЩЕНИЙ В ЧАС

1. 5
2. 7
3. 6
- 4. 4**

14. НОРМАТИВ НАГРУЗКИ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА ПРИ ОБСЛУЖИВАНИИ ПАЦИЕНТОВ НА ДОМУ СОСТАВЛЯЕТ ____ В ЧАС

1. 3 вызова
- 2. 2 вызова**
3. 1 вызов
4. 4 вызова

15. СРОК ДЕЙСТВИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ КАРТЫ СОСТАВЛЯЕТ

- 1. 2 месяца**
2. 1 месяц
3. 10 дней
4. 6 месяцев

16. УЧЕТНАЯ ФОРМА 058/У – ЭТО

1. извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания
2. извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования
- 3. экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку**
4. статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов

17. СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УТВЕРЖДАЮТСЯ

- 1. Министерством здравоохранения РФ**
2. Правительством РФ
3. руководством медицинской организации
4. Российской академией наук

18. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

- 1. первичная медико-санитарная, скорая, специализированная, паллиативная**
2. амбулаторная, стационарная, стационарная дневная, вне медицинской организации
3. экстренная, неотложная, плановая
4. по врачебным специальностям

19. В ПРАКТИЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ НЕ ВХОДИТ

1. санитарно-гигиеническое воспитание и обучение населения
2. лечебно-диагностическая работа
- 3. экспертиза стойкой утраты трудоспособности**
4. профилактическая работа, диспансеризация

20. ПРАВО НА БЕСПЛАТНОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ИМЕЮТ ПАЦИЕНТЫ С

1. множественными переломами
- 2. орфанными заболеваниями**
3. ожирением
4. бациллоносительством

Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	1	8.	4	15.	1
2.	3	9.	3	16.	3
3.	2	10.	1	17.	1
4.	1	11.	2	18.	1
5.	4	12.	1	19.	3
6.	1	13.	4	20.	2
7.	3	14.	2		

Тема №2«Особенности ведения больных на амбулаторно-поликлиническом этапе»

1. КАКОМУ ФУНКЦИОНАЛЬНОМУ КЛАССУ СООТВЕТСТВУЕТ БОЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ, ЕСЛИ У НЕГО ВОЗНИКАЮТ ПРИСТУПЫ ПРИ ПОДЪЕМЕ ПО ЛЕСТНИЦЕ НА 1 ПРОЛЕТ И ХОДЬБЕ НА РАССТОЯНИЕ 250-500 МЕТРОВ

1. I ФК
2. II ФК
- 3. III ФК**
4. IV ФК

2. ЭВИВАЛЕНТ(Ы) СТЕНОКАРДИИ

1. одышка
2. резкая утомляемость
3. сердцебиение
- 4. одышка и резкая утомляемость при физической нагрузке**

3. ПОДОЗРИТЕЛЬНОЙ В ОТНОШЕНИИ ОНКОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА, ЛОКАЛИЗОВАННАЯ

1. по большой кривизне
2. по передней стенке желудка
3. по малой кривизне
- 4. верно 1, 2**

4. ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕМ СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1. увеличение в крови неконъюгированного билирубина**
2. увеличение активности трансаминаз
3. билирубинурия
4. ретикулоцитоз

5. КАКУЮ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК ИССЛЕДУЮТ В ПРОБЕ ЗИМНИЦКОГО

1. участие в обмене электролитов
- 2. участие в концентрации мочи**
3. участие в гемопозе
4. участие в выработке хлоридов

6. САМЫМ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХПН ЯВЛЯЕТСЯ

1. олигоурия
2. протеинурия
- 3. артериальная гипертензия в сочетании с анемией**

4. повышение уровня креатинина в крови

7. ВЫРАЖЕННАЯ ПРОТЕИНУРИЯ ЧАЩЕ НЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

1. гломерулонефрит
2. вторичный амилоидоз почек

3. пиелонефрит

4. волчаночный нефрит

8. ПРИ ЭМФИЗЕМЕ ЛЕГКИХ ДЫХАНИЕ:

1. везикулярное;
2. **везикулярное ослабленное;**
3. везикулярное усиленное;
4. бронхиальное;
5. саккадированное.

9. АМФОРИЧЕСКОЕ ДЫХАНИЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

1. очаговой пневмонии;
2. бронхите;
3. бронхиальной астме;
4. **абсцессе легкого;**
5. эмфиземе легких.

10. ПУЛЬС TARDUS (ЗАМЕДЛЕННЫЙ), PARVUS (МАЛЫЙ) ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

1. недостаточности трехстворчатого клапана;
2. недостаточности митрального клапана;
3. недостаточности аортального клапана;
4. **стеноза устья аорты;**
5. митрального стеноза.

11. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА ЗНАЧИТЕЛЬНОГО РАСШИРЕНИЯ АБСОЛЮТНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА:

1. дилатация правого предсердия;
2. **дилатация правого желудочка;**
3. гипертрофия правого желудочка;
4. дилатация левого желудочка;
5. гипертрофия левого желудочка.

12. КРОВОХАРКАНИЕ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

1. недостаточности митрального клапана;
2. **митральном стенозе;**
3. недостаточности аортального клапана;
4. стенозе устья аорты;
5. недостаточности трехстворчатого клапана.

13. ОДНОСТОРОННИЕ БОЛИ И ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

1. острого гломерулонефрита;
2. острого цистита;
3. **острого пиелонефрита;**
4. амилоидоза почек;
5. хронического гломерулонефрита.

14. КАКАЯ ПАТОЛОГИЯ СЧИТАЕТСЯ НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДЛЯ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА?

1. **хронический пиелонефрит;**
2. плоскостопие;
3. сколиоз;

4. ревматическое поражение сердца;
5. ювенильный ревматоидный артрит.

15. В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РОССИИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПЕРВОЕ РАНГОВОЕ МЕСТО ПРИНАДЛЕЖИТ:

1. злокачественным новообразованиям;
2. болезням системы кровообращения;
3. инфекционным и паразитарным болезням;
- 4. травмам и отравлениям;**
5. болезням органов дыхания.

16. ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ХАРАКТЕРНО:

1. стертость клинических проявлений;
2. длительная предшествующая стенокардия;
3. динамические нарушения мозгового кровообращения;
- 4. все перечисленное.**

17. ОДЫШКА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА:

1. сердечной недостаточностью;
2. ТЭЛА;
3. хроническим обструктивным заболеванием легких;
- 4. всем перечисленным;**
5. ничем из перечисленного.

18. В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ НА ПЕРВОМ МЕСТЕ СТОЯТ:

- 1. системы кровообращения**
2. системы пищеварения
3. органов дыхания
4. нервной системы
5. костно-мышечной системы

19. МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ - ЭТО:

1. перечень наименований болезней в определенном порядке;
2. перечень диагнозов в определенном порядке;
3. перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определенному принципу;
- 4. система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями;**
5. перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определенном порядке.

20. ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «СОПУТСТВУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ»:

- 1. заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти;**
2. заболевание, которое имеет причинно-следственную связь с основным заболеванием, но уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи;
3. заболевание, которое имеет причинно-следственную связь с основным заболеванием, но уступает ему в степени влияния на работоспособность;
4. заболевание, которое имеет причинно-следственную связь с основным заболеванием, но уступает ему в степени опасности для жизни и здоровья;
5. заболевание, которое имеет причинно-следственную связь с основным заболеванием, но не является причиной смерти.

Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
--------	-------	--------	-------	--------	-------

1.	1	8.	4	15.	1
2.	3	9.	3	16.	3
3.	2	10.	1	17.	1
4.	1	11.	2	18.	1
5.	4	12.	1	19.	3
6.	1	13.	4	20.	2
7.	3	14.	2		

Тема №3: «Экспертиза временной нетрудоспособности»

1.ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ СЕРОПОЗИТИВНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ С МЕДЛЕННО ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ I – II СТЕПЕНЕЙ АКТИВНОСТИ:

1. 21 – 30 дней
2. 15 – 20 дней
- 3. 30 – 45 дней**
4. 7 – 14 дней

2. НА ВЫДАЧУ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМЕЕТ ПРАВО:

- 1. частнопрактикующий врач при наличии соответствующей лицензии**
2. врач, не состоящий в штате ЛПУ (частнопрактикующий)
3. врач станции переливания крови
4. врач СМП

3. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ПОДАГРЕ:

1. 5 – 7 дней
2. 7 – 10 дней
3. 10 – 14 дней
- 4. 15 – 20 дней**

4. ИЗ ВСЕХ КАТЕГОРИЙ ВРАЧЕЙ ВЫДАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ ТОЛЬКО ВРАЧ:

1. скорой помощи
- 2. травматологического пункта**
3. санитарный врач
4. станции переливания крови

5. СРОКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА:

1. 60-80 дней
2. 30-40 дней
- 3. 45-50 дней**
4. 80-100 дней

6. БОЛЬНОГО, ПЕРЕНЕСШЕГО ГРИПП, СЛЕДУЕТ ВЫПИСАТЬ К ТРУДУ:

- 1. через 3 дня после нормализации температуры и исчезновения клинических проявлений гриппа**
2. после исчезновения катаральных явлений
3. через 5-6 дней от начала болезни
4. на фоне уменьшения клинических проявлений, через день после нормализации температуры

7. ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ТРАВМ), ОТРАВЛЕНИЙ И ИНЫХ СОСТОЯНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ВРЕМЕННОЙ ПОТЕРЕЙ ГРАЖДАНАМИ ТРУДОСПОСОБНОСТИ, ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ ЕДИНОЛИЧНО ВЫДАЕТ ГРАЖДАНАМ ЛИСТКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

1. сроком не более 10 дней

2. сроком не более 5 дней
- 3. сроком не более 15 дней**
4. на весь срок лечения

8. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ ВЗРОСЛЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ МОЖЕТ ПРОДЛИТЬ НА СРОК ДО ____ ДНЕЙ

1. 15
- 2. 7**
3. 30
4. 45

9. ПОСЛЕ ВЫДАЧИ ЛИСТА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНОЙ НАПРАВЛЯЕТСЯ НА ВРАЧЕБНУЮ КОМИССИЮ ЧЕРЕЗ _____ ДНЕЙ

1. 10
2. 20
- 3. 15**
4. 30

10. ПОСЛЕ УВОЛЬНЕНИЯ ПО УВАЖИТЕЛЬНОЙ ПРИЧИНЕ ВЫДАЕТСЯ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ТЕЧЕНИЕ

- 1. одного месяца**
2. 10 дней
3. 30 дней
4. 6 месяцев

11. БОЛЬНОМУ, ИМЕЮЩЕМУ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО ОРВИ С 18.03 ПО 22.03. И ЯВИВШЕМУСЯ НА ПРИЕМ К УЧАСТКОВОМУ ТЕРАПЕВТУ 26.03 С ПРИЗНАКАМИ ПНЕВМОНИИ, ПОКАЗАНО

- 1. продлить больничный лист с 26.03 до выздоровления с отметкой о нарушении режима**
2. продлить больничный лист с 26.03 до выздоровления
3. продлить больничный лист с 23.03 до выздоровления с отметкой о нарушении режима
4. оформить новый больничный лист

12. ПОЛИКЛИНИКА МОЖЕТ ПРОДЛЕВАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

1. не более 2 месяцев
2. не более 1 месяца
- 3. не более 10 месяцев**
4. до выздоровления

13. ЛИЦУ, ПРОЖИВАЮЩЕМУ В РАЙОНЕ ОБСЛУЖИВАНИЯ ДРУГОГО ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ, ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН

- 1. с разрешения главного врача**
2. на общих основаниях
3. при заболевании туберкулезом
4. при онкозаболевании

14.К НАРУШЕНИЮ РЕЖИМА ОТНОСИТСЯ

1. несоблюдение предписанного лечения
- 2. несвоевременная явка на прием**
3. утеря больничного листа
4. отказ от госпитализации

15.ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СО ВЧЕРАШНЕГО ДНЯ МОЖНО ВЫДАТЬ, ЕСЛИ

- 1. подтвержден факт нетрудоспособности накануне**

2. сохраняются признаки нетрудоспособности
3. предшествующий день – выходной
4. пациент находится в отпуске

16.ЛИЦАМ, НАХОДЯЩИМСЯ В ОТПУСКЕ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ ДО 3-Х ЛЕТ И РАБОТАЮЩИМ НА УСЛОВИЯХ НЕПОЛНОГО РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ, ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЁТСЯ

1. на 5 дней
- 2. на общих основаниях**
3. на 10 дней
4. на 15 дней

17.БОЛЬНОМУ, ОБРАТИВШЕМУСЯ ЗА НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩЬЮ В ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ СТАЦИОНАРА БЕЗ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ВЫДАЁТСЯ

1. листок нетрудоспособности на 1 день
- 2. справка**
3. листок нетрудоспособности на 3 дня
4. листок нетрудоспособности на 5 дней

18.ПРИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ВОЗНИКШЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ, ВЫДАЕТСЯ

- 1. листок нетрудоспособности на все дни с отметкой о факте опьянения**
2. листок нетрудоспособности на 3 дня с отметкой о факте опьянения
3. справка на все дни с отметкой о факте опьянения
4. справка на 3 дня с отметкой о факте опьянения

19.КОЛИЧЕСТВО ДНЕЙ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ I СТАДИИ С КРИЗОМ I ТИПА СОСТАВЛЯЕТ

- 1. 3-5**
2. 8-10
3. 12-14
4. 16-18

20.ПАЦИЕНТУ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1. фиброколоноскопии с биопсией**
2. дуоденального зондирования
3. велоэргометрии
4. урографии

Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	3	8.	2	15.	1
2.	1	9.	3	16.	2
3.	4	10.	1	17.	2
4.	2	11.	1	18.	1
5.	3	12.	3	19.	1
6.	1	13.	1	20.	1
7.	3	14.	2		

Тема №4: «Экспертиза стойкой нетрудоспособности»

1. ИНВАЛИДНОСТЬ I ГРУППЫ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА:

1. бессрочно
2. 1 год
3. 3 года
- 4. 2 года**

2. ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ДЛЯ ВЫНЕСЕНИЯ ЗАКЛЮЧЕНИЯ О ПРИЗНАНИИ ИНВАЛИДОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. неблагоприятный трудовой прогноз
2. возраст пациента
3. допущенные дефекты в лечении
4. ходатайство предприятия, на котором работает больной

3. ГРУППА ИНВАЛИДНОСТИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ БЕЗ СРОКА ПЕРЕОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ:

1. детям-инвалидам
2. инвалидам I группы
3. инвалидам с необратимыми анатомическими дефектами
4. инвалидам по профессиональному заболеванию

4. В СЛУЧАЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПРОГНОЗА ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ ИМЕЕТ ПРАВО МАКСИМАЛЬНО ПРОДЛИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ДО ____ МЕСЯЦЕВ:

1. 6
2. 4
3. 10
4. 12

5. ИНВАЛИДНОСТЬ II ГРУППЫ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА:

1. 2 года
2. 3 года
3. бессрочно
4. 1 год

6. ПАЦИЕНТ С ВЫРАЖЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ОГРАНИЧЕНИЕМ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ 2-3 СТЕПЕНИ ПРИЗНАЕТСЯ:

1. инвалидом 2-й группы
2. инвалидом 1-й группы
3. инвалидом 3-й группы
4. трудоспособным

7. СТЕПЕНЬ УТРАТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ В

1. субъективных характеристиках
2. долях от целого
3. десятичных долях
4. процентах

8. НА ФЕДЕРАЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ВОЗЛАГАЕТСЯ

1. разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов
2. привлечение населения участка к прохождению диспансеризации
3. краткое профилактическое консультирование
4. участие в оформлении паспорта здоровья

9. К ОСНОВНОМУ КРИТЕРИЮ РАЗГРАНИЧЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ И СТОЙКОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОТНОСЯТ

1. степень выраженности функциональных нарушений
2. условия труда
3. клинический и трудовой прогноз
4. характер течения заболевания

10. ПЕРВОЕ МЕСТО В СТРУКТУРЕ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В ТРУДОСПОСОБНОМ ВОЗРАСТЕ В РФ ЗАНИМАЮТ

1. несчастные случаи, отравления и травмы
2. болезни нервной системы
- 3. болезни системы кровообращения**
4. болезни органов дыхания

11. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА РАЗРАБАТЫВАЕТСЯ

1. отделениями реабилитации
- 2. бюро медико-социальной экспертизы**
3. отделениями медицинской профилактики
4. санаторно-курортными учреждениями

12. БЕССРОЧНО 1 ГРУППА ИНВАЛИДНОСТИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ У БОЛЬНОГО С

- 1. ХСН ФК IV, нуждающегося в постоянном уходе**
2. ХСН ФК IV, не нуждающегося в постоянном уходе
3. ХСН ФК I и II
4. ХСН с отеком легких

13. ДАЙТЕ ЭКСПЕРТНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ О ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТА С ВЫРАЖЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ОГРАНИЧЕНИЕМ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ II- III СТЕПЕНИ

1. признать инвалидом 1-й группы
2. трудоустроить через ВК
- 3. признать инвалидом 2-й группы**
4. признать трудоспособным

14. УСТАНОВЛЕНИЕ ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

- 1. медико-социальная экспертная комиссия**
2. заведующий отделением
3. врачебная комиссия медицинской организации
4. лечащий врач

15. РЕШАЮЩИМ ФАКТОРОМ ДЛЯ ВЫНЕСЕНИЯ МСЭК ЗАКЛЮЧЕНИЯ О ПРИЗНАНИИ ИНВАЛИДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1. неблагоприятный трудовой прогноз**
2. возраст пациента
3. допущенные дефекты в лечении
4. ходатайство предприятия, на котором работает больной

16. ДАТОЙ УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. дата непосредственного освидетельствования
- 2. дата регистрации документов в бюро**
3. дата открытия больничного листа
4. следующий день после регистрации документов в бюро

17. ПРАВО НАПРАВЛЕНИЯ В БЮРО МСЭ ИМЕЕТ

1. главный врач медицинской организации
2. заведующий отделением
3. лечащий врач
- 4. врачебная комиссия медицинской организации**

18. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАННОСТЬЮ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО

- 1. определение группы инвалидности**
2. оказание медицинской помощи

3. направление на санаторно-курортное лечение
4. выдача больничного листа

19. ЭКСПЕРТИЗУ СТОЙКОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

- 1. бюро медико-социальной экспертизы**
2. территориальный фонд ОМС
3. Федеральное медико-биологическое агентство
4. министерство здравоохранения

20. НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ПАЦИЕНТА НАПРАВЛЯЕТ

1. лечащий врач
2. главный врач
- 3. врачебная комиссия медицинской организации**
4. лечащий врач и заведующий отделением

Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	4	8.	1	15.	1
2.	1	9.	3	16.	2
3.	3	10.	3	17.	4
4.	2	11.	2	18.	1
5.	4	12.	1	19.	1
6.	1	13.	3	20.	3
7.	4	14.	1		

Тема №5: «Респираторные инфекции в амбулаторной практике»

1. ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ГРИППА НАЗНАЧАЮТ:

1. антигриппин
- 2. осельтамивир (тамифлю)**
3. парацетамол
4. санорин

2. В КЛИНИКЕ ГРИППА ВЕДУЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ:

1. мионевралгический
2. диарейный
3. гепатолиенальный
- 4. интоксикации**

3. К ИСТОЧНИКАМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ГРИППЕ ОТНОСЯТ:

1. вирусоносителя
- 2. больного человека в первые пять дней болезни**
3. домашних животных
4. птиц

4. ПРИ ОРВИ С ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ:

1. аспирин
2. эритромицин
3. бисептол
- 4. осельтамивир (тамифлю)**

5. ДЛЯ ГРИППА ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ СЛЕДУЮЩИХ СИМПТОМОВ:

1. высокая температура, увеличение миндалин, лимфатических узлов, фарингит
2. субфебрильная температура, ларингит, ринит
- 3. высокая температура, головная боль, миалгии, трахеит**
4. высокая температура, конъюнктивит, фарингит, увеличение лимфатических узлов

6. ВАКЦИНА ПРОТИВ ГРИППА НЕ НАЗНАЧАЕТСЯ

- 1. людям с аллергией на куриные яйца**

2. больным гипертонической болезнью
3. больным бронхиальной астмой
4. больным ХОБЛ

7. ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ГРИППА ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1. озельтамивир**
2. циклоферон
3. терафлю
4. ацикловир

8. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СПОСОБОМ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА ЯВЛЯЕТСЯ

1. приём поливитаминных препаратов
2. закаливание организма
3. приём больших доз аскорбиновой кислоты
- 4. введение гриппозных вакцин**

9. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГРИППЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. тяжёлое течение неосложнённого гриппа
- 2. наличие вторичных бактериальных осложнений**
3. принадлежность пациента к группам риска
4. высокий титр антител

10. К АНАЛОГАМ НУКЛЕОЗИДОВ ОТНОСИТСЯ

1. паритапревир
2. ледипасвир
3. омбитасвир
- 4. рибавирин**

11. МЕРЫ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА

- 1. введение противогриппозной вакцины**
2. изоляция больных
3. ношение четырехслойной маски
4. кварцевание помещений

12. НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГРИППА ВКЛЮЧАЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

1. антибактериальных препаратов в профилактических целях
- 2. иммунобиологических и противовирусных препаратов**
3. иммунобиологических препаратов
4. противовирусных препаратов

13. ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ГРИППЕ В АНАЛИЗЕ КРОВИ ИМЕЕТ МЕСТО

1. лейкоцитоз, нейтрофилез
- 2. лейкопения, относительный лимфоцитоз**
3. лимфоцитоз, атипичные мононуклеары
4. лейкоцитоз, моноцитоз

14. ИНГИБИТОРОМ НЕЙРАМИНИДАЗЫ ВИРУСА ГРИППА ЯВЛЯЕТСЯ

1. рибавирин
2. ремантадин
- 3. осельтамивир**
4. полиоксидоний

15. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ГРИППЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. острый серозный менингит
2. отит
3. острый пиелонефрит

4. острая пневмония

16. ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ГРИППЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. пневмония
2. пневмоторакс
3. панкреатит
4. пиелонефрит

17. К ХАРАКТЕРНОМУ ПРИЗНАКУ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСИТСЯ

1. сочетание ринофарингита и конъюнктивита с лимфоаденопатией
2. ангина
3. стоматит
4. отит

18. К ХАРАКТЕРНОМУ ПРИЗНАКУ ГРИППА ОТНОСИТСЯ

1. субфебрильная лихорадка
2. фебрильная лихорадка
3. отсутствие интоксикации
4. постепенное начало

19. БОЛЬНОМУ ГРИППОМ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОКАЗАН СРОК ПОСТЕЛЬНОГО РЕЖИМА

1. на первые 5-6 дней
2. до полного выздоровления
3. на первые три дня
4. до нормализации температуры

20. БОЛЬНОГО, ПЕРЕНЕСШЕГО ГРИПП, СЛЕДУЕТ ВЫПИСАТЬ К ТРУДУ

1. на фоне уменьшения клинических проявлений, через день после нормализации температуры
2. после исчезновения катаральных явлений
3. через 5-6 дней от начала болезни
4. через 3 дня после нормализации температуры и исчезновения клинических проявлений гриппа

Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	2	8.	4	15.	4
2.	3	9.	3	16.	3
3.	1	10.	2	17.	1
4.	1	11.	3	18.	4
5.	4	12.	1	19.	1
6.	1	13.	4	20.	2
7.	2	14.	1		

Тема №6: «Бронхообструктивный синдром в практике врача-терапевта»

1. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМИ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. акроцианоз
2. нарушение выдоха
3. нарушение вдоха
4. гипертермия

2. ВЕРНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ, КАСАЮЩИМСЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

1. обратимый характер бронхиальной обструкции
2. наличие приступов удушья
3. наличие кашля с мокротой на протяжении, по крайней мере, 3 месяцев в году в течение 2 лет и более
4. очаговый характер заболевания дыхательных путей

3. ДЛЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА МАЛО ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ:

1. кровохарканье

2. кашель с выделением мокроты
3. повышение температуры
4. одышка

4. ПРИЗНАК ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПО ОБСТРУКТИВНОМУ ТИПУ:

1. увеличение остаточного объема лёгких

2. нормальная жизненная емкость легких
3. нормальные показатели объема форсированного выдоха
4. снижение объема форсированного выдоха

5. ПРИ ХОБЛ ИНГАЛЯЦИОННАЯ ПРОБА С БРОНХОДИЛАТАТОРОМ ВЫЯВЛЯЕТ СТЕПЕНЬ ОБРАТИМОСТИ ОБСТРУКЦИИ:

1. близкую к 100%
2. до 60%
3. до 30%
4. до 15%

6. НЕОБРАТИМЫМ КОМПОНЕНТОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. перибронхиальный фиброз

2. спазм бронхов
3. воспалительный отёк в слизистой оболочке бронхов
4. нарушение функции мукоцилиарного аппарата бронхов

7. КАКАЯ СТЕПЕНЬ ОБСТРУКЦИИ У АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА С ХОБЛ, ЕСЛИ УРОВЕНЬ ПОСТБРОНХОДИЛЯЦИОННОГО ОФВ₁ СОСТАВЛЯЕТ 46%

1. крайне тяжелая
2. тяжелая
3. среднетяжелая
4. легкая

8. ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СРЕДНЕТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С ПРИМЕНЕНИЯ

1. системных глюкокортикостероидов
2. монтелукаста
3. кромогликата натрия
4. ингаляционных глюкокортикостероидов

9. У БОЛЬНОГО ДВИЖЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ СИММЕТРИЧНЫ, КОРОБОЧНЫЙ ЗВУК ПРИ ПЕРКУССИИ, ОСЛАБЛЕННОЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ ДЫХАНИЕ С УДЛИНЕННЫМ ВЫДОХОМ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

1. гидропневмоторакс
2. плеврит
3. эмфизема легких
4. пневмония

10. БРОНХОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ХОБЛ

1. является основным методом диагностики ХОБЛ
2. является дополнительным методом при диагностике для исключения других заболеваний и состояний, протекающих с аналогичными симптомами.
3. не применяется для диагностики ХОБЛ
4. применяется только вместе с биопсией бронхов

11. ВЛАЖНЫЕ ХРИПЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКОМ

1. обструкции
2. наличия диффузного перибронхиального склероза
- 3. бронхиальной гиперсекреции**
4. трахеобронхиальной дискинезии

12. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ КОМПОНЕНТОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ

- 1. ларингоспазм**
2. задержка мокроты
3. воспаление бронхов
4. бронхоспазм

13. ЗНАЧИМЫЙ ФАКТОР РИСКА ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА

1. гиподинамия
2. алкоголизм
3. ожирение
- 4. курение**

14. ХОБЛ НЕВОЗМОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ БЕЗ СЛЕДУЮЩЕГО МЕТОДА

1. бронхоскопии
2. ФГ
3. анализа мокроты
- 4. спирометрии**

15. НЕОБРАТИМЫМ МЕХАНИЗМОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. дискриния
2. бронхоспазм
3. гиперкриния
- 4. экспираторный коллапс бронхов**

16. О НАЛИЧИИ БРОНХОСПАЗМА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПРИРОСТ ОФВ₁ ОТ ИСХОДНОГО ПОСЛЕ БРОНХОДИЛЯТАЦИОННОГО ТЕСТА БОЛЕЕ

1. 5%;
2. 10%;
- 3. 12%;**
4. 15%

17. ВАЖНЕЙШИМ КРИТЕРИЕМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1. кашель с мокротой не менее 3 мес в году на протяжении последних двух лет.**
2. наличие бронхиальной обструкции
4. изменение газового состава крови
5. появление у больного одышки при обычной физической нагрузке.

18. УКАЖИТЕ САМЫЙ ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ

1. коробочный оттенок перкуторного тона
2. увеличение ООЛ
3. повышение прозрачности легочных полей при рентгенологическом исследовании
- 4. снижение диффузионной способности легких**

19. О НАЛИЧИИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ СУДЯТ ПО ПОКАЗАТЕЛЮ

- 1. соотношения ОФВ₁/ФЖЕЛ**
2. жизненной емкости легких (ЖЕЛ)
3. максимальной вентиляции легких (МВЛ)
4. диффузионной способности легких (ДЛ)

20. К ФИЗИКАЛЬНЫМ СИМПТОМАМ ХОБЛ ОТНОСЯТСЯ

1. притупление перкуторного звука в проекции доли легкого
2. сухие хрипы
3. крепитация
4. шум трения плевры

Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	2	8.	4	15.	4
2.	3	9.	3	16.	3
3.	1	10.	2	17.	1
4.	1	11.	3	18.	4
5.	4	12.	1	19.	1
6.	1	13.	4	20.	2
7.	2	14.	4		

Тема №7: «Внебольничные пневмонии в амбулаторной практике»

1. ПРИ ОСМОТРЕ НА ДОМУ ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПНЕВМОНИЮ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ШКАЛЫ CRVB65 НЕ ОЦЕНИВАЮТ СЛЕДУЮЩИЙ ПАРАМЕТР:

1. индекс массы тела
2. частота сердечных сокращений
3. возраст
4. нарушение сознания

2. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ОТНОСИТЕЛЬНО ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА У БОЛЬНОГО С ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ НЕВЕРНЫМ:

1. требуется введение больших количеств жидкости под контролем центрального венозного давления
2. допамин для повышения сосудистого тонуса имеет преимущества перед норадреналином
3. маннитол и фуросемид могут использоваться для профилактики повреждений почечных канальцев
4. кортикостероиды противопоказаны в связи с опасностью дальнейшей генерализации инфекции

3. Выберите правильную комбинацию ответов:

ПРИ ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ УЧИТЫВАЕТСЯ:

1. Выраженность лихорадки и синдрома интоксикации.
2. Наличие сопутствующей гипертонической болезни.
3. Возраст пациента.
4. Объем поражения легочной ткани.
5. Наличие осложнений.

4. ЛЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С:

1. гентамицина
2. фторхинолонов
3. макролидов нового поколения
4. полусинтетических пенициллинов

5. НАЛИЧИЕ КАКОГО ПРИЗНАКА ОБЯЗАТЕЛЬНО ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА ПНЕВМОНИИ:

1. очагово-инфильтративные изменения по результатам рентгенологического исследования
2. фебрильная температура тела
3. аускультативное определение влажных мелкопузырчатых хрипов или крепитации
4. лейкоцитоз или лейкопения в общем клиническом анализе крови

6. Выберите правильную комбинацию ответов:

К АТИПИЧНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЯМ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТСЯ:

1. Streptococcus pneumoniae.
2. Staphylococcus aureus.

- 3. Legionella pneumophila.**
4. Pseudomonas aeruginosa.
- 5. Mycoplasma pneumoniae.**
6. Klebsiella pneumoniae.
7. Haemophilus influenzae.

7. К ЛЕГОЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПНЕВМОНИИ ОТНОСИТСЯ

1. инфекционно-токсический шок
- 2. дистресс-синдром**
3. инфекционно-аллергический миокардит
4. менингит, менингоэнцефалит

8. ПРИ ВЫБОРЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ВРАЧ-ТЕРАПЕВТ ДОЛЖЕН ОРИЕНТИРОВАТЬСЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

1. эффективность применения препарата ранее
2. возможность применения в энтеральной форме
3. стоимость антибактериального препарата
- 4. предполагаемый спектр возбудителей (эмпирический выбор терапии)**

9. Выберите правильную комбинацию ответов:

К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТСЯ:

- 1. Рентгенологическое подтверждение заболевания.**
2. Наличие одышки в покое.
3. Наличие тахикардии в покое.
4. Рассеянные сухие свистящие хрипы.
5. Влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы.
- 6. Острое начало заболевания с лихорадкой свыше 38,0 С.**

10. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАРТОВОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ПНЕВМОНИИ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПОСЛЕ НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ ЧЕРЕЗ _____ СУТОК

1. 6–7
2. 4–5
- 3. 2–3**
4. 8–10

11. САМЫМ ПОЗДНИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЭФФЕКТИВНОЙ СТАРТОВОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПНЕВМОНИИ СЛУЖИТ

1. нормализация лейкоцитарной формулы
2. нормализация или выраженное снижение температуры тела
3. уменьшение степени гнойности мокроты
- 4. исчезновение легочного инфильтрата**

12. ПОД ТЕРМИНОМ «АТИПИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ» ПОНИМАЮТ

1. вирусную бронхопневмонию
2. пневмококковую пневмонию верхнедолевой локализации
- 3. пневмонию, вызванную легионеллами, хламидиями или микоплазмами**
4. эозинофильный инфильтрат

13. АМБУЛАТОРНО ПНЕВМОНИЮ ЛЕЧАТ

1. у пожилых пациентов
2. по просьбе пациента
- 3. у молодых больных при легком или среднетяжелом течении заболевания**
4. у лиц с сахарным диабетом

14. КРИТЕРИЕМ ПРЕКРАЩЕНИЯ ТЕРАПИИ АНТИБИОТИКАМИ ПРИ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ СТОЙКАЯ НОРМАЛИЗАЦИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА В ТЕЧЕНИЕ _____ СУТОК

1. 3–5
2. 1–2
3. 6–7
4. 8–10

15. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЭМПИРИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

1. ципрофлоксацин, пефлоксацин, офлоксацин
2. амоксициллин, кларитромицин
3. эритромицин, азитромицин
4. стрептомицин и гентамицин

16. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛЕГИОНЕЛЛЕЗНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. аминогликозиды
2. цефалоспорины
3. макролиды
4. защищенные аминопенициллины

17. ЛЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

1. амоксициллина (или защищенного аминопенициллина) или макролидов
2. тетрациклинов
3. цефалоспоринов
4. гентамицина

18. ДЛЯ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ БЕЗ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧАТЬ

1. респираторные фторхинолоны
2. тетрациклины
3. цефалоспорины III поколения
4. макролиды

19. ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНОГО ПНЕВМОНИЕЙ

1. возраст старше 70 лет
2. отсутствие эффекта от проводимой антибактериальной терапии
3. одышка свыше 30 в минуту
4. отсутствие эффекта от проводимой антибактериальной терапии, одышка свыше 30 в минуту, возраст старше 70 лет

20. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ ПРИМЕНЯЮТ

1. антибиотики, отхаркивающие
2. антибиотики, диуретики
3. бронхолитики, глюкокортикостероиды
4. бронхолитики, диуретики

Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	1	8.	4	15.	2
2.	4	9.	1,6	16.	3
3.	1,5	10.	3	17.	1
4.	3	11.	4	18.	4
5.	1	12.	3	19.	4
6.	3,5	13.	3	20.	1
7.	2	14.	1		

1. С ДЛИТЕЛЬНОЙ ЛИХОРАДКОЙ МОГУТ ПРОТЕКАТЬ ВСЕ БОЛЕЗНИ, КРОМЕ:

1. лимфогранулематоз
- 2. хроническая обструктивная болезнь легких**
3. инфекционный эндокардит
4. узелковый полиартериит

2. КРИТЕРИЕМ ПРЕКРАЩЕНИЯ ТЕРАПИИ АНТИБИОТИКАМИ ПРИ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ СТОЙКАЯ НОРМАЛИЗАЦИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА В ТЕЧЕНИЕ _____ СУТОК:

- 1. 3–5**
2. 1–2
3. 6–7
4. 8–10

3. В ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ МИНИМУМ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛИТЕЛЬНО ЛИХОРАДЯЩИХ БОЛЬНЫХ ВХОДЯТ:

1. бактериологические посевы мочи, кала и крови до 3-6 раз
2. определение в мазке малярийных плазмодиев
- 3. определение в мазке малярийных плазмодиев, бактериологические посевы мочи, кала и крови до 3-6 раз, общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы**
4. общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы

4. ЛИХОРАДКА В ТЕЧЕНИЕ 4 МЕСЯЦЕВ В СОЧЕТАНИИ С БЕЗБОЛЕВОЙ МАКРОГЕМАТУРИЕЙ, СОЭ 60 ММ/Ч У БОЛЬНОГО СТАРШЕ 45 ЛЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О НАЛИЧИИ:

1. волчаночного гломерулонефрита
2. хронического гломерулонефрита гематурического типа
- 3. рака почки**
4. уратного нефролитиаза

5. ДЛЯ ЖАРОПОНИЖАЮЩЕГО ЭФФЕКТА ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ МОЖЕТ БЫТЬ РЕКОМЕНДОВАНО ВСЕ, КРОМЕ:

1. ацетилсалициловая кислота
2. парацетамол
- 3. преднизолон**
4. ибупрофен

6. ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ГИПЕРТЕРМИИ:

- 1. пневмония, лихорадка лекарственного происхождения, туберкулез**
2. пневмония
3. лихорадка лекарственного происхождения
4. туберкулез

7. НАЛИЧИЕ КАКОГО ПРИЗНАКА ОБЯЗАТЕЛЬНО ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА ПНЕВМОНИИ

1. аускультативное определение влажных мелкопузырчатых хрипов или крепитации
2. фебрильная температура тела
- 3. очагово-инфильтративные изменения по результатам рентгенологического исследования**
4. лейкоцитоз или лейкопения в общем клиническом анализе крови

8. ПРИ ОБРАЩЕНИИ МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА С ДЛИТЕЛЬНОЙ ЛИХОРАДКОЙ ВЫШЕ 38 ГРАДУСОВ В ПОЛИКЛИНИКУ В ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК ВХОДЯТ ВСЕ БОЛЕЗНИ, КРОМЕ

1. периодическая болезнь
2. лимфопролиферативное заболевание

3. инфекционный эндокардит
4. ревматическая полимиалгия

9. ДЛЯ ЖАРОПОНИЖАЮЩЕГО ЭФФЕКТА ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ МОЖЕТ БЫТЬ РЕКОМЕНДОВАНО ВСЕ, КРОМЕ

1. ибупрофен
2. парацетамол
3. ацетилсалициловая кислота
4. трамадол

10. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ.

- | | |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|
| 1. субфебрильная лихорадка, нарушения ритма, артралгии | А) ревмокардит |
| 2. септическая лихорадка | Б) эмпиема грудной клетки |
| | В) рак бронхов |

11. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХОЛАНГИТА:

1. боли в правом подреберье после приема жирной пищи, тошнота, рвота
2. приступ болей в правом подреберье с развитием желтухи, появлением обесцвеченного кала, темной мочи
3. кратковременная боль в эпигастрии, рвота, понос
4. фебрильная температура с ознобом, увеличение печени, желтуха, лейкоцитоз д) тупые боли в правом подреберье, отрыжка горечью

12. НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ИНТЕРФЕРОНА МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬ

1. тромбозы
2. лихорадочный синдром
3. кровотечения
4. тромбоцитоз

13. ВНЕЗАПНОЕ НАЧАЛО, ОЗНОБ, ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, ВОЗБУЖДЕНИЕ, РИГИДНОСТЬ ЗАТЫЛОЧНЫХ МЫШЦ, СУДОРОГИ, ЛЕЙКОЦИТОЗ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1. менингита
2. гриппа
3. парагриппа
4. острого гломерулонефрита

14. ПРИ СУБФЕБРИЛИТЕТЕ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ 2 НЕДЕЛИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ

1. клинический анализ крови
2. сывороточное железо
3. щелочную фосфатазу
4. суточную протеинурию

15. ЛИХОРАДКА, ЖЕЛТУХА, ЛЕЙКОЦИТОЗ, ПОВЫШЕНИЕ В КРОВИ НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

1. холангита
2. вирусного гепатита
3. гемолитического криза

16. ЛИХОРАДКА, БОЛЬ В ЖИВОТЕ, МЕЛЕНА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

1. острого панкреатита
2. кровотечения из ЖКТ
3. МКБ

17. ПРИЕМ КАКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА?

1. антикоагулянты;
2. инсулин;
3. мерказолил;
4. иммунодепрессанты;
5. трициклические антидепрессанты (амитриптилин, меллипрамил).

18. У МУЖЧИНЫ 55 ЛЕТ ОТМЕЧАЮТСЯ ДЛИТЕЛЬНЫЕ БОЛИ И ЧУВСТВО РАСПИРАНИЯ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ: ЖЕЛТУХИ НЕТ, ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ КЕРА, ТЕМПЕРАТУРА СУБФЕБРИЛЬНАЯ, СОЭ 30 ММ/ЧАС. КАКОВ ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ

1. хронический холецистит в фазе обострения
2. хронический панкреатит в фазе ремиссии
3. язвенная болезнь желудка в фазе обострения
4. хронический гепатит

19. СУБФЕБРИЛИТЕТ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

1. синуситов
2. аднекситов
3. рака бронхов
4. деформирующего остеоартроза

20 ЛИХОРАДКА ДО 2-Х НЕДЕЛЬ, КОНЬЮНКТИВИТ, ЛИМФОАДЕНОПАТИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

1. гриппа
2. аденовирусной инфекции
3. риносинтициальной инфекции

Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	2	8.	4	15.	3
2.	1	9.	4	16.	2
3.	3	10.	1А, 2Б	17.	5
4.	3	11.	4	18.	1
5.	3	12.	2	19.	4
6.	1	13.	1	20.	2
7.	3	14.	1		

Тема №9: «Веление больных с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний в амбулаторных условиях»

1. НАУЧНОЙ ОСНОВОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ КОНЦЕПЦИЯ

1. индивидуальной профилактики
2. здорового образа жизни
3. борьбы с вредными привычками
4. факторов риска

2. ПОПУЛЯЦИОННАЯ СТРАТЕГИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ

1. формирование здорового образа жизни на уровне всего населения и обеспечение для этого соответствующих условий
2. своевременное выявление лиц с повышенным уровнем факторов риска и проведение мероприятий по их коррекции
3. предупреждение прогрессирования хронических неинфекционных заболеваний как за счет коррекции факторов риска, так и за счет своевременного проведения лечения и мер реабилитации
4. разделение населения на группы в зависимости от возраста

3. СТРАТЕГИЯ ВЫСОКОГО РИСКА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

1. предупреждении прогрессирования хронических неинфекционных заболеваний как за счет коррекции факторов риска, так и за счет своевременного проведения лечения и мер реабилитации
2. формировании здорового образа жизни на уровне всего населения и обеспечение для этого соответствующих условий

3. своевременном выявлении лиц с повышенным уровнем факторов риска и проведение мероприятий по их коррекции

4. разделение населения на группы в зависимости от возраста

4. КРАТКОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЗАНИМАЕТ ___ МИНУТ

1. 5
- 2. 10**
3. 30
4. 60

5. В РОССИИ ОСНОВНЫМИ ПРИЧИНАМИ СМЕРТИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. болезни системы кровообращения, внешние причины, новообразования

2. болезни системы кровообращения, инфекционные заболевания, болезни органов дыхания
3. болезни органов дыхания, внешние причины, заболевания ЖКТ
4. новообразования, заболевания ЖКТ, патология опорно-двигательного аппарата

6. ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РОССИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. курение
2. высокий индекс массы тела
3. алкоголь
- 4. высокое АД**

7. К МОДИФИЦИРУЕМЫМ (УПРАВЛЯЕМЫМ) ФАКТОРАМ РИСКА ОТНОСЯТ

- 1. вредные для здоровья факторы поведенческого характера (курение, злоупотребление алкоголем, нерациональное питание)**
2. пол
3. возраст
4. наследственность

8. ГРУППОВОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ (ШКОЛЫ ПАЦИЕНТОВ) ОРГАНИЗУЕТСЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

- 1. II – III групп здоровья**
2. I группы здоровья
3. I – II групп здоровья
4. всех трех групп здоровья

9. СТРАТЕГИЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

- 1. предупреждении прогрессирования хронических неинфекционных заболеваний как за счет коррекции факторов риска, так и за счет своевременного проведения лечения и мер реабилитации**
2. разделении населения на группы в зависимости от возраста
3. своевременном выявлении лиц с повышенным уровнем факторов риска и проведение мероприятий по их коррекции
4. формировании здорового образа жизни на уровне всего населения и обеспечение для этого соответствующих условий

10. НАЗОВИТЕ ПРИЧИНУ ВТОРИЧНОЙ ДИСЛИПИДЕМИИ:

1. гипертиреоз
- 2. сахарный диабет, тип 2**
3. гипертоническая болезнь
4. хронический пиелонефрит

11. ФАКТОРОМ, УМЕНЬШАЮЩИМ РИСК РАЗВИТИЯ ИБС, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1. повышение уровня липопротеидов высокой плотности**
2. сахарный диабет
3. артериальная гипертония
4. наследственная отягощенность

12. УРОВНЕМ ТРИГЛИЦЕРИДОВ, ЯВЛЯЮЩИМСЯ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЯВЛЯЕТСЯ _____ ММОЛЬ/Л:

- 1. 1,7**
2. 1,2
3. 1,0
4. 0,7

13. НА ТИП ГИПЕРЛИПИДЕМИИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ В ПЛАЗМЕ КРОВИ

1. ЛП (а)
2. ЛПОНП
3. ЛПНП и ЛПОНП
- 4. ЛПНП**

14. ЦЕЛЕВЫМ ЗНАЧЕНИЕМ ЛПНП ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С ИБС ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ < _____ ММОЛЬ/Л:

- 1. 1,8**
2. 2,0
3. 2,5
4. 3,0

15. К МЕРОПРИЯТИЯМ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОТНОСИТСЯ

1. своевременное начало лечения заболевания
2. раннее выявление заболевания
3. устранение причин развития заболевания
- 4. паллиативная медицинская помощь**

16. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО НЕОТЛОЖНЫМ МЕРАМ САМОПОМОЩИ И ВЗАИМОПОМОЩИ ПРОВОДИТСЯ ЛИЦАМ

1. с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний
2. злоупотребляющим алкоголем
3. злоупотребляющим сахаром
- 4. с сердечно-сосудистыми заболеваниями**

17. НОРМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА КРОВИ У БОЛЬНЫХ БЕЗ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЬШЕ _____ ММОЛЬ/Л

- 1. 5**
2. 3
3. 2
4. 1

18. ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ СВОДИТСЯ

1. к коррекции гипертонии
- 2. к контролю уровня гликемии**
3. к назначению инсулина
4. к назначению малобелковой диеты

19. К МЕТОДАМ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ НАЛИЧИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ МОЖНО ОТНЕСТИ

1. своевременную и адекватную терапию,
- 2. своевременную и адекватную терапию, своевременное проведение вакцинации от гриппа, прекращение контакта с аллергеном**
3. своевременное проведение вакцинации от гриппа
4. прекращение контакта с аллергеном

20. В ТАБЛИЦЕ SCORE ДЛЯ ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ОТСУТСТВУЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ

1. возраста
2. общего холестерина
3. систолического АД
- 4. глюкозы крови**

Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	4	8.	1	15.	3
2.	1	9.	1	16.	4
3.	3	10.	2	17.	1
4.	2	11.	1	18.	2
5.	1	12.	1	19.	2
6.	4	13.	4	20.	4
7.	1	14.	1		

Тема №10:
«Кардиалгия в
практике
врача-
терапевта»
СЛУЧАЕ

1. В

СОХРАНЯЮЩЕГОСЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА НА ФОНЕ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ПОКАЗАНО:

1. введение наркотических анальгетиков
2. проведение инфузии новокаинамида
3. проведение инфузии амиодарона
- 4. проведение электроимпульсной терапии**

2. ПРИ ПЕРИКАРДИТЕ ЭЛЕВАЦИЯ СЕГМЕНТА ST МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ:

1. зазубриной на нисходящем колене зубца R
2. депрессией ST в отведениях от противоположной стенки
- 3. депрессией сегмента RQ**
4. появлением патологического зубца Q

3. ПРИ ОТСУТСТВИИ НА ФОНЕ ПРИЕМА БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ НЕОБХОДИМОГО СНИЖЕНИЯ ЧСС У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СИНУСОВЫМ РИТМОМ К ТЕРАПИИ МОЖНО ДОБАВИТЬ:

1. дигоксин
- 2. ивабрадин**
3. верапамил
4. дилтиазем

4. ТАКТИКА УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ПРИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕЙ СТЕНОКАРДИИ:

- 1. запись ЭКГ, купирование болевого синдрома, аспирин 0,325, плавикс 100 мг и госпитализация**
2. запись ЭКГ, купирование болевого синдрома и амбулаторное лечение
3. выдача направления на плановую госпитализацию
4. амбулаторное обследование

5. ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ И ИНТЕНСИВНОСТИ ПРИСТУПОВ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. антагонисты кальция и пролонгированные нитраты
2. бета-адреноблокаторы и антагонисты кальция
- 3. ивабрадин и антагонисты кальция**
4. антагонисты кальция и дигоксин

6. ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СИМПТОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, КРОМЕ:

1. асцита
2. гепатомегалии
3. отеков
- 4. отека легких**

7. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН В ДИАГНОСТИКЕ СТЕНОКАРДИИ ПРИНЦМЕТАЛА МЕТОД:

- 1. холтеровского мониторирования ЭКГ**
2. велоэргометрии
3. чрезпищеводной стимуляции левого предсердия
4. электрокардиографии

8. ПРИ НАЛИЧИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРИЕМУ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ БОЛЬНЫМ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ НАЗНАЧЕН:

1. нифедипин
2. гидрохлоротиазид
3. эналаприл
- 4. ивабрадина гидрохлорид**

9. К ОСНОВНЫМ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ СРЕДСТВАМ ЛЕЧЕНИЯ ХСН ОТНОСЯТ

1. ингибиторы АПФ, блокаторы кальциевых каналов и нитраты
- 2. ингибиторы АПФ, сердечные гликозиды, диуретики, бета-блокаторы**
3. ингибиторы АПФ и антиаритмики
4. ингибиторы АПФ и антибиотики

10. СРЕДСТВОМ ВЫБОРА ДЛЯ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

1. ингибиторы I_f-каналов синусового узла (ивабрадин)
2. нитраты
- 3. β-адреноблокаторы**
4. дигидропиридиновые антагонисты кальция

11. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ КЛОПИДОГРЕЛА У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. сопутствующая фибрилляция предсердий
- 2. непереносимость аспирина**
3. желудочно-кишечное кровотечение в анамнезе
4. сопутствующая ХСН

12. КАКИЕ ПРИЗНАКИ ПОЗВОЛЯЮТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ ЛЕВОСТОРОННЮЮ МЕЖРЕБЕРНУЮ НЕВРАЛГИЮ?

- 1. резкая боль при надавливании в межреберных промежутках;**
2. ослабление болей на вдохе;
3. положительный эффект после приема нитроглицерина.

13. КАКОВ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ НИТРАТОВ ПРИ СТЕНОКАРДИИ?

1. увеличение диастолического объема желудочков сердца;
- 2. улучшение кровообращения в субэндокардиальных слоях миокарда;**
3. увеличение внешней работы сердца.

14. ПРИ КАКИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ ГИПОКСИЯ МИОКАРДА ОБУСЛОВЛЕНА НАРУШЕНИЕМ БИОХИМИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В МИОКАРДЕ?

1. гипонатриемия;

2. гипокалиемия;
3. гипокальциемия.

15. ПРЕДЕЛЬНОЙ РЕАКЦИЕЙ АД ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. повышение АД до 160 мм рт. ст.;
2. повышение АД до 170 мм рт. ст.;
3. повышение АД до 180 мм рт. ст.;
4. повышение АД до 200 мм рт. ст.;
5. **повышение АД до 220 мм рт. ст.**

16. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. тяжелая стенокардия 3-4 ФК
2. настойчивое желание пациента
3. **стенокардия, сохраняющаяся на фоне лечения (резистентная)**
4. признаки выраженной ишемии миокарда по результатам нагрузочного теста

17. КАКИЕ ИЗ УКАЗАННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НА ЭКГ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА?

1. **патологический зубец Q;**
2. конкордантный подъем сегмента ST;
3. низкий вольтаж зубца R в стандартных отведениях.

18. КАКОЙ ИЗ СИМПТОМОВ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРЕН ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ?

1. загрудинная боль при физической нагрузке;
2. нарушение ритма;
3. **депрессия интервала ST, зафиксированная во время приступа болей;**
4. патологический зубец Q;
5. подъем ST на высоте боли.

19. КАКОМУ ФУНКЦИОНАЛЬНОМУ КЛАССУ СООТВЕТСТВУЕТ БОЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ, ЕСЛИ У НЕГО ВОЗНИКАЮТ ПРИСТУПЫ ПРИ ПОДЪЕМЕ ПО ЛЕСТНИЦЕ НА 1 ПРОЛЕТ И ХОДЬБЕ НА РАССТОЯНИЕ 250-500 МЕТРОВ

1. I ФК
2. II ФК
3. **III ФК**
4. IV ФК

20. КАКОМУ ФУНКЦИОНАЛЬНОМУ КЛАССУ СООТВЕТСТВУЕТ БОЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ, ЕСЛИ У НЕГО ВОЗНИКАЮТ ПРИСТУПЫ ПРИ ПОДЪЕМЕ ПО ЛЕСТНИЦЕ НА 3 ЭТАЖ И ХОДЬБЕ НА РАССТОЯНИЕ 600-700 МЕТРОВ

1. I ФК
2. **II ФК**
3. III ФК
4. IV ФК

Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	4	8.	4	15.	5
2.	3	9.	2	16.	3
3.	2	10.	3	17.	1
4.	1	11.	2	18.	3
5.	3	12.	1	19.	3
6.	4	13.	2	20.	2
7.	1	14.	2		

Тема №11: «Недостаточность кровообращения в амбулаторной практике»

1. К БАЗИСНЫМ СРЕДСТВАМ У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХСН ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ:

1. ингибиторов АПФ;
2. диуретиков;
3. сердечных гликозидов;
4. бета-блокаторов;

5. антагонистов кальция.

2. УЧАСТКОВОМУ ТЕРАПЕВТУ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ИНГИБИТОРОВ АПФ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СЛЕДУЕТ СОБЛЮДАТЬ ВСЕ РЕКОМЕНДАЦИИ, КРОМЕ:

1. начинать с малых доз и постепенно увеличивать до максимальной переносимой дозы;
- 2. начинать со средних доз;**
3. избегать назначения калийсберегающих диуретиков в начале лечения;
4. контролировать артериальное давление.

3. ВРАЧ ПОЛИКЛИНИКИ ПРИ ВКЛЮЧЕНИИ БЕТА-БЛОКАТОРОВ В СХЕМУ ЛЕЧЕНИЯ ХСН ДОЛЖЕН СОБЛЮДАТЬ ВСЕ ПРАВИЛА, КРОМЕ:

1. пациенты должны находиться на терапии ингибиторами АПФ;
2. начинать лечение с очень маленьких доз;
3. повышать дозу путем титрования;
- 4. начинать с больших доз;**
5. учитывать противопоказания к назначению бета-блокаторов.

4. АМБУЛАТОРНОМУ БОЛЬНОМУ ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ПРИ ХСН ЯВЛЯЕТСЯ:

1. I ФК;
2. II ФК;
- 3. III- IV ФК, а также фибрилляция предсердий;**
4. III ФК на фоне выраженной синусовой брадикардии;
5. III-IV ФК на фоне фибрилляций предсердий (брадисистолической формы).

5. У АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО ОБОСТРЕНИЕ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ХСН ВЫЗЫВАЮТ ВСЕ ФАКТОРЫ, КРОМЕ:

1. обострения основного заболевания;
2. присоединение других заболеваний сердечно-сосудистой системы;
3. присоединения заболеваний других систем и органов;
4. прием препаратов с отрицательным инотропным действием;
- 5. приема ингибиторов АПФ.**

6. В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА У БОЛЬНОГО С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. нитросорбид;
2. клофелин;
3. адельфан;
- 4. эналоприл;**
5. изоптин.

7. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ БЕТА-БЛОКАТОРОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХСН ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. бронхиальной астмы;
- 2. ХСН IV ФК;**
3. ХОБЛ;

4. атеросклероза сосудов нижних конечностей с явлениями перемежающейся хромоты;
5. нарушения атриовентрикулярной проводимости 2-ой степени.

8. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ СЕРДЦА, ПРИВОДЯЩИМ К СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА, ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. миокардитов;
2. миокардиодистрофий;
3. кардиомиопатий;
- 4. стеноза устья аорты**
5. инфаркта миокарда.

9. АМБУЛАТОРНОМУ БОЛЬНОМУ ИНГИБИТОРЫ АПФ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ:

1. на I стадии;
2. на II стадии;
3. на III стадии;
- 4. на любой стадии;**
5. не следует назначать ни при какой стадии.

10. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. одышки;
2. положения ортопноэ;
3. сердечной астмы;
- 4. набухания шейных вен;**
5. отека легких.

11. СИСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЖ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. увеличением ригидности миокарда за счет ишемии, атеросклеротического или постинфарктного кардиосклероза, компенсаторной гипертрофии ЛЖ;
2. замедлением процесса активного диастолического расслабления миокарда в результате нарушения обратного транспорта Са в саркоплазматический ретикулум и внеклеточную среду;
3. замедлением трансмитрального диастолического потока;
- 4. уменьшение фракции выброса ЛЖ ниже 50% .**

12. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ПРИЧИНУ ХСН В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ:

1. ревматические пороки сердца;
- 2. ИБС;**
3. артериальная гипертензия;
4. кардиомиопатия;
5. миокардиты и кардиомидистрофии .

13. ПРИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЦА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ НАРУШЕНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА?

1. инфаркт миокарда;
- 2. гипертрофическая кардиомиопатия;**
3. дилатационная кардиомиопатия.

14. НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРИЗНАКОМ ЗАСТОЯ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1. перераспределение кровотока в пользу верхних долей и увеличение диаметра сосудов**
2. интерстициальный отек легких с образованием линий Керли
3. альвеолярный отек в виде затемнения, распространяющегося от корней легких

4. плевральный выпот, чаще справа

15. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ТИПОВ ЦИАНОЗА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

1. цианоз с желтушным оттенком
2. диффузный цианоз

3. акроцианоз

4. локальный цианоз нижних конечностей

16. К КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КАТЕГОРИЙ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ ПАЦИЕНТА, У КОТОРОГО ГЕМОДИНАМИКА НЕ НАРУШЕНА, ИМЕЕТ МЕСТО СКРЫТАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (по классификации ОССН), БЕССИМПТОМНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

1. I стадия ХСН

2. II стадия ХСН
3. III стадия ХСН
4. IV стадия ХСН

17. ПРИ УРОВНЕ N-КОНЦЕВОГО ПРЕДШЕСТВЕННИКА МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА _____ ВЕРОЯТНОСТЬ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВЫСОКА

1. > 125 пг/мл
2. > 400 пг/мл
3. > 600 пг/мл
4. > 800 пг/мл

18. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНЫМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА МЕНЕЕ 35% И I-III Ф.КЛ. ПОКАЗАНО

1. назначение статинов
2. имплантация электрокардиостимулятора
3. плазмаферез
4. имплантация кардиовертера-дефибриллятора

19. К ОСНОВНЫМ ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ

1. антагонистов рецепторов ангиотензина II
2. ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента
3. статинов
4. бета-адреноблокаторов

20. ПРЕПАРАТЫ КАКОЙ ГРУППЫ СНИЖАЮТ ПРЕДНАГРУЗКУ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

1. омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты
2. сердечные гликозиды
3. диуретики
4. бета-адреноблокаторы

Эталонные ответы

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	5	8.	4	15.	3
2.	2	9.	4	16.	1
3.	4	10.	4	17.	1
4.	3	11.	4	18.	4
5.	5	12.	2	19.	3
6.	4	13.	2	20.	3
7.	2	14.	1		

Тема №12: «Нарушения ритма в амбулаторной практике»

1. ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ НАГРУЗОЧНОГО ТРЕДМИЛ-ТЕСТА НА ЭКРАНЕ МОНИТОРА ЗАРЕГИСТРИРОВАНА ТАХИКАРДИЯ С ШИРОКИМИ КОМПЛЕКСАМИ, ПОЭТОМУ НЕОБХОДИМО ПРЕКРАТИТЬ ИССЛЕДОВАНИЕ:

- 1. при любом генезе изменений, которые не ясны**
- 2. из-за пароксизма желудочковой тахикардии**
3. из-за пароксизма наджелудочковой тахикардии с аберрацией внутрижелудочкового проведения
4. из-за частотозависимой блокады левой ножки пучка Гиса.

2. КАРДИОВЕРСИЮ БЕЗ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ МОЖНО ПРОВОДИТЬ ПРИ ПАРОКСИЗМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ НЕ БОЛЕЕ _____ ЧАСОВ:

1. 12
2. 24
3. 36
- 4. 48**

3. АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА 2 СТЕПЕНИ ТИПА МОБИТЦ 1 ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. постоянным интервалом PQ с периодическим выпадением QRS
2. редким правильным ритмом
3. периодическим выпадением P и QRS
- 4. постепенным удлинением PQ с периодическим выпадением QRS**

4. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ II КЛАССА (БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ) ОТНОСЯТ

1. аллапинин, пропafenон, этацинин
- 2. метопролол, бетаксоллол, бисопролол**
3. хинидин, новокаинамид, дизопирамид
4. амиодарон, соталол, дронедазон

5. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ III КЛАССА (УВЕЛИЧИВАЮТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОТЕНЦИАЛА ДЕЙСТВИЯ) ОТНОСЯТ

1. аллапинин, пропafenон, этацинин
2. метопролол, бетаксоллол, бисопролол
3. хинидин, новокаинамид, дизопирамид
- 4. амиодарон, соталол, дронедазон**

6. ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЦА РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧАТЬ

1. прокаинамид
2. бета-адреноблокаторы
3. верапамил
- 4. амиодарон**

7. ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ДИСФУНКЦИИ СИНУСОВОГО УЗЛА ЯВЛЯЕТСЯ

1. фибрилляция предсердий
- 2. выраженная синусовая брадикардия**
3. предсердная экстрасистолия
4. атриовентрикулярная блокада 1 степени

8. ИНДУКЦИЯ ГРУППОВОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКТОПИИ У ПАЦИЕНТА НА ПИКЕ НАГРУЗКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. сомнительным результатом пробы на коронарную недостаточность
2. показанием к коронароангиографии.
- 3. диагностическим критерием ишемии миокарда**

4. критерием диагноза подострого миокардита

9. ПРИ I ТИПЕ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ:

1. наблюдается постепенное, от одного комплекса к другому, замедление проводимости по АВ-узлу вплоть до полной задержки одного электрического импульса
2. выпадение отдельных желудочковых сокращений не сопровождается постепенным удлинением интервала P-Q(R)
3. характеризуется замедлением предсердно-желудочковой проводимости, что на ЭКГ проявляется постоянным удлинением интервала P-Q(R)
4. наблюдается асистолия желудочков в течение 10-20 сек

10. ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА:

1. частая экстрасистолия
2. полная блокада левой ножки пучка Гиса
3. пароксизмальная мерцательная аритмия
4. выраженная синусовая брадикардия

11. ЧРЕСПИЩЕВОДНУЮ ЭХОКГ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ВНУТРИСЕРДЕЧНОГО ТРОМБОЗА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ:

1. менее 48 часов
2. более 48 часов
3. более 24 часов
4. менее 24 часов

12. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КАРДИОВЕРСИЯ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ОБЫЧНО ЭФФЕКТИВНА, ЕСЛИ ОТ НАЧАЛА ПАРОКСИЗМА ПРОШЛО НЕ БОЛЕЕ _____ СУТОК

1. 2
2. 7
3. 14
4. 30

13. АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ ПРОВОДИМОСТЬ УДЛИНЯЕТСЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ

1. хинидина
2. этмозина
3. дигоксина
4. лидокаина

14. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ МЕМБРАНОСТАБИЛИЗИРУЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ IA КЛАССА (С УМЕРЕННОЙ БЛОКАДОЙ НАТРИЕВЫХ КАНАЛОВ) ОТНОСЯТ

1. аллапинин, пропafenон, этацизин
2. метопролол, бетаксол, бисопролол
3. хинидин, новокаиномид, дизопирамид
4. амиодарон, соталол, дронедазон

15. ПОКАЗАНИЯМИ К ИМПЛАНТАЦИИ ПОСТОЯННОГО ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА ЯВЛЯЮТСЯ

1. паузы более 3 секунд при отсутствии ятрогении
2. эпизоды АВ блокады 2 степени в ночные часы
3. признаки синдрома ранней реполяризации желудочков
4. признаки синдрома Бругада

16. ПРИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕМ ПАРОКСИЗМЕ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ, ДЛЯЩЕМСЯ 2 ЧАСА, ПРАВИЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. купирование пароксизма методом ЧПЭСС

2. назначение урежающей ритм терапии (бета-блокаторов) и наблюдение за больным при хорошей переносимости аритмии
3. отказ от дальнейших попыток купирования приступа при неэффективности в/в введения новокаинамида
- 4. активное восстановление синусового ритма в течение первых двух суток (вплоть до электроимпульсной терапии)**

17. ВАРИАНТОМ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ПРАВИЛЬНОМ РИТМЕ НА ЭКГ С ЧСС 170 УДАРОВ В МИНУТУ (КОМПЛЕКСЫ QRS НЕ ИЗМЕНЕНЫ) ЯВЛЯЕТСЯ

1. пароксизмальная желудочковая тахикардия
- 2. пароксизмальная наджелудочковая тахикардия**
3. синусовая тахикардия
4. ускоренный эктопический ритм

18. ПАЦИЕНТУ С ХСН И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ОБЯЗАТЕЛЬНО ДОЛЖНЫ БЫТЬ НАЗНАЧЕНЫ

1. клопидогрел
2. ацетилсалициловая кислота
- 3. антикоагулянты**
4. тикагрелор

19. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПОКАЗАН

1. амлодипин
2. нифедипин
3. дигоксин
- 4. кордарон**

20. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1. амиодарон**
2. новокаинамид
3. лидокаин
4. метопролол

Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	1	8.	3	15.	1
2.	4	9.	1	16.	4
3.	4	10.	4	17.	2
4.	2	11.	2	18.	3
5.	4	12.	1	19.	4
6.	4	13.	3	20.	1
7.	2	14.	3		

Тема №13: «Артериальные гипертензии в амбулаторной практике»

1. СУТОЧНЫЙ РИТМ АД ТИПА NON-DIPPER ДИАГНОСТИРУЮТ, КОГДА АД В НОЧНЫЕ ЧАСЫ:

- 1. по сравнению с дневными часами, снижается менее чем на 10%**
2. выше, чем в дневные часы
3. снижается более чем на 20% по сравнению с дневными значениями
4. на 10-20% ниже, чем в дневные часы

2. Выберите правильную комбинацию ответов:

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО «ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ» АГ ВОЗНИКАЕТ ПРИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ:

- 1. реноваскулярной**

2. при феохромоцитоме
3. при гломерулонефрите
4. при мочекаменной болезни

3. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ГРУППОЙ И ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

- | | |
|------------------------------------|--------------|
| 1. антагонисты кальциевых каналов | А) конкор |
| 2. бета-адреноблокаторы | Б) рамиприл |
| 3. агонисты альфа-адреноблокаторов | В) амлодипин |
| 4. ингибиторами иАПФ | Г) празозин |

4. МАКСИМАЛЬНО БЫСТРОЕ СНИЖЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПОКАЗАНО, ЕСЛИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ ОСЛОЖНЯЕТСЯ:

1. ишемическим инсультом
2. расслаивающей аневризмой аорты
3. острым коронарным синдромом
4. нарушением ритма сердца

5. Выберите правильную комбинацию ответов:

КАКИЕ ВТОРИЧНЫЕ АГ СВЯЗАНЫ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ЭНДОКРИННЫХ ОРГАНОВ?

1. АГ при феохромоцитоме;
2. АГ при синдроме Кушинга;
3. АГ при поликистозе почек;
4. АГ при гломерулонефрите.

6. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ГРУППОЙ И ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

- | | |
|-----------------------------------|---------------|
| 1. антагонисты кальциевых каналов | А) метопролол |
| 2. бета-адреноблокаторы | Б) лизиноприл |
| 3. тиазидные диуретики | В) амлодипин |
| 4. ингибиторами иАПФ | Г) индапамид |

7. СУТОЧНЫЙ РИТМ АД ТИПА NIGHT-RISER ДИАГНОСТИРУЕТСЯ В СЛУЧАЕ, КОГДА:

1. АД в ночные часы по сравнению с дневными часами ниже менее чем на 10%
2. ночные значения АД выше, чем дневные
3. снижение АД в ночные часы превышает 20% по сравнению с дневными значениями
4. АД в ночные часы на 10-20% ниже, чем в дневные

8. Выберите правильную комбинацию ответов:

ВЫБЕРИТЕ КРИТЕРИИ II СТАДИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ:

1. наличие нестенозирующей атероматозной бляшки в магистральной артерии
2. повышение глюкозы крови более 7 ммоль/л
3. гипертрофия левого желудочка сердца
4. транзиторные ишемические атаки

9. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ГРУППОЙ И ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

- | | |
|-----------------------------------|--------------|
| 1. антагонисты кальциевых каналов | А) небиволол |
| 2. бета-адреноблокаторы | Б) моноприл |
| 3. петлевые диуретики | В) амлодипин |
| 4. ингибиторами иАПФ | Г) торасемид |

10. К БЕССИМПТОМНОМУ ПОРАЖЕНИЮ ОРГАНА-МИШЕНИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ОТНОСИТСЯ

1. микроальбуминурия

2. стенокардия
3. сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса
4. хроническое поражение почек

11. К АССОЦИИРОВАННЫМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ИЛИ ПОЧЕЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ОТНОСЯТ

1. микроальбуминурию и соотношение альбумина к креатинину (30-300мг/г; 3,4-34мг/ммоль)
2. ранние сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе
3. ХБП с рСКФ < 30мл/мин/1.73м² или протеинурию >300 мг в сутки
4. скорость каротидно-фemorальной пульсовой волны > 10м/сек и лодыжечно-плечевой индекс < 0,9

12. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С АГ В СОЧЕТАНИИ С ИБС, ЦВБ ИЛИ ХПН ПРОВОДИТСЯ С ЧАСТОТОЙ НЕ МЕНЕЕ

1. 1 раз в месяц
2. 1 раз в квартал
3. 2 раза в год
4. 3 раза в год

13. Выберите правильную комбинацию ответов:

РАЦИОНАЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ КОМБИНАЦИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ

1. ингибиторы АПФ + дигидропиридиновые антагонисты кальция
2. ингибиторы АПФ + сартаны
3. дигидропиридиновые антагонисты кальция + сартаны
4. недигидропиридиновые антагонисты кальция + β-адреноблокаторы

14. КРАТНОСТЬ ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ОДНОМ ВИЗИТЕ К ВРАЧУ СОСТАВЛЯЕТ

1. 1
2. 2
3. 3
4. 4

15. ДИАГНОЗ «СКРЫТОЙ» АГ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УРОВНЯМИ _____ ММ РТ. СТ.

1. дневного амбулаторного АД >135/85 и «офисного АД» <140/90
2. «офисного» АД >160-170/100 мм рт. ст. и дневного амбулаторного АД >135/85
3. среднесуточного амбулаторного АД <130/80 и повышенного «офисного» АД
4. эпизодически повышенного «офисного» АД и амбулаторного АД >135/85

16. ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 150/110 мм рт. ст. И ОБНАРУЖЕНИИ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ МОЧИ ПРОТЕИНУРИИ 0,8 г/л В ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО ВКЛЮЧИТЬ

1. исследование ванилилминдальной кислоты в моче
2. велоэргометрию
3. суточную протеинурию и исследование креатинина крови
4. определение гормонов щитовидной железы

17. САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ III СТАДИИ, ХСН II А (2 Ф. КЛ.) ПОКАЗАНО

1. в местных кардиологических санаториях вне курортов
2. на климатических курортах
3. на бальнеологических курортах
4. на курортах с особыми лечебными факторами

18. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА 40 ЛЕТ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ I-Й СТЕПЕНИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧАТЬ С

1. анализа мочи по Зимницкому
2. урографии
- 3. УЗИ почек и сердца**
4. ангиографии почек

19. ВЫСОКАЯ ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1. хронической болезни почек 5 стадии

2. гипертиреоза
3. гипертонической болезни
4. атеросклероза аорты

20. ИЗМЕНЕНИЕМ В АНАЛИЗЕ МОЧИ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ II СТАДИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. лейкоцитурия
2. снижение удельного веса
3. повышение удельного веса
- 4. микроальбуминурия**

Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	1	8.	3,4	15.	1
2.	1,2	9.	1 – В, 2 – А, 3 – Г, 4 – Б	16.	3
3.	1 – а, 2 – а, 3 – г, 4 – б	10.	1, 4	17.	1
4.	2	11.	3	18.	3
5.	1,2	12.	3	19.	1
6.	1 – В, 2 – А, 3 – Г, 4 – Б	13.	1,3	20.	4
7.	2	14.	2		

Тема №14: «Острый коронарный синдром в практике врача-терапевта

1. БОЛЬНОМУ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ПРИЕМЕ В ПОЛИКЛИНИКЕ СЛЕДУЕТ

1. направить на консультацию к кардиологу
- 2. госпитализировать по «03» в БИТ**
3. направить на ЭКГ
4. направить на анализ крови

2. ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST, СОПРОВОЖДАЮЩЕМСЯ ПОВЫШЕНИЕМ МАРКЕРОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА, ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ В ТЕЧЕНИЕ ____ ЧАСОВ

- 1. 24**
2. 48
3. 72
4. 96

3. Выберите правильную комбинацию ответов:

ПРЕДПОЛОЖИТЬ НАЛИЧИЕ НА ЭКГ ПОСТИНФАРКТНОЙ АНЕВРИЗМЫ МОЖНО В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ:

- 1. «застывшего» подъёма сегмента ST**
2. глубоких отрицательных зубцов Т
- 3. комплексов типа QS с «застывшим» подъёмом сегмента ST**
4. высоких зубцов R в правых грудных отведениях

4. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ КАРДИАЛГИИ И ЕЕ ПРИЧИНОЙ:

- | | |
|--------------|--------------------------------------|
| 1. до 15 мин | А) инфаркт миокарда |
| 2. до 60 мин | Б) стабильная стенокардия напряжения |

3. постоянная с меняющейся интенсивностью при движениях туловища (наклон) В) миокардит
4. до 24 ч Г) перикардит

5. ШКАЛА GRACE ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПРИ:

1. ишемическом инсульте
2. ОКС без подъема сегмента ST
3. острой левожелудочковой недостаточности
4. хронической сердечной недостаточности

6. Выберите правильную комбинацию ответов:

ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

1. нитроглицерин
2. анаприлин
3. эналаприл
4. фуросемид

7. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФЕРМЕНТОВ ЯВЛЯЮТСЯ ОРГАНОСПЕЦИФИЧНЫМИ ДЛЯ:

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| 1. Некроза миокарда | а) КФК и ее фракция МВ |
| 2. Хронического гепатита | б) АСАТ, АЛАТ |
| | в) ЛДГ 1, 2, 3, 4, 5. |
| | г) Тропонин Т |

8. Выберите правильную комбинацию ответов:

ВЫБЕРИТЕ ПРЕПАРАТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ, ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ:

1. аспирин 75 мг
2. аспирин 325 мг
3. Нитроглицерин
4. валидол

9. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ:

- | | |
|-----------------------------------------|------------------------------------|
| 1. ПРИСТУП СТЕНОКАРДИИ | А) подъем сегмента ST |
| | Б) наличие патологического зубца Q |
| 2. ИНФАРКТ МИОКАРДА В НАЧАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ | В) высокий коронарный T |
| | Г) появление комплекса QS |
| | Д) депрессия сегмента ST |

10. ЗАГРУДИННАЯ БОЛЬ, ВОЗНИКАЮЩАЯ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И ПРОХОДЯЩАЯ ЧЕРЕЗ НЕСКОЛЬКО МИНУТ ПОСЛЕ ЕЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ

1. ангинозным статусом
2. атипичной стенокардией
3. кардиалгией
4. типичной стенокардией

11. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН В ДИАГНОСТИКЕ СТЕНОКАРДИИ ПРИНЦМЕТАЛА МЕТОД

1. холтеровского мониторинга ЭКГ
2. велоэргометрии
3. чрезпищеводной стимуляции левого предсердия
4. электрокардиографии

12. ТЯЖЕЛАЯ ТРАНСМУРАЛЬНАЯ ИШЕМИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА ЭКГ

1. появлением зубца Q
2. депрессией сегмента ST
- 3. элевацией сегмента ST**
4. инверсией зубца T

13. У БОЛЬНОЙ 46-ТИ ЛЕТ НОЧЬЮ РАЗВИВАЮТСЯ ПРИСТУПЫ ЗАГРУДИННЫХ БОЛЕЙ, ВО ВРЕМЯ КОТОРЫХ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ ПРЕХОДЯЩИЙ ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1. вариантная стенокардия**
2. острый миокардит
3. прогрессирующая стенокардия
4. острый тромбоэндокардит

14. СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ НЕ ПОЗВОЛЯЕТ СУДИТЬ О

1. количестве и характере нарушений ритма.
2. наличии приступов стенокардии в течение суток.
3. наличии болевой и безболевой ишемии миокарда.
- 4. снижении сократительной функции миокарда.**

15. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ИШЕМИИ МИОКАРДА НА ЭКГ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ ИЗМЕНЕНИЯ

- 1. сегмента ST**
2. зубца P
3. комплекса QRS
4. интервала PQ

16. КРИТЕРИЕМ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПРИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. появление отрицательных зубцов T
2. уменьшение вольтажа всех зубцов
3. подъем сегмента ST
- 4. депрессия сегмента ST более чем на 2 мм**

17. ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1. аспирин**
2. антагонистов кальция
3. сердечных гликозидов
4. лидокаина

18. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОМНИТЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД

1. велоэргометрии
2. электрокардиографии
- 3. коронарографии**
4. чрезпищеводной стимуляции левого предсердия

19. ТЯЖЕЛАЯ СУБЭНДОКАРДИАЛЬНАЯ ИШЕМИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА ЭКГ

- 1. депрессией сегмента ST**
- 2. элевацией сегмента ST**
3. появлением зубца Q
4. инверсией зубца T

20. ПРИ МЕЛКООЧАГОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НАЗНАЧАЕТСЯ ДВОЙНАЯ АНТИТРОМБОЦИТАРНАЯ ТЕРАПИЯ (АСПИРИН ПЛЮС КЛОПИДОГРЕЛЬ)

1. на год всем больным, независимо от вида лечения в остром периоде
2. после установления металлического стента – 1 месяц
3. больным, которым не проводилась перфузия коронарных артерий – 1 месяц
4. после установки стента с лекарственным покрытием – 6 месяцев

Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	2	8.	2, 3	15.	1
2.	1	9.	1 – В, Д; 2 – А, Б	16.	4
3.	1, 3	10.	4	17.	1
4.	1 - Б, 2 – А, 3 – Г, 4 – В	11.	1	18.	3
5.	2	12.	3	19.	1
6.	1, 2	13.	1	20.	1
7.	1 – А, Г; 2 – Б, В	14.	4		

Тема №15: «ТЭЛА в амбулаторной практике»

1. ПОКАЗАНИЕМ К ТРОМБОЛИЗИСУ ИЛИ ЭМБОЛЭКТОМИИ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ СЛУЖАТ:

1. признаки перегрузки правого желудочка
2. шок или артериальная гипотензия
3. положительные результаты Д-димер теста
4. положительные результаты тропонинового теста

2. БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, РАЗВИВШИЕСЯ НА ФОНЕ ВНЕЗАПНО ПОЯВИВШЕЙСЯ ОДЫШКИ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

1. тромбоэмболии легочной артерии
2. расслаивающей аневризмы аорты
3. острого перикардита
4. грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

3. ИМПЛАНТАЦИЯ КАВА-ФИЛЬТРА ДОЛЖНА БЫТЬ РАССМОТРЕНА ПРИ:

1. массивной ТЭЛА
2. тромбозе глубоких вен
3. рецидивирующей ТЭЛА на фоне приема антикоагулянтов
4. планируемом оперативном вмешательстве высокого риска

4. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВАРФАРИНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЦЕЛЕВОЕ МЕЖДУНАРОДНОЕ НОРМАЛИЗОВАННОЕ ОТНОШЕНИЕ РАВНО:

1. 1,5–2,5
2. 2,0–3,0
3. 2,5–3,5
4. 3,0–4,0

5. ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

1. дилатационной кардиомиопатии
2. гипертрофической кардиомиопатии
3. дефекта межпредсердной перегородки
4. перикардита

6. ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СИМПТОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, КРОМЕ

1. отека легких
2. гепатомегалии
3. отеков

4. асцита

7. К ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ОТНОСИТСЯ:

1. дилатация правых камер сердца и патологическая трикуспидальная регургитация
2. дилатация аорты в восходящем отделе
3. дилатация левых камер сердца, патологическая митральная регургитация
- 4. гипертрофия стенок левого желудочка**
5. дилатация левого и правого предсердий

8. ПРОДЛЕННАЯ ТРОМБОПРОФИЛАКТИКА ПОКАЗАНА ПРИ

- 1. повторном эпизоде неспровоцированной ТЭЛА**
2. острой венозной тромбозной эмболии (ВТЭ)
3. вторичной легочной гипертензии
4. известной тромбофилии

9. К ИЗМЕНЕНИЯМ ЭКГ, ТИПИЧНЫМ ДЛЯ ТЭЛА, ОТНОСЯТ

1. полную блокаду левой ножки пучка Гиса
2. глубокий зубец Q в I отведении, глубокий зубец S в III отведении
3. подъем сегмента ST и глубокий зубец Q в I отведении
- 4. глубокий зубец S в I отведении, глубокий зубец Q в III отведении**

10. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЭКГ ПРИЗНАКОМ ТЭЛА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1. симптом S₁-Q₃**
2. полная блокада левой ножки пучка Гиса
3. синусовая брадикардия
4. удлинение интервала PQ

11. ПРИЗНАКОМ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НА ЭКГ ЯВЛЯЕТСЯ

1. резкая перегрузка левого предсердия
2. острая блокада левой ножки пучка Гиса
- 3. глубокие зубцы S_I, Q_{III}**
4. резко отрицательный зубец TIII

12. ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ НЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

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

13. СООТНОШЕНИЕ ЧАСТОТЫ КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ К ВДОХАМ ПРИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ДВУМЯ СПАСАТЕЛЯМИ СОСТАВЛЯЕТ

1. 5:1
2. 15:1
3. 15:2
- 4. 30:2**

14. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ МЕСТО ФОРМИРОВАНИЯ ТРОМБОВ, СЛУЖАЩИХ ПРИЧИНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

- 1. система нижней полой вены (глубокие вены нижних конечностей и таза)**
2. система верхней полой вены
3. правое предсердие
4. левое предсердие

15. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ ЯВЛЯЮТСЯ

1. «флотирующие» тромбы глубоких вен нижних конечностей

2. тромбоз в полости левого предсердия
3. дилатация правых камер сердца
4. частые пароксизмы синусовой тахикардии

16. ОСНОВНОЙ ИСТОЧНИК ЛЕГОЧНОЙ ЭМБОЛИИ

1. правое предсердие
2. вены таза
3. вены нижних конечностей
4. правый желудочек

17. С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ НАЗНАЧАЮТСЯ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫЕ ГЕПАРИНЫ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

1. для профилактики тромбообразования
2. для уменьшения агрегации тромбоцитов
3. при отсутствии эффекта от тромболитической терапии
4. их использование нецелесообразно, метаанализ многоцентровых исследований показал преимущество нефракционированного гепарина в снижении летальности

18. ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ДАВЛЕНИЯ В МАЛОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1. верапамил
2. нитроглицерин
3. дипиридамол
4. биспролол

19. ПРИ ТРОМБЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ

1. боль в грудной клетке
2. кровохаркание
3. тахипноэ
4. гиперкриния

20. ИНФОРМАТИВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. определение D-димера
2. проведение диаскин-теста
3. определение МНО
4. определение уровня карбоксигемоглобина

Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	2	8.	1	15.	2
2.	1	9.	4	16.	3
3.	3	10.	1	17.	1
4.	2	11.	3	18.	2
5.	1	12.	4	19.	3
6.	1	13.	4	20.	1
7.	4	14.	1		

Тема №16: «Реабилитация больных после ОИМ и ОНМ»

1. ПОКАЗАНИЕМ К ТРОМБОЛИЗИСУ ИЛИ ЭМБОЛЭКТОМИИ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ СЛУЖАТ:

1. признаки перегрузки правого желудочка
2. шок или артериальная гипотензия
3. положительные результаты Д-димер теста
4. положительные результаты тропонинового теста

2. БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, РАЗВИВШИЕСЯ НА ФОНЕ ВНЕЗАПНО ПОЯВИВШЕЙСЯ ОДЫШКИ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

- 1. тромбозмболии легочной артерии**
2. расслаивающей аневризмы аорты
3. острого перикардита
4. грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

3. ИМПЛАНТАЦИЯ КАВА-ФИЛЬТРА ДОЛЖНА БЫТЬ РАССМОТРЕНА ПРИ:

1. массивной ТЭЛА
2. тромбозе глубоких вен
- 3. рецидивирующей ТЭЛА на фоне приема антикоагулянтов**
4. планируемом оперативном вмешательстве высокого риска

4. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВАРФАРИНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЦЕЛЕВОЕ МЕЖДУНАРОДНОЕ НОРМАЛИЗОВАННОЕ ОТНОШЕНИЕ РАВНО:

1. 1,5–2,5
- 2. 2,0–3,0**
3. 2,5–3,5
4. 3,0–4,0

5. ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

1. дилатационной кардиомиопатии
2. гипертрофической кардиомиопатии
3. дефекта межпредсердной перегородки
4. перикардита

6. ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СИМПТОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, КРОМЕ

1. отека легких
2. гепатомегалии
3. отеков
4. асцита

7. К ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ОТНОСИТСЯ:

1. дилатация правых камер сердца и патологическая трикуспидальная регургитация
2. дилатация аорты в восходящем отделе
3. дилатация левых камер сердца, патологическая митральная регургитация
- 4. гипертрофия стенок левого желудочка**
5. дилатация левого и правого предсердий

8. ПРОДЛЕННАЯ ТРОМБОПРОФИЛАКТИКА ПОКАЗАНА ПРИ

- 1. повторном эпизоде неспровоцированной ТЭЛА**
2. острой венозной тромбозмболии (ВТЭ)
3. вторичной легочной гипертензии
4. известной тромбофилии

9. К ИЗМЕНЕНИЯМ ЭКГ, ТИПИЧНЫМ ДЛЯ ТЭЛА, ОТНОСЯТ

1. полную блокаду левой ножки пучка Гиса
2. глубокий зубец Q в I отведении, глубокий зубец S в III отведении
3. подъем сегмента ST и глубокий зубец Q в I отведении
- 4. глубокий зубец S в I отведении, глубокий зубец Q в III отведении**

10. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЭКГ ПРИЗНАКОМ ТЭЛА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1. симптом S₁-Q₃**
2. полная блокада левой ножки пучка Гиса
3. синусовая брадикардия
4. удлинение интервала PQ

11. ПРИЗНАКОМ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НА ЭКГ ЯВЛЯЕТСЯ

1. резкая перегрузка левого предсердия
2. острая блокада левой ножки пучка Гиса
- 3. глубокие зубцы S_I, Q_{III}**
4. резко отрицательный зубец TIII

12. ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ НЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1. акроцианозом, отёками стоп и голеней, усиливающимися к вечеру
2. застоём крови в венозном русле большого круга кровообращения
3. положительным венным пульсом
- 4. набуханием шейных вен, уменьшающимся в вертикальном положении**

13. СООТНОШЕНИЕ ЧАСТОТЫ КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ К ВДОХАМ ПРИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ДВУМЯ СПАСАТЕЛЯМИ СОСТАВЛЯЕТ

1. 5:1
2. 15:1
3. 15:2
- 4. 30:2**

14. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ МЕСТО ФОРМИРОВАНИЯ ТРОМБОВ, СЛУЖАЩИХ ПРИЧИНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

- 1. система нижней поллой вены (глубокие вены нижних конечностей и таза)**
2. система верхней поллой вены
3. правое предсердие
4. левое предсердие

15. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ ЯВЛЯЮТСЯ

1. «флотирующие» тромбы глубоких вен нижних конечностей
- 2. тромбоз в полости левого предсердия**
3. дилатация правых камер сердца
4. частые пароксизмы синусовой тахикардии

16. ОСНОВНОЙ ИСТОЧНИК ЛЕГОЧНОЙ ЭМБОЛИИ

1. правое предсердие
2. вены таза
- 3. вены нижних конечностей**
4. правый желудочек

17. С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ НАЗНАЧАЮТСЯ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫЕ ГЕПАРИНЫ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

- 1. для профилактики тромбообразования**
2. для уменьшения агрегации тромбоцитов
3. при отсутствии эффекта от тромболитической терапии
4. их использование нецелесообразно, метаанализ многоцентровых исследований показал преимущество нефракционированного гепарина в снижении летальности

18. ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ДАВЛЕНИЯ В МАЛОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1. верапамил
- 2. нитроглицерин**
3. дипиридамол
4. бисопролол

19. ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ

1. боль в грудной клетке
2. кровохаркание
- 3. тахипноэ**
4. гиперкриния

20. ИНФОРМАТИВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. определение D-димера

2. проведение диаскин-теста
3. определение МНО
4. определение уровня карбоксигемоглобина

Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	4	8.	3	15.	3
2.	1	9.	1	16.	3
3.	4	10.	1 – Б, Г; 2 – А, В	17.	1
4.	1 – В, Г; 2 – А	11.	4	18.	3
5.	4	12.	2	19.	2
6.	1	13.	1	20.	2
7.	1 – Г; 2 – Б, В	14.	1		

Тема №17: «Реабилитация кардиохирургических больных»

1. ПАЦИЕНТЫ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМ КАРДИОСТИМУЛЯТОРОМ ДОЛЖНЫ ПОСТОЯННО ПРИНИМАТЬ:

1. β-адреноблокаторы
2. препараты калия
- 3. Диуретики**
4. непрямые антикоагулянты

2. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НЕПРЯМЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ:

- 1. международное нормализованное отношение**
2. протромбиновый индекс по Квику
3. уровень антитромбина III
4. активированное парциальное тромбиновое время

3. ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ СТЕНТА БЕЗ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПОКРЫТИЯ ДВОЙНАЯ АНТИТРОМБОЦИТАРНАЯ ТЕРАПИЯ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ КАК МИНИМУМ В ТЕЧЕНИЕ ___ МЕСЯЦЕВ:

1. 1
2. 3
3. 6
- 4. 12**

4. ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ БЕЗ ФАКТОРОВ РИСКА КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ ДОЛЖНА ПРОДОЛЖАТЬСЯ НЕ МЕНЕЕ _____ НЕДЕЛЬ:

1. 2
2. 3
- 3. 4**
4. 6

5. ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ СТЕНТА С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ ДВОЙНАЯ АНТИТРОМБОЦИТАРНАЯ ТЕРАПИЯ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ КАК МИНИМУМ В ТЕЧЕНИЕ ___ МЕС.:

1. 1
2. 3
- 3. 6**
4. 12

6. 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

7. ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ПРИЕМ ДВОЙНОЙ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ ДОЛЖЕН ПРОДОЛЖАТЬСЯ:

1. два года
2. не менее года
3. не более полугода
- 4. неопределенно долго**

8. ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ ОПРЕДЕЛЯЮТ

- 1. международное нормализованное отношение (МНО)**
2. время кровотечения
3. тромбиновое время
4. уровень ретикулоцитов

9. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРЯМЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ДОЗАХ НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ

1. уровень фибринолитической активности крови
2. хронометрические показатели гемостаза
3. уровень агрегации тромбоцитов
- 4. наличие геморрагических осложнений**

10. ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ДОЗ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ ГЕПАРИНОВ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ

- 1. неиммунная тромбоцитопения**
2. лекарственная тромбоцитопатия
3. гепаринассоциированный агранулоцитоз
4. вторичный тромбоз

11. ОСНОВНЫМИ ФАКТОРАМИ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМИ К ТРОМБОЗУ, ЯВЛЯЮТСЯ

1. атероматозные бляшки, гемостаз, гипокоагуляция
2. спазм сосудов, атеросклероз, высокая активность ренина плазмы
3. тромбоцитопения, rareфикация микроциркуляторного русла, эмболия
- 4. повреждение эндотелия, турбулентный ток крови, гиперкоагуляция**

12. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ УСИЛЕНИЯ ОДЫШКИ, ПОЯВЛЕНИЯ ОТЕКОВ И УВЕЛИЧЕНИЯ РАЗМЕРОВ СЕРДЦА У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ АКШ НА ФОНЕ ПРИЕМА АНТИКОАГУЛЯНТОВ ЯВИЛОСЬ РАЗВИТИЕ

1. гидроперикарда
- 2. гемоперикарда**
3. повторного инфаркта миокарда

4. инфекционного экссудативного перикардита

13. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. артериальное давление
2. центральное венозное давление
- 3. ударный и минутный объем сердца**
4. общее периферическое сопротивление

14. ПАЦИЕНТАМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИНФАРКТМ МИОКАРДА В АНАМНЕЗЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

1. агонисты имидазолиновых рецепторов
2. диуретики
3. блокаторы кальциевых каналов
- 4. β-адреноблокаторы**

15. САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ III СТАДИИ, ХСН II А (2 Ф. КЛ.) ПОКАЗАНО

- 1. в местных кардиологических санаториях вне курортов**
2. на климатических курортах
3. на бальнеологических курортах
4. на курортах с особыми лечебными факторами

16. К НЕПРЯМЫМ АНТИКОАГУЛЯНТАМ ОТНОСИТСЯ

1. аспирин
- 2. варфарин**
3. кардиомагнил
4. гепарин

17. КОНТРОЛЬ АДЕКВАТНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИКОАГУЛЯНТОВ НЕПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ

А) МНО

1. уровня фибриногена
2. протромбинового индекса
3. С-реактивного белка

18. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1. варфарин**
2. апиксабан
3. дабигатран
4. ривароксабан

19 ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРЯМЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ В ЛЕЧЕБНЫХ ДОЗАХ НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ

1. тромбиновое время
2. международное нормализованное отношение
3. протромбиновый индекс по Квику
- 4. активированное парциальное тромбиновое время**

20. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1. клиническая смерть**
2. отсутствие сознания
3. анафилаксия
4. биологическая смерть

Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	3	8.	1	15.	1
2.	1	9.	4	16.	2
3.	4	10.	1	17.	1
4.	3	11.	4	18.	1
5.	3	12.	2	19.	4
6.	1	13.	3	20.	1
7.	4	14.	4		

Тема №18: «Анемический синдром в амбулаторной практике»

1. СИДЕРОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

1. pica chlorotica

2. кожным зудом
3. прогрессированием онихомикоза
4. изменением дистальных фаланг пальцев по типу барабанных палочек

2. КОНЦЕНТРАЦИЯ ГЕМОГЛОБИНА 80 Г/Л И УВЕЛИЧЕНИЕ ЧИСЛА РЕТИКУЛОЦИТОВ МОЖЕТ ИМЕТЬ МЕСТО ПРИ:

1. апластической анемии
- 2. постгеморрагической анемии**
3. анемии при хронической почечной недостаточности
4. острой лейкемии

3. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МОГУТ БЫТЬ ОБНАРУЖЕНЫ:

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 1. гипохромия эритроцитов | А) апластическая анемия |
| 2. гиперхромия эритроцитов | Б) гемолитическая анемия |
| 3. нормохромия эритроцитов | В) железодефицитная анемия |
| 4. высокий ретикулоцитоз | Г) В 12-дефицитная анемия |

4. ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. снижение ОЖСС
2. наличие мишеневидных эритроцитов
3. микросфероцитоз
- 4. повышение ОЖСС**

5. ПРИ ОПРОСЕ БОЛЬНОГО С ВИТАМИН-В₁₂-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ МОЖНО ВЫЯВИТЬ:

1. отрыжку горьким, боль в правом подреберье
2. рвоту «кофейной гущей» и дегтеобразный стул
- 3. жжение на языке, парестезии**
4. извращение вкуса и обоняния

6. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ:

- | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 1. низкие показатели сывороточного железа сыворотки крови | А) апластическая анемия; |
| 2. гиперхромия эритроцитов | Б) гемолитическая анемия; |
| 3. нормохромия эритроцитов | В) железодефицитная анемия; |
| 4. высокий ретикулоцитоз | Г) В 12-дефицитная анемия |

7. К ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ АНЕМИИ НЕЗАВИСИМО ОТ ГЕНЕЗА ОТНОСЯТСЯ:

- 1. одышка, бледность**
2. кровоточивость, боли в костях
3. увеличение селезенки, лимфатических узлов
4. неврологические нарушения

8. ВИТАМИН-В12–ДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. нормохромией, нормоцитозом
2. гипохромией, микроцитозом
- 3. гиперхромией, макроцитозом, цитопенией**
4. наличием бластных клеток

9. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ УРОВНЕМ ГЕМОГЛОБИНА И СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ АНЕМИИ:

- | | |
|---------------------------|-----------|
| 1. легкая степень анемии | а) 47 г/л |
| 2. анемия средней тяжести | б) 64 г/л |
| 3. анемия тяжелой степени | в) 85 г/л |
| | г) 95 г/л |
| | д) 72 г/л |

10. ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ПРИМЕНЯТЬ ПЕРОРАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА ПОТОМУ, ЧТО ОНИ В ОТЛИЧИЕ ОТ ПАРЕНТАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ

1. эффективны при сохранении абсорбции железа из желудочно-кишечного тракта и быстрее развивают ответную кроветворную реакцию
- 2. редко приводят к серьезным побочным реакциям и не вызывают гемосидероз при ошибочной трактовке анемии как железодефицитной**
3. могут повышать скорость экскреции лейкоцитов с мочой при инфекции мочевыводящих путей или заболеваниях почек неинфекционного генеза
4. окрашивают кал в черный цвет (не имеет клинического значения) и затрудняют диагностику кровотечения из желудочно-кишечного тракта

11. ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО

- 1. снижение ферритина и повышение ОЖСС**
2. повышение ферритина и снижение ОЖСС
3. снижение ферритина и снижение ОЖСС
4. повышение ферритина и повышение ОЖСС

12. ДЛЯ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНА

- 1. норма**
2. лейкопения
3. тромбоцитопения
4. относительная лимфопения

13. ДОКАЗАТЕЛЬНЫМ КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1. снижение уровня сывороточного железа**
2. снижение общей железосвязывающей способности сыворотки
3. повышение содержания ферритина в сыворотке
4. анизоцитоз и анизохромия

14. ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНЫ

1. микроцитоз, мишеневидные эритроциты
2. гипохромия, микроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки
3. гипохромия, микроцитоз, сидеробласты в стернальном пунктате
- 4. гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки**

15. НА СТАДИИ ЛАТЕНТНОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА МОЖЕТ ВЫЯВЛЯТЬСЯ

1. снижение гематокрита
2. снижение уровня гемоглобина
- 3. изменение морфологии эритроцитов**

4. ретикулоцитоз

16. ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1. снижение ОЖСС
2. наличие мишеневидных эритроцитов
3. микросфероцитоз
4. **повышение ОЖСС**

**17. ЖАЛОБЫ НА СЛАБОСТЬ, ОБМОРОКИ, ИЗВРАЩЕНИЕ ВКУСА И ОБОНЯНИЯ
ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО УКАЗЫВАЮТ НА _____ АНЕМИЮ**

1. гипопластическую
2. **железодефицитную**
3. гемолитическую
4. В12 - дефицитную

**18. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ ТЕСТОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ
АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

1. расчет цветового показателя
2. **определение уровня ферритина**
3. определение количества эритроцитов
4. определение уровня гемоглобина

19. ДЛЯ ВИТАМИН-В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНЫ УМЕРЕННЫЕ

1. лейкоцитоз и тромбоцитопения
2. лейкопения и тромбоцитоз
3. **лейкопения и тромбоцитопения**
4. лейкоцитоз и тромбоцитоз

20. ВНУТРЕННИЙ ФАКТОР КАСТЛА ОБРАЗУЕТСЯ В

1. **фундальной части желудка**
2. двенадцатиперстной кишке
3. тонкой кишке
4. толстой кишке

Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	1	8.	3	15.	3
2.	2	9.	1 - г; 2 - в, д; 3 - а, б	16.	4
3.	1 - в, 2 - г, 3 - а, 4 - б	10.	2	17.	2
4.	4	11.	1	18.	2
5.	3	12.	1	19.	3
6.	1 - В, 2 - Г, 3 - А, 4 - Б	13.	1	20.	1
7.	1	14.	4		

Тема №19: «Гемабласты в амбулаторной практике»

**1. КРИТЕРИЕМ ПОЛНОЙ КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ПРИ
ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО БЛАСТОВ В СТЕРНАЛЬНОМ
ПУНКТАТЕ МЕНЕЕ:**

1. 1%
2. **5%**
3. 7%
4. 10%

2. ПРИ НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО АНЕМИИ, ТРОМБОЦИТОПЕНИИ, БЛАСТОЗА В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ О:

1. апластической анемии
- 2. остром лейкозе**
3. В12-дефицитной анемии
4. системной красной волчанке

3. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МОГУТ БЫТЬ ОБНАРУЖЕНЫ:

- | | |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 1. клетки Боткина-Гумпрехта (в крови) | А) острый миелобластный лейкоз |
| 2. мегалоциты (в крови) | Б) лимфогранулематоз |
| 3. миелобласты (в крови) | В) хронический лимфолейкоз |
| 4. клетки Березовского-Штенберга (в биоптате лимфоузла). | Г) мегалобластная анемия |

4. СУБСТРАТОМ ОПУХОЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МИЕЛОЛЕЙКОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО:

- 1. гранулоциты**
2. миелобласты
3. плазмоциты
4. эритрокариоциты

5. ТАКТИКОЙ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ ПО ДАННЫМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ОТНОСИТЕЛЬНО ХОРОШЕМ САМОЧУВСТВИИ БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ:

1. госпитализация в онкологическое отделение
2. госпитализация в терапевтическое отделение
- 3. обследование в поликлинике по месту жительства**
4. направление на консультацию гематолога

6. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ:

- | | |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 1. Хронический миелолейкоз | а) пиоидный костный мозг, гепато- и спленомегалия |
| | б) инфильтрация портальной стромы лейкозными клетками типа лимфоцитов |
| 2. Хронический лимфолейкоз | в) преимущественная инфильтрация внутريدольковой стромы лейкозными клетками |
| | г) «лейкемический провал» |
| 3. Лимфогранулематоз | д) наиболее частая причина смерти — инфекционные осложнения |

7. ПОКАЗАНИЯМИ К НАЗНАЧЕНИЮ ЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЭРИТРЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1. спленомегалия, лейкоцитоз, тромбоцитоз**
2. лейкопения, тромбоцитопения
3. плеторический синдром
4. эритромелалгия

8. В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОБЛАСТОЗОВ ИСПОЛЬЗУЮТ:

1. цитостатики и таргетные биологические препараты
2. антикоагулянты и антиагреганты
- 3. антибиотики и антикоагулянты**
4. стероидные гормоны и антибиотики

9. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ:

- | | |
|----------------------------|--------------------------------------|
| 1. Лимфогранулематоз | А) пазушное рассасывание, остеопороз |
| 2. Миеломная болезнь | Б) пиоидный костный мозг |
| 3. Хронический миелолейкоз | В) бластный криз |

- Г) «лейкемический провал»
- Д) порфириновая селезенка

10. СУТОЧНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ БОЛЕЕ 3,5 Г, НАЛИЧИЕ БЕЛКА БЕНС-ДЖОНСА, ГИПЕРПРОТЕИНЕМИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- А) макроглобулинемии Вальденстрема
- Б) нефротического синдрома
- В) миеломной болезни**
- Г) доброкачественной моноклональной гаммапатии

11. МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ СУБСТРАТ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ ПРЕДСТАВЛЕН

- 1. плазмócитами**
- 2. лимфоцитами
- 3. макрофагами
- 4. эозинофилами

12. ДЛЯ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ ХАРАКТЕРНО УВЕЛИЧЕНИЕ ОБЩЕГО УРОВНЯ БЕЛКА ЗА СЧЕТ

- 1. гамма-глобулина
- 2. парапротеина**
- 3. альбумина
- 4. альфа-глобулина

13. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ ПРИМЕНЯЮТ

- 1. леналидомид**
- 2. интерферон альфа
- 3. интерферон бета
- 4. колониестимулирующий фактор

14. УВЕЛИЧЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ, УВЕЛИЧЕНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ И ЛЕЙКОЦИТОЗ С ЛИМФОЦИТОЗОМ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1. лимфогранулематоза
- 2. хронического миелолейкоза
- 3. хронического лимфолейкоза**
- 4. острого лимфобластного лейкоза

15. ХРОНИЧЕСКИЙ МИЕЛОЛЕЙКОЗ

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

16. НАЛИЧИЕ ФИЛАДЕЛЬФИЙСКОЙ ХРОМОСОМЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1. острого миеломоноцитарного лейкоза
- 2. сублейкемического миелоза
- 3. острого эритромиелоза
- 4. хронического миелолейкоза**

17. ЛЕЙКЕМОИДНЫЕ РЕАКЦИИ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ

- 1. септических состояниях**
- 2. иммунном гемолизе
- 3. анемическом синдроме
- 4. лейкозах

18. СТЕРИЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПРОЦЕДУРОЙ ПРИ

1. болезни Виллебранда е
2. хроническом лимфолейкозе
- 3. остром лейкоз**
4. гемолитической анемии

19. БОЛЬНЫЕ В РЕМИССИИ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА ДОЛЖНЫ

- 1. иметь нормальный режим труда и отдыха**
2. исключить физические нагрузки, занятия спортом
3. избегать массовых скоплений людей
4. питаться с применением гипоаллергенных диет

20. ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ В РЕМИССИИ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА

1. требуются ограничения продолжительности рабочего дня
- 2. не требуются ограничения физической нагрузки**
3. требуются ограничения по степени умственной нагрузки
4. требуется исключить использование общественного транспорта

Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	2	8.	1	15.	2
2.	2	9.	1 - Д; 2 - А; 3 - Б, В	16.	4
3.	1 - В, 2 - Г, 3 - А 4 - Б	10.	3	17.	1
4.	1	11.	1	18.	3
5.	4	12.	2	19.	1
6.	1 - А, В, Д; 2 - Б, Д; 3 - Д	13.	1	20.	4
7.	1	14.	3		

Тема №20: «Желтуха и гепатолиенальный синдром в практике врача-терапевта»

1. 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

2. Выберите правильную комбинацию ответов:

ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН ПИЩЕВОДА:

- 1. с увеличением селезенки**
2. с уменьшением селезенки
3. с эконеоднородностью селезенки
- 4. варикозным расширением геморроидальных вен**

3. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ. ДЛЯ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНЫ:

- | | |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Надпечёночной | А) гипербилирубинемия прямая, отсутствие стеркобилиногена в кале, повышение прямого билирубина в моче; |
| 2. Подпечёночной | Б) гипербилирубинемия прямая и непрямая, пониженный стеркобилиноген, повышение трансаминаз в крови, в моче – уробилиногенурия, прямой билирубина; |
| 3. Печёночной | В) гипербилирубинемия прямая, повышение стеркобилиногена, есть уробилиноген;
Г) гипербилирубинемия непрямая, уробилиногенурия, повышение уровня стеркобилиногена, нормальная ЩФ, нормальный уровень |

трансаминаз;

4. КЛИНИЧЕСКИ ЗАПОДОЗРИТЬ ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОЗВОЛЯЮТ:

1. желтуха, слабость
- 2. нарастание желтухи, геморрагический синдром**
3. геморрагический синдром, похудание
4. нарастание слабости, желтуха

5. Выберите правильную комбинацию ответов:

КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНО- ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ?

1. снижение альбуминов
- 2. увеличение тимоловой пробы**
- 3. гипер-γ-глобулинемия**
4. снижение уровня кислой фосфатазы

6. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ СИНДРОМАМИ И ИХ ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ:

- | | |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Цитолитический синдром | а) Повышение СРБ, серомукоида, тимоловой пробы, гаммаглобулинов, снижение общего белка крови |
| 2. Мезенхимально-воспалительный синдром | б) Повышение ЩФ, ГГТП, билирубина (за счет непрямого), холестерина |
| 3. Синдром холестаза | в) Повышение АЛТ, АСТ, билирубина (за счет прямого), сывороточного железа |

7. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С СИНДРОМОМ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА ОПАСНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1. снижение содержания тромбоцитов до $50 \times 10^9/\text{л}$**
2. повышение аланинаминотрансферазы
3. эозинофилия
4. ускоренная скорость оседания эритроцитов

8. Выберите правильную комбинацию ответов:

КАКОЕ СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ХОЛАНГИТА?

- 1. желтуха**
2. анемия
- 3. лейкоцитоз**
4. асцит

9. ВЫБЕРИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ТИПОМ ЖЕЛТУХИ И ЦВЕТОМ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ:

- | | |
|------------------|-------------------------------------------------|
| 1. Надпеченочная | А) зелено-желтый с бронзовым или серым оттенком |
| 2. Печеночная | Б) лимонно-желтый |
| 3. Подпеченочная | В) красно-желтый с оранжевым оттенком |

10. ГИПЕРСПЛЕНИЗМ ДИАГНОСТИРУЮТ ПРИ СОЧЕТАНИИ СПЛЕНОМЕГАЛИИ И

1. лейкоцитоза, анемии, тромбоцитопении
2. лейкоцитоза, эритроцитоза, тромбоцитоза
- 3. лейкопении, анемии, тромбоцитопении**
4. лейкопении, анемии, тромбоцитоза

11. О НАЛИЧИИ СИНДРОМА ХОЛЕСТАЗА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1. повышение щелочной фосфатазы**
2. повышение уровней аминотрансфераз
3. повышение уровня гамма-глобулинов
4. снижение уровня липопротеидов

12. «СОСУДИСТЫЕ ЗВЁЗДОЧКИ», «ПАЛЬМАРНАЯ ЭРИТЕМА» ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ

1. острой печёночной энцефалопатии
2. **хронического гепатита**
3. синдрома холестаза
4. синдрома Жильбера

13. НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ МЕТОДОМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕЧЕНОЧНОЙ И ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ СЛУЖИТ

1. биохимическое исследование крови на содержание АЛТ и АСТ
2. эндоскопическое исследование пищевода и желудка
3. биохимическое исследование крови на содержание билирубина, щелочной фосфатазы
4. **ультразвуковое исследование органов брюшной полости**

14. ПРИЧИНОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. холедохолитиаз
2. стриктура Фатерова соска
3. рак головки поджелудочной железы
4. ничего из перечисленного
5. **все вышеназванное**

15. ДЛЯ НАДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНЫ:

1. гипербилирубинемия прямая, повышение трансаминаз, нормальный уровень щелочной фосфатазы, стеркобилиногена
2. гипербилирубинемия прямая и непрямая, пониженный стеркобилиноген (может отсутствовать), нормальные трансферазы, щелочная фосфатаза резко повышена
3. гипербилирубинемия прямая, повышение стеркобилиногена, есть уробилиноген
4. **гипербилирубинемия непрямая, уробилиногенурия, повышение уровня стеркобилиногена, нормальная ЩФ, нормальный уровень трансаминаз**
5. гипербилирубинемия прямая и непрямая, повышение ЩФ, уробилиногенурия отсутствует, стеркобилиноген может отсутствовать, повышение уровня трансаминаз

16. У БОЛЬНОГО ИМЕЕТСЯ ПОРТАЛЬНЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ СО СПЛЕНОМЕГАЛИЕЙ. В АНАЛИЗЕ КРОВИ: НВ 90 Г/Л, ЕR $2,5 \times 10^{12}$ /Л, LE $3,5 \times 10^9$ /Л, TR 74×10^9 /Л, ЛЕЙКОФОРМУЛА – БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. ЧЕМ ОБЪЯСНИТЬ ИЗМЕНЕНИЯ В КРОВИ?

1. гемолизом
2. кровопотерей из расширенных вен пищевода
3. **гиперспленизмом**
4. нарушением всасывания железа
5. синдромом холестаза

17. ЖЕНЩИНА 35 ЛЕТ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА КОЖНЫЙ ЗУД. БОЛЬНА В ТЕЧЕНИЕ 3 ЛЕТ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕНА ПЛОТНАЯ УВЕЛИЧЕННАЯ ПЕЧЕНЬ, ВЫСТУПАЮЩАЯ ИЗ-ПОД КРАЯ РЕБЕРНОЙ ДУГИ НА 10 СМ. БИЛИРУБИН 96 МКМОЛЬ/Л, ПРЯМОЙ 80 МКМОЛЬ/Л, ЩЕЛОЧНАЯ ФОСФАТАЗА 400 ЕД, АЛТ 86 ЕД. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?

1. портальный цирроз печени
2. хронический активный гепатит
3. гемолитическая желтуха
4. **билиарный цирроз печени**
5. острый вирусный гепатит

18. ГЕПАТОМЕГАЛИЯ, СПЛЕНОМЕГАЛИЯ И МЕЛЕНА ВЫЗЫВАЮТ ПОДОЗРЕНИЕ:

1. на кровоточащую язву 12-перстной кишки

2. на кровоточащие вены пищевода при циррозе печени
3. на тромбоз мезентериальной артерии
4. на неспецифический язвенный колит
5. на кровоточащие язвы желудка

19. БОЛЬНОЙ 33 ЛЕТ 5 ЛЕТ НАЗАД ПЕРЕНЕС ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ. ПРИ ОСМОТРЕ: ИКТЕРИЧНОСТЬ СКЛЕР, ПЕЧЕНЬ УВЕЛИЧЕНА НЕЗНАЧИТЕЛЬНОЙ, МЯГКАЯ, БЕЗБОЛЕЗНЕННАЯ, СЕЛЕЗЕНКА НЕ ПАЛЬПИРУЕТСЯ. В КРОВИ: ОБЩИЙ БИЛИРУБИН 36,6 МКМОЛЬ/Л, НЕПРЯМОЙ 31,5 МКМОЛЬ/Л, АСТ, АЛТ, ЩФ В НОРМЕ. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?

1. хронический активный гепатит
2. холангит
3. цирроз печени
4. постгепатитная гипербилирубинемия
5. хронический холестатический гепатит

20. ДЛЯ КАКОГО ВИДА ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНА ТОЛЬКО ПРЯМАЯ (КОНЬЮГИРОВАННАЯ) ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ:

1. гемолитической
2. печеночно-клеточной
3. при внепеченочном холестазае
4. при внутриспеченочном холестазае
5. при нарушении захвата и связывания билирубина

Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	1	8.	1, 3	15.	г
2.	1, 4	9.	1 – Б, 2 – В, 3 – А	16.	в
3.	1 – Г, 2 – А, 3 – Б	10.	в	17.	г
4.	2	11.	а	18.	б
5.	2, 3	12.	б	19.	г
6.	1 – В, 2 – А, 3 – Б	13.	г	20.	в
7.	1	14.	д		

Тема №21: «Кислотозависимая патология желудка в амбулаторной практике»

1. НАЛИЧИЕ ЭРОЗИЙ В АНТРАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЖЕЛУДКА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

1. аутоиммунного гастрита
2. острого гастрита
3. хеликобактерной инфекции
4. гранулематозного гастрита

2. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ОБЛАДАЮЩИЕ УЛЬЦЕРОГЕННЫМ ДЕЙСТВИЕМ:

1. аспирин
2. преднизолон
3. индометацин
4. панангин

3. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ:

СТАНДАРТНАЯ ТРОЙНАЯ СХЕМА ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ВКЛЮЧАЕТ:

1. ПЕРВОЙ ЛИНИИ
 - А) ингибиторы протонной помпы (омепразол)
2. ВТОРОЙ ЛИНИИ
 - Б) кларитромицин
 - В) тетрациклин
 - Г) амоксициллин
 - Д) метронидазол

Е) препараты висмута

4. ЭРАДИКАЦИЯ H. PYLORI КАК МЕРА ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НПВП-ГАСТРОПАТИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА И БЕЗОПАСНА

- А) в пределах полугода от начала терапии НПВП
- Б) до начала терапии НПВП**
- В) при появлении болей в животе или диспепсии
- Г) при эндоскопической верификации НПВП-гастропатии

5. Выберите правильную комбинацию ответов:

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПРЕПАРАТЫ ОБЛАДАЮЩИЕ ЦИТОПРОТЕКТИВНЫМИ СВОЙСТВАМИ, СТИМУЛИРУЮЩИМИ СЛИЗЕОБРАЗОВАНИЕ:

- 1. сукральфат**
- 2. денол**
- 3. смекта
- 4. метронидазол

6. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ:

- | | |
|----------------------|--------------------------------------------------------|
| 1. ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ, | А) дефект наполнения |
| 2. ОПУХОЛЬ | Б) «ниша» на контуре или на рельефе слизистой оболочки |
| | В) в виде «указующего перста» |
| | Г) акинезия определенного участка контура |

7. КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ РЕЖЕ ДРУГИХ ВЫЗЫВАЕТ ЯЗВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА:

- 1. диклофенак
- 2. индометацин
- 3. вольтарен
- 4. мелоксикам**

8. Выберите правильную комбинацию ответов:

КАКИМИ ОСНОВНЫМИ МЕТОДАМИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ГЕЛИКОБАКТЕРНАЯ ИНФЕКЦИЯ?

- 1. цитологическое исследование**
- 2. общий анализ крови
- 3. уреазный дыхательный тест**
- 4. радионуклидный

9. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ЯЗВЫ И ОСОБЕННОСТЯМИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА:

- | | |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. язва кардиального и субкардиального отделов желудка | А) поздние боли (через 2-3 часа после еды) |
| 2. язва тела желудка | Б) сразу после приема пищи |
| 3. язва пилорического канала | В) через полчаса-час после еды. |
| 4. язва луковицы двенадцатиперстной кишки | Г) «голодные» боли, возникающие натощак и проходящие после приема пищи, а также ночные боли |

10. В ЛЕЧЕНИИ НПВП-ГАСТРОПАТИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ

- 1. ингибиторы протонной помпы**
- 2. блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов
- 3. антациды
- 4. препараты висмута

11. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ НПВС-ТЕРАПИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

1. сукралфат
2. алгедрат+магния гидроксид
3. метилурацил
- 4. омепразол**

12. К ГАСТРОПРОТЕКТОРАМ ОТНОСИТСЯ

1. фамотидин
2. омепразол
- 3. ребамипид**
4. атропин

13. ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА РЕЖЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ НА ФОНЕ ПРИЕМА

- 1. целекоксиба**
2. индометацина
3. ацетилсалициловой кислоты
4. диклофенака

14. В ЛЕЧЕНИИ ПОСТПРАНДИАЛЬНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

1. желчегонные препараты
- 2. прокинетики**
3. спазмолитики
4. панкреатические ферменты

15. ОМЕПРАЗОЛ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ

1. М-холиноблокаторы
- 2. блокаторы протонного насоса**
3. блокаторы гистаминовых H₁рецепторов
4. блокаторы гистаминовых H₂рецепторов

16. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ, УКАЗЫВАЮЩИЙ НА РАКОВОЕ ПЕРЕРОЖДЕНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭЗОФАГИТЕ

- 1.) боль при глотании
2. икота
- 3. дисфагия**
4. изжога

17. НАЛИЧИЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ МЕТАПЛАЗИИ НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1. пищевода Баррета**
2. эзофагита
3. склеродермии
4. ахалазии пищевода

18. К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВЕРИФИЦИРОВАТЬ ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА, НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1. дуоденальное зондирование**
2. анализ желудочного сока
3. рентгенография желудка
4. гастроскопия

19. ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ТЕРАПИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ПРИДАЕТСЯ

1. антацидам
2. антибиотикам
3. спазмолитикам
- 4. ингибиторам протонной помпы**

20. ОМЕПРАЗОЛ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ

1. блокаторы протонного насоса
2. блокаторы гистаминовых H₁-рецепторов
3. блокаторы гистаминовых H₂-рецепторов
4. М-холиноблокаторы

Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	3	8.	1, 3	15.	2
2.	1, 2	9.	1 – Б, 2 – В, 3 – А, 4 – Г	16.	3
3.	1 – А, Б, Г; 2 – А, В, Д, Е	10.	1	17.	1
4.	2	11.	4	18.	1
5.	1, 2	12.	3	19.	4
6.	1 – В, 2 – А, 3 – Б	13.	1	20.	1
7.	4	14.	2		

Тема №22: «Неинфекционные болезни печени в амбулаторной практике(алкогольная и неалкогольная жировая болезнь печени)»

1. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХОЛЕСТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. спленомегалия
2. кожный зуд
3. асцит
4. гепатомегалия

2. ЖИРОВАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

1. сахарного диабета
2. хронической сердечной недостаточности
3. системной красной волчанки
4. саркоидоза с поражением печени

3. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. анамнестическое указание на употребление наркотиков
2. тяжелое течение гепатита
3. развитие алкогольного делирия
4. выраженная слабость

4. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ПРЕДНИЗОЛОН НАЗНАЧАЮТ В ДОЗЕ 40 МГ/СУТ:

1. перорально
2. Внутривенно
3. Внутримышечно
4. в микроклизмах

5. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ СВОЙСТВЕННЫ НЕАЛКОГОЛЬНОМУ СТЕАТОГЕПАТИТУ?

1. отсутствие маркеров вирусной инфекции
2. избыточная масса тела
3. гиперлипидемия, преимущественно за счет триглицеридов
4. отсутствие указаний на злоупотребление алкоголем
5. все вышеперечисленное
6. ничего из перечисленного

6. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫ ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА?

1. массивные центролобулярные некрозы с многочисленными тельцами Каунсильмена
2. выраженная лимфогистиоцитарная инфильтрация портальных трактов с минимальными повреждениями печеночной дольки
3. **стеатоз, тельца Мэллори, центролобулярный фиброз, инфильтрация дольки**
4. воспалительный инфильтрат с многочисленными эозинофилами и тельцами Каунсильмена
5. тромбоз печеночных вен с развитием венозного полнокровия

7. СЛЕДУЮЩИЕ СУЖДЕНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО АЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ ПЕЧЕНИ ВЕРНЫ, КРОМЕ:

1. полностью обратима в случае воздержания от алкоголя
2. **показано лечение преднизолоном**
3. сопровождается увеличением печени
4. не ухудшает субъективной переносимости алкоголя
5. как правило, не сопровождается повышением активности трансаминаз

8. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО НЕАЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:

1. болевой синдром
2. ишепсический синдром
3. астеновегетативный синдром
4. **выраженный синдром печеночно-клеточной недостаточности**
5. увеличение печени

9. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ СИНДРОМ ЦИТОЛИЗА ВЫРАЖЕН В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ?

1. наследственный сфероцитоз
2. синдром Жильбера
3. **хронический активный гепатит**
4. желчнокаменная болезнь
5. цирроз печени

10. ПОДБЕРИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ:

1. раннее развитие желтухи и позднее портальной гипертензии
2. раннее поражение ЦНС
3. **раннее развитие портальной гипертензии и позднее желтухи и печеночной недостаточности**
4. наличие антимитохондриальных антител и увеличение активности ЩФ
5. пигментация кожи и увеличение уровня железа в крови

11. ВСЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ МИКРОНОДУЛЯРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ, КРОМЕ:

1. **набухание шейных вен**
2. спленомегалия
4. телеангиоэктазии
5. гинекомастия
6. асцит

12. ПРИЗНАК, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ОТЛИЧИТЬ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ОТ ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЕЧЕНИ:

1. желтуха
2. бугристая печень
3. повышение уровня аминотрансфераз
4. **отсутствие в крови α -фетопротеина**
5. повышение уровня билирубина

13. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ ПРЯМОГО И НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА?

1. наследственный сфероцитоз
2. синдром Жильбера
3. холедохолитиаз
- 4. активный гепатит**
5. опухоль поджелудочной железы

14. ЗАСТОЮ ЖЕЛЧИ СПОСОБСТВУЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ФАКТОРЫ, КРОМЕ:

1. нарушение ритма питания
- 2. понос**
3. беременность
4. малая физическая активность
5. психоэмоциональные факторы

15. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ГЕПАТОМЕГАЛИИ?

1. рак печени
2. застойная сердечная недостаточность
- 3. острый вирусный гепатит**
4. крупноузловой цирроз печени
5. гемохроматоз

16. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ О ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:

1. увеличение уровня γ -глобулинов
2. снижение уровня липопротеидов
- 3. повышение ЩФ**
4. повышение уровня АСТ и АЛТ
5. снижение уровня кислой фосфатазы

17. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ О ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ УВЕЛИЧЕНИЕ:

1. бромсульфалеиновой пробы
2. уровня γ -глобулинов
3. уровня аминотрансфераз
- 4. уровня ЩФ**
5. уровня кислой фосфатазы

18. В ДИАГНОСТИКЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ РЕШАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. уровень альбуминов
2. уровень билирубина
3. тимоловая проба
4. уровень трансаминаз
- 5. ни один из перечисленных тестов**

19. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНУЮ СХЕМУ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АКТИВНОГО ГЕПАТИТА:

1. глюкокортикоиды и липоевая кислота
2. декарис и интерферон
3. делагил и витамины группы В
4. глютаминовая кислота и декарис
- 5. глюкокортикоиды и азатиоприн**

20. АСЦИТ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ОБРАЗУЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ:

1. вторичного гиперальдостеронизма

2. гипоальбуминемии
3. портальной гипертензии
- 4. всего перечисленного**
5. ничего из перечисленного

Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	2	8.	4	15.	3
2.	1	9.	3	16.	3
3.	2	10.	3	17.	4
4.	1	11.	1	18.	5
5.	5	12.	4	19.	5
6.	3	13.	4	20.	4
7.	б	14.	2		

Тема №23: «Реактивные артриты, остеоартроз в практике врача-терапевта»

1. КАКОЕ ИЗ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА НАИБОЛЕЕ ВСЕГО ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ К РАЗВИТИЮ ОСТЕОАРТРОЗА:

1. ожирение
2. дислипидемия
3. гипертиреоз
4. акромегалия

2. Выберите правильную комбинацию ответов:

ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТЕОАРТРОЗА ХАРАКТЕРНО:

1. остеофитоз
2. множественные эрозии суставных поверхностей
3. остеопороз
4. неравномерное сужение суставной щели

3. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ:

- | | |
|------------------------|--------------------------------------------|
| 1. РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ | А) симметричный характер |
| 2. ПОДАГРА | Б) поражение 1 плюснефалангового сустава |
| 3. РЕАКТИВНЫЙ АРТРИТ | В) утренняя скованность более 30 минут |
| | Г) в сочетании с уретритом, конъюнктивитом |

4. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТЕОАРТРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. сужение суставной щели, субхондральный остеосклероз, остеофиты, кистовидные просветления в эпифизах
2. сужение суставной щели, субхондральный остеопороз, эрозии, узур
3. кисты в эпифизах
4. сужение суставной щели и хондрокальциноз

5. Выберите правильную комбинацию ответов:

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ОСНОВНЫЕ КУРОРТНЫЕ ФАКТОРЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ:

1. грязи
2. сероводородные воды
3. терренкур
4. талассотерапия

6. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ:

- | | |
|--------------------|------------------------|
| 1. СИНДРОМ РЕЙТЕРА | А) мигрирующая эритема |
| | Б) лимфаденопатия |
| 2. БОРЕЛЛИОЗА | В) конъюнктивит |
| | Г) уретрит |
| | Д) поражение ЦНС |

7. КАКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ГЛАЗ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ БОЛЕЗНИ РЕЙТЕРА:

1. ирит и иридоциклит
2. склерит
3. конъюнктивит
4. блефарит
5. катаракта

8. Выберите правильную комбинацию ответов:

КАКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ АРТРОЗА?

1. механические боли
2. хруст в суставе
3. повышение кожной температуры над суставами
4. припухлость суставов
5. гиперпигментация кожи над пораженными суставами

9. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ:

- | | |
|------------------------|------------------------------------------|
| 1. РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ | А) поражение 1 плюснефалангового сустава |
| 2. ОСТЕОАРТРОЗ | Б) поражение тазобедренных суставов |
| 3. ПОДАГРА | В) утренняя скованность более 30 минут |
| | Г) поражение коленных суставов |

10. БОЛИ В СУСТАВАХ ПРИ НАГРУЗКЕ, ПРОХОДЯЩИЕ В ПОКОЕ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1. подагрического артрита
2. остеоартроза
3. ревматоидного артрита
4. реактивного артрита

11. ПРИ ТЯЖЕЛОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ И НЕЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОТРЕКСАТА ПРИМЕНЯЕТСЯ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫЙ БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ

1. инфликсимаб
2. циклофосфамид
3. бозентан
4. абциксимаб

12. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ

1. остеофитоз
2. эрозии суставной поверхности
3. межпозвоночные оссификаты
4. односторонний сакроилеит

13. К ПРИЗНАКАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ АРТРИТА, ОТНОСЯТ

1. гиперпигментация кожи над пораженными суставами
2. механическая боль
3. хруст в суставе
4. повышение кожной температуры над суставами и припухлость суставов

14. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ БОЛЕЗНИ РЕЙТЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

1. аортальная недостаточность
2. ИБС
3. митральный стеноз
4. кардит

15. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Д-пеницилламин
2. сульфасалазин
3. гидроксихлорохин
4. метотрексат

15. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСМОТРЕ ПАЦИЕНТА С СУСТАВНЫМ СИНДРОМОМ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ ОБНАРУЖЕНЫ УЗЛЫ ГЕБЕРДЕНА И БУШАРА. О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ:

1. системная склеродермия
2. ревматоидный артрит
3. остеоартроз суставов кистей
4. системная красная волчанка

17. ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ НИЗКОГО УРОВНЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В КРОВИ БОЛЬНЫЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ТОФУСНОЙ ПОДАГРОЙ ДОЛЖНЫ ПОЛУЧАТЬ

1. аллопуринол
2. диуретики
3. нестероидные противовоспалительные препараты
4. глюкокортикостероиды

18. ДИАГНОЗ ПОДАГРЫ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ НА ОСНОВАНИИ

1. болей механического типа в суставах
2. артрита плюснефалангового сустава
3. утренней скованности
4. повышения уровня трансаминаз в крови

19. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОТНОСЯЩИХСЯ К ГРУППЕ СЕРОНЕГАТИВНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТОВ, ВРАЧУ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ ТИПИРОВАНИЕ НА

1. Антиген HLA B27
2. Антиген HLA B7
3. Антиген HLA DR4
4. Антиген HLA B5

20. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА БОЛЕЗНЬ РЕЙТЕРА ВРАЧ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА ДОЛЖЕН ИСКЛЮЧИТЬ СЛЕДУЮЩУЮ ИНФЕКЦИЮ

1. туберкулез
2. генитальный герпес
3. стафилококковую инфекцию
4. хламидиоз

Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	1 – а, в, 2 – б, 3 – г	8.	1, 2	15.	4
2.	1, 4	9.	1 – в; 2 – б, г; 3 – а	16.	3
3.	1 – а, в; 2 – в; 3 – Г	10.	2	17.	1
4.	1	11.	1	18.	2
5.	1, 2	12.	2	19.	1
6.	1 – в, г; 2 – а, б, д	13.	4	20.	4
7.	3	14.	1		

Тема №24: «Остеопороз в амбулаторной практике»

1. ОСТЕОПОРОЗ ПРИ СИНДРОМЕ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ:

1. недостатка витамина Д
2. катаболических процессов в костной ткани
3. повышения уровня паратгормона в крови
4. снижения уровня кальцитонина

2. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОПОРОЗА ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. остеоденситометрия
2. рентгенография крупных суставов
3. рентгенография трубчатых костей
4. определение уровней кальциемии и кальциурии

3. МАРКЕРНЫМ ПЕРЕЛОМОМ ПРИ СЕНИЛЬНОМ ОСТЕОПОРОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. перелом лучевой кости
2. перелом Коллеса
3. перелом тела позвонка
4. перелом шейки бедра

4. Выберите правильную комбинацию ответов:

МАРКЕРНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПРИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ОСТЕОПОРОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. перелом шейки бедра
2. перелом Коллеса
3. перелом тела позвонка
4. перелом лучевой кости

5. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТЕОПОРОЗА РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧАТЬ:

1. антирезорбтивные препараты
2. кальций и витамин Д
3. костно анаболические препараты
4. НПВП

6. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОПОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. определение маркеров костного обмена
2. Денситометрия
3. количественная компьютерная томография
4. рентгенография костей

7. РАННИМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1. стероидный диабет
2. катаракта
3. миопатия
4. остеопороз

8. КАКИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ СОПРОВОЖДАЮТСЯ УМЕНЬШЕНИЕМ КОСТНОЙ ТКАНИ В ЕДИНИЦЕ ОБЪЕМА:

1. Деструкция;
2. Секвестрация;
3. Остеопороз;
4. Остеосклероз;

9. ДЛЯ ПЕРИОДА МЕНОПАУЗЫ ХАРАКТЕРНО

1. стойкое прекращение менструации в течение 12 месяцев
2. снижение эстрадиола и вариабельность менструальных циклов
3. повышение гонадотропных гормонов на фоне задержки менструации
4. отсутствие менструации в течение 6 месяцев

10. ПОСТМЕНОПАУЗОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРИОД

1. от 40-45 лет до наступления менопаузы
2. после наступления менопаузы
3. стойкого прекращения менструации в течение 12 месяцев
4. менопаузального перехода и последующие 12 месяцев

11.. СВОЕВРЕМЕННАЯ МЕНОПАУЗА НАСТУПАЕТ В ВОЗРАСТЕ

1. 55 лет и старше
2. 40-45 лет
3. до 40 лет
4. 46-54 лет

13.СЕНИЛЬНЫЙ ОСТЕОПОРОЗ НАСТУПАЕТ В ВОЗРАСТЕ

1. от 22 до 34 лет,
2. от 35 до 59 лет,
3. от 60 до 74 лет,
4. 75 - 89 лет

Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	2	8.	1,3	15.	
2.	1	9.	1	16.	
3.	4	10.	2	17.	
4.	2, 3	11.	4	18.	
5.	2	12.	4	19.	
6.	2	13.		20.	
7.	1	14.			

Тема №25: «Заболевания почек в амбулаторной практике»

1. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДВУСТОРОННЕЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ТОЛЩИНЫ КОРКОВОГО СЛОЯ ПОЧЕК ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

1. хронической почечной недостаточности
2. отека почек
3. гидронефроза
4. мочекаменной болезни

2. ПРОФИЛАКТИКУ ПИЕЛОНЕФРИТА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

1. рождения ребенка
2. 18 лет
3. подросткового возраста
4. 7 летнего возраста

Выберите правильную комбинацию ответов:

3. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ ВЫЯВЛЕНИЕ:

1. бактериурии
2. антител к базальной мембране клубочков
3. гематурии
4. протеинурии

4. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПИЕЛОНЕФРИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

1. синегнойная палочка
2. золотистый стафилококк
3. энтеробактерия
4. смешанная флора

5.. ПРИЧИНОЙ ОДНОСТОРОННЕГО СМОРЩИВАНИЯ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

1. амилоидоз
2. гломерулонефрит

3. пиелонефрит
4. нефроптоз

Выберите правильную комбинацию ответов:

6. КАКОЕ ПРЕДПОЛОЖЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНО ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ НЕПРАВИЛЬНЫМ?

1. одним из частых проявлений хронического пиелонефрита является нефротический синдром
2. хронический пиелонефрит не приводит к хронической почечной недостаточности
3. определяющее значение в лечении хронического пиелонефрита имеет устранение нарушений пассажа мочи
4. при урографии характерно асимметричное поражение чашечно-лоханочной системы

7. САМЫЙ ЧАСТЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ:

1. кишечная палочка
2. Клебсиелла
3. синегнойная палочка
4. хламидии

8. ДЛЯ НАРУШЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ХАРАКТЕРНА:

1. протеинурия
2. гипостенурия
3. лейкоцитурия
4. гематурия

9. ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ В ОСАДКЕ МОЧИ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ

1. гиалиновые цилиндры
2. эпителиальные цилиндры
3. восковидные цилиндры
4. жироперерожденные цилиндры

10. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

1. антикоагулянты
2. глюкокортикостероиды
3. дезагреганты
4. антибиотики

Выберите правильную комбинацию ответов:

11. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. высокая относительная плотность мочи
2. Анемия;
3. брадикардия;
4. Лейкоцитурия

12. КАКИЕ МЕРЫ НЕ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА:

1. назначение нестероидных противовоспалительных препаратов
2. отмена лекарственного препарата, вызвавшего заболевание, а также средств, близких к нему
3. пероральный прием глюкокортикоидов
4. гемодиализ

13. АНГИОГРАФИЯ СОСУДОВ ПОЧЕК ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ

1. поражения почечных сосудов
2. мочекаменной болезни
3. миеломной болезни
4. хронического пиелонефрита

14. КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ НЕ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ?

1. артериальная гипертензия;
2. лихорадочный;
3. болевой;
4. мочевого;
5. отечный.

15. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ?

1. асимметричное изменения почек;
2. расширение и деформация чашечно-лоханочных структур;
3. увеличение в объеме пораженной почки;
4. утолщение и уплотнение паренхимы;
5. все.

16. ОСНОВНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, НЕ ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ.

1. карбункул почки;
2. уросепсис;
3. бактериальный эндокардит;
4. апостоматозный пиелонефрит;
5. абсцесс почки.

17. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. высокая относительная плотность мочи;
2. брадикардия;
3. бактериурия;
4. лейкоцитурия;
5. гематурия;

18. ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ:

1. курсовое весной и осенью;
2. ежемесячное в течение недели со сменой препаратов;
3. эпизодическое;
4. может проводиться по любой описанной методике;
5. не должно проводиться.

19. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ МОЧЕВОЙ СИНДРОМ?

1. рН мочи;
2. протеинурию;
3. лейкоцитурию;
4. эритроцитурию;
5. цилиндрурию.

20. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:

1. дизурия;
2. бактериурия более 100 тыс. в мл;
3. деформация лоханок и чашечек почек;
4. снижение клубочковой фильтрации;
5. снижение канальцевой реабсорбции.

21. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ПРИМЕНЯЮТСЯ ВСЕ СРЕДСТВА, КРОМЕ:

1. антибиотики;

2. нитрофурановые;
3. кортикостероиды;
4. сульфаниламиды;
5. производные налидиксовой кислоты.

Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	2	8.	2	15.	5
2.	1	9.	1	16.	3
3.	1, 3	10.	4	17.	1,3,4
4.	3	11.	1,4	18.	2
5.	3	12.	1	19.	1
6.	1, 3	13.	1	20.	4
7.	1	14.	5	21.	3

Тема №26: «Метаболический синдром в практике врача-терапевта»

1. ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА ПАЦИЕНТА 35 ЛЕТ, НЕСПОРТИВНОГО ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ, РАВНЫЙ 34,0 КГ/М², СООТВЕТСТВУЕТ ОЖИРЕНИЮ _____ СТЕПЕНИ:

1. I
2. II
3. III
4. IV

2. БОЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ РЕКОМЕНДОВАНО ПРИНИМАТЬ ПИЩУ _____ В СУТКИ:

1. 2 раза
2. 3 раза
3. 4 раза
4. 5-6 раз

3. ДЛЯ II СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА _____ КГ/М²:

1. <18,0
2. 25,0-29,9
3. 30,0-34,9
4. 35,0-39,9

4. ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ:

1. препараты сены
2. активированный уголь
3. сибутрамин
4. гипотиазид

5. АБДОМИНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ У ЖЕНЩИН БЕЛОЙ РАСЫ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ БОЛЕЕ _____ СМ:

1. 94
2. 92
3. 90
4. 80

6. ЛИЦАМ В ВОЗРАСТЕ ОТ 25 ЛЕТ ДО 55 ЛЕТ С ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА 30 КГ/М² И ВЫШЕ ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ДИЕТОТЕРАПИИ МОЖНО НАЗНАЧИТЬ:

1. орлистат
2. метформин
3. пиоглитазон
4. манинил

7. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПОБОЧНЫМИ ЭФФЕКТАМИ ПРИМЕНЕНИЯ СИБУТРАМИНА ЯВЛЯЮТСЯ

1. запоры и сухость кожи
2. сердцебиение, потливость, сухость во рту
3. вздутие живота, диарея
4. холестаза, гипербилирубинемия

8. ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА ПАЦИЕНТКИ 28 ЛЕТ, ПРИ РОСТЕ В 154 СМ, МАССЕ ТЕЛА 67 КГ, СООТВЕТСТВУЕТ

1. ожирению I степени
2. дефициту массы тела
3. избыточной массе тела
4. истощению

9.ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА ПАЦИЕНТКИ 43 ЛЕТ, ПРИ РОСТЕ 178 СМ, МАССЕ ТЕЛА 104 КГ, СООТВЕТСТВУЕТ

1. ожирению I степени
2. ожирению II степени
3. ожирению III степени
4. избыточной массе тела

10.ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА ПАЦИЕНТА 67 ЛЕТ, ПРИ РОСТЕ 173 СМ, МАССЕ ТЕЛА 67 КГ, СООТВЕТСТВУЕТ

1. дефициту массы тела
2. нормальной массе тела
3. истощению
4. избыточной массе тела

11. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ АГ ЯВЛЯЮТСЯ

1. неселективные β -адреноблокаторы
2. α -адреноблокаторы
3. ингибиторы АПФ
4. диуретики

12.К ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ АГ ОТНОСЯТ

1. блокаторы рецепторов ангиотензина II
2. α -адреноблокаторы
3. неселективные β -адреноблокаторы
4. диуретики

13.АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ЗАПОДОЗРЕНА ПО СЛЕДУЮЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ И ПРОЯВЛЕНИЯМ:

1. кратковременные эпизоды потери сознания;
2. нарушения сердечного ритма и проводимости;
3. наличие периферических отеков;
4. боли в теменной и затылочной области;
5. нарушение ритма дыхания.

14.КАКОВ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ β -АДРЕНОБЛОКАТОРОВ?

1. уменьшение ЧСС;
2. уменьшение венозного возврата;
3. увеличение сердечного выброса;
4. снижение АД;
5. снижение воздействия эндогенных катехоламинов.

15. ВЫБЕРИТЕ ВЕЩЕСТВА, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.

1. Ангиотензин II;
2. Предсердный натрийуретический пептид;
3. Простаглицин;
4. Альдостерон.

16. ПРИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НАРУШАЕТСЯ ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ СЕРДЦА?

1. гипертрофическая кардиомиопатия;
2. артериальная гипертензия;
3. инфаркт миокарда;
4. острый коронарный синдром;
5. перикардит.

17. Какой из показателей явно не соответствует диагнозу и требует дополнительного обследования?

БОЛЬНАЯ С., 53 ЛЕТ, НАБЛЮДАЕТСЯ ВРАЧОМ ПОЛИКЛИНИКИ С ДИАГНОЗОМ "ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ 2 СТ., РИСК III. ОЖИРЕНИЕ II СТЕПЕНИ." СИСТЕМАТИЧЕСКИ ПОЛУЧАЕТ БИСОПРОЛОЛ, ЧЕРЕЗ ДЕНЬ - ТРИАМПУР. ПРИ ОЧЕРЕДНОМ ДИСПАНСЕРНОМ ОСМОТРЕ ПОЛУЧЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ:

1. креатинин - 0,15 ммоль/л (1,5 мг%);
2. холестерин - 5 ммоль/л (190 мг%);
3. билирубин - 25 мкмоль/л (1,4 мг%);
4. глюкоза - 12 ммоль/л (220 мг%);
5. общий белок - 80 г/л (8,0 г%).

18. АБДОМИНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ, АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ, БАГРОВЫЕ ПОЛОСЫ РАСТЯЖЕНИЯ (СТРИИ) НА КОЖЕ ЖИВОТА У БОЛЬНОГО 40 ЛЕТ СО ЗНАЧИТЕЛЬНО ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ АДРЕНКОРТИКОТРОПНОГО ГОРМОНА ПЛАЗМЫ МОГУТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ

1. хронической надпочечниковой недостаточности
2. болезни Иценко-Кушинга
3. алиментарного ожирения
4. сахарного диабета

19. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ У ЖЕНЩИНЫ 55 ЛЕТ С ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА 38,0 ГЛИКЕМИИ НАТОЩАК 11,5 ММОЛЬ/Л НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ БУДЕТ

1. латентный аутоиммунный диабет взрослых (LADA)
2. сахарный диабет 1 типа
3. сахарный диабет вследствие болезни экзокринной части поджелудочной железы
4. сахарный диабет 2 типа

Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	1	8.	3	15.	1,4
2.	4	9.	1	16.	1,2
3.	4	10.	2	17.	4
4.	3	11.	3	18.	2
5.	4	12.	1	19.	4
6.	1	13.	4	20.	
7.	2	14.	1,4,5		

Тема №27: «Коморбидность в амбулаторной практике»

1. СРЕДСТВОМ ВЫБОРА ДЛЯ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СЛУЖАТ:

1. бензотиазепиновые антагонисты кальция
2. Нитраты
3. ингибиторы I_f-каналов синусового узла (ивабрадин)
4. дигидропиридиновые антагонисты кальция

2. МУЖЧИНЕ С ХОБЛ И ЖАЛОБАМИ НА ЗАТРУДНЕННОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ НЕЛЬЗЯ НАЗНАЧАТЬ:

1. теofilлин
2. сальбутамол
3. фенотерол
4. атровент

3. БОЛЬНОМУ С ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ II Б ТИПА, СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА И ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ:

1. омакор
2. трайкор
3. аторвастатин
4. колестипол

4. СРЕДИ БЛОКАТОРОВ АНГИОТЕНЗИВНЫХ РЕЦЕПТОРОВ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРЕИМУЩЕСТВА В ОТНОШЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ИМЕЕТ:

1. кандесартан
2. Телмисартан
3. валсартан
4. лозартан

5. ПРИ СОЧЕТАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И ПАРОКСИЗМОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ:

1. верапамила
2. пропранолола
3. дигоксина
4. этацизина

6. ПРИ ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА С ОЖИРЕНИЕМ ПРИМЕНЯЮТ:

1. ингибиторы дипептидилпептидазы 4 типа
2. инсулин
3. метформин
4. производные сульфонилмочевины

7. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕФРОГЕННОЙ 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

8. ПРИ СОЧЕТАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ДЛЯ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРОТИВОПОКАЗАН

1. празозин
2. верапамил
3. каптоприл
4. атенолол

9. У МУЖЧИНЫ 78 ЛЕТ С АДЕНОМОЙ ПРОСТАТЫ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ АГ С НАЗНАЧЕНИЯ

1. доксазозина

2. карведилола
3. кандесартана
4. гидрохлортиазида

10. БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ ИМЕЮТ ПРЕИМУЩЕСТВО В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С

1. ИБС (стенокардией и постинфарктным кардиосклерозом)
2. нефропатией
3. перенесенным инсультом
4. подагрой

11. НАЗНАЧЕНИЕ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ АГ ПОКАЗАНО

1. при выявлении почечной недостаточности
2. всем мужчинам старше 40 лет
3. всем женщинам старше 60 лет
4. при выявлении ИБС

12. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С АГ В СОЧЕТАНИИ С ИБС, ЦВБ ИЛИ ХПН ПРОВОДИТСЯ С ЧАСТОТОЙ НЕ МЕНЕЕ

1. 2 раза в год
2. 1 раз в месяц
3. 1 раз в квартал
4. 3 раза в год

13. КАКОЙ ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕЛЬЗЯ НАЗНАЧАТЬ БОЛЬНОМУ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С АД - 190/110 ММ РТ. СТ., У КОТОРОГО ИМЕЕТСЯ ПОЛИПОЗ НОСА И ХОБЛ?

1. клофелин;
2. капотен;
3. гипотиазид;
4. амлодипин;
5. бисопролол.

14. КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ НЕ ЖЕЛАТЕЛЕН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНОГО ЭРИТРЕМИЕЙ С НАЛИЧИЕМ ГИПЕРУРИКЕМИИ?

1. гипотиазид;
2. коринфар;
3. каптоприл;
4. допегит;
5. клофелин.

Эталонные ответы

вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	1	8.	4
2.	4	9.	1
3.	3	10.	1
4.	1	11.	4
5.	2	12.	1
6.	3	13.	5
7.	1	14.	1

Тема №28: «Онкологическая настороженность на терапевтическом приеме»

1. ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ – ЭТО:

1. последствия полихимиотерапии по поводу злокачественной опухоли
2. множественные отдаленные гематогенные метастазы опухоли
3. множественные регионарные лимфогенные метастазы опухоли
4. синдром, обусловленный системным действием опухоли на макроорганизм

2. ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. диффузный семейный полипоз, лейкоплакия пищевода, множественные полипы желудка
2. ревматизм, лейкоплакия пищевода, множественные полипы желудка, бронхиальная астма
3. лейкоплакия пищевода, множественные полипы желудка, бронхиальная астма
4. ревматизм, диффузный семейный полипоз, лейкоплакия пищевода

3. ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ МЕТАСТАЗАХ В:

1. головной мозг
2. легкие
3. печень
4. кости

4. НУЖДАЕТСЯ ЛИ БОЛЬНОЙ, КОТОРОМУ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ВЫПОЛНЕНА РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА, В ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ В ГРУППЕ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА?

1. да, в течение первых 10 лет
2. да, по прошествии 10 лет после операции
3. да, в течение первых 5 лет после операции
4. нет

5. ЧАСТОТА МАЛИГНИЗАЦИИ ПОЛИПОЗА ЖЕЛУДКА СОСТАВЛЯЕТ, %:

1. 60
2. 50
3. 25
4. 1

6. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ, УКАЗЫВАЮЩИЙ НА РАКОВОЕ ПЕРЕРОЖДЕНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭЗОФАГИТЕ:

1. икота
2. боль при глотании
3. дисфагия
4. изжога

7. ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ЖЕЛУДКА, ПРИ ГЛАДКОМ ТЕЧЕНИИ И ОТСУТСТВИИ ЖАЛОБ БОЛЬНОМУ НЕОБХОДИМО ЯВИТЬСЯ НА КОНТРОЛЬНЫЙ ОСМОТР ЧЕРЕЗ:

1. 1 месяц
2. 3 месяца
3. 6 месяцев
4. 1 год

8. ТРЕТЬЕЙ СТУПЕНЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА (СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ) ЯВЛЯЮТСЯ:

1. сильные опиоиды
2. слабые опиоиды
3. неопиоидные анальгетики
4. нейролептаналгезия

9. РЕАБИЛИТАЦИЮ БОЛЬНОГО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ

1. после окончания специальной терапии
2. в процессе проведения специальной терапии
3. с момента постановки диагноза
4. спустя 2 года после окончания специального лечения

10. ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ МАЛИГНИЗАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. исследование кала на скрытую кровь
2. рентгенологический
3. ультразвуковой
4. эндоскопический с биопсией

11. НАИБОЛЕЕ РАННИМ СПЕЦИФИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ У БОЛЬНЫХ РАКОМ БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. механическая желтуха
2. боль в эпигастрии и спине
3. частая рвота
4. потеря веса

12. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПИЩЕВОДА ПРИМЕНЯЕТСЯ

1. комбинированное лечение
2. химиотерапевтическое лечение
3. лучевая терапия
4. хирургическое лечение

13. БОЛЬНОМУ С ЗАПУЩЕННЫМ СТЕНОЗИРУЮЩИМ РАКОМ ПИЛОРИЧЕСКОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ

1. лучевое
2. химиотерапевтическое
3. гастроэнтеростомия
4. симптоматическое

14. РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. хирургическое вмешательство
2. лучевая терапия
3. химиотерапия
4. иммунотерапия

15. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО РАЗВИТИЕ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ НАЛИЧИИ:

1. ворсинчатого полипа
2. запоров
3. геморроя
4. болезни Крона

16. К МЕТОДАМ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА НЕ ОТНОСИТСЯ

1. диетотерапия
2. плазмаферез
3. заместительная энзимотерапия
4. лечебная физкультура

17. ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА ИМЕЕТ ВТОРОСТЕПЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ

1. кулинарная обработка пищи
2. наличие хронической язвы желудка
3. инфицирование желудка бактериальной флорой
4. количество потребляемой клетчатки

18. МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ИСПОЛЬЗУЮЩИМСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ МАССОВЫХ ПРОФОСМОТРАХ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1.гемокульттест
- 2.анализ крови на РЭА
- 3.колоноскопия
- 4.ирригография

19.РАКОМ ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ БОЛЕЮТ

- 1.мужчины и женщины одинаково часто
- 2.женщины
- 3.мужчины
- 4.женщины после 40 лет

20. НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ ОТДАЛЕННЫМ МЕТАСТАЗОМ РАКА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1.регионарные лимфоузлы
- 2.печень
- 3.вирховская железа
- 4.дугласово пространство
- 5.легкие

Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	4	8.	1	15.	1
2.	1	9.	3	16.	2
3.	4	10.	4	17.	4
4.	2	11.	1	18.	1
5.	2	12.	4	19.	3
6.	3	13.	3	20.	3
7.	2	14.	1		

Тема №29: «Паллиативная помощь»

ДАЙТЕ ОТВЕТ ПО ТЕМЕ: «ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНО ИММОБИЛИЗИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ».

ДАЙТЕ ОТВЕТ ПО ТЕМЕ: «ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ».

ДАЙТЕ ОТВЕТ ПО ТЕМЕ: «ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТА».

ДАЙТЕ ОТВЕТ ПО ТЕМЕ: «ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ».

ПЕРЕЧИСЛИТЕ КАТЕГОРИИ ЛЮДЕЙ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ. ОПИШИТЕ ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ.

ОПИШИТЕ ОСНОВНЫЕ НАРУШЕНИЯ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ У ДЛИТЕЛЬНО ИММОБИЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ.

1. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

1. первичная медико-санитарная, скорая, специализированная, паллиативная
2. амбулаторная, стационарная, стационарная дневная, вне медицинской организации
3. экстренная, неотложная, плановая
4. по врачебным специальностям

2. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ К ВИДУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ

- 1.санаторно-курортная
- 2.первая
- 3.паллиативная
- 4.стационарная

3. ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ ТЕРАПЕВТ ОБЯЗАН

1. оказывать помощь всем нуждающимся родственникам пациента
2. обеспечить раннее выявление заболевания
3. ежедневно посещать пациента на дому без показаний
4. в последующем выполнять активные вызовы к пациенту

4. КАКОЕ СУЖДЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНО ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У МАЛОМОБИЛЬНОГО БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ ПРАВИЛЬНЫМ?

1. одним из частых проявлений хронического пиелонефрита является нефротический синдром
2. хронический пиелонефрит приводит к хронической почечной недостаточности
3. определяющее значение в лечении хронического пиелонефрита имеет устранение нарушений пассажа мочи
4. при урографии характерно асимметричное поражение чашечно-лоханочной системы

5. ВЫБОР ТАКТИКИ ПРИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ЗАВИСИТ ОТ

1. стадии опухолевого процесса
2. стадии опухолевого процесса и жизненного прогноза
3. возраста пациента
4. локализации опухоли

6. ПОЖИЛЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ _____ ЛЕТ

1. от 60 до 74
2. от 70 до 80
3. от 75 до 89
4. от 80 до 94

7. СТАРЧЕСКИМ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ _____ ЛЕТ

1. от 60 до 74
2. от 70 до 80
3. от 75 до 89
4. от 80 до 94

8. К ФАКТОРАМ РИСКА У ПОЖИЛЫХ, НЕПОСРЕДСТВЕННО ВЛИЯЮЩИМ НА СМЕРТНОСТЬ, ОТНОСИТСЯ

1. высокое систолическое АД на плечевой артерии
2. высокое диастолическое АД на плечевой артерии
3. высокое систолическое АД на голени
4. низкое систолическое АД на голени

9. ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ДОЛГОЖИТЕЛЬНОСТИ МОГУТ БЫТЬ

1. экологические
2. профессиональные
3. социальные
4. генетические

10. ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО БРОНХИТА У ДЛИТЕЛЬНО ИММОБИЛИЗИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. туберкулез
2. хронический бронхит
3. очаговая пневмония
4. рак легкого

11. ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЧАСТО СВЯЗАНА С

1. аденомой предстательной железы

2. острым циститом
3. хроническим пиелонефритом
4. острым гломерулонефритом

12. ИЗОЛИРОВАННАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПОЖИЛОГО ДЛИТЕЛЬНО ИММОБИЛИЗИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ПОКАЗАТЕЛЯХ САД ВЫШЕ _____ ММ РТ.СТ.

1. 140 и диастолическом АД менее 90
2. 140 и диастолическом АД выше 90
3. 160 и диастолическом АД выше 90
4. 200 и диастолическом АД выше 120

13. СУТОЧНАЯ ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. уменьшением вариабельности АД
2. увеличением вариабельности АД
3. снижением АД во время ночного сна
4. увеличением АД в утренние часы

14. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ДОМАШНЕЙ ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛОГО ДЛИТЕЛЬНО ИММОБИЛИЗИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. пневмококк
2. микоплазма
3. хламидия
4. легионелла

15. К РАЗВИТИЮ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ

1. перегревание
2. физическое переутомление
3. постельный режим
4. психоэмоциональный стресс

16. ВНЕЛЕГОЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛЫХ ВКЛЮЧАЮТ

1. выраженную тахикардию
2. спутанность сознания
3. незначительную желтуху
4. миалгии и оссалгии

17. ОСОБЕННОСТЬЮ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

1. уменьшение объема распределения водорастворимых ЛС
2. уменьшение всасывания лекарственных средств (ЛС) в пищеварительном тракте
3. увеличение объема распределения водорастворимых ЛС
4. уменьшение объема выделяемой мочи почками

18. ПРИЧИНОЙ СНИЖЕНИЯ ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. снижение порога болевой чувствительности
2. повышение порога болевой чувствительности
3. ослабление воспалительной реакции
- 4) усиление воспалительной реакции

19. ПРИЗНАКОМ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА У ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

1. анурия на фоне гипертермии
2. появление ночной потливости и интоксикации
3. полиурия на фоне гипертермии
4. усиление одышки и выделения мокроты

Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	1	8.	1	15.	3
2.	3	9.	4	16.	2
3.	2	10.	3	17.	2
4.	2,3,4	11.	1	18.	
5.	2	12.	1	19.	4
6.	1	13.	1	20.	
7.	3	14.	1		

Тема №30: «Особенности ведения беременных с экстрагенитальной патологией врачом-терапевтом»

1. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

1. препараты железа
2. поливитамины
3. сульфат магния
4. прогестерон

2. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ У БЕРЕМЕННЫХ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ:

1. фторхинолонов
2. антимикотиков
3. пенициллинового ряда
4. тетрациклинового ряда

3. ОСМОТР И КОНСУЛЬТАЦИЯ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДИТСЯ НЕ МЕНЕЕ ____ РАЗ:

1. 4
2. 1
3. 2
4. 3

4. ЭКГ ПРИ АНЕМИИ, ОСЛОЖНЯЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬ, ПРОВОДИТСЯ В ____ ТРИМЕСТРЕ:

1. I
2. II
3. III
4. I, II, III

5. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИНЫ НА СРОКЕ 36 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ И НАРАСТАНИЕМ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ВКЛЮЧАЕТ:

1. терапия криопреципитатом
2. плазмаферез с замещением свежесзамороженной плазмой
3. назначение винкристина
4. назначение кортикостероидов или иммуноглобулина

6. ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПОДЛЕЖАТ БЕРЕМЕННЫЕ С УРОВНЕМ ГЕМОГЛОБИНА:

1. 70 г/л и ниже
2. 90 г/л
3. 100 г/л
4. 80 г/л

7. ЗА ВРЕМЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ ВРАЧ-ТЕРАПЕВТ ПРОВОДИТ ОСМОТР

1. 1 раз
2. 2 раза
3. 3 раза
4. 4 раза

8. НИЖНИМ ПРЕДЕЛОМ УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА У БЕРЕМЕННЫХ (ПО ВОЗ) СЧИТАЕТСЯ _____ Г/Л

1. 105
2. 110
3. 115
4. 120

9. КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В _____ ММ РТ.СТ.

1. 140/90
2. 130/80
3. 120/80
4. 135/85

10. КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ ТЯЖЕЛОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В _____ ММ РТ.СТ.

1. 150/95
2. 150/100
3. 155/95
4. 160/110

11. ВЫРАЖЕННАЯ ПРОТЕИНУРИЯ В СУТОЧНОЙ ПРОБЕ (24 ЧАСА) ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ СОСТАВЛЯЕТ _____ Г/Л

1. более 5
2. до 5
3. менее 3
4. более 2

12. ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ ДЛЯ ПЛАНОВОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

1. спиронолоктон
2. метилдопа
3. нифедипин
4. клонидин

13. ЛЕЧЕНИЕ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПРОВОДИТСЯ В

1. акушерском стационаре
2. стационаре по профилю заболевания
3. перинатальном центре
4. гинекологическом отделении многопрофильной больницы

14. БЕРЕМЕННОЙ, СТРАДАЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, МОЖНО НАЗНАЧИТЬ

1. допегит
2. эналаприл
3. каптоприл
4. лозартан

15. ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОГО РЯДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕВОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ

1. левомецетин
2. тетрациклины
3. полусинтетические пенициллины
4. фторхинолоны

16. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ИЗ-ЗА ТЕРАТОГЕННОГО ЭФФЕКТА АБСОЛЮТНО ПРОТИВОПОКАЗАНЫ

1. ингибиторы АПФ
2. антагонисты Са
3. бета-адреноблокаторы
4. диуретики

17. ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННАЯ

1. осматривается терапевтом в начале и в конце беременности
2. не осматривается терапевтом ни разу
3. осматривается терапевтом каждый месяц
4. осматривается терапевтом трижды за беременность

18. ПРИ НОРМАЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ОТСУТСТВИИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННАЯ ОСМАТРИВАЕТСЯ ТЕРАПЕВТОМ

1. при постановке на учет в женскую консультацию, в 32 и 36-37 недель
2. при постановке на учет в женскую консультацию
3. непосредственно перед родоразрешением
4. не осматривается никогда

19. НАПРАВЛЕНИЕ НА СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЫДАЕТСЯ БЕРЕМЕННОЙ ПРИ НАЛИЧИИ

1. бессимптомной бактериурии
2. артериальной гипертензии
3. железодефицитной анемии легкой степени
4. артериальной гипотензии

20. ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПОДЛЕЖАТ БЕРЕМЕННЫЕ С УРОВНЕМ ГЕМОГЛОБИНА

1. 70 г/л и ниже
2. 90 г/л
3. 100 г/л
4. 80 г/л

Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	1	8.	2	15.	1
2.	3	9.	1	16.	1
3.	3	10.	4	17.	4
4.	4	11.	1	18.	1
5.	4	12.	2	19.	2
6.	1	13.	2	20.	1
7.	3	14.	1		

Тема №31: «Стационарзамещающие технологии»

1. РАЦИОНАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО ПРИ ПРИСТУПЕ ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ У БОЛЬНЫХ ЖКБ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. госпитализация в хирургическое отделение по экстренным показаниям
2. купирование болей наркотическими анальгетиками
3. госпитализация в хирургическое отделение только при наличии желтухи
4. назначение консультации хирурга

Выберите правильную комбинацию ответов:

2. РЕШИТЕ, В КАКОМ СЛУЧАЕ ПОКАЗАНО НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ В ДНЕВНОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР ПОЛИКЛИНИКИ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ:

1. Гипертоническая болезнь II стадии. Степень АГ 3. Дислипидемия. Гипертрофия левого желудочка. Риск ССО 4 (очень высокий).
2. Гипертоническая болезнь III стадии. Степень АГ 2. Гипертонический криз, осложнённый гипертонической энцефалопатией (от 15.07.201_г.).
3. ИБС. Стенокардия напряжения, стабильная, III ФК. Гипертоническая болезнь, III стадии, Достигнутая степень АГ 1. Риск 3 (высокий).
4. Феохромоцитома правого надпочечника. АГ 3 степени. Гипертрофия левого желудочка. Риск 4 (очень высокий). Гипертонический криз, неосложнённый.

Выберите правильную комбинацию ответов:

3. ТАКТИКА УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА:

1. ввести анальгетики и проводить наблюдение
2. купировать болевой синдром, дать нагрузочные дозы антиагрегантов
3. направить больного самостоятельно в кардиологический стационар на госпитализацию
4. срочная госпитализация в кардиологический стационар по скорой помощи

4. ПРИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕЙ СТЕНОКАРДИИ ТАКТИКА УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ВКЛЮЧАЕТ:

1. снятие ЭКГ, купирование болевого синдрома и амбулаторное лечение
2. снятие ЭКГ, купирование болевого синдрома, аспирин, госпитализацию
3. выдачу направления на плановую госпитализацию
4. амбулаторное обследование

5. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ:

1. обнаружение у больного АГ кардиомегалии
2. АГ, выявленная у больного в возрасте моложе 20 лет
3. АГ, возникшая у больного старше 65 лет
4. рефрактерная к комбинированной терапии АГ

Выберите правильную комбинацию ответов:

6. ПОКАЗАНИЕМ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. впервые возникшая стенокардия напряжения
2. стабильная стенокардия в сочетании с экстрасистолией
3. прогрессирующая стенокардия
4. стабильная стенокардия напряжения 2 функционального класса

7. ТАКТИКА УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ПРИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕЙ СТЕНОКАРДИИ:

1. запись ЭКГ, купирование болевого синдрома и амбулаторное лечение
2. запись ЭКГ, купирование болевого синдрома, аспирин 325 мг, плавикс 300 мг и госпитализация
3. выдача направления на плановую госпитализацию
4. амбулаторное обследование

Выберите правильную комбинацию ответов:

8. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПРОИЗВОДИТСЯ В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ:

1. при его непосредственной опасности для окружающих
2. по заявлению соседей
3. по заявлению органов правопорядка
4. при его недееспособности
5. в случае, если без психиатрической помощи будет нанесен существенный вред здоровью больного вследствие ухудшения его психического состояния

Выберите правильную комбинацию ответов:

9. РЕШИТЕ, В КАКОМ СЛУЧАЕ ПОКАЗАНО НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ В ДНЕВНОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР ПОЛИКЛИНИКИ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ:

1. ИБС. Стенокардия напряжения, стабильная, III функциональный класс. Перенесенный инфаркт миокарда (201__ г.). Фибрилляция предсердий, постоянная форма. II ПА.
2. ИБС. Стенокардия напряжения, впервые возникшая. N0.
3. ИБС. Перенесенный инфаркт миокарда (от 10.09.201__ г.). Гипертоническая болезнь, III стадии, Достигнутая степень АГ 1. Риск 3 (высокий). II ПА.
4. Хронический пиелонефрит, латентная форма, вне обострения. Вторичная АГ 3 степени. Риск 4 (очень высокий). Гипертонический криз, неосложнённый. ХЗП, II стадии

10. «НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ, ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ОБСЛЕДОВАНИЕ, КОНСУЛЬТАЦИЮ» (УЧЕТНАЯ ФОРМА N 057/У-04) ПОДПИСЫВАЕТСЯ

1. заведующим отделением
2. главным врачом
3. заместителем главного врача по лечебной работе
4. председателем врачебной комиссии

11. ОТБОР БОЛЬНЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ НА ДОМУ ПРОВОДИТСЯ ПО ПРЕДСТАВЛЕНИЮ:

1. врачей дневного стационара поликлиники
2. врачей участковых терапевтов и специалистов
3. заведующих отделениями поликлиники
4. врачебной комиссии поликлиники

12. НАЗОВИТЕ ПРЕПАРАТ, КОТОРЫЙ НЕ ОТНОСИТСЯ К ИНГИБИТОРАМ АПФ:

1. каптоприл;
2. моноприл;
3. эналаприл;
4. нифедипин;

13. У БОЛЬНОГО М., 58 ЛЕТ, НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА РАЗВИЛСЯ ОТЕК ЛЕГКИХ. АД - 220/140 ММ РТ. СТ. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В ЭТОЙ СИТУАЦИИ?

1. капотен;
2. анаприлин;
3. лазикс.
4. дигоксин.

Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	1	8.	1, 5
2.	1, 4	9.	3, 4
3.	2, 4	10.	1
4.	2	11.	2
5.	4	12.	4
6.	1, 3	13.	3
7.	2	14.	

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

1. Диспансеризация населения: виды, тактика проведения, документация (анкетирование) (тема 1)
2. Диспансеризация и профилактика у пульмонологических, кардиологических, нефрологических больных (тема 1)
3. Особенности оказания медико-санитарной помощи гражданам особых групп: подросткам (тема 2)

4. Особенности оказания медико-санитарной помощи гражданам особых групп: беременным (тема 2)
5. Порядок выдачи, оформления и продления листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах (тема 3)
6. Порядок оформления освобождения в случае заболевания учащегося или студента (тема 3)
7. Порядок выдачи листка нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения (тема 3)
8. Структура и функции ВК (тема 3)
9. Экспертиза стойкой нетрудоспособности у пульмонологических больных (тема 4)
10. Экспертиза стойкой нетрудоспособности у кардиологических, больных (тема 4)
11. Экспертиза стойкой нетрудоспособности у нефрологических больных (тема 4)
12. Тактика лечения ОРВИ в амбулаторных условиях с учетом конкретных клинических проявлений, особенности течения и лечения ОРВИ у лиц пожилого возраста (тема 5).
13. Тактика лечения ОРВИ в амбулаторных условиях с учетом конкретных клинических проявлений, особенности течения и лечения ОРВИ у детей и подростков (тема 5)
14. Алгоритм обследования в условиях поликлиники больных с бронхообструктивным синдромом для верификации диагноза и формы заболевания (тема 6)
15. Алгоритм оказания неотложной помощи пациенту с приступом БА на догоспитальном этапе (тема 6)
16. Диагностические критерии бронхиальной астмы (тема 6).
17. Внебольничные пневмонии. Стандарт и тактика ведения в поликлинике, показания к госпитализации (тема 7).
18. Диспансерное наблюдение и реабилитация больных, перенесших пневмонию (тема 7)
19. Экспертиза нетрудоспособности у больных пневмонией (тема 7).
20. Лихорадка в сочетании с болями в животе, с гепатоспленомегалией (тема 8).
21. Лихорадка в сочетании с лимфоаденопатией, с кожными проявлениями, с суставно-мышечным синдромом (артриты, арталгии, миалгии, миозиты) (тема 8).
22. Лихорадка в сочетании с анемическим синдромом, с мочевым синдромом (тема 8).
23. Лихорадка в сочетании с поражением легких и плевры (тема 8).
24. Антипиретики: характеристика, показания, противопоказания, побочные эффекты (тема 8).
25. Лечение нестабильной стенокардии на догоспитальном этапе (тема 9).
26. Антилипидемические препараты. Показания, противопоказания (тема 9).
27. Экстракорпоральные методы лечения дислипидемии (ДЛП) (тема 9)
28. Значение биомаркеров повреждения миокарда для диагностики и дифференциальной диагностики острого коронарного синдрома (тема 10).
29. Визуализирующие инструментальные методы обследования в диагностике и дифференциальной диагностики ишемии и некроза миокарда (тема 10)
30. Нагрузочные пробы в диагностике и дифференциальной диагностике стабильной ишемической болезни сердца на амбулаторном этапе (тема 10)
31. Отечный синдром как клинический маркер ХСН. Дифференциальный диагноз на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи (тема 11)
32. План обследования пациента в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных с ХСН (тема 11).
33. Диспансерное наблюдение и реабилитация больных, страдающих ХСН (тема 11).
34. Показания для санаторно-курортного лечения (тема 11)
35. Значение выявления «высоких» и «низких» блокад сердца, показания для имплантации искусственного водителя ритма (постоянного и временного) (тема 12).
36. Реанимационные мероприятия при асистолии желудочков (тема 12).
37. Диспансерное наблюдение и реабилитация больных, перенесших аритмию сердца (тема 12)
38. Показания для санаторно-курортного лечения (тема 12)
39. Экспертиза нетрудоспособности у больных с аритмией сердца (тема 12)
40. Вторичные АГ. Группы. Алгоритм диагностического поиска (тема 13).
41. АГ и коморбидные состояния. Особенности лечебных мероприятий (тема 13).
42. Вазоренальная и ренальная гипертензии: основные симптомы, позволяющие заподозрить вазоренальную гипертензию; объем обследования для установления диагноза (тема 13).

43. Симптоматические гипертензии эндокринного генеза: эндокринная патология, сопровождающаяся повышением АД; основные симптомы первичного альдостеронизма, болезни Иценко-Кушинга, феохромоцитомы; тиреотоксикоза, объем обследования для выявления этих заболеваний (тема 13).
44. Гемодинамические гипертензии и гипертензии центрального генеза основные симптомы, позволяющие заподозрить вазоренальную гипертензию; объем обследования для установления диагноза (тема 13).
45. Роль физиотерапии и лечебной физкультуры при остром коронарном синдроме (тема 14).
46. Первичная профилактика ОКС (тема 14).
47. Вторичная и третичная профилактика у лиц, перенесших ОКС (тема 14).
48. Экспертиза трудоспособности у лиц, перенесших ОКС (тема 14).
49. Реабилитация больных, перенесших ОКС (тема 14)
50. Критерии эффективности терапии ТЭЛА (тема 15).
51. Первичная профилактика ТЭЛА (тема 15).
52. Вторичная и третичная профилактика у лиц, перенесших ТЭЛА (тема 15).
53. Экспертиза трудоспособности у лиц, перенесших ТЭЛА (тема 15).
54. Диспансерное наблюдение и реабилитация больных, перенесших ТЭЛА (тема 15).
55. Трудоспособность после инфаркта миокарда, ОНМК (тема 16)
56. Критерии оценки степени восстановления и сохранения трудоспособности после инфаркта миокарда, ОНМК (тема 16)
57. Аспекты вторичной профилактики ИБС у больных, перенесших инфаркт миокарда (тема 16)
58. Антитромбоцитарная терапия у больных после ИМ и ОНМК (тема 16)
59. Стандартные программы реабилитации кардиохирургических больных (тема 17);
60. Современная тактика ведения больного кардиологического профиля, при которых возникает необходимость в кардиохирургическом вмешательстве, при оказании первичной медико-санитарной помощи в соответствии со стандартами и протоколами (тема 17);
61. Принципы диспансеризации кардиохирургических больных (пороки сердца, ИБС, аритмии) до и после кардиохирургического вмешательства (тема 17)
62. Профилактика рецидивов ЖДА.
63. Тактика ведения больных при мегалобластных анемиях (тема 18).
64. Лечение гемолитической и гипопластической анемии (тема 18)
65. Показания к госпитализации. Показания к гемотрансфузии (тема 18)
66. Миеломная болезнь. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, критерии. Этапы лечения, принципы (тема 19).
67. Полицитемия. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, критерии. Этапы лечения, принципы (тема 19).
68. Современные лекарственные средства, контроль эффективности (тема 19).
69. Показания к госпитализации. Показания к гемотрансфузии (тема 19).
70. Причины развития гепатомегалии и гепатолиенального синдрома: хронические гепатиты и циррозы печени. Критерии верификации диагноза (тема 20),
71. Особенности течения различных форм хронических воспалительных заболеваний печени. Стадии развития процесса (тема 20).
72. Диагностика заболеваний, сопровождающихся гепатомегалией и гепатолиенальным синдромом (лабораторные, инструментальные, морфологические методы исследования) (тема 20)
73. Клиническая картина хронических гепатитов, цирроза печени (тема 20)
74. Дифференцированное лечение кислотозависимых заболеваний верхних отделов ЖКТ в период обострения и ремиссии (тема 21)
75. Особенности течения различных форм хронических воспалительных заболеваний печени. Стадии развития процесса (тема 22).
76. Диагностика заболеваний, сопровождающихся гепатомегалией и гепатолиенальным синдромом (тема 22)
77. Клиническая картина хронических гепатитов, цирроза печени (тема 22)
78. Пожилые пациенты с ОА: вопросы коморбидности в выборе средств лечения (тема 23)
79. Тактика ведения больного с остеопорозом при оказании первичной медико-санитарной помощи в соответствии со стандартами и протоколами (тема 24).

80. Хронический пиелонефрит: протоколы и стандарты диагностики и лечения при оказании первичной медико-санитарной помощи, диспансерное наблюдение, реабилитация (тема 25).
81. Хроническая болезнь почек. Вопросы ранней диагностики и лечения, прогноз (тема 25).
82. Хроническая почечная недостаточность. Вопросы ранней диагностики и лечения, прогноз (тема 25)
83. Современные методы диагностики и лабораторных маркеров инсулинорезистентности (степень ожирения, ИМТ, ОТ/ОБ, и др.) (тема 26)
84. Современные методики лабораторной диагностики гормональной активности адипоцитов (лептин, резистин, адипонектин, висфатин, фактор некроза опухолей - α , ил-6 и др.) (тема 26)
85. Тактика ведения (обследование, лечение) пациентов с ожирением и СД типа 2, как составных составляющих МС. (тема 26)
86. Выбор современных патогенетических принципов лечения больных с МС (диетотерапия, физическая нагрузка, таблетированные сахароснижающие препараты, гиполипидемические и гипотензивные препараты, др.) (тема 26)
87. Тактика ведения коморбидного больного на амбулаторно-поликлиническом этапе (АГ+СД), при оказании первичной медико-санитарной помощи в соответствии со стандартами и протоколами (тема 27).
88. Тактика ведения коморбидного больного на амбулаторно-поликлиническом этапе (АГ+БА) при оказании первичной медико-санитарной помощи в соответствии со стандартами и протоколами (тема 27).
89. Тактика ведения коморбидного больного на амбулаторно-поликлиническом этапе (метаболический синдром + БА,) при оказании первичной медико-санитарной помощи в соответствии со стандартами и протоколами (тема 27).
90. Тактика ведения коморбидного больного на амбулаторно-поликлиническом этапе (ЯБ+ИБС и др.) при оказании первичной медико-санитарной помощи в соответствии со стандартами и протоколами (тема 27).
91. Диагностика опухолей органов пищеварения (желудка; пищевода; прямой и ободочной кишки; предстательной железы) (тема 28)..
92. Диагностика рака легкого (тема 28)..
93. Диагностика лимфом, лимфаденопатий и метастазов в периферические лимфатические узлы (тема 278)..
94. Деонтология в онкологии в условиях поликлиники (тема 28)..
95. Диспансеризация длительно иммобилизованных пациентов (тема 29).
96. Реабилитация ДИ пациентов (тема 29).
97. Соматическая патология, при беременности (тема 30).
98. Критические периоды беременности для обострения сердечно-сосудистых заболеваний (тема 30)..
99. Особенности ведения беременных с артериальной гипертензией в условиях поликлиники (тема 30).
100. Стационарозамещающие технологии в ведении больных терапевтического профиля. Виды. Организация на амбулаторно-поликлиническом этапе (тема 31).
101. Проблема госпитального ведения пациентов с АГ в России (тема 31).
102. История развития стационарозамещающих технологии в ведении больных терапевтического профиля (тема 31).

Темы реферативных сообщений 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 1. Организация амбулаторно-поликлинической службы **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1**

Мужчина 54 лет впервые обратился к врачу общей практики с целью диспансеризации. Он отрицает наличие каких-либо хронических заболеваний и не принимает

никаких лекарственных средств. Его отец умер в возрасте 74 лет от острого инфаркта миокарда. Его мать жива, ей в настоящее время 80 лет, получает лечение по поводу артериальной гипертензии. У него есть младшие родные брат и сестра, в отношении которых он утверждает, что они не страдают никакими хроническими заболеваниями. Пациент не курит, не употребляет алкоголь, никогда не применял наркотические средства. Он ведет малоподвижный образ жизни, работает финансовым советником, не занимается физическими упражнениями.

При объективном физикальном исследовании не отмечается отклонений от нормы по всем органам и системам. ЧСС – 80 ударов в минуту, АД – 127/82 мм.рт.ст., ЧДД 18 в минуту. Рост 170 см, масса тела 86 кг, индекс массы тела (ИМТ) 29,8 кг/м², окружность талии 98 см.

Вопросы:

1. Какие дополнительные исследования в рамках первого этапа диспансеризации следует провести данному пациенту (после опроса на выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, антропометрии и измерения АД)?
2. Какие исследования необходимо провести для выявления суммарного сердечно-сосудистого риска у данного пациента?
3. Какие исследования в рамках первого и второго этапов диспансеризации направлены на скрининг онкопатологии у данного пациента?
4. По результатам дополнительных исследований в рамках первого этапа диспансеризации у данного пациента уровень общего холестерина крови 3,4 ммоль/л, уровень глюкозы крови 4,1 ммоль/л, ЭКГ без отклонений от нормы. Оцените, каков суммарный сердечно-сосудистый риск для данного пациента (по SCORE)?
5. Какие рекомендации по изменению образа жизни Вы дадите пациенту?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Определение уровней общего холестерина в крови, глюкозы в крови, определение абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска, ЭКГ, флюорография легких, клинический анализ крови, общий анализ мочи, исследование кала на скрытую кровь, измерение внутриглазного давления.

2. Измерение АД (скрининг артериальной гипертензии) и исследование липидов (холестерина) крови (скрининг дислипидемии).

3. В рамках первого этапа диспансеризации проводятся флюорография легких и исследования кала на скрытую кровь, в рамках второго этапа – эзофагогастроуденоскопия, колоноскопия или ректороманоскопия, анализ крови на уровень содержания простатспецифического антигена (ПСА).

4. Суммарный сердечно-сосудистый риск умеренный ($\geq 1\%$ и $< 5\%$). Абсолютный сердечно-сосудистый риск по SCORE рассчитывается с учетом возраста пациента (54 года), пола (мужской), курения (нет), уровня систолического АД (127 мм рт. ст.) и уровня холестерина крови (4,1 ммоль/л), а также уровня холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) (необязательный параметр). Для данного пациента абсолютный риск составляет выше 1%, но менее 2%, поскольку все модифицируемые факторы риска находятся ниже целевых значений, но базовый риск в данном возрасте для мужчин в Российской Федерации превышает 1%.

5. Пациенту следует рекомендовать занятия физическими упражнениями и соблюдение здоровой диеты. Физические упражнения значительно снижают риск сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, ожирения и смертности в целом. Следует рекомендовать не менее 30 минут умеренной физической активности в день. Здоровая диета должна препятствовать возникновению и прогрессированию таких алиментарно-зависимых факторов риска, как избыточная масса тела (что имеется у данного пациента), дислипидемия, артериальная гипертензия.

Данному пациенту необходимо рекомендовать снижение массы тела для достижения целевого ИМТ ≤ 25 кг/м². Калорийность рациона должна не превышать 2100 ккал в сутки, при этом белками обеспечивается 10–15%, жирами – 20–30 %, а углеводами 55–70 % (не более 10 % простыми углеводами) калорийности. Потребление поваренной соли должно составлять < 6 грамм в сутки. Потребление фруктов и овощей должно быть не менее 500 г в сутки (≥ 5 порций), без учета картофеля.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Основная часть

Мужчина 39 лет проходит профилактический медицинский осмотр в рамках диспансеризации. Жалобы на периодический кашель по утрам с небольшим количеством слизистой мокроты. В анамнезе – частые ОРВИ, бронхиты, хронические заболевания отрицает. Имеется длительный стаж курения (индекс курильщика - 21 пачка/лет).

При осмотре: состояние удовлетворительное, нормостенического телосложения. ИМТ – 24 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 70 ударов в мин., АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отеков нет. В анализах: общий холестерин – 4,8 ммоль/л, глюкоза крови - 5,2 ммоль/л. ЭКГ – норма. Абсолютный сердечно-сосудистый риск (SCORE) = 1% (низкий).

Вопросы:

1. Определите группу здоровья пациента. Обоснуйте свой ответ.
2. Нуждается ли пациент в направлении на второй этап диспансеризации? Какое обследование необходимо провести? Обоснуйте свой ответ.
3. Перечислите спирометрические признаки бронхиальной обструкции. Опишите тактику врача при обнаружении нарушений функции лёгких по обструктивному типу.
4. Составьте план индивидуального профилактического консультирования.
5. Предложите пациенту способы отказа от курения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Группа здоровья I, так как у пациента низкий суммарный сердечно-сосудистый риск и нет заболеваний, требующих диспансерного наблюдения участкового терапевта.
2. Пациента необходимо направить на второй этап диспансеризации для уточнения диагноза, поскольку у пациента имеются клинические симптомы (кашель с мокротой) и факторы риска развития ХОБЛ (курение). В рамках 2 этапа диспансеризации пациенту показано проведение спирометрии.
3. Спирометрические признаки бронхиальной обструкции: снижение ОФВ₁ и ОФВ₁/ФЖЕЛ $\leq 0,7$. Больному показано обследование за рамками диспансеризации для уточнения диагноза ХОБЛ: клинический анализ крови, общий анализ мокроты с исследованием на микобактерии туберкулёза спирометрия с исследованием обратимости бронхиальной обструкции, тест с 6-минутной ходьбой, рентгенография органов грудной клетки, пульсоксиметрия. При подтверждении диагноза ХОБЛ для оценки выраженности симптомов необходимо провести тестирование по одному из опросников (mMRC, CAT, CCQ) и определить риск обострений.
4. Пациенту необходимо рекомендовать отказ от курения, так как курение – основной фактор риска развития ХОБЛ. Кроме того, необходимо проведение вакцинации против гриппа и профилактика ОРВИ, так как вирусные инфекции провоцируют обострение ХОБЛ. Методы профилактики ОРВИ – закаливание, рациональное питание, достаточный сон, соблюдение гигиены; возможно рассмотреть (убедительные доказательства эффективности отсутствуют) использование витаминотерапии, приём иммуномодуляторов (интерфероны, Циклоферон), использование противовирусных средств для постконтактной профилактики (в случае контакта с больными гриппом).
5. Никотинзамещающие препараты: никотиновая жевательная резинка, ингалятор, назальный спрей, кожный аппликатор, подъязычные таблетки или пастилки. Препараты, снижающие никотиновую зависимость: Варениклин, Бупропион. Психотерапевтические методы: рациональная психотерапия, аутотренинг, гипноз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

На терапевтическом участке с численностью взрослого населения 1700 человек на конец календарного года на диспансеризацию пришли 395 человека. 2 пациента не заполнили анкету и 2 других пациента не были осмотрены врачом-терапевтом участковым. Объём выполненных исследований в рамках 1 этапа составил 86%, в рамках 2 этапа – 100%. Всем пациентам, осмотренным врачом-терапевтом участковым, проведено краткое профилактическое консультирование. Углублённое индивидуальное консультирование проведено 62% из направленных в кабинет медицинской профилактики. Углублённое групповое (в рамках школ)

консультирование проведено 62% из направленных в кабинет медицинской профилактики. Все пациенты с впервые выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями взяты под диспансерное наблюдение врачом-терапевтом участковым или врачами специалистами.

Вопросы:

1. Рассчитайте количество человек, прошедших диспансеризацию на данном участке. Обоснуйте Ваш ответ.
2. Рассчитайте показатель «Охват диспансеризацией» на данном участке и оцените его.
3. Оцените объём выполненных исследований в рамках 1 и 2 этапов, обоснуйте Ваш ответ.
4. Оцените охват пациентов углублённым профилактическим консультированием в рамках 2 этапа, обоснуйте Ваш ответ.
5. Рассчитайте показатель «Охват пациентов с впервые выявленными заболеваниями диспансерным наблюдением» и оцените его.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

1. Диспансеризацию прошли 391 пациент (2 пациентов, которые не заполнили анкету и 2 других, которые не явились на осмотр врачом-терапевтом участковым, не включают в число, прошедших диспансеризацию, так как заполнение анкеты и осмотр врачом-терапевтом участковым являются обязательными для каждого пациента).

2. Показатель «Охват диспансеризацией» на терапевтическом участке рассчитывается как отношение количества пациентов, прошедших в данном календарном году диспансеризацию, к количеству взрослого населения, проживающего на этом участке. Диспансеризацию прошли 391 пациент. Охват диспансеризацией на данном участке составил 23%, что свидетельствует о достаточном охвате (плановое значение – не менее 23%).

3. Диспансеризацию следует считать завершённой, так как объём выполненных исследований в рамках 1 этапа составил 86% (плановое значение – не менее 85%), в рамках 2 – 100% (плановое значение 100%).

4. Пациенты с высоким или очень высоким сердечно-сосудистым риском должны быть направлены в кабинет медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углублённого индивидуального или группового профилактического консультирования. По итогам диспансеризации охват пациентов углублённым профилактическим консультированием составил 62%, то есть охват достаточный (плановое значение – не менее 60%).

5. Все пациенты с впервые выявленными заболеваниями, включёнными в список заболеваний, при которых устанавливается диспансерное наблюдение, должны быть взяты под диспансерное наблюдение. Показатель «Охват пациентов с впервые выявленными заболеваниями диспансерным наблюдением» рассчитывается как отношение числа пациентов, взятых под диспансерное наблюдение, к числу пациентов, нуждающихся в диспансерном наблюдении (в процентах). В данном случае все пациенты с впервые выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями взяты под диспансерное наблюдение, то есть показатель «Охват пациентов с впервые выявленными заболеваниями диспансерным наблюдением» составил 100%. Это хороший показатель, так как целевой уровень этого показателя должен быть близок к 100%.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

На приём к врачу-терапевту участковому обратился пациент А. 60 лет с просьбой оформить справку для получения путёвки. Со слов пациента, в последний раз обращался в медицинскую организацию два года назад для оформления медицинской справки на право владения оружием. Жалобы на боли в поясничной области, без чёткой связи с физической нагрузкой, незначительные дизурические расстройства, кашель с отхождением небольшого количества мокроты по утрам. Анамнез заболевания: наличие хронических заболеваний в анамнезе отрицает. В медицинские организации обращается редко. Аллергологический анамнез не отягощён. Наследственный анамнез отягощён по онкологическим заболеваниям (ВЛ желудка у родного брата). Курит по 5 сигарет в день в течение 30 лет. Объективно при осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. В зеве спокойно. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. Тоны сердца слегка приглушены, акцент второго тона над аортой. АД - 150/80 мм рт. ст. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастральной области. Печень по краю рёберной дуги. Стул - склонность к запорам. Диурез - периодически дизурические расстройства.

Вопросы:

1. Определите объём обследования пациента.
2. Определите группу здоровья.
3. Составьте план диспансерного наблюдения.
4. Назовите возможные противопоказания для санаторно-курортного лечения.
5. Определите объём обследования для оформления санаторно-курортной карты.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

1. В данном случае необходимо направить пациента на прохождение первого этапа диспансеризации. Объём обследования включает:

- опрос (анкетирование);
- антропометрию;
- измерение артериального давления;
- определение абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска;
- электрокардиографию в покое;
- флюорографию лёгких;
- клинический анализ крови;
- анализ крови биохимический общетерапевтический (в объёме не менее определения уровня креатинина, общего билирубина, аспартат-аминотрансаминазы, аланин-аминотрансаминазы, глюкозы, холестерина);
- общий анализ мочи;
- исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом;
- ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) органов брюшной полости и предстательной железы;
- измерение внутриглазного давления (для граждан в возрасте 39 лет и старше);
- приём (осмотр) врача-терапевта.

Учитывая анамнез, у пациента есть показания для направления на второй этап диспансеризации:

- фиброгастродуоденоскопия;
- консультация врача-уролога;
- спирометрия;
- исследование уровня простатспецифического антигена.

2. Ша группа состояния здоровья - граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании.

3. Пациент подлежит включению в регистр с факторами риска: повышенный уровень артериального давления, курение табака, отягощённая наследственность по злокачественным новообразованиям. При уточнении диагноза должен быть взят под диспансерное наблюдение по поводу артериальной гипертонии. Артериальная гипертония 1 степени, без поражения органов-мишеней и ассоциированных состояний - диспансерный осмотр не реже 1 раза в году, возможно наблюдение в отделении профилактики. Д-наблюдение включает в себя:

- анализ данных самоконтроля АД;
- общий осмотр;
- исследование крови на сахар, холестерин;
- оценка суммарного сердечно-сосудистого риска, липидограмма, уровень калия и натрия, креатинина в крови (при постановке на учёт, затем не реже 1 раза в два года);
- анализ мочи на микроальбуминурию (при постановке на учёт, затем не реже 1 раза в два года);
- ЭКГ, ЭхоКГ;
- дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий.

4. Согласно приказу Минздрава России от 5 мая 2016 г. №281н в общий перечень противопоказаний включены: новообразования неуточнённого характера, злокачественные новообразования, требующие противоопухолевого лечения, в том числе проведения химиотерапии. Поэтому необходимо исключение онкопатологии (со стороны ЖКТ, предстательной железы).

5. Обязательными обследованиями в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 14 декабря 2009 г. № 984н являются: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, флюорография.

Тема №2: Особенности ведения больных на амбулаторно-поликлиническом этапе

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

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 СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

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, подтверждённых гистологическим исследованием биоптата слизистой. Связь с хеликобактерной инфекцией доказана положительным быстрым уреазным тестом. 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, Рабепразол 20 мг 2 раза в день) вместе с Амоксициллином 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 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Больной М. 72 лет, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головные боли, головокружение, шум в ушах, повышение АД до 210/120 мм рт. ст.

Анамнез заболевания: высокие цифры АД появились 2 года назад, принимал Метопролол, Гипотиазид, однако добиться существенного снижения АД не удалось. В течение полугода отмечает усталость при ходьбе, боли в ногах, которые заставляют останавливаться (при прохождении менее 200 метров). Госпитализирован для уточнения причины и подбора лекарственной терапии.

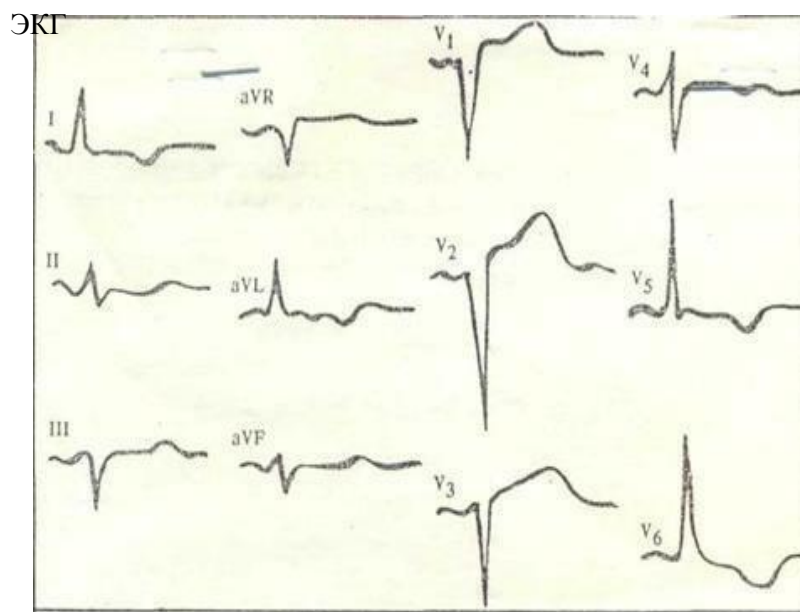
Объективно: состояние удовлетворительное. Отёков нет. Над всей поверхностью легких перкуторно - лёгочный звук, при аускультации - дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: правая - 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - II ребро, левая - 1,5 см кнаружи от левой СКЛ в V межреберье. Верхушечный толчок в V межреберье, кнаружи от СКЛ, разлитой. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Акцент II тона над аортой, систолический шум на аорте без проведения на сосуды шеи. Пульс - 76 ударов в минуту, ритмичный. Сосудистая стенка вне пульсовой волны плотная. АД - 195/115 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. Над брюшной аортой выслушивается систолический шум. Симптом поколачивания отрицательный. Снижена пульсация на артериях тыла обеих стоп.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 145 г/л, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $7,9 \times 10^9/л$, СОЭ - 12 мм/час, цветовой показатель - 1,0. Общий анализ мочи: удельный вес - 1020, белок - 0033 г/л, лейкоциты - ед. в поле зрения, единичные гиалиновые цилиндры. Биохимический анализ крови: сахар - 5,2 ммоль/л (3,5-6,1), холестерин - 7,2 ммоль/л (4,0), мочевины - 9,0 ммоль/л (2,4-8,3), креатинин - 0,13 мкмоль/л (0,014-0,44), калий - 5,4 ммоль/л (3,4-5,3), натрий - 135 ммоль/л (130-156).

Изотопная ренография: умеренное снижение секреторной и экскреторной функции правой почки.

Осмотр глазного дна: ангиопатия сосудов сетчатки.

ЭХО-КГ: ПЖ - 2,1 см (норма - 2,3), МЖП - 1,25 см (норма - 1,0 см), ЗСЛЖ - 1,25 см (норма - 1,0 см), КДРЛЖ - 5,8 см (норма - 5,5), КСРЛЖ - 3,7 см (норма - 3,5). Фракция выброса - 54% (норма - 60-80%). Кальциноз митрального, аортального клапанов.



Вопросы:

1. Выделите ведущие синдромы (объясните патофизиологические механизмы их возникновения).
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
3. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
4. Составьте план обследования для уточнения диагноза.
5. Составьте план лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Синдром:

- артериальной гипертонии;
- синдром кардиомегалии, преимущественно левых отделов;
- синдром перемежающейся хромоты.

2. В план дифференциальной диагностики необходимо включить изолированную систолическую гипертонию (для лиц пожилого возраста), гипертоническую болезнь, вазоренальную гипертонию. Общим являются признаки артериальной гипертонии (повышение АД, шум в ушах, головокружение), повышенные цифры АД.

Однако, для изолированной систолической гипертонии цифры диастолического давления должны быть в пределах нормы. Повышение систолического АД в пожилом возрасте связано с повышением ОПСС (стенка сосудов становится «жесткой», снижена эластичность сосудистой стенки).

Для гипертонической болезни характерно более раннее начало (45-50 лет), длительный анамнез артериальной гипертонии. Для вазоренальной гипертонии - пожилой возраст, стойкое повышение АД, сосудистые шумы, повышен уровень холестерина плазмы крови.

3. Атеросклероз аорты, почечных сосудов. Вазоренальная гипертония. Перемежающаяся хромота, ишемия 2А степени.

Основные диагностические признаки: возраст больного (72 года), монотонно высокая гипертония, наличие сосудистых шумов (признаки атеросклероза аорты: акцент II тона над аортой, систолический шум брюшной аорты, повышен уровень холестерина плазмы), боли, усталость в ногах при ходьбе до 200 метров, заставляющие больного останавливаться, снижение пульсации на артериях тыла стоп.

4. Дообследование:

По возможности определение ренина плазмы (из почечных вен);

Проба Реберга (определить функцию почек);

УЗИ почек;

Экскреторная урография (выявить запаздывание нефрографического эффекта);

Липидограмма;

Контрастная аортография с ангиографией почечных артерий (выявить наличие стеноза почечных артерий).

5. План лечения:

- диета с ограничением животных жиров, соли (стол № 10);
- статины (стабилизация атеросклеротических бляшек, гипохолестеримическое действие);
- Норваск 10 мг 1 раз в день утром (вазодилатация, нефропротективные свойства);
- малые дозы диуретиков: Индапамид 1,25 мг (тиазидоподобный диуретик с вазодилатирующим действием);
- аспирин, профилактика тромбоза в сосудах.

Активное выявление признаков коронарного атеросклероза (коронарография) и атеросклероза БЦА (ЦДС). Консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга для диагностики и определения показаний к хирургическому лечению (нефрэктомия, либо реконструктивная операция на почечных сосудах – удаление атеросклеротических бляшек из почечных артерий, либо ангиопластика).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Больная 69 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на пульсирующие постоянные головные боли в височных областях, снижение зрения, ноющие боли в мышцах плеч, коленных, плечевых, локтевых суставах, скованность до 12 часов дня, похудание на 5 кг за последний год.

Анамнез заболевания: болеет в течение 2 лет, началось с болей в суставах, мышцах, затем присоединились головные боли, снижение зрения. В связи с усилением симптомов обратилась к врачу.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Обнаружены плотные и извитые височные артерии, болезненные при пальпации. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отёков и синовитов нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: гемоглобин – 110 г/л, эритроциты - $3,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $5 \times 10^9/л$, СОЭ – 36 мм/ч, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 34%, моноциты – 4%, эозинофилы – 2%, базофилы – 0%. СРБ – 15 мг/дл.

Вопросы:

2. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Составьте план лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

1. Гигантоклеточный артериит (болезнь Хортона). Нормохромная анемия, возможно, анемия хронического заболевания.
2. Возраст больной старше 50 лет (для гигантоклеточного артериита); ноющие боли в мышцах плеч, коленных, плечевых, локтевых суставах, утренняя скованность продолжительностью более 1 часа, потеря массы тела на 5 кг за последний год; признаки гигантоклеточного артериита (пульсирующие постоянные головные боли в височных областях, снижение зрения, потеря массы тела на 5 кг за последний год, плотные и извитые височные артерии, болезненные при пальпации); нарастание количества и выраженности симптомов в последнее время (2 недели); лабораторные данные (нормохромная анемия, ускорение СОЭ >35 мм/ч, повышение уровня СРБ).
3. БАК (креатинин – поражение почек); УЗИ магистральных артерий (оценить поражение); биопсия височной артерии (исключить атеросклероз и другое поражение); иммунограмма (исключение РА – ревматоидного фактора); рентгенография коленных, плечевых, локтевых суставов (исключение РА); УЗИ суставов и околоуставных мягких тканей (исключить локальное воспаление); консультация врача-офтальмолога, врача-ревматолога.
4. Миеломная болезнь (общее - заболевание, часто развивающееся в пожилом возрасте, протекающее с резким ускорением СОЭ, выраженным болевым синдромом в конечностях, отличие - наличие гиперпротеинемии, диспротеинемии). При подозрении на миеломную болезнь необходимо проводить стерильную пункцию, исследование крови на М-градиент, рентгенологическое исследование костей. РА - возможны варианты дебюта РА с поражением плечевых суставов, РП - отмечается доброкачественный характер синовита, отсутствие изменений на рентгенограмме суставов, отсутствие суставных деформаций при длительном наблюдении за больной. Заболевания околоуставных мягких тканей, такие как плечелопаточный периартрит, тендиниты мышц плеча, субакромиальный бурсит, протекают с болью в области плеча, утренней скованностью, ограничением активных и пассивных движений в плечевом суставе, но в отличие от таких же проявлений при РП, как правило, являются односторонними и не сопровождаются повышением СОЭ, лихорадкой, похуданием. Заболевания с поражением крупных сосудов, том числе атеросклеротическое.
5. ГКС назначаются в дозировке 60-80 мг в сутки в несколько приёмов до индукции ремиссии (контроль снижения СОЭ и СРБ, исчезновение симптомов заболевания), далее снижение дозировки препарата по 2,5-5 мг в сутки каждые 2 недели до достижения 20 мг/сут, затем по 1 мг каждые 4 недели, под контролем СОЭ, симптомов каждые 4 недели в течение первых 3 месяцев лечения, затем каждые 12 недель и в течение 12-18 недель после завершения лечения.

Тема №3: Экспертиза временной нетрудоспособности

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Больной 25 лет, водитель, обратился к участковому терапевту с жалобами на появление эпизодов удушья с затрудненным выдохом, кашель с трудно отделяемой мокротой практически ежедневно. Приступы удушья возникают 2-3 раза в неделю чаще ночью и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Незначительная одышка при физической нагрузке. Лекарства не принимал. Считает себя больным около 3 мес. За медицинской помощью обратился впервые. С детства частые бронхиты с обострениями в весенне-осенний периоды. Другие хронические заболевания отрицает. Операций, травм не было. Курит по 1,5 пачки в день 5 лет. У матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь.

Аллергологический анамнез не отягощён. Профессиональных вредностей не имеет. При физикальном осмотре: состояние больного лёгкой степени тяжести. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы чистые, влажные. Рост 175 см, вес 81 кг. Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При перкуссии – ясный лёгочный звук. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание

везикулярное, проводится во все отделы, выслушивается небольшое количество сухих, рассеянных, высокодискантных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 80 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 120/80 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10x9x7 см. Дизурических явлений нет.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.
3. План лечебных мероприятий.
4. Проведение врачебно-трудовой экспертизы (ВТЭ), противопоказанные виды труда.
5. Укажите показания к неотложной госпитализации у пациента

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Неаллергическая бронхиальная астма, среднетяжёлое течение, впервые выявленная, неконтролируемая. Дыхательная недостаточность 1 степени.
2. План обследования: клинический анализ крови; ЭКГ, спирометрия; рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях; общий анализ мокроты; консультация врача-пульмонолога.
3. План лечения: отказ от курения; с целью купирования приступа заболевания ингаляционно применять β_2 -адреномиметики короткого действия (Сальбутамол или Фенотерол). Для постоянного приёма - комбинация низких доз ингаляционных ГКС (Флутиказон 100-250 мкг/сут, Будесонид 200-400 мкг/сут или Беклометазон дипропионат 200-500 мкг/сут) с длительно действующими β_2 -агонистами (Салметерол 100 мкг/сут или Формотерол 9-18 мкг/сут). Обучение навыкам самоведения бронхиальной астмы.
4. Временно нетрудоспособен. Выдать ЛН на 3-4 дня. Нетрудоспособность при среднетяжёлом течении бронхиальной астмы продолжается до стабилизации процесса. Противопоказан тяжёлый физический труд, контакт с токсическими веществами, работа в неблагоприятных метеорологических условиях, длительные командировки, работа в горячих цехах, длительная ходьба, профессиональная речевая нагрузка. Рациональное трудоустройство через ВК.
5. Неудовлетворительный ответ на лечение (ОФВ1 < 50% от должного после применения бронходилататоров). Симптомы обострения астмы нарастают, или отсутствует положительная динамика в течение 3 часов с момента начала неотложных лечебных мероприятий. Не наблюдается улучшения в течение 4-6 часов после начала лечения системными глюкокортикостероидами.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Пациент С. 45 лет, инженер, жалоб на момент осмотра не имеет. Лечился в амбулаторных условиях по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, впервые выявленной. По данным эзофагогастродуоденоскопии был дефект слизистой оболочки луковицы двенадцатиперстной кишки диаметром 0,4 см. Язва зарубцевалась. Общее состояние удовлетворительное. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, чистые. ЧСС – 72 в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Печень и селезёнка не пальпируются. Анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, лейкоциты – $6,6 \times 10^9$ /л, нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 25%, моноциты – 4%, СОЭ – 10 мм/час. Анализ мочи: удельный вес – 1018, белок (–), лейкоциты – 1-2 в поле зрения. Тест на Нр после эрадикационной терапии (–).

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Дайте подробные рекомендации по медикаментозной профилактике рецидивов. Обоснуйте Ваше решение.
3. Назовите показания к профилактике рецидивов «непрерывной» (в течение месяцев и даже лет) поддерживающей терапии.
4. Укажите длительность диспансерного наблюдения, составьте алгоритм (схему динамического наблюдения).
5. Проведите экспертизу трудоспособности, решите вопрос о санаторно-курортном лечении. Обоснуйте Ваше решение.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, лёгкое течение, фаза ремиссии.

2. Показана профилактика рецидивов «по требованию». Рекомендовано: при появлении первых симптомов обострения заболевания необходим приём препаратов протонной помпы в лечебной дозе (Омепразол по $0,02 \times 2$ раза в день, или Лансопразол по $0,03 \times 2$ раза в день, или Пантопразол по $0,04 \times 2$ раза в день, или Рабепразол по $0,02 \times 2$ раза в день, или Эзомепразол по $0,02 \times 2$ раза в день) в течение 2-3 дней, а затем в половинной дозе в течение 2 недель. Если в течение первых 2-3 дней лечения симптомы не исчезнут, необходимо явиться к врачу и сделать эзофагогастродуоденоскопию. Рекомендована медикаментозная профилактика рецидивов «по требованию», так как течение заболевания лёгкое и эрадикационная терапия была успешной (тест на Нр после лечения (-)). Данный вид медикаментозной профилактики рекомендуется при лёгкой и средней тяжести течения язвенной болезни и успешной эрадикационной терапии.
3. Показания для «непрерывной» (в течение месяцев и даже лет) поддерживающей терапии антисекреторным препаратом в половинной дозе (ежедневно вечером по 150 мг Ранитидина или по 20 мг Фамотидина): неэффективность проведённой эрадикационной терапии; осложнения (язвенное кровотечение или перфорация); наличие сопутствующих заболеваний, требующих применения нестероидных противовоспалительных препаратов; сопутствующий эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит; больные старше 60 лет с ежегодно рецидивирующим течением болезни, несмотря на адекватную курсовую терапию; выраженная рубцовая деформация поражённого органа; язвенная болезнь у злобных курильщиков.
4. Пациент подлежит диспансерному наблюдению у врача-терапевта участкового в течение 5 лет после обострения. Кратность осмотра – 1 раз в год. Консультация врача-гастроэнтеролога – 1 раз в год. Эзофагогастродуоденоскопия и анализ кала на скрытую кровь – при обострении. Если в течение 5 лет не было рецидива заболевания с диспансерного учета можно снять.
5. В период ремиссии пациент трудоспособен, так как работа инженера связана с умеренным эмоциональным напряжением и не противопоказана пациенту. В период обострения больной временно нетрудоспособен. Ориентировочный срок временной нетрудоспособности – 14-16 дней. Санаторно-курортное лечение – в период ремиссии в санаторно-курортных организациях в климатической зоне проживания пациента. Курорты: бальнеологические с питьевыми минеральными водами, грязевые и климатические. В период обострения заболевания санаторно-курортное лечение противопоказано.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Пациент С. 53 лет, водитель автобуса, выписан из стационара, где лечился в течение 28 дней по поводу инфаркта миокарда. Жалобы на боль за грудиной при ходьбе через 300 метров и при подъёме на второй этаж, исчезающую в покое или после приёма 1 таблетки Нитроглицерина, небольшую одышку при ходьбе.

Общее состояние сравнительно удовлетворительное. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в минуту. Границы сердца: правая – на 0,5 см от правого края грудины, верхняя – 3 ребро, левая – на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 64 удара в минуту, АД – 130/80 мм рт.ст. Печень и селезёнка не увеличены.

Анализ крови: Нb – 138 г/л, лейкоциты – $6,6 \times 10^9$ /л, нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 25%, моноциты – 4%, СОЭ – 10 мм/час.

Анализ мочи: удельный вес – 1019, белок (-), лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Липиды крови: общий холестерин (ОХС) – 5,6 ммоль/л; триглицериды (ТГ) – 1,6 ммоль/л, холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП) – 1,1 ммоль/л, холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) – 3,7 ммоль/л. Креатинин – 100 мкмоль/л; СКФ – 75 мл/мин.

ЭКГ: ритм синусовый правильный, ЧСС – 66 ударов в минуту, нормальное положение электрической оси сердца. В отведениях II, III, AVF патологический зубец Q, сегмент ST на изолинии, зубец T слабо отрицательный.

Эхо-КГ: толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) – 1,1 см, толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) – 1,1 см. Размер левого предсердия – 4,2 см. Конечный систолический размер левого желудочка (КСРЛЖ) – 2,4 см. Конечный диастолический размер левого желудочка (КДРЛЖ) – 5 см. Фракция выброса левого желудочка (ФВ) – 52 %. Гипокинез нижней стенки левого желудочка. Трансмитральный диастолический поток с преобладанием предсердной систолы (Е/А=0,8).

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие лекарственные препараты следует назначить пациенту? Назовите препараты, обоснуйте их назначение.
4. Показана ли пациенту консультация врача-кардиохирурга? Обоснуйте Ваш ответ.
5. Проведите экспертизу трудоспособности и решите вопрос санаторно-курортного лечения. Обоснуйте Ваш ответ.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. ИБС. Стенокардия напряжения стабильная 3 ФК. Постинфарктный (дата) кардиосклероз. ХСН I стадия, 1 ФК.
2. Диагноз «ИБС. Стенокардия напряжения стабильная 3 ФК» установлен на основании жалоб больного (сжимающие боли за грудиной, возникающие при ходьбе через 300 метров при подъеме на второй этаж, исчезающие в покое или после приема Нитроглицерина). Диагноз «постинфарктный кардиосклероз» поставлен на основе данных анамнеза (лечился в стационаре по поводу инфаркта миокарда), данных ЭКГ (патологический зубец Q в отведениях II, III, AVF, сегмент ST на изолинии, зубец T слабо отрицательный свидетельствуют о старом инфаркте с зубцом Q нижней стенки левого желудочка), данных Эхо-КГ (гипокинез нижней стенки).
ХСН I стадия установлена на основании диастолической дисфункции миокарда левого желудочка по гипертрофическому типу (трансмитральный диастолический поток с преобладанием предсердной систолы: E/A=0,8) и дилатации левого предсердия. ХСН I ФК установлен по шкале оценки клинического состояния (ШОКС по Марееву) (1 балл, то есть менее 3,5 баллов).
3. Необходимо назначить статины (Аторвастатин 20-40 мг или Розувастатин 10-20 мг в сутки) (целевой уровень ХС ЛПНП – менее 1,8 ммоль/л), ингибиторы АПФ или сартаны (с целью замедления прогрессирования ХСН), два антиагреганта (Аспирин 75-100 мг/сут + Клопидогрель 75 мг/сут) на 1 год (через год продолжить прием Аспирина 75-100 мг/сут), бета-адреноблокаторы под контролем ЧСС (целевой уровень ЧСС – 60 ударов в минуту в покое и 110 ударов в минуту при физической нагрузке), так как эти группы препаратов снижают риск развития повторного инфаркта, замедляют прогрессирование ХСН, снижают риск внезапной смерти и улучшают долгосрочный прогноз.
Для уменьшения частоты приступов стенокардии и улучшения переносимости физических нагрузок необходимо назначить к бета-блокатору 1-2 препарата из группы антиангинальных лекарственных средств таких, как антагонисты кальция, пролонгированные нитраты, Триметазидин, Ранолазин.
Для купирования приступов стенокардии необходимо назначить Нитроглицерин в таблетках или спрее.
4. Учитывая наличие стенокардии 3 ФК, при отсутствии эффекта от антиангинальных препаратов, при согласии пациента на хирургическое вмешательство показаны консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга и коронароангиография.
5. Больной временно нетрудоспособен. Ориентировочный срок временной нетрудоспособности – до 4 месяцев (необходимо продление листка нетрудоспособности врачебной комиссией с периодичностью 15 дней). После окончания срока временной нетрудоспособности необходимо направить пациента на МСЭ. Работа водителя автобуса связана со значительным эмоциональным напряжением и большим риском для жизни других людей при внезапном её прекращении и поэтому противопоказана для данного пациента с постинфарктным кардиосклерозом. Пациент может выполнять работу с умеренным эмоциональным или незначительным физическим напряжением. Пациент ограниченно трудоспособен (ограничение трудоспособности 1 степени, ограничение способности к передвижению 1 степени), необходимо направить на МСЭ (2 группа инвалидности).
Санаторно-курортное лечение противопоказано, так как постинфарктный кардиосклероз в сочетании со стенокардией 3 ФК является противопоказанием к санаторно-курортному лечению.

Тема №4: Экспертиза стойкой нетрудоспособности **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1**

Больной К. 53 лет, водитель автобуса, жалуется на общую слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, периодически тошноту, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота, склонность к запорам. Считает себя больным в течение года, когда стал отмечать общую слабость, тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита. Похудел на 7 кг за последние 6 месяцев. В течение последних 2 месяцев появилось увеличение живота. Злоупотребляет алкоголем в течение 20 лет. Общее состояние средней степени тяжести. Питание умеренное. Кожа бледновато-серого цвета, небольшая желтушность. Единичные сосудистые звёздочки на груди. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 76 в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Живот несколько увеличен в объёме, мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень +3 см из-под края рёберной дуги, поверхность гладкая, край закруглён, плотный, умеренно болезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову – 15×12×10 см. Размеры селезёнки – 12×8 см. В боковых отделах живота перкуторно определяется наличие свободной жидкости. Анализ крови: гемоглобин – 130 г/л; лейкоциты – 4,5×10⁹/л, эозинофилы – 1%, нейтрофилы – 77%, лимфоциты – 26%. СОЭ – 33 мм/час. Анализ мочи: удельный вес – 1019, белок (–), лейкоциты – 1-2 в поле зрения. Биохимические анализы крови: АСТ – 52 ЕД/л, АЛТ – 48 ЕД/л, тимоловая проба – 12 ЕД, общий холестерин – 4,0 ммоль/л, билирубин общий – 36 ммоль/л, прямой – 27 ммоль/л, непрямой – 9 ммоль/л, общий белок – 64 г/л, альбумины – 45% (29 г/л), глобулины: альфа-1 – 6%, альфа-2 – 16%, бета – 14 %, гамма – 26%. Протромбиновый индекс – 70%. Анализ крови на маркеры вирусов: Нbs антиген, Нbe антиген, антитела к Нbc антигену вируса В, антитела к вирусу С не обнаружены. ЭФГДС: пищевод свободно проходим, расширение вен нижней трети пищевода до 4 мм в диаметре, слизистая желудка бледновата, рельеф несколько сглажен, двенадцатиперстная кишка без особенностей. Заключение: варикозное расширение вен нижней трети пищевода. УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени, гепато- и спленомегалия, расширение портальной вены, наличие свободной жидкости.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Где может лечиться пациент (в поликлинике или стационаре)? Обоснуйте ответ. Назовите показания к госпитализации в стационар.
4. Дайте рекомендации по лечению пациента, обоснуйте выбор препаратов.
5. Проведите экспертизу трудоспособности, решите вопрос о санаторно-курортном лечении. Обоснуйте Ваше решение.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Цирроз печени алкогольный, быстро прогрессирующее течение, активность 2 степени, субкомпенсированный (класс В по Чайлд-Пью): печёчно-клеточная недостаточность 2 степени, портальная гипертензия 2 стадии (умеренное расширение варикозных вен пищевода, асцит, спленомегалия).
2. Диагноз «цирроз печени алкогольный» поставлен на основании жалоб (общая слабость, быстрая утомляемость, снижение аппетита, периодически тошнота, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота), анамнеза (злоупотребляет алкоголем) и отсутствия маркеров вирусного поражения печени. Быстро прогрессирующее течение – на основании похудения и быстрого нарастания симптомов. Активность 2 степень – на основании лабораторных синдромов цитолиза (повышены АСТ и АЛТ до 1 степени активности, билирубин – до 2) и иммунного воспаления (повышены тимоловая проба и гамма-глобулины – до 2 степени активности). Индекс тяжести по Чайлду-Пью класс В – по сумме баллов (характеризующих уровень билирубина, протромбинового индекса, альбумина, наличия энцефалопатии и асцита). Сумма баллов составила 8. (Класс А – 5-6 баллов; класс В – 7-9 баллов; класс С – 10 и более). Печёчно-клеточная недостаточность 2 степени – на основании снижения уровня альбуминов, холестерина и протромбинового индекса. Портальная гипертензия 2 стадии – на основании наличия асцита и спленомегалии (по данным осмотра и УЗИ), варикозных вен пищевода (по данным ЭФГДС).
3. Показана госпитализация больного в стационар, так как активность 2 степени, появился асцит. Показаниями к госпитализации являются: класс тяжести по Чайлд-Пью В и С; подозрение на кровотечение из варикозных вен пищевода; гепаторенальный синдром; асцит, осложнённый нарушением дыхания; энцефалопатия III и IV стадии, а также II стадии при невозможности адекватно осуществлять лечение и наблюдение в амбулаторных условиях.

4. В первую очередь необходим отказ от алкоголя, так как этиологическое лечение является приоритетным. Необходимо назначение гепатопротекторов, предпочтительно Гептрала, так как эффект этого препарата при алкогольном циррозе доказан. Лечение асцита должно включать ограничение поваренной соли до 2 г в сутки, диуретики (Верошпирон или Эплеренон по 100 мг/сутки, Торасемид 5-20 мг/сутки) под контролем ежедневной оценки массы тела (критерием эффективности и безопасности диуретической терапии является снижение массы тела на 500-600 г в сутки). По мере уменьшения асцита дозу диуретиков необходимо снижать до поддерживающей. Учитывая склонность к запорам, необходимо назначить Лактулозу (в среднем 30- 60 мл/сутки) с индивидуальным подбором дозы (до частоты стула 2-3 раза в сутки). Для уменьшения диспепсических проявлений – ферментные препараты (Панкреатин, Креон, Мезим) во время приёма пищи. При появлении симптомов энцефалопатии – ограничение белка в рационе питания до 1 г/кг массы тела

5. Учитывая медицинские критерии (активность цирроза, наличие печёчно-клеточной недостаточности 2 степени, портальной гипертензии 2 стадии) и социальные критерии (работа водителя автобуса противопоказана, так как связана с вибрацией и значительным эмоциональным напряжением) больной временно нетрудоспособен (ориентировочный срок временной нетрудоспособности 30-45 дней). После окончания временной нетрудоспособности (но не позднее чем через 4 месяца) необходимо направить больного на медико-социальную экспертизу (больной ограниченно трудоспособен, снижение способности к трудовой деятельности 1 степени) для определения 3 группы инвалидности. Санаторно-курортное лечение противопоказано, так как есть активность процесса, печёчно-клеточная недостаточность и портальная гипертензия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

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°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 врачу-терапевту участковому.

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 III ребра, 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, не прямой - 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.
5. Определите прогноз и трудоспособность пациента.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

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

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

3. Пациенту рекомендовано: ЭхоКГ (выявление поражения сердца), определение СКФ расчётным методом (определение ХПН и ХБП), биопсия почки (золотой стандарт диагностики). 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).

5. Прогноз относительно благоприятный: возможно достижение стойкой клинико-лабораторной ремиссии при пожизненной поддерживающей терапии. Необходимо определение группы инвалидности (II)

Тема №5: Респираторные инфекции в амбулаторной практике

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Больной Т. 21 года обратился в поликлинику на 5 день болезни с жалобами на головную боль в лобной области, небольшое головокружение, светобоязнь, озноб, заложенность носа с обильными слизисто-серозными выделениями из носовых ходов. Заболевание началось остро: температура тела поднялась до 38 °С, появились умеренная головная боль, боли в глазных яблоках, светобоязнь, слезотечение, жжение в глазах, сильный насморк, боли в горле при глотании. На следующий день и все последующие дни температура тела до 40 °С. Заболевание связывает с переохлаждением.

При осмотре больного температура тела 38 °С, вялый. Общее состояние средней тяжести. Носовое дыхание затруднено, обильные серозно-слизистые выделения из носовых ходов. Веки отёчны. Конъюнктивы обоих глаз резко гиперемированы. Выявлены умеренная гиперемия дужек, язычка, миндалин и умеренная гиперемия и зернистость задней стенки глотки. Миндалины не увеличены. Пальпируются мягкие, безболезненные подчелюстные, шейные и подмышечные лимфатические узлы. В лёгких при аускультации жёсткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Пульс - 102 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца отчётливые. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются. Менингеальных симптомов нет.

Лабораторная диагностика. Кровь: эритроциты – 3,5Ч10¹²/л, Нв – 116 г/л, лейкоциты – 7,8Ч10⁹/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 8%, сегментоядерные – 53%, лимфоциты – 36%, моноциты – 2%. Моча: без патологии. Рентгенография грудной клетки – без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования.
4. Составьте план лечения.
5. Какова тактика врача-терапевта участкового?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Аденовирусная инфекция, фарингоконъюнктивальная лихорадка, среднетяжёлое течение.

Диагноз установлен на основании жалоб на лихорадку 40°С, умеренную головную боль, боли в глазных яблоках, светобоязнь, слезотечение, жжение в глазах, сильный насморк, боли в горле при глотании; данных объективного осмотра: лихорадку 40°С, носовое дыхание затруднено, обильные серозно-слизистые выделения из носовых ходов, конъюнктивы обоих глаз резко гиперемированы, умеренная гиперемия дужек, язычка, миндалин и умеренная гиперемия и зернистость задней стенки глотки, пальпируются мягкие, безболезненные подчелюстные, шейные и подмышечные лимфатические узлы.

2. Дифференциальную диагностику проводят с ОРВИ другой этиологии, дифтерией ротоглотки, дифтерией глаза, ангиной, инфекционным мононуклеозом.

3. Методы экспресс-диагностики представлены РИФ, ПЦР, ИФА. Также применяют серологические методы: РТГА и РСК.

4. Лечение симптоматическое (жаропонижающие, витаминные препараты, десенсибилизирующая терапия). При конъюнктивите - 30 Сульфацил-натрия.

5. Необходимости госпитализации данного пациента нет (госпитализируют лиц, живущих в общежитиях, домах престарелых, детских домах, а также лиц с тяжёлым течением болезни и тяжёлыми осложнениями). Посылка экстренного извещения в ГЦСЭН. В очаге проводят текущую дезинфекцию, больных - изолируют. Детей разобщают в коллективах не менее 10 дней.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Больной Д. 34 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом. Беспокоит повышение температуры до 39 °С, выраженная слабость, головная боль, боли в мышцах, чувство ссаждения за грудиной. Заболел вчера вечером. Работает инженером в конструкторском бюро. Месяц назад на работе проходила вакцинация от гриппа, от прививки отказался. Вместе с пациентом проживает беременная жена (срок беременности 24 недели) и дочь 5 лет. При осмотре: температура 38,5 °С, лицо гиперемировано, инъекция склер и мягкого нёба. В лёгких дыхание везикулярное. Тоны сердца громкие, ритмичные. Пульс - 86 ударов в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот безболезненный.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Назначьте план обследования в условиях поликлиники.
3. Составьте программу лечения.
4. Проведите экспертизу утраты трудоспособности
5. Каковы диспансерное наблюдение и профилактика при данной патологии?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Диагноз «грипп, средней степени тяжести».

2. Учитывая то, что специфических изменений в лабораторных показателях при гриппе, как правило, не наблюдается, общеклиническое обследование не назначается. Вирусологическое обследование по распоряжению Роспотребнадзора.

3. Программа лечения: режим домашний с ограничением физической нагрузки. Обильное тёплое питьё. Влажные обтирания с гигиенической целью. После нормализации температуры гигиенический душ. Питание легкоусвояемыми продуктами. Исключить алкоголь, курение, горячее, холодное, острое, газированные напитки; медикаментозная терапия. По рекомендации экспертов ВОЗ как можно раньше, без лабораторного подтверждения этиологии заболевания, показана противовирусная терапия, что позволит сократить сроки заболевания, предотвратить

развитие осложнений; препараты выбора - ингибиторы нейраминидазы озельтамивир - Тамифлю (75 мг 1 раз в сутки) или занамивир (Реленза по 2 ингаляции 1 блистер по 5 мг на ингаляцию в общей дозе 10 мг дважды в день), имидазолилэтанамид пентадионовой кислоты (Ингавирин 90 мг в сутки). Препараты адамантанового ряда (Ремантадин) не показаны из-за нечувствительности к ним основных штаммов вируса гриппа. При температуре тела более 38,5°C – Парацетамол 0,5 г (до 2 г в сутки). При появлении симптомов ринита – топические деконгестанты не более 5 дней (Ксилометезолин, Оксиметазолин, Нафазолин).

4. Больной нетрудоспособен, так как является источником вирусной инфекции и по состоянию здоровья не может выполнять профессиональные обязанности. Выдается листок нетрудоспособности на 5 дней с последующими осмотрами и решением вопроса о восстановлении трудоспособности.

5. Пациенты, перенёсшие грипп, при отсутствии осложнений диспансерному наблюдению не подлежат.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Больной М. 27 лет обратился к врачу-терапевту участковому на 2 день болезни с жалобами на сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, общую слабость, отсутствие аппетита, частый сухой кашель, заложенность носа и незначительные выделения из носа, чувство першения и царапанье за грудиной. Анамнез заболевания: заболел 15 января в первой половине дня, когда почувствовал озноб, повысилась температура до 39,0°C, появилась головная боль в области лба, боль при движении глазными яблоками. Ночью не спал, озноб сменялся чувством жара. На следующий день появился сухой кашель, заложенность носа, чувство першения за грудиной, температура повысилась до 39,5 °С, головная боль усилилась. Эпидемиологический анамнез: за 2 дня до заболевания навещал друзей в общежитии, среди которых были лица с подобными симптомами. Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Лицо одутловатое, несколько гиперемировано. На теле сыпи нет. Носовое дыхание затруднено. В зеве разлитая яркая гиперемия задней стенки глотки и её зернистость, отмечаются единичные кровоизлияния на слизистой мягкого нёба. В лёгких – жёсткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 102 удара в минуту, ритмичный, АД – 115/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план лабораторного обследования больного для верификации диагноза.
4. Какие противовирусные препараты Вы бы рекомендовали пациенту? Назовите механизм их действия на вирусы гриппа. Обоснуйте свой выбор.
5. Кто подлежит обязательной вакцинации против гриппа? Назовите современные вакцины для профилактики гриппа.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

1. Грипп, типичное течение, средней степени тяжести, период разгара.
2. Диагноз «грипп» выставлен на основании жалоб больного на сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, общую слабость, отсутствие аппетита, частый сухой кашель, заложенность носа и незначительные выделения из носа, чувство першения и царапанье за грудиной; анамнеза развития заболевания: острое начало болезни с симптомов интоксикации (озноба, повышения температуры тела до 39,5°C, головной боли в области лба и глазных яблок) с последующим присоединением катарального синдрома (сухой кашель, заложенность носа, чувство першения за грудиной); эпидемиологического анамнеза – наличие подобных симптомов у лиц, с которыми пациент находился в близком контакте за два дня до болезни, и учитывая сезонность (январь); данных объективного осмотра – лицо одутловатое, несколько гиперемировано; носовое дыхание затруднено; в зеве разлитая яркая гиперемия задней стенки глотки и её зернистость, отмечаются единичные кровоизлияния на слизистой мягкого нёба; в лёгких - жёсткое дыхание, единичные сухие хрипы; пульс - 102 удара в минуту, ритмичный, АД – 115 и 80 мм рт. ст., тоны сердца приглушены. Среднетяжелая форма гриппа выставлена на основании повышения температуры тела до 39,5°C, ярко выраженных явлений интоксикации (озноб, головная боль, общая слабость, суставные и мышечные боли) и поражения дыхательной системы (сухой болезненный кашель, заложенность носа, чувство першения и царапанья за грудиной).

3. Для экспресс-диагностики гриппа используется метод ПЦР (с целью выявления РНК вирусов в мазках из носоглотки, крови), иммунохроматографический экспресс-тест для качественного определения антигенов вируса гриппа в носоглоточных образцах. При невозможности проведения ПЦР применяют серологические методы (РСК, РНГА) – определение нарастания титра антител при исследовании парных сывороток, взятых в разгар заболевания и через 7-14 дней.

4. Для лечения гриппа в первую очередь рекомендуются средства этиотропного действия, оказывающие прямое ингибирующее действие на вирусную репродукцию. К данным препаратам относятся селективные ингибиторы вирусной нейраминидазы - Осельтамивир и Занамивир, ингибиторы репродукции вирусов гриппа: Умифеновир (Арбидол), Ингавирин. Рекомендуется назначение одного из препаратов: Осельтамивир по 75 мг два раза в день в течение 5 дней или Умифеновир по 200 мг 4 раза в сутки в течение 5 дней, или Ингавирин 90 мг/сутки однократно 5 дней. Возможно их сочетание с препаратами Интерферона и индукторами интерфероногенеза: Анаферон, Эргоферон – перорально; или Гриппферон, Вифероновая мазь – интраназально, Виферон – ректально.

5. Вакцинации против гриппа в первую очередь подлежат лица, относящиеся к категории высокого риска заболевания гриппом и неблагоприятных осложнений при заболевании, к которым относятся: - лица старше 60 лет;

- лица, страдающие заболеваниями эндокринной системы (диабет), нарушениями обмена веществ, болезнями системы кровообращения, хроническими заболеваниями дыхательной системы, хроническими заболеваниями печени и почек; беременные; -лица, часто болеющие острыми респираторными вирусными заболеваниями; -дети старше 6 месяцев, дети, посещающие дошкольные образовательные организации и (или) находящиеся в организациях с постоянным пребыванием (детские дома, дома ребёнка); -школьники; -медицинские работники; -работники сферы обслуживания, транспорта, учебных заведений; -воинские контингенты. К современным вакцинам относят сплит-вакцины (расщеплённые), содержащие частицы разрушенного вируса - поверхностные и внутренние белки, и субъединичные вакцины, содержащие поверхностные гликопротеины (гемагглютинин и нейраминидазу) и максимально очищенные от балластных белков. Сплит - вакцины: Бегривак, Ваксигрип, Флюарикс, Ультрикс. Субъединичные вакцины: Инфлювак, Агриппал, Инфлексал, Гриппол, Гриппол плюс, Совигрипп

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

У студента, навестившего больного товарища, на 2 сутки появились озноб, температура тела 39,1 °С, сильная головная боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, тошнота, слабость, отсутствие аппетита. К концу 1 дня болезни появились заложенность носа, першение в горле, сухой надсадный кашель с болями за грудиной. При объективном осмотре выявлены гиперемия и одутловатость лица, заложенность носа, в зеве разлитая умеренная гиперемия задней стенки глотки и её зернистость. В лёгких – жёсткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 102 ударов в минуту, ритмичный, АД – 115/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Укажите план лечения данного пациента.
5. Через 1 месяц у больного жалоб нет. Состояние и самочувствие хорошее. Ваша дальнейшая тактика по ведению данного пациента.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

1. Грипп, средней тяжести, период разгара.
2. Диагноз подтверждается наличием следующих синдромов: острым началом заболевания, признаками фарингита и трахеита, лихорадкой, синдром интоксикации.
3. Экспресс-диагностика: метод иммунофлюоресценции (в мазках-отпечатках в слизистой носовой полости). Серологические методы: РСК, РТГА с эритроцитарным диагностикумом в парных сыворотках (до 5-го дня болезни и после 12-го дня).
4. Режим постельный в течение лихорадочного периода. Стол 15. Обильное питьё. Этиотропная терапия: в первые 3 дня болезни целесообразно применять Ремантадин, Арбидол. Показано использование противовирусного и нормального человеческого иммуноглобулина по 3-6 мл

внутримышечно однократно. Антибактериальная терапия оправдана только при наличии бактериальных осложнений. Патогенетическая и симптоматическая терапия: при гиперпирексии показаны жаропонижающие средства, Антигриппин, Аскорбиновая кислота, препараты кальция, десенсибилизирующие средства. Для уменьшения отделяемого из носа – капли Нафтизина, Галазолина. Щелочные ингаляции. Противокашлевые средства. В более поздний период (присоединение экссудативного компонента) целесообразны отхаркивающие средства.

5. Рекомендовать избегать переохлаждений. Закаливание организма.

Тема №6: Бронхообструктивный синдром в практике врача-терапевта **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1**

Женщина 34 лет страдающая бронхиальной астмой, пришла на очередной диспансерный осмотр к участковому терапевту. В течение последних 4 месяцев состояние больной стабильное, получает базисную терапию: низкие дозы ингаляционных ГКС и длительно действующий β_2 -агонист (флутиказона пропионат 100 мкг + сальметерол 50 мкг (в виде комбинированного ингалятора) 2 раза в день), по потребности сальбутамол 1 раз в 2-3 недели. Жалоб не предъявляет, приступы астмы редкие (1 раз в 2-3 недели), ночных приступов нет, ограничения физической активности не отмечает. При осмотре: состояние удовлетворительное, телосложение нормостеническое. ИМТ – 22 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 72 в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Периферических отёков нет. Общий анализ крови – без патологии. При спирометрии – ОФВ1=85%.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Определите тактику ведения пациентки. Обоснуйте свой ответ.
4. Составьте план диспансерного наблюдения.
5. Показано ли пациентке направление в бюро медико-социальной экспертизы?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Бронхиальная астма, среднетяжёлое течение, контролируемая.
2. Диагноз «бронхиальная астма» у больной установлен по анамнезу (она состоит на диспансерном учёте по этому заболеванию, принимает контролирующую терапию). Степень тяжести установлена на основании того, что у пациентки астма контролируется на фоне терапии в объёме 3-й ступени (низкие дозы ингаляционных глюкокортикоидов в комбинации с длительно действующими β_2 -агонистами). Можно отметить, что в последних международных рекомендациях определение степени тяжести на фоне терапии не рассматривается. Уровень контроля определён на основании следующих критериев: симптомы астмы возникают менее 2 раз в неделю, ночных симптомов нет, использование препаратов для неотложной помощи (Сальбутамол) менее 2 раз в неделю, активность не нарушена.
3. Больной рекомендовано уменьшить объём контролирующей терапии, перейти на 2-ю ступень в связи с тем, что контроль над астмой сохраняется в течение более 3 месяцев. Предпочтительным является уменьшение кратности приема Флутиказона и Сальметерола до 1 раза в сутки, полная отмена длительно действующих β_2 -агонистов сопряжена с более высоким риском декомпенсации бронхиальной астмы. Контрольный осмотр после изменения терапии через 1 месяц.
4. Пациенту с бронхиальной астмой средней степени тяжести показан осмотр врачом-терапевтом участковым 1 раз в 3 месяца, врачами пульмонологом и аллергологом 1 раз в 6 месяцев, другими специалистами (врачи оториноларинголог, стоматолог, психотерапевт) по показаниям. Рекомендовано проведение следующих диагностических исследований: антропометрия, клинический анализ крови, крупнокадровая флюорография, глюкоза крови, иммуноглобулин Е общий сыворотки крови, общий анализ мокроты с исследованием на микобактерии туберкулеза, спирометрия. Возможными (не обязательными) являются исследование оксида азота в выдыхаемом воздухе и бактериологическое исследование мокроты с определением чувствительности к антибиотикам (при наличии).
5. Направление в бюро медико-социальной экспертизы пациентке не показано, т. к. у неё отсутствуют признаки стойкой утраты трудоспособности: нет нарушений основных функций

организма, в частности нет признаков дыхательной недостаточности, сохранена способность к основным категориям жизнедеятельности человека (активность больной не ограничена из-за астмы).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Пациент 57 лет жалуется на кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке (подъем на 1 этаж, ходьба в умеренном темпе), сердцебиение, слабость, утомляемость. Выраженность симптомов по «Оценочному тесту по ХОБЛ» (САТ) 28 баллов. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 37 лет, индекс курильщика=37. Кашель в течение многих лет с мокротой по утрам. Часто отмечал субфебрильную температуру. 3 года назад появилась постепенно усиливающая одышка, отеки на голенях. При усилении одышки применяет беродуал. В последние годы участились обострения в связи с простудой до 2-3 раз в год. В прошлом году один раз был госпитализирован в стационар с обострением.

Объективно: гиперстенического телосложения, повышенного питания. ИМТ – 29 кг/м². Выраженный диффузный цианоз. Грудная клетка обычной конфигурации. При перкуссии лёгочный звук, в нижних отделах с коробочным оттенком. Дыхание жёсткое, с удлиненным выдохом, рассеянные сухие свистящие хрипы. ЧД – 24 в минуту. Границы сердца расширены вправо, акцент 2 тона над легочной артерией. ЧСС – 86 ударов в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Шейные вены в положении лёжа набухают. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. На ногах отеки. Общий анализ крови: эритроциты – $4,8 \cdot 10^9$ /л, Hb – 168 г/л, лейкоциты – $6,1 \cdot 10^9$ /л (лейкоцитарная формула – без особенностей), СОЭ – 15 мм/ч. Спирометрия: ОФВ1=30,0% от должного, ОФВ1/ФЖЕЛ=0,6. Пульсоксиметрия: SaO₂=87%. ЭКГ – признаки гипертрофии правого желудочка и правого предсердия. Рентгенография органов грудной клетки: лёгочный рисунок усилен, деформирован. Корни деформированы, уплотнены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте медикаментозную терапию. Обоснуйте свой ответ.
4. Составьте план диспансерного наблюдения.
5. Проведите экспертизу нетрудоспособности.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. ХОБЛ, бронхитический тип, крайне тяжёлая бронхиальная обструкция (GOLD 4), с выраженными симптомами (САТ – 28), высокий риск обострений, (группа D). Хроническое лёгочное сердце. ДН 3 ст. ХСН IIБ, ФК III (NYHA).
2. Диагноз «ХОБЛ» установлен на основании жалоб на кашель с выделением мокроты и одышку, наличии в анамнезе фактора риска (курение), наличии признаков бронхиальной обструкции (сухие свистящие хрипы, снижение ОФВ1/ФЖЕЛ <0.7 и снижение ОФВ1), рентгенологических данных. Степень тяжести бронхиальной обструкции установлена на основании данных спирометрии (ОФВ1=30% от должных значений), риск обострений установлен данных спирометрии (ОФВ1=30% от должных значений) и анамнеза предшествующих обострений (1 госпитализация по поводу обострения в прошлом году). Совокупность этих признаков соответствует клинической группе D (выраженные симптомы, высокий риск). Бронхитический тип установлен на основании жалоб и данных рентгенографии органов грудной клетки, характерных для хронического бронхита. Диагноз «лёгочное сердце» поставлен на основании данных ЭКГ и клинических признаков правожелудочковой недостаточности (увеличение печени, отеки нижних конечностей, набухание шейных вен), стадия сердечной недостаточности – на основании симптомов (отёки на ногах, увеличение печени, набухание шейных вен), ЭКГ. Степень дыхательной недостаточности определена на основании выраженности одышки (при незначительной физической нагрузке) и данных пульсоксиметрии.
3. Поскольку пациент относится к группе D, ему предпочтительно показан один из вариантов лечения:
 - 1) комбинированная терапия ингаляционными глюкокортикоидами и длительно - действующими бета-агонистами (например, Флутиказон 500 мкг + Сальметерол 50 мкг или Будесонид 320 мкг + Формотерол 9 мкг – по 2 ингаляции в сутки);

- 2) длительно-действующие антихолинергические препараты (например, Тиотропия бромид 18 мкг 1 ингаляция в сутки), либо
- 3) их комбинация. Альтернативной терапией является комбинация ингаляционного глюкокортикоида + длительно-действующего бета-агониста с ингибитором фосфодиэстеразы-4 (Рофлумиласт таблетки 0,5 мг 1 раз в день), либо комбинация длительно-действующего антихолинергического препарата с ингибитором фосфодиэстеразы-4, либо комбинация длительно-действующего антихолинергического препарата с длительно-действующим бета-агонистом. Возможно назначение короткодействующих бронхолитиков бета-агонистов (например, Формотерол) или антихолинергических средств (например, Ипратропия бромид) по требованию. Для лечения ХСН следует назначить ингибитор АПФ (например, Лизиноприл 5 мг/сут) или блокатор рецепторов ангиотензина (например, Канесартан 8 мг/сут), бета-блокатор (один из 4 возможных препаратов – Метопролола сукцинат, Бисопролол, Карведилол или Небиволол в очень низких дозах, например, Бисопролол 1,25 мг/сут) и диуретики (Торасемид 2,5-5 мг/сут).
4. Пациенту с ХОБЛ крайне тяжёлого течения показан осмотр участковым терапевтом 1 раз в 3 месяца, пульмонологом 1 раз в 6 месяцев, другими специалистами (оториноларинголог, стоматолог, психотерапевт) по показаниям. Рекомендовано проведение следующих диагностических исследований: антропометрии, крупнокадровая флюорографии, ЭКГ, клинического анализа крови, общего анализа мокроты с исследованием на микобактерии туберкулеза, посева мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам, спирометрии с исследованием обратимости бронхиальной обструкции, пульсоксиметрии, теста с 6-минутной ходьбой. Дополнительно (необязательные исследования) показано исследование углекислого газа в выдыхаемом воздухе, исследование оксида азота в выдыхаемом воздухе.
5. Пациенту показано направление в бюро медико-социальной экспертизы, так как у него имеются признаки стойкой утраты трудоспособности: выраженные нарушения функции дыхания (ДН 3 ст.) и функции кровообращения (ХСН IIБ ст.), а также нарушение способностей к передвижению и самообслуживанию I степени.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

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. Аллергоanamнез 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, SpO₂ 96%. 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.
5. Составьте план диспансерного наблюдения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

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 САТ 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 контролирования 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, физиотерапевт.

Тема №7: Внебольничные пневмонии в амбулаторной практике

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Мужчина 44 лет с жалобами на повышение температуры тела, ознобы, кашель с небольшим количеством мокроты. Считал себя полностью здоровым до последней недели, когда появилась заложенность носа, насморк и небольшая боль в горле. К врачу не обращался, лечился самостоятельно противостудными безрецептурными препаратами («Фервекс»). Прошлой ночью отметил внезапное повышение температуры тела до 39°C, озноб, выраженную общую слабость и появился кашель, вначале сухой, затем – с небольшим количеством светлой мокроты, а также боли в правой половине грудной клетки. Наличие хронических заболеваний отрицает. Курит по 1 пачке сигарет в течение 15 лет, аллергические реакции отрицает.

Объективно: температура тела 37,8°C, кожные покровы чистые. Перкуторный звук укорочен справа в нижних отделах, дыхание справа ниже угла лопатки бронхиальное, мелкопузырчатые хрипы в конце вдоха в этой области, а также усиление голосового дрожания и бронхофонии, частота дыхания 22 в минуту, сатурация периферической крови кислородом 99%. Сердечно-сосудистая система без отклонений от нормы, ЧСС – 80 уд. в минуту, АД – 120/72 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, периферических отёков нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие исследования требуются для подтверждения диагноза?

3. Проведите оценку прогноза и осуществите выбор места лечения пациента.
4. Сформулируйте план лечения.
5. Опишите методы профилактики данного заболевания.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония, нетяжёлая.
2. Критериями диагноза «пневмония» являются рентгенологически подтвержденная очаговая инфильтрация легочной ткани плюс по меньшей мере, два клинических признака из числа следующих: острая лихорадка в начале заболевания (температура тела $>38,0^{\circ}\text{C}$); кашель с мокротой; физикальные признаки уплотнения легочной ткани (фокус крепитации

и/или мелкопузырчатые хрипы, бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного звука); лейкоцитоз $>10 \times 10^9/\text{л}$ и/или палочкоядерный сдвиг ($>10\%$). Таким образом, для подтверждения диагноза «пневмония» у данного пациента требуется выполнение рентгенографии легких в передне-задней и правой боковой проекциях. Также возможно выполнение общего анализа крови для идентификации лейкоцитоза и/или палочкоядерного сдвига.

3. Прогноз летального исхода внебольничной пневмонии следует определять с использованием прогностических шкал PORT PSI, CURB-65 или CRB-65. В Российской Федерации в амбулаторных условиях рекомендована шкала CRB-65: спутанность сознания (+1), частота дыхательных движений ≥ 30 в минуту (+1), САД < 90 мм.рт. ст. или ДАД ≤ 60 мм рт. ст. (+1), возраст ≥ 65 лет (+1). Таким образом, по CRB-65 пациент набирает 0 баллов, что соответствует риску летального исхода менее 1,2%. Пациенту показано амбулаторное лечение.

4. Пациенту показано амбулаторное антибактериальное лечение. Пациент относится к первой клинико-эпидемиологической группе: внебольничная пневмония нетяжелого течения у лиц без сопутствующих заболеваний, не принимавших в последние 3 месяца антимикробных препаратов. Для лечения этой группы препаратами выбора являются амоксициллин внутрь или макролиды с улучшенными фармакокинетическими свойствами (Азитромицин, Кларитромицин) или благоприятным профилем безопасности и минимальной частотой лекарственных взаимодействий (Джозамицин, Спирамицин). Первоначальная оценка эффективности терапии должна проводиться через 48-72 часов после начала лечения. Основными критериями эффективности в эти сроки являются снижение температуры, уменьшение симптомов интоксикации, уменьшение одышки и других проявлений дыхательной недостаточности. Если у пациента сохраняется высокая лихорадка и интоксикация или симптоматика прогрессирует, то лечение следует признать неэффективным. В этом случае необходимо пересмотреть тактику антибактериальной терапии и повторно оценить целесообразность госпитализации пациента. Антибактериальная терапия может быть завершена при стойкой нормализации температуры тела на протяжении 3-4 дней, при таком подходе длительность лечения составляет 7-10 дней.

5. Для профилактики пневмонии используются пневмококковая вакцина, которая вводится однократно, и гриппозная вакцина, которая вводится ежегодно, оптимальное время для проведения вакцинации - октябрь-первая половина ноября. В РФ используется 23-валентная неконъюгированная вакцина, содержащая очищенные капсулярные полисахаридные антигены 23 серотипов *S.pneumoniae* и 13-валентная пневмококковая конъюгированная вакцина. Вакцинация пневмококковой вакциной рекомендуется группам лиц с высоким риском развития инвазивных пневмококковых инфекций. Введение гриппозной вакцины с целью профилактики внебольничной пневмонии, рекомендуется при наличии высокого риска осложненного течения гриппа. При наличии показаний обе вакцины (пневмококковая и гриппозная) могут вводиться одновременно.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Мужчина 51 года, инженер, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, кашель с выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, повышение температуры до $38,5^{\circ}\text{C}$. Заболел 2 дня назад, когда после переохлаждения появилась слабость, сухой кашель, повысилась температура до 38°C .

В анамнезе с 48 лет сахарный диабет 2 типа, контролируется только диетой. Другие хронические заболевания отрицает. Контакта с больными туберкулезом не было. Курит до 1 пачки сигарет в день

около 30 лет.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ - 28 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, влажные. Температура 38,5 °С. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧД – 18 в минуту. В лёгких перкуторно справа ниже угла лопатки незначительное укорочение звука. Аускультативно везикулярное дыхание, справа ниже угла лопатки дыхание ослабленное, там же выслушивается звучная крепитация. Пульс - 95 в минуту, ритмичный. АД - 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный Периферических отёков нет.

Общий анализ крови: эритроциты - $5,4 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $10,2 \times 10^9 /л$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 71%, лимфоциты - 22%, моноциты - 3%. СОЭ - 28 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии.

Анализ мокроты: слизисто-гнояная, без запаха, лейкоциты – 30-40 в поле зрения, эритроциты – не обнаружены, эпителий плоский – 10-25 в поле зрения, эластических волокон нет, ВК не обнаружено. Рентгенография органов грудной клетки: справа в нижнем лёгочном поле (S9) участок инфильтрации лёгочной ткани неоднородной структуры, с нечёткими контурами. Сердце без патологии.

Врач-терапевт участковый поставил диагноз «пневмония». Назначил лечение в амбулаторных условиях: Азитромицин 500 мг 1 раз в день – 3 дня, Ацетилцистеин 600 мг 1 раз в день, Парацетамол 500 мг 3 раза в день.

Вопросы:

1. Правильно ли врач-терапевт участковый поставил и сформулировал диагноз? Обоснуйте свой ответ.
2. Правильно ли врач-терапевт участковый выбрал место лечения пациента? Обоснуйте свой ответ, используя шкалу CRB-65.
3. Правильно ли врач-терапевт участковый выбрал антибактериальный препарат для лечения пневмонии? Обоснуйте свой ответ.
4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.
5. Показано ли пациенту после выздоровления диспансерное наблюдение? Обоснуйте свой ответ.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Врач-терапевт участковый правильно установил нозологию: о наличии пневмонии свидетельствуют характерные симптомы (кашель, лихорадка), признаки синдрома уплотнения лёгочной ткани (локальное притупление лёгочного звука, ослабленное дыхание, крепитация; рентгенологические данные), но формулировка диагноза неполная: не указаны локализация пневмонии, степень тяжести и условия развития, а также сопутствующие заболевания.

Тяжесть пневмонии оценивается по витальным показателям, которые у данного пациента в пределах нормы (ЧДД 18 в минуту, АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС 95 в минуту), следовательно, пневмония имеет нетяжёлое течение. Следует указать сахарный диабет 2 типа, для пациента в возрасте 40–65 лет без тяжёлых макрососудистых осложнений и с низким риском гипогликемии, целевой уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) < 7%. Правильная формулировка диагноза «внебольничная пневмония в нижней доле правого лёгкого (S9), нетяжёлого течения. Сахарный диабет 2 типа, целевой уровень HbA1c < 7%».

2. Выбор врача-терапевта участкового правильный, пациенту показано лечение в амбулаторных условиях, так как по шкале CRB-65 он набирает 0 баллов: пациент в сознании, ЧД и АД в норме, возраст - 51 год.

3. Препарат выбран неверно, так как пациент имеет сопутствующее заболевание (сахарный диабет), поэтому относится ко 2 группе пациентов, которые могут лечиться в амбулаторных условиях. Наиболее вероятными возбудителями пневмонии у этих пациентов являются пневмококк, гемофильная палочка, хламидия, золотистый стафилококк, энтеробактерии. Пациентам 2 группы рекомендовано назначение

ингибиторо-защищённых аминопенициллинов (Амоксициллин + Клавулонат или Амоксициллин + Сульбактам) ± макролид (в том числе Азитромицин), либо респираторных фторхинолонов (Левифлоксацин, Моксифлоксацин).

4. Пациент временно нетрудоспособен. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности (ВН) при нетяжёлой пневмонии 20–21 день.

5. После перенесённой пневмонии пациент находится под диспансерным наблюдением в

течение 6 месяцев, осмотр терапевта проводится 1 раз в 3 месяца. Диспансерное наблюдение необходимо, поскольку острые болезни органов дыхания (БОД) даже у ранее здоровых пациентов являются фактором риска развития хронических БОД. Острые БОД часто развиваются у больных с хроническими БОД, которые могут быть выявлены при дополнительном обследовании пациента в восстановительном периоде после острого процесса.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Больной Н. 49 лет поступил с приёма врача-терапевта участкового в терапевтическое отделение с жалобами на повышение температуры тела до 38,2 °С с ознобом, одышку, кашель со скудной мокротой, боль в правом боку при глубоком дыхании. Болен в течение 5 дней.

Объективно: состояние средней тяжести, цианоз губ, кожные покровы бледные. Левая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, под лопаткой слева укорочение перкуторного звука, там же выслушивается крепитация, частота дыхательных движений (ЧДД) – 25 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс – 100 ударов в минуту, артериальное давление (АД) – 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Отёков нет.

На рентгенограмме в области нижней доли левого лёгкого выявлена инфильтрация.

В гемограмме: гемоглобин – 126 г/л; лейкоциты – 12 тысяч, палочкоядерные – 11%, сегментоядерные – 46%, СОЭ – 38 мм/час.

Больному был назначен Ампициллин 1000000 ЕД в/м 6 раз в сутки. На 5 день лечения состояние больного ухудшилось, температура тела повысилась до 40,1 °С, появилась обильная гнойная мокрота, наросли признаки интоксикации. На компьютерной томографии лёгких в нижней доле слева выявлена полость до 1,2 см в диаметре.

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?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

1. Внебольничная пневмония в нижней доле левого лёгкого. Абсцедирование с прорывом гноя в бронх.
2. Общий анализ мокроты; бактериоскопия и посев мокроты на элективные среды для получения культуры возбудителя; биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, сиаловые кислоты, серомукоид, фибрин, гаптоглобин, аминотрансферазы; спирография; фибробронхоскопия; компьютерная томография лёгких в динамике.
3. Антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины III поколения, фторхинолоны или карбапенемы или макролиды), муколитики, Ацетилцистеин. Лаваж бронхов. При необходимости хирургическое лечение.
4. Бронхоэктатическая болезнь. Центральный рак лёгкого. Туберкулёз лёгкого.
5. До прорыва гноя в бронх характерны высокая лихорадка, ознобы, проливные поты, сухой кашель с болями в груди на стороне поражения, затруднённое дыхание или одышка, при перкуссии – интенсивное укорочение над очагом поражения, аускультативно – ослабленное дыхание с жёстким оттенком, иногда бронхиальное. При осмотре бледность кожи, цианотичный румянец на лице. Вынужденное положение на больной стороне. После прорыва в бронх: приступ кашля с выделением большого количества гнойной зловонной мокроты (до 500 мл).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

Женщина 27 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на выраженную слабость, повышение температуры до 38°С, малопродуктивный кашель.

Из анамнеза: заболела день назад, когда после переохлаждения повысилась температура тела до 38,2°С, появилась слабость, малопродуктивный кашель. Принимала Парацетамол для снижения температуры.

Из анамнеза жизни: росла и развивалась нормально, в детстве перенесла ветряную оспу. Аллергологический анамнез не отягощён.

При осмотре: общее состояние ближе к среднетяжелому. Температура тела - 37,8°С. Сознание ясное. Кожные покровы чистые, обычной окраски, влажные. Периферические лимфатические

узлы не пальпируются. ЧДД - 20 в минуту. Голосовое дрожание справа ниже угла лопатки усилено. При перкуссии грудной клетки справа ниже угла лопатки определяется притупление перкуторного звука, над остальными полями - ясный лёгочный звук. Аускультативно в месте тупости на фоне ослабленного везикулярного дыхания выслушивается крепитация, над остальными лёгочными полями - дыхание везикулярное. ЧСС - 88 ударов в 1 минуту, АД - 125/75 мм рт. ст. Язык влажный, немного обложен белым налётом у корня. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.
5. Врач-терапевт участковый посетил пациентку через 3 суток с момента начала антибактериальной терапии. Пациентка отмечает улучшение самочувствия, снижение температуры до 37,3°C в вечернее время. В общем анализе крови: эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 136 г/л, ЦП - 0,9, тромбоциты - $289 \times 10^9/л$, лейкоциты - $8,7 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, сегментоядерные - 75 %, палочкоядерные -%, лимфоциты - 19%, моноциты - 4%, СОЭ - 25 мм/час. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в нижней доле правого лёгкого инфильтрация лёгочной ткани. Корни лёгких структурны. Какова тактика дальнейшего ведения больной? Какова длительность нетрудоспособности?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

1. Вероятный диагноз «внебольничная пневмония в нижней доле правого лёгкого».
2. Диагноз «внебольничная пневмония» является вероятным, так как он не подтверждён рентгенологически пневмонической инфильтрацией лёгочной ткани, но у пациентки есть 3 клинических признака: острое начало с повышением температуры выше 38 °С, кашель с мокротой, физикальные признаки пневмонии (притупление перкуторного звука, при аускультации на фоне ослабленного везикулярного дыхания - крепитация).
3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, общий анализ мокроты, рентгенограмма органов грудной клетки, у пациентов с дыхательной недостаточностью - пульсоксиметрия, исследование мокроты на микобактерии туберкулёза.
4. Лечение в амбулаторных условиях врачом-терапевтом участковым. Повторные визиты назначаются на 3-4 сутки, 7-10 суток, 14-16 суток. Эмпирическая антибактериальная терапия нетяжёлой внебольничной пневмонии у пациентки в возрасте до 60 лет без сопутствующих заболеваний предполагает назначение Амоксициллина или макролидов внутрь, альтернативными препаратами являются респираторные фторхинолоны. Данных за «атипичную» этиологию пневмонии в данном случае нет, поэтому препаратом выбора является Амоксициллин внутрь по 500 мг 3 раза в сутки, 10 дней. Также надо назначить муколитик - Амброксол по 1 таблетке (30 мг 3 раза в день) 10 дней, Парацетамол по 1 таблетке (500 мг) при повышении температуры выше 38°C.
5. Продолжить антибактериальную терапию. Следующий визит к больной через 7 суток. Длительность нетрудоспособности 16-21 день.

Тема №8: Синдром лихорадки в амбулаторной практике

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Больной Р. 30 лет длительно проживавший в Юго-Восточной Азии, обратился с жалобами на постоянную боль в животе, обильный кашицеобразный стул с примесью слизи и крови. При осмотре: состояние больного средней тяжести. температура 37,3 °С. Пульс - 74 в минуту. Дыхание везикулярное. Язык влажный, обложен серым налётом. Живот несколько вздут, при пальпации болезненный по ходу толстой кишки, отмечается отчётливая болезненность и инфильтрация сигмовидной кишки. Стул калового характера с примесью слизи и крови.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования больного с целью подтверждения

диагноза.

4. Какие препараты Вы бы назначили пациенту в составе комбинированной этиотропной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Перечислите опасные осложнения данного заболевания.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Острый кишечный амёбиаз, средней степени тяжести.

2. Пребывание в эндемичной местности, отсутствие интоксикации, синдром колита (болезненность по ходу толстой кишки, болезненность и инфильтрация сигмовидной кишки) стул калового характера с примесью слизи и крови позволяют заподозрить кишечный амёбиаз.

3. Гемограмма: анемия, лейкоцитоз, эозифилия, моноцитоз и лимфоцитоз, ускоренное СОЭ. Паразитологическое исследование: мазки кала *ex tempore* на наличие простейших - у больных кишечным амёбиазом выявляются трофозоиты *Entamoeba histolytica*.

4. Метронидазол (Трихопол, Тинидазол): с целью эрадикации инвазивных форм дизентерийных амёб. Этофамид: с целью эрадикации просветных форм дизентерийных амёб.

5. Осложнения:

- Кишечное кровотечение.
- Перфорация стенки кишки.
- Абсцессы печени и других органов.
- Кишечная непроходимость.
- Амебома.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Мужчина 32 лет, рабочий мясокомбината, обратился с жалобами на упорные боли в пояснице, длительное повышение температуры. Считает себя больным в течение года. При первичном обращении к врачу-терапевту участковому был поставлен диагноз «грипп».

При обследовании отмечается выраженная болезненность по ходу седалищного нерва, в подкожной клетчатке пояснично-крестцовой области пальпируются плотные болезненные образования вытянутой формы, положительный симптом Лассега, увеличены печень и селезёнка.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие методы реабилитации Вы рекомендуете пациенту? Обоснуйте свой выбор.

5. Какое этиотропное лечение должен был получить данный пациент при правильной постановке диагноза при первичном обращении за медицинской помощью?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Вторично-хронический бруцеллёз, обострение. Пояснично-крестцовый радикулит.

2. Диагноз установлен на основании данных эпидемиологического анамнеза (работник мясокомбината) и анамнеза заболевания (болен более года, а вначале заболевания был острый период с симптомами лихорадки и, вероятно, с миалгиями и артралгиями, что позволило ошибочно заподозрить грипп) и с учётом данных настоящего времени: симптомы пояснично-крестцового радикулита (имеется симптом Лассега), наличия фиброзитов в поясничной области и гепатолиенального синдрома.

3. Необходимо назначить анализы крови на реакции Райта и Хеддельсона и провести кожно-аллергическую пробу Бюрне. Дополнительно назначить рентгенографию позвоночника для выявления возможных поражений тел позвонков и межпозвонковых дисков.

4. После стихания обострения (больной должен получить терапию антибиотиками, противовоспалительными средствами, физиотерапию) через 6 месяцев пациента можно направить на санаторно-курортное лечение. Показаны грязевые и бальнеологические курорты для лечения больных с патологией опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы.

5. Лечение остро-септической формы бруцеллёза проводится назначением

длительных курсов антибиотикотерапии (не менее 4-6 недель). Препараты выбора фторхинолоны, аминогликозиды, тетрациклины.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

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, периодическое повышение температуры до субфебрильных цифр.

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. 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 минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 74 в 1 минуту; 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)4847 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 – 4,641012/л; лейкоциты – 6,74109/л; нейтрофилы – 4,44109/л; лимфоциты – 1,54109/л; моноциты – 0,464109/л; эозинофилы – 0,284109/л; базофилы – 0,064109/л; Hb – 144 г/л; тромбоциты – 2424109/л; СОЭ – 22 мм/ч.

Биохимия крови: общий билирубин – 36 мкмоль/л; непрямого 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-фетопротеин – 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%.

Иммуноферментный анализ (исследование крови на маркеры гепатитов В, С): анти-

НСV– 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 в сыворотке крови - 7,2 г/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 СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

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: РНК HCV - 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. Симепревир 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 врачом-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 врача-гастроэнтеролога.

Тема №9: Веление больных с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний в амбулаторных условиях

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

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 типа.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Гиперстенического 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 СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

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)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

На повторном приёме мужчина 47 лет. Две недели назад он перенёс респираторную вирусную инфекцию, по поводу которой обращался к врачу-терапевту участковому и во время осмотра у него было обнаружено повышенное АД до 164/98 мм рт. ст. Пациент вспоминает, что ранее ему говорили о «повышенном давлении», но значений АД он не помнит, со слов, лечения рекомендовано не было. В настоящее время пациент чувствует себя хорошо, жалоб не предъявляет. Пациент не курит, алкогольные напитки употребляет «как все», то есть «по праздникам, и, может, пару бутылок пива по выходным». Регулярными физическими упражнениями не занимается, работа малоподвижная. Отец умер от инсульта в возрасте 69 лет, мать жива и, со слов пациента, здорова, в возрасте 72 лет. У него два старших брата, и он не осведомлен о наличии у них каких-либо хронических заболеваний. При осмотре: рост -177 см, масса тела -84 кг, окружность талии -103 см, температура тела 36,7 °С. Кожные покровы обычной окраски, дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания - 14 в минуту. Границы относительной сердечной тупости слева –на 1 см влево от левой срединно-ключичной линии, справа –по правому краю грудины, тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС -78 в минуту. АД -на

левой руке 156/96 мм рт. ст., на правой руке –152/98 мм рт. ст. По остальным органам и системам без отклонений от нормы.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие нефармакологические методы лечения следует рекомендовать пациенту?
5. Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств возможно рекомендовать пациенту? Обоснуйте свой выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Гипертоническая болезнь 1 стадии, артериальная гипертензия 1 степени, риск 2 (умеренный).

2. Под гипертонической болезнью принято понимать хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является артериальная гипертензия (АГ), не связанная с наличием патологических процессов, при которых повышение АД обусловлено известными, в современных условиях часто устраняемыми причинами (симптоматические АГ). У пациента дважды с интервалом две недели зарегистрировано АД, превышающее 140 мм рт.ст. для систолического и 90 мм рт.ст. для диастолического, кроме того имеются анамнестические указания на повышенное АД, что позволяет утверждать стойкий характер повышения АД. Очевидных признаков симптоматической (вторичной) артериальной гипертензии не имеется, что позволяет считать диагноз гипертонической болезни (эссенциальной гипертензии) правомерным. АГ классифицируется на степени в зависимости от уровня систолического (САД) и диастолического (ДАД) давления (мм рт.ст.): У пациента и САД и ДАД соответствуют степени АГ. У пациента имеются 2 установленных фактора риска – мужской пол и абдоминальное ожирение (окружность талии ≥ 102 см). Сочетание 2 факторов риска и 1 степени АГ соответствуют умеренному кардиоваскулярному риску. При обнаружении при обследовании дополнительных факторов риска и/или бессимптомного поражения органов-мишеней риск должен быть стратифицирован повторно и может быть оценён как «высокий».

3. После выявления АГ следует обследовать пациента на предмет исключения симптоматических АГ, определить степень и стадию АГ, а также кардиоваскулярный риск. При обследовании больного АГ необходимо идти от простых методов исследования к более сложным. На первом этапе выполняют рутинные исследования, обязательные у каждого больного для диагностики АГ. Если на этом этапе у врача отсутствуют основания подозревать вторичный характер АГ и полученных данных достаточно для чёткого определения группы риска пациента и, соответственно, тактики лечения, то на этом обследовании может быть закончено. На втором этапе рекомендуются дополнительные исследования для уточнения формы вторичной АГ, оценки факторов риска, поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний. Обязательные исследования: общий анализ крови и мочи; определение микроальбуминурии (при отсутствии протеинурии); содержание в плазме крови глюкозы (натощак); содержание в сыворотке крови общего холестерина, холестерина ЛПВП и ЛПНП, триглицеридов (липидный профиль), креатинина, расчёт скорости клубочковой фильтрации СКФ; содержание в сыворотке крови мочевой кислоты, калия и натрия; ЭКГ в 12 отведениях. Исследования, рекомендуемые дополнительно, в зависимости от анамнестических данных, находок при физикальном обследовании и результатов обязательных исследований: гликированный гемоглобин (HbA1c) при уровне глюкозы в плазме крови $>5,6$ ммоль/л или сахарном диабете в анамнезе; количественная оценка протеинурии (если тест-полоски дают положительный результат) в пересчёте на креатинин мочи, концентрация калия и натрия в моче и их отношение; домашнее и суточное амбулаторное мониторирование АД; ЭхоКГ; нагрузочные пробы (стресс-тесты) в случае выявления признаков стабильной ишемической болезни сердца; холтеровское мониторирование в случае обнаружения нарушений ритма сердца; исследование глазного дна; УЗИ почек и надпочечников; УЗИ брахиоцефальных и почечных артерий; определение лодыжечно-плечевого индекса; определение скорости пульсовой волны (показатель ригидности магистральных артерий).

4. Немедикаментозные методы, которые следует рекомендовать пациенту:

нормализация массы тела для достижения ИМТ <25 кг/м², следует рекомендовать снижение массы тела на 6 кг и уменьшение объёма талии до менее 102 см; ограничение потребления алкогольных напитков менее 20–30 г/сут. в пересчёте на чистый алкоголь; увеличение физической нагрузки – регулярная аэробная (динамическая) физическая нагрузка по 30–40 мин. 5–

7 раз в неделю; снижение потребления поваренной соли до 5–6 г/сут.; изменение режима питания с увеличением потребления растительной пищи, молочных продуктов низкой жирности, увеличением в рационе калия, кальция (содержатся в овощах, фруктах, зерновых) и магния (содержится в молочных продуктах), а также уменьшением потребления животных жиров.

6. В настоящее время для лечения АГ рекомендованы 5 основных классов препаратов: ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, блокаторы рецепторов ангиотензина, блокаторы медленных кальциевых каналов (антагонисты кальция), β -адреноблокаторы, диуретики (тиазидные, Хлорталидон и Индапамид). На выбор препарата могут повлиять многие факторы, наиболее важными из которых являются: наличие у больного определенных факторов риска, поражение органов-мишеней, сахарный диабет, хроническая болезнь почек, сопутствующие заболевания, при которых необходимо назначение или ограничение применения различных классов препаратов, предыдущие индивидуальные реакции больного на препараты различных классов, вероятность взаимодействия с лекарствами, которые пациенту назначены по другим поводам, социально-экономические факторы, включая стоимость лечения. Результатами многоцентровых рандомизированных исследований доказано, что ни один из основных классов препаратов не имеет существенного преимущества, как в плане снижения АД, так и эффективности снижения кардиоваскулярного риска и смерти. Уменьшение риска больше зависит от величины, на которую снижается АД, чем от используемого класса препарата, и невозможно точно предсказать, какой препарат будет максимально эффективен у конкретного пациента. Поскольку у данного пациента не выявлены перечисленные важные факторы выбора определённого класса препаратов, то ему возможно назначение любого из 5 основных классов препаратов и выбор любого следует признать правильным

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Мужчина 52 лет, археолог, обратился на приём к врачу-терапевту участковому для проведения дополнительного обследования после второго этапа диспансеризации.

Из анамнеза известно, что наследственность по ССЗ отягощена по материнской линии (ГБ с 50 лет, ОНМК в 60 лет). Пациент курит около 30 лет, до 1,5 пачек сигарет в день. Употребляет алкоголь – примерно 100 мл крепких напитков в неделю. Рацион питания с избыточным содержанием животных жиров и углеводов. В течение 9 месяцев в году ведет малоподвижный образ жизни, а в течение 3 месяцев – с большими физическими нагрузками.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост – 176 см, вес – 101 кг (индекс массы тела – 32,8 кг/м²). Окружность талии – 108 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Ксантом нет. Периферических отёков нет. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над аортой. АД – 130/80 мм рт. ст. ЧСС – 70 ударов в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Поколачивание в проекции почек безболезненно с обеих сторон.

В анализах: общий холестерин - 5,8 ммоль/л, ТГ - 4,1 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 0,9 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 3,22 ммоль/л; глюкоза натощак - 6,2 ммоль/л, тест толерантности к глюкозе: глюкоза через 2 часа - 7,9 ммоль/л, HbA1c - 6,3%, креатинин - 63 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕП) - 108 мл/мин.

Вопросы:

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

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

1. Ожирение I ст. Дислипидемия IV типа. Нарушение толерантности к глюкозе (метаболический синдром)
2. Диагноз метаболического синдрома установлен на основании наличия ожирения, степень ожирения определена по критериям ВОЗ, ИМТ - 32,8 кг/м², окружность талии - 108 см.
3. Дислипидемия определена по классификации Фредрексона (повышение уровня ТГ, снижения уровня ЛПВП).
4. Нарушенная толерантность к глюкозе определена на основании гипергликемии натощак и после нагрузки глюкозой, а также уровня HbA1c.

5. Пациенту рекомендовано ЭКГ; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий для оценки ремоделирования сосудистой стенки, выявления атеросклероза, стенозов. Проведение суточного мониторирования АД.
6. Целевые значения липидного спектра достигнуты не были. В связи с недостаточной эффективностью немедикаментозного лечения необходимо рассмотреть вопрос о дополнительном назначении статинов: Розувастатин 10 мг или Аторвастатин 10 мг. Перед этим необходимо оценить содержание АЛТ, АСТ, КФК. Назначение фибратов в качестве препаратов выбора у данного пациента не показано.
7. Через 4-6 недель лечения следует оценить переносимость и безопасность лечения (повторный анализ крови на липиды, АСТ, АЛТ, КФК). При отсутствии побочных эффектов через 3, 6 месяцев следует провести повторный анализ крови на липиды, АСТ, АЛТ, КФК. Впоследствии контроль не реже 1 раза в год: оценка АД, риска SCORE, АСТ, АЛТ, КФК, глюкозы крови натощак, HbA1c, креатинина, ЭКГ. 1 раз в 3 года ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

Пациент А. 54 лет проходит диспансеризацию (1 и 2 этапы). По данным анкеты курит по 1 пачке сигарет в сутки в течение 8 лет, тратит на ходьбу в умеренном темпе менее 30 минут в день, не употребляет ежедневно фрукты и овощи в количестве 400 г, употребляет более 6 чайных ложек сахара или варенья в день, не обращает внимания на содержание жира/холестерина в продуктах при покупке (на этикетках) или при приготовлении пищи. Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, чистые, ритм правильный. Частота сердечных сокращений – 72 в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот увеличен в объёме за счёт подкожной жировой клетчатки, мягкий при пальпации, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются. Индекс массы тела – 31 кг/м² Окружность талии – 108 см. Клинический анализ крови и мочи в норме. ОХС – 6,1 ммоль/л, ХС ЛПВП – 1,4 ммоль/л, ТГ – 2,4 ммоль/л, ХС ЛПНП – 3,6 ммоль/л. Глюкоза крови – 4,8 ммоль/л. Флюорография без патологических изменений.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Оцените абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск, если по шкале SCORE риск составляет 5%. Обоснуйте ваш ответ.
4. По итогам 2 этапа диспансеризации оцените группу состояния здоровья пациента. Обоснуйте Ваше решение.
5. Дайте рекомендации пациенту и укажите дальнейшую тактику врача-терапевта участкового.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

1. Ожирение абдоминальное 1 степени. Гиперлипидемия IIa типа умеренная.
2. Ожирение абдоминальное 1 степени поставлено на основании осмотра и данных антропометрии (увеличение живота, индекса массы тела более нормы (до 24,9 кг/м²) и более чем избыточное питание (25-29,9 кг/м²)), окружности талии – более 102 см. Гиперлипидемия IIa типа умеренная выставлена на основании данных лабораторных исследований: ОХС повышен (норма – до 5 ммоль/л); ХС ЛПВП нормальный (для мужчин нижняя граница нормы – 1 ммоль/л), ТГ умеренно повышены (норма – менее 1,7 ммоль/л, умеренное повышение – 2,2-4,5 ммоль/л), ХС ЛПНП умеренно повышен (норма – менее 3 ммоль/л, умеренное повышение – 3-3,9 ммоль/л).
3. Абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск высокий. Высокий риск по шкале SCORE считается при уровне 5-9%.
4. Пациент отнесён ко 2 группе состояния здоровья, так как не выявлены хронические неинфекционные или иные заболевания, при которых необходимо диспансерное наблюдение у врача-терапевта или врача-специалиста, но выявлены факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний (курение, ожирение, малоподвижный образ жизни, нерациональное питание) при высоком абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске.
5. Необходимо провести краткое профилактическое консультирование по изменению образа жизни, которое включает рекомендации по изменению образа жизни (отказаться от курения, снизить потребление легко усвояемых углеводов и жиров, увеличить потребление фруктов и

овощей до 400 г в сутки, увеличить физическую активность - ходьба на работу в обычном или ускоренном темпе не менее 30 минут в день). Направить пациента в кабинет медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углублённого индивидуального или группового консультирования. Пациент подлежит диспансерному наблюдению в кабинете медицинской профилактики или центре здоровья по I группе диспансерного наблюдения с целью контроля устранения имеющихся факторов риска.

Тема №10: Кардиалгия в практике врача-терапевта

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Пациент Р. 55 лет, слесарь, обратился к терапевту с жалобами на сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство, преимущественно возникающие при быстрой ходьбе или при подъёме по лестнице более чем на один пролет в обычном темпе, купирующиеся приёмом 1 таблетки нитроглицерина сублингвально. Из анамнеза известно, что впервые загрудинные боли возникли около двух лет назад, с тех пор выраженного прогрессирования заболевания не отмечал.

Вредные привычки: курит в течение длительного времени по 2 пачки в сутки; злоупотребляет алкоголем. Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Рост – 162 см, вес – 95 кг. ИМТ – 36,2 кг/м². Гиперстеническое телосложение.

Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски и обычной влажности.

Периферических отёков нет. В лёгких дыхание жёсткое, проводится во все отделы, хрипов нет.

ЧДД 18 в мин. При перкуссии определяется смещение левой границы относительной тупости сердца влево на 0,5 см. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 130/80 мм рт.ст. ЧСС – 87 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, увеличен в объеме за счёт подкожно-жирового слоя. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме. В анализах: общий холестерин – 6,2 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,8 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 4,2 ммоль/л. На ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 76 уд/мин. Отклонение ЭОС влево. Гипертрофия левого желудочка.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте лечение и обоснуйте.
5. При проведении стресс-эхокардиографии выявлено ухудшение локальной сократимости миокарда в 4 сегментах. Ваша тактика ведения?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

1. ИБС: стенокардия напряжения ФКЗ. Ожирение 2 степени. Дислипидемия IIb типа.
2. Диагноз «ИБС: стенокардии напряжения» установлен на основании типичного болевого синдрома (сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство), связь боли с физической нагрузкой (возникают во время быстрой ходьбы или при подъёме по лестнице на 2 пролёта в обычном темпе), исчезновение боли после приёма нитратов (купируются приёмом 1 таблетки Нитроглицерина сублингвально). Принимая во внимание данные анамнеза, что приступы стенокардии с течением времени не прогрессируют, также служит доказательством того, что у пациента стенокардия напряжения. Диагноз «дислипидемии 2b типа» установлен на основании повышения концентраций ЛПНП и триглицеридов в липидном спектре крови. На основании результатов ИМТ, равному 36,2 кг/м², установлен диагноз ожирения 2 степени.
3. Пациенту рекомендовано проведение трансторакальной ЭХО-КГ, суточное мониторирование ЭКГ.
4. 1) Бета-адреноблокаторы - за счёт блокады бета1-адренорецепторов в сердце предотвращают кардиотоксическое действие катехоламинов, снижают ЧСС, сократимость и АД, что приводит к уменьшению потребности миокарда в кислороде. Улучшение перфузии ишемизированных отделов миокарда при их назначении также обусловлено удлинением диастолы и «обратным коронарным обкрадыванием» вследствие увеличения сосудистого сопротивления в

неишемизированных областях миокарда - например, Бисопролол в стартовой дозе 2,5-5 мг в день.

2) Блокаторы медленных кальциевых каналов - воздействие на гладкомышечные клетки сосудов приводит к расширению сосудов и уменьшению ОПСС, что обеспечивает снижение АД; расширение коронарных артерий обуславливает антиангинальное действие БКК; вызывают дозозависимое снижение сократимости миокарда (отрицательный инотропный эффект), что сопровождается антигипертензивным и антиангинальным действием (снижение потребности миокарда в кислороде) - например, Верапамил в стартовой дозе 40 мг 3 раза в день или Амлодипин в стартовой дозе 5 мг в день.

3) Пролонгированные нитраты - проникая в гладкомышечные клетки, служат источником оксида азота, который способствует расслаблению гладкомышечных клеток сосудов независимо от способности клеток эндотелия вырабатывать эндогенный оксид азота. Нитраты способствуют расширению коронарных артерий и артериол, что приводит к улучшению кровоснабжения субэндокардиальных слоёв миокарда и увеличению коллатерального кровотока; воздействуют на сосуды большого круга кровообращения, вызывая расширение как периферических венозных сосудов, депонирующих кровь, так и артериол, соответственно уменьшаются преднагрузка, постнагрузка и напряжение стенок желудочков сердца, что приводит к снижению потребности миокарда в кислороде) - например, изосорбида мононитрат в стартовой дозе 10 мг 2 раза в день.

3) Антиагреганты - препятствуют тромбообразованию за счет угнетения функциональной активности тромбоцитов, например, ацетилсалициловая кислота 75 мг в день;

4) Статины - снижение активности фермента 3-гидрокси- 3- метилглутарил-коэнзим А-редуктазы сопровождается уменьшением внутриклеточного содержания холестерина(ХС) в печеночных клетках с увеличением количества рецепторов к ЛПНП на их поверхности, которые распознают, связывают и выводят из кровотока ХС ЛПНП, например, аторвастатин в стартовой дозе 10 мг в сутки.

5. Коронароангиография с решением вопроса о возможности проведения чрескожного коронарного вмешательства, т. к. нарушение локальной сократимости миокарда при проведении стресс-эхокардиографии указывает на нарушение перфузии миокарда.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Мужчина 40 лет обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику с жалобами на эпизодически возникающие давящие боли за грудиной, длительностью 5-10 минут без иррадиации, не снимающиеся приёмом Нитроглицерина, появляющиеся как в покое, так и при нагрузке, головокружение, периодические обмороки. Из анамнеза: указанные симптомы беспокоят около года. Наследственный анамнез: брат и отец умерли в молодом возрасте от заболевания сердца. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Рост - 170 см, масса тела - 70 кг. Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД -18 в минуту. Сердце расширено влево на 2 см, верхушечный толчок усилен. Тоны сердца приглушены, на верхушке и у левого края грудины довольно грубый систолический шум, уменьшается к основанию, на сосуды шеи не проводится. АД - 130/90 мм рт. ст. ЧСС - 80 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Отёков нет. ЭКГ: ритм синусовый 80 в минуту, признаки выраженной гипертрофии и перегрузки левого желудочка, инверсия зубца Т.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования на амбулаторном этапе.
4. Составьте план лечения в условиях поликлиники.
5. Объясните, почему Нитроглицерин неэффективен и плохо переносится пациентом?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия. ХСН-0.
2. Диагноз «гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия» установлен на основании наличия у пациента нетипичных ангинозных болей, головокружения, синкопальных состояний, отягощённого наследственного анамнеза, типичных изменений гемодинамики, признаков гипертрофии левого желудочка по данным объективного обследования и ЭКГ.
3. Анализ крови общий. Анализ мочи общий. Биохимический анализ крови (глюкоза, липидограмма, АСТ, АЛТ, общий белок, белковые фракции, калий, натрий, креатинин).

Электрокардиография. Эхокардиография. Рентгенография органов грудной клетки. Консультация врача-кардиолога.

4. При подтверждении диагноза: - ограничение значительных физических нагрузок; - В-адреноблокаторы (Метопролол, Бисопролол) с подбором эффективных и переносимых доз, при недостаточном эффекте - недигидропиридиновые антагонисты кальция (Верапамил); - для определения показаний к хирургическому лечению необходима консультация врача-кардиолога (врача-сердечно-сосудистого хирурга).

5. Нитроглицерин является периферическим вазодилататором, уменьшает наполнение левого желудочка в диастолу, ухудшает коронарное и мозговое кровообращение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Больной 45 лет, водитель автобуса, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на периодически возникающие давящие боли за грудиной при обычной ходьбе на 200-300 м, подъёме на 1 этаж по лестнице, купируются в покое через 5-10 мин, сопровождаются слабостью, головокружением. Считает себя больным около 3 лет. В течение предшествующей недели при незначительной физической нагрузке стали возникать приступы сердцебиения с кратковременными синкопальными состояниями.

Из анамнеза жизни: отец больного умер внезапно в возрасте 40 лет.

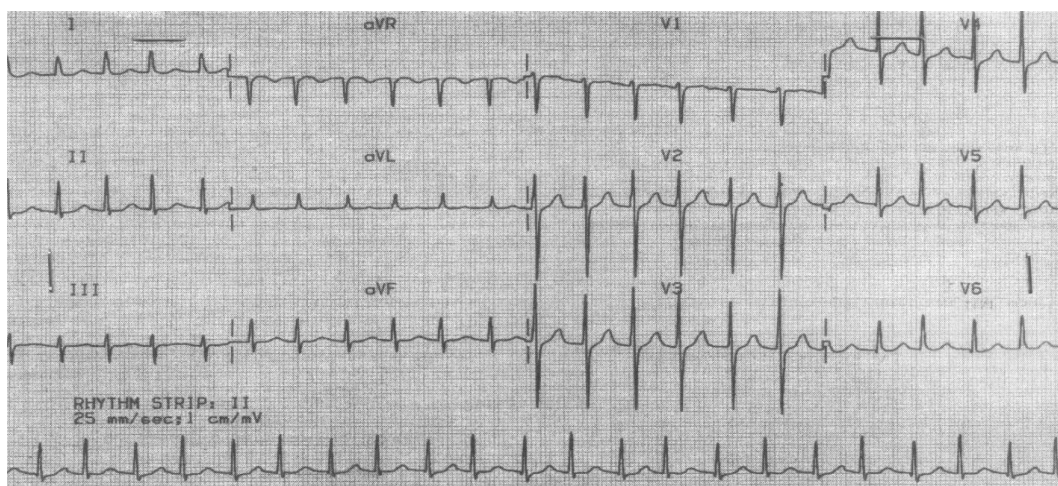
Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы видимые слизистые бледные, чистые, нормальной влажности. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании. Перкуторно над лёгкими ясный лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 170 в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Верхушечный толчок усилен, резистентный, определяется в V межреберье на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая на 1,0 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - по среднеключичной линии. Аускультативно: ритм правильный, I тон на верхушке ослаблен, ЧСС - 120 в минуту, систолический шум во II межреберье справа. Соотношение II тонов на основании сердца не изменено. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

В анализах: гемоглобин - 136 г/л, эритроциты - $4,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $5,7 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 52%, лимфоциты - 35%, моноциты - 6%, СОЭ - 6 мм/ч.

Билирубин общий - 8,8 мкмоль/, креатинин - 0,096 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, общий холестерин - 5,9 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л.

ЭхоКГ: ПЖ - 20 мм (норма - до 23 мм), КДР ЛЖ - 33 мм (норма - до 55 мм), КСР ЛЖ - 26 мм (норма - до 35 мм), ЛП - 41 мм (норма - до 40 мм), МЖП - 21 мм (норма - до 11 мм), ЗСЛЖ - 10 мм (норма - до 11 мм); ФВ - 70% (N - 60-70%); Ao - 35 мм. Переднесистолическое движение передней створки митрального клапана и соприкосновение ее в диастолу с МЖП, среднесистолическое прикрытие створок клапана аорты, трансортальный градиент - 8,0 (норма - 5,0). Трикуспидальный клапан, клапан лёгочной артерии - без изменений.

Записана ЭКГ.



Вопросы:

1. Выделите синдромы, назовите основные механизмы их возникновения.
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
3. Сформулируйте диагноз.
4. Составьте план дополнительных обследований.
5. Назначьте лечение.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

1. Синдромы: малого сердечного выброса, подклапанного аортального стеноза, нарушения ритма, ангинозный болевой (относительной коронарной недостаточности).
2. Механизм болевого синдрома: относительная коронарная недостаточность. Синкопальное состояние: обструкция выносящего тракта левого желудочка и возможно пароксизмальные нарушения ритма.
3. ГКМП, ИБС: стенокардия, ПИКС, пароксизмальные нарушения ритма; аортальный стеноз ревматической этиологии.
4. ГКМП, асимметричная, субаортальный стеноз. Пароксизмальная тахикардия, Синкопальные состояния.
5. Коронарография, суточное мониторирование ЭКГ.
6. Ограничить физические нагрузки, β -блокатор, амиодарон. Возможно хирургическое лечение.

Тема №11: «Недостаточность кровообращения в амбулаторной практике»**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1**

Больной К. 48 лет, экономист, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сжимающие боли за грудиной и в области сердца, иррадиирующие в левое плечо, возникающие при ходьбе через 100 метров, иногда в покое, купирующиеся приёмом 1-2 таблетками Нитроглицерина через 2-3 минуты, одышку, сердцебиение при незначительной физической нагрузке. Боли в сердце впервые появились около 5 лет назад. Принимает Нитроглицерин для купирования болей, Кардикет 20 мг 2 раза в день – для профилактики болей в сердце, Аспирин 100 мг на ночь. Принимал статины около двух лет, последние два года не принимает. За последние полгода снизилась переносимость физической нагрузки. Больной курит около 20 лет, по 1 пачке в день. Наследственность: отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда.

Общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Периферических отёков нет. ЧДД - 18 в минуту, в лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии: правая - правый край грудины IV межреберье, верхняя – III межреберье, левая – на 1,0 см кнутри от левой среднеключичной линии V межреберье. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над аортой. ЧСС – 82 удара в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст. Печень и селезёнка не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Липиды крови: общий холестерин - 6,8 ммоль/л; триглицериды – 1,7 ммоль/л; холестерин липопротеинов высокой плотности – 0,9 ммоль /л.

ЭКГ в покое: ритм - синусовый, ЧСС – 80 ударов в минуту. ЭОС не отклонена. Единичная желудочковая экстрасистола.

Эхо-КГ: уплотнение стенок аорты. Толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) – 1,0 см; толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) - 1,0 см. Камеры сердца не расширены. Фракция выброса левого желудочка (ФВ) - 57%. Нарушения локальной и глобальной сократимости левого желудочка не выявлено.

ВЭМ-проба: при выполнении первой ступени нагрузки появилась сжимающая боль за грудиной, сопровождающаяся появлением депрессии сегмента ST до 3 мм в I, II, V2-V6, исчезнувших в восстановительном периоде.

Коронароангиография: стеноз в/3 левой коронарной артерии - 80%, с/3 огибающей артерии - 80%.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Проведите обоснование клинического диагноза.
3. Назовите основные факторы риска атеросклероза.

4. Назначьте немедикаментозное и медикаментозное лечение.
5. Есть ли показания к хирургическому лечению в данном случае?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. ИБС: Стенокардия напряжения III ФК. ХСН I ст. II ФК.
2. Диагноз «ИБС: Стенокардия напряжения III ФК» поставлен на основании: характера боли – сжимающая, локализации боли – за грудиной, иррадиации – в левое плечо, условий возникновения боли – связь с физической нагрузкой (боли возникают при ходьбе до 500 м, иногда в покое – это характерно для III ФК стенокардии), купирование болей Нитроглицерином – в течение 2-3 минут. Боли в сердце отмечает в течение 5 лет, последние полгода - снижение переносимости физической нагрузки, следовательно, стенокардия стабильная. Диагноз «ХСН I ст. II ФК» поставлен на основании того, что симптомы ХСН (одышка, сердцебиение) появляются при умеренной физической нагрузке; покое гемодинамика не нарушена.
3. Возраст: мужчины старше 45 лет, женщины старше 55 лет или с ранней менопаузой; курение; артериальная гипертензия: АД >140/90 мм рт. ст. или постоянный прием антигипертензивных препаратов; сахарный диабет II типа: глюкоза крови натощак более 6,0 ммоль/л; абдоминальное ожирение: окружность талии у мужчин >94 см, у женщин >80 см; семейная гиперлипидемия по данным анамнеза: Ia, Ib, или III тип; хроническое заболевание почек: ХПН со снижением СКФ < 60 мл/мин или гломерулонефрит, тубулоинтерстициальный нефрит, пиелонефрит.
4. Немедикаментозное лечение ИБС: воздействие на факторы риска - гипохолестериновая диета, прекращение курения, достаточная физическая активность. Фармакотерапия: Нитроглицерин – для купирования приступа стенокардии + 1) препараты, улучшающие качество жизни: антиангинальная терапия: а) препараты первой линии: β-адреноблокаторы, блокаторы медленных кальциевых каналов; б) препараты второй линии: нитраты пролонгированного действия (Кардикет 20 мг 2 раза в день, Моночиннквертард 50 мг 1 раз в день), блокаторы If каналов (Кораксан 5 мг 2 раза в день), активаторы калиевых каналов (Никорандил 10-20 мг 3 раза в день), цитопротекторы (Триметазидин 7 мг 2 раза в день), блокаторы медленного натриевого тока (Ранолазин 5000 мг 2 раза в день); 2) препараты, улучшающие прогноз заболевания: антиагреганты (Ацетилсалициловая кислота 75-100 мг в сутки), гиполипидемические препараты (Розувастатин 10 мг 1 раз в день или Аторвастатин 20 мг 1 раз в день), и-АПФ (Периндоприл - 8 мг 1 раз в день).

Показания к хирургическому лечению у данного больного имеются. Об этом свидетельствуют данные коронарографии: стеноз в/3 левой коронарной артерии - 80%, с/3 огибающей артерии - 80%. При одно- и двухсосудистом поражении с нормальной фракцией выброса левого желудочка показаны чрезкожная транслюминальная коронарная ангиопластика и стентирование

СИТУАЦИОННАЯ 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 кнаружи 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 СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

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: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, Эхокардиография, рентгенография органов грудной клетки.
4. Ингибиторы АПФ, Дигоксин, бета-адреноблокаторы, диуретики.
5. Необходимо направить больную на консультацию к врачу-сердечно-сосудистому хирургу для обсуждения хирургической коррекции порока.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Больной К. 24 лет, студент, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на одышку при ходьбе до 100 м, усиление одышки в горизонтальном положении, сердцебиение, общую слабость, отёки 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. Отёки 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 снаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая - на 2 см снаружи 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, ЧСС - 122 удара в 1 минуту, АД - 100/80 мм рт. ст., средний пульс - 105 в минуту, 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, ЧЖС - 132 в 1 минуту.

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 СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

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 Р, нерегулярный ритм (разные по продолжительности интервалы RR), узкие комплексы QRS (у большинства больных), наличие волн фибрилляции f.
4. Показаны диуретики, ингибиторы АПФ (или блокаторы рецепторов ангиотензина II), β-адреноблокаторы (Бисопролол, Метопролол-ретард, Карведилол), антагонисты альдостерона, сердечные гликозиды, антикоагулянты.
5. Учитывая данные ЭХОКГ-исследования (значительное снижение ФВ левого желудочка и дилатацию левых камер сердца, в первую очередь, левого предсердия) пациент в восстановлении сердечного ритма не нуждается.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

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 °С. Вследствие нарастания слабости, прекратил приём Карведилола, использовал обильное питьё, витамины. Состояние ухудшилось.

Объективно: вес - 76 кг, рост - 168 см. Цианоз. При аускультации: застойные хрипы 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?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

1. Дилатационная кардиомиопатия. Желудочковая экстрасистолия. Хроническая сердечная недостаточность II Б стадии ФК III.
 2. Согласно анамнезу, 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). 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.
 3. 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
 4. 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.
- 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.

Тема №12: «Нарушения ритма в амбулаторной практике»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Больной 75 лет на приёме у врача-терапевта участкового предъявляет жалобы на приступы головокружения, иногда с кратковременной потерей сознания, участвовавшие 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?
3. Среди каких сходных состояний требуется провести дифференциальную диагностику?
2. Какой метод купирования данного неотложного состояния, проявляющегося обмороками, является наиболее эффективным?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. ИБС. Стенокардия напряжения, функциональный класс II. Полная атриовентрикулярная блокада. Приступы Морганьи-Адамса-Стокса. НИПБ, 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 2

Больной Ф. 78 лет вызвал врача-терапевта участкового 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 ударов в минуту. 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 ударов в минуту, дефицит пульса. АД – 130/80 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется, размеры по Курлову – 9Ч8Ч7 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:

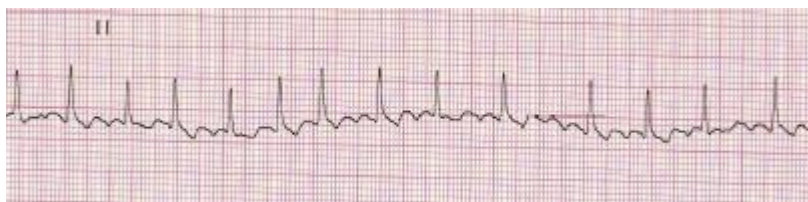
1. Какое нарушение ритма у больного?
2. С какими наджелудочковыми аритмиями необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования вы назначите больному? Обоснуйте ответ.
4. На основании каких параметров оценивается риск развития инсульта и системных тромбоэмболий (ТЭО) 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.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. На основании ЭКГ, зарегистрированной во время приступа аритмии, 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, тахиаритмическая 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 3

Пациент К. 50 лет обратился к врачу-терапевту участковому 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 ритмичные, 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 °С. 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?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

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. Новокаинамид 1000 мг внутривенно капельно или Амиодарон 300 мг внутривенно капельно или Пропафенон 450-600 мг внутрь.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

Больная М. 52 лет, бухгалтер, госпитализирована с жалобами на неритмичное сердцебиение, общую слабость, головокружение, быструю утомляемость, одышку при ускоренной ходьбе.

Анамнез заболевания: в течение 15 лет отмечает повышение артериального давления до максимальных 190/120 мм рт. ст. Регулярно принимает Эналаприл 10 мг 2 раза в сутки, Амлодипин 5 мг вечером. Адаптированным давлением считает 140/100 мм рт. ст. Болей в грудной клетке никогда не отмечала. Ухудшение состояния отмечает в течение 3 дней, когда впервые в жизни появились вышеописанные жалобы. Учитывая их прогрессирующий характер, вызвала скорую помощь.

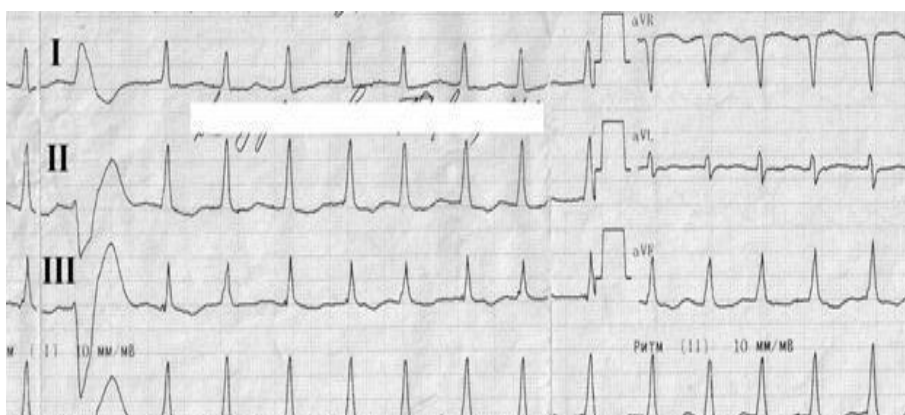
Объективно: сознание ясное, активна. Отёков нет. Рост - 178 см, вес - 107 кг. Отложение подкожно-жирового слоя на бёдрах и животе. Кожные покровы повышенной влажности. Грудная клетка гиперстеническая. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Область сердца не изменена. Левая граница сердца – на 2 см снаружи от срединно-ключичной линии в V межреберье слева. Тоны сердца неритмичные. ЧСС - 121 ударов в минуту. АД в покое сидя - 170/115 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях симметричный, неритмичный, неравномерный с частотой 100 ударов в минуту.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные.

Липидограмма: общий ХС - 5,9 ммоль/л (норма менее 5,0 ммоль/л), ХС ЛНП - 3,5 ммоль/л (норма - менее 3,0 ммоль/л), ХС ЛВП - 0,9 ммоль/л (норма - более 1,0 ммоль/л), ТГ 2,0 ммоль/л (норма - менее 1,7 ммоль/л).

Эхо-КГ: толщина задней стенки ЛЖ - 1,3 см (норма - 0,8-1,1 см), ФВ ЛЖ - 53% (норма - 55-75%).

Записана ЭКГ



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Интерпретируйте представленную электрокардиограмму.
3. Составьте план дополнительных обследований.
4. Какие заболевания необходимо дифференцировать?
5. Назначьте лечение.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

1. Артериальная гипертензия 3 степени, неуточнённой этиологии. Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), пароксизмальная тахисистолическая форма фибрилляции предсердий. Желудочковая экстрасистолия. Ожирение II степени (ИМТ = 33,8 кг/м²). Метаболический синдром. Риск 4.

2. На ЭКГ ритм фибрилляции предсердий с ЧСС 130-150 ударов в минуту, гипертрофия левого желудочка (индекс Соколова-Лайона 43 мм). QRS = 80 мс, QT = 240 мс. 1 желудочковая экстрасистола. Депрессия сегмента ST по боковой стенке, обусловленная систолической перегрузкой ЛЖ.

3. УЗИ почек, щитовидной железы, ЦДС периферических артерий; креатинин, мочевины, мочевая кислота, глюкоза крови; коагулограмма; глазное дно, ретрография грудной клетки;

ТТГ, Т₄-свободный. Альдостерон, Ренин, Ванилилминдальная кислота, Метанефрин крови.

4. Эссенциальная артериальная гипертензия (гипертоническая болезнь) или ренопаренхиматозная артериальная гипертензия на фоне хронического пиелонефрита, осложнённые нарушением ритма сердца – персистирующая тахисистолическая форма фибрилляции предсердий, неритмированная форма трепетания предсердия, синусовая тахикардия с частой экстрасистолией. В виду давности пароксизма более 48 часов необходимо назначить антикоагулянты: Варфарин 5 мг ежедневно под контролем МНО, после достижения целевых значений (2-3) решить вопрос о целесообразности восстановления ритма. Если принято решение о восстановлении ритма (то есть нет противопоказаний) повести ЧП-Эхо-КГ с целью исключения тромбоза и спонтанного эхоконтрастирования в полости ЛП или продолжить приём Варфарина в течение 4 недель, а затем провести медикаментозную (например, Кордарон 600-1200 мг в/в течение суток) или электрическую кардиоверсию (биполярным дефибриллятором 120-150-200 Дж). Если имеются противопоказания к восстановлению синусового ритма, продолжить приём Варфарина или Дабигатрана 150 мг 2 раза в день или Апиксабана 5 мг 2 раза в день или Ривароксабана 20 мг 1 раз в сутки пожизненно.

5. Необходимо усилить антигипертензивную терапию, например, назначить Эналаприл 10-20 мг 2 раза в день в комбинации с диуретиками (Индапамид замедленного высвобождения 1,5 мг утром или Гидрохлортиазид 12,5-100 мг утром) или заменить ИПФ на Азилсартан медоксамил 40 мг утром.

Контроль ритма сердечных сокращений - Метопролол 12,5 мг 2 раза в день с последующей коррекцией под контролем ЧСС.

Профилактика и лечение обострений хронического пиелонефрита.

Тема №13: «Артериальные гипертензии в амбулаторной практике»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

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?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

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. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ, калий, натрий, креатинин с расчётом СКФ, мочевины, мочевая кислота, АЛТ, АСТ), глюкоза плазмы натощак, ЭКГ, ЭхоКГ, исследование глазного дна, 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, АК, диуретиков). Например, Периндоприл 2,5 мг 1 раз в день, Амлодипин 5 мг 1 раз в день, после достижения целевых цифр АД - дезагреганты (Аспирин 75 мг/сут).
5. Противопоказаны комбинации БАБ и АК (недигидропиридинового ряда).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Мужчина 37 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головные боли. Из анамнеза известно, что головные боли появились два года назад. Появление головных болей связывает с перенесением ангины. Тогда же, примерно через неделю после ангины, отметил появление мочи цвета «мясных помоев», при этом мочеиспускание было безболезненным, болей в поясничной области не было. Моча цвета «мясных помоев» регистрировалась в течение 2 дней, затем приобрела обычный желтый цвет. К врачам не обращался. Эпизод мочи цвета «мясных помоев» в течение суток повторился спустя год во время ОРВИ. Обследование также не проводилось. Семейный анамнез: мать – 60 лет, часто болеет ангинами, в течение 2 лет – гипертоническая болезнь. Отец умер в возрасте 55 лет от онкологической патологии.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 24,2 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отёков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца

приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 удара в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах крови: эритроциты - $4,57 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 137 г/л, лейкоциты - $5,51 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула не изменена; тромбоциты - $254 \times 10^9/л$, СОЭ - 26 мм/час. Общий холестерин – 4,9 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 2,8 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, креатинин – 135 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕPI) - 58 мл/мин, мочевины – 9,4 ммоль/л, мочевая кислота – 0,40 ммоль/л, общий билирубин - 7,4 мкмоль/л (непрямой), АЛТ - 39 МЕ/л, АСТ - 28 МЕ/л, общий белок - 70 г/л, альбумины - 36 г/л. В анализах мочи: относительная плотность - 1014, цвет желтый, реакция кислая, белок - 0,88 г/л, эритроциты - 10-15 в поле зрения, лейкоциты - 3-4 в поле зрения, эпителий плоский – единичные клетки в поле зрения, бактерии отсутствуют, слизи нет, ураты +. Суточная протеинурия - 500 мг. УЗИ почек: положение почек обычное, размеры - 11×5,6 см, паренхима - 1,7 см. Чашечно-лоханочный комплекс не изменён. Дополнительных образований и конкрементов не выявлено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
6. Обоснуйте длительность терапии у данного пациента.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Хронический гломерулонефрит, симптоматическая артериальная гипертония или гипертонический вариант. Хроническая болезнь почек IIIa стадии, альбуминурия 2 ст. (A2, высокая).

2. Диагноз «гломерулонефрит» установлен на основании данных анамнеза о появлении артериальной гипертензии и макрогематурии через неделю после ангины (вероятный острый гломерулонефрит), о повторном эпизоде макрогематурии на фоне ОРВИ спустя 1 год, а также на основании обнаружения характерного мочевого синдрома:

протеинурии и эритроцитурии. Не обнаружено клинических симптомов и объективных данных, свидетельствующих об урологической патологии. Диагноз «симптоматическая артериальная гипертония» установлен на основании обнаружения стабильно повышенного АД с высоким диастолическим АД у больного с мочевым синдромом, характерным для гломерулонефрита. Диагноз «хроническая болезнь почек» установлен на основании симптоматики гломерулонефрита в течение более 3 месяцев. Диагноз «IIIa стадии хронической болезни почек» установлен на основании СКФ 58 мл/мин (в диапазоне 45-59 мл/мин). Градация альбуминурии A2 - на основании суточной протеинурии 500 мг (в диапазоне 150-500 мг, что соответствует высокой альбуминурии - 30-300 мг/л, или альбумин/креатинин мочи - 30-300 мг/г).

3. Пациенту рекомендованы консультации врача-нефролога для верификации диагноза «гломерулонефрит»; проведение ЭКГ; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; доплерУЗИ почек и почечных артерий для оценки состояния почечных артерий и сосудов почек; биохимический анализ крови с определением уровня кальция, фосфора, калия, натрия для оценки состояния электролитного обмена и ранней диагностики нарушений фосфорно-кальциевого обмена; определение паратиреоидного гормона в крови для ранней диагностики вторичного гиперпаратиреоза.

4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ХБП-III стадии. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает Рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II – Ирбесартан.

5. Оставить антигипертензивную и нефропротективную терапию без изменений, продолжить динамическое наблюдение. Усиливать терапию нецелесообразно, так как за короткий

промежуток времени (1 месяц) достигнут целевой уровень АД, существенно снизилась альбуминурия. Уменьшать медикаментозное лечение также нецелесообразно, так как применение препаратов в установленных дозах безопасно: не привело к существенному нарастанию креатинина крови, но альбуминурия остается по-прежнему высокой. Необходим контроль СКФ, альбуминурии и коррекция терапии через 3 месяца.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

На повторном приёме мужчина 47 лет. Две недели назад он перенёс респираторную вирусную инфекцию, по поводу которой обращался к врачу-терапевту участковому и во время осмотра у него было обнаружено повышенное АД до 164/98 мм рт. ст. Пациент вспоминает, что ранее ему говорили о «повышенном давлении», но значений АД он не помнит, со слов, лечения рекомендовано не было. В настоящее время пациент чувствует себя хорошо, жалоб не предъявляет. Пациент не курит, алкогольные напитки употребляет «как все», то есть «по праздникам, и, может, пару бутылок пива по выходным». Регулярными физическими упражнениями не занимается, работа малоподвижная. Отец умер от инсульта в возрасте 69 лет, мать жива и, со слов пациента, здорова, в возрасте 72 лет. У него два старших брата, и он не осведомлен о наличии у них каких-либо хронических заболеваний. При осмотре: рост -177 см, масса тела -84 кг, окружность талии -103 см, температура тела 36,7 °С. Кожные покровы обычной окраски, дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания - 14 в минуту. Границы относительной сердечной тупости слева –на 1 см влево от левой срединно-ключичной линии, справа –по правому краю грудины, тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС -78 в минуту. АД -на левой руке 156/96 мм рт. ст., на правой руке –152/98 мм рт. ст. По остальным органам и системам без отклонений от нормы.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие нефармакологические методы лечения следует рекомендовать пациенту?
5. Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств возможно рекомендовать пациенту? Обоснуйте свой выбор

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

1. Гипертоническая болезнь 1 стадии, артериальная гипертензия 1 степени, риск 2 (умеренный).
2. Под гипертонической болезнью принято понимать хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является артериальная гипертензия (АГ), не связанная с наличием патологических процессов, при которых повышение АД обусловлено известными, в современных условиях часто устраняемыми причинами (симптоматические АГ). У пациента дважды с интервалом две недели зарегистрировано АД, превышающее 140 мм рт.ст. для систолического и 90 мм рт.ст. для диастолического, кроме того имеются анамнестические указания на повышенное АД, что позволяет утверждать стойкий характер повышения АД. Очевидных признаков симптоматической (вторичной) артериальной гипертензии не имеется, что позволяет считать диагноз гипертонической болезни (эссенциальной гипертензии) правомерным. АГ классифицируется на степени в зависимости от уровня систолического (САД) и диастолического (ДАД) давления (мм рт.ст.): У пациента и САД и ДАД соответствуют степени АГ. У пациента имеются 2 установленных фактора риска –мужской пол и абдоминальное ожирение (окружность талии ≥ 102 см). Сочетание 2 факторов риска и 1 степени АГ соответствуют умеренному кардиоваскулярному риску. При обнаружении при обследовании дополнительных факторов риска и/или бессимптомного поражения органов-мишеней риск должен быть стратифицирован повторно и может быть оценён как «высокий».
3. После выявления АГ следует обследовать пациента на предмет исключения симптоматических АГ, определить степень и стадию АГ, а также кардиоваскулярный риск. При обследовании больного АГ необходимо идти от простых методов исследования к более сложным. На первом этапе выполняют рутинные исследования, обязательные у каждого больного для диагностики АГ. Если на этом этапе у врача отсутствуют основания подозревать вторичный характер АГ и полученных данных достаточно для чёткого определения группы риска пациента и, соответственно, тактики лечения, то на этом обследовании может быть закончено. На втором этапе рекомендуются дополнительные исследования для уточнения формы вторичной АГ, оценки

факторов риска, поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний. Обязательные исследования: общий анализ крови и мочи; определение микроальбуминурии (при отсутствии протеинурии); содержание в плазме крови глюкозы (натощак); содержание в сыворотке крови общего холестерина, холестерина ЛПВП и ЛПНП, триглицеридов (липидный профиль), креатинина, расчёт скорости клубочковой фильтрации СКФ; содержание в сыворотке крови мочевой кислоты, калия и натрия; ЭКГ в 12 отведениях. Исследования, рекомендуемые дополнительно, в зависимости от анамнестических данных, находок при физикальном обследовании и результатов обязательных исследований: гликированный гемоглобин (HbA1c) при уровне глюкозы в плазме крови $>5,6$ ммоль/л или сахарном диабете в анамнезе; количественная оценка протеинурии (если тест-полоски дают положительный результат) в пересчёте на креатинин мочи, концентрация калия и натрия в моче и их отношение; домашнее и суточное амбулаторное мониторирование АД; ЭхоКГ; нагрузочные пробы (стресс-тесты) в случае выявления признаков стабильной ишемической болезни сердца; холтеровское мониторирование в случае обнаружения нарушений ритма сердца; исследование глазного дна; УЗИ почек и надпочечников; УЗИ брахиоцефальных и почечных артерий; определение лодыжечно-плечевого индекса; определение скорости пульсовой волны (показатель ригидности магистральных артерий).

4. Немедикаментозные методы, которые следует рекомендовать пациенту:

нормализация массы тела для достижения ИМТ <25 кг/м², следует рекомендовать снижение массы тела на 6 кг и уменьшение объёма талии до менее 102 см; ограничение потребления алкогольных напитков менее 20–30 г/сут. в пересчёте на чистый алкоголь; увеличение физической нагрузки – регулярная аэробная (динамическая) физическая нагрузка по 30–40 мин. 5–7 раз в неделю; снижение потребления поваренной соли до 5–6 г/сут.; изменение режима питания с увеличением потребления растительной пищи, молочных продуктов низкой жирности, увеличением в рационе калия, кальция (содержатся в овощах, фруктах, зерновых) и магния (содержится в молочных продуктах), а также уменьшением потребления животных жиров.

5. В настоящее время для лечения АГ рекомендованы 5 основных классов препаратов: ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, блокаторы рецепторов ангиотензина, блокаторы медленных кальциевых каналов (антагонисты кальция), β-адреноблокаторы, диуретики (тиазидные, Хлорталидон и Индапамид). На выбор препарата могут повлиять многие факторы, наиболее важными из которых являются: наличие у больного определенных факторов риска, поражение органов-мишеней, сахарный диабет, хроническая болезнь почек, сопутствующие заболевания, при которых необходимо назначение или ограничение применения различных классов препаратов, предыдущие индивидуальные реакции больного на препараты различных классов, вероятность взаимодействия с лекарствами, которые пациенту назначены по другим поводам, социально-экономические факторы, включая стоимость лечения. Результатами многоцентровых рандомизированных исследований доказано, что ни один из основных классов препаратов не имеет существенного преимущества, как в плане снижения АД, так и эффективности снижения кардиоваскулярного риска и смерти. Уменьшение риска больше зависит от величины, на которую снижается АД, чем от используемого класса препарата, и невозможно точно предсказать, какой препарат будет максимально эффективен у конкретного пациента. Поскольку у данного пациента не выявлены перечисленные важные факторы выбора определённого класса препаратов, то ему возможно назначение любого из 5 основных классов препаратов и выбор любого следует признать правильным

Тема №14: «Острый коронарный синдром в практике врача-терапевта»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Мужчина 57 лет вызвал врача-терапевта участкового 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 лёгких перкуторный звук лёгочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88 в минуту. 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 минут.

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 объем медикаментозной помощи должен быть оказан пациенту на догоспитальном этапе?
5. Достаточно ли данных для постановки диагноза? Обоснуйте свой ответ. При необходимости предложите дополнительные методы исследования.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Острый коронарный синдром с подъемом 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 приемом Нитроглицерина; характерных изменений ЭКГ: подъем сегмента ST > 0,2 м в более чем в двух смежных отведениях для мужчины старше 40 лет. Диагноз «артериальная гипертензия» (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 степени АГ основана на цифрах повышения АД в анамнезе и при объективном осмотре. Риск ССО определен 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.
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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Больной 53 лет самостоятельно обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на интенсивную давящую боль за грудиной с иррадиацией в шею, левую руку. Из анамнеза: около 6 месяцев отмечает приступы давящих болей за грудиной, возникающих во время физической нагрузки, исчезающих в покое.

Объективно: состояние средней тяжести, бледность кожи, акроцианоз. Пальпация грудной клетки болезненности не вызывает. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца расширены влево до средино-ключичной линии. Тоны сердца глухие, ритм правильный. Пульс – 96 ударов в минуту, ритмичный. АД – 150/90 мм рт. ст.

ЭКГ: ритм синусовый, смещение сегмента ST в I и II отведениях ниже изолинии, сливается с зубцом T, в III отведении сегмент ST ниже изолинии, патологический зубец Q не выявляется. Пациент срочно госпитализирован.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие лечебные мероприятия необходимо провести такому больному на амбулаторном этапе?
3. Какие диагностические мероприятия необходимо провести такому больному на стационарном этапе?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

ЭТАЛОН ОТВЕТА. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST.
2. Экстренная госпитализация. До приезда бригады скорой помощи уложить больного, обезболивание (Нитроглицерин сублингвально или ненаркотические анальгетики), 125 мг Аспирина разжевать, 75 мг Клопидогрела.
3. Общий анализ крови; общий анализ мочи; биохимический анализ крови: тропонины Т и I, миоглобин, КФК-МВ фракция, холестерин, триглицериды, глюкоза, белковые фракции, С-реактивный белок, АСТ, АЛТ, ЛДГ, амилаза; ЭХОКГ; коронарография.
4. Перикардит, пороки сердца, миокардит, кардиомиопатия, артериальная гипертензия
5. Характерна дестабилизация стенокардии (приступы ангинозных болей становятся более интенсивными, продолжительными, вызываются меньшей нагрузкой).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

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 пытался 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 мм I, AVL, V1-5, депрессия сегмента ST до 2 мм II, 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 регионарный сосудистый центр, проведено экстренное ЧКВ, выявлена окклюзия передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) левой коронарной артерии, без восстановления дистального русла. Выполнено стентирование ПМЖВ -
6. стент с лекарственным покрытием. На 3 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. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

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

2. Диагноз «острый коронарный синдром» установлен на основании клинических данных (наличие боли или других неприятных ощущений (дискомфорта) в грудной клетке) и инструментальных данных (стойкие подъемы сегмента ST или «новая», впервые возникшая, или предположительно впервые возникшая ПБЛНПГ на ЭКГ).

Класс тяжести по KILLIP установлен на основании умеренной одышки, синусовой тахикардии при отсутствии III тона и хрипов в лёгких.

Стадия гипертонической болезни соответствует III, так как у пациента имеет место сердечно-сосудистые заболевания (ИБС).

Учитывая наличие клинически-манифестного сердечно-сосудистого заболевания (ИБС, острый коронарный синдром), риск сердечно-сосудистых событий расценён как очень высокий (4).

Диагноз «ХБП» установлен на основании стойкого снижения скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1,73 м², повышенной альбуминурии, данные симптомы персистируют более 3 месяцев.

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).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

Мужчина 57 лет вызвал врача-терапевта участкового 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 лёгких перкуторный звук лёгочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88 в минуту. 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 минут.

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? Обоснуйте свой ответ. При необходимости предложите дополнительные методы исследования.

ЭТАЛОН ОТВЕТА. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

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 степени АГ основана на цифрах повышения АД 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.
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.

Тема №15: «ТЭЛА в амбулаторной практике»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Больная Т. 35 лет, офис-менеджер, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приёмное отделение городской больницы в связи с внезапно начавшимся приступом одышки смешанного характера, сердцебиением, колющей болью в прекардиальной области, головокружением и общей слабостью. В анамнезе отмечено, что за 5 суток до приступа одышки у больной появились мягкий отёк правой нижней конечности от стопы до паховой складки, незначительный цианоз и умеренная болезненность конечности. В последующем указанные симптомы сохранялись, пыталась лечиться самостоятельно, используя различные мази с антибиотиками и спиртовые компрессы. Настоящий приступ одышки возник впервые в конце продолжительного рабочего дня на фоне полного благополучия. Из анамнеза жизни известно, что пациентка работает в офисе и проводит большую часть времени в положении сидя, ведёт малоподвижный образ жизни, курит, применяет комбинированные оральные контрацептивы.

Объективно: состояние тяжёлое. Кожа и видимые слизистые бледные, чистые, видимая пульсация шейных вен. Отмечается отёк правой нижней конечности, мягкий и тёплый наощупь, распространяющийся от уровня стопы до верхней трети бедра со слабо выраженным цианозом, умеренной болезненностью при пальпации и сохранённой пульсацией на артериях стопы, подколенной и общей бедренной артериях. Суставы без патологии. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно над лёгкими ясный лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания - 25 в минуту. Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях, слабого наполнения, 110 в минуту, АД - 90/65 мм рт. ст. Акцент II-тона в точке выслушивания клапана лёгочной артерии. Шумов нет. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации. Печень выступает из-под рёберной дуги на 1 см. Симптом поколачивания отрицательный. Индекс массы тела более 31 кг/м². Субфебрилитет. При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты - $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $5,7 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 50%, лимфоциты - 35%, моноциты - 4%; СОЭ - 24 мм/ч.

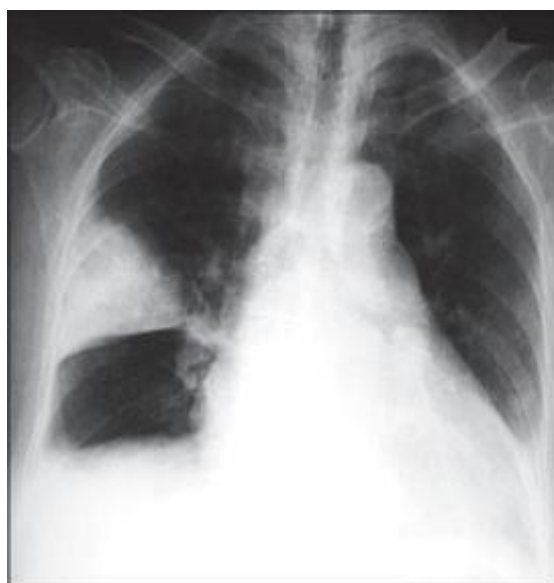
Общий анализ мочи: соломенно-жёлтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес - 1010, эпителий - 2-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры, соли не определяются.

Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 12,8 мкмоль/л, креатинин 0,093 ммоль/л, глюкоза – 6,9 ммоль/л, холестерин – 6,2 ммоль/л, калий - 3,7 ммоль/л, общий белок - 75 г/л, фибриноген – 8,2 г/л, СРБ – 25 мг/л.

ЭКГ



Рентгенография ОГК



Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий.
2. Интерпретируйте представленную электрокардиограмму.
3. Сформулируйте диагноз.
4. Составьте план дополнительных обследований.
5. Назначьте лечение.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Синдром дыхательной недостаточности, синдром острого лёгочного сердца, болевой синдром в грудной клетке, синдром венозной недостаточности, интоксикационный синдром. Ведущий – синдром острого лёгочного сердца.
2. Ритм синусовый, тахикардия, острая перегрузка правых отделов сердца, симптом SI-QIII-TIII, неполная блокада правой ножки пучка Гиса.
3. Острый тромбоз общей бедренной вены справа. Массивная тромбоэмболия лёгочной артерии. Острое лёгочное сердце.

4. Рентгенография органов грудной клетки. Дополнительные обследования
 - D-димер.
 - Тропонины T и I.
 - Эхо-кардиография.
 - ЦДС вен нижних конечностей и таза.
 - Компьютерная томография органов грудной клетки.
 - Коронароангиография.
5. Проведение системного лекарственного тромболитика (Стрептокиназа 250 000 МЕ в качестве нагрузочной дозы за 30 минут, далее 100 000 МЕ/ч в течение 12-24 часов, либо Альтеплаза 100 мг в/в в течение 2 часов), антикоагулянтная терапия (Нефракционированный гепарин - 5000-10000 ЕД в/в струйно, затем постоянная инфузия 10-15 Ед/кг/мин – 5-7 дней либо низкомолекулярный Гепарин – фраксипарин 0,1 мл на 10 кг массы в течение 10 дней; Варфарин – за 5 дней до отмены Гепарина под контролем МНО, в течение 6-12 месяцев). Альтернативой комбинации парентеральных антикоагулянтов с Варфарином являются: Ривароксабан 15 мг 2 раза в день – 3 недели, затем 20 мг/сут или Аписабан 10 мг 2 раза в день – 7 дней, затем 5 мг 2 раза в день. Инотропы (Добутамин 5-20 мкг/кг/мин или Допамин 5-30 мкг/кг/мин в/в инфузия), ингаляция кислородом (6-8 литров/мин), эластическая компрессия нижних конечностей, в подостром периоде физиопроцедуры, назначение НПВС, флеботоников. При наличии флотирующей тромба в просвете вены – установка съёмного кава-фильтра.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Больной 52 лет 3 день после операции аппендэктомии. При попытке подняться с постели внезапно появилась одышка, сухой кашель, давящая боль по всей передней поверхности грудной клетки, резкая общая слабость, через сутки присоединилось кровохаркание.

Объективно: состояние средней тяжести, цианоз, набухание шейных вен. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений (ЧДД) – 36 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2 тона на лёгочной артерии. ЭКГ: правограмма, глубокий зубец S в I отведении, зубец Q в III отведении, глубиной $\frac{1}{3}$ зубца R и продолжительностью 0,02 секунды. Депрессия сегмента ST и отрицательный зубец T в V1–V3 отведениях, высокие зубцы R в стандартных отведениях.

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?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Постоперационная ТЭЛА.
2. Общий анализ крови; мочи; биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, билирубин, аминотрансферазы, ЛДГ общая и по фракциям, серомукоид, фибрин; ЭКГ в динамике; рентгенологическое исследование легких; вентиляционно-перфузионное сканирование легких, исследование коагулограммы и D-димера в плазме крови; ЭХОКГ; селективная ангиопульмонография, инструментальная диагностика флеботромбозов нижних конечностей.
3. Тромболитическая терапия: рекомбинантный тканевой активатор плазминогена, гепаринотерапия до 30 000 ЕД в сутки, постоянная оксигенотерапия через носовой катетер (в ряде случаев искусственная вентиляция легких), за 3-5 дней до отмены Гепарина назначают Варфарин, Синкумар, при шоке – Добутамин, при инфаркт-пневмонии – антибиотики (нежелателен Пенициллин), облегчение боли. Катетерные и хирургические эмболэктомии. Установка кава-фильтров. Антиагреганты.
4. Инфаркт миокарда, расслаивающая аневризма аорты, долевая пневмония, пневмоторакс, острый перикардит.
5. Внезапное начало, боль за грудиной разнообразного характера, одышка, кашель, кровохарканье, синдром острого легочного сердца, клиника инфарктной пневмонии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Больная 60 лет поступила в клинику с жалобами на одышку, боли в левой половине грудной клетки при кашле и дыхании, кровохарканье, повышение температуры до 38°C, слабость. Заболела остро 2 дня назад, когда внезапно возник приступ удушья, сопровождающийся болями в левой половине грудной клетки, сердцебиением; была кратковременная потеря сознания. Врачом неотложной помощи была предложена госпитализация, от которой больная отказалась. Сегодня приступ одышки повторился, появилось кровохарканье, госпитализирована. Состояние больной тяжёлое, кожные покровы бледно-цианотичные. Наблюдаются отёки нижних конечностей, больше левой, варикозное расширение вен, гиперемия кожи левой голени с цианотичным оттенком. Частота дыханий - 26 в минуту. Пульс - 110 ударов в минуту, ритмичный, малого наполнения. АД - 90/60 мм рт. ст., I тон на верхушке сердца ослаблен, акцент II тона над лёгочной артерией. При перкуссии лёгких определяется притупление лёгочного звука в левой подлопаточной области, здесь же выслушивается шум трения плевры. На ЭКГ зарегистрировано увеличение зубцов Q в III отведении и S в I отведении, подъём сегмента ST и отрицательный зубец T в III отведении, блокада правой ножки пучка Гиса.

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. Показания и методы хирургического лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

1. Тромбоз вен левой голени. Тромбоэмболия лёгочной артерии.
 2. Диагноз поставлен на основании жалоб на одышку, боли в левой половине грудной клетки при кашле и дыхании, кровохарканье, повышение температуры до 38°C, слабость; данных анамнеза: заболела остро 2 дня назад, когда внезапно возник приступ удушья, сопровождающийся болями в левой половине грудной клетки, сердцебиением, была кратковременная потеря сознания; данных объективного осмотра: состояние больной тяжёлое, кожные покровы бледно-цианотичные, отёки нижних конечностей, больше левой, варикозное расширение вен, гиперемия кожи левой голени с цианотичным оттенком, частота дыханий - 26 в минуту, пульс - 110 ударов в минуту, ритмичный малого наполнения, АД - 90/60 мм рт. ст., I тон на верхушке сердца ослаблен, акцент II тона над лёгочной артерией; инструментального обследования: на ЭКГ зарегистрировано увеличение зубцов Q в III отведении и S в I отведении, подъём сегмента ST и отрицательный зубец T в III отведении, блокада правой ножки пучка Гиса.
 3. - ЭКГ;
 - рентгенография органов грудной клетки;
 - исследование газов артериальной крови;
 - ЭХОКГ;
 - вентилиционно-перфузионная сцинтиграфия лёгких;
 - спиральная компьютерная томография с контрастированием;
 - определения уровня Д-димера;
 - ангиопульмонография;
 - катетеризация правых отделов сердца
 - УЗДГ сосудов нижних конечностей.
 4. - При потере сознания, остановке кровообращения и/или дыхания проводят сердечно-лёгочную реанимацию.
 - Коррекция гипоксии - оксигенотерапия.
 - Купирование болевого синдрома.
 - Тромболитическая и антикоагулянтная терапия.
 5. Показания:
 - развитие острой массивной ТЭЛА;
 - наличие противопоказаний к тромболитической терапии;
 - неэффективность уже проведенной тромболитической терапии.
- Методы хирургического лечения ТЭЛА:
- постановка кавафилтра;
 - липирование нижней полой вены;
 - эмболэктомия;

- эндоваскулярная катетерная тромбэктомия.

Тема №16: «Реабилитация больных после перенесенного инфаркта миокарда, инсульта»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Мужчина 52 лет обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинике. Работает электриком в организации в течение 25 лет.

Жалобы на приступообразные боли в области сердца давящего характера, одышку при ходьбе и подъёме по лестнице на 3 этаж, периодические головные боли.

Из анамнеза известно, что пациент 2 года назад перенёс мелкоочаговый инфаркт миокарда. Около 10 лет страдает артериальной гипертензией (АГ), однако несмотря на рекомендации врачей постоянной антигипертензивной терапии не получал. Во время последнего визита к врачу-терапевту участковому отмечалось АД – 160/100 мм рт. ст.; в биохимическом анализе крови гиперлипидемия. На ЭКГ в покое: синусовый ритм с ЧСС – 88 в минуту. Горизонтальная электрическая позиция сердца. Признаки гипертрофии левого желудочка. В V 4,5 - снижение сегмента ST и отрицательный зубец T. Рентгеноскопия сердца: сердце увеличено влево (граница сердца смещена влево и кзади за счёт левого желудочка). Дуга аорты уплотнена и развёрнута.

Данные объективного осмотра: состояние удовлетворительное. ИМТ - 31 кг/м². Кожные покровы обычной окраски. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, над верхушкой систолический шум, акцент 2 тона над аортой. Пульс – 78 ударов в минуту, ритмичный. АД – 170/100 мм рт. ст. Живот мягкий, печень не пальпируется. Дизурии нет. Отёков нет.

Анализ крови и мочи без патологии, общий холестерин – 6,2 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, креатинин – 101 мкмоль/л. ЭКГ: синусовый ритм. Горизонтальная электрическая позиция сердца. Признаки гипертрофии левого желудочка. В V 4,5 - снижение сегмента ST и отрицательный зубец T. Единичная желудочковая экстрасистола.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план терапевтического лечения. Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Определите трудовой, жизненный прогнозы, принципы диспансерного наблюдения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Стенокардия напряжения стабильная, функциональный класс (ФК) II. Постинфарктный кардиосклероз (дата). Артериальная гипертензия III стадии, II степени, ОВР (очень высокий риск). Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) ПА стадии, ФК II. Ожирение 2 степени. Гиперлипидемия.

2. Диагноз «ИБС и стабильной стенокардии напряжения» установлен на основании жалоб больного на боль в области грудины давящего характера (возможно наличие иррадиации в левую руку, спину или нижнюю челюсть, длительность 2-5 мин, эквивалентами боли бывают одышка, ощущение «тяжести», «жжения», боль возникает во время физической нагрузки; вышеописанная боль быстро исчезает после прекращения физической нагрузки либо после приёма Нитроглицерина); данных анамнеза (пациент 2 года назад перенес мелкоочаговый инфаркт миокарда). Установление II ФК стенокардии напряжения основано на жалобах (имеется небольшое ограничение повседневной жизни, приступ стенокардии возникает при ходьбе по ровной местности на расстояние более двух кварталов (более 200 м) или подъёме на 1 этаж стандартной лестницы в обычном темпе.

Диагноз «артериальная гипертензия (АГ)» установлен на основании жалоб больного на повышение АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 10 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (сердца). 4 степень риска (ОВР) поставлена на основании наличия метаболических нарушений (ожирение, дислипидемия), ИБС, ХСН.

Стадия ХСН установлена на основании наличия нарушения гемодинамики преимущественно в одном (малом) круге кровообращения, установление ФК обусловлено наличием умеренного

ограничения физической активности (обычная физическая нагрузка вызывает слабость, утомляемость, сердцебиение, одышку и др. симптомы).

3. Пациенту рекомендовано проведение общего анализа крови, биохимического анализа крови, который должен включать определение креатинина, глюкозы, липидного спектра (общий холестерин, ХС-ЛВП, ХС-ЛНП, триглицериды), печеночных тестов (АЛТ, АСТ), показателей свертывающей системы крови (МНО, АЧТВ, ПВ, фибриноген). Проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ в покое; суточного мониторирования ЭКГ (формы нарушения сердечного ритма), ЭХОКГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; рентгенографии грудной клетки.

Консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек.

В связи с тем, что почечная функция оказывает влияние на прогноз необходимо определение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕРІ.

4. Медикаментозное лечение должно проводиться с учётом сочетания АГ и ИБС. Рекомендуются диета (гипохолестериновая, потребление пищевой соли не должно превышать 5 г в сутки, овощей и фруктов не менее 400 г в сутки, включение в рацион рыбы). Контроль массы тела. Рекомендуются целевые уровни САД/ДАД в диапазоне 130-139/80-85 мм рт. ст. Наряду с использованием короткодействующих нитратов (Нитроглицерин 5 мг) или Изосорбида динитрат 10 мг сублингвально или в виде аэрозоля, ингибиторов АПФ, β-адреноблокаторов, гиполипидемических средств (статины), антиагрегантов (Аспирин ежедневно в низкой дозе, при непереносимости Клопидогрел) для лечения АГ, в составе комбинированной терапии наиболее обоснованно назначение антигипертензивных препаратов из групп ингибиторов АПФ или антагонистов рецепторов ангиотензину II (БРА), а также блокаторов кальциевых каналов.

5. Прогноз для жизни при соблюдении рекомендаций врача относительно благоприятный, для трудовой деятельности - неблагоприятный. Больной является инвалидом III группы (необходимо рациональное трудоустройство). Санаторно-курортное лечение с выездом в другие регионы нежелательно, возможно лечение только в местных санаториях кардиологического профиля или больнице восстановительного лечения.

Диспансерное наблюдение в течение первого года после мелкоочагового инфаркта миокарда проводит врач-терапевт участковый и врач-кардиолог поликлиники 2-4 раза в год, с контролем общего анализа крови, общего анализа мочи, ЭКГ, липидного профиля, показателей свертывающей системы крови (МНО, АЧТВ, ПВ, фибриноген), суточного мониторирования ЭКГ, эхокардиографии. В дальнейшем больной должен наблюдаться у врача-терапевта участкового с периодическими консультациями врача-кардиолога.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Мужчина 65 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на перебои в работе сердца, сердцебиение, боли в области сердца сжимающего характера и одышку при обычной физической нагрузке, общую слабость, быструю утомляемость, отёки ног. Из анамнеза известно, что больной 4 года назад перенес Q-инфаркт миокарда. Год назад появились периодически возникающие приступы фибрилляции предсердий длительностью до 7 суток, по поводу которых больной неоднократно госпитализировался в кардиологическое отделение. Длительное время принимает Соталол 40 мг 2 раза в день, периодически - Аспирин и Нитроглицерин. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ - 28 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отмечается пастозность голеней. В лёгких дыхание везикулярное, в нижних отделах единичные незвучные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, аритмичные, мягкий систолический шум на верхушке. ЧСС - 84 удара в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: общий холестерин - 6,3 ммоль/л, ТГ - 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 0,9 ммоль/л, глюкоза натощак - 5,9 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы - 6,5 ммоль/л, креатинин - 92 мкмоль/л.

Вопросы:

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

4. С учётом шкалы CHA2 DS2 -VASc риск развития инсульта и системных тромбоэмболий у пациента составляет 3 балла. С учётом шкалы HAS-BLED риск кровотечений равен 1 баллу. Какой непрямой антикоагулянт Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Назначьте полностью лечение в соответствии с диагнозом.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. ИБС: стабильная стенокардия напряжения II ФК. Кардиосклероз постинфарктный (Q-инфаркт миокарда в 2012 году). Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. Дислипидемия. НК IIБ. ФК III.
2. Диагноз «ИБС» установлен на основании жалоб больного на боли в сердце сжимающего характера, данных анамнеза (Q-инфаркт миокарда 4 года назад). Пароксизмальная форма ФП установлена с учётом длительности пароксизма менее 7 суток. Стадия НК - с учётом характерных жалоб и недостаточности по двум кругам кровообращения, дислипидемия (повышения уровня ТГ и снижения уровня ЛПВП).
3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, МНО, коагулограмма, АСАТ, АЛАТ, общий белок, проведение ЭКГ, проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции.
4. Риск развития системной тромбоэмболий у пациента высокий, риск развития кровотечения низкий, следовательно, можно назначить Варфарин под контролем МНО (2,5 мг 1 раз вечером) или новый непрямой антикоагулянт (Дабигатран по 150 мг 2 раза в день или Ривароксабан 20 мг 1 раз в день).
5. Варфарин по 2,5 мг 1 раз в день вечером (целевой уровень МНО от 2 до 3), Соталол по 80 мг 2 раза в день, низкие дозы ИАПФ, например, Периндоприл по 2,5 мг 1 раз в день, Нитроглицерин при болях в сердце, статины, например, Аторвастатин по 20 мг 1 раз вечером, Триметазидин по 35 мг 2 раза в день 3 месяца.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Женщина 75 лет 21 мая обратилась к врачу с жалобами на сердцебиение.

Из анамнеза известно, что 3 месяца назад пациентка перенесла острый нижний инфаркт миокарда с подъёмом 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 неуспешными.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС - 140 ударов в минуту, пульс - 110 ударов в минуту. 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 приёма пациентке. Обоснуйте их применение.
5. Учитывая жалобы пациентки на сердцебиение, несмотря на приём препаратов, перечисленных в прошлом вопросе, какова дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

1. Основной: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Атеросклероз коронарных сосудов. ТЛАП и стентирование ПКА от 21.02.2016 г. Фон: дислипидемия IIБ 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 IIb 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.
- ХМ-ЭКГ (контроль ЧСС);
 - ЭХО-КГ (сократимость миокарда ЛЖ, размеры полостей, состояние клапанного аппарата, внутрисердечная тромбоз);
 - определение гормонов щитовидной железы (оценить функцию щитовидной железы поиск этиологии ФП)
- 4.
- Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II (предотвращение ремоделирования сердца, улучшение прогноза, уменьшение смертности) постоянно.
 - Статины в высоких дозах (снижение уровня холестерина - замедление атеросклероза) постоянно.
 - Бета-адреноблокаторы (уменьшение ЧСС, снижение потребности миокарда в кислороде, улучшение перфузии миокарда за счёт удлинения диастолы) постоянно.
 - Тройная антитромботическая терапия: ацетилсалициловая кислота + блокатор P2Y12 рецепторов + пероральный антикоагулянт (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 ФВ - 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 №17: «Реабилитация кардиохирургических больных» **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1**

Мужчина 59 лет находился на стационарном лечении в кардиологическом диспансере с 01.09.2016 г. по 14.09.2016 г. по поводу переднего Q-образующего инфаркта миокарда от 01.09.2016 г. Поступал с жалобами на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в область левой лопатки, одышку, возникшие после стрессовой ситуации. Из анамнеза известно, что в последние 2 года периодически повышалось АД до максимальных цифр 160/90 мм рт.ст. Постоянно лекарственную терапию не получал, эпизодически принимал каптоприл 25 мг. При физической нагрузке периодически возникал дискомфорт в области сердца, одышка. За медицинской помощью не обращался. Курит более 30 лет по ½ пачке сигарет в день. Семейный анамнез: отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 60 лет. Работает машинистом башенного крана. При поступлении проведена коронароангиография, обнаружена окклюзия передней межжелудочковой артерии, выполнены ЧТКА и эндопротезирование передней межжелудочковой артерии. В анализах: общий холестерин - 6,36 ммоль/л, ЛПНП - 3,69 ммоль/л, ЛПВП - 1,25 ммоль/л, ТГ - 2,26 ммоль/л, глюкоза натощак - 4,5.

ЭХО-КГ: гипертрофия левого желудочка, увеличение полости левого предсердий.

Локальная гипокинезия боковой стенки левого желудочка. Митральная регургитация 2 ст., трикуспидальная регургитация 1 ст. Нарушение диастолической функции левого желудочка (VE/VA <1,0). ФВ – 48%.

Период стационарного лечения протекал без особенностей, после выписки пациент направлен в специализированный кардиореабилитационный стационар, где находился до 30.09.2016 г.

Результаты велоэргометрии: субмаксимальная ЧСС 137 уд/мин достигнута при нагрузке 100 Вт. Результаты теста с 6-минутной ходьбой: за 6 мин пройдено 412 метров.

30.09.2016 г. явился на приём в поликлинику по месту жительства. Боли в сердце не беспокоят, при быстрой ходьбе появляется одышка. Постоянно принимает аспирин 100 мг/сут, клопидогрел 75 мг/сут, аторвастатин 40 мг/сут, бисопролол 2,5 мг/сут, лизиноприл 5 мг 2 раза в сутки.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 37 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Отеков нет. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Разработайте программу реабилитации на поликлиническом этапе.
4. Оцените данные лабораторных анализов и объективного осмотра пациента, проведите коррекцию медикаментозной терапии.
5. Укажите сроки временной нетрудоспособности. Разработайте план диспансерного наблюдения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. ИБС: стенокардия напряжения II ФК. Постинфарктный кардиосклероз (01.09.2016 г.). ЧТКА и эндопротезирование передней межжелудочковой артерии (01.09.2016 г.). Артериальная гипертензия III стадии, II степени, риск 4. Ожирение 2 ст. Гиперлипидемия. Хроническая сердечная недостаточность IIА стадии, II ФК.

2. Диагноз «ИБС: стенокардия напряжения» поставлен на основании жалоб пациента на типичные ангинозные боли, данных анамнеза, наличия стенозирующего атеросклероза коронарных артерий (по данным коронароангиографии), перенесённого инфаркта миокарда. Постинфарктный кардиосклероз выставлен, поскольку с момента перенесённого инфаркта миокарда прошло более 28 суток. Функциональный класс стенокардии напряжения определён в соответствии с результатами велоэргометрии (нагрузка 100 Вт соответствует второму ФК). Диагноз гипертонической болезни (ГБ) установлен на основании данных анамнеза (повышение АД в последние 2 года), стадия ГБ установлена на основании наличия ИБС, постинфарктного кардиосклероза как ассоциированного клинического состояния. Постановка степени ГБ основана на цифрах повышения АД в анамнезе и при объективном осмотре. Риск ССО определён в соответствии со степенью повышения АД и наличия ассоциированного клинического состояния. Ожирение 2 ст. установлено на основании значения ИМТ. Гиперлипидемия установлена на основании повышения уровня общего холестерина, ЛПНП, ТГ. Диагноз «хроническая сердечная недостаточность» установлен на основании жалоб пациента на одышку при физической нагрузке, наличия диастолической дисфункции ЛЖ по данным ЭХО-КГ. Стадия ХСН определена в соответствии с классификацией Василенко-Стражеско по наличию умеренных признаков недостаточности кровообращения по малому кругу. ФК ХСН определён в соответствии с пройденной дистанцией теста с 6-минутной ходьбой.

3. После выписки больного из стационарного кардиореабилитационного отделения он направляется в поликлинику по месту жительства, в котором наблюдается в течение 1 года врачом-кардиологом. При отсутствии врача-кардиолога пациент наблюдается врачом-терапевтом участковым. Через год пациент переводится в группу наблюдения с другими формами ИБС. Программа кардиореабилитации на поликлиническом этапе включает в себя программы контролируемых физических тренировок (ФТ). Пациент должен выполнять аэробную ФТ средней интенсивности и длительностью по 30 мин ≥ 3 раза в неделю. ФТ осуществляются под контролем клинического состояния пациента, АД, ЧСС, ЭКГ. В первые недели занятий ЧСС на высоте ФТ и в первые 3 минуты после неё не должна превышать исходную более чем на 20 ударов в минуту, а дыхание - не более чем на 6 в минуту. Допускается повышение (от исходного) систолического АД на 20-40 мм и диастолического АД на 10-12 мм рт. ст. Данному пациенту в качестве физической нагрузки может быть назначена дозированная ходьба. Для дозированной ходьбы ЧСС остаётся основным методом контроля правильного дозирования нагрузки. Тренировочная ЧСС может быть рассчитана по формуле: ЧСС тренировочная = (ЧСС максимальная - ЧСС покоя) \times 60% + ЧСС покоя. Период активного контроля за пациентом должен продолжаться от 3 до 6 месяцев. Далее больному назначаются неконтролируемые ФТ, легко и без всяких опасений выполняемые в домашних

условиях под самоконтролем. Посещение образовательных программ «Школа для больных, перенёсших инфаркт миокарда». При необходимости - программы психологической реабилитации. Программы по модификации факторов риска - занятия с диетологом, специалистом по отказу от курения. Медикаментозная терапия: блокаторы P2Y12 рецепторов - в течение 1 года после перенесённого инфаркта миокарда; Аспирин, ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, статины - постоянно, в дозах, необходимых для поддержания целевых показателей АД, ЧСС, ЛПНП. Профессиональная реабилитация: работа по основной профессии невозможна (значительное физическое и эмоциональное напряжение, работа на высоте). Показано направление пациента на МСЭ для установления группы инвалидности на 1 год. Переобучение на профессию, не связанную с значительным физическим и эмоциональным напряжением.

4. В объективном осмотре обращают на себя внимания значения ЧСС и АД, которые выше целевых после перенесённого инфаркта миокарда, что требует коррекции медикаментозной терапии - увеличение дозы бета-адреноблокаторов и ингибиторов АПФ до достижения целевых значений ЧСС и АД. В лабораторных анализах обращает на себя внимание гиперхолестеринемия (увеличение уровня общего холестерина, ЛПНП, ТГ). Рекомендуются выполнить повторное исследование липидного спектра крови через 4-6 недель после инфаркта миокарда, при необходимости произвести коррекцию дозы статинов до достижения уровня ЛПНП менее 1,8 ммоль/л.

5. Срок временной нетрудоспособности для пациента с трансмуральным инфарктом миокарда передней стенки ЛЖ без существенных осложнений составляет 70-90 суток. Пациенту необходимо ежемесячное диспансерное наблюдение врача-кардиолога с выполнением ряда диагностических исследований с определённой периодичностью: ЭКГ в покое - не менее 1 раза в 2 месяца (кратность проведения зависит от наличия и частоты приступов стенокардии); суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру - 1 раз в год; ЭХО-КГ - 1 раз в 6 месяцев; исследование липидного спектра крови - через 4-6 недель после инфаркта миокарда и через 3 месяца после начала медикаментозной терапии. При достижении целевого уровня общего холестерина и ЛПНП повторные измерения необходимо проводить 4 раза в первый год лечения и 2 раза в год в последующие годы. Проба с физической нагрузкой (не ранее 3-6 недель после инфаркта миокарда) данному пациенту выполнена в условиях реабилитационного центра.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Больной 36 лет до последнего времени чувствовал себя удовлетворительно, работал. В течение года после значительной физической нагрузки отмечает сердцебиение, одышку. Дважды кратковременная потеря сознания. Обратился в поликлинику. Объективно при осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Пульсация сосудов шеи. Перкуссия сердца - границы относительной сердечной тупости смещены влево. При аускультации сердца ритм правильный, грубый интенсивный систолический шум во II межреберье справа от грудины, в точке Боткина, проводится на сосуды шеи. АД - 110/95 мм рт. ст. По данным электрокардиограммы: высокий зубец R в I, aVL, V5, V6, переходная зона смещена к правым грудным отведениям (V2 - V3), QRS 0,12 секунд.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите объём обследования пациента в амбулаторных условиях с целью уточнения диагноза и дальнейшую тактику ведения.
3. Определите показания для направления на МСЭ после проведённого оперативного лечения.
4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.
5. Решите вопрос о возможности санаторно-курортного лечения для данного пациента.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Стеноз аортального клапана.
2. Необходимо провести дообследование: ЭхоКГ, обзорную рентгенографию грудной клетки, клинический минимум. Направить к врачу-сердечно-сосудистому хирургу для решения вопроса о возможности хирургической коррекции данного порока.
3. При наличии протезированного сердечного клапана показанием для направления на МСЭ будет являться умеренная степень нарушения функции сердечно-сосудистой системы, обусловленная

вышеуказанными заболеваниями, приводящими к ХСН IIА стадия, ФК II, III (40-50%, что соответствует третьей группе инвалидности).

4. Пациент нетрудоспособен на весь период уточнения диагноза, оперативного лечения и послеоперационного периода. При благоприятном прогнозе - изолированном пороке, небольшом объеме операции, выполненной до развития тяжелых органических изменений в сердце и легких, положительной динамике гемодинамических нарушений, отсутствии тяжелых осложнений - целесообразно лечение по временной нетрудоспособности в пределах 10 месяцев до полного или частичного восстановления трудоспособности. У больных с сомнительным и отягощенным прогнозом после эффективной операции и при неудовлетворительных результатах лечения длительность временной нетрудоспособности не должна превышать 4 месяца с последующим направлением на МСЭ.

5. Аортальный порок при ХСН IIА стадии (ФК II) без прогностически неблагоприятных нарушениях сердечного ритма, без признаков активности ревматического процесса, без приступов стенокардии - показание для лечения в местных кардиологических санаториях.

Тема №18: «Анемический синдром в амбулаторной практике»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Женщина 28 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на слабость, утомляемость, сердцебиение, головокружение, головную боль, ухудшение памяти, боли в ногах, желание есть сухие макароны, гречневую крупу, першение в горле. Из анамнеза известно, что анемия обнаружена с 16 лет. Лечилась нерегулярно препаратами железа курсами по 2-3 недели с временным эффектом. Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, обильные, по 5-7 дней через 21 день. 2 беременности, 2 срочных физиологических родов в 23 и 27 лет.

При осмотре: состояние пациентки удовлетворительное. Рост – 162 см, масса тела – 65 кг. ИМТ – 24,08 кг/м². Кожные покровы и конъюнктивы бледны. Ногти тонкие, уплотнены, концы ногтей расслоены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, при аускультации выслушивается систолический шум на верхушке сердца и по левому краю грудины, ЧСС – 110 уд. в мин., АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.

В анализах: общий анализ крови — эритроциты $3,6 \cdot 10^{12}/л$, анизоцитоз, микроцитоз, Нв-94 г/л, ЦП- 0,6, лейкоциты $5,2 \cdot 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 57%, лимфоциты – 28%, моноциты – 9%, СОЭ - 25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок- 77 г/л, общий билирубин - 15,3 мкмоль/л, непрямой билирубин - 12,1 мкмоль/л, железо сыворотки - 7,6 мкмоль/л, ферритин - 8,8 мкг/л. ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС – 106 в минуту, снижение зубца Т в левых грудных V5, V6 отведениях.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой препарат из группы железосодержащих лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 2 месяца регулярной терапии препаратом из группы железосодержащих отмечается положительная динамика: уменьшились слабость и утомляемость, улучшилась память, сердцебиения не беспокоят, исчезли нарушения вкуса; в общем анализе крови-эритроциты $4,2 \cdot 10^{12}/л$, средний диаметр эритроцитов 7,5 мкм, Нв-122 г/л, ЦП- 0,84 лейкоциты $6,7 \cdot 10^9/л$, эозинофилы- 0%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные- 59%, лимфоциты - 28%, моноциты- 9% , СОЭ-13 мм/час. Биохимический анализ крови: железо сыворотки - 14,7 мкмоль/л, ферритин - 9,8 мкг/л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Полименоррагия. Хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия легкой степени.

2. Диагноз «хроническая постгеморрагическая анемия (ХПА)» установлен на основании жалоб больной на слабость, утомляемость, сердцебиения, головокружения, головную боль, ухудшение памяти, боли в ногах, желание есть сухие макароны, гречневую крупу, першение в горле; данных анамнеза (анемия обнаружена с 16 лет, лечилась нерегулярно препаратами железа (Фенюльсом по 1 таблетке 3 раза в день) курсами по 2-3 недели с временным эффектом; гинекологического анамнеза: менструации с 14 лет, обильные, по 5-7 дней через 21 день. Установление этиологии железодефицитной анемии основано на данных лабораторного обследования (общего анализа крови: снижение эритроцитов, снижение гемоглобина, гипохромия эритроцитов, снижение ЦП, анизоцитоз эритроцитов, пойкилоцитоз), данных биохимического анализа крови: снижение содержания свободного железа в сыворотке крови и ферритина крови; данных инструментального обследования: ЭКГ - синусовая тахикардия, ЧСС - 106 в минуту, снижение зубца Т в левых грудных V5, V6 отведениях; степень тяжести анемии обоснована в общем анализе крови (уровнем гемоглобина).

3. Пациентке рекомендовано: необходимо установить характер гипохромной анемии. Следует провести дифференциальную диагностику между анемиями с низким цветовым показателем, к которым относятся железодефицитная, сидероахрестическая, талассемия и анемия при хронических заболеваниях. Биохимический анализ крови: уровень свободного железа сыворотки, определение общей железосвязывающей способности сыворотки, насыщение трансферрина железом для подтверждения дефицита железа при железодефицитной анемии и повышение сывороточного железа при сидероахрестической анемии; биохимический анализ крови: общий билирубин, прямой и непрямой билирубин, общий анализ мочи - определение уробилина в моче для исключения талассемии; исследование гормонов крови: тиреотропный гормон, Т4 свободный для исключения гипотиреоза как причины железодефицитной анемии, ФГДС - для оценки состояния слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки + диагностика *H. pylori*; УЗИ органов малого таза, консультация врача-гинеколога для оценки наличия гинекологических заболеваний и их коррекции.

4. Препарат двухвалентного железа. Применение препаратов железа является патогенетическим методом лечения достоверно установленной железодефицитной анемии.

5. Все пероральные препараты железа (ПЖ) принципиально можно разделить на препараты двухвалентного и трёхвалентного железа, так как именно это в первую очередь определяет эффективность и безопасность терапии. Соли двухвалентного железа лучше всасываются в ЖКТ, чем соли трёхвалентного железа. Это связано с различиями в механизме всасывания. Доказано, что в кишечнике железо всасывается в двухвалентном состоянии. Биодоступность двухвалентных солей железа в несколько раз выше, чем трёхвалентных. Поэтому препараты, содержащие в составе двухвалентное железо, оказывают быстрый эффект и нормализуют уровень гемоглобина в среднем через 2 недели - 2 месяца, а нормализация депо железа происходит уже через 3-4 месяца от начала лечения. Всасывание железа из препаратов трёхвалентного железа более медленное, так как необходим активный (энергозависимый) транспорт с участием феррооксидаз. Поэтому препараты, содержащие железо в трёхвалентном состоянии требуют более длительного применения. Нормализация гемоглобина при лечении препаратами трёхвалентного железа наступит только спустя 2-4 месяца, а нормализация показателей депо железа через 5-7 месяцев от начала терапии.

6. Данной пациентке показано назначение препарата двухвалентного железа Сорбифер Дурулес 100 мг по 1 таблетке 2 раза в день после приема пищи на 2 месяца. Контроль общего анализа крови в динамике.

7. Назначить препарат двухвалентного железа Сорбифер Дурулес 100 мг 1 таблетка в день ещё на 3 месяца с последующей отменой препарата с целью восполнения запасов железа после достижения нормального уровня гемоглобина. После нормализации уровня гемоглобина и восполнения запасов железа с целью профилактики развития хронической постгеморрагической железодефицитной анемии показано назначение профилактической терапии препаратом железа Сорбифер Дурулес 100 мг 1 таблетка с день 7-10 дней после окончания менструаций в каждый менструальный цикл в течение 1 года.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Больная Ш. 45 лет обратилась к терапевту поликлиники с жалобами на слабость, головокружение, выпадение волос, ломкость ногтей, сухость кожи.

Анамнез: считает себя больной в течение 3-х месяцев, когда впервые появились жалобы на слабость, головокружение. К врачу не обращалась. В дальнейшем симптомы стали нарастать, стали выпадать волосы, появилась ломкость ногтей, сухость кожи. Сопутствующие заболевания: страдает меноррагией – месячные обильные, затяжные, по 7-10 дней каждые 28 дней.

При осмотре: состояние больной средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные, сухие, высыпаний нет. Ногти с выраженной продольной исчерченностью, «ложкообразные». Диффузная алопеция. Периферических отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет, ЧД – 21 в мин. Тоны сердца ритмичные, ослабление I и II тона сердца во всех точках аускультации. ЧСС=90 уд в минуту. АД=100/70 мм.рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезёнка не пальпируются. Стул оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Через 2 дня пациентка пришла на повторный прием с результатами анализов: клинический анализ крови: гемоглобин - 95 г/л, эритроциты - $1,12 \times 10^{12}/л$. MCV 75 фл, MCH 22 пг, ретикулоциты - 0,9%, тромбоциты – $226 \times 10^9/л$, лейкоциты - $4,9 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 4% , сегментоядерные - 51%, моноциты – $0,10 \times 10^9/л$, лимфоциты – $1,7 \times 10^9/л$, СОЭ - 36 мм/ч. Сывороточное железо 4,2 мкмоль/л, ОЖСС 82 мкмоль/л, коэффициент насыщения трансферрина 23,5%, АЧТВ 26 с, ПТВ 14 с, фибриноген 3,1 г/л. Консультация гинеколога назначена на следующий день. Назначьте лечение.
5. Через 2 месяца регулярной терапии железосодержащим препаратом пациентка сдала повторный анализ крови: клинический анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$. MCV 82 фл, MCH 28 пг, ретикулоциты - 1,2%. тромбоциты – $260 \times 10^9/л$, лейкоциты - $5,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные- 6% , сегментоядерные- 55%, моноциты – $0,10 \times 10^9/л$, лимфоциты – $1,4 \times 10^9/л$, СОЭ - 17 мм/ч. Пациентка также наблюдается у гинеколога, принимает терапию по поводу меноррагий, отмечает нормализацию месячных. Охарактеризуйте изменения в анализах. Ваши дальнейшие действия?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Железодефицитная анемия.
2. Диагноз «железодефицитная анемия» поставлен на основании:
 - жалоб (слабость, головокружение, что соответствует анемическому синдрому; выпадение волос, ломкость ногтей, сухость кожи - сидеропенический синдром);
 - анамнеза (постепенное развитие анемического и сидеропенического синдрома; наличие в анамнезе меноррагий, которые могут быть причиной повышенной потери железа);
 - данных объективного исследования (бледность и сухость кожи, диффузная алопеция, характерные изменения ногтей: продольная исчерченность, «ложкообразная» форма).
3. Пациенту рекомендованы общий анализ крови (для выявления анемии и определение её тяжести), исследование крови - сывороточное железо, ОЖСС, процент насыщения трансферрина железом (для подтверждения железодефицита), коагулограмма: АЧТВ, ПТВ, фибриноген (скрининг нарушений свёртывания крови), консультация врача-гинеколога (для выявления причины и подбора адекватной терапии меноррагий).
4. У пациентки - гипохромная микроцитарная анемия лёгкой степени (снижен гемоглобин, низкий MCV и MCH). Наблюдается железодефицит (снижено содержание сывороточного железа, коэффициента насыщения трансферрином, повышение ОЖСС). Показатели коагулограммы в пределах нормы. Терапия основывается на назначении железосодержащих препаратов, например, полимальтозный комплекс гидроокиси железа (III) (Мальтофер) 100 мг 2 раза в день внутрь. Необходимым условием терапии является воздействие на причину заболевания, пациентке рекомендовано обратиться к гинекологу.
5. Гемоглобин крови нормализовался, следует продолжить приём препарата железа в сниженной дозировке (100 мг 1 раз в день внутрь) в течение 2 месяцев для восполнения депо железа в организме. Сдать планово повторный анализ крови через 2 месяца. Наблюдение у гинеколога

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Больной В. 65 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, плохой аппетит, затруднение при глотании, одышку при минимальной физической нагрузке (вставание с кровати, одевание), отеки ног, постоянные, несколько увеличивающиеся к вечеру.

Анамнез заболевания: больным себя считает около полугода, когда стали появляться вышеописанные жалобы. Врач-терапевт участковый, обнаружив желтушность

бледность кожных покровов, увеличение печени, направил больного в инфекционное отделение больницы с подозрением на вирусный гепатит.

При осмотре: состояние больного тяжелое, значительная бледность и умеренная иктеричность кожи и слизистых оболочек, выражены одутловатость лица, отеки голеней. Сознание ясное, речь замедлена. Лимфоузлы не увеличены. В нижних отделах легких небольшое количество влажных хрипов. Сердце увеличено на 2 см влево от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, систолический негрубый шум над всеми точками. Пульс – 109 в 1 мин, ритмичный. АД – 90/60 мм рт. ст. Язык ярко-красный, гладкий, с трещинами. Печень выступает на 3-4 см из-под края реберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется край селезенки.

Неврологический статус: дистальные гиперестезии, повышение глубоких сухожильных рефлексов, снижена сила мышц нижних конечностей.

Данные ЭКГ: ритм синусовый, блокада правой ножки пучка Гиса.

Отрицательный зубец Т в V4-V6 отведениях.

Анализ крови: эритроциты - $1,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 40 г/л, МСМ - 110 fL, лейкоциты - $3,6 \times 10^9/л$, тромбоциты - $150 \times 10^9/л$, ретикулоциты - 0,1%, СОЭ – 23 мм/ч, палочкоядерные нейтрофилы – 15%, сегментоядерные нейтрофилы – 48%, лимфоциты – 31%, моноциты – 4%, эозинофилы – 2%, базофилы – 0%, анизоцитоз (макроцитоз), пойкилоцитоз, мегалоциты, тельца Жолли, кольца Кэбота.

Вопросы:

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Проведите дифференциальный диагноз.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

1. В-12 дефицитная анемия, III степени. Фуникулярный миелоз. В-12 индуцированная миокардиодистрофия, гипертрофия левого желудочка, блокада правой ножки пучка Гиса, ХСН II Б - IIIА, ФК III-IV (по NYHA).

2. Диагноз «В-12 дефицитная анемия, III степени. Фуникулярный миелоз» выставлен на основании жалоб (общая слабость, плохой аппетит, затруднение при глотании); наличия синдромов гепатоспленомегалии, желтухи, полинейропатии; данных объективного осмотра (ярко-красный, гладкий, с трещинами язык, гипотония (АД - 90/60), тахикардия (Ps - 109 в минуту)); лабораторных исследований (эритроциты - $1,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 40 г/л, МСМ – 110 fL, цветовой показатель - 1,2, СОЭ - 23 мм/ч, анизоцитоз (макроцитоз), пойкилоцитоз, мегалоциты, тельца Жолли, кольца Кэбота). Диагноз «В-12 индуцированная миокардиодистрофия, ХСН II Б - IIIА, ФК III-IV (по NYHA), гипертрофия левого желудочка, блокада правой ножки пучка Гиса» выставлен на основании жалоб (одышка при минимальной физической нагрузке (вставание с кровати, одевание), отеки ног, постоянные, несколько увеличивающиеся к вечеру); данных осмотра (сердце увеличено на 2 см влево от левой среднеключичной линии, тоны сердца приглушены, систолический негрубый шум над всеми точками); данных инструментальных исследований (ритм синусовый, блокада правой ножки пучка Гиса, отрицательный зубец Т в V4-V6 отведениях).

3. Биохимический анализ крови с определением фракций В_i (тип желтухи), общего белка; ЭХО-кардиография (верификация диагноза ХСН); ФЭГДС (исключение патологии желудка и двенадцатиперстной кишки); кал на яйца глист (исключение дифиллоботриоза); исследования уровня витамина В₁₂ в сыворотке крови, уровней метилмалоновой кислоты (норма - 70-279 нмоль/л) и гомоцистеина (норма - 5-15 ммоль/л) (их увеличение подтверждает диагноз «В₁₂ дефицитная анемия»); биопсия костного мозга (исключение лейкоза).

4. Фолиевая дефицитная анемия - отсутствует фуникулярный миелоз.

5. Железодефицитная анемия - имеется микросфероцитоз, цветовой показатель $<0,85$, снижение сывороточного железа, повышение железосвязывающей способности, отсутствует фуникулярный миелоз, тельца Жоли, кольца Кебота, мегалоциты и пойкилоциты. Цианкобаламин 1000 мкг 1 раз в сут в/м ежедневно до нормализации гемоглобина, поддерживающая терапия Цианкобаламином 500 мкг 1 раз в месяц пожизненно. Рекомендовано: употребление в пищу продуктов животного происхождения (печень, почки, яйца, молоко). Исключение приёма алкоголя

Тема №19: «Гемобластозы в амбулаторной практике»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Мужчина 28 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры тела до $39,2^{\circ}\text{C}$ с ознобами, кровоточивость дёсен, появление «синячков» на коже без видимых причин, общую слабость. Считает себя больным в течение 7 дней, когда появилось повышение температуры, принимал Парацетамол с кратковременным эффектом. Слабость стала прогрессивно нарастать, появилась кровоточивость.

Из анамнеза жизни: наличие хронических заболеваний отрицает. Родители здоровы. Имеет специальное среднее образование, работает технологом. Служил в армии на подводной лодке.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура тела $37,5^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы бледные, обычной влажности. На коже нижних конечностей - экхимозы; петехии на коже плеч, предплечий; в ротовой полости – единичные петехиальные элементы. При аускультации дыхание везикулярное, ЧДД – 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 92 удара в минуту. АД – 100/65 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется на 1 см ниже края рёберной дуги, размеры по Курлову – $16 \times 10 \times 9$ см. Селезёнка пальпируется, эластичная, безболезненная, перкуторные размеры 10×8 см.

Общий анализ крови: эритроциты - $2,3 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв - 78 г/л, тромбоциты - $30 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты – $28,9 \times 10^9/\text{л}$, бласты - 32%, миелоциты – 0%, юные нейтрофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 38%, лимфоциты – 25%, СОЭ – 30.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?
4. Выберите и обоснуйте тактику ведения больного.
5. Какие осложнения возможны при данном заболевании?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Острый лейкоз, дебют. Гепатоспленомегалия. Анемия средней степени тяжести. Тромбоцитопения. Геморрагический синдром.

2. Диагноз «острый лейкоз» поставлен на основании клинических данных: гепатоспленомегалии, геморрагического, анемического синдромов, интоксикации. Основными диагностическими критериями являются лабораторные данные: в общем анализе крови - лейкоцитоз (реже лейкопения), наличие бластных клеток, симптом лейкомиического «провала», анемии (гемоглобин - 78 г/л соответствует средней степени тяжести) и тромбоцитопении.

3. Основными исследованиями для уточнения диагноза являются: общий анализ крови (лейкоцитоз, наличие бластов, лейкомиический «провал», анемия, тромбоцитопения);

стеральная пункция (20% и более бластных клеток в миелограмме);

цитохимическое исследование и иммунофенотипирование бластов (определение варианта лейкоза), цитогенетическое исследование костного мозга (определение прогностически благоприятных и/или неблагоприятных цитогенетических дефектов);

диагностическая люмбальная пункция (для исключения нейрорлейкемии);

УЗИ внутренних органов (с целью уточнения степени лейкозной инфильтрации печени и селезёнки).

4. Для верификации диагноза и лечения показана госпитализация в гематологическое отделение. Лечение включает цитостатическую терапию: используется полихимиотерапия по стандартным программам в зависимости от варианта лейкоза. Этапы лечения включают: индукцию ремиссии, консолидацию, поддерживающую терапию, профилактику нейрорлейкемии. При остром лимфобластном лейкозе используется 8-недельная программа Хольцера, при остром миелобластном лейкозе – терапия по протоколу «7+3». Используются следующие препараты: Преднизолон, Винкристин, Рубомицин, Цитозар, Циклофосфан, 6-Меркаптопурин, Аспарагиназа,

Этопозид. Сопроводительная терапия: для улучшения функции почек, уменьшения степени гиперурикемии – Аллопуринол, противорвотная терапия, гемостатическая терапия (трансфузии тромбоконцентратов), заместительные трансфузии эритроцитсодержащих сред. При плохом прогностическом индексе в фазе ремиссии заболевания показано проведение аллогенной трансплантации костного мозга.

5. К осложнениям острого лейкоза относятся кровотечения различной локализации; язвенно-некротические поражения слизистых желудочно-кишечного тракта; инфекционные поражения; поражение нервной системы (специфическая инфильтрация ЦНС, кровоизлияния). К побочным действиям цитостатических препаратов относят миелотоксический агранулоцитоз (с высоким риском инфекционных осложнений), диспепсические расстройства (тошнота, рвота), поражение эпителия слизистых оболочек (мукозит, энтеропатия), алопеция.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

На приёме у врача-терапевта участкового в поликлинике женщина 61 года предъявляет жалобы на наличие безболезненных опухолевидных эластичных образований по боковой поверхности шеи и в подмышечных областях, а также на тяжесть в левом подреберье при быстрой ходьбе, повышенную потливость. Вышеуказанные жалобы появились около года назад, постепенно нарастали.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пальпируются конгломераты увеличенных подчелюстных, шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов, при пальпации – эластичные, безболезненные, малоподвижные, кожа над ними не изменена, симметрично увеличены – шейные и подчелюстные до 2-3 см, подмышечные до 3-4 см, паховые до 4 см в диаметре.

В лёгких дыхание везикулярное, хрипов не слышно, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, край эластичный, безболезненный.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,6 \times 10^{12}/л$, Нв – 129 г/л, тромбоциты – $200 \times 10^9/л$, лейкоциты – $39 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 2%, лимфоциты – 92%, моноциты – 4%, СОЭ – 30 мм/ч, тени Боткина-Гумпрехта – 1-2 в поле зрения.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?
4. Выберите и обоснуйте тактику ведения больного.
5. Каков прогноз при данном заболевании, и какие возможны осложнения?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Хронический лимфолейкоз, II стадия по R2i.
2. Диагноз «хронический лейкоз» поставлен на основании клинических данных (пожилой возраст, жалобы на повышенную утомляемость, потливость, увеличение лимфоузлов); объективных данных (симметричное увеличение лимфоузлов, при пальпации они безболезненные, тестоватой или эластичной консистенции, подвижные, кожа над ними не изменена, характерно наличие спленомегалии, в общем анализе крови – лейкоцитоз с абсолютным лимфоцитозом, тени Боткина-Гумпрехта). II стадия хронического лимфолейкоза диагностируется при увеличении селезёнки.
3. Биохимические анализы крови. Стернальная пункция (в пунктате костного мозга увеличение количества лимфоцитов более 30%), УЗИ органов брюшной полости (наличие спленомегалии, определить, есть ли увеличение внутрибрюшных и забрюшинных лимфоузлов). Рентген грудной клетки (определить, есть ли увеличение внутригрудных лимфоузлов). Трепанобиопсия, биопсия лимфоузла, иммунофенотипирование костного мозга (дифференциальный диагноз с неходжкинской лимфомой).
4. Для верификации диагноза и лечения показана госпитализация в гематологическое отделение. При II стадии заболевания показано назначение цитостатиков: Флюдарабин, Циклофосфан, 6 курсов с интервалом в 4 недели. Моноклональные антитела: Ритуксимаб.
5. Прогноз зависит от стадии заболевания и темпов развития болезни. Выздоровление невозможно, но ближайший прогноз при II стадии относительно благоприятный. Отдалённый прогноз неблагоприятный. Возможно развитие аутоиммунных осложнений (синдром

аутоиммунной гемолитической анемии, синдром аутоиммунной тромбоцитопении), инфекционных осложнений, являющихся основной причиной смерти больных с хроническим лимфолейкозом.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Больной П. 70 лет обратился в поликлинику с жалобами на повышенную утомляемость, немотивированную слабость, ощущение тяжести в левом подреберье, снижение массы тела на 8 кг за последний месяц. В анамнезе: артериальная гипертония, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. При осмотре обращает на себя внимание увеличение лимфатических узлов в области передней поверхности шеи, в надключичных и подмышечных впадинах. Лимфатические узлы безболезненные, ненапряженные, подвижные, имеют эластическую консистенцию. Селезёнка увеличена (+5 см). В анализах крови: гемоглобин - 98 г/л, лейкоциты – 30×10^9 /л, из них 50% лимфоциты, тромбоциты - 130×10^9 /л, СОЭ - 16 мм/ч. В мазке крови лимфоциты нормальных размеров, определяются «размазанные» клетки, тени Гумпрехта.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Какой метод обследования необходимо провести в первую очередь? Ответ обоснуйте.
3. Определите стадию заболевания у данного пациента. Ответ обоснуйте.
4. Назначение какого препарата является оптимальным в данном случае?
6. Назовите возможные причины смерти пациентов с данным заболеванием.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

1. На основании жалоб больного (на повышенную утомляемость, немотивированную слабость, ощущение тяжести в левом подреберье, снижение массы тела на 8 кг за последний месяц), данных объективного обследования (увеличение лимфатических узлов в области передней поверхности шеи, в надключичных и подмышечных впадинах; лимфатические узлы безболезненные, не напряжённые, подвижные, имеют эластическую консистенцию, а также увеличение селезёнки (+5 см)); а также данных лабораторного обследования (Hb - 98 г/л, лейкоциты - 30×10^9 /л, из них 50% лимфоциты, тромбоциты - 130×10^9 /л, СОЭ - 16 мм/ч; в мазке крови лимфоциты нормальных размеров, определяются «размазанные» клетки, тени Гумпрехта), можно поставить предварительный диагноз «хронический лимфолейкоз».

2. Методы исследования для уточнения диагноза включают: иммунофенотипирование; стерильную пункцию, трепанобиопсию, биопсию лимфатического узла, КТ органов брюшной полости. В данном случае в первую очередь необходимо провести иммунофенотипирование для выявления характерных для хронического лимфолейкоза (ХЛЛ) лимфоцитарных антигенов (CD5, CD23). Проведение стерильной пункции или трепанобиопсии обычно проводят в сложных случаях, когда результаты клинической картины и иммунофенотипирования неоднозначны. В качестве первоочередной диагностической манипуляции проведение биопсии лимфоузла не является целесообразным. КТ органов брюшной полости проводят на втором этапе для оценки распространенности лимфаденопатии и выраженности спленомегалии.

3. В настоящее время для определения стадии ХЛЛ используют классификации Рэя (в основном в США) и Бинэ (в Европе и России). В соответствии с классификацией Бинэ, стадия А характеризуется вовлечением менее 3 лимфоидных областей (5 лимфоидных областей: шейные, подмышечные, паховые лимфатические узлы, спленомегалия и гепатомегалия), стадия В - более трёх лимфоидных областей, стадия С - снижением гемоглобина ниже 100 г/л или тромбоцитов менее 100×10^9 /л. Таким образом, у больного стадия С.

4. Учитывая стадию заболевания на момент обращения к врачу, пациенту показано специфическое лечение, при этом препаратом выбора является Флударабин - цитостатический препарат из группы аналогов пурина. Также для лечения ХЛЛ применяют Хлорамбуцил и Ритуксимаб (Мабтера) - анти-CD20 антитела, а также Алемтузумаб (Кэмпас) - анти-CD52 антитела, но эти препараты не являются препаратами первого ряда. Наиболее эффективная схема индукционной терапии FCR - Флударабин, Циклофосфан и Ритуксимаб.

5. Возможные причины смерти пациентов с ХЛЛ: сердечно-сосудистые заболевания, инфекционные осложнения, осложнения терапии. Поскольку ХЛЛ - заболевание, главным образом, пожилого возраста, то до 30% смертельных исходов не связано с основным заболеванием, 50% смертности связано с инфекционными осложнениями, 15% - с осложнениями

терапии, остальные 5% - с геморрагическими осложнениями, гемолизом или инфильтрацией жизненно важных органов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

Больная М. 52 лет обратилась в поликлинику с жалобами на немотивированную слабость, повышенную утомляемость, постоянное ощущение тяжести в левом подреберье, снижение аппетита, чувство быстрого насыщения. Указанные жалобы появились около 5 месяцев назад и постепенно стали более выраженными. При осмотре обращает на себя внимание увеличение селезёнки (выступает из-под края реберной дуги на 6 см). Анализ крови: гемоглобин - 105 г/л, цветовой показатель - 0,94, лейкоциты - $68,3 \times 10^9$ /л (промиелоциты - 1%, нейтрофильные миелоциты - 2%, нейтрофильные метамиелоциты - 6%, нейтрофильные палочкоядерные - 14%, нейтрофильные сегментоядерные - 58%, лимфоциты - 9%, эозинофилы - 2%, базофилы - 7%, моноциты - 1%), тромбоциты - 440×10^9 /л. Активность щелочной фосфатазы нейтрофилов снижена.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациентки для подтверждения диагноза.
3. Какие показатели анализа крови данной больной не соответствуют хронической стадии заболевания? Ответ обоснуйте.
4. Цитогенетический анализ выявил наличие Ph-хромосомы, в соответствии с клиническими признаками пациентка была стратифицирована в категорию промежуточного риска. Укажите начальную тактику лечения для данной пациентки.
5. Назовите признаки полной гематологической ремиссии при лечении данного заболевания. Ответ обоснуйте.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

1. Наиболее вероятный диагноз - «хронический миелолейкоз». Хронический миелолейкоз является одним из миелопролиферативных заболеваний и характеризуется клональной пролиферацией ранней стволовой клетки, что обычно приводит к увеличению числа гранулоцитов. Для начальной стадии в периферической крови характерен нарастающий лейкоцитоз, при этом наибольший удельный вес приходится на зрелые формы, хотя также появляются незрелые формы и даже единичные бласты. Характерным является увеличение количества базофилов, небольшой тромбоцитоз, нормоцитарная нормохромная анемия. Бессимптомное течение наблюдают почти у 50% пациентов, в остальных случаях клинические проявления малоспецифичны. В данной ситуации дифференциальный диагноз проводим с острым миелоидным лейкозом и миелоидной лейкомоидной реакцией. При остром миелоидном лейкозе наблюдают бластоз с цитопенией. Общее количество лейкоцитов обычно не изменено, а абсолютное число нейтрофилов может быть снижено. Миелоидная лейкомоидная реакция характеризуется лейкоцитозом более 50×10^9 /л с преимущественным увеличением содержания сегментоядерных и палочкоядерных нейтрофилов, хотя в ряде случаев наблюдают незрелые клетки и бластные формы. Как правило, лейкомоидная реакция не сопровождается базофилией, в лейкоцитах наблюдают токсическую грануляцию.
2. Для подтверждения диагноза необходимо провести: морфологическое исследование костного мозга (стерильная пункция); морфологическое исследование костного мозга (трепанобиопсия); цитогенетический анализ. Всем пациентам на этапе диагностики рекомендуется пройти цитогенетическое исследование костного мозга с измерением концентрации BCR-ABL транскрипта. BCRABL - химерный ген, следствие наличия филадельфийской хромосомы (транслокации 9;22, которая обнаруживается почти во всех случаях ХМЛ).
3. Не соответствует хронической стадии заболевания тромбоцитопения менее 100×10^9 /л, не связанная с лечением. В течении ХМЛ выделяют три стадии или фазы: медленную, или хроническую (обычно около 3 лет); прогрессирующую, или стадию акселерации (1-1,5 года, при соответствующем лечении можно вернуть заболевание в хроническую фазу) и финальную, или терминальную (фаза быстрой акселерации, 3-6 месяцев, которая обычно заканчивается смертью пациента). Продолжительность этих стадий у разных больных различна, болезнь может быть впервые диагностирована на любой из них. Признаками стадии акселерации являются: обнаружение, помимо t(9;22), других хромосомных aberrаций; наличие 10-19% бластных клеток в крови; наличие 20% и более базофилов в крови; менее 100×10^9 /л тромбоцитов в крови, не обусловленное лечением; а также увеличение размеров селезёнки и количества лейкоцитов,

нечувствительных к проводимой терапии. Для установления стадии акселерации достаточно одного из перечисленных выше признаков.

4. В настоящее время препаратом первой линии для лечения хронической стадии (Ph+) ХМЛ является Иматиниб (Gleevec) - ингибитор тирозинкиназы, препарат патогенетического действия. Иматиниб блокирует тирозинкиназу трёх видов рецепторов (Vcr-Abl, c-kit и PDGFR) аномального фермента, продуцируемого филадельфийской хромосомой. Кроме того, Иматиниб подавляет пролиферацию Vcr-Abl - позитивных опухолевых клеток, индуцирует их апоптоз, а также блокирует рецепторы тирозинкиназы тромбоцитарного фактора роста и фактора роста стволовых клеток. При лечении Иматинибом полную гематологическую ремиссию достигают у 90-95% пациентов с хронической стадией. Из возможных в данной ситуации методов лечения следует также указать введение Интерферона- α , аутологичную трансплантацию костного мозга пациента, лейкаферез, спленэктомию.

Интерферон- α , в течение длительного времени считавшийся препаратом первой линии лечения ХМЛ, уступил первенство Иматинибу. Аутологичная (т. е. происходит забор стволовых клеток самого пациента) трансплантация костного мозга также перестала быть первоочередным методом лечения даже у пациентов молодого возраста. Лейкаферез следует проводить у пациентов с клиническими проявлениями лейкостаза (нарушение сознания, зрения и т. д.). Спленэктомия не имеет самостоятельного значения в лечении ХМЛ, так как исследования показали отсутствие преимуществ в выживаемости после спленэктомии.

5. Отсутствие клинических проявлений заболевания; концентрация лейкоцитов менее 10×10^9 /л; отсутствие незрелых форм гранулоцитов, начиная с миелоцитов. В настоящее время для оценки эффективности лекарственной терапии ХМЛ используются три группы показателей: гематологическая ремиссия, цитогенетическая ремиссия и молекулярная ремиссия. Гематологическая ремиссия наступает раньше всех остальных (через 3 месяца лечения) и определяется по нормализации клинической картины и картины периферической крови, при этом клетки, содержащие филадельфийскую хромосому, могут ещё присутствовать. Цитогенетическая ремиссия определяется по исчезновению Ph+ клеток из периферической крови и костного мозга. Молекулярная ремиссия определяется по уменьшению матричной рибонуклеиновой кислоты (мРНК) (транскрипта) гена BCR-ABL и в настоящее время стала «золотым стандартом» мониторинга эффективности терапии ингибиторами тирозинкиназы (Иматиниб, Дасатиниб и Нилотиниб).

Тема №20: «Желтуха и гепатолиенальный синдром в практике врача-терапевта»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Больной М. 16 лет направлен с приёма в поликлинике в инфекционную больницу 20 августа с жалобами на плохой аппетит, ноющие боли в правом подреберье, потемнение мочи, желтушную окраску кожи и склер. Анамнез болезни: заболел 14 августа, когда повысилась температура до 38°C , появилась головная боль, тошнота, двукратная рвота. Все последующие дни сохранялась температура в пределах $37,6-38^\circ\text{C}$, беспокоила общая слабость, головная боль, тошнота, плохой аппетит. 19 августа заметил потемнение мочи и посветление кала. 20 августа появилась желтушность кожи и склер. Эпидемиологический анамнез: живёт в студенческом общежитии, в комнате 4 человека. Периодически питается в столовой по месту учёбы. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Температура $37,5^\circ\text{C}$. Кожные покровы и склеры умеренно желтушны, сыпи нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс – 64 удара в минуту, АД – 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налётом. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется селезёнка. Поколачивание по поясничной области отрицательное с обеих сторон. Биохимические показатели: билирубин общий – 160 ммоль/л, прямой – 102 ммоль/л, непрямой – 58 ммоль/л, АлТ – 640 МЕ/л, АсТ – 488 ммоль/л, щёлочная фосфатаза – 102 ед, протромбиновый индекс – 60%. В анализе мочи определяются желчные пигменты.

Вопросы:

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

5. Назовите методы профилактики данного заболевания.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Вирусный гепатит А, желтушная форма, средней степени тяжести, период разгара.
2. Диагноз «вирусный гепатит А» (ВГА) установлен на основании жалоб больного на плохой аппетит, ноющие боли в правом подреберье, потемнение мочи, желтушную окраску кожи и склер; данных анамнеза болезни (циклическое течение заболевания – наличие преджелтушного периода в течение 6 дней, затем появление желтухи); эпидемиологического анамнеза (проживает в студенческом общежитии, питается в столовой); объективного осмотра (желтушность кожи и склер, гепатоспленомегалия, моча тёмного цвета, кал ахоличен). Форма течения ВГА установлена на основании наличия желтухи. Установление степени тяжести ВГА основано на уровне билирубина (билирубин общий – 160 ммоль/л, прямой – 102 ммоль/л, непрямой – 58 ммоль/л) и протромбинового индекса – 60%.
3. Пациенту рекомендовано: определение маркеров ВГА, ВГВ, ВГС в крови (анти-HAV IgM, HBsAg, анти-HBcIgM, анти-HCV); ПЦР-диагностика (определение РНК вируса ВГА); ультразвуковое исследование печени, желчевыводящих путей и селезёнки; проведение исследования крови на холестерин, гаммаглутамилтранспептидазу (ГГТП), фибриноген, общий белок и белковые фракции.
4. Вариант диеты с механическим и химическим щажением, постельный режим, обильное питьё. С целью дезинтоксикации назначают 500 мл 5% раствора Глюкозы внутривенно капельно, Пиридоксин 600 мг внутривенно капельно на 500 мл 0,9% раствора Натрия хлорида в течение 5 дней, затем Пиридоксин по 0,5 2 раза в день общим курсом до 21 дня. С метаболической целью вводят 10 мл 2% раствора Рибоксина на 400 мл 5% раствора Глюкозы. Поливитаминные препараты - Аевит по 1 капсуле 3 раза в день после еды, Аскорутин 0,1 3 раза в день.
5. Неспецифическая профилактика ВГА включает санитарно-гигиенические мероприятия, обеспечение населения доброкачественной питьевой водой и продуктами питания. Вакцинация против ВГА проводится по эпидемическим показаниям. Прививкам подлежат: - дети с трёх лет, проживающие на территориях с высоким уровнем заболеваемости ВГА; - медицинские работники, воспитатели и персонал детских дошкольных учреждений; - работники сферы общественного питания; - рабочие, обслуживающие водопроводные и канализационные сооружения; - лица, выезжающие в гиперэндемичные по ВГА регионы и страны, а также контактные в очагах ВГА. Вакцинация против ВГА показана также пациентам с хроническими заболеваниями печени, воинским коллективам в полевых условиях. Лица, контактировавшие с больными ВГА, должны находиться под наблюдением в течение 35 дней с момента последнего контакта (термометрия, опрос, определение размеров печени и селезёнки, осмотр кожи и слизистых оболочек и т. д.). При наличии у контактных лиц лихорадки, диспепсических явлений, потемнения мочи и т. д. проводят лабораторные исследования с определением активности АлТ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Больной А. 18 лет, учащийся, заболел 4 дня назад, когда температура тела повысилась до 38 °С, появились слабость, ломота в теле, головная боль. Врач-терапевт участковый диагностировал острое респираторное заболевание, назначил лечение на дому. На 5 день болезни температура снизилась, но появилась тёмная моча, на 6 день - желтушность кожи и склер. Повторно осмотрен врачом-терапевтом участковым. Направлен в стационар.

При объективном обследовании были отмечены иктеричность кожных покровов и видимых слизистых, адинамия. Язык покрыт густым, белым налётом. Живот обычной формы, мягкий, чувствительный в области правого подреберья. Печень увеличена на 3 см, плотно-эластичной консистенции, чувствительная. Селезёнка не прощупывается. Моча цвета «пива», кал ахоличен. Одновременно заболело ещё несколько учащихся.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования.
4. Составьте план лечения.
5. Какова тактика врача-терапевта участкового?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Острый гепатит А, желтушный вариант, среднетяжёлая форма.

Диагноз установлен на основании жалоб на лихорадку, слабость, ломоту в теле, головную боль, на 5 день болезни температура снизилась, но появилась тёмная моча, на 6 день - желтушность кожи и склер; данных эпидемиологического анамнеза: одновременно заболело ещё несколько учащихся; данных осмотра: улучшение самочувствия с появлением желтухи, иктеричность кожных покровов и видимых слизистых, язык покрыт густым, белым налётом; живот мягкий, чувствительный в области правого подреберья, печень увеличена на 3 см, плотно-эластичной консистенции, чувствительная, селезёнка не прощупывается; моча цвета пива, кал ахоличен.

2. В желтушный период необходима дифференциальная диагностика с желтушными формами инфекционного мононуклеоза, лептоспироза, псевдотуберкулёза, желтухами гемолитического, токсического генеза.

3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, б/х крови (общий билирубин, свободный и связанный билирубин, тимоловая проба, АЛТ, ПТИ, альбумин, α -фетопротеин, антинуклеарный фактор). Исследование сыворотки крови методом ИФА для выявления маркера острого вирусного гепатита А - анти-HAV IgM.

4. Больной подлежит госпитализации в стационар. Назначают постельный режим. Диета стол № 5 (по Певзнеру). Объём жидкости (щелочные минеральные воды, чай, соки, кисели) составляет 2 – 3 л/сут. Для дезинтоксикационной терапии - глюкозо-солевые растворы. Витаминотерапия (витамины групп В и С). В период ранней реконвалесценции применяют Метилурацил, гепатопротекторы. По показаниям в фазе угасания желтухи (восстановления оттока желчи) используют желчегонные препараты.

5. Направление в инфекционную больницу. Извещение в ГЦСЭН. Контактные лица подлежат наблюдению и биохимическому обследованию на протяжении 35 дней после изоляции больного.

В очагах проводится дезинфекция хлорсодержащими препаратами, вещи больных подвергаются камерной дезинфекции.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Больной А. 18 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом по поводу жалоб на слабость, повышенную температуру тела. В течение 7 дней головная боль, температура 38 °С, недомогание. Лечился амбулаторно, диагноз «ОРВИ». На 8 день болезни появилась тёмная моча, окружающие заметили желтушность кожи и склер, в связи с чем госпитализирован.

Объективно: иктеричность кожи и видимых слизистых, адинамия. Отмечает незначительный кожный зуд. Тоны сердца приглушены, пульс – 58 ударов в минуту, АД – 95/60 мм рт. ст. Живот чувствительный при пальпации в области правого подреберья. Печень выступает на 2 см ниже края рёберной дуги, край эластичный, чувствительный при пальпации. Селезёнка не пальпируется. Моча цвета «пива», кал обесцвечен. Известно, что «желтухой» заболели ещё несколько человек по месту учёбы. Госпитализирован.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Перечислите и обоснуйте клинические синдромы периода разгара болезни.
4. Проведите клинико-патогенетические параллели между клиническими и патогенетическими синдромами данного заболевания.
5. Составьте и обоснуйте план лабораторной диагностики.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

1. Острый вирусный гепатит А, желтушная форма, средней тяжести.
2. Молодой возраст, острое начало по гриппоподобному варианту, преджелтушный период в течение 7 дней с фебрильной лихорадкой и умеренной интоксикацией, клинические синдромы желтушного периода: желтуха, умеренные брадикардия и гипотония, гепатолиенальный и холестатический синдром наряду с данными эпиданамнеза о возможном контакте с больными желтухой позволяют поставить предварительный диагноз «острый вирусный гепатит А».

3. Синдром желтухи: желтушность кожи и слизистых, билирубинурия, ахолия кала как проявления экскреторно-билиарного синдрома. Холестатический синдром: кожный зуд как проявления холацидемического синдрома. Гепатолиенальный синдром: гепатомегалия как проявление мезенхимально-воспалительного синдрома.

4. Синдром желтухи как проявления экскреторно-билиарного синдрома. Холестатический синдром как проявление холацидемического синдрома. Гепатолиенальный синдром как проявление мезенхимально-воспалительного синдрома.
5. Клинический анализ крови (лейкопения, относительный лимфоцитоз и замедление СОЭ). Биохимический анализ крови: уровень общего и прямого (связанного) билирубина - гипербилирубинемия за счет связанной фракции; АлАТ, АсАТ - гиперферментемия; ЩФ, ГГТП - повышение показателей при холестазах; протеинограмма - гипоальбуминемия. Анализ крови на маркеры вирусных гепатитов: ГА-anti-HAV-IgМиГВ - HbsAg ГС - anti-HCV.

Тема №21: «Кислотозависимая патология желудка в амбулаторной практике»
Кислотозависимая патология желудка в амбулаторной практике»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Женщина 53 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на изжогу, боли за грудиной, появляющиеся после еды и физической нагрузки. Отмечает также усиление болей при наклонах и в горизонтальном положении. Из анамнеза известно, что изжога беспокоит около 20 лет. Не обследовалась. Последние 2 месяца появились данные боли за грудиной. При осмотре: состояние удовлетворительное. Индекс массы тела (ИМТ) - 39 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, чистые. В лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. Данные фиброгастроудоденоскопии: в нижней трети пищевода выявлены эрозии, занимающие около 40% окружности пищевода.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Дайте немедикаментозные рекомендации больному.
5. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Эзофагит II степени. Ожирение II степени.
2. Диагноз «гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ)» установлен на основании жалоб больной на изжогу, боли за грудиной, данных анамнеза (изжога более 20 лет), степень эзофагита установлена на основании эндоскопической картины, степень ожирения - на основании данных ИМТ.
3. Пациенту рекомендовано: проведение рентгеноскопии пищевода и желудка для исключения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы; проведение суточной внутрипищеводной рН-метрии для определения критериев патологического рефлюкса; ЭКГ; проведение проб с физической нагрузкой (исключить ИБС).
4. Частое дробное питание 5-6 раз в день, ужин за 3 часа до сна, соблюдение диеты с исключением жирной пищи, шоколада, кофе, цитрусовых, лука, чеснока, приподнять головной конец кровати на 10-15 см, не носить тугих поясов, корсетов, нормализовать вес.
5. Ингибиторы протонной помпы – базисная группа препаратов для лечения кислотозависимых заболеваний (Омепразол, Лансопразол, Эзомепразол, Пантопразол, Рабепразол), антациды (Маалокс, Алмагель, Фосфалюгель и т. п.) – симптоматическая терапия, прокинетики (Этаприд) влияет на тонус нижнего пищеводного сфинктера, улучшают антродуоденальную координацию.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

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 гиперемированы. 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 чёткие границы, гиперемированы, 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 СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с *Helicobacter pylori*, одиночная малая (0,5 см) язва задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки впервые выявленная, рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), I стадия. Хронический фарингит стадия ремиссии. Ожирение I ст.

2. У пациента имеются голодные боли, ночные боли, изжога, которые характерны для язвенной болезни 12-перстной кишки. Диагноз подтверждают данные ЭФГДС: луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Ассоциация язвенной болезни с *Helicobacter pylori* определена по положительному уреазному тесту. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), I стадия выставлена на основании жалоб на изжогу, отрыжку кислым; наличия факторов риска: хронического фарингита у пациента (данные анамнеза), при обследовании выявлено ожирение I степени; данных ЭФГДС – пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода (изменения соответствуют I стадии ГЭРБ). Ожирение I ст. выставлено на основании показателя индекса массы тела - 32,0 кг/м², который соответствует I ст. ожирения.

3. Пациенту с целью исключения осложнений рекомендовано следующее обследование: полный гематологический анализ крови, трансаминазы (АЛТ, АСТ), сахар крови, креатинин крови. Проведение ЭКГ для дифференциального диагноза с ИБС; УЗИ брюшной полости для исключения сопутствующей патологии; для уточнения степени воспаления и выявления метаплазии – цитологическое и гистологическое исследование биоптата краёв язвы и слизистой в месте поражения пищевода, суточная внутрипищеводная рН-метрия для уточнения характера рефлюктата. Консультация врача-хирурга - по показаниям (при наличии осложнения язвенной болезни), врача-онколога – при подозрении на злокачественный характер изъязвления. Консультация врача-оториноларинголога для уточнения стадии хронического фарингита.

4. Трёхкомпонентная схема эрадикации *Helicobacter pylori*: ИПП в стандартной дозе (Омепразол – 20 мг, Лансопразол – 30 мг, Рабепразол – 20 мг или Эзомепразол – 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. Итоприда гидрохлорид усиливает пропульсивную моторику ЖКТ за счёт антагонизма с допаминовыми D2- рецепторами и дозозависимого ингибирования активности

ацетилхолинэстеразы. Активирует высвобождение ацетилхолина и подавляет его разрушение. 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, снижающих давление нижнего пищеводного сфинктера и 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 «потребованию» 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Больной В. 43 лет обратился в поликлинику с жалобами на ноющие боли в эпигастриальной области, которые возникают через 20-30 минут после приёма пищи; на тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение; на снижение аппетита.

Из анамнеза заболевания: впервые подобные жалобы возникли около 6 лет назад, но боли купировались приемом Алмагеля и Но-шпы. За медицинской помощью ранее не обращался. Отмечает весенне-осенние обострения заболевания. Ухудшение самочувствия около двух дней, после употребления алкоголя и жареной пищи.

Работает водителем такси. Питается нерегулярно, часто употребляет алкоголь. Курит в течение 20 лет до 2 пачек сигарет в день. Наследственный анамнез: у отца – язвенная болезнь желудка.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Астеник, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 74 удара в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 74 удара в минуту. Язык обложен белым налётом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастриальной области, симптом Менделя положительный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Селезёнка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневно, без патологических примесей.

Данные дополнительных методов исследования.

- Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$. - 1, лейкоциты – $6,5 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 30%, моноциты – 8%, СОЭ – 10 мм/ч.
- Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок, цилиндры, соли - не определяются.
- Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген – 2,9 г/л, общий белок – 68 г/л.
- ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперемирована, складки обычной формы и размеров, в кардиальном отделе по большой кривизне определяется язвенный дефект 1,0-1,5 см, с ровными краями, неглубокий, дно прикрыто фибрином. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, слизистая бледно-розового цвета. Выявлен *Helicobacter pylori*.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Обоснуйте диагноз.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
5. Перечислите основные принципы лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

1. Болевой абдоминальный синдром, синдром желудочной диспепсии.
2. Язвенная болезнь желудка, стадия обострения, впервые выявленная, НР-ассоциированная.
3. Диагноз выставлен на основании жалоб (ранние боли в эпигастрии после приёма пищи); данных анамнеза: наличие факторов риска (употребление алкоголя, нерегулярное питание, курение, отягощенная наследственность), сезонные обострения (весной и осенью); данных ФГДС; обнаружения НР.
4. Хронический гастродуоденит, симптоматические язвы, хронический панкреатит, хронический холецистит, злокачественные новообразования желудка.
5. Соблюдение режима питания и диеты, эрадикация НР (стандартная тройная терапия в течение 14 дней – Маастрихт-3), курс базисной антисекреторной терапии в течение 6-8 недель.

Тема №22: «Неинфекционные болезни печени в амбулаторной практике (алкогольная и неалкогольная жировая болезнь печени)»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Мужчина 48 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, тупые ноющие боли в области правого подреберья, тошноту, отрыжку воздухом, снижение аппетита, периодически возникающий кожный зуд. Из анамнеза известно, что пациент употребляет алкоголь (более 60 г этанола в сутки) в течение 13 лет. Два года назад появились боли ноющего характера в области правого подреберья, общая слабость, тошнота, периодически возникающий кожный зуд, усиливающийся в вечернее время. За медицинской помощью пациент не обращался. Периодически принимал баралгин, антигистаминные средства, ферментные препараты: креон по 25000 Ед. два раза в сутки; эффекта от принимаемых препаратов не отметил. Настоящее обострение в течение последних трех недель, когда после употребления алкоголя появились слабость, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом, снижение аппетита. Операций, гемотрансфузий не было.

При осмотре: состояние удовлетворительное; рост – 178 см, вес – 79 кг, ИМТ – 24,9 кг/м². Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны; выявляются телеангиэктазии на груди, спине, плечах, «пальмарная» эритема. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 70 в 1 минуту; АД – 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Живот мягкий, при поверхностной пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9 (+2)4847 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность. Селезёнка не пальпируется. Дизурийнет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты исследований:

Общий анализ крови: эритроциты – 4,4Ч10¹²/л; лейкоциты – 6,3Ч10⁹/л; нейтрофилы сегментоядерные – 64%; нейтрофилы палочкоядерные – 1%; лимфоциты – 28%; моноциты – 4%; эозинофилы – 2%; базофилы – 1%; Hb – 148 г/л; тромбоциты – 217Ч10⁹/л; СОЭ – 18 мм/ч.

Биохимия крови: общий билирубин – 25 мкмоль/л; непрямого билирубин – 22,5 мкмоль/л; прямого билирубин – 2,5 мкмоль/л; АЛТ – 203 ед/л; АСТ – 214 ед/л; ГГТП – 89 ед/л; ЩФ – 298 ед/л; ТГ – 3,9 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 2,8 ммоль/л; ХС-ЛПВП – 1,5 ммоль/л; глюкоза – 5,0 ммоль/л; креатинин – 62 мкмоль/л; мочевины – 2,8 ммоль/л; альбумин – 43 г/л; общий белок – 71,5 г/л; альфа-1-глобулины – 3,2 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бета-глобулины – 7,1 г/л; γ-глобулины – 12,5 г/л; альфафетопротеин – 3,1 ед/л; ферритин – 54 мкг/л; трансферрин – 2,6 г/л; калий – 3,7 ммоль/л; Na – 137,5 ммоль/л; железо – 21,5 мкмоль/л; амилаза – 44 ед/л; ХС – 5,3 ммоль/л. ПТИ – 84%. Иммуноферментный анализ (исследование крови на маркеры гепатитов В, С): HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-HCV – отриц. Эластометрия печени: определена стадия F2 (по шкале METAVIR), умеренный фиброз. Кал на скрытую кровь – отриц. Рентгенологическое исследование лёгких:

без патологических изменений. ЭКГ – без патологических изменений. 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. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.

При обращении к врачу-терапевту участковому через месяц после лечения пациент отметил улучшение самочувствия: исчезли слабость, повышенная утомляемость, тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом. При объективном осмотре: кожные покровы чистые, обычной окраски. Размеры печени по Курлову: 9С8С7 см. Селезёнка не увеличена. Общий анализ крови – в пределах нормы. Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямо́й билирубин – 16 мкмоль/л; прямо́й билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 38 ед/л, ГГТП – 26 ед/л; ЩФ – 125 ед/л; ТГ – 2,6 ммоль/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные дистрофические изменения в паренхиме печени. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Хронический гепатит алкогольной этиологии, умеренной степени активности, стадия F2 (умеренный фиброз).

2. Диагноз «хронический алкогольный гепатит» установлен на основании жалоб больного на общую слабость, повышенную утомляемость, тупую ноющую боль в правом подреберье, тошноту, снижение аппетита, периодический кожный зуд; данных анамнеза (пациент злоупотребляет алкоголем в течение 13 лет); данных объективного осмотра (желтушность кожных покровов, иктеричность склер, наличие у больного телеангиэктазий, «пальмарной» эритемы, гепатомегалии).

Подтверждают диагноз «хронический алкогольный гепатит» данные лабораторных исследований: (повышение АЛТ, АСТ, ГГТП, общего билирубина, щелочной фосфатазы, а также повышение уровня триглицеридов).

Исключена другая (вирусная) этиология хронического гепатита: исследование крови на маркеры гепатита В, С: HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-HCV–отрицательный. Степень активности хронического алкогольного гепатита определена на основании повышения уровня АЛТ и АСТ (в 5 раз по сравнению с нормой). Стадия хронического алкогольного гепатита F2 установлена на основании данных эластометрии печени (по шкале METAVIR), умеренный фиброз.

3. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (для исключения очаговых образований печени, признаков портальной гипертензии, сопутствующей патологии); ЭГДС – для выявления и/илиопределения состояния вен пищевода и /или желудка; дуплексное сканирование сосудов печеночноселезеночного бассейна для выявления признаков портальной гипертензии.

4. Рекомендуется соблюдение диеты. Исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао. Целесообразно назначение диеты, богатой белками (не менее 1 г на 1 кг массы тела), с высокой энергетической ценностью (не менее 2000 ккал/сут), с достаточным

содержанием витаминов (особенно группы В, фолиевой и липоевой кислот) и микроэлементов – цинка и селена, дефицит которых наиболее часто наблюдается при злоупотреблении алкоголем. Пациенту показано назначение Адемeтионина (Гептрал) в дозе 1600 мг в сутки в течение 4-8 недель. Применение экзогенного адемeтионина позволяет снизить накопление и отрицательное воздействие токсических метаболитов на гепатоциты, стабилизировать вязкостьклеточных мембран, активизировать работу связанных с ними ферментов.

5. В результате проведенного лечения отмечена положительная динамика: наблюдается отсутствие болевого, диспепсического, астенического синдромов. Исчезли желтушность кожных покровов, иктеричность склер, телеангиэктазии, «пальмарная» эритема. Отмечена также положительная динамика биохимических показателей: снижение общего билирубина, АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ, ТГ. Так как при УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные

дистрофические изменения в паренхиме печени, рекомендуется продолжить прием Адеметионина (Гептрал) в дозе 1600 мг в сутки внутрь в течение 1 месяца. Диспансерное наблюдение у врача-гастроэнтеролога.

Тема №23: «Реактивные артриты, остеоартроз в практике врача-терапевта Реактивные артриты, остеоартроз»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Мужчина 45 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на сильную боль в плюсне-фаланговом суставе I пальца правой стопы, припухлость I пальца правой стопы, гиперемия кожи над суставом, повышение температуры тела до 37,5°C, познабливание. Из анамнеза известно, накануне был в гостях у друга, где употреблял мясо и красное вино в большом количестве. Боль возникла впервые, внезапно, около 6 часов утра и локализовалась преимущественно в области I плюснефалангового сустава правой стопы. Работает стоматологом.

Семейный анамнез: мать – страдает сахарным диабетом 2 типа, АГ, отец – страдает подагрой, подагрическим полиартритом. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост – 172 см, масса тела – 105 кг. ИМТ – 35,59 кг/м². Окружность талии – 115 см, окружность бедер – 123 см. Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, ЧСС – 82 уд. в мин., АД – 130/84 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При осмотре I плюсне-фалангового сустава правой стопы: кожные покровы над суставом резко гиперемированы, горячие на ощупь, отёк сустава распространяется на соседние мягкие ткани, пальпация сустава резко болезненна, движение и ходьба практически невозможны. Интенсивность боли по визуально-аналоговой шкале 7 баллов.

В анализах: общий анализ крови: эритроциты – 5,1*10¹²/л, лейкоциты – 11,8*10⁹/л, тромбоциты – 280*10⁹/л, СОЭ – 30 мм/час. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,0 ммоль/л, ТГ – 2,0 ммоль/л, ХС – ЛПВП – 0,86 ммоль/л; глюкоза – 5,7 ммоль/л; мочевиная кислота – 576 мкмоль/л, СРБ – 18 мг/л, ревматоидный фактор – отрицательный, серомукоид – 0,15 ед, креатинин – 87 мкмоль/л. СКФ (СКД-ЕРІ) – 92 мл/мин 1,73 м². Альбуминурия – 10 мг/сутки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Сформулируйте алгоритм ведения пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Через 7 дней на фоне назначенной терапии отмечается положительная динамика: боль, отёчность I плюсне-фалангового сустава правой стопы не беспокоят, температура тела нормализовалась. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Подагра. Острый артрит I плюсне-фалангового сустава правой стопы, первая атака. Экзогенно-конституциональное ожирение 2 степени. Гиперлипидемия (гиперхолестеринемия, гипертриацилглицеридемия).
2. Диагноз «подагра» установлен на основании жалоб больного на сильную боль в плюсне-фаланговом суставе I пальца правой стопы, припухлость I пальца правой стопы, гиперемия кожи над суставом, повышение температуры тела до 37,5°C; данных анамнеза (накануне был в гостях у друга, где употреблял мясо и красное вино в большом количестве, боль возникла впервые, внезапно, около 6 часов утра и локализовалась преимущественно в области I плюсне-фалангового сустава правой стопы); данных объективного обследования (при осмотре I плюсне-фалангового сустава правой стопы: кожные покровы над I плюсне-фаланговым суставом резко гиперемированы, горячие на ощупь, отёк сустава распространяется на соседние мягкие ткани, пальпация сустава резко болезненна, движения и ходьба практически невозможны. Интенсивность боли по шкале ВАШ – 7 баллов); стадия подагры на основании анамнеза заболевания (боль возникла впервые, внезапно) и на основании данных лабораторного исследования (повышение уровня мочевиной кислоты). Диагноз «экзогенно-конституциональное ожирение (ЭКО)» установлен на основании

показателя ИМТ ($>35,59$ кг/м²). Диагноз «гиперлипидемия» установлен на основании повышения общего холестерина, повышения уровня ТГ и снижения уровня ЛПВП.

3. Пациенту рекомендовано: рентгенография I плюсне-фаланговых суставов обеих стоп - для определения стадии подагры; общий анализ мочи + альбуминурия - для выявления кристаллов уратов, поражения почек; пункция I плюсне-фалангового сустава для исследования суставной жидкости - выявление кристаллов моноуратов натрия; ревматологические пробы: ревматоидный фактор, АЦЦП - для исключения ревматоидного артрита; биохимические показатели: аминотрансферазы, креатинин крови - с целью персонализации фармакотерапии и уточнения коморбидного статуса пациента.

4. Оптимальное лечение подагры требует комбинации нефармакологических и фармакологических подходов и должно учитывать: а) специфические факторы риска (уровень мочевой кислоты, количество предшествующих атак, рентгенография); б) стадию болезни (асимптоматическая гиперурикемия, острый/интермиттирующий артрит, межприступный период, хроническая тофусная подагра); в) общие факторы риска (возраст, пол, ожирение, гиперурикемические препараты).

Обучение больного правильному образу жизни (уменьшение веса тела при ожирении, диета, уменьшение приёма алкоголя, особенно пива) - ключевой аспект лечения. Ограничение в пищевом рационе богатых пуринами продуктов животного происхождения и снижение массы тела способствует снижению сывороточного уровня мочевой кислоты, а алкоголь, особенно пиво, является независимым фактором риска для подагры. Лечение острого приступа подагрического артрита. НПВП и Колхицин могут быть эффективны в терапии острого приступа артрита и являются первой линией терапии. Высокие дозы Колхицина приводят к побочным эффектам, а низкие дозы (например, 0,5 мг 3 раза в день) могут быть достаточны у ряда пациентов. Удаление синовиальной жидкости и введение внутрисуставно длительно действующих глюкокортикоидов может быть эффективным и безопасным лечением острого приступа артрита. Антигиперурикемическая терапия показана больным с острыми атаками. Проведение антигиперурикемической терапии показано при неэффективности нефармакологических методов лечения. Решение о подобной терапии должно быть принято индивидуально, учитывая баланс между пользой и потенциальными рисками, и согласовано с больным. Целью антигиперурикемической терапии является предупреждение образования и растворение имеющихся кристаллов моноурата натрия, это достигается поддержанием уровня МК ниже точки супернасыщения сыворотки уратами (<360 мкмоль/л), так как предотвращение образования и растворение уже имеющихся кристаллов моноурата натрия возможно при достижении указанного сывороточного уровня мочевой кислоты. Профилактика суставных атак в течение первых месяцев антигиперурикемической терапии может достигаться Колхицином (0,5-1,0 грамм в день) и/или НПВП (с гастропротекцией при показании). И Колхицин и НПВП имеют потенциально серьёзные побочные эффекты, и их назначение предопределяет необходимость соотнести потенциальную пользу и вред. При наличии противопоказаний и/или неэффективности НПВП и Колхицина для профилактики приступов артрита в первые месяцы антигиперурикемической терапии возможно назначение ингибиторов Интерлейкина-1. Данному пациенту назначена следующая терапия - немедикаментозная: питание при подагре предусматривает снижение общего калоража. Необходимо уменьшить поступление в организм экзогенных пуринов и животных жиров. Жиры снижают экскрецию мочевой кислоты почками. Крайне осторожно следует подходить к употреблению любых алкогольных напитков, включая пиво и красное вино.

Исключают из пищевого рациона: печёнку, почки, жирные сорта мяса, мясные бульоны, копчёности, горох, бобы, чечевицу, шпинат, цветную капусту, шпроты, сельдь. Следует ограничить потребление мяса до 2-3 раз в неделю, при этом лучше употреблять его в отварном виде. Медикаментозная терапия: Колхицин 0,0005 г по 2 таблетки каждые 2 часа, затем на 2 и 3 дни 2 таблетки; 4 день - 1 таблетка вечером; следующие дни - 1 таблетка вечером с ужином до купирования атаки. НПВП (ингибиторы ЦОГ-2 (Нимесулид 100 мг по 1 таблетке 2 раза в день после еды), после купирования острой подагрической атаки -Аллопуринол 300 мг 1 таблетка 1 раз в сутки принимать до нормализации уровня мочевой кислоты сыворотки крови.

5. Пациенту необходимо продолжить немедикаментозную терапию: соблюдение рационального питания. Медикаментозная терапия: Колхицин, НПВП - отменить, так как острая подагрическая

атака была купирована. Вопрос о назначении антигиперурикемических препаратов решить после контроля уровня мочевой кислоты сыворотки крови.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Женщина 59 лет обратилась на приём с жалобами на боли механического и стартового характера в коленных суставах (больше справа), которые уменьшаются при использовании топических и пероральных НПВП. Из анамнеза известно, что данные симптомы беспокоят пациентку в течение 5 лет и постепенно прогрессируют. Ранее за медицинской помощью пациентка не обращалась, по совету знакомых использовала эластичный наколенник при ходьбе, обезболивающие препараты – 1-2 раза в неделю. Отмечает усиление болевого синдрома в течение 2 недель, после чрезмерной физической нагрузки (работа на дачном участке). Из-за усиления болевого синдрома увеличила частоту приема обезболивающих средств. В настоящее время, находясь на пенсии, продолжает работать продавцом в магазине. Пять лет назад была диагностирована язвенная болезнь ДПК. Больная получила соответствующее лечение и в настоящее время жалобы характерные для этой патологии отсутствуют.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 35 кг/м². Окружность талии – 104 см, окружность бедер – 110 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При осмотре костно-мышечной системы определяется незначительная экссудация в правом коленном суставе, варусная деформация коленных суставов, hallux valgus с обеих сторон. При пальпации суставов болезненность в проекции щели правого коленного сустава. Сгибание в коленных суставах справа до 100-110 градусов, слева до 120-130 градусов, боль при максимальном сгибании справа, крепитация с обеих сторон. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 135/85 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. На рентгенограмме коленных суставов: незначительное сужение суставной щели, субхондральный склероз, мелкие краевые остеофиты. На рентгенограмме стоп – вальгусная деформация 1 плюснефаланговых суставов с обеих сторон, значительное сужение суставной щели и крупные остеофиты в 1 плюснефаланговых суставах с обеих сторон.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования Вы бы назначили данному пациенту?
4. Определите план ведения пациентки с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов профилактических мероприятий.
5. Пациентка повторно обратилась на консультацию через 5 лет. За это время отмечает прогрессирование суставного синдрома, ежедневную потребность в приёме НПВ, недостаточный эффект от приёма обезболивающих. На рентгенограмме коленных суставов – значительное сужение суставной щели, справа – до контакта костных поверхностей, крупные остеофиты. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Первичный остеоартрит с поражением коленных суставов, рентгенологическая стадия 2, с поражением суставов стоп, рентгенологическая стадия 3, реактивный синовит правого коленного сустава, ФНС 1-2. Ожирение 2 степени. Язвенная болезнь ДПК, вне обострения.
2. Диагноз «первичный остеоартрит и синовит» установлен на основании жалоб пациентки на боли в суставах механического и стартового характера, данных анамнеза (постепенное развитие заболевания и эффективность приёма обезболивающих), внешнего осмотра пациентки (наличие вирусной деформации коленных суставов и вальгусной деформации суставов стоп, наличие экссудации в области правого коленного сустава). Стадия остеоартрита установлена на основании рентгенологического обследования. Степень функциональных нарушений поставлена на основании жалоб пациентки.
3. Пациенту рекомендовано проведение ОАК для исключения анемии на фоне приёма обезболивающих препаратов (НПВП-гастропатия), проведение ОАМ (для исключения гематурии и протеинурии на фоне приёма НПВП и для определения возможности их использования в

дальнейшем), определение уровня креатинина. В случае торпидного течения синовита (более 10 - 14 дней) – консультация ревматолога.

4. Из немедикаментозных методов в настоящее время следует использовать коленные ортезы при ходьбе для уменьшения осевой нагрузки на суставы, ортопедические стельки и межпальцевые вкладыши для коррекции вальгусной деформации стоп. Из методов физиолечения допустимо использование электронейростимуляции или акупунктуры для уменьшения болевого синдрома, однако следует отметить отсутствие убедительных доказательств эффективности их использования. Из медикаментозных методов следует использовать пероральные НПВП в течение 10-14 дней (неселективные или селективные), топические НПВП, симптоматические лекарственные средства медленного действия - препараты хондроитина и/или глюкозамина, и/или диацереина и/или неомыляемые соединения авокадо и сои в течение нескольких месяцев (допустимо упоминание одной из трёх групп препаратов). При сохранении явлений синовита коленного сустава более 14 дней без положительной динамики – консультация врача-ревматолога.

В дальнейшем для профилактики прогрессирования остеоартрита следует провести следующее:

- проведение с пациентом бесед, включающих разъяснения о факторах риска развития остеоартрита и их профилактике, правилах подъёма и переноса тяжестей, изменении образа жизни, необходимости выполнения определенного вида упражнений: комплекс упражнений ЛФП, выполняемых в домашних условиях, выполнение упражнений на укрепление 4 -главой мышцы бедра и аэробных упражнений общей длительностью не менее 30 минут – 5 раз в неделю;
- снижение веса до нормального (ИМТ менее 25кг/м²) с целью уменьшения нагрузки на коленные и тазобедренные суставы;
- мануальная терапия – массаж области коленных суставов с целью укрепления мышечно-связочного аппарата, сохранения объёма движений в суставах;
- санаторно-курортное лечение – на климатических или бальнеологических курортах (доказанным является использование бальнеотерапии при остеоартрите коленных суставов).

5. Пациентке показана консультация ортопеда для определения показаний к эндопротезированию коленных суставов, так как по результатам рентгенологического исследования стадия остеоартрита – 3. Кроме того, следует рекомендовать пациентке ходьбу с опорой на трость (в противоположной максимальному поражению стороне), использование бандажа на коленный сустав. Учитывая прогрессирование болевого синдрома – Трамадол от 50 до 300 мг/сутки.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Женщина 65 лет, пенсионер, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в коленных, тазобедренных, дистальных межфаланговых суставах кистей, в поясничном отделе позвоночника, возникающие при нагрузке и движениях, больше к вечеру, затихающие в покое; утреннюю скованность до 20 минут. Не может точно определить давность заболевания. Отмечает постепенное, в течение 5-7 лет, нарастание вышеописанных болей в перечисленных суставах и поясничном отделе позвоночника. Ранее не обследовалась, не лечилась. Последние 20 лет пациентка работает уборщицей в школе (продолжает работать и на пенсии), отмечает частые интенсивные физические нагрузки.

При осмотре: рост - 160 см, вес - 80 кг. Кожные покровы телесного цвета, повышенной влажности. Отеков нет. Коленные суставы деформированы, кожные покровы над ними обычной окраски, местная температура не изменена, небольшое ограничение подвижности за счет болезненности, при активных движениях в коленных суставах слышен хруст. Отмечается болезненность при пальпации и ограничение подвижности дистальных межфаланговых суставов; их внешний вид представлен ниже. Остальные суставы не изменены. Болезненна пальпация остистых и поперечных отростков поясничного отдела позвоночника, движения в этом отделе ограничены из-за болезненности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, 78 в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст., границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный.

Лабораторно. Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - $6,7 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные – 57%, лимфоциты – 30%, моноциты - 6%, СОЭ - 20 мм/ч.

Рентгенография коленных суставов: сужение суставных щелей, субхондральный склероз, краевые остеофиты.

Рентгенография кистей: многочисленные остеофиты дистальных межфаланговых суставов, умеренно выраженное сужение суставных щелей, остеоэсклероз.

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. Определите прогноз и трудоспособность пациента.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

1. Основной: остеоартроз, генерализованная форма: гонартроз, поражение дистальных межфаланговых суставов кистей, R-стадия II, ФК I. Сопутствующий: ожирение I степени.

2. Остеоартроз: боли механического типа, скованность в пределах 20 минут, деформация суставов за счёт костных разрастаний. Рентгенологическая стадия: сужение суставной щели, остеофиты, остеоэсклероз. Функциональный класс: затруднение профессиональной деятельности. Ожирение I степени (ИМТ - 31,3 кг/м²).

3. Пациенту рекомендовано: для уточнения степени активности – определение острофазовых показателей (фибриноген, СРБ, протеинограмма). Рентгенография поясничного отдела позвоночника. УЗИ коленных суставов (дообследование опорно-двигательного аппарата).

4. Базисная терапия (хондропротекторы) – Хондроитин сульфат, Глюкозамин сульфат (Дона, Структум, Артра, Алфлутоп). НПВП (Мовалис, Напроксен, Нимесулид).

ГК внутрисуставно при наличии синовита. Препараты гиалуроновой кислоты внутрисуставно. Антиагреганты и антагонисты Са для улучшения микроциркуляции в субхондральных отделах костей и в синовии. ЛФК, массаж, физиотерапия (магнитотерапия, УВЧ, ультразвук). Местная терапия (НПВП, Димексид).

Лечение сопутствующих заболеваний (коррекция массы тела). Санаторно-курортное лечение. Запрещается длительная ходьба, длительное стояние на ногах, ношение тяжестей; не рекомендуются частые подъёмы и спуски по лестнице.

5. Жизненный прогноз благоприятен. Возможно инвалидизирующее поражение коленных и тазобедренных суставов. На момент обострения – временная нетрудоспособность

Тема №24: «Остеопороз в амбулаторной практике»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Женщина 75 лет пришла на приём к врачу-терапевту участковому с жалобами на интенсивную постоянную боль в поясничной области, усиливающуюся при поворотах тела и наклонах вперёд.

Больной себя считает в течение недели, когда во время работы в огороде (уборка картофеля) появились вышеуказанные боли. С целью уменьшения болевого синдрома принимала баралгин – с незначительным эффектом. Из анамнеза: на пенсии (ранее работала преподавателем), профессиональные вредности отрицает. Перенесённые операции: гистерэктомия в 44 года (по поводу фибромиомы матки), хирургическая менопауза.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожный покров физиологической окраски. Рост – 160 см, вес – 52 кг, ИМТ – 20,3 кг/м². При осмотре костно-мышечной системы усилен грудной кифоз, подчёркнут поясничный лордоз. Болезненная пальпация остистых отростков в поясничном отделе. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 64 в минуту, АД – 125/80 мм рт.ст. Язык не обложен, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Размеры печени - 9(0)4847 см. Селезёнка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненное, дизурии нет. Стул оформленный 1 раз в сутки, без патологических примесей.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,5410¹²/л, гемоглобин – 130 г/л, лейкоциты – 7,8410⁹/л, базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 73%, лимфоциты – 18%, моноциты - 8%, тромбоциты – 267410⁹/л, СОЭ – 14 мм/час.

Общий анализ мочи: рН – 6,8, удельный вес – 1018, белок и сахар – отрицат, лейкоциты – 2-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 74 г/л, щелочная фосфатаза – 140 МЕ/л, АСТ – 16 МЕ/л, АЛТ – 22 МЕ/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, креатинин – 75 мкмоль/л. На рентгенограмме пояснично-крестцового отдела позвоночника – передняя клиновидная деформация L3 и L4.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Определите план ведения пациентки с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов (с указанием доз используемых препаратов).
5. Пациентка повторно обратилась на консультацию через 2 года. По данным денситометрии Т-критерий в поясничном отделе позвоночника составил -3,0 (в начале лечения), -3,4 (через 1,5 года); в бедре показатели Т-критерия составили -2,2 и -2,5 соответственно. Кроме того, 5 месяцев назад у пациентки был низкоэнергетический перелом левой лучевой кости. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте свой выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА I

1. Остеопороз сочетанного генеза (постменопаузальный + сенильный), тяжёлое течение (компрессионные переломы тел позвонков в поясничном отделе).

2. Диагноз «остеопороз» установлен на основании типичных жалоб пациентки (боль постоянного характера, усиливающаяся при нагрузке в поясничном отделе позвоночника), анамнеза заболевания (возникновение боли в пожилом возрасте после интенсивной физической нагрузки), наличия факторов риска (ранняя хирургическая менопауза), данных осмотра (усиленный грудной кифоз, сглаженный поясничный лордоз) и рентгенологического обследования (клиновидная деформация тел позвонков).

Диагноз «артериальная гипертензия» установлен исходя из данных анамнеза.

3. Пациентке рекомендовано:

проведение двухэнергетической рентгеновской костной абсорбциометрии (DXA) для оценки минеральной плотности костной ткани (данная методика необходима не только для подтверждения диагноза, но и для динамической оценки и контроля эффективности проводимой терапии);

определение абсолютного риска переломов в течение последующих 10 лет жизни с помощью калькулятора FRAX (показанием к началу лечения считается риск общих переломов более 20%, риск перелома бедра более 3%); исследование общего кальция и фосфора в сыворотке крови для выявления противопоказаний к лечению либо коррекции нарушений (гиперпаратиреоз, заболевания костей). По показаниям возможно определение уровня ПТГ (подозрение на гиперпаратиреоз), 25(ОН)D₃ (при подозрении на гиповитаминоз Д), Са и креатинина в утренней и суточной моче, клиренса креатинина и ТТГ у женщин (выявление причин вторичного остеопороза). Кроме того, пациентке показаны консультации смежных специалистов (врача-офтальмолога и врача-невролога) для выявления нарушений, способных увеличить риск падений, и их коррекции.

4. В план ведения данной пациентки целесообразно включить не только методы лечения с целью увеличения плотности костной ткани, но и методы профилактики для уменьшения риска переломов. Из методов профилактики наибольшее значение имеет: лечебная физкультура для укрепления мышц и улучшения мышечного чувства (снижение риска падений); обучение пациентки, а именно - разъяснение поведения в быту и на улице с целью уменьшения риска падений; выявление сопутствующих заболеваний, которые могут сопровождаться нарушением равновесия.

К методам немедикаментозного лечения следует отнести использование корсета: в первые 8 недель необходимо использовать жёсткий рамочный корсет (с ограничением движений в позвоночнике), в дальнейшем – динамический корсет. Из медикаментозных методов следует использовать: препараты кальция и витамина Д в следующих дозах: кальций – 1200 мг/сутки, витамин Д – 1000-2000 МЕ/сутки; в качестве антиостеопоротических препаратов можно использовать несколько групп: бисфосфонаты (Алендронат в дозе 70 мг/неделю, Ибандронат в дозе 150 мг/месяц, Ризендронат в дозе 35 мг/неделю, Золедроновая кислота в дозе 5 мг/год), Деносумаб в дозе 60 мг -1 раз в полгода. С учётом наличия

компрессионного перелома можно предложить кальцитонин лосося в дозе 200 МЕ интраназально или 100 МЕ в/м в течение 2 недель.

5. Следует уточнить у пациентки, насколько точно она выполняла все назначения врача (доза и кратность приёма препаратов). В случае, если все назначения выполнялись в полном объёме, следует провести дообследование для исключения метаболических заболеваний скелета – определение уровня кальция, фосфора и витамина Д в сыворотке крови, паратгормона, ТТГ щелочной фосфатазы и направить на консультацию к врачу-ревматологу. При отсутствии иных метаболических заболеваний скелета возможно назначение Деносумаба, или Терипаратида, или Стронция ранелата в комплексе с препаратами кальция и витамина Д и проведением контрольной денситометрии через 1 год.

Тема №25: «Заболевания почек в амбулаторной практике»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

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.
5. Каковы ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при данном заболевании? Как часто следует производить диспансерное наблюдение?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

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.
5. Временная нетрудоспособность – 60-75 дней. Диспансерный осмотр – не реже 1 раза в 3 месяца.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Больная 18 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в поясничной области, учащенное мочеиспускание, озноб. Из анамнеза известно, что часто болеет ОРВИ, периодически отмечает тупые боли внизу живота, на этом фоне бывает субфебрильная температура; иногда отмечается болезненное мочеиспускание.

При осмотре: кожные покровы обычной окраски, температура 37,8°C. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыхательных движений – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 96 в минуту. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочеиспускание учащено и болезненно. Отеков нет. Общий анализ крови: гемоглобин – 114 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $18,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 22%, моноциты – 9%, СОЭ – 28 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция щелочная, белок - 0,06%, лейкоциты – сплошь на все поле зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения, бактерии – значительное количество. УЗИ почек: почки расположены правильно, размеры на верхней границе нормы. Чашечно-лоханочная система расширена с обеих сторон.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
4. Назовите исследование, необходимое для назначения адекватной терапии.
5. Назовите мероприятия диспансерного наблюдения за больной при достижении ремиссии.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Хронический двусторонний пиелонефрит, фаза обострения.
2. Хронический, так как в анамнезе – неоднократные подъёмы температуры, сочетающиеся с болями в животе и болезненным мочеиспусканием. По данным УЗИ выявлено расширение собирательных систем обеих почек. Фаза обострения, так как при поступлении имелись явления интоксикационного синдрома, положительный симптом Пастернацкого, выраженная лейкоцитурия и бактериурия, воспалительная реакция периферической крови.
3. Необходимо выполнить бактериологическое исследование мочи с целью типирования микрофлоры; исследование мочи по Зимницкому (для хронического пиелонефрита характерно умеренное снижение концентрационной способности почек); определение креатинина крови, при нормальных значениях показана внутривенная экскреторная урография (для оценки анатомического и функционального состояния мочевыводящих путей).
4. Определение чувствительности микрофлоры мочи к антибиотикам.
5. Наблюдение врача-нефролога, врача-терапевта участкового по месту жительства, санация хронических очагов инфекции. Контроль общего анализа мочи 1 раз в месяц, внеочередной контроль общего анализа мочи при интеркуррентных заболеваниях. Противорецидивное лечение после обострения в течение 1 года с применением растительных уросептиков. Сцинтиграфия почек через 6 месяцев после купирования атаки пиелонефрита (наличие очагов сморщивания паренхимы почек у пациентки с хроническим воспалительным процессом). Мониторинг СКФ 1 раз в 6 месяцев

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Больной М. 24 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головную боль, общую слабость и утомляемость, снижение аппетита. Из анамнеза известно, что в возрасте 14 лет после перенесенного ОРЗ у пациента появились отёки лица, сохранялась субфебрильная температура в течение 3-4 месяцев, были изменения в моче. Лечился у педиатра около года «от нефрита», получал Преднизолон. Последний год чувствовал себя хорошо, заметных отёков не было. Во время медосмотра выявлено повышение АД - 140/90 мм рт. ст. и пастозность лица. Было рекомендовано обратиться в поликлинику по месту жительства для обследования и верификации диагноза. При осмотре: нормального телосложения, ИМТ = 21 кг/м², кожа бледная, сухая, имеются следы расчесов на руках, пояснице, туловище, отёки лица и кистей рук. Язык сухой, с коричневатым налетом. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1,5 см от срединно-ключичной линии. Пульс - 76 ударов в минуту, высокий. АД - 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отмечает уменьшение выделяемой мочи. Отёков на нижних конечностях нет.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 105 г/л, лейкоциты – $5,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%,

эозинофилы – 3%, моноциты – 5%, лимфоциты – 23%, СОЭ – 12 мм/ч. Биохимические исследования крови: общий холестерин – 7 ммоль/л, креатинин крови – 170 мкмоль/л, мочевины крови – 11 ммоль/л. В анализах мочи: удельный вес – 1009, белок – 1,1%, лейкоциты – 2-4 в поле зрения, эритроциты выщелочные – 7-10 в поле зрения, гиалиновые цилиндры – 2-3 в поле зрения. Альбуминурия – 250 мг/сут. СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) – 55 мл/мин.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте предполагаемый диагноз.
3. Нужны ли дополнительные исследования для уточнения диагноза?
4. Какова дальнейшая тактика ведения пациента?
5. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в качестве нефропротективной терапии? Обоснуйте свой выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

1. Хронический гломерулонефрит, латентная форма, ремиссия. ХБП 3а, А2 Симптоматическая артериальная гипертензия 1 ст., риск 3. Анемия 1 ст.
2. Диагноз «хронический гломерулонефрит» предположен на основании анамнестических данных (10 лет назад лечился по поводу гломерулонефрита), характерного мочевого синдрома у больного (протеинурия, эритроцитурия), отёчного и гипертонического синдрома. Диагноз «хроническая болезнь почек (ХБП)» определён по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) на протяжении 3 и более месяцев (анамнестические данные) и снижения СКФ.
3. Целесообразно, помимо проведённых анализов, сделать УЗИ почек. Для установки диагноза «ХБП» необходимо наличие следующих критериев: выявление любых клинических маркеров повреждения почек, подтверждённых на протяжении периода длительностью не менее 3 месяцев; наличие маркеров необратимых структурных изменений органа, выявленных однократно при прижизненном морфологическом исследовании органа или при его визуализации; снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин/1,73 м², сохраняющееся в течение трёх и более месяцев, вне зависимости от наличия других признаков повреждения почек. В связи с этим для того, чтобы подтвердить диагноз «ХБП» необходимо провести повторно все обследования через 3 месяца (в условии задачи нет данных о наличии снижения СКФ и альбуминурии в течение 3 и более месяцев).
4. У больного выявлена сниженная скорость клубочковой фильтрации (СКФ) до 30–60 мл/мин впервые, поэтому следует оценить стабильность нарушения функции почек. Повторное обследование проводится через 2–4 недели и далее через 3–6 месяцев: измерение АД, осмотр глазного дна, СКФ и креатинин крови, липидный профиль, глюкоза, общий анализ крови (гемоглобин), калий, натрий, кальций, фосфор, мочевины, общий анализ мочи, суточная альбуминурия (протеинурия), при стабильном течении (снижение СКФ менее 2 мл/мин за 6 мес.) – ежегодно. Консультация врача-нефролога проводится в следующих случаях: СКФ < 30 мл/мин (ХБП 4–5 стадий). СКФ 30–60 мл/мин (ХБП 3 стадии) с быстрым снижением функции почек или с риском быстрого снижения функции почек: прогрессирующее снижение СКФ (более 15% за 3 месяца), протеинурия более 1 г/сут, выраженная и неконтролируемая артериальная гипертензия, анемия (гемоглобин менее 110 г/л).
5. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым стандартом» при лечении пациентов с ХБП стадий С1-3. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II – лозартан.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

Больная 30 лет. Обратилась в поликлинику с жалобами на частое и болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области справа, выделение мутной мочи, повышение температуры тела до 37,6°С. Из анамнеза: впервые подобные проявления отмечались у пациентки 10 лет назад во время беременности. Проводилась антибактериальная терапия в стационаре, роды – без осложнений. В последующем обострения заболевания не отмечались. Ухудшение состояния 5 дней назад после переохлаждения.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, периферических отёков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы. Частота дыхания - 20 в минуту. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 90 в минуту. АД - 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги. Симптом поколачивания положительный справа.

Анализ крови: гемоглобин - 118 г/л, эритроциты - $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $14,0 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 65%, лимфоциты - 20%, моноциты - 4%, тромбоциты - $200,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 24 мм/час.

Биохимические показатели крови: креатинин - 0,08 ммоль/л, мочевины - 6,5 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, белок - 0,07 мг/л, реакция кислая, лейкоциты - 15-20 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения. УЗИ почек: почки обычной формы и размеров. Чашечно-лоханочная система почек деформирована и уплотнена. Конкрементов нет.

Вопросы:

1. Какой можно поставить диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить больной для уточнения диагноза? Обоснуйте.
3. Можно ли проводить лечение больной в амбулаторных условиях? Показания для госпитализации.
4. Перечислите препараты для этиотропной терапии, длительность лечения и контроль эффективности лечения.
5. Какую фитотерапию можно рекомендовать в период ремиссии заболевания?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

1. Хронический первичный правосторонний необструктивный пиелонефрит, ст. обострения. ХБП 1 ст.

2. Бактериологическое исследование мочи (посев мочи) с целью идентификации возбудителя и определения его чувствительности к антибиотикам; анализ мочи по Зимницкому с целью определения концентрационной способности почек, проба Нечипоренко; обзорная и экскреторная урография, которая позволяет выявить не только изменение размеров и формы почек, их расположение, наличие конкрементов в чашках, лоханке или мочеточниках, но и судить о состоянии суммарной выделительной функции почек; для расчёта скорости клубочковой фильтрации – вес, рост больной; для исключения латентно протекающей железодефицитной анемии - сывороточное железо, общая железосвязывающая способность сыворотки, сывороточный ферритин.

3. Можно проводить лечение данной больной амбулаторно. Госпитализация показана при невозможности перорального приёма ЛС (наличие тошноты, рвоты), наличии осложнений (артериальная гипотензия, шок или сепсис), гнойном пиелонефрите или обструкции мочевых путей, нуждающихся в урологической коррекции или оперативном вмешательстве.

4. Рекомендуемые антибактериальные лекарственные средства: Цефалоспорины 3 поколения (возможно сочетание одной инъекции с пероральным приёмом) или фторхинолоны (за исключением беременных), полусинтетические пенициллины и аминопенициллины: Амоксициллин (первая доза 2 г, затем 1 г 2 раза в сутки 9 дней; или 750 мг 3 раза в сутки 8-12 дней), защищенные пенициллины: Амоксициллин/Клавулановая кислота в дозе 500 мг внутрь 3 раза в сутки или 875 мг внутрь 2 раза в сутки. Ампициллин, Котримоксазол и Цефалоспорины первого поколения не следует использовать для эмпирической терапии ввиду высокой резистентности к ним микроорганизмов. Стандартная длительность антибактериальной терапии неосложнённого пиелонефрита 7-14 дней. Критериями эффективности проводимого лечения являются нормализация температуры, исчезновение дизурических явлений, возвращение к норме показателей периферической крови (количество лейкоцитов, СОЭ), стойкое отсутствие или хотя бы заметное снижение протеинурии, лейкоцитурии и бактериурии.

5. В промежутках между медикаментозными препаратами рекомендуется принимать отвары или настои трав, обладающих диуретическим и антисептическим действием (клюквенный морс, отвар шиповника, трава полевого хвоща, плоды можжевельника, листья берёзы, толокнянка, брусничный лист, листья и стебли чистотела и др.). Также можно использовать Уролесан по 15 капель 3 раза в день. Канефрон-Н по 2 таблетки 4 раза в день.

Тема №26: «Метаболический синдром в практике врача-терапевта»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Женщина 36 лет, продавец, обратилась с жалобами на «какую-то мочевую инфекцию, от которой никак не может избавиться». Пациентка считает, что страдает дрожжевой инфекцией мочеполовой системы, так отмечает постоянные белесые выделения из половых путей, зуд и жжение при мочеиспускании. Также она отмечает увеличение частоты мочеиспусканий, связывает это с инфекцией. Моча светлая, обильная, без патологических примесей. В течение последних лет отмечает постоянное увеличение массы тела, за последний год прибавка массы тела составила не менее 6 кг. Пациентка пробовала различные диеты для контроля массы тела, но безуспешно. В последние 3-4 месяца придерживается диеты с ограничением углеводов, но большим количеством белка и жиров. Со слов, хроническими заболеваниями не страдала. Во время единственной беременности в возрасте 30 лет отмечала избыточную прибавку массы тела и большую массу тела плода – при рождении вес составлял 5100 г, роды путем кесарева сечения. Семейный анамнез неизвестен. При физикальном обследовании рост 155 см, масса тела 86 кг. Кожа влажная, тургор несколько снижен, имеется гиперпигментация и утолщение кожи по задней поверхности шеи и в подмышечных областях, под молочными железами отмечается яркая гиперемия. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не изменены, при аускультации тоны сердца ритмичные, акцент 2 тона на аорте, АД – 138/88 мм.рт.ст., ЧСС – 72 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. По результатам гинекологического обследования обнаружены обильные белые вагинальные выделения, соответствующие картине кандидозного кольпита, что подтверждено результатами микробиологического исследования. Результат исследования мочи с использованием тест-полоски показал отрицательные пробы на нитриты, лейкоцитарную эстеразу, белок и глюкозу. Глюкоза периферической капиллярной крови при исследовании портативным глюкометром – 12,5 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо выполнить этой пациентке?
4. Какие индивидуальные цели лечения (показатели углеводного обмена и липидов крови) следует установить данной пациентке?
5. Дайте диетические рекомендации пациентке.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный. Ожирение 2 степени.
2. Анамнестические и физикальные признаки, указывающие на возможный сахарный диабет: ожирение, полиурия, акантоз (гиперпигментация и утолщение кожи по задней поверхности шеи и в подмышечных областях), кандидозная инфекция половых путей и, возможно, кожи (под молочными железами), большая масса тела плода (>4500 г) при рождении. Диагноз «сахарный диабет» устанавливается, если гликемия в цельной капиллярной крови (глюкометром) натощак $\geq 6,1$ ммоль/л или при случайном определении $\geq 11,1$ ммоль/л. У данной пациентки – 12,5 ммоль/л при случайном определении. Следует отметить, что диагноз сахарного диабета всегда следует подтверждать повторным определением гликемии в последующие дни (за исключением случаев несомненной гипергликемии с острой метаболической декомпенсацией или с очевидными симптомами), таким образом, однократное выявление гипергликемии недостаточно для установления диагноза. Сахарный диабет 2 типа – нарушение углеводного обмена, вызванное преимущественной инсулинорезистентностью и относительной инсулиновой недостаточностью или преимущественным нарушением секреции инсулина с инсулинорезистентностью или без нее, в то время как сахарный диабет 1 типа – деструкция β -клеток поджелудочной железы, обычно приводящая абсолютной инсулиновой недостаточности. У данной пациентки имеются указания на постепенное неуклонное нарастание массы тела, что обычно связано с инсулинорезистентностью и свидетельствует о 2 типе сахарного диабета. Ожирение устанавливается по ИМТ=35,8 кг/м²(значения ИМТ выше 30 – ожирение, от 35,0 до 39,9 – ожирение 2 степени).
3. Гликированный гемоглобин (HbA1c), общий анализ крови, общий анализ мочи, микроальбуминурия, белок крови, общий холестерин, холестерин ЛПВП, холестерин ЛПНП,

триглицериды (липидный профиль), билирубин, АСТ, АЛТ («печеночные пробы»), мочевая кислота, мочевины, креатинин крови с расчетом СКФ, электролиты крови: калий и натрий.

4. Выбор индивидуальных целей лечения зависит от возраста пациента, ожидаемой продолжительности жизни, наличия тяжелых осложнений и риска тяжелой гипогликемии. У пациента молодого возраста без тяжелых макрососудистых осложнений и/или риска тяжелой гипогликемии целевое значение гликированного гемоглобина (Hb A1c) <6,5%. Целевые уровни показателей липидного обмена: общий холестерин <4,5 ммоль/л, холестерин ЛПНП <2,5 ммоль/л, холестерин ЛПВП > 1,3 ммоль/л, триглицериды < 1,7 ммоль/л.

5. Ограничение калорийности рациона с целью снижения массы тела на 10-15%, рекомендуемый суточный калораж 1350 ккал (рекомендуется дефицит 500 -750 ккал/сут, исходя из основного обмена в 1300 ккал/сут для женщин и коэффициента физической активности 1,6 (работники, занятые легким трудом) бездефицитная калорийность рациона 2080 ккал/сут). Это обеспечивает положительный эффект в отношении гликемического контроля, липидов и артериального давления, особенно в ранний период заболевания. Достижение снижения массы тела наиболее эффективно при одновременном применении физических нагрузок и обучающих программ. Резкие, нефизиологические ограничения в питании и голодание противопоказаны. Идеального процентного соотношения калорий из белков, жиров и углеводов не существует. Как правило, полезным для снижения массы тела может быть максимальное ограничение жиров (прежде всего животного происхождения) и сахаров; умеренное ограничение (в размере половины привычной порции) продуктов, состоящих преимущественно из сложных углеводов (крахмалов) и белков; и неограниченное потребление продуктов с минимальной калорийностью (в основном богатых водой и клетчаткой овощей). Следует рекомендовать потребление углеводов в составе овощей, цельнозерновых, молочных продуктов, в противовес другим источникам углеводов, содержащих дополнительно насыщенные или транс-жиры, сахара или натрия. Важно также включать в рацион продукты, богатые моно- и полиненасыщенными жирными кислотами (рыба, растительные масла). Допустимо умеренное потребление некалорийных сахарозаменителей. Употребление алкогольных напитков возможно в количестве, содержащем не более 10 г чистого этанола в сутки (но не ежедневно).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Пациент С. 54 лет проходит первый этап диспансеризации. По данным анкеты курит по ½ пачки сигарет в сутки в течение 10 лет, тратит на ходьбу в умеренном темпе менее 30 минут в день, не употребляет ежедневно фрукты и овощи в количестве 400 г, употребляет более 6 чайных ложек сахара или варенья в день, не обращает внимания на содержание жира/холестерина в продуктах при покупке (на этикетках) или при приготовлении пищи. Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, чистые, ритм правильный. Частота сердечных сокращений – 72 в минуту. АД – 120/80 ммрт.ст. Язык чистый, влажный. Живот увеличен в объёме за счёт подкожной жировой клетчатки, мягкий при пальпации, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются. Индекс массы тела – 31 кг/м². Окружность талии – 108 см. Клинический анализ крови и мочи в норме. Общий холестерин (ОХС) сыворотки крови – 6,1 ммоль/л. Глюкоза крови – 4,8 ммоль/л. Флюорография без патологических изменений.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Нуждается ли больной в дополнительном обследовании в рамках 2 этапа диспансеризации? Обоснуйте Ваше решение и дайте рекомендации.
4. Какие рекомендации Вы дадите при проведении краткого профилактического консультирования в рамках 1 этапа диспансеризации?
5. Оцените показатели липидного спектра и сформулируйте окончательный диагноз. ОХС – 6,1 ммоль/л, ХС ЛПВП – 1,4 ммоль/л, ТГ – 2,4 ммоль/л, ХС ЛПНП – 3,6 ммоль/л.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Ожирение абдоминальное 1 степени. Гиперхолестеринемия тяжёлая.
2. Ожирение абдоминальное 1 степени поставлено на основании осмотра и данных антропометрии (увеличение живота, индекс массы тела более нормы (до 24,9 кг/м²), более чем избыточное

питание (25-29,9 кг/м²), окружность талии – более 102 см). Гиперхолестеринемия тяжёлая выставлена на основании данных лабораторных исследований (ОХС более 5,9 ммоль/л – выраженное повышение).

3. Пациент нуждается в направлении на 2 этап диспансеризации. Учитывая наличие тяжёлой гиперхолестеринемии, необходимо назначить исследование крови на липидный спектр: определить холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицериды (ТГ) и холестерин липопротеинов низкой плотности ХС ЛПНП). Провести краткое профилактическое консультирование.

4. Краткое профилактическое консультирование включает рекомендации по изменению образа жизни (отказаться от курения, снизить потребление легкоусвояемых углеводов и жиров, увеличить потребление фруктов и овощей до 400 г в сутки, увеличить физическую активность – ходьба на работу в обычном или ускоренном темпе не менее 30 минут в день).

5. ОХС повышен (норма – до 5 ммоль/л), ХС ЛПВП нормальный (для мужчин нижняя граница нормы – 1 ммоль/л), ТГ умеренно повышен (норма – менее 1,7 ммоль/л, умеренное повышение – 2,2-4,5 ммоль/л), ХС ЛПНП умеренно повышен (норма – менее 3 ммоль/л, умеренное повышение – 3-3,9 ммоль/л). Ожирение 1 степени абдоминальное. Гиперлипидемия IIb тип, умеренная.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Мужчина 67 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головную боль, преимущественно в затылочной области, при повышении АД до 180/100 мм рт.ст.

Из анамнеза известно, что пациент страдает АГ около 10 лет, однако, несмотря на рекомендации врачей, постоянной антигипертензивной терапии не получал. Во время последнего визита к врачу-терапевту четыре месяца назад было зарегистрировано АД 170/100 мм рт.ст., в анализе мочи выявлялась альбуминурия 30 мг/сутки, в биохимическом анализе крови уровень общего холестерина – 5,7 ммоль/л.

Семейный анамнез: мать 88 лет страдает АГ, отец умер в 55 лет от ИМ.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 34 кг/м². Окружность талии – 104 см, окружность бёдер – 102 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 74 удара в минуту, АД – 170/100 рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин – 6,7 ммоль/л, ТГ – 2,9 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,8 ммоль/л, через 2 часа после приёма 75 г глюкозы – 6,4 ммоль/л, креатинин – 101 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕП) = 70,8 мл/мин, альбуминурия – 100 мг/сутки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 6 месяцев регулярной антигипертензивной терапии (комбинация Амлодипина в дозе 5 мг/сутки и препарата из группы антигипертензивных лекарственных средств, выбранной в прошлом вопросе), приёма Розувостатина 20 мг/сутки, соблюдения диеты АД колеблется в пределах 120-130/70-80 мм рт.ст., глюкоза натощак – 5,4 ммоль/л, общий холестерин – 5,0 ммоль/л, ТГ – 1,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,7 ммоль/л, креатинин – 108 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕП) = 65,3 мл/мин, альбуминурия – 10 мг/сутки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

1. Артериальная гипертония II стадии, II степени, риск ССО 4. Ожирение 1 степени. Гиперлипидемия (метаболический синдром). Хроническая болезнь почек II стадии, альбуминурия 2А стадия.
2. Диагноз «артериальная гипертония (АГ)» установлен на основании жалоб больного на повышение АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 6 лет).

Установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (почек). Степень риска ССО поставлена на основании наличия метаболического синдрома, ХБП.

Диагноз «хроническая болезнь почек (ХБП)» определён по наличию признаков поражения почек (альбинурия) на протяжении 3 и более месяцев (анамнестические данные) и снижении СКФ.

Диагноз «метаболический синдром» установлен на основании наличия ожирения, АГ, дислипидемии (повышения уровня ТГ и снижения уровня ЛПВП), гипергликемии натощак.

3. Пациенту рекомендованы: проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД, проведение ЭКГ, проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции, консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии, УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек.

4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым» стандартом при лечении пациентов ХБП I-III стадии. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает Рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II – Лозартан.

5. Оставить антигипертензивную терапию без изменений, продолжить динамическое наблюдение. Необходимо уточнить рацион питания пациента и его физическую активность перед проведением анализа на креатинин. В настоящее время нельзя говорить о том, что снижение СКФ является негативным результатом, оно может быть связано в частности с тем, что клубочки почек стали работать без гиперфункции и данное значение СКФ является истинным для данного пациента. Контроль функции почек через 6 месяцев. Терапия остается без изменений при сохранении СКФ на тех же значениях, сохранении целевых цифр АД через 6 месяцев.

Тема №27: «Коморбидность в амбулаторной практике»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

При проведении диспансеризации у женщины 50 лет (вес 98 кг, рост 164 см) выявлено: гликемия натощак 6,9 ммоль/л, в общем анализе мочи (ОАМ) – уд.вес 1015, желтая, прозрачная, белок – 0,15 г/л, сахар ++++, эритроциты 1-2 в п/зр, лейкоциты 3-5 в п/зр, эпителий плоский 3-5 в п/зр.

На момент осмотра жалоб активно не предъявляет. В течение последних 6 месяцев периодически отмечала повышение АД до 140/90 – 150/95 мм рт. ст. Гипотензивную терапию не получала. Семейный анамнез: мать – 69 лет страдает АГ, СД 2 типа; отец – умер в 60 лет, ИМ. При анкетировании наличие соматической патологии отрицает. Вредные привычки отрицает.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Телосложение неправильное. ИМТ – 37 кг/м². Окружность талии – 104 см. Кожные покровы обычного цвета, чистые. Видимые слизистые бледно-розовые. Периферические л/узлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 72 в мин. Гемодинамика стабильная. АД – 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень – по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования пациента.
4. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Какой глюкозоснижающий препарат Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный, целевой уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) ≤ 7 %. Ожирение 2 ст. Диабетическая нефропатия? АГ I степени, риск III.
2. Диагноз «сахарный диабет» установлен на основании результатов анализов (гипергликемия - 6,9 ммоль/л, глюкозурии). Целевой уровень HbA1c ≤ 7 %, так как возраст пациентки 50 лет, нет тяжелых осложнений и нет риска гипогликемической комы. Диагноз «артериальная гипертензия»

(АГ) установлен на основании данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 6 месяцев); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Степень риска ССО поставлена на основании наличия сахарного диабета. Необходимо исключить вторичный характер артериальной гипертензии. Возможно наличие диабетической нефропатии, так как в общем анализе мочи - протенинурия (0,15 г/л). Ожирение 2 ст., так как ИМТ = 37 кг/м²

3. Пациенту рекомендовано: определение уровня НвА1с, гликемический профиль, исследование мочи на альбуминурию, БАК: ОХ, ТГ, ЛПНП, ЛПВП, АЛТ, АСТ, общий билирубин, мочевины, креатинин, расчёт СКФ, УЗИ почек, ЭКГ, ФЛГ, консультации эндокринолога, офтальмолога, невролога, проведение суточного мониторирования АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ.

4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ХБП I-III стадии, с диабетической нефропатией. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает Рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II - Лозартан.

5. Метформин, так как он является препаратом первой линии при СД 2 типа, особенно в сочетании с ожирением.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

В городской поликлинике у врача-терапевта участкового на диспансерном учёте хронических заболеваний состоит больной К. 65 лет с диагнозом «язвенная болезнь желудка. Гастрэктомия (1995 г.). Артериальная гипертензия 2 степени, 3 стадии, риск 3. ХСН I, ФК II» в течение 20 лет. На очередной явке больной обратился с жалобами на нарастающую выраженную слабость, быструю утомляемость при минимальной физической нагрузке, головокружение, сердцебиение в покое, снижение веса на 3 кг в течение месяца. При активном опросе больной отмечает боль, жжение в языке при приёме пищи, а также ползание мурашек и онемение обеих нижних конечностей постоянного характера. Из анамнеза: вышеперечисленные симптомы появились в течение 1,5-2 месяцев. На назначенные явки приходит согласно плану наблюдения. Гипотензивные препараты принимает в течение 10 лет - Периндоприл 0,005 утром, Амлодипин 0,005 на ночь. АД контролирует 2 раза в день на уровне 130/80 мм рт. ст. Курит в течение 20 лет по 0,5 пачки в день. Аллергологический анамнез не отягощён. Профессиональный анамнез: в настоящее время не работает, на пенсии, профмаршрут - 51 год электрик на производстве строительных материалов. Объективный статус: состояние средней степени тяжести, при контакте с врачом заторможен, переспрашивает вопросы. Неуверенность при ходьбе. Вес - 56 кг, рост - 175 см. Лицо одутловатое, склеры бледно-желтушные. Кожные покровы смуглые, повышенной влажности. Пастозность голеней. Грудная клетка астеническая. В лёгких дыхание везикулярное, ЧД - 16 в минуту, хрипов нет. Область сердца при осмотре не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - на III ребре, левая - в пятом межреберье на 1,0 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 90 ударов в минуту, систолический шум на верхушке сердца. АД на правой конечности - 130/80, на левой - 120/80 мм рт. ст. Пульс 90 ударов в минуту. Язык ярко-розовый, блестящий, с небольшим количеством сглаженных сосочков бледно-белого цвета, имеются участки воспаления с белым налётом, трещины, влажный. Живот мягкий, вздут, болезненный в области эпигастрия. Печень из-под края рёберной дуги выступает на 1 см, ординаты Курлова 13×8×7 см, селезёнка пальпируется, безболезненная, ординаты Курлова 8/7 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул неоформленный, примеси крови и гноя отрицает, периодически отмечает запоры до 3 дней в течение месяца. Мочеиспускание безболезненное, затруднения при мочеиспускании отрицает, не учащено. Клинический анализ крови по cito: эритроциты - 2,0×10¹², Нв - 79 г/л, ЦП - 1,2, лейкоциты - 3,5×10⁹ эозинофилы - 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 45%, лимфоциты - 43%, моноциты - 7%, Тц - 160×10⁹ СОЭ - 16 мм/час. Выявлены морфологические изменения клеток крови: мегалобласты, анизцитоз, зернистость эритроцитов, тельца Жолли, кольцо Кэбота, гиперсегментация нейтрофилов. Биохимический анализ крови: общий белок - 58 г/л, общий билирубин - 28,3 мкмоль/л, прямой билирубин - 2,1 мкмоль/л, глюкоза сыворотки - 4,5 ммоль/л, общий холестерин - 6,3 ммоль/л, ЛПНП - 3,5 ммоль/л, ЛПВП - 1,3 ммоль/л, триглицериды - 0,9

ммоль/л; креатинин - 76 мкмоль/л, мочевины - 4,7 ммоль/л, АСТ - 65 Ед/л, АЛТ - 58 Ед/л. Флюорография органов грудной клетки: без патологии. ЭКГ: ритм синусовый 82 в минуту. УЗИ органов брюшной полости: увеличение печени за счёт левой доли, небольшое увеличение селезёнки.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте консультации узких специалистов, дополнительные методы исследования с их обоснованием.
3. В результате проведённого обследования другие причины В12 дефицитной анемии не выявлены. Определите тактику лечения больного врачом-терапевтом участковыми, необходимые контрольные исследования для оценки эффективности терапии.
4. Определите возможность направления больного на санаторно-курортное лечение (СКЛ). Какое заболевание является основанием для направления на СКЛ, и какие документы необходимо заполнить?
5. Составьте план дополнительных исследований для диспансерного наблюдения данного больного после компенсации В12-дефицитной анемии.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Анемия средней степени тяжести, В12-дефицитная. Язвенная болезнь желудка. Гастрэктомия (1995 г.). Артериальная гипертония 2 степени, 3 стадии, риск 4. ХСН I, ФК II.

2. Биохимический анализ крови: дополнительно ЛДГ, Fe сыворотки крови, трансферин, транскобаламин, гомоцистеин. Эти показатели наиболее точно верифицируют дефицит витамина В12 и оценивают возможный сопутствующий дефицит железа на фоне гастрэктомии. Если нет возможности провести исследование транскобаламина, то обязательно проводится стерильная пункция. Она назначается также при отсутствии эффекта от терапии с целью дифференциальной диагностики заболеваний крови (например, миелодиспластический синдром). Исследование кала на гельминты не менее 3 раз. Одна из наиболее частых причин дефицита витамина В12 глистная инвазия (например, дифиллоботриоз). ЭФГДС с биопсией. Выявление также наиболее частых причин В12 дефицитной анемии атрофического аутоиммунного гастрита, рака данной локализации. Для выявления рака другой локализации необходимо провести исследования по типу онко-скрининга: кал на скрытую кровь, ректороманоскопия, ирригоскопия, колоноскопия, УЗИ почек и мочевого пузыря, предстательной железы, ПСА. Антитела к антигенам желудка крови. Проводят в случае выявления атрофического гастрита с целью верификации аутоиммунного генеза. Консультация врача-невролога для диагностики синдрома периферической полинейропатии, фуникулярного миелоза.

3. Лечение должно проводиться в амбулаторных условиях, так как на данный момент нет показаний для госпитализации: Hb - 79 г/л, нет гемодинамических нарушений.

Лечение В12 дефицитной анемии:

- терапия насыщения: парентеральное введение Цианкобаламина по 400-500 мкг/сутки - 4-6 недель;

- поддерживающая терапия: парентеральное введение Цианкобаламина 1 раз в неделю по 400-500 мкг - 2 месяца;

- профилактика: парентеральное введение Цианкобаламина 2 раза в месяц по 400- 500 мкг - пожизненно.

Лечение фуникулярного миелоза:

- Цианкобаламин по 1000 мкг ежедневно - 7-10 дней, далее - по 500 мкг/сутки (по схеме);

- Аденозилкобаламин 500 мкг/день, в/м (это коферментная форма витамина В12, более активно участвующая в обмене жирных кислот и не участвующая в кроветворении)- 7-10 дней.

Контрольные исследования:

- клинический анализ крови через 5-7 дней - для оценки ретикулоцитоза, дальнейшее исследование клинического анализа крови 1 раз в 7-10 дней до нормализации показателей;

- биохимический анализ крови: концентрация ЛДГ (ее нормализация свидетельствует об эффективности терапии).

4. На санаторно-курортное лечение пациента можно отправить только при компенсации анемии, фуникулярного миелоза и подтверждающих это контрольных исследованиях через 3-4 месяца после окончания 2 этапа лечения. Сопутствующие заболевания не являются противопоказаниями для направления на санаторно-курортное лечение, если находятся в фазе компенсации. С учётом

всех заболеваний показанием для направления на СКЛ являются язвенная болезнь желудка, резекция желудка (1995 г.) и В12-дефицитная анемия. Артериальная гипертензия с ХСН - сопутствующие заболевания. Санаторно-курортные организации рекомендуются в климатической зоне проживания пациента. Курорты: бальнеологические, с питьевыми минеральными водами; климатические (кроме горных). Для направления на СКЛ необходимо заполнить справку для получения путёвки № 070/у с соответствующей записью в медицинской карте амбулаторного больного. При наличии путёвки выдается санаторно-курортная карта № 072/у, о чём также делается запись в медицинской карте амбулаторного больного.

5. Наблюдение у врача-терапевта участкового с явкой 1 раз в 6 месяцев. Консультация врача-гастроэнтеролога 1 раз в 12 месяцев, врач-гематолог по показаниям. Перечень лабораторных исследований: клинический анализ крови два раза в год. Учитывая причину В12-дефицитной анемии и высокую вероятность малигнизации при язве желудка - ЭФГДС 1-2 раза в год, кал на скрытую кровь 1 раз в год. Профилактическое лечение: парентеральное введение Цианкобаламина 2 раза в месяц по 400-500 мкг - пожизненно.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

На приёме у врача-терапевта участкового больная К. 50 лет, учитель. Жалобы на умеренную сухость во рту, жажду (выпивает более 3 литров жидкости в день), повышенный аппетит, зуд кожных покровов, особенно в подмышечных и паховых областях, появление гнойничков в местах расчёсов, учащённое мочеиспускание.

В анамнезе: указанные жалобы появились и нарастали в течение года. С 45 лет страдает гипертонической болезнью (АД от 160/100 до 140/90 мм рт. ст.), принимала нерегулярно Каптоприл. У родственников со стороны матери отмечает склонность к ожирению, мать страдала гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа, умерла в возрасте 65 лет от инсульта. Было 3 беременности, одни роды в 29 лет, вес ребёнка при рождении 4,3 кг.

Данные объективного осмотра: состояние удовлетворительное, видны расчёсы на спине. Кожа пониженной влажности. Рост - 168 см, вес - 85 кг, окружность талии - 96 см, окружность бёдер - 110 см, складка на передней брюшной стенке - 8 см. В лёгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД - 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, усилен 2 тон во втором межреберье справа от грудины. ЧСС - 76 в минуту. АД - 156/94 мм рт. ст. (D=S). Живот увеличен за счёт подкожно-жирового слоя, мягкий, безболезненный. Пульсация на артериях стоп сохранена.

Общий анализ крови: эритроциты - 4,641012, Hb - 130 г/л, ЦП - 0,9, тромбоциты - 25041012, лейкоциты - 6,14109, эозинофилы - 1%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 65%, лимфоциты - 30%, моноциты - 2%, СОЭ - 8 мм/ч. Креатинин - 90,0 мкмоль/л, СКФ - 64,2 ml/min/1,73. Реакция мочи на ацетон отрицательная. Микроальбуминурия - 100 мг/дл. Липидограмма: холестерин общий - 6,5 ммоль/л, ЛПНП - 3,48 ммоль/л, ЛПВП - 0,9

ммоль/л. Биохимические анализы: глюкоза крови натощак - 7,7 ммоль/л, гликозилированный

гемоглобин (HbA1c) - 7,5%.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Тактика ведения. Режим, диета, медикаментозное и немедикаментозное лечение.
5. Какова дальнейшая тактика ведения пациента после коррекции гликемии?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

1. Сахарный диабет 2 тип, впервые выявленный. Диабетическая нефропатия, стадия микроальбуминурии. ХБП С2, А1. Экзогенно-конституциональное ожирение I степени (ИМТ=30,5 кг/м2). Гипертоническая болезнь II стадии. Артериальная гипертензия I степени, риск 3. Целевой уровень HbA1c < 6,5%.

2. Диагноз сахарного диабета 2 типа установлен на основании жалоб больного на жажду, сухость во рту, полидипсию, полиурию, кожный зуд; данных анамнеза: постепенное развитие заболевания, дебют в возрасте старше 40 лет, наличие ожирения, отягощённый наследственный анамнез по сахарному диабету, рождение крупного плода (более 4 кг) в анамнезе; в пользу СД 2 типа умеренная выраженность симптомов, отсутствие признаков кетоза; установление

целевых уровней гликемического контроля основано на том, что ожидаемая продолжительность жизни пациента более 15 лет, диагноз выставлен впервые, отсутствуют тяжёлые макрососудистые осложнения сахарного диабета, низкий риск гипогликемий.

3. Пациенту рекомендовано: суточный гликемический профиль с исследованием гликемии натощак, постпрандиальной гликемии - через 2 часа после приёма пищи. ЭХО-КГ (наличие гипертрофии левого желудочка, размеры полостей, фракция выброса). Осмотр врачом-офтальмологом - глазное дно (наличие ретинопатии, стадия ретинопатии). Осмотр врачом-неврологом (наличие полинейропатии, энцефалопатии).

4. Лечебная тактика при уровне гликированного гемоглобина 7,5% включает: изменение образа жизни (питание, физические нагрузки), медикаментозная терапия: Метформин 1000 мг 2 раза в день, при непереносимости Метформина можно рассмотреть назначение препаратов сульфонилмочевины (кроме Глибенкламида), ингибиторов ДПП-4, инкретины.

5. При снижении уровня гликированного гемоглобина показано назначение комбинации 2 препаратов: бигуаниды в сочетании с препаратами сульфанилмочевины (или другими препаратами, кроме нерациональных сочетаний). В данном случае Метформин не противопоказан (СКФ > 50). Провести беседу о диете, необходимости физических нагрузок, постепенного снижения массы тела до ИМТ 21,5-25,0.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

Пациент М. 50 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головную боль, преимущественно в затылочной области, повышение АД – 190/100 мм рт.ст. в течение года.

Анамнез: повышение АД в течение 6-7 лет, непостоянно принимал Эналаприл. Адаптирован к АД 135-140/85-90 мм рт.ст. Мать (возраст 77 лет) страдает артериальной гипертензией. Пациент не курит.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, чистые, ритм правильный, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 76 ударов в минуту, АД – 185/105 мм рт.ст. Живот несколько увеличен за счёт подкожной жировой клетчатки, мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурий нет.

Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Индекс массы тела – 28,6 кг/м². В анализах: общий холестерин – 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, креатинин – 120 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕП) = 56 мл/мин, альбуминурия – 12 мг/сутки (год назад: СКФ = 56 ммоль/л и альбуминурия – 14 мг/сутки).

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 76 ударов в минуту, горизонтальное положение электрической оси сердца. Амплитуда зубцов: S в отв. V2 = 20 мм, R в отв. V5 = 25 мм.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие еще препараты показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

1. Гипертоническая болезнь II стадии. Степень артериальной гипертензии 3. Риск ССО 4 (очень высокий). Гипертрофия миокарда левого желудочка. Гиперлипидемия II б тип (тяжёлая). Избыточное питание. Хроническая болезнь почек 3А стадия (С 3А, А 2).

2.

- Диагноз «гипертоническая болезнь (ГБ)» установлен на основании жалоб больного (головная боль, повышение АД), данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 6-8 лет).
- Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (сердца и почек), установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма.
- Гипертрофия миокарда левого желудочка установлена по ЭКГ (индекс Соколова Лайона = 45 мм).
- Гиперлипидемия II б тип (тяжёлая) установлен по данным липидного спектра (по формуле Фридвальда ХС ЛПНП = до 4,3 ммоль/л).

- Избыточное питание установлено по индекс массы тела $28,6 \text{ кг/м}^2$ (более $29,9$ и менее 30 кг/м^2).
 - Хроническая болезнь почек (ХБП) определен по наличию признаков поражения почек (СКФ 56 мл/мин и альбуминурия) на протяжении трёх и более месяцев (анамнестические данные) и снижение СКФ.
 - Риск ССО 4 (очень высокий) установлен на основании наличия поражения органов мишеней, гиперхолестеринемии и 3 степени АГ. По таблице SCORE – 13% (очень высокий риск).
3. Пациенту рекомендовано:
- проведение суточного мониторирования АД, для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД;
 - проведение ЭХОКГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции;
 - консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической ретинопатии;
 - УЗИ почек для исключения почечной патологии;
 - учитывая сочетание избыточного питания, АГ и гиперлипидемии необходимо УЗИ брахиоцефальных артерий для исключения атеросклероза.
4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II в сочетании с антагонистами кальция. Выбор препарата из этих групп основан на их кардио- и нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов уменьшают выраженность гипертрофии левого желудочка и являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ХБП-III стадии. Выбор двух препаратов обусловлен очень высоким риском ССО и 3 степенью АГ. При недостаточном эффекте добавить третий препарат – тиазидный или тиазидоподобный диуретик (Индапамид или Гипоtiaзид, или Хлорталидон) в небольшой дозе.
5. Показаны статины (Аторвастатин 40 мг или Розувастатин 20 мг), так как у пациента гиперлипидемия и очень высокий ССР необходимо снизить ХС ЛПНП (целевой уровень менее $1,8 \text{ ммоль/л}$ или на 50% от исходного). При достижении целевых уровней АД (менее $140/90 \text{ мм рт ст}$), ССР снизится до высокого или целевого уровня, ХС ЛПНП будет менее $2,5 \text{ ммоль/л}$.

Тема №28: «Онкологическая настороженность на терапевтическом приеме»
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Женщина в возрасте 51 года проходит диспансеризацию. Со слов женщины, она совершенно здорова, обычно хорошо себя чувствует и не имеет никаких жалоб. В анамнезе в возрасте 38 лет выполнено удаление матки по поводу фибромиомы, придатки не удалялись. После 40 лет она проходила маммографию с интервалом 2 года, все результаты без отклонений от нормы. Наличие хронических заболеваний отрицает, гемотрансфузий не выполнялось. Она ежедневно самостоятельно принимает поливитамины, постоянный приём других препаратов отрицает. Семейный анамнез отягощён по раку молочной железы, который был диагностирован у бабушки по материнской линии в возрасте 72 лет. Пациентка замужем, работает учителем средней школы, курение и употребление алкоголя отрицает. В диете избегает молочных продуктов, так как считает, что имеет «непереносимость лактозы». Физическими упражнениями специально не занимается, нерегулярно осуществляет прогулки «для поддержания здоровья». При физикальном обследовании ЧСС -72 удара в минуту, АД -118/78 мм рт. ст., частота дыхания -16 в минуту, отклонений от нормы по органам и системам не выявляется.

Вопросы:

1. Какой скрининг злокачественных новообразований шейки матки показан данной пациентке?
2. Какие дополнительные (к выполненному ранее опросу на выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития и измерению АД) исследования показаны на первом этапе диспансеризации?
3. С каким интервалом рекомендуется проводить маммографию для скрининга рака молочной железы у данной пациентки?
4. Что следует порекомендовать пациентке для снижения риска развития остеопороза?

5. Каким образом результаты диспансеризации отражаются в медицинской документации?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. В связи с проведённой гистерэктомией по поводу доброкачественной патологии и низким риском пациентке не показано проведение скрининга рака шейки матки.
2. Необходимо выполнить антропометрию, определение абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска, ЭКГ, флюорографию лёгких, маммографию, мазок с наружного маточного зева и цервикального канала на цитологическое исследование, развёрнутый общий анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический (в объёме не менее: определения уровня креатинина, общего билирубина, АСТ, АЛТ, глюкозы, холестерина), общий анализ мочи, исследование кала на скрытую кровь, УЗИ брюшной полости, поджелудочной железы, почек, органов малого таза, измерение внутриглазного давления.
3. У данной пациентки наследственный анамнез отягощён по раку молочной железы, однако он был диагностирован у бабушки в пожилом возрасте, что не даёт основания предполагать наличия врождённых мутаций, ассоциированных с высоким риском развития рака молочной железы BRCA-1 или BRCA-2, поэтому скрининг рака молочной железы у данной пациентки должен осуществляться исходя из популяционного риска, и в возрасте старше 50 лет, маммография рекомендуется 1 раз в год.
4. Остеопороз имеет повышенный риск развития у женщин в постменопаузе и увеличивается с возрастом, при курении, низкой массе тела, отягощённом анамнезе, низком потреблении кальция с пищей и малоподвижном образе жизни. У данной пациентки имеется недостаточность потребления кальция с пищей, поскольку она избегает молочных продуктов. В таком случае следует рекомендовать дополнительный приём препаратов кальция и витамина Д₃, суточная доза кальция в возрасте старше 50 лет должна составлять 1200 мг, витамина Д₃—400800 МЕ.
5. В «Медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (учётная форма No025/у) вносятся результаты всех исследований и осмотров (консультаций) врача, заполняется «Карта учёта диспансеризации» (учётная форма No 131/у), заполняется анкета (опросник) на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития и потребления наркотических средств и психотропных средств без назначения врача. Анкета (опросник) и «Карта учёта диспансеризации» подшивается в «Медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях». Учёт прошедших каждый этап диспансеризации проводится по ежемесячному внесению результатов в отчётную форму «Сведения о диспансеризации определённых групп взрослого населения» (форма No 131/о).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Женщина 62 лет вызвала врача-терапевта участкового на дом. Жалобы на выраженную слабость, одышку при незначительной нагрузке, чувство тяжести в правой половине грудной клетки, сухой кашель, сильную боль в области правой молочной железы и в правой подмышечной области, плохой сон, отсутствие аппетита. Из анамнеза: заболела два года назад, когда заметила уплотнение в правой молочной железе. После обследования был поставлен диагноз «рак правой молочной железы», получила пять курсов полихимиотерапии. Принимала Кеторол, Метамизол натрия, Трамадол по 100 мг 2 раза в сутки. Состояние ухудшилось в течение последних четырёх месяцев: одышка стала беспокоить при незначительной нагрузке, появилась тяжесть в правом боку, сухой кашель. Из анамнеза жизни: туберкулёз, венерические заболевания отрицает. Гинекологический анамнез: менструация с 13 лет, регулярная по 5 дней, роды - 2, аборт - 2. Менопауза с 50 лет. В анамнезе ЖКБ, холецистэктомия в возрасте 47 лет. Кровь и кровезаменители не переливали. У родной сестры пациентки - рак правой молочной железы, по поводу которого проведена правосторонняя мастэктомия. Аллергологический анамнез не отягощён. При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Положение вынужденное, на правом боку. Пониженного питания. Рост - 167 см, вес - 56 кг. Бледность кожных покровов, акроцианоз, набухание шейных вен. Задние шейные, задние ушные, поднижнечелюстные лимфоузлы не пальпируются. Периферических отёков нет. ЧДД - 24 в минуту. Правая сторона грудной клетки отстаёт при дыхании. Определяется притупление перкуторного звука справа, ниже угла лопатки. Дыхание справа, ниже угла лопатки значительно ослаблено. Пульс - 92 удара в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД - 125/75 мм рт. ст. Язык влажный, негусто обложен белым налётом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Край печени

пальпируется на 2 см ниже края правой рёберной дуги. Стул нерегулярный, запоры до 5 дней. Мочеиспускание свободное, безболезненное. В правой молочной железе на границе верхних квадрантов обнаруживается очаг уплотненной ткани 8 × 8 см с неровными границами, контуры нечёткие, сосок втянут. Уплотнение безболезненное неподвижное, спаянное с кожей. Кожа над опухолью гиперемирована. Выделений из соска нет. Левая молочная железа без патологии. В подмышечной области справа пальпируются лимфатические узлы, увеличены до 2 см, плотные, безболезненные, спаяны с окружающими тканями.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациентки для уточнения диагноза.
4. Какой степени обезболивающую терапию необходимо назначить больной? Назовите показания для назначения опиоидных анальгетиков.
5. Какая адъювантная терапия должна быть назначена больной?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Рак правой молочной железы T4 N2 M1. Правосторонний гидроторакс. Хронический болевой синдром.
2. T4, так как опухоль имеет прямое распространение на кожу молочной железы. N2, так как есть метастазы в подмышечные лимфоузлы на стороне поражения. M1, так как имеются отдалённые метастазы (у данной пациентки в правое лёгкое). Правосторонний гидроторакс, так как правая сторона грудной клетки отстаёт при дыхании. Определяется притупление перкуторного звука справа, ниже угла лопатки. Дыхание справа, ниже угла лопатки значительно ослаблено.
3. Рекомендованы: общий анализ крови, общий анализ мочи, общий анализ мокроты, рентгенограмма органов грудной клетки, исследование мокроты на микобактерии туберкулёза, ЭКГ, осмотр врачом-онкологом.
4. Вероятно, пациентке надо оставить терапию второй степени, увеличив дозу Трамадола до высшей терапевтической - 400 мг в сутки. При отсутствии эффекта перейти к препарату третьей степени - Морфин в суточной дозе 40-60 мг в виде таблеток-ретард в 2 приёма. Хроническая боль средней и высокой интенсивности, не устранимая неопиоидными анальгетиками.
5. Адъювантная терапия: Фуросемид 40 мг 1 раз в 2-3 дня. При ухудшении состояния показан торакоцентез. Возможно применение Эуфилина в таблетках, транквилизаторов - Диазепам 10 мг на ночь.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Больной М. 60 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на лихорадку до 38°C, ночное потоотделение, потерю в весе, кожный зуд в области шеи, паха. Болен в течение трёх месяцев. При осмотре: пальпируются увеличенные подвижные, не спаянные с кожей плотно-эластические лимфоузлы, в шейно-надключичной области слева сливающиеся между собой в конгломераты. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 82 удара в минуту. Печень у рёберной дуги. Селезёнка не увеличена.

В общем анализе крови: гемоглобин – 100,0 г/л, лейкоциты – 3,2Ч10⁹/л, эозинофилы – 11%, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 67%, лимфоциты – 14%, моноциты – 6%, тромбоциты – 200000, СОЭ – 20 мм/час.

В биоптате лимфоузла – клетки Березовского-Штернберга.

Вопросы:

1. Назовите предполагаемый диагноз.
2. Предложите план дополнительного обследования больного.
3. Какая стадия заболевания?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Предложите план лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

1. Лимфогранулематоз IV стадия.
2. Общий анализ мочи. УЗИ брюшной полости. Рентгенография грудной клетки. Радиоизотопная лимфография. КТ брюшной полости и грудной клетки. Иммуногистохимическое исследование биоптата.

3. ИВ.

4. Хронические лимфопролиферативные заболевания: неходжкинские лимфомы. Миелолейкоз. Туберкулез. Саркоидоз.

5. Сочетанная лучевая терапия и полихимиотерапия (схема BEACOPP, ABVD или MOPP).

Тема №30: «Особенности ведения беременных с экстрагенитальной патологией врачом-терапевтом»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

У пациентки А. 28 лет в женской консультации выявлено повышенное АД – 155/90 мм рт.ст., по поводу чего была направлена на консультацию к врачу-терапевту участковому. Срок беременности – 16 недель. В анамнезе в течение 2 лет периодическое повышение АД до 150-155/90 мм рт.ст. преимущественно после эмоционального напряжения. Принимала непостоянно Папазол. Наследственность отягощена по АГ. Общее состояние удовлетворительное. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, чистые, ритм правильный. ЧСС – 78 в минуту. АД – 155/90 мм рт.ст. Печень не пальпируется. Анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, лейкоциты – $6,6 \times 10^9$ /л, нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 25%, моноциты – 4%. СОЭ – 10 мм/час. Креатинин сыворотки крови – 0,05 ммоль/л. Анализ мочи: удельный вес – 1020, белок (–), лейкоциты – 1-2 в поле зрения. ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС – 78 в минуту, положение электрической оси сердца нормальное, рисунок ЭКГ без существенных отклонений от нормы. Эхо-КГ: толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) – 0,8 см, толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) – 0,9 см, размер левого предсердия – 3,3 см, конечный систолический размер левого желудочка (КСРЛЖ) – 2,3 см, конечный диастолический размер левого желудочка (КДРЛЖ) – 5,3 см, фракция выброса левого желудочка (ФВ) – 57%.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Оцените сердечно-сосудистый риск для матери и плода на период беременности, дайте заключение о возможности пролонгирования беременности. Обоснуйте Ваше решение.
4. Показаны ли антигипертензивные препараты в период беременности? Дайте рекомендации, обоснуйте свой выбор.
5. Какие антигипертензивные препараты противопоказаны пациентке? Обоснуйте Ваш ответ.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Гипертоническая болезнь I стадия, АГ умеренная. Сердечно-сосудистый риск I (низкий). Беременность 16 недель.

2. Диагноз «гипертоническая болезнь (ГБ)» установлен на основании жалоб больного (головная боль, повышение АД), данных анамнеза (пациента отмечает периодическое повышение АД до беременности в течение последних 2 лет). Стадия АГ установлена на основании отсутствия поражения органов-мишеней, умеренная АГ основана на цифрах АД, измеренных во время приёма (для беременных 140-159/90-109 – умеренная АГ, более или равно 160/110 мм рт.ст. – тяжёлая). ССР I (низкий) установлен на основании отсутствия факторов риска, поражения органов-мишеней и I степени АГ.

3. Риск для матери низкий, так как I стадия ГБ (без поражения органов-мишеней), риск для плода высокий (при ГБ увеличивается риск гипотрофий, невынашивания плода за счёт ухудшения плацентарного кровотока, обусловленного спазмом сосудов плаценты). Пролонгирование беременности и роды через естественные половые пути не противопоказаны.

4. Антигипертензивные препараты показаны, так как уровень САД более 150 мм рт.ст. (показанием к антигипертензивным препаратам при ГБ I стадии у беременных является уровень АД более 150/95 мм рт.ст.). Препаратами выбора являются Метилдопа, Нифедипин ретард, Метопролол сукцинат или Бисопролол. Учитывая срок беременности 16 недель, следует назначить Нифедипин ретард с низких доз под контролем АД и СМАД. В период 16-20 недель Метилдопа противопоказан (негативное влияние на дофаминовые рецепторы плода).

5. В период беременности противопоказаны следующие антигипертензивные препараты: ингибиторы АПФ, блокаторы ангиотензиновых рецепторов (сартаны), Атенолол, так как вызывают тератогенный эффект. Нельзя назначать новые препараты (потому что мало изучено влияние на плод): Физиотенз, Алискирен.

2.4 Написание карты Амбулаторного больного

2.5 ИТОГОВЫЙ ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

1. К ХАРАКТЕРНОМУ ПРОЯВЛЕНИЮ ГЛЮТЕНОВОЙ ЭНТЕРОПАТИИ ОТНОСЯТ

1. вздутие живота и диарею при употреблении злаков
2. рвоту с примесью желчи
3. неустойчивый стул при употреблении молочных продуктов
4. запор

2. ПРИМЕНЕНИЕ ВАГУСНЫХ ПРОБ МОЖЕТ ПРЕРВАТЬ ПРИСТУП

1. предсердной пароксизмальной тахикардии
2. фибрилляции желудочков
3. фибрилляции предсердий
4. желудочковой пароксизмальной тахикардии

3. ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ПРИ МАЛЕЙШЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ ДАВЯЩЕЙ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ, КУПИРУЮЩЕЙСЯ ПРИЕМОМ НИТРОГЛИЦЕРИНА, СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ О СТЕНОКАРДИИ

1. напряжения функциональный класс IV
2. напряжения функциональный класс III
3. прогрессирующей
4. вариантной

4. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

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

5. СОСТОЯНИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ УМЕНЬШЕНИЕМ СОДЕРЖАНИЯ ГЕМОГЛОБИНА И/ИЛИ КОЛИЧЕСТВА ЭРИТРОЦИТОВ В ЕДИНИЦЕ ОБЪЕМА КРОВИ, НАЗЫВАЕТСЯ

1. анемией
2. агранулоцитозом
3. микроцитозом
4. макроцитозом

6. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ВАЖНЕЙШИМ КРИТЕРИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫЯВЛЕНИЕ

1. суточной протеинурии более 3,5 г
2. отёков
3. уровня сывороточного альбумина ниже 30 г/л
4. гиперхолестеринемии

7. НАИМЕНЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

1. поликистоз почек
2. гломерулонефрит
3. миеломная болезнь
4. диабетическая нефропатия

8. ДЫХАНИЕ СО СТРИДОРОМ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1. бронхиальной астме
2. опухоли крупных бронхов
3. опухоли гортани
4. аспирации инородного тела

9. ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ

1. коленные
2. лучезапястные
3. челюстно-лицевые
4. пястно-фаланговые

10. В ДИАГНОСТИКЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ОБНАРУЖЕНИЕ

1. антитела к цитрулинированному пептиду
2. повышенного уровня мочевой кислоты

3. диспротеинемии
4. анемии
11. В ЭТИОЛОГИИ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОАРТРОЗА ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ
 1. генетический фактор
 2. остеопороз
 3. гиперурикемия
 4. травма сустава
12. УЗЕЛКИ БУШАРА ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТЕОАРТРОЗА
 1. проксимальных межфаланговых суставов кисти
 2. дистальных межфаланговых суставов кисти
 3. первого плюснефалангового сустава
 4. локтевого сустава
13. К ГИПОГЛИКЕМИИ НЕ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ
 1. незапланированный дополнительный прием пищи
 2. передозировка инсулина
 3. неожиданная чрезмерная физическая нагрузка
 4. прием алкоголя
14. К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ТИРЕОТОКСИКОЗА НЕ ОТНОСЯТ
 1. запоры
 2. возбудимость, раздражительность
 3. потерю веса
 4. повышение аппетита
15. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ГИПОТИРЕОЗА НЕ ОТНОСЯТ
 1. сердцебиение
 2. сонливость
 3. запоры
 4. сухость кожных покровов
16. В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ И ДОСТУПНЫМ СКРИНИНГОВЫМ ТЕСТОМ НА ВЫЯВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ И СУБКЛИНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. определение уровня тиреотропного гормона
 2. УЗИ щитовидной железы
 3. определение антител к щитовидной железе
 4. пальпация щитовидной железы
17. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ ТЕСТОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ ОТСУТСТВИИ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. определение уровня ферритина
 2. расчет цветового показателя
 3. определение количества эритроцитов
 4. определение уровня гемоглобина
18. СИДЕРОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
 1. извращением вкуса (pica chlorotica)
 2. кожным зудом
 3. прогрессированием онихомикоза
 4. изменением дистальных фаланг пальцев по типу барабанных палочек
19. НА СТАДИИ ЛАТЕНТНОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА МОЖЕТ ВЫЯВЛЯТЬСЯ
 1. снижение сывороточного железа
 2. снижение уровня гемоглобина
 3. снижение гематокрита
 4. ретикулоцитоз
20. ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. повышение общей железосвязывающей способности
 2. наличие мишеневидных эритроцитов
 3. микросфероцитоз
 4. снижение ОЖСС
21. ПАЦИЕНТУ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ОБЯЗАТЕЛЬНО НАЗНАЧАЮТ

1. антикоагулянты
 2. Ацетилсалициловую кислоту
 3. Клопидогрел
 4. Тикагрелор
22. НЕ СЧИТАЕТСЯ НАРУШЕНИЕМ РЕЖИМА
1. отказ от госпитализации
 2. несоблюдение режима
 3. несоблюдение предписанного лечения
 4. несвоевременная явка на прием
23. К ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА У ПАЦИЕНТА 55 ЛЕТ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ III СТАДИИ, ПЕРЕНЕСШЕГО НЕДАВНО ИНФАРКТ МИОКАРДА, ОТНОСЯТ
1. β -адреноблокаторы
 2. тиазидные диуретики
 3. антагонисты кальция
 4. Моксонидин
24. ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ
1. аспирин
 2. антагонистов кальция
 3. сердечных гликозидов
 4. лидокаина
25. МАКСИМАЛЬНО БЫСТРОЕ СНИЖЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПОКАЗАНО, ЕСЛИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ ОСЛОЖНЯЕТСЯ
1. расслаивающей аневризмой аорты
 2. ишемическим инсультом
 3. острым коронарным синдромом
 4. нарушением ритма сердца
26. ПРИ ОРВИ С ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ
1. Парацетамола
 2. Ампициллина
 3. Бисептола
 4. Аспирин
27. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ПРИ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА ОТНОСЯТ
1. тошноту, рвоту, боли в эпигастрии, диарею, запоры
 2. экстрасистолию, головную боль
 3. боли в области сердца
 4. потерю сознания, тахикардию
28. МОНОТЕРАПИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ МОЖЕТ БЫТЬ РЕКОМЕНДОВАНА ПАЦИЕНТАМ
1. очень пожилого возраста (>80 лет)
 2. с сочетанным сахарным диабетом
 3. с сочетанным ожирением
 4. старше 60 лет
29. ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ
1. неселективные β -адреноблокаторы
 2. антибиотики
 3. метилксантины
 4. симпатомиметики
30. КУПИРОВАНИЕ АНГИНОЗНОГО ПРИСТУПА НАЧИНАЕТСЯ С НАЗНАЧЕНИЯ
1. нитроглицерина сублингвально
 2. нитратов внутривенно капельно
 3. спазмолитиков
 4. наркотических анальгетиков
31. ЛЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ
1. ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента
 2. антагонистов кальция (фенилалкиламинов)

3. ингибиторов фосфодиэстеразы
4. ингибиторов карбоангидразы
32. ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ ОПРЕДЕЛЯЮТ
 1. международное нормализованное отношение (МНО)
 2. время кровотечения
 3. тромбиновое время
 4. уровень ретикулоцитов
33. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ СЛЕДУЕТ КЛИНИЧЕСКИ ОЦЕНИВАТЬ ЧЕРЕЗ
 1. 2-3 дня
 2. 12 часов
 3. 1 сутки
 4. 5 дней
34. ПРИ ГИПЕРТИРЕОЗЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ
 1. бета-адреноблокаторы
 2. диуретики
 3. блокаторы кальциевых каналов дигидропиридинового ряда
 4. ингибиторы АПФ
35. ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ С ПРОТЕИНУРИЕЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ
 1. ингибиторы АПФ или сартаны
 2. диуретики
 3. бета-адреноблокаторы
 4. блокаторы кальциевых каналов дигидропиридинового ряда
36. КАНЦЕРОГЕННЫМИ СВОЙСТВАМИ В ОТНОШЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА МОГУТ ОБЛАДАТЬ
 1. жареное мясо
 2. рыба
 3. молоко
 4. хлеб
37. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ИБС ЯВЛЯЕТСЯ
 1. артериальная гипертензия
 2. употребление алкоголя
 3. этническая принадлежность
 4. характер трудовой деятельности
38. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПРОБЫ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. переходящее горизонтальное смещение сегмента ST на 1 мм и более
 2. формирование отрицательного зубца T
 3. появление блокады правой ножки пучка Гиса
 4. появление предсердной экстрасистолии
39. РАННИМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. уменьшение объема форсированного выдоха за первую секунду
 2. уменьшение пиковой скорости выдоха
 3. увеличение объема форсированного выдоха за первую секунду
 4. уменьшение жизненной ёмкости лёгких
40. РАННИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. повышение уровня антител к циклическому цитруллинированному пептиду
 2. узурация суставных поверхностей
 3. появление ульнарной девиации суставов кисти
 4. повышение уровня мочевой кислоты
41. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АНЕВРИЗМЫ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. длительный подъем ST выше изолинии («застывшая» ЭКГ)
 2. коронарный зубец T в соответствующих отведениях

3. снижение амплитуды зубца R в соответствующих отведениях
 4. появление зубца Q в соответствующих отведениях
42. ЭКГ-ДИАГНОСТИКУ ИНФАРКТА МИОКАРДА УСЛОЖНЯЕТ
1. блокада левой ножки пучка Гиса
 2. фибрилляция предсердий
 3. желудочковая экстрасистолия
 4. атриовентрикулярная блокада 1 степени
43. ЛЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С
1. Амоксициллина (или защищенного аминопенициллина) или макролидов
 2. тетрациклинов
 3. цефалоспоринов
 4. Гентамицина
44. НАИБОЛЕЕ ПРОСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИУРЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ
1. снижение массы тела
 2. снижение конечного диастолического давления в правом желудочке
 3. снижение частоты сердечных сокращений
 4. уменьшение размеров печени
45. К I ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ ПО ИТОГАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ
1. здоровые, в том числе имеющие факторы риска при низком и среднем сердечно-сосудистом риске
 2. нуждающиеся в высокотехнологичной медицинской помощи
 3. не предъявляющие жалоб
 4. с впервые выявленными хроническими заболеваниями в стадии ремиссии
46. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ГРАЖДАНИН ИМЕЕТ ПРАВО
1. отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств
 2. самостоятельно расширить объем диспансеризации либо отказаться от отдельных видов медицинских вмешательств
 3. отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств по решению суда
 4. отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств, если он не работает
47. ДЛЯ ПЕРЕБОЛЕВШИХ КОРЬЮ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ
1. противоэпидемические мероприятия не проводятся
 2. организуется медицинское наблюдение 10 дней
 3. организуется медицинское наблюдение 21 день
 4. имеет место разобщение с коллективом с 8 по 17 день
48. ПРИ КАРАНТИНЕ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ
1. врачом-инфекционистом, а в случае его отсутствия – лечащим врачом
 2. только врачом-терапевтом участковым
 3. заведующим отделением
 4. врачом-эпидемиологом
49. НИЖНИЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА РЕГИСТРИРУЕТСЯ В ОТВЕДЕНИЯХ
1. II, III, AVF
 2. I, AVL, V6
 3. V3-V4
 4. V1-V6, AVL, I
50. ДЛЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ХАРАКТЕРНО
1. выраженные общемозговые, очаговые и менингеальные симптомы
 2. расстройства чувствительности по проводниковому типу
 3. постепенное начало заболевания
 4. предшествующие преходящие симптомы
51. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ОТНОСЯТ
1. панцитопению
 2. гипохромию эритроцитов

3. анизо-пойкилоцитоз
4. лейкоцитоз и гипохромию эритроцитов
52. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АГ У БЕРЕМЕННЫХ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ
1. иАПФ и сартанов
 2. Метилдопы
 3. бета-адреноблокаторов
 4. антагонистов кальция
53. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АГ ПРИ НАЛИЧИИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ
1. бета-адреноблокаторов
 2. ингибиторов АПФ
 3. антагонистов кальция
 4. сартанов
54. ПРИ РАССЛОЕНИИ АОРТЫ НА ФОНЕ АГ ПОКАЗАНЫ ПРЕЖДЕ ВСЕГО
1. бета-адреноблокаторы
 2. диуретики
 3. антагонисты кальция
 4. иАПФ и сартаны
55. САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НА КЛИМАТИЧЕСКИХ КУРОРТАХ ПРОТИВОПОКАЗАНО БОЛЬНЫМ С ДИАГНОЗОМ
1. «гипертоническая болезнь II ст., кризовое течение»
 2. «гипертоническая болезнь II ст., бескризовое течение»
 3. «ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. СН I (NYHAII). Инфаркт перенесен более 1 года назад.»
 4. «ИБС. Стенокардия II ФК.»
56. АКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ РАБОТАЮЩИХ ЛИЦ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ПРОФЕССИЙ, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ ВРЕДНЫХ, НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЙ ТРУДА, ОТНОСИТСЯ К _____ ДИСПАНСЕРНЫМ ОСМОТРАМ
1. периодическим
 2. предварительным
 3. целевым
 4. профилактическим
57. ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА ПАЦИЕНТА 35 ЛЕТ НЕСПОРТИВНОГО ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ РАВНЫЙ 34,0 КГ/М²; СООТВЕТСТВУЕТ СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ
1. I
 2. II
 3. III
 4. IV
58. 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
59. НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ОПРЕДЕЛЯЕТ ЗАПАСЫ ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ
1. уровень сывороточного ферритина
 2. уровень трансферрина
 3. общая железосвязывающая способность сыворотки
 4. уровень сывороточного железа
60. 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
61. ПРИ СОЧЕТАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ДЛЯ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРОТИВОПОКАЗАНО

1. Атенолол
 2. Верапамил
 3. Каптоприл
 4. Празозин
62. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СПОСОБОМ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА ЯВЛЯЕТСЯ
1. введение гриппозных вакцин
 2. закаливание организма
 3. приём больших доз аскорбиновой кислоты
 4. приём поливитаминных препаратов
63. 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
64. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФОСМОТРОВ КРИТЕРИЯМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ СИСТОЛИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ _____ ММ РТ.СТ. И ВЫШЕ И/ИЛИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ _____ ММ РТ.СТ. И ВЫШЕ
1. 140 / 90
 2. 130 / 80
 3. 160 / 95
 4. 160 / 90
65. МЕТОДОМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА ЯВЛЯЕТСЯ
1. вакцинация
 2. закаливание организма
 3. применение амантадина
 4. применение лейкоцитарного интерферона
66. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ИНАКТИВИРОВАННОЙ ГРИППОЗНОЙ ВАКЦИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ
1. гиперчувствительность к яичному белку
 2. иммуносупрессия
 3. дисфункция почек
 4. инсулинзависимый сахарный диабет
67. К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА ОТНОСЯТ
1. курение
 2. женский пол
 3. высокое содержание липопротеидов холестерина высокой плотности
 4. злоупотребление алкоголем
68. ФАКТОРОМ, УМЕНЬШАЮЩИМ РИСК РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, ЯВЛЯЕТСЯ
1. «средиземноморская» диета
 2. курсовое голодание
 3. плазмаферез
 4. занятия «большим» спортом
69. К МЕРОПРИЯТИЯМ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОТНОСИТСЯ
1. устранение причин развития заболевания
 2. раннее выявление заболевания
 3. своевременное начало лечения заболевания
 4. паллиативная медицинская помощь
70. РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ДОКЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ПОСРЕДСТВОМ МАССОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ПАЦИЕНТОВ НАЗЫВАЕТСЯ
1. скрининг
 2. мониторинг
 3. первичная профилактика
 4. диспансеризация

71. ТАКТИКОЙ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ ПО ДАННЫМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ОТНОСИТЕЛЬНО ХОРОШЕМ САМОЧУВСТВИИ БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ

1. направление на консультацию гематолога
2. госпитализация в терапевтическое отделение
3. обследование в поликлинике по месту жительства
4. госпитализация в онкологическое отделение

72. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КРУПНЫХ БРОНХОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1. кашель с мокротой
2. кашель без выделения мокроты
3. одышка инспираторного характера
4. повышение температуры тела

73. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА, ПРОТЕКАЮЩЕГО С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ МЕЛКИХ БРОНХОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. одышка
2. кашель с мокротой
3. повышение температуры тела
4. кашель без выделения мокроты

74. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ОБРАТИМОСТИ ОБСТРУКЦИИ БРОНХОДИЛАТАЦИОННЫЙ ТЕСТ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ

1. β_2 -адреномиметика
2. глюкокортикостероидного препарата
3. смеси кислорода и оксида азота
4. α_2 -адреномиметика

75. ОДНОСТОРОННЯЯ БОЛЬ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1. острого пиелонефрита
2. острого цистита
3. амилоидоза почек
4. острого гломерулонефрита

76. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ

1. кистей
2. коленные
3. крестцово-подвздошные
4. позвоночные

77. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ПОТЕРИ СОЗНАНИЯ 52-ЛЕТНЕГО МУЖЧИНЫ (ЛИЦО СИММЕТРИЧНО, ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РЕФЛЕКСОВ НЕТ, ПУЛЬС 40 В МИНУТУ, АД 160/60 ММ РТ.СТ.) ЯВЛЯЕТСЯ

1. полная А-V блокада
2. отек мозга
3. ангиоспастическая энцефалопатия
4. гипогликемия

78. ВЫСОКАЯ ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ МОЧИ (1030 И ВЫШЕ) ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1. сахарного диабета
2. хронического нефрита
3. пиелонефрита
4. несахарного диабета

79. ПРАВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ОБРАЗОВАНА

1. правым предсердием
2. правым желудочком
3. левым желудочком
4. ушком левого предсердия и *conus pulmonalis*

80. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ ПРОБЫ ВАЛЬСАЛЬВЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. уменьшение венозного возврата
2. снижение общего периферического сопротивления сосудов
3. уменьшение объема циркулирующей крови
4. увеличение ударного объема

81. УСИЛЕНИЕ II ТОНА НА АОРТЕ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ
1. эссенциальной гипертензии
 2. легочной гипертензии
 3. митральном стенозе
 4. тромбоэмболии легочной артерии
82. ПРИ ЭКССУДАТИВНОМ ПЛЕВРИТЕ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ, ДИАГНОСТИРОВАННОМ НА ДОМУ, ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
1. немедленная госпитализация
 2. госпитализация в порядке очередности
 3. амбулаторное лечение плевральными пункциями с введением антибиотиков в плевральную полость
 4. лечение на дому антибиотиками широкого спектра действия и кортикостероидными гормонами
83. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО БРОНХИТА ПРОВОДИТСЯ
1. вне стационара
 2. в стационаре
 3. сначала вне стационара, затем в стационаре
 4. сначала в стационаре, затем вне стационара
84. 41-ЛЕТНЕЙ ЖЕНЩИНЕ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ И ПОВЫШЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ПОЛУЧАЮЩЕЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНУЮ ТЕРАПИЮ, НЕОБХОДИМО РЕКОМЕНДОВАТЬ
1. снизить вес
 2. ограничить физическую активность
 3. пить 3 литра воды ежедневно
 4. ограничить белки в диете
85. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЕТСЯ
1. инфекция
 2. переохлаждение
 3. курение
 4. вдыхание раздражающих газов и аэрозолей
86. У ЛИЦ СТАРШЕ 40 ЛЕТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКИХ БРОНХИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ
1. курение
 2. повторная вирусно-бактериальная инфекция
 3. воздействие промышленных газов и аэрозолей
 4. врожденная функциональная недостаточность мукоцилиарного аппарата воздухоносных путей
87. НАУЧНОЙ ОСНОВОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ КОНЦЕПЦИЯ
1. факторов риска
 2. здорового образа жизни
 3. борьбы с вредными привычками
 4. индивидуальной профилактики
88. КРАТКОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ НА ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОМ ЭТАПЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРОВОДИТ
1. врач-терапевт участковый
 2. врач отделения медицинской профилактики
 3. врач дневного стационара
 4. врач-кардиолог поликлиники
89. ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ У МУЖЧИНЫ 55 ЛЕТ, ПЕРЕНЕСШЕГО 7 ЛЕТ НАЗАД РЕЗЕКЦИЮ ЖЕЛУДКА (В МАЗКЕ КРОВИ МАКРОЦИТОЗ) ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТ
1. цианокобаламина
 2. железа
 3. эритропоэтина
 4. пиридоксина
90. ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. снижение частоты рецидивов
 2. уменьшение выраженности болевого синдрома

3. ускорение рубцевания язвы
 4. уменьшение риска прободения язвы
91. ПРИ ОТСУТСТВИИ ПОСТУПЛЕНИЯ С ПИЩЕЙ ВИТАМИНА В12 КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА В12 РАЗВИВАЮТСЯ ЧЕРЕЗ
1. 4-5 лет
 2. 3-4 месяца
 3. 5-8 месяцев
 4. 9-12 месяцев
92. ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА – КОНОВАЛОВА ПОРАЖАЮТСЯ
1. печень и мозг
 2. сердце и почки
 3. почки и легкие
 4. печень и почки
93. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ НЕТЯЖЕЛОГО ОБОСТРЕНИЯ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ
1. гемофильная палочка
 2. синегнойная палочка
 3. стафилококк
 4. микопlasма
94. ОТЕК ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ ШЕИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ АНГИНЫ ПРИ
1. дифтерии
 2. агранулоцитозе
 3. инфекционном мононуклеозе
 4. скарлатине
95. К ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ МИНДАЛИН ПРИ ДИФТЕРИИ ОТНОСЯТ
1. налеты серого цвета, трудно удаляемые шпателем
 2. налеты белого цвета, легко удаляемые шпателем
 3. гнойные фолликулы
 4. глубокий некроз тканей
96. НАЛИЧИЕ МОНОНУКЛЕАРОВ В ГЕМОГРАММЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
1. инфекционного мононуклеоза
 2. ангины Симановского-Венсана
 3. дифтерии
 4. острого лейкоза
97. ВРАЧ-ТЕРАПЕВТ УЧАСТКОВЫЙ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА «ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТ» С НАЛЁТОМ НА МИНДАЛИНАХ ОБЯЗАН НАЗНАЧИТЬ
1. мазок из миндалин на дифтерию
 2. анализ крови на вирус иммунодефицита человека
 3. анализ крови на реакцию Вассермана
 4. анализ крови на реакцию Видаля
98. В ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРИ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТЕ С ЭКССУДАТИВНЫМИ ЯВЛЕНИЯМИ НА МИНДАЛИНАХ ВХОДИТ
1. мазок из миндалин и носа на дифтерию
 2. анализ мочи общий
 3. биохимический анализ крови с определением антистрептолизина-О
 4. мазок из зева и носа на стафилококк
99. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ ДИФТЕРИИ ОТНОСИТСЯ
1. миокардит
 2. эндокардит
 3. пиелонефрит
 4. цистит
100. У ПАЦИЕНТА С ЛИХОРАДКОЙ, ГИПЕРЕМИЕЙ РОТОГЛОТКИ, ЛИМФАДЕНОПАТИЕЙ, СПЛЕНОМЕГАЛИЕЙ, ЛИМФОЦИТОЗОМ И АТИПИЧНЫМИ МОНОНУКЛЕАРАМИ СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ
1. инфекционный мононуклеоз
 2. грипп
 3. парагрипп
 4. дифтерию

101. ПРИ НАЛИЧИИ ОСТРОЙ ЛАКУНАРНОЙ АНГИНЫ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ

1. дифтерию
2. грипп
3. парагрипп
4. паратонзиллярный абсцесс

102. ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ГРИППЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. пневмония
2. пневмоторакс
3. панкреатит
4. пиелонефрит

103. К ХАРАКТЕРНОМУ ПРИЗНАКУ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСИТСЯ

1. сочетание ринофарингита и конъюнктивита с лимфоаденопатией
2. ангина
3. стоматит
4. отит

104. К ХАРАКТЕРНОМУ ПРИЗНАКУ ГРИППА ОТНОСИТСЯ

1. фебрильная лихорадка
2. субфебрильная лихорадка
3. отсутствие интоксикации
4. постепенное начало

105. ВНЕЗАПНОЕ НАЧАЛО, ОЗНОБ, ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, ВОЗБУЖДЕНИЕ, РИГИДНОСТЬ ЗАТЫЛОЧНЫХ МЫШЦ, СУДОРОГИ, ЛЕЙКОЦИТОЗ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1. менингита
2. гриппа
3. парагриппа
4. острого гломерулонефрита

106. ПРИ СУБФЕБРИЛИТЕТЕ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ 2 НЕДЕЛИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ

1. клинический анализ крови
2. сывороточное железо
3. щелочную фосфатазу
4. суточную протеинурию

107. ТИПИЧНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ФАРИНГИТОВ ЯВЛЯЮТСЯ

1. вирусы
2. стафилококки
3. гемофильная палочка
4. клебсиелла

108. СРЕДИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТА ОСНОВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. β -гемолитический стрептококк группы А
2. стафилококк
3. пневмококк
4. синегнойная палочка

109. К АТИПИЧНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЯМ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ

1. микоплазму
2. риновирусы
3. аденовирусы
4. коронавирусы

110. ПНЕВМОНИЯ, РАЗВИВШАЯСЯ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ ГРИППА, С БЫСТРО ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ДЕСТРУКЦИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ВЫЗВАНА

1. стафилококком
2. пневмококком
3. палочкой Фридендера
4. микоплазмой

111. ЛЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТА 77 ЛЕТ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ПРОВОДИТСЯ В

1. общетерапевтическом стационаре
2. отделении эндокринологии
3. отделении кардиологии
4. амбулаторных условиях

112. ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА «ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЁГКИХ» ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

1. спирометрии
2. коронарографии
3. эхокардиографии
4. полисомнографии

113. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ И ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. спирометрия
2. бронхоскопия
3. иммунологическое исследование
4. рентгенография легких

114. ИЗМЕНЯЕМЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

1. ожирение
2. пол
3. возраст
4. семейный анамнез ИБС

115. ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1. гипертрофической кардиомиопатии
2. дилатационной кардиомиопатии
3. хронического лёгочного сердца
4. констриктивного перикардита

116. АСИММЕТРИЧНАЯ ГИПЕРТРОФИЯ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1. гипертрофической кардиомиопатии
2. дилатационной кардиомиопатии
3. амилоидоза сердца
4. пролапса митрального клапана

117. ЧЕРЕЗ 20 ДНЕЙ ПОСЛЕ УШИВАНИЯ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ФЕБРИЛЬНОЙ ЛИХОРАДКИ, БОЛИ В ПРАВОМ БОКУ, ВЫСОКОМ СТОЯНИИ ПРАВОГО КУПОЛА ДИАФРАГМЫ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ РАЗВИТИЕ

1. поддиафрагмального абсцесса
2. холангита
3. острого холецистита
4. ателектаза легкого

118. ПИЩЕВОД БАРРЕТТА ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ

1. гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
2. стриктур пищевода
3. дивертикулеза пищевода
4. рака пищевода

119. ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНЫЙ КОЛИТ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТЕРАПИИ

1. антибиотиками
2. глюкокортикостероидами
3. нестероидными противовоспалительными препаратами
4. ионизирующим излучением

120. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЖЕЛТУХИ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ОТ ЖЕЛТУХИ ПРИ АКТИВНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

1. ретикулоцитоза

2. гипербилирубинемии

3. спленомегалии

4. субфебрилитета

121. К ТИПИЧНОМУ ПРОЯВЛЕНИЮ СИДЕРОПЕНИИ ОТНОСИТСЯ НАЛИЧИЕ

1. ангулярного стоматита

2. пиодермии

3. кожного зуда

4. телеангиоэктазий

122. АНЕМИЕЙ, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНЫ ГИПОХРОМИЯ, СНИЖЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО ЖЕЛЕЗА, ПОВЫШЕННАЯ ЖЕЛЕЗОСВЯЗЫВАЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ СЫВОРОТКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. железodefицитная

2. гемолитическая

3. апластическая

4. В12-дефицитная

123. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ ЛИЦ ГРУППЫ РИСКА ПО ВОЗНИКНОВЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. профилактический осмотр

2. учет обращаемости

3. учет случаев временной нетрудоспособности

4. телефонный опрос

124. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ АНГИНЫ У ПАЦИЕНТА 20 ЛЕТ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Амоксиклав

2. Ципрофлоксацин

3. Амикацин

4. Тетрациклин

125. ПАЦИЕНТУ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЕЙ БЕЗ ЗНАЧИМЫХ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ДРУГИХ ФАКТОРОВ РИСКА, НО С УКАЗАНИЕМ В АНАМНЕЗЕ НА АЛЛЕРГИЧЕСКУЮ РЕАКЦИЮ НА ПЕНИЦИЛЛИН СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

1. кларитромицин

2. амоксициллин

3. цефазолин

4. гентамицин

126. В КАЧЕСТВЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА 1-Й ЛИНИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ОБОСТРЕНИЯМИ ХОБЛ И С ФАКТОРАМИ РИСКА, А ТАКЖЕ С АЛЛЕРГИЕЙ НА ПЕНИЦИЛЛИН, РЕКОМЕНДУЕТСЯ

1. Левофлоксацин

2. Цефтриаксон

3. Ципрофлоксацин

4. Гентамицин

127. БЕРЕМЕННОЙ, СТРАДАЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЕЙ, МОЖНО НАЗНАЧИТЬ

1. метилдопу

2. эналаприл

3. каптоприл

4. лозартан

128. ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ В-12 ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НА РАННЕМ ЭТАПЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ РАЗВИТИЕ _____ НА 7-8 ДЕНЬ ЛЕЧЕНИЯ

1. ретикулоцитоза

2. ретикулоцитопении

3. лейкоцитоза

4. лейкопении

129. ЧАСТОТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ВАКЦИНАЦИИ ОТ ГРИППА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ ЛЁГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В

1. год

2. полгода

3. 2 года

4. 3 года

130. К МАЛОВЕРОЯТНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ОТНОСЯТ

1. отеки

2. лихорадку

3. боли в поясничной области

4. частое мочеиспускание

131. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

1. спирометрия

2. бронхоскопия

3. пикфлоуметрия

4. бронхография

132. ЗНАЧИМЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ПО ДАННЫМ ЭХО-КГ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЫСТУПАЕТ

1. вегетация на клапанах

2. высокое давление наполнения левого желудочка

3. наличие диастолической дисфункции

4. наличие систолической дисфункции

133. СПЕЦИФИЧЕСКИМ ИММУНОГЛОБУЛИНОМ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ НАЛИЧИЕ У БОЛЬНОГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. Ig E

2. Ig M

3. Ig A

4. Ig G

134. К ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ

1. рентгенографическое исследование органов грудной клетки

2. спирометрию

3. бронхоскопию

4. бронхографию

135. ПОКАЗАНИЕМ К ПЛАНОВОЙ ФИБРОГАСТРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. обострение хронического гастрита

2. острый холецистит

3. дёгтеобразный стул

4. желудочное кровотечение

136. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ ЗИМНИЦКОГО НЕОБХОДИМО

1. исключить избыточное потребление жидкости

2. соблюдать строгую диету с исключением соли

3. ограничить физическую активность

4. ограничить употребление белковой пищи

137. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К КОЛОНОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. декомпенсированная сердечная недостаточность

2. тяжелая форма неспецифического язвенного колита

3. острый парапроктит

4. кровоточащий геморрой

138. СТАРТОВАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПНЕВМОНИИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ВКЛЮЧАЕТ

1. пенициллин полусинтетический

2. оральные цефалоспорины II поколения

3. фторхинолоны

4. аминогликозиды

139. БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ НАЛИЧИИ БРАДИКАРДИИ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

1. дигидропиридиновых антагонистов кальция

2. бета-адреноблокаторов

3. верапамила

4. дилтиазема

140. ОСНОВНОЙ ГРУППОЙ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ

1. ингаляционные пролонгированные М-холинолитики

2. ингаляционные пролонгированные бета2-агонисты

3. пероральные глюкокортикостероиды

4. пролонгированный теофиллин

141. ДИСПАНСЕРНОМУ БОЛЬНОМУ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ АНГИНОЗНОГО ПРИСТУПА ВРАЧ-ТЕРАПЕВТ УЧАСТКОВЫЙ РЕКОМЕНДУЕТ

1. Изосорбида динитрат короткодействующий

2. Изосорбида моонитрат

3. Верапамил

4. Биспролол

142. ДИСПАНСЕРНОМУ БОЛЬНОМУ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ НАЗНАЧАЕТСЯ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА В ДОЗЕ (МГ/СУТ)

1. 75-100

2. 25-50

3. 325-500

4. 500-1500

143. К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ОТНОСЯТ

1. сухой кашель

2. покраснение лица

3. сердцебиение

4. кожную сыпь

144. К ФАКТОРАМ РИСКА, ПОВЫШАЮЩИМ ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОТНОСЯТ

1. систолическое артериальное давление равное или выше 140 мм рт.ст., диастолическое артериальное давление равное или выше 90 мм рт.ст.

2. ежедневное употребление алкоголя в переводе на этиловый спирт 10 грамм

3. употребление овощей и фруктов в количестве 450 грамм в сутки

4. ежедневная ходьба в течение 1 часа

145. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО НЕОТЛОЖНЫМ МЕРАМ САМОПОМОЩИ И ВЗАИМОПОМОЩИ ПРОВОДИТСЯ ЛИЦАМ

1. с сердечно-сосудистыми заболеваниями

2. злоупотребляющим алкоголем

3. злоупотребляющим сахаром

4. с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний

146. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ

1. мероприятия, предупреждающие развитие осложнений и рецидивов заболеваний

2. проведение прививок

3. мероприятия, предупреждающие развитие заболеваний

4. выявление заболеваний

147. ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НЕОБХОДИМО РЕКОМЕНДОВАТЬ

1. ограничение приема поваренной соли

2. отказ от употребления рыбы

3. отказ от употребления кисло-молочных продуктов

4. избегать физических нагрузок

148. НЕЛЬЗЯ НАЗНАЧАТЬ ПРИ НЕВРИТЕ СЛУХОВОГО НЕРВА

1. Стрептомицин

2. Рифампицин

3. Этамбутол

4. Этионамид

149. РАЦИОНАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО ПРИ ПРИСТУПЕ ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ У БОЛЬНЫХ ЖКБ ЯВЛЯЕТСЯ
1. госпитализация в хирургическое отделение по экстренным показаниям
 2. купирование болей наркотическими анальгетиками
 3. госпитализация в хирургическое отделение только при наличии желтухи
 4. назначение консультации врача-хирурга
150. БОЛЬНОГО, ПЕРЕНЕСШЕГО ГРИПП, СЛЕДУЕТ ВЫПИСАТЬ К ТРУДУ
1. через 3 дня после нормализации температуры и исчезновения клинических проявлений гриппа
 2. после исчезновения катаральных явлений
 3. через 5-6 дней от начала болезни
 4. на фоне уменьшения клинических проявлений, через день после нормализации температуры
151. ПАЦИЕНТУ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ
1. фиброколоноскопии с биопсией
 2. дуоденального зондирования
 3. велоэргометрии
 4. урографии
152. БОЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С III ФК
1. может лечиться в местных кардиологических санаториях
 2. может лечиться на климатических курортах
 3. может лечиться на бальнеологических курортах
 4. не может лечиться, санаторно-курортное лечение противопоказано
153. СОГЛАСНО НОВЫМ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫМ ДОКУМЕНТАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ В ____ ЭТАП/ЭТАПА
1. два
 2. три
 3. один
 4. четыре
154. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В
1. год
 2. 3 года
 3. полгода
 4. 2 года
155. ТИПИЧНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ НА ЭКГ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1. элевация сегмента ST
 2. депрессия сегмента ST
 3. инверсия зубцов T
 4. развитие блокады левой ножки пучка Гиса
156. САМЫМ РАННИМ БИОХИМИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ НЕКРОЗА ПРИ РАЗВИТИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ В КРОВИ
1. миоглобина
 2. МВ КФК
 3. тропонина I
 4. ЛДГ4
157. ПРИ РАЗВИТИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА УРОВЕНЬ ТРОПОНИНОВ В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ ЧЕРЕЗ _____ ЧАСА/ЧАСОВ ОТ НАЧАЛА ПРИСТУПА
1. 3-4
 2. 1-2
 3. 6-8
 4. 12-24
158. РИСК РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ВЕЛИК ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОМ ПОВЫШЕНИИ В ПЛАЗМЕ КРОВИ
1. ЛПОНП
 2. ЛПВП
 3. ЛП(а)
 4. ЛПНП

159. В СОМНИТЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ДИАГНОЗ «ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ» МОЖНО ИСКЛЮЧИТЬ ПРИ НОРМАЛЬНОМ УРОВНЕ В КРОВИ
1. натрийуретических пептидов
 2. катехоламинов
 3. альдостерона
 4. ренина
160. К ВТОРИЧНЫМ КАРДИОМИОПАТИЯМ ОТНОСИТСЯ
1. перипаретальная
 2. дилатационная
 3. гипертрофическая
 4. рестриктивная
161. ЦЕЛЕВЫМ ЗНАЧЕНИЕМ ЛПНП ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ПО ТАБЛИЦЕ SCORE ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ МЕНЕЕ (ММОЛЬ/Л)
1. 1,8
 2. 2,6
 3. 3,0
 4. 3,5
162. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТА ДОСТОВЕРНЫМ КРИТЕРИЕМ ИШЕМИИ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
1. депрессия сегмента ST более 2 мм в точке J
 2. появление отрицательных зубцов T
 3. снижение вольтажа всех зубцов
 4. синусовая тахикардия
163. ПРИМЕНЕНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ
1. стенозирующем атеросклерозе периферических артерий
 2. гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выносящего тракта левого желудочка
 3. дилатационной кардиомиопатии
 4. стенозе аортального клапана
164. ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВАЗОДИЛАТАТОРОВ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ
1. митральном стенозе
 2. недостаточности митрального клапана
 3. дилатационной кардиомиопатии
 4. пролабировании митрального клапана с регургитацией
165. АТЕРОГЕННЫЙ ЭФФЕКТ ОТСУТСТВУЕТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
1. α -адреноблокаторами
 2. β -адреноблокаторами
 3. тиазидовыми диуретиками
 4. глюкокортикостероидами
166. К АРТЕРИАЛЬНЫМ ВАЗОДИЛАТАТОРАМ ОТНОСЯТСЯ
1. дигидропиридины
 2. ингибиторы АПФ
 3. постсинаптические α -адреноблокаторы
 4. блокаторы рецепторов ангиотензина
167. ПРИ ВЫСОКОМ УРОВНЕ ЛП (А) В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНОМУ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ
1. фибраты
 2. статины
 3. секвестранты жирных кислот
 4. Эзетимиб
168. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ИНГИБИТОРОВ АПФ ЯВЛЯЕТСЯ
1. двусторонний стеноз почечных артерий
 2. гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выносящего тракта левого желудочка
 3. аортальный стеноз
 4. констриктивный перикардит
169. ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ В ВИДЕ КАШЛЯ ПРИ ПРИЁМЕ ИНГИБИТОРОВ АПФ СВЯЗАН С/СО

1. увеличением продукции содержания брадикинина
2. увеличением продукции натрийуретических пептидов
3. снижением активности ренина плазмы
4. снижением содержания ангиотензина-II

170. ПРИЁМ СТАТИНОВ СЛЕДУЕТ ОТМЕНИТЬ В СЛУЧАЕ РЕГИСТРАЦИИ НА ФОНЕ МИАЛГИЙ ПОВЫШЕНИЯ В КРОВИ АКТИВНОСТИ КФК В (РАЗ)

- 1.5
2. 4
3. 3
4. 2

171. К ВЕНОЗНЫМ ВАЗОДИЛАТАТОРАМ ОТНОСЯТСЯ

1. нитраты
2. дигидропиридины
3. ингибиторы АПФ
4. постсинаптические α -адреноблокаторы

172. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ИАПФ МОЖЕТ СНИЖАТЬСЯ ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ ПРИЕМЕ

1. нестероидных противовоспалительных средств
2. антибиотиков
3. антацидов
4. секвестрантов желчных кислот

173. БОЛЬНОГО С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ПРИЕМЕ В ПОЛИКЛИНИКЕ СЛЕДУЕТ

1. госпитализировать с приёма в блок интенсивной терапии
2. направить на консультацию к врачу-кардиологу
3. направить на ЭКГ
4. направить на анализ крови

174. К ФАКТОРАМ РИСКА У ПОЖИЛЫХ, НЕПОСРЕДСТВЕННО ВЛИЯЮЩИМ НА СМЕРТНОСТЬ, ОТНОСИТСЯ

1. высокое систолическое АД на плечевой артерии
2. высокое диастолическое АД на плечевой артерии
3. высокое систолическое АД на голени
4. низкое систолическое АД на голени

175. ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ДОЛГОЖИТЕЛЬСТВА МОГУТ БЫТЬ

1. генетические
2. профессиональные
3. социальные
4. экологические

176. ОСОБЕННОСТЬЮ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

1. уменьшение всасывания лекарственных средств (ЛС) в пищеварительном тракте
2. уменьшение объема распределения водорастворимых ЛС
3. увеличение объема распределения водорастворимых ЛС
4. уменьшение объема выделяемой мочи почками

177. ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО БРОНХИТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. очаговая пневмония
2. хронический бронхит
3. туберкулез
4. рак легкого

178. ИЗОЛИРОВАННАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПОЖИЛЫХ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ПОКАЗАТЕЛЯХ САД ВЫШЕ (ММ РТ.СТ.)

1. 140 и диастолическом АД менее 90
2. 140 и диастолическом АД выше 90
3. 160 и диастолическом АД выше 90
4. 200 и диастолическом АД выше 120

179. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВНЕЛЕГОЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ БУДЕТ

1. спутанность сознания
2. снижение диуреза
3. незначительная желтуха
4. миалгии и оссалгии

180. СУТОЧНАЯ ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. уменьшением вариабельности АД
2. увеличением вариабельности АД
3. снижением АД во время ночного сна
4. увеличением АД в утренние часы

181. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ДОМАШНЕЙ ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

1. пневмококк
2. микоплазма
3. хламидия
4. легионелла

182. ОСОБЕННОСТЬЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. преобладание отеочно-секреторного механизма обструкции
2. частота атопических форм
3. редкость атопических форм
4. преобладание бронхоспастического механизма обструкции

183. К РАЗВИТИЮ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ

1. постельный режим
2. физическое переутомление
3. перегревание
4. психоэмоциональный стресс

184. ПРИЧИНОЙ СНИЖЕНИЯ ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. повышение порога болевой чувствительности
2. снижение порога болевой чувствительности
3. ослабление воспалительной реакции
4. усиление воспалительной реакции

185. В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

1. ревматизм
2. миксоматозная дегенерация клапанов
3. инфекционный эндокардит
4. генетическая тромбофилия

186. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ

1. возможное нарушение всасывания лекарств
2. ускоренное выведение лекарств почками
3. вероятность повышенного метаболизма
4. значительное усиление всасываемости лекарств

187. ИЗМЕНЕНИЕ МЕТАБОЛИЗМА ЛЕКАРСТВ У ПОЖИЛЫХ СВЯЗАНО С

1. снижением функции печени и почек
2. снижением кровотока в зоне микроциркуляции
3. нарушением всасывания лекарств в желудочно-кишечном тракте
4. повышением всасывания лекарств в желудочно-кишечном тракте

188. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ АНТИБИОТИКОВ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ПНЕВМОНИЕЙ КЛИНИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ БУДЕТ СЛУЖИТЬ

1. общее улучшение самочувствия
2. литическое снижение температуры
3. исчезновение кашля и мокроты
4. нормализация ночного сна

189. ПРИЧИНОЙ СНИЖЕНИЯ ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1.повышение порога болевой чувствительности
2. снижение порога болевой чувствительности
3. ослабление воспалительной реакции
4. усиление воспалительной реакции

190. В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1.ревматизм
- 2.миксоматозная дегенерация клапанов
3. инфекционный эндокардит
4. генетическая тромбофилия

191. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ

- 1.возможное нарушение всасывания лекарств
2. ускоренное выведение лекарств почками
3. вероятность повышенного метаболизма
4. значительное усиление всасываемости лекарств

192. ИЗМЕНЕНИЕ МЕТАБОЛИЗМА ЛЕКАРСТВ У ПОЖИЛЫХ СВЯЗАНО С

- 1.снижением функции печени и почек
2. снижением кровотока в зоне микроциркуляции
- 3.нарушением всасывания лекарств в желудочно-кишечном тракте
4. повышением всасывания лекарств в желудочно-кишечном тракте

193. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ АНТИБИОТИКОВ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ПНЕВМОНИЕЙ КЛИНИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ БУДЕТ СЛУЖИТЬ

- 1.общее улучшение самочувствия
- 2.литическое снижение температуры
3. исчезновение кашля и мокроты
4. нормализация ночного сна

194. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

- 1.начинается при возникновении риска
2. проводится пожизненно курсами
3. включает длительную иммобилизацию
4. требует соблюдения антитромботической диеты

195. РАЗВИТИЮ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА СПОСОБСТВУЕТ

- 1.генетическая предрасположенность
2. ожирение
3. использование системных глюкокортикостероидов
4. хроническая сердечная недостаточность

196. ПРОЛИФЕРАТИВНАЯ ДИАБЕТИЧЕСКАЯ РЕТИНОПАТИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1.наличием новообразованных сосудов на сетчатке
2. внезапным развитием в течение 5 первых лет сахарного диабета
- 3.внезапным развитием в течение 8 первых лет сахарного диабета
4. наличием катаракты и открытоугольной глаукомы

197. К ПРЕПАРАТАМ, СНИЖАЮЩИМ МАССУ ТЕЛА, ОТНОСИТСЯ

- 1.Лираглутид
2. Глимепирид
3. Вилдаглиптин
4. Пиоглитазон

198. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ ИНСУЛИНА ПРОТАФАНА-НМ СОСТАВЛЯЕТ (В ЧАСАХ)

- 1.12-16
2. более 24
3. 4-5
4. более 36

199. ДИАГНОЗ «НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ» НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО МОЖНО ИСКЛЮЧИТЬ ПРИ

- 1.болях в эпигастральной области до приема пищи

2. учащении приступов стенокардии
 3. появлении ночных приступов стенокардии
 4. выявлении стенокардии в течение 1 месяца
200. ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА СЛЕДУЕТ РАСЦЕНИВАТЬ КАК ПОРОК МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА В СЛУЧАЕ
- 1.отрыва хордальных сухожилий
 2. дисфункции папиллярных мышц
 3. миксоматозной дегенерации одной из створок
 4. дилатации атриовентрикулярного кольца
201. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1.остро возникшая митральная регургитация
 - 2.пролапс обеих створок
 3. нарушение ритма сердца по типу экстрасистолии
 4. митральная регургитация, которая занимает половину систолы
202. ФАКТОРОМ, КОТОРЫЙ МЕШАЕТ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЙ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ НАГРУЗОЧНЫХ ПРОБ, ЯВЛЯЕТСЯ
- 1.полная блокада левой ножки
 2. артериальная гипертензия
 3. нарушение ритма сердца
 4. атриовентрикулярная блокада
203. К ОДНОЙ ИЗ ВОЗМОЖНЫХ ПРИЧИН ЛЁГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОТНОСИТСЯ
- 1.стеноз митрального клапана
 2. ишемическая болезнь сердца
 3. недостаточность аортального клапана
 4. гипертоническая болезнь
204. ЧАЩЕ ВСЕГО ВАЗОРЕНАЛЬНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У МУЖЧИН РАЗВИВАЕТСЯ НА ФОНЕ
- 1.атеросклероза
 2. фибромускулярной дисплазии
 - 3.опухоли почки
 4. травмы почки
205. СТЕНОЗ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ
- 1.дуплексной доплероультрасонографии почек
 - 2.КТ почек
 - 3.МРТ почек
 4. ультразвукового исследования почек
206. ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ДИАГНОЗА «ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ» ЯВЛЯЕТСЯ
- 1.нестимулируемый уровень ренина
 - 2.повышенный уровень ренина
 3. повышенный показатель калия
 4. гипергликемия
207. ДИАГНОЗ «ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ» МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ ПРИ
- 1.спонтанной гипокалиемии
 - 2..гиперкалиемии
 3. повышенном уровне ренина
 4. гипергликемии
208. ПРИЗНАКОМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1.кровоизлияния и/или отек соска зрительного нерва
 2. высокий показатель систолического АД выше 220 мм рт.ст.
 3. снижение скорости клубочковой фильтрации
 4. протеинурия
209. УВЕЛИЧЕНИЕ ПОСТНАГРУЗКИ НА СЕРДЦЕ ВЕДЕТ К
- 1.компенсаторной гипертрофии миокарда
 2. дилатации камер сердца

3. легочной гипертензии
 4. снижению сократимости миокарда
210. ОСЛАБЛЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА МОЖНО НАБЛЮДАТЬ ПРИ
1. эмфиземе лёгких
 2. артериальной гипертензии
 3. недостаточности митрального клапана
 4. стенозе аортального клапана
211. УСИЛЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА МОЖНО НАБЛЮДАТЬ ПРИ
1. стенозе устья аорты
 2. эмфиземе легких
 3. ожирении
 4. аневризме аорты
212. ТОЧКА БОТКИНА-ЭРБА, РАСПОЛАГАЮЩАЯСЯ В IV МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА ОТ ГРУДИНЫ, СЛУЖИТ ДЛЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ВЫСЛУШИВАНИЯ КЛАПАНА
1. аортального
 2. митрального
 3. трикуспидального
 4. легочной артерии
213. ДЕФИЦИТ АРТЕРИАЛЬНОГО ПУЛЬСА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ БОЛЬНЫХ С
1. фибрилляцией предсердий
 2. артериальной гипертензией
 3. полной блокадой левой ножки пучка Гиса
 4. недостаточностью аортального клапана
214. НЕСООТВЕТСТВИЕ КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА МЕТАБОЛИЧЕСКИМ НУЖДАМ МИОКАРДА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
1. ишемической болезни сердца
 2. гипертонической болезни
 3. дилатационной кардиомиопатии
 4. метаболического синдрома
215. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ АД У БОЛЬНЫХ МОЛОЖЕ 65 ЛЕТ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ (ММ РТ.СТ.)
1. 130/80
 2. 140/90
 3. 140/80
 4. 120/80
216. К СМЕШАННЫМ ВАЗОДИЛАТАТОРАМ ОТНОСЯТ
1. ингибиторы АПФ
 2. Карведилол
 3. Моксонидин
 4. Метилдопу
217. НАИБОЛЬШИЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ МОЖЕТ БЫТЬ ДОСТИГНУТ ПРИ ПРИЕМЕ В ОДИНАКОВЫХ ДОЗАХ
1. Розувастатина
 2. Симвастатина
 3. Аторвастатина
 4. Правастатина
218. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ
1. отеков, протеинурии, гипоальбуминемии
 2. артериальной гипертензии, отечного синдрома, гематурии
 3. лихорадки, диспротеинемии, лейкоцитурии
 4. артериальной гипертензии, протеинурии, лейкоцитурии
219. ЛЕКАРСТВЕННЫЙ НЕФРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ
1. интерстициальной ткани
 2. канальцевого аппарата
 3. клубочкового аппарата
 4. мезангиальной ткани

220. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫ

1. гипопроотеинемия и гиперлипидемия
2. гиперлипидемия и гипербилирубинемия
3. гиперпротеинемия и диспротеинемия
4. гиперфибриногенемия и гиперферментемия

221. ПОЯВЛЕНИЕ В МОЧЕ БЕЛКА БЕНС-ДЖОНСА СЧИТАЕТСЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ

1. миеломной нефропатии
2. анальгетической нефропатии
3. хронического гломерулонефрита
4. хронического пиелонефрита

222. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА БУДУТ НАЗНАЧЕННЫЕ

1. глюкокортикоиды
2. петлевые диуретики
3. белковозамещающие препараты
4. анаболические гормоны

223. СИДЕРОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1. *pica chlorotica*
2. кожным зудом
3. прогрессированием онихомикоза
4. изменением дистальных фаланг пальцев по типу барабанных палочек

224. ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1. повышение ОЖСС
2. наличие мишеневидных эритроцитов
3. микросфероцитоз
4. снижение ОЖСС

225. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ИЛИ ИСКЛЮЧЕНИЯ ДИАГНОЗА «ПОРОК СЕРДЦА» НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. эхокардиография
2. ЭКГ
3. рентгенография грудной клетки
4. исследование крови на титры антистрептококковых антител

226. СРОК ФОРМИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНЫХ ПОРОКОВ ПОСЛЕ ЭПИЗОДА ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ СОСТАВЛЯЕТ

1. 6–12 месяцев
2. 1–2 недели
3. 2–4 месяца

227. «БОЛЬШИМИ» КРИТЕРИЯМИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. ревмокардит, полиартрит, малая хорея, кольцевидная эритема
2. вальвулит, артралгии, гематурия, лихорадка
3. миокардит, полиартрит, узловатая эритема, тофусы
4. лихорадка, узелки Ослера, острая клапанная регургитация

228. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНЫ

1. сердцебиение, ослабление I тона на верхушке, систолический шум, проводящийся в левую аксиллярную область
2. перебои в работе сердца, трехчленный ритм на верхушке, синкопальные состояния
3. кровохарканье, усиленный I тон на верхушке, диастолический шум на верхушке
4. сердцебиение, ослабление I тона на верхушке, систолический шум в точке Боткина–Эрба

229. К ТИПИЧНЫМ ЖАЛОБАМ БОЛЬНЫХ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ОТНОСЯТ

1. синкопальные состояния
2. тяжесть в правом подреберье
3. опоясывающие боли в животе
4. боли за грудиной постоянного характера

230. ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ОСМОТРЕ ПАЦИЕНТА С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ МОЖНО ВЫЯВИТЬ

1. громкий I тон
 2. пульсирующую печень
 3. ослабление I тона
 4. уменьшение пульсового давления
231. ХАРАКТЕРНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ СИМПТОМОМ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ
1. систолический шум на верхушке
 2. хлопающий I тон
 3. мезодиастолический шум
 4. систолический шум у основания сердца
232. УСИЛЕННАЯ ПУЛЬСАЦИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
1. аортальной недостаточности
 2. аортального стеноза
 3. трикуспидальной недостаточности
 4. митральной недостаточности
233. У БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА
1. систолическое АД повышается, а диастолическое АД снижается
 2. систолическое АД снижается, а диастолическое АД повышается
 3. систолическое АД не изменяется, а диастолическое АД повышается
 4. систолическое и диастолическое АД не изменяются
234. СОЧЕТАНИЕ НА ЭКГ ПРИЗНАКОВ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О
1. митральном стенозе
 2. дефекте межпредсердной перегородки
 3. стенозе легочной артерии
 4. аортальной недостаточности
235. ПРИ ОПРОСЕ БОЛЬНОГО С В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ МОЖНО ВЫЯВИТЬ
1. жжение на языке, парестезии
 2. рвоту «кофейной гущей» и дегтеобразный стул
 3. отрыжку горьким, боль в правом подреберье
 4. извращение вкуса и обоняния
236. ЖАЛОБЫ НА СЛАБОСТЬ, ОБМОРОКИ, ИЗВРАЩЕНИЕ ВКУСА И ОБОНЯНИЯ ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО УКАЗЫВАЮТ НА АНЕМИЮ
1. железодефицитную
 2. гипопластическую
 3. гемолитическую
 4. В12 - дефицитную
237. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ ТЕСТОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. определение уровня ферритина
 2. расчет цветового показателя
 3. определение количества эритроцитов
 4. определение уровня гемоглобина
238. РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА ВЫЗЫВАЕТСЯ
1. β-гемолитическим стрептококком группы А
 2. стафилококком
 3. пневмококком
 4. β-гемолитическим стрептококком группы В
239. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА, ЯВЛЯЕТСЯ
1. «пляска каротид»
 2. ундуляция шейных вен
 3. систолический шум во II межреберье слева
 4. диастолический шум во II межреберье слева
240. В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ И ДОСТУПНЫМ СКРИНИНГОВЫМ ТЕСТОМ НА ВЫЯВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ И СУБКЛИНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. определение уровня ТТГ
 2. УЗИ щитовидной железы
 3. определение антител к щитовидной железе
 4. пальпация щитовидной железы
241. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТЕОАРТРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ
1. сужение суставной щели, субхондральный остеосклероз, остеофиты
 2. сужение суставной щели, субхондральный остеопороз, эрозии, узурсы
 3. кисты в эпифизах
 4. сужение суставной щели, хондрокальциноз
242. СЕМЕЙНАЯ ЭМФИЗЕМА ЛЁГКИХ МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНА С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
1. α 1-антитрипсина
 2. глюкозо-6-фосфатазы
 3. глюкоцеребролидазы
 4. стероидов
243. МЕТОДОМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. исследование суточной микроальбуминурии
 2. изотопная рентгенография почек
 3. УЗИ почек
 4. динамическая сцинтиграфия почек
244. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ АНЕМИИ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА, СОСТАВЛЯЮЩИЙ (Г/Л)
1. 70-89
 2. 90-120
 3. менее 70
 4. 90-130
245. СОГЛАСНО КРИТЕРИЯМ ВОЗ, ДИАГНОЗУ АНЕМИИ У МУЖЧИН СООТВЕТСТВУЕТ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА МЕНЕЕ (Г/Л)
1. 130
 2. 125
 3. 120
 4. 115
246. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ПЕРВИЧНЫЙ ГИПОТИРЕОЗ» НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
1. определение уровня ТТГ
 2. сцинтиграфия щитовидной железы
 3. определение уровня Ca^{2+} в крови
 4. определение уровня Т3
247. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА ГЛЮКОЗУРИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО
1. определить уровень глюкозы в крови натощак
 2. назначить препараты сульфонилмочевины
 3. ограничить употребление углеводов
 4. определить уровень базального инсулина
248. НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ КРИТЕРИЕМ СТЕПЕНИ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ
1. гликолизированный гемоглобин
 2. С-пептид
 3. средняя суточная гликемия
 4. уровень контринсулярных гормонов в крови
249. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ ВЫЯВЛЕНИЕ
1. бактериурии
 2. антител к базальной мембране клубочков
 3. гематурии
 4. протеинурии
250. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ТИРЕОТОКСИКОЗА И НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. уровень трийодтиронина и тироксина в крови

2. йодопоглотительная функция щитовидной железы

3. уровень показателей основного обмена

4. содержание в крови холестерина

251. ВЫЯВЛЕНИЕ ЭРОЗИЙ В АНТРАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЖЕЛУДКА ПРИ
ФИБРОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1. хеликобактерной инфекции

2. аутоиммунного гастрита

3. гранулематозного гастрита

4. болезни Менетрие

252. ИНФИЦИРОВАНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ
ИНФЕКЦИЕЙ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

1. развитием антрального гастрита

2. снижением секреции гастрина

3. ахлоргидрией

4. недостаточностью кардии

253. К ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОГО ДЕФОРМИРУЮЩЕГО АРТРОЗА ОТНОСЯТ

1. функциональную перегрузку с микротравматизацией

2. эндокринные нарушения

3. повторные кровоизлияния в сустав

4. асептический некроз

254. РЕВМАТОИДНЫЕ УЗЕЛКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ

1. в области локтевого сустава

2. на пальцах кисти

3. в области затылка

4. на стопе

255. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ АРТРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ

1. появление механических болей

2. повышение кожной температуры над суставами

3. появление припухлости суставов

4. гиперпигментация кожи над пораженными суставами.

256. ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ

1. пальцы в виде «шеи лебедя»

2. узелки Бушара

3. хруст в суставах

4. покраснение в области суставов

257. ПРИ РАЗВИТИИ У БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОГО РЯДА ЯВЛЯЮТСЯ

1. ингибиторы АПФ

2. антагонисты альдостерона

3. сердечные гликозиды

4. антиаритмические препараты

258. ОДЫШКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. инспираторным или смешанным характером

2. экспираторным или смешанным характером

3. уменьшением в положении лежа

4. проявлением только при тяжелой ХСН

259. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХСН I СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. скрытая недостаточность кровообращения, проявляющаяся только при физической нагрузке

2. наличие признаков недостаточности кровообращения по малому кругу в покое

3. наличие признаков недостаточности кровообращения по большому кругу в покое

4. наличие признаков застоя в малом и большом кругах кровообращения в покое

260. К САМОЙ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ПРИЧИНЕ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ В РОССИИ ОТНОСЯТ

1. артериальную гипертензию

2. пороки сердца

3. миокардит

4. фибрилляцию предсердий

261. ЭКГ-КРИТЕРИЙ БЛОКАДЫ ПЕРЕДНЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА

1. резкое отклонение электрической оси влево

2. деформация комплекса QRS

3. расширение комплекса QRS $> 0,10$ с

4. изменение конечной части желудочкового комплекса

262. СИСТОЛИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. фактором риска развития мозгового инсульта

2. признаком доброкачественного течения артериальной гипертонии

3. однозначным признаком поражения паренхимы почек

4. вариантом нормы

263. ЭКВИВАЛЕНТОМ СТЕНОКАРДИИ МОЖЕТ СЛУЖИТЬ

1. изжога при быстрой ходьбе

2. повышение АД в ночные часы

3. однозначным признаком поражения паренхимы почек

4. появление колющих болей при наклонах туловища

264. ПРИСТУПЫ МОРГАНЬИ-ЭДЕМСА-СТОКСА ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ

1. полной атриовентрикулярной блокаде

2. фибрилляции желудочков

3. фибрилляции предсердий

4. желудочковой экстрасистолии

265. ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ УСТАНОВЛИВАЮТ НА ОСНОВАНИИ

1. ОФВ 1

2. ЖЕЛ

3. МВЛ

4. ОФВ 1/ФЖЕЛ

266. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ЛЁГКИХ – ФОРСИРОВАННЫЙ ВЫДОХ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ

1. выявления скрытой бронхиальной обструкции

2. различения сухих хрипов от влажных хрипов

3. различения хрипов от крепитации или шума трения плевры

4. лучшего выслушивания патологического бронхиального дыхания

267. В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЗВЕНЕ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА ПАЦИЕНТА НАПРАВЛЯЮТ НА

1. ЭКГ

2. СМАД

3. эхокардиографию

4. сцинтиграфию миокарда

268. ДОСТОВЕРНО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ

1. индекс Тиффно

2. остаточный объем легких

3. резервный объем вдоха

4. жизненная емкость легких

269. СУХИЕ СВИСТЯЩИЕ ХРИПЫ НАД ВСЕЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ ЛЁГКИХ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ ПРИ

1. нарушении бронхиальной проходимости

2. наличии жидкости в полости плевры

3. повышении воздушности легких

4. уплотнении легочной ткани

270. ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. наличие свистящих хрипов на выдохе, усиливающихся при форсированном дыхании

2. теплый цианоз

3. ослабленное везикулярное дыхание

4. «лающий» кашель

271. ДЕЙСТВИЕМ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ ИЗ ГРУППЫ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. усиление секреции инсулина поджелудочной железой
2. восстановление физиологической чувствительности β -клеток к глюкозе
3. повышение утилизации глюкозы в печени и мышцах
4. замедление всасывания глюкозы в желудочно-кишечном тракте

272. СИМПТОМАМИ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. экзофтальм, отечность и гиперпигментация век
2. экзофтальм, сужение полей зрения и двоение
3. экзофтальм, отечность век и сужение полей зрения
4. гиперпигментация век, снижение остроты зрения и двоение

273. ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ПРОВОДИТСЯ НА ОСНОВАНИИ

1. наличия и выраженности осложнений
2. проверки уровня гликемии натощак
3. определения массы тела больного
4. использования сахароснижающей терапии

274. ДЛЯ БОЛЬНОГО С ГИПОТИРЕОЗОМ ХАРАКТЕРНЫ ЖАЛОБЫ НА

1. сонливость
2. чувство жара
3. раздражительность
4. бессонницу

275. ДЛЯ БОЛЬНОГО С ДИАГНОЗОМ «ДИФFUЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ» ХАРАКТЕРНА

1. раздражительность
2. сонливость
3. вялость
4. заторможенность

276. СОЧЕТАНИЕ ТАХИКАРДИИ, ЭКЗОФТАЛЬМА И ТРЕМОРА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1. диффузного токсического зоба
2. сахарного диабета
3. эндемического зоба
4. гипотиреоза

277. ПОЯВЛЕНИЕ БОЛЕЙ, ЖЖЕНИЯ, ОНЕМЕНИЯ, «ПОЛЗАНИЯ МУРАШЕК» В ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, НЕРЕДКО В ПАЛЬЦАХ, СНИЖЕНИЕ АХИЛЛОВА И КОЛЕННОГО РЕФЛЕКСОВ, ОСЛАБЛЕНИЕ ТАКТИЛЬНОЙ И БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

1. периферической полинейропатии
2. микроангиопатии
3. поражении ЦНС
4. «перемежающейся хромоте»

278. УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ

1. жирового гепатоза
2. цирроза
3. сердечной недостаточности
4. диабетической нефропатии

279. СУХОСТЬ КОЖИ, КОЖНЫЙ ЗУД, ЖАЖДА И ПОЛИУРИЯ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ

1. сахарном диабете
2. диффузном токсическом зобе
3. гипотиреозе
4. эндемическом зобе

280. СНИЖЕНИЕ ПАМЯТИ, ЗАПОР, БРАДИКАРДИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ

1. гипотиреоза
2. диффузного токсического зоба
3. сахарного диабета
4. феохромоцитомы

281. НАИБОЛЕЕ ПРОСТЫМ И ДОСТАТОЧНО ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1.цитологическое исследование мокроты
2. флюорография органов грудной клетки
- 3.бронхоскопия
- 4.спирометрия

282. УРЧАНИЕ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛОВ КИШЕЧНИКА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ, ЧТО

- 1.в кишечнике имеется жидкое содержимое и скапливаются газы
2. в брюшной полости имеется свободная жидкость
3. имеется стеноз привратника
- 4.патологии нет

283. ДЛЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ХАРАКТЕРНЫ

- 1.трофические расстройства кожи у медиальной лодыжки; отек стопы и тупые боли в ноге, появляющиеся к концу рабочего дня; судороги икроножных мышц голени в покое
2. постоянный отек всей конечности; трофические расстройства кожи у медиальной лодыжки; судороги икроножных мышц голени в покое
- 3.боли в икроножных мышцах, появляющиеся при ходьбе
4. боли в икроножных мышцах, появляющиеся при ходьбе; трофические расстройства кожи у медиальной лодыжки; судороги икроножных мышц голени в покое.

284. СОЧЕТАНИЕ АНЕМИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1.хронической почечной недостаточности
2. гипертонической болезни
3. синдрома Иценко-Кушинга
4. акромегалии

285. АБСОЛЮТНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1.наличие признаков опухоли надпочечника и гиперпродукции катехоламинов
2. увеличение концентрации в плазме крови альдостерона
3. высокий уровень в моче 5-оксииндолуксусной кислоты
4. низкий уровень катехоламинов в крови, оттекающей по почечным венам, и их концентрация в моче

286. ПРЕДЕЛЬНОЕ ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ СОСТАВЛЯЕТ (ММ РТ.СТ.)

- 1.230
2. 160
3. 170

4. 180

287. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ЗАПОДОЗРЕНА У ПАЦИЕНТА С ЖАЛОБАМИ НА

- 1.боль в теменной и затылочной областях
2. эпизоды потери сознания
3. одышку
4. периферические отеки

288. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ МЕЖДУ СТЕНОКАРДИЕЙ И

- 1.ГЭРБ
2. атрофическим гастритом
3. язвенной болезнью желудка
- 4.хроническим колитом

289. РАННИМ СИМПТОМОМ РАКА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1.немотивированная потеря аппетита
2. нарушение функции кишечника
3. метеоризм
4. изжога

290. ДИАГНОЗ «ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ» УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ

1. кашля с мокротой на протяжении, по крайней мере, 3 месяцев в году в течение 2 лет и более
2. кашля с мокротой на протяжении, по крайней мере, 1 месяца в году в течение 3 лет и более
3. факторов риска: курения, поллютантов
4. кашля, не проходящего в течение двух лет

291. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРВИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1. «вираж» туберкулиновой пробы
2. положительная проба Манту
3. поражение туберкулезом лимфатических узлов
4. гиперергическая реакция на туберкулин

292. АНТИМИТОХОНДРИАЛЬНЫЕ АНТИТЕЛА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1. первичного билиарного цирроза
2. алкогольного цирроза
3. болезни Вильсона-Коновалова
4. острого гепатита В

293. ОСТРЫЙ КАТАРАЛЬНЫЙ ЭЗОФАГИТ МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ

1. микрокровоотечением (диапедезным)
2. острым кровоотечением
3. перфорацией
4. стенозами

294. ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ СНИЖЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. гипопротромбинемия
2. гипертриглицеридемия
3. гаптоглобулинемия
4. гипоферментемия

295. ЛАБОРАТОРНЫЙ СИМПТОМ «КРЕАТОРЕЯ» ХАРАКТЕРИЗУЕТ

1. повышенное содержание в кале мышечных волокон
2. повышенное содержание в кале нейтрального жира
3. повышение содержания в кале липазы
4. наличие остатков непереваренной пищи в кале

296. 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

297. 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

298. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ХРОНИЧЕСКИЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ С ЦЕЛЬЮ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

1. УЗИ органов брюшной полости
2. дуоденальное зондирование
3. обзорную рентгенографию органов брюшной полости
4. ЭГДС

299. 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

300. ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИЕМ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ЯЗВ ОТ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. отсутствие хронического рецидивирующего течения

2. локализация язвы
 3. величина язвы
 4. кровотечение
301. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЕТСЯ
1. эзофагоскопия
 2. рН-метрия
 3. рентгенография
 4. эзофагоманометрия
302. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ФИБРОЭНДОСКОПИИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ЯВЛЯЕТСЯ
1. астматическое состояние
 2. варикозное расширение вен пищевода
 3. дивертикул пищевода
 4. рак кардии
303. СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ РН-ЖЕЛУДКА ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ
1. определения оптимальной дозы и времени назначения антисекреторного препарата
 2. уточнения локализации язвенного и воспалительного процесса в желудке
 3. диагностики рака желудка
 4. исключения полипоза желудка
304. ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН ПИЩЕВОДА И КАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ
1. циррозе печени
 2. вирусном гепатите
 3. метастатическом поражении печени
 4. болезни Кароли
305. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНТЕРИТА ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ
1. железодефицитной анемии
 2. талласемии
 3. гемолитической анемии
 4. сидероахрестической анемии
306. ПРИ ДИЕТОТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ВКЛЮЧЕНИЕ БЕЛКОВЫХ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ ПРИ ДРОБНОМ ПИТАНИИ ПРИВЕДЕТ К
1. снижению агрессивности желудочного содержимого
 2. повышению агрессивности желудочного содержимого
 3. понижению слизисто-бикарбонатного барьера
 4. диарее
307. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ТЕРАПИИ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ
1. желудочно-кишечные
 2. гепатотоксические
 3. нефротоксические
 4. кожные
308. РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДОЗИРОВКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ КЛАССИЧЕСКОЙ ТРЕХКОМПОНЕНТНОЙ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С HELICOBACTER PYLORI, СОСТАВЛЯЮТ
1. омепразола 40 мг в сутки, амоксициллина 2000 мг в сутки, кларитромицина 1000 мг в сутки
 2. омепразола 20 мг в сутки, метронидазола 1000 мг в сутки, амоксициллина 2000 мг в сутки
 3. омепразола 40 мг в сутки, метронидазола 1000 мг в сутки, кларитромицина 1000 мг в сутки
 4. омепразола 20 мг в сутки, амоксициллина 2000 мг в сутки, кларитромицина 1000 мг в сутки
309. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПНЕВМОКОККОВУЮ ПНЕВМОНИЮ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ
1. пенициллины
 2. Стрептомицин
 3. Эритромицин
 4. Левомецетин
310. У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ЛЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С
1. амоксициллина

2.оральных цефалоспоринов II поколения

3. гентамицина

4.фторхинолонов

311. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОПРАНОЛОЛА ЯВЛЯЕТСЯ

1.бронхиальная астма

2. инфаркт миокарда

3. хроническая сердечная недостаточность I ФК

4. глаукома

312. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ В ОБЫЧНЫХ ДОЗАХ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ

1.кандидоза ротоглотки, дисфонии

2. язвы желудочно-кишечного тракта, стероидного диабета

3. кандидоза ротоглотки, язвы желудочно-кишечного тракта

4. частых инфекций носоглотки, синдрома Кушинга

313. БОЛЬНОМУ 49 ЛЕТ, СТРАДАЮЩЕМУ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ III ФК, С НАЛИЧИЕМ НА ЭКГ СИНУСОВОГО РИТМА, ПОСТЕПЕННОГО УДЛИНЕНИЯ ИНТЕРВАЛА PQ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ВЫПАДЕНИЕМ КОМПЛЕКСА QRS, В КАЧЕСТВЕ АНТИАНГИНАЛЬНОГО СРЕДСТВА СЛЕДУЕТ ПРИНИМАТЬ

1.Изосорбида динитрат

2. Верапамил

3.Атенолол

4. Карведилол

314. ТОЛЕРАНТНОСТЬ К УГЛЕВОДАМ УХУДШАЮТ

1.глюкокортикостероиды

2. антагонисты кальция

3. гормональные контрацептивы

4. ингибиторы АПФ

315. АТЕНОЛОЛ И ЕГО АНАЛОГИ ПРИ ИБС СПОСОБСТВУЮТ

1.снижению потребности миокарда в кислороде

2. расширению коронарных сосудов

3. спазму периферических сосудов

4. увеличению потребности в кислороде

316. ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИИ ВРАЧУ-ТЕРАПЕВТУ УЧАСТКОВОМУ СЛЕДУЕТ

1.направить больного на стационарное лечение

2. провести амбулаторное лечение с переходом на более высокую степень медикаментозного лечения

3. направить больного на велоэргометрию для верификации диагноза и подбора адекватного препарата и его дозы

4.провести амбулаторное лечение с переходом на третью ступень в сочетании с антиагрегантами

317. ПРАВИЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО ПРИ ВПЕРВЫЕ УСТАНОВЛЕННОЙ ВАРИАНТНОЙ СТЕНОКАРДИИ (СТЕНОКАРДИЯ ПРИНЦМЕТАЛА) БУДЕТ

1.направление на стационарное лечение

2. назначение бета-адреноблокаторов

3.назначение антагонистов кальция

4.назначение комбинации бета-адреноблокаторов и антагонистов кальция

318. ПРИ СОЧЕТАНИИ ТЯЖЕЛОГО ГИПОТИРЕОЗА СО СТЕНОКАРДИЕЙ II ФК НАДЛЕЖИТ

1.начать лечение с малых доз тироксина

2. отказаться от лечения гипотиреоза

3. назначить ТТГ

4. начать лечение с больших доз тироксина

319. СТЕПЕНЬ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПРИ ДИНАМИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ МОЖНО ОЦЕНИТЬ НА ОСНОВАНИИ

1.гликолизированного гемоглобина

2. среднесуточной гликемии

3. глюкозы крови натощак
4. уровня контринсулярных гормонов в крови
320. ПРИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ С ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ НЕОБХОДИМО

1. напоить пациента сладким чаем
2. сделать внутривенную инъекцию инсулина
3. сделать внутривенную инъекцию дибазола
4. напоить пациента отваром шиповника

321. К ПРЕПАРАТАМ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСЯТ

1. ингаляционные глюкокортикостероиды
2. симпатомиметики короткого действия
3. седативные препараты
4. пролонгированные холинолитики

322. ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ ПУЛЬМИКОРТ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ

1. ингаляционных глюкокортикоидов
2. бета-2 агонистов короткого действия
3. препаратов кромолинового ряда
4. бета-2 агонистам длительного действия

323. ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ БЕРОТЕК ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ

1. бета-2 агонистов короткого действия
2. ингаляционных глюкокортикоидов
3. бета-2 агонистов длительного действия
4. системных глюкокортикостероидов

324. ПРИЧИНОЙ ЯТРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ ПРИМЕНЕНИЕ

1. бронхолитиков
2. пенициллинов
3. Кромогликата натрия
4. препаратов из солодки

325. ИНГИБИТОРЫ АПФ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ БОЛЬНЫМ С

1. стенозом почечных артерий
2. сахарным диабетом
3. хронической почечной недостаточностью
4. хронической сердечной недостаточностью

326. НАЗНАЧЕНИЕ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ БОЛЬНОМУ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ И ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕНО

1. замедлением частоты сокращений желудочков
2. замедлением частоты фибрилляции предсердий
3. восстановлением синусового ритма
4. снижением активности симпатической нервной системы

327. УВЕЛИЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ХОЛЕСТЕРИНА МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО ПРИМЕНЕНИЕМ

1. тиазидных диуретиков
2. антагонистов кальция
3. клофелина
4. ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента

328. НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПРИЕМЕ

1. Амiodарона
2. Хинидина
3. Пропранолола
4. Этацизина

329. КАПТОПРИЛ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ

1. ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента
2. бета-адреноблокаторов
3. антагонистов кальция

4. альфа-адреноблокаторов

330. РАЗВИТИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ К НИТРАТАМ ОБУСЛОВЛЕНО

1. снижением чувствительности рецепторов сосудистой стенки

2. активацией системы ренин-ангиотензин

3. активацией симпатoadреналовой системы

4. активацией лизосомальных ферментов печени

331. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ДИУРЕТИКОВ БОЛЬНОМУ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

1. ХСН IIА-III стадии при наличии застойных явлений

2. диастолическая дисфункция левого желудочка

3. фибрилляция предсердий при любом ФК ХСН

4. наличие признаков ишемии миокарда левого желудочка при любом ФК ХСН

332. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АПФ БОЛЬНОМУ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

1. ХСН любой стадии и этиологии

2. наличие отеков

3. синусовая тахикардия

4. низкое артериальное давление

333. К ПРЕПАРАТАМ, ЗАМЕДЛЯЮЩИМ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ОТНОСЯТ

1. ингибиторы АПФ и β -адреноблокаторы

2. сердечные гликозиды

3. антиагреганты и непрямые антикоагулянты

4. диуретики и спиронолактон

334. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ КАШЛЯ НА ФОНЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНАЛАПРИЛА У БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНОЙ ЗАМЕНОЙ БУДЕТ ПРИМЕНЕНИЕ

1. Кандесартана

2. Периндоприла

3. Квинаприла

4. Лизиноприла

335. К ПЛЕЙОТРОПНЫМ СВОЙСТВАМ СТАТИНОВ ОТНОСЯТ

1. положительные свойства статинов, не связанные с их гиполипидемическим действием

2. способность повышать ЛПВП

3. их способность всасываться

4. способность уменьшать ЛПНП

336. БОЛЬНЫМ С ХСН РЕКОМЕНДУЕТСЯ ОГРАНИЧИТЬ УПОТРЕБЛЕНИЕ

1. поваренной соли

2. калорийной пищи

3. солей калия

4. солей магния

337. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ ВВОДИТЬ

1. внутрь перорально

2. внутривенно

3. внутримышечно

4. подкожно

338. ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПОЯВЛЕНИЕ В АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИЗНАКОВ

1. ретикулоцитоза

2. лейкоцитоза

3. тромбоцитоза

4. лейкопении

339. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНОЙ КОМБИНАЦИЕЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ КОМБИНАЦИЯ

1. ингибиторы АПФ + дигидропиридиновые антагонисты кальция

2. ингибиторы АПФ + α -адреноблокаторы

3. дигидропиридиновые антагонисты кальция + α -адреноблокаторы
 4. недигидропиридиновые антагонисты кальция + β -адреноблокаторы
340. ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ С ПРОТЕИНУРИЕЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ
- 1.ингибиторы АПФ
 2. диуретики
 3. бета-адреноблокаторы
 4. блокаторы кальциевых каналов дигидропиридинового ряда
341. ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ ОПРЕДЕЛЯЮТ
- 1.МНО
 - 2.время кровотечения
 3. тромбиновое время
 4. уровень ретикулоцитов
342. ГЛАВНЫМ ПРИЗНАКОМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1.протеинурия
 - 2.лейкоцитурия
 - 3.гематурия
 4. цилиндурия
343. КУПИРОВАНИЕ АНГИНОЗНОГО ПРИСТУПА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ВКЛЮЧАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ
- 1.Нитроглицерина сублингвально
 - 2.нитратов внутривенно капельно
 - 3.спазмолитиков
 4. наркотических анальгетиков
344. ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ
1. β -адреноблокаторы
 2. антибиотики
 3. метилксантины
 - 4.симпатомиметики
345. ПРЕПАРАТОМ, ОТНОСЯЩИМСЯ К ГРУППЕ СЕЛЕКТИВНЫХ ИНГИБИТОРОВ ЦОГ-2, ЯВЛЯЕТСЯ
- 1.Целекоксиб
 - 2.Кетопрофен
 3. Ибупрофен
 4. Ацетилсалициловая кислота
346. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ КРИТЕРИЕМ В ДИЕТОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С НЕОСЛОЖНЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
- 1.суточное потребление калорий
 2. количество белков в граммах
 - 3.хлебные единицы
 - 4.количество поваренной соли
347. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ СЛЕПОТЫ У БОЛЬНОГО, ДЛИТЕЛЬНО СТРАДАЮЩЕГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ЯВЛЯЕТСЯ
- 1.пролиферативная ретинопатия
 2. глаукома
 3. атрофия зрительных нервов
 4. автономная нейропатия
348. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ОТНОСЯТ
- 1.полипы кишечника
 2. геморрой
 3. дивертикулярную болезнь кишечника
 4. язву кишечника
349. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1.артериальная гипертензия
 2. употребление алкоголя
 3. курение

4. гиподинамия
350. К ФАКТОРАМ ОБРАЗА ЖИЗНИ, УХУДШАЮЩИМ ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТА, ОТНОСЯТ
1. социальный и психологический дискомфорт
 2. отсутствие вредных привычек
 3. рациональную организацию жизнедеятельности
 4. адекватную двигательную активность
351. К ОСНОВНЫМ ФАКТОРАМ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ОТНОСЯТ
1. здоровый образ жизни
 2. генетический фактор
 3. состояние окружающей среды
 4. медицинской обеспечение
352. НОРМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ТРИГЛИЦЕРИДОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ БЕЗ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЬШЕ (ММОЛЬ/Л)
1. 1,7
 2. 2,8
 3. 1,1
 4. 3,0
353. НА ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ НАПРАВЛЯЮТ ПАЦИЕНТОВ
1. у которых выявлен повышенный уровень общего холестерина крови
 2. у которых выявлено ожирение
 3. подлежащих диспансеризации в текущем году
 4. старше 45 лет
354. У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ, ВОЗРАСТАЕТ ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПНЕВМОНИЕЙ, ВЫЗВАННОЙ
1. клебсиеллой
 2. моракселлой
 3. стафилококком
 4. стрептококком
355. ВО ВРЕМЯ ЭПИДЕМИИ ГРИППА ВОЗРАСТАЕТ ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПНЕВМОНИЕЙ, ВЫЗВАННОЙ
1. гемофильной палочкой
 2. кишечной палочкой
 3. пневмоцистой
 4. клебсиеллой
356. ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. отягощенная наследственность
 2. атеросклероз
 3. сахарный диабет
 4. стрептококковая инфекция
357. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МАССОВОЙ ТУБЕРКУЛИНОДИАГНОСТИКИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
1. проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л
 2. проба Пирке
 3. проба Коха
 4. градуированная кожная проба
358. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ КАК
1. здоровье населения страны
 2. здоровье группы людей
 3. личное здоровье
 4. здоровье людей определенной этнической группы
359. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРЕДПОСЫЛКОЙ К РАКУ ЛЕГКОГО ВЫСТУПЕТ
1. курение
 2. алкоголизм и бытовое пьянство
 3. наркомания и токсикомания
 4. ожирение
360. К ОСНОВНЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЯМ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ОТНОСЯТСЯ

1. рациональное питание, физическая активность, предупреждение ожирения и его лечение
 2. рациональное питание, физическая активность
 3. предупреждение ожирения и его лечение
 4. рациональное питание, профилактика атеросклероза
361. МАММОГРАФИЯ С ЦЕЛЬЮ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНА ЖЕНЩИНАМ В ВОЗРАСТЕ ОТ (ГОД)
1. 40
 2. 18
 3. 30
 4. 50
362. К ИСТОЧНИКАМ ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ ОТНОСЯТ
1. оливковое масло
 2. мясо
 3. молочные продукты
 4. зеленые овощи
363. НАЛИЧИЕ ЗОБА У ЗНАЧИТЕЛЬНОГО ЧИСЛА ЛИЦ, ЖИВУЩИХ В ОДНОЙ ОБЛАСТИ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК ЗОБ
1. эндемический
 2. эпидемический
 3. спорадический
 4. диффузный токсический
364. В ДИЕТЕ БОЛЬНОГО С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ МОЖНО В НЕОГРАНИЧЕННОМ КОЛИЧЕСТВЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ
1. огурцы
 2. картофель
 3. сливочное масло
 4. молоко
365. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ЙОДИРОВАТЬ
1. хлеб, поваренную соль
 2. растительное масло, маргарин
 3. сахар, крупы
 4. конфеты, торты
366. ПРОГРАММА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ХОБЛ ВКЛЮЧАЕТ
1. спирометрию
 2. рентгенографию легких
 3. цитологическое исследование мокроты
 4. определение газового состава крови
367. К ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКАМ ГЕМОВОГО ЖЕЛЕЗА В ПИЩЕВОМ РАЦИОНЕ ОТНОСЯТ
1. мясо
 2. молоко и молочные продукты
 3. гречневую крупу
 4. яблоки
368. ЗДОРОВОГО ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО В РОДДОМЕ ВАКЦИНИРУЮТ ОТ
1. гепатита В и туберкулеза
 2. дифтерии
 3. кори
 4. коклюша
369. ПЕРВЫЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ
1. всем подлежащим диспансеризации
 2. всем мужчинам в возрасте 21-99 лет
 3. всем женщинам в возрасте 21-99 лет
 4. по показаниям
370. ВТОРОЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ
1. в соответствии с показаниями, определенными на 1 этапе

2. всем мужчинам в возрасте 45-66 лет
 3. всем женщинам в возрасте 45-66 лет
 4. всем подлежащим диспансеризации
371. ПОД АНТРОПОМЕТРИЕЙ ПОНИМАЮТ
1. измерение роста и массы тела
 2. измерение роста
 3. анкетирование
 4. измерение силы рук
372. АНТРОПОМЕТРИЯ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ
1. всех, подлежащих диспансеризации
 2. всех желающих
 3. всех старше 40 лет
 4. пациентов с повышенным уровнем общего холестерина крови
373. БОЛЬНОЙ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ II СТАДИИ СО СТАБИЛЬНЫМ АД 220/120 ММ РТ.СТ. ДОЛЖЕН НАХОДИТЬСЯ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ У
1. врача-кардиолога
 2. врача-терапевта участкового
 3. заведующего терапевтическим отделением
 4. врача-нефролога
374. ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ПОВЫШЕН
1. адренокортикотропный гормон
 2. тиреотропный гормон
 3. соматотропный гормон
 4. альдостерон
375. ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НАЗЫВАЮТ ПОВЫШЕНИЕ АД ВЫШЕ (ММ РТ.СТ.)
1. 140/90
 2. 160/90
 3. 150/100
 4. 140/90
376. ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ЗАБОЛЕВАНИЕМ
1. аутоиммунным
 2. инфекционным
 3. наследственным
 4. моногенным
377. ПРИЧИНОЙ ОДНОСТОРОННЕГО СМОРЩИВАНИЯ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ
1. пиелонефрит
 2. гломерулонефрит
 3. амилоидоз
 4. нефроптоз
378. ПРИЧИНОЙ МАССИВНОГО ОТЕЧНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНОЙ С АГ И СД, ГИПОАЛЬБУМИНЕМИЕЙ И ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ СКОРЕЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ
1. нефротического синдрома
 2. сердечной недостаточности
 3. нарушений водно-электролитного баланса
 4. гипотиреоза
379. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА «СТЕНОКАРДИЯ» ОБЫЧНО ДОСТАТОЧНО
1. расспроса больного
 2. компьютерной томографии коронарных артерий
 3. коронароангиографии
 4. перфузионной сцинтиграфии миокарда в покое
380. БАЗОВОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ВСЕХ БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ (В ТОМ ЧИСЛЕ С ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ) ДОЛЖНО ВКЛЮЧАТЬ
1. стандартные анализы крови, ЭКГ, ЭхоКГ, нагрузочный тест
 2. тредмил-тест, ЭхоКГ
 3. стандартные анализы крови, тредмил-тест, ЭКГ

4.ЭКГ, ЭхоКГ, нагрузочный тест

381. ДЛЯ СТРАТИФИКАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ШКАЛА

- 1.SCORE
2. CHA2DS2-VASc
3. HAS-BLED
4. GRACE

382.НА БЕССИМПТОМНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНОГО С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ УКАЗЫВАЕТ

- 1.индекс Соколова-Лайона $\geq 3,5$ мВ, RaVL $\geq 1,1$ мВ
- 2.комплекс интима-медиа =1,1
3. лодыжечно-плечевой индекс $\geq 0,9$
4. клубочковая фильтрация = 80 мл/мин

383.РИСК ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ УВЕЛИЧИВАЕТ

- 1.неблагоприятный семейный анамнез ССЗ
2. низкий уровень ТГ ($\geq 1,7$ ммоль/л)
3. возраст старше 45 лет
4. высокий уровень ЛПВП ($\geq 1,2$ ммоль/л)

384.НАИБОЛЬШИЙ РИСК РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТОВ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1.изолированной систолической АГ
2. изолированной диастолической АГ
3. систоло-диастолической АГ
4. вторичной АГ

385.ПО ШКАЛЕ SCORE РАССЧИТЫВАЮТ РИСК РАЗВИТИЯ В БЛИЖАЙШИЕ 10 ЛЕТ

- 1.фатальных осложнений
- 2.инсульта
- 3.инфаркта миокарда
4. сердечной недостаточности

386.У ПАЦИЕНТКИ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ, НАЛИЧИЕМ В АНАМНЕЗЕ РЕЗЕКЦИИ ТОЩЕЙ И ЧАСТИ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ БУДЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1.Феррум Лек внутримышечно
2. Феррум Лек перорально
3. Витамина В12 внутримышечно
4. Фолиевой кислоты перорально

387.ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1.синдром мальдигестии
- 2.язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии
- 3.повторная беременность
- 4.планируемое оперативное лечение миомы матки

388.ДЛЯ ХОБЛ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ (GOLD) ХАРАКТЕРНО ОФВ1/ФЖЕЛ $\geq 70\%$, ОФВ1 (%)

1. ≥ 80
- 2.50-80
3. 30-50
4. ≤ 30

389.ДЛЯ ХОБЛ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ (GOLD) ХАРАКТЕРНО ОФВ1/ФЖЕЛ $\geq 70\%$, ОФВ1 (%)

- 1.30-50
2. 50-80
3. ≥ 80
4. ≤ 30

390.ДЛЯ ХОБЛ КРАЙНЕ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ (GOLD) ХАРАКТЕРНО ОФВ1/ФЖЕЛ $\leq 70\%$, ОФВ1 (%)

1. ≤ 30
2. 50-80
3. 30-50

4.> 80

391. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПНЕВМОНИИ, КОТОРЫЙ ПРИВОДИТ К ДЕСТРУКЦИИ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. стафилококк
2. гемофильная палочка
3. синегнойная палочка
4. пневмококк

392. САМЫМ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ У 60-ТИ ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО С АТЕЛЕКТАЗОМ ВЕРХНЕЙ ДОЛИ ПРАВОГО ЛЕГКОГО, ОДЫШКОЙ И НЕПРОДУКТИВНЫМ КАШЛЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. бронхоскопия

2. спирометрическое исследование
3. определение титра антител к ДНК
4. перфузионная сцинтиграфия легких

393. РЕСТРИКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ВЫЯВЛЕННЫЕ ПО ДАННЫМ СПИРОМЕТРИИ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ

1. идиопатическим легочным фиброзом
2. ХОБЛ
3. бронхиальной астмой
4. эмфиземой

394. В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ФИБРОЗИРУЮЩЕГО АЛЬВЕОЛИТА ПРЕОБЛАДАЕТ

1. прогрессирующая одышка
2. гнойная мокрота в большом количестве
3. длительная и рецидивирующая лихорадка
4. бледно-розовая сыпь в области суставов

395. ДЛЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ТИПИЧНЫ

1. изменения по типу «матового стекла»
2. диссеминированные инфильтративные изменения
3. инфильтративные изменения в одном легком
4. множественные полости в обоих легких

396. ПРИ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ МИКОПЛАЗМОЙ, СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ

1. макролиды
2. пенициллины
3. цефалоспорины
4. тетрациклины

397. КРИТЕРИЕМ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНОГО С ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1. нестабильная гемодинамика
2. выявленный лейкоцитоз более $10 \times 10^9 / \text{л}$
3. верхнедолевая локализация поражения
4. фебрильная лихорадка в течение 3 дней

398. АНТИБАКТЕРИАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ

1. при гнойной мокроте
2. при усилении кашля
3. при появлении кровохарканья
4. при нарастании одышки

399. ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. альбуминурия
2. лейкоцитурия
3. макрогематурия
4. микрогематурия

400. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

1. кишечная палочка
2. золотистый стафилококк

3. синегнойная палочка
 4. клебсиелла
401. ОСНОВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА СЧИТАЕТСЯ
1. стрептококк
 2. стафилококк
 3. клебсиелла
 4. синегнойная палочка
402. РАННИМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ АМИЛОИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
1. протеинурия
 2. бактериурия
 3. лейкоцитурия
 4. цилиндрурия
403. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ
1. протеинурии
 2. макрогематурии
 3. лейкоцитурии
 4. гиперстенурии
404. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА СЧИТАЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕ В АНАЛИЗАХ МОЧИ
1. гематурии
 2. лейкоцитурии
 3. гипостенурии
 4. бактериурии
405. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА ИСПОЛЬЗУЮТ
1. антибиотики
 2. глюкокортикостероиды
 3. антикоагулянты
 4. дезагреганты
406. ПРЕПАРАТАМИ, СНИЖАЮЩИМИ ВНУТРИКЛУБОЧКОВУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ, ЯВЛЯЮТСЯ
1. ингибиторы АПФ
 2. тиазидные диуретики
 3. антагонисты кальция
 4. антикоагулянты непрямого действия
407. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ НЕФРОПРОТЕКТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ ИНГИБИТОРОВ АПФ ЯВЛЯЕТСЯ
1. снижение внутриклубочковой гипертензии
 2. повышение реабсорбции натрия и воды в канальцах
 3. снижение активности системы ренин-ангиотензин-альдостерон
 4. повышение активности депрессорной системы почек
408. К СНИЖЕНИЮ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ НАЗНАЧЕНИЕ
1. Индометацина
 2. Метилпреднизолона
 3. Циклофосфамида
 4. Дипиридамола
409. ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ЗА ФОРМЕННЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ КРОВИ НЕОБХОДИМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
1. цитостатиками
 2. антибиотиками
 3. глюкокортикостероидами
 4. тиазидными диуретиками
410. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ РОССИЙСКОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ИНДЕКС
1. SCORE
 2. Фраменгемский

3. АНА/АСС
4. НУНА
411. ПРЕПАРАТЫ ОМЕГА-ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ СНИЖАЮТ УРОВЕНЬ
 1. триглицеридов
 2. ЛПНП
 3. ЛПВП
 4. общего холестерина
412. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ БЕССИМПТОМНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ ЯВЛЯЮТСЯ
 1. ингибиторы АПФ
 2. петлевые диуретики
 3. бета-адреноблокаторы
 4. альфа-адреноблокаторы
413. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ОБНАРУЖИВАЕТСЯ
 1. полиартрит
 2. олигоартрит
 3. артралгия
 4. моноартрит
414. ОДНИМ ИЗ "БОЛЬШИХ" КРИТЕРИЕВ ДИАГНОЗА "ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА" ЯВЛЯЕТСЯ
 1. полиартрит
 2. гломерулонефрит
 3. геморрагический васкулит
 4. пневмонит
415. ОДНИМ ИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ДИАГНОЗА «СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА» ЯВЛЯЕТСЯ
 1. серозит
 2. пульмонит
 3. полинейропатия
 4. гепатит
416. К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ ОТНОСЯТ
 1. ринит, фарингит
 2. полинейропатию
 3. миокардит
 4. ишемический колит
417. К СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТАМ, ПОВРЕЖДАЮЩИМ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО КРУПНЫЕ СОСУДЫ, ОТНОСЯТ
 1. болезнь Такаясу
 2. узелковый полиартериит
 3. гранулематоз с полиангиитом
 4. пурпуру Шенлейн-Геноха
418. К ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА ИЗ СИНТЕТИЧЕСКИХ БАЗИСНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСЯТ
 1. Метотрексат
 2. соли золота
 3. аминохинолиновые производные
 4. Инфликсимаб
419. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ МЕТОТРЕКСАТА КОНТРОЛИРОВАТЬ БЕЗОПАСНОСТЬ ТЕРАПИИ ПОЗВОЛЯЕТ
 1. клинический анализ крови
 2. общий анализ мочи
 3. уровень альбумина в крови
 4. уровень холестерина в крови

420. НА ПРОГНОЗ ПАЦИЕНТОВ С НЕКРОТИЗИРУЮЩИМИ ВАСКУЛИТАМИ ВЛИЯЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

1. цитостатиков
2. глюкокортикоидов
3. нестероидных противовоспалительных препаратов
4. вазодилататоров

421. ДЛЯ КОНТРОЛЯ СИНТЕЗА МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ПОДАГРЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

1. Аллопуринол
2. Диклофенак
3. Гидрохлортиазид
4. Цистон

422. ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ

1. сатурации кислорода
2. сатурации углекислого газа
3. пиковой скорости выдоха
4. гемоглобина

423. ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ВО ВТОРОМ МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА ОТ ГРУДИНЫ И В ТОЧКЕ БОТКИНА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КЛАПАНА

1. аорты
2. митрального
3. трёхстворчатого
4. лёгочной артерии

424. ПРИ НОРМАЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ОТСУТСТВИИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННАЯ

1. осматривается врачом-терапевтом при постановке на учет в женскую консультацию, в 32 и 36-37 недель
2. осматривается врачом-терапевтом при постановке на учет в женскую консультацию
3. осматривается врачом-терапевтом непосредственно перед родоразрешением
4. врачом-терапевтом не осматривается

425. К ПРИЗНАКАМ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НА ЭКГ ОТНОСЯТ

1. глубокие зубцы SI, QIII
2. острую блокаду левой ножки пучка Гиса
3. резкую перегрузку левого предсердия
4. резко отрицательный зубец TIII

426. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФИБРОЗИРУЮЩЕГО АЛЬВЕОЛИТА СЛУЖИТ

1. одышка
2. боли в грудной клетке
3. кашель
4. кровохарканье

427. ТАКТИКОЙ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

1. запись ЭКГ на месте, купирование болевого синдрома, Аспирин и тромболитики, срочная госпитализация по скорой помощи
2. введение спазмолитиков и проведение наблюдения
3. направление больного самостоятельно в стационар на госпитализацию
4. проведение амбулаторного лечения, а при неэффективности – направление в стационар на госпитализацию

428. ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

1. диффузный семейный полипоз, лейкоплакия пищевода, множественные полипы желудка
2. ревматизм, лейкоплакия пищевода, множественные полипы желудка, бронхиальная астма
3. лейкоплакия пищевода, множественные полипы желудка, бронхиальная астма
4. ревматизм, диффузный семейный полипоз, лейкоплакия пищевода

429. ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ РАНЬШЕ ДРУГИХ ВОЗРАСТАЕТ УРОВЕНЬ АКТИВНОСТИ

- 1.миоглобина
 2. КФК
 3. ЛДГ
 4. АсТ
- 430.«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ МИОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1.эндомиокардиальная биопсия
 2. эхокардиография
 - 3.сцинтиграфия миокарда с нагрузкой
 4. сцинтиграфия миокарда в покое
- 431.НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1.ЭхоКГ
 2. ЭКГ
 3. рентгенологическое исследование органов грудной клетки
 - 4.коронароангиография
- 432.МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ИМЕЮЩИМ РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МИОКАРДИТА И ИБС, ЯВЛЯЕТСЯ
- 1.коронарография
 2. электрокардиография
 - 3.эхокардиография
 4. внутрисердечное электрофизиологическое исследование
- 433.ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ПРЕДПОЛОЖИТЬ НАЛИЧИЕ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ЯВЛЯЕТСЯ
- 1.величина протеинурии и уровень холестерина сыворотки
 2. уровень креатинина крови
 - 3.величина клубочковой фильтрации
 4. уровень гемоглобина крови
- 434.БРОНХОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ХОБЛ
- 1.является дополнительным методом при диагностике для исключения других заболеваний и состояний, протекающих с аналогичными симптомами.
 2. является основным методом диагностики ХОБЛ
 - 3.для диагностики не применяется
 4. применяется только вместе с биопсией бронхов
- 435.ЭОЗИНОФИЛИЯ В МОКРОТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
- 1.бронхиальной астмы
 2. острого бронхита
 3. хронического бронхита
 4. пневмонии
- 436.НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «КАРДИОМИОПАТИЯ» ЯВЛЯЕТСЯ
- 1.ЭхоКГ
 2. ЭКГ
 3. рентгенография органов грудной полости
 - 4.сцинтиграфия миокарда
- 437.АНГИОГРАФИЯ СОСУДОВ ПОЧЕК ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ
- 1.поражения почечных сосудов
 2. мочекаменной болезни
 3. миеломной болезни
 - 4.хронического пиелонефрита
- 438.АМБУЛАТОРНО ПНЕВМОНИЮ ЛЕЧАТ
- 1.у молодых больных при легком или среднетяжелом течении заболевания
 2. по просьбе пациента
 3. у пожилых пациентов
 4. у лиц с сахарным диабетом
- 439.НАПРАВЛЕНИЕ НА СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЫДАЕТСЯ БЕРЕМЕННОЙ ПРИ НАЛИЧИИ
- 1.артериальной гипертензии

2. бессимптомной бактериурии
 3. железодефицитной анемии легкой степени
 4. артериальной гипотензии
440. АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННОЙ ЯВЛЯЕТСЯ
1. Метилдопа
 2. Эналаприл
 3. Бисопролол
 4. Фуросемид
441. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ ПРИМЕНЯЮТ
1. антибиотики, отхаркивающие
 2. антибиотики, диуретики
 3. бронхолитики, глюкокортикостероиды
 4. бронхолитики, диуретики
442. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ
1. ципрофлоксацин
 2. пенициллин
 3. сульфадимезин
 4. эритромицин
443. ГРУППОЙ АНТИБИОТИКОВ, НЕ ПОКАЗАННЫХ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ, ЯВЛЯЮТСЯ
1. аминогликозиды
 2. цефалоспорины
 3. пенициллины
 4. макролиды
444. ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПОДЛЕЖАТ БЕРЕМЕННЫЕ С УРОВНЕМ ГЕМОГЛОБИНА
1. 70 г/л и ниже
 2. 90 г/л и ниже
 3. 100 г/л и ниже
 4. 80 г/л и ниже
445. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ БУДЕТ СОСТАВЛЯТЬ
1. 3 – 4 месяца
 2. 1 месяц
 3. 2 – 3 месяца
 4. 2 недели
446. ПРЕПАРАТОМ, НАЗНАЧАЕМЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ, ЯВЛЯЕТСЯ
1. Цианокобаламин
 2. Преднизолон
 3. Гепарин
 4. Метилдопа
447. ПРИ ОСТРОМ ПРИСТУПЕ ПОДАГРЫ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ
1. НПВС
 2. хондропротекторы
 3. плазмаферез
 4. иммобилизацию пораженного сустава
448. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПРИСТУПА ПОДАГРЫ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ
1. нестероидные противовоспалительные средства, колхицин, глюкокортикоиды
 2. глюкокортикоиды, ингибиторы АПФ, колхицин
 3. ингибиторы протонной помпы, диуретики, глюкокортикоиды
 4. блокаторы H2-гистаминовых рецепторов, сердечные гликозиды, нестероидные противовоспалительные средства
449. РЕПЕРФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ РИСКА СМЕРТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВСЕМ ПАЦИЕНТАМ С ОКС И ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST С ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ СИМПТОМОВ МЕНЕЕ ____ ЧАСОВ
1. 12

2. 16

3. 18

4.24

450.УЛУЧШИТЬ ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ КРУПНООЧАГОВЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ПОЗВОЛЯЮТ

1.β-блокаторы

2. непрямые антикоагулянты

3. нитраты

4. дигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов

451.ИММУНОСУПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

1.кортикостероиды и цитостатики

2. антикоагулянты

3. антибиотики

4.нестероидные противовоспалительные препараты

452. МЕРОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА ЯВЛЯЕТСЯ

1.введение противогриппозной вакцины

2. изоляция больных

3. ношение четырехслойной маски

4. кварцевание помещений

453.К МЕТОДАМ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ НАЛИЧИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ МОЖНО ОТНЕСТИ

1.своевременную и адекватную терапию, своевременное проведение вакцинации от гриппа, прекращение контакта с аллергеном

2. своевременную и адекватную терапию

3.своевременное проведение вакцинации от гриппа

4. прекращение контакта с аллергеном

454.ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ СВОДИТСЯ К

1.контролю уровня гликемии

2. коррекции гипертонии

3. назначению инсулина

4. назначению малобелковой диеты

455.НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГРИППА ВКЛЮЧАЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

1.иммунобиологических и противовирусных препаратов

2. антибактериальных препаратов в профилактических целях

3. иммунобиологических препаратов

4.противовирусных препаратов

456. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ

1.межфаланговые

2. коленные

3.крестцово-подвздошные сочленения

4. челюстно-лицевые

457.ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА ЦЕЛЕСООБРАЗНО СДЕЛАТЬ РЕНТГЕНОГРАММЫ

1.позвочника

2. голеностопных суставов

3. тазобедренных суставов

4. кистей рук

458.В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА РЕШАЮЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ

1.вегетация на клапанах при ЭхоКГ-исследовании

2. увеличение СОЭ

3. аускультативная динамика шумов сердца

4. нарастание сердечной недостаточности

459.ОТЁК ЛЁГКИХ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ

1.инфаркте миокарда

2.истерии

3. вертебро-базиллярной дисциркуляции
 4. ортостатической пробе
460. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА 40 ЛЕТ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 1 СТЕПЕНИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧАТЬ С
1. УЗИ почек и сердца
 2. урографии
 3. анализа мочи по Зимницкому
 4. ангиографии почек
461. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
1. высокий уровень амилазы в крови (диастазы в моче)
 2. боль опоясывающего характера
 3. гипергликемия
 4. стеаторея
462. МЕЛЕНА ПРИ НАЛИЧИИ ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИИ ПОДОЗРИТЕЛЬНА НА
1. кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
 2. кровоточащую язву 12-перстной кишки
 3. язвенный колит
 4. тромбоз мезентериальных артерий
463. ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПАТОГНОМОНИЧНА ДЛЯ
1. цирроза печени
 2. хронического гепатита
 3. метастатического рака печени
 4. хронического панкреатита
464. КАКОВО ЭКСПЕРТНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ О ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТА С ВЫРАЖЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ОГРАНИЧЕНИЕМ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ II- III СТЕПЕНИ?
1. признать инвалидом 2-й группы
 2. трудоустроить через ВКК
 3. признать инвалидом 1-й группы
 4. признать трудоспособным
465. ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ВРАЧ-ТЕРАПЕВТ УЧАСТКОВЫЙ ПРЕДОСТАВЛЯЕТ ПАЦИЕНТУ
1. по его желанию
 2. на своё усмотрение
 3. с согласия родственников
 4. с разрешения администрации поликлиники
466. ВЛАЖНЫЕ ХРИПЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКОМ
1. бронхиальной гиперсекреции
 2. наличия диффузного перибронхиального склероза
 3. обструкции
 4. трахеобронхиальной дискинезии
467. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ КОМПОНЕНТОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ
1. ларингоспазм
 2. задержка мокроты
 3. воспаление бронхов
 4. бронхоспазм
468. ДО УСТАНОВЛЕНИЯ ТОЧНОГО ДИАГНОЗА ЛЕЧЕНИЕ АРТРИТА МОЖНО НАЧАТЬ С
1. нестероидных противовоспалительных препаратов
 2. антибиотиков
 3. Преднизолона
 4. Кризанола
469. ВАКЦИНА ПРОТИВ ГРИППА НЕ НАЗНАЧАЕТСЯ
1. людям, с аллергией на куриные яйца
 2. больным гипертонической болезнью
 3. больным бронхиальной астмой
 4. больным ХОБЛ
470. ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НЕ НАЗНАЧАЮТ

1. инъекции Дибазола
 2. β-блокаторы
 3. антагонисты кальция
 4. блокаторы рецепторов ангиотензина II
471. В ПИТАНИИ БОЛЬНОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕРВОЕ МЕСТО СРЕДИ ОГРАНИЧЕНИЙ УПОТРЕБЛЕНИЕ
1. поваренной соли
 2. растительных жиров
 3. углеводов
 4. воды
472. У БОЛЬНОГО 50 ЛЕТ, СТРАДАЮЩЕГО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ III ФК, С НАЛИЧИЕМ НА ЭКГ СИНУСОВОГО РИТМА, ПОСТЕПЕННОГО УДЛИНЕНИЯ ИНТЕРВАЛА PQ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ВЫПАДЕНИЕМ КОМПЛЕКСА QRS В КАЧЕСТВЕ АНТИАНГИНАЛЬНОГО СРЕДСТВА МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАН
1. нитросорбид
 2. верапамил
 3. пропранолол
 4. атенолол
473. ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СРЕДНЕТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С ПРИМЕНЕНИЯ
1. ингаляционных глюкокортикостероидов
 2. зафирлукаста
 3. кромогликата натрия
 4. системных глюкокортикостероидов
474. БОЛЬНАЯ, СТРАДАЮЩАЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ЖАЛУЕТСЯ НА ПОЯВЛЕНИЕ СУХОГО КАШЛЯ. ОНА ПРИНИМАЕТ БЕКЛОМЕТАЗОН, ЛИЗИНОПРИЛ ЕЖЕДНЕВНО И САЛЬБУТАМОЛ 1-2 РАЗА В НЕДЕЛЮ. ВЕРОЯТНО, ПОЯВЛЕНИЕ КАШЛЯ СВЯЗАНО С
1. приемом лизиноприла
 2. недостаточной дозой беклометазона
 3. приемом сальбутамола
 4. приемом беклометазона и сальбутамола
475. К СИМПТОМАМ ИНТОКСИКАЦИИ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ НЕ ОТНОСИТСЯ
1. полиурия
 2. понос
 3. рвота
 4. брадикардия
476. ПРЕПАРАТОМ, ТОРМОЗЯЩИМ СИНТЕЗ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ, ЯВЛЯЕТСЯ
1. Аллопуринол
 2. Инсулин
 3. Аспирин
 4. Вольтарен
477. НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ ИЛИ ХЕНОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ ПОКАЗАНО ПРИ
1. рентгеномалококонтрастных холестериновых камней
 2. камнях диаметром более 20 мм
 3. частых желчных коликах
 4. некалькулезном холецистите
478. ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЗАПАСОВ ЖЕЛЕЗА ПРИ НАЛИЧИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ТЕРАПИЮ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В ТЕЧЕНИЕ
1. 3-6 месяцев
 2. 2 месяцев
 3. 3 недель
 4. 5-7 дней
479. ВСАСЫВАНИЕ ЖЕЛЕЗА В КИШЕЧНИКЕ НАИБОЛЕЕ ИНТЕНСИВНО ПРОИСХОДИТ ИЗ
1. мясных продуктов
 2. фруктов

3. яблок
 4. моркови
480. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ТЮБАЖЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
1. гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей
 2. постхолецистэктомический синдром
 3. гипермоторная дискинезия желчевыводящих путей
 4. желчнокаменная болезнь
481. К БАЗИСНЫМ (ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ) СРЕДСТВАМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСИТСЯ
1. Беклометазон
 2. Ипратропия бромид
 3. Вентолин
 4. Беротек
482. К МЕСТНЫМ КОРТИКОСТЕРОИДАМ ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ
1. Флютиказона пропионат
 2. Недокромил натрия
 3. Беклометазон
 4. Кромогликат натрия
483. ГРИПП МОЖНО ЛЕЧИТЬ С ПОМОЩЬЮ
1. противовирусных препаратов
 2. ингаляционных кортикостероидов
 3. антибиотиков
 4. сульфаниламидов
484. ОСЛОЖНЕНИЕМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ, ЯВЛЯЕТСЯ
1. полипоз пищевода
 2. появление стриктур пищевода
 3. пищевод Баррета
 4. аденокарцинома пищевода
485. К АТЕРОГЕННЫМ ЛИПОПРОТЕИДАМ НЕ ОТНОСЯТСЯ
1. липопротеиды высокой плотности
 2. липопротеиды очень низкой плотности
 3. хиломикроны
 4. триглицериды
486. РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ ОТНОСИТСЯ К _____ ЗАБОЛЕВАНИЯМ СУСТАВОВ
1. воспалительным
 2. дегенеративным
 3. метаболическим
 4. реактивным
487. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБРАЩЕНИИ В ПОЛИКЛИНИКУ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ НАИМЕНЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ
1. дистальных межфаланговых суставов кистей
 2. проксимальных межфаланговых суставов кистей
 3. лучезапястных суставов
 4. плюснефаланговых суставов
488. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСМОТРЕ ПАЦИЕНТА С СУСТАВНЫМ СИНДРОМОМ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ УЧАСТКОВЫМ ОБНАРУЖЕНЫ УЗЛЫ ГЕБЕРДЕНА И БУШАРА, ЧТО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ЗАСТАВЛЯЕТ ДУМАТЬ О/ОБ
1. остеоартрозе суставов кистей
 2. ревматоидном артрите
 3. системной склеродермии
 4. системной красной волчанке
489. ПРИ ОСМОТРЕ ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПНЕВМОНИЮ НА ДОМУ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ШКАЛЫ CRV65 НЕ ОЦЕНИВАЮТ
1. индекс массы тела
 2. частота сердечных сокращений
 3. возраст

4. нарушение сознания
490. КАКАЯ СТЕПЕНЬ ОБСТРУКЦИИ У АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА С ХОБЛ, ЕСЛИ УРОВЕНЬ ПОСТБРОНХОДИЛЯТАЦИОННОГО ОФВ1 СОСТАВЛЯЕТ 46%?
1. тяжелая
 2. крайне тяжелая
 3. среднетяжелая
 4. легкая
491. В ОСНОВЕ СИНДРОМА ЗОЛЛИНГЕРА – ЭЛЛИСОНА ЛЕЖИТ ГИПЕРПРОДУКЦИЯ
1. гастрина
 2. пепсина
 3. соляной кислоты
 4. глюкокортикоидов
492. КЛЮЧЕВУЮ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ АСЦИТА У ПАЦИЕНТА С ДИАГНОЗОМ «ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ» ИГРАЕТ
1. портальная гипертензия
 2. снижение коллоидно-осмотического давления плазмы
 3. вторичный гиперальдостеронизм
 4. гиперэстрогемия
493. ПРИ УГРОЗЕ РАЗВИТИЯ ПЕЧЁНОЧНОЙ КОМЫ ПАЦИЕНТУ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ В ДИЕТЕ
1. белки
 2. углеводы
 3. жиры
 4. клетчатку
494. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ
1. диспепсического синдрома
 2. диареи
 3. спастического стула
 4. умеренного лейкоцитоза
495. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ
1. метотрексат
 2. сульфасалазин
 3. гидроксихлорохин
 4. Д-пеницилламин
496. АНТИФИБРОЗНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИФFUЗНОЙ ФОРМЫ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ
1. Д-пеницилламин
 2. преднизолон
 3. десферал
 4. циклофосфамид
497. ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, ЕСЛИ ПО ШКАЛЕ CRVB65 ПРИ ОСМОТРЕ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ПАЦИЕНТ НАБРАЛ 4 БАЛЛА, СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В
1. отделении реанимации и интенсивной терапии
 2. терапевтическом отделении
 3. в амбулаторных условиях
 4. в отделении торакальной хирургии
498. НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМ НЕФРОПРОТЕКТИВНЫМ ЭФФЕКТОМ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ОБЛАДАЮТ
1. ингибиторы АПФ
 2. бетаблокаторы
 3. тиазидовые диуретики
 4. глюкокортикоиды
500. НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ МОЖЕТ БЫТЬ ДОСТИГНУТ ПРИ ПРИЕМЕ
1. Розувастатина

2. Симвастатина

3. Аторвастатина

4. Правастатина

501. К МЕТОДАМ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ОТНОСЯТ

1. изготовление санитарных бюллетеней по профилактике инфекционных болезней

2. беседы только с больными

3. беседы только с пожилыми лицами

4. беседы только по телевидению

502. ЭМФИЗЕМА ЛЁГКИХ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

1. хронической обструктивной болезни легких

2. острым бронхите

3. карциноме легких

4. долевой пневмонии

503. ПРЕПАРАТОМ С КОМБИНАЦИЕЙ ИНГАЛЯЦИОННОГО ГЛЮКОКОРТИКОИДА И БЕТА2-АГОНИСТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. Сальметерол+Флутиказон

2. Фенотерол+Ипратропия бромид

3. Олодатерол+Тиотропия бромид

4. Сальбутамол+Ипратропия бромид

504. ПРЕПАРАТОМ С ВОЗМОЖНЫМ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ В ВИДЕ ИНГАЛЯЦИЙ ЧЕРЕЗ НЕБУЛАЙЗЕР ЯВЛЯЕТСЯ

1. Сальбутамол

2. Формотерол

3. Салметерол

4. Индакатерол

505. К БЕТА2-АГОНИСТАМ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ

1. Сальбутамол

2. Формотерол

3. Салметерол

4. Индакатерол

506. ПРЕПАРАТОМ С КОМБИНАЦИЕЙ БЕТА2-АГОНИСТА И М-ХОЛИНОЛИТИКА ЯВЛЯЕТСЯ

1. Фенотерол+Ипратропия бромид

2. Будесонид+Формотерол

3. Салметерол+Флутиказон

4. Вилантерол+Флутиказон

507. НОРМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА КРОВИ У БОЛЬНЫХ БЕЗ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЬШЕ (ММОЛЬ/Л)

1. 5

2. 3

3. 2

4. 1

508. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ БРОНХО-ЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1. курение

2. частые вирусные инфекции дыхательных путей

3. загрязнение воздуха

4. гиперреактивность бронхов

509. У ЛИЦ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ

1. хроническое раздражение слизистой дыхательных путей поллютантами (аэрозоли промышленных выбросов, табачный дым и т.д.)

2. рецидивирующая или хроническая бактериальная инфекция верхних дыхательных путей

3. наследственная недостаточность альфа-1-антитрипсина

4. гиперреактивность бронхов

510. ЧАСТОТА ОСМОТРА БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ

1. 2-4 раза в год и чаще в зависимости от тяжести заболевания
2. 1 раз в год
3. 3 раза в год
4. 1 раз в пол года

511. ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПИЩЕВОДА ОТСУТСТВИЕ ПЕРИСТАЛЬТИКИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1. склеродермии пищевода
2. диффузного спазма пищевода
3. пищевода Баррета
4. рефлюкс-эзофагита

512. ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

1. ригидность передней брюшной стенки
2. исчезновение или ослабление болей
3. рвота кофейной гущей
4. гиперперистальтика

513. К АНТИСЕКРЕТОРНЫМ СРЕДСТВАМ ОТНОСЯТ

1. H₂-гистаминоблокаторы
2. блокаторы серотониновых рецепторов
3. соли лития
4. секвестранты желчных кислот

514. НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ К ПРИНЦИПАМ ЛЕЧЕНИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТ

1. борьбу с гипераммониемией
2. десенсибилизацию
3. гидратацию
4. коррекцию гипергликемии

515. ЖЕЛУДОЧНУЮ СЕКРЕЦИЮ СНИЖАЕТ

1. Фамотидин
2. Гастрин
3. Ацидин-пепсин
4. Креон

516. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ ОБШИРНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

1. нарушение ритма
2. полная АВ-блокада
3. отрыв папиллярной мышцы
4. тампонада сердца

517. В ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ИБС НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ ДАННЫЕ

1. типичные анамнестические
2. рентгенографические (рентгенография органов грудной клетки)
3. анализа крови (клинического, биохимического)
4. аускультативные

518. НЕ СЧИТАЕТСЯ НАРУШЕНИЕМ РЕЖИМА ПАЦИЕНТОМ, ИМЕЮЩИМ ЛИСТОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ПРИ

1. отказе от госпитализации
2. употреблении алкоголя
3. несоблюдении предписанного лечения
4. несвоевременной явке на приём

519. БИСОПРОЛОЛ И ЕГО АНАЛОГИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ ИБС, ТАК КАК ОНИ

1. снижают потребность миокарда в кислороде
2. вызывают спазм периферических сосудов
3. расширяют коронарные сосуды
4. увеличивают сократительную способность миокарда

520. ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АУСКУЛЬТАТИВНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1. ослабленный I тон, систолический шум

2. грубый систолический шум с проведением на сосуды

3.хлопающий I тон, диастолический шум

4. ослабление I тона на верхушке и II тона над аортой

521. ОПТИМАЛЬНЫМ КОМПЛЕКСОМ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХСН ПА СТ., ФК III ЯВЛЯЕТСЯ

1.ингибиторы АПФ, β-блокаторы, диуретики

2. диуретики, сердечные гликозиды, β-блокаторы

3.β-блокаторы, Добутамин, диуретики

4. β-блокаторы, сердечные гликозиды, Лидокаин

522.К ЗАБОЛЕВАНИЮ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, КЛИНИЧЕСКИ СХОДНОМУ СО СТЕНОКАРДИЕЙ, ОТНОСЯТ

1.диафрагмальную грыжу

2. болезнь Крона

3.проктосигмоидит

4. хронический колит

523. ВРАЧЕБНОЙ ТАКТИКОЙ ПРИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕЙ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1.экстренная госпитализация

2. лечение и наблюдение в амбулаторных условиях с активным посещением на дому

3.плановая госпитализация

4. лечение в условиях дневного стационара поликлиники

524. ВЕДУЩАЯ РОЛЬ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ПРИНАДЛЕЖИТ

1.участковым терапевтам, педиатрам, семейным врачам

2. руководителям учреждений и организаций здравоохранения

3.ведущим специалистам базовых учреждений, руководителям предприятий

4. руководителям учреждений здравоохранения и семейным врачам

525.ЦЕЛЬЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1.сохранение и укрепление здоровья и трудоспособности диспансеризованных

2. снижение общей заболеваемости и болезненности среди контингента диспансеризованных

3.проведение ежегодного врачебного осмотра всего населения

4. проведение ежегодного осмотра населения и снижение общей заболеваемости

526. ОСЛАБЛЕНИЕ ИЛИ ПОЛНОЕ ИСЧЕЗНОВЕНИЕ БОЛИ В ГРУДИ ПРИ ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ТЕЛА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1.грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

2. стенокардии напряжения

3.нейроциркуляторной астении

4. острого инфаркта миокарда

527.АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ЗАПОДОЗРЕНА ПО

1.наличию боли в теменной и затылочной областях

2. кратковременным эпизодам потери сознания

3.нарушению сердечного ритма и проводимости

4. наличию периферических отеков

528.СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ УРОВНЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ЕСЛИ ЗНАЧЕНИЯ САД И ДАД ПОПАДАЮТ В РАЗНЫЕ КАТЕГОРИИ, ТО СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО

1.более высокой категории

2. более низкой категории

3.уровню ДАД

4. уровню САД

529.ИЗОЛИРОВАННАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1.САД >140 мм рт.ст., ДАД < 90 мм рт.ст.

2. САД 130 – 139 мм рт.ст.

3.ДАД 90 – 99 мм рт.ст.

4. САД 140 – 159 мм рт.ст.

- 530.ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БОЛИ ПРИ ПРИСТУПЕ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ, КАК ПРАВИЛО, СОСТАВЛЯЕТ
- 1.от 3 до 5 мин.
 2. более 10 мин.
 - 3.менее 30 сек.
 4. от 30 сек. до 1 мин.
- 531.ПОЯВЛЕНИЕ ОДЫШКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ ОБУСЛОВЛЕНО ПОРАЖЕНИЕМ
- 1.бронхиол
 2. трахеи
 - 3.крупных бронхов
 4. средних бронхов
- 532.БОЛИ В ЭПИГАСТРИИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ ПРИЕМА ПИЩИ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
- 1.язвы двенадцатиперстной кишки
 2. эзофагита
 - 3.фундального гастрита
 4. язвы кардиального отдела желудка
- 533.ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ВЕДУЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1.болевой
 2. диспептический
 - 3.астено-вегетативный
 4. дисфагический
- 534.СТАРТОВАЯ ДОЗА БИСОПРОЛОЛА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ/СУТ)
- 1.1,25
 2. 2,5
 - 3.5
 4. 10
- 535.СТАРТОВАЯ ДОЗА ЭНАЛАПРИЛА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СОСТАВЛЯЕТ ___ МГ __ РАЗА В ДЕНЬ
- 1.2,5; 2
 2. 1,25; 2
 - 3.5; 2
 4. 6,25; 3
- 536.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЛАБОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ РАКОВОЙ БОЛИ ВОЗ РЕКОМЕНДУЕТ
- 1.НПВП, парацетамол
 2. трамадол, кодеин
 - 3.морфин
 4. парацетамол, мидокалм
- 537.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ УМЕРЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ РАКОВОЙ БОЛИ ВОЗ РЕКОМЕНДУЕТ
- 1.трамадол, кодеин
 2. морфин
 - 3.парацетамол, мидокалм
 4. НПВП, парацетамол
- 538.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ РАКОВОЙ БОЛИ ВОЗ РЕКОМЕНДУЕТ
- 1.морфин
 2. парацетамол, мидокалм
 - 3.НПВП, парацетамол
 4. трамадол, кодеин
- 539.К ГРУППЕ МИОРЕЛАКСАНТОВ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ
- 1.tizанидин
 2. парацетамол
 - 3.трамадол
 4. бупренорфин
- 540.РАЗОВАЯ ДОЗА ИБУПРОФЕНА СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)
- 1.200-400

2. 10-30

3.8-16

4. 7,5-15

541. ПРИ СОЧЕТАНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА РЕКОМЕНДОВАНА КОМБИНАЦИЯ

- 1.ингибитора АПФ и антагониста кальция
2. диуретика и антагониста кальция
- 3.блокатора рецепторов ангиотензина II и бета-блокатора
4. ингибитора АПФ и блокатора рецепторов ангиотензина II

542.АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ПЕРИНДОПРИЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1.двусторонний стеноз почечных артерий
2. хроническая сердечная недостаточность
- 3.хроническая почечная недостаточность
4. тахиаритмия

543.ГОЛОВНУЮ БОЛЬ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ПРИЕМ

- 1.нитратов
2. антагонистов кальция дигидропиридиновой группы
- 3.антагонистов кальция недигидропиридиновой группы
4. ингибиторов АПФ

544.ТОЛЕРАНТНОСТЬ (СНИЖЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ) К ПРЕПАРАТУ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

- 1.нитратами
2. бета-блокаторами
- 3.антагонистами кальция
4. ингибиторами АПФ

545.АНТАГОНИСТОМ ВИТАМИНА К ЯВЛЯЕТСЯ

- 1.варфарин
2. дабигатран
- 3.ривароксабан
4. клопидогрель

546.В СОСТАВ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НЕ ВХОДИТ

- 1.теофиллин
2. бекотид
- 3.интал
4. тайлед

547.ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ИНГАЛЯЦИОННЫХ СТЕРОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1.кандидоз полости рта
2. недостаточность коры надпочечников
- 3.остеопороз
4. гипергликемия

548.К ИНГАЛЯЦИОННЫМ КОРТИКОСТЕРОИДАМ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1.дексаметазон
2. бекотид (беклометазона дипропионат)
- 3.фликсотид (флутиказона пропионат)
4. ингакорт (флунизолид)

549.ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА АТИПИЧНУЮ ЭТИОЛОГИЮ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1.макролиды
2. цефалоспорины II-III поколений
- 3.пенициллины
4. защищенные пенициллины

550.ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1.механическая боль в суставе
2. воспалительная боль в суставе
- 3.утренняя скованность до 30 мин.

4. утренняя скованность более 30 мин.

551.К ИНГИБИТОРАМ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ ОТНОСИТСЯ

- 1.омепразол
2. роксатидин
- 3.ранитидин
4. фамотидин

552.К НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ ТИОТРОПИЯ БРОМИДА ОТНОСЯТСЯ

- 1.сухость во рту, запор, кашель, местное раздражение слизистых оболочек, тахикардия, затрудненное мочеиспускание
2. диарея, изменение функциональных проб печени (иногда токсический гепатит), головная боль, головокружение
- 3.язвенное действие на желудочно-кишечный тракт, желудочно-кишечные кровотечения и другие геморрагические проявления
4. головная боль, головокружение, нарушение вкуса, парестезии, лихорадка, серозит

553.ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ХОБЛ ЛЕГКОГО ТЕЧЕНИЯ С РЕДКИМИ ОБОСТРЕНИЯМИ И ВЫРАЖЕННЫМИ СИМПТОМАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1.длительно действующие β_2 -агонисты или антихолинергики
2. теофиллины
- 3.короткодействующие β_2 -агонисты «по требованию»
4. короткодействующие антихолинергики «по требованию»

554.ШЕСТИМИНУТНЫЙ ТЕСТ ХОДЬБЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1.функционального класса сердечной недостаточности
2. стадии недостаточности кровообращения
- 3.показаний к назначению сердечных гликозидов
4. показаний к назначению нитратов

555.ТРЕТИЙ ПЛАНОВЫЙ ВИЗИТ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА К БОЛЬНОМУ С

ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ _____ ОТ ПЕРВОГО ВИЗИТА

- 1.на 7-10 сутки
2. через 24 часа
- 3.через 24-48 часов
4. на 3-4 сутки

556.ПЕРВЫЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ (СКРИНИНГ) ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ У ГРАЖДАН

- 1.признаков хронических неинфекционных заболеваний
2. признаков стойкой утраты трудоспособности
- 3.несоответствия выполняемой профессиональной нагрузки и возможностей организма
4. признаков временной утраты трудоспособности

557.К БОЛЬШИМ ФАКТОРАМ РИСКА (ПО ШКАЛЕ CHA₂DS₂-VASC 2 БАЛЛА)

ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ОТНОСЯТ

- 1.возраст 75 лет и старше
2. наличие сердечной недостаточности
- 3.наличие сахарного диабета
4. возраст 65 лет и старше

558.ОДНИМ ИЗ ФАКТОРОВ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ К ОБРАЗОВАНИЮ ЖЕЛЧНЫХ КАМНЕЙ (В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ХОЛЕСТЕРИНОВЫХ), ЯВЛЯЕТСЯ

- 1.ожирение
2. мужской пол
- 3.язвенная болезнь
4. хронический панкреатит

559.ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ КРУПНЫХ СУСТАВОВ ПОКАЗАНЫ ЗАНЯТИЯ

- 1.плаванием
2. бегом
- 3.волейболом
4. велосипедным спортом

560. УЗЕЛКИ ГЕБЕРДЕНА И БУШАРА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1.остеоартроза

2. болезни Рейно
 3. болезни Бехтерева
 4. ревматоидного артрита
561. ПЕРИОДИЧЕСКОЕ «ЗАКЛИНИВАНИЕ» СУСТАВА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
1. остеоартроза
 2. подагры
 3. ревматоидного артрита
 4. псориатической артропатии
562. ОСТЕОАРТРОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ
1. нормальных показателей крови
 2. анемии
 3. лейкоцитоза
 4. тромбоцитоза
563. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПОЛИАРТРИТА С ПОРАЖЕНИЕМ ДИСТАЛЬНЫХ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ КИСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
1. псориатическая артропатия
 2. ревматоидный артрит
 3. системная красная волчанка
 4. острая ревматическая лихорадка
564. РИСК ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ НАРУШЕНИЯХ РИТМА СЕРДЦА УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ
1. фибрилляции предсердий
 2. предсердной тахикардии
 3. предсердной экстрасистолии
 4. желудочковой экстрасистолии
565. ЭФФЕКТИВНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА АМИОДАРОНА (ПОСЛЕ ПЕРИОДА НАСЫЩЕНИЯ) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ СОСТАВЛЯЕТ (В МИЛЛИГРАММАХ)
1. 100-200
 2. 400-600
 3. 600-900
 4. 160-320
566. ЭФФЕКТИВНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА СОТАЛОЛА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)
1. 160-320
 2. 100-200
 3. 200-400
 4. 450-900
567. ЭФФЕКТИВНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ПРОПАФЕНОНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)
1. 450-900
 2. 160-320
 3. 100-200
 4. 200-400
568. К КАРДИОСПЕЦИФИЧНЫМ ИЗОФЕРМЕНТАМ ОТНОСЯТ
1. фракцию МВ креатинфосфокиназы
 2. миоглобин
 3. аспарагиновую трансаминазу
 4. лактатдегидрогеназу
569. ЛЕЙКОЦИТОЗ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ВЫЯВЛЯЕТСЯ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ
1. через несколько часов
 2. к концу первых суток
 3. на вторые – третьи сутки
 4. через пять суток
570. ПРИЧИНОЙ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ
1. бактериальный эндокардит

2. сифилитический аортит
3. врожденный порок сердца
4. острая ревматическая лихорадка
571. ПРИЧИНОЙ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА У ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

1. атеросклероз
2. бактериальный эндокардит
3. врожденный порок сердца
4. острая ревматическая лихорадка

572. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО БРОНХИТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. пневмония
2. туберкулез
3. рак легкого
4. ХОБЛ

573. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА РЕДКО НАБЛЮДАЕТСЯ

1. высокая лихорадка
2. кашель
3. недомогание
4. общая слабость

574. ГРУППОЙ ПРЕПАРАТОВ, ДОКАЗАВШИХ СПОСОБНОСТЬ К СНИЖЕНИЮ СМЕРТНОСТИ И ЧИСЛУ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ ХСН ЯВЛЯЮТСЯ

1. ингибиторы АПФ
2. антагонисты кальция
3. кардиопротекторы
4. непрямые антикоагулянты

575. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД

1. гистологический
2. биохимический
3. иммуноферментный
4. бактериологический

576. ДОМИНИРУЮЩИМ СИМПТОМОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. боль в животе
2. тошнота
3. горечь во рту
4. разжижение стула

577. ОБ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

1. повышение уровня диастазы мочи
2. нарушение толерантности к глюкозе
3. желтуха
4. повышение эхогенности поджелудочной железы при УЗИ

578. ПАЛЬПАЦИЯ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ МОЖЕТ ОБНАРУЖИТЬ

1. усиление голосового дрожания
2. ослабление голосового дрожания
3. увеличение ригидности грудной клетки
4. болезненность при пальпации паравертебральных точек

579. ВЫДЕЛЕНИЕ БОЛЕЕ 3 ЛИТРОВ МОЧИ В СУТКИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1. несахарном диабете
2. цистите
3. острой почечной недостаточности
4. остром гломерулонефрите

580. СТЕПЕНЬ РЕГЕНЕРАТОРНОЙ АКТИВНОСТИ КРАСНОГО КОСТНОГО МОЗГА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ОЦЕНИВАЮТ ПО СОДЕРЖАНИЮ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ

1. ретикулоцитов

2. эритроцитов

3. тромбоцитов

4. моноцитов

581. ДИАГНОЗ «ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА» ФОРМУЛИРУЕТСЯ ПРИ ЕЕ НЕВЫЯСНЕННОЙ ПРИЧИНЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ РУТИННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ НЕ МЕНЕЕ 3 НЕДЕЛЬ И ПОВЫШЕНИИ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА БОЛЕЕ (В ГРАДУСАХ ЦЕЛЬСИЯ)

1. 38,3

2. 38,0

3. 37,5

4. 37,0

582. ПОКАЗАНИЕМ К ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ СТЕНОКАРДИЯ

1. нестабильная

2. стабильная

3. напряжения

4. Принцметала

583. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ СОСТАВЛЯЕТ ____ КАЛЕНДАРНЫХ ДНЯ/ДНЕЙ

1. 140

2. 156

3. 194

4. 90

584. ПРИ СОЧЕТАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО НАЗНАЧЕНИЕ

1. блокаторов кальциевых каналов

2. бета-адреноблокаторов

3. ингибиторов АПФ

4. диуретиков

585. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ КОНТРОЛЯ В ПРОГРАММЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. спирография

2. бронхография

3. рентгенография легких

4. томография легких

586. ЦЕЛЬЮ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. поддержание ремиссии заболевания

2. раннее выявление заболевания

3. комплексное лечение

4. профилактика факторов риска

587. АБСОЛЮТНЫЙ СУММАРНЫЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК ПО ШКАЛЕ SCORE ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ У ГРАЖДАН В ВОЗРАСТЕ ДО (В ГОДАХ)

1. 65

2. 45

3. 55

4. 35

588. НАИБОЛЕЕ ДОЛГОВРЕМЕННЫЙ ВИД РЕАБИЛИТАЦИИ ОКАЗЫВАЕТСЯ В

1. поликлинике

2. профилактории

3. стационаре

4. санатории

589. ПЕРВАЯ ГРУППА ИНВАЛИДНОСТИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ

1. на 2 года

2. на 1 год

3. на 3 года

4. бессрочно

590. К МЕТОДУ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, КОТОРЫЙ ОБЪЕКТИВНО ВЫЯВЛЯЕТ ПРИЗНАКИ ДИСФУНКЦИИ СЕРДЦА НА ЕЁ РАННИХ СТАДИЯХ, ОТНОСЯТ

1. определение уровня мозгового натрий-уретического пептида
2. рентгенографию грудной клетки
3. эхокардиографию
4. определение уровня креатинина

591. ОДНОЙ ИЗ ЖАЛОБ, КОТОРУЮ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖЕНЩИНА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. тошнота
2. одышка
3. повышение АД
4. наличие отёков

592. ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ, ИГРАЮЩИМ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера
2. повышение тонуса нижнего пищеводного сфинктера
3. усиление пищеводного клиренса
4. гипосекреция соляной кислоты

593. В ПАТОГЕНЕЗЕ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

1. нарушение структуры и функции гиалинового хряща
2. первичное иммунное воспаление синовиальной оболочки
3. резорбция костной ткани
4. нарушение в работе связочного и мышечного аппарата

594. ПРИМЕРОМ МЕСТНОГО ОТЁКА МОЖЕТ БЫТЬ

1. отёк при воспалении сустава
2. отёк голеней при хронической сердечной недостаточности
3. отёк лёгких
4. асцит

595. ЦВЕТ МОЧИ «МЯСНЫЕ ПОМОИ» ХАРАКТЕРИЗУЕТ

1. острый гломерулонефрит
2. почечную колику
3. инфаркт почки
4. новообразование мочевыделительной системы

596. УСТАНАВЛИВАТЬ ДИАГНОЗ АЛКОГОЛИЗМА ИМЕЕТ ПРАВО ВРАЧ

1. психиатр-нарколог
2. терапевт
3. анестезиолог-реаниматолог
4. трансфузиолог

597. ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ ХАРАКТЕРНЫ БОЛИ

1. кратковременные, купирующиеся приёмом нитратов
2. в течение нескольких часов
3. в течение нескольких дней, не купирующиеся нитроглицерином
4. прокальвающие, в грудной клетке, связанные с изменением положения тела

598. К ВЕДУЩЕМУ ЭТИОЛОГИЧЕСКОМУ ФАКТОРУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА ОТНОСЯТ

1. *Helicobacter pylori*
2. нестероидные противовоспалительные средства
3. хронический стресс
4. нарушение режима питания

599. К ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РАКА ПИЩЕВОДА СИМПТОМАМ ОТНОСЯТ

1. боли за грудиной
2. диарею
3. запоры
4. изменения тембра голоса

600. ФАКТОРОМ РИСКА ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. злоупотребление алкоголем

2. чрезмерная физическая нагрузка
 3. непереносимость молочных продуктов
 4. работа в ночную смену
601. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ
1. Streptococcus pneumoniae
 2. Haemophilus influenzae
 3. Staphylococcus aureus
 4. Corynebacterium
602. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ КРИТЕРИЯМИ ДЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ II СТЕПЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ СИСТОЛИЧЕСКОЕ АД _____, ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ АД _____
1. 160-179; 100-109
 2. ниже 140; ниже 90
 3. 140-159; 90-99
 4. 140-150; 94-100
603. ЖЕЛЕЗО, В ОСНОВНОМ, ДЕПОНИРУЕТСЯ В ФОРМЕ
1. ферритина
 2. трансферрина
 3. протопорфирина
 4. гема
604. ГИПЕРТОНИЯ НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ
1. ахалазии кардии
 2. халазии кардии
 3. хроническом рефлюкс-эзофагите
 4. грыже пищеводного отверстия диафрагмы
605. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ КЛИНИКИ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
1. возникновение боли под влиянием дневной физической нагрузки
 2. наличие утренней скованности более 1 часа
 3. ограничение подвижности сустава уже в ранней стадии заболевания
 4. воспаление мягких тканей
606. ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА ХАРАКТЕРНА БОЛЬ
1. длительная, не купирующаяся нитратами
 2. длительная, купирующаяся нитратами
 3. кратковременная, купирующаяся нитратами
 4. кратковременная, купирующаяся НПВС
607. ЕСЛИ НА ЭКГ ИНТЕРВАЛЫ МЕЖДУ КОМПЛЕКСАМИ QRS СОСЕДНИХ ЦИКЛОВ ОТЛИЧАЮТСЯ НЕ БОЛЕЕ, ЧЕМ НА 0,10 С, ЗУБЦЫ R ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ПЕРЕД КАЖДЫМ КОМПЛЕКСОМ QRS, МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ РИТМ
1. синусовый, регулярный
 2. синусовый, нерегулярный
 3. атриовентрикулярного соединения, регулярный
 4. атриовентрикулярного соединения, нерегулярный
608. ДЛЯ РАСПОЗНАВАНИЯ ПОДПЕЧЁНОЧНОЙ (МЕХАНИЧЕСКОЙ) ЖЕЛТУХИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ
1. магнитнорезонансная холангиография
 2. внутривенная холеграфия
 3. ретроградная панкреатохолангиография
 4. прямая спленопортография
609. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИ НЕГАТИВНОЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. суточное мониторирование внутрипищеводного pH
 2. рентгенологическое исследование пищевода
 3. УЗИ органов брюшной полости
 4. сцинтиграфия пищевода
610. ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ КАШЛЯ МОЖЕТ БЫТЬ

1. нарушение ритма сердца
 2. разрыв барабанной перепонки
 3. гайморит
 4. инвагинация кишечника
611. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПАРАЦЕНТЕЗ ПРОВОДЯТ ДЛЯ
1. посева асцитической жидкости для выявления возбудителя
 2. облегчения симптомов
 3. подготовки перед инструментальными методами диагностики
 4. усиления эффекта мочегонной терапии
612. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ МОКРОТЫ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ВЫЯВЛЯЮТ
1. кристаллы Шарко – Лейдена
 2. атипичные клетки
 3. пробки Дитриха
 4. патогенную микрофлору
613. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У МУЖЧИН ЯВЛЯЕТСЯ
1. хроническая кровопотеря из желудочно-кишечного тракта
 2. алкогольный гепатит
 3. гематурическая форма гломерулонефрита
 4. кровохарканье
614. ОСНОВНАЯ ФУНКЦИЯ ВИТАМИНА D В ОРГАНИЗМЕ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТОБЫ
1. участвовать в регуляции кальциево-фосфорного обмена
 2. обладать противокислительными свойствами
 3. участвовать в клеточном обмене и процессах дыхания
 4. способствовать усвоению витамина С
615. ПРИЗНАКОМ ЛИМФАТИЧЕСКИХ ОТЕКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
1. болезненность
 2. безболезненность
 3. уменьшение при изменении положения тела
 4. цианотичные кожные покровы в области отека
616. ПРИ ВЫСОКОЙ НЕФРОТИЧЕСКОЙ ПРОТЕИНУРИИ ВЫДЕЛЕНИЕ БЕЛКА В СУТКИ СОСТАВЛЯЕТ (В Г/СУТКИ)
1. более 3,5
 2. до 3,0
 3. до 0,5
 4. более 5
617. ЕСЛИ НА ЭКГ РИТМ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ СОКРАЩЕНИЙ НЕПРАВИЛЬНЫЙ (ИНТЕРВАЛ R-R РАЗНЫЙ), ЗУБЕЦ Р ОТСУТСТВУЕТ, КОМПЛЕКС QRST НЕ РАСШИРЕН, ЧСС ОКОЛО 130 В МИНУТУ, ЭТО УКАЗЫВАЕТ НА
1. фибрилляцию предсердий
 2. желудочковую экстрасистолию
 3. предсердную экстрасистолию
 4. нерегулярный синусовый ритм
618. ПРИЧИНОЙ ГИПЕРПРОДУКЦИИ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. увеличение секреции гастрина
 2. синтез простагландинов E₂
 3. увеличение количества главных клеток
 4. снижение секреции гастрина
619. ПРИ РАЗВИТИИ НЕОТЛОЖНОГО СОСТОЯНИЯ У ПАЦИЕНТА НА ПРИЁМЕ ВРАЧУ-ТЕРАПЕВТУ УЧАСТКОВОМУ СЛЕДУЕТ
1. вызвать бригаду скорой медицинской помощи или реанимационную бригаду
 2. сообщить на работу больного
 3. выяснить дату последней госпитализации
 4. сопровождать больного в стационар

620. НАЗНАЧЕНИЕ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ОБЫЧНО НЕ ТРЕБУЕТСЯ ПРИ

1. предсердной экстрасистолии
2. желудочковой экстрасистолии
3. наджелудочковой тахикардии
4. желудочковой тахикардии

621. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ОЗНАЧАЕТ

1. подход, позволяющий облегчить страдания больного и улучшить качество жизни пациентов и их семей в терминальной стадии заболеваний
2. лечение сопутствующих заболеваний
3. профилактические мероприятия, направленные на предотвращение развития тяжёлых заболеваний
4. метод лечения, позволяющий полностью излечить пациента

622. ЧАСТОТА СЖАТИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ СЕРДЕЧНО-ЛЁГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ _____ В МИНУТУ

1. менее 100
2. менее 80
3. более 100
4. более 110

623. К ОСНОВНЫМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ОТНОСЯТ

1. ингаляционные глюкокортикостероидные гормоны
2. антибиотики
3. кромогликат натрия, недокромил
4. бета-2 агонисты

624. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ

1. ингибиторы АПФ
2. антибиотики
3. препараты железа
4. кардиоселективные В-блокаторы

625. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЁГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ОДНИМ РЕАНИМАТОРОМ СООТНОШЕНИЕ ЧИСЛА КОМПРЕССИЙ К ЧАСТОТЕ ДЫХАНИЯ СОСТАВЛЯЕТ

1. 30:2
2. 30:1
3. 15:1
4. 15:2

626. ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМОЙ КОМБИНАЦИЕЙ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. прокинетики, антациды, антисекреторные препараты
2. прокинетики, спазмолитики, анальгетики
3. спазмолитики, анальгетики, антациды
4. нитраты, прокинетики, спазмолитики

627. ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ БОЛИ, С ЦЕЛЬЮ СЕДАЦИИ И СНИЖЕНИЯ СИМПАТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ, ПРИВОДЯЩЕЙ К ТАХИКАРДИИ И ПОВЫШЕНИЮ АД, У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВОДИТЬ

1. морфин внутривенно
2. нитроглицерин внутривенно
3. баралгин внутримышечно
4. нитроглицерин сублингвально

628. ПАЦИЕНТАМ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, С ЗНАЧИМЫМИ СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И/ИЛИ ДРУГИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ РЕДКИМИ И/ИЛИ ПОЛИРЕЗИСТЕНТНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ РЕКОМЕНДУЮТСЯ В КАЧЕСТВЕ ПРЕПАРАТОВ ВЫБОРА ПРИ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ ПЕНИЦИЛЛИНА НАЗНАЧИТЬ

1. левофлоксацин
2. цефалоспорин
3. ципрофлоксацин
4. офлоксацин

629. ПОКАЗАНИЕМ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. прогрессирующая сердечная недостаточность
2. профилактическое обследование пациента 1 раз в год
3. периодическое повышение АД
4. наличие у больного сахарного диабета 2 типа

630. ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ МАММОГРАФИЯ С ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ВЫПОЛНЕНИЕМ ЕЕ 1 РАЗ В 2 ГОДА ПОКАЗАНА ЖЕНЩИНАМ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

1. 40 и старше
2. 30 и старше
3. 35 и младше
4. 25 и старше

631. ЦЕЛЬЮ РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ЯВЛЯЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ

1. диагностического обследования и лечения, профилактических и реабилитационных мероприятий
2. только профилактических мероприятий
3. круглосуточного медицинского наблюдения
4. только лечебных мероприятий

632. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

1. активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья населения
2. организацию условий труда и быта
3. плановую госпитализацию больных в стационар
4. активное лечение населения

633. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В ВОЗРАСТЕ ОТ 18 ДО 39 ЛЕТ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В _____

1. 3 года
2. 6 месяцев
3. 1 год
4. 5 лет

634. КУРЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ СПОСОБСТВУЕТ ФОРМИРОВАНИЮ У ПЛОДА

1. внутриутробной гипоксии
2. устойчивости к гипоксии в период родов
3. врожденных респираторных заболеваний
4. аллергической реакции замедленного типа

635. ЗА ПРОВЕДЕНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ НЕПОСРЕДСТВЕННУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ НЕСЁТ

1. врач-терапевт участковый
2. главный врач
3. заместитель главного врача по клинко-экспертной работе
4. дежурный врач поликлиники

Эталон ответа: 1

2.6 Ситуационные задачи итогового контроля

№1

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Пациентка 54 лет на осмотре у врача.

1.2. Жалобы

- на постоянные ноющие боли в эпигастральной области, усиливающиеся через 30-40 мин после приема жирной и острой пищи с иррадиацией в спину, левую половину грудной клетки, часто принимающие характер опоясывающих;
- частый стул (до 3-5 раз в день), обильный, «блестящий», зловонный, трудно смывается с унитаза;
- похудание за 1,5 месяца на 7 кг;
- ощущение сухости во рту;
- повышенную жажду;
- кожный зуд.

1.3. Анамнез заболевания

У больной 10 лет назад, после приема большого количества жирной пищи, развился приступ болей в области правого подреберья, сопровождавшийся рвотой с примесью желчи, повышением температуры до субфебрильных цифр. В районной больнице, куда срочно была госпитализирована, диагностировали острый калькулезный холецистит и экстренно произвели холецистэктомию. Через 1 неделю после выписки у больной периодически появлялись ноющие боли в области левого подреберья, возникавшие после приема жирной и острой пищи. К врачам не обращалась. По совету друзей, принимала Но-шпу и Фестал с умеренным эффектом. Ухудшение состояния примерно 6 месяцев назад, когда боли в эпигастральной области стали постоянными, усиливались после приема пищи, появился частый, зловонный, трудно смываемый с унитаза стул. Похудела на 7 кг. В течение последнего месяца отмечает появление сухости во рту, повышенной жажды, кожного зуда. В поликлинике было проведено исследование в крови уровня щелочной фосфатазы, гаммаглутамилтранспептидазы и билирубина, которые оказались в пределах нормы. По поводу кожного зуда была осмотрена дерматологом, кожных заболеваний выявлено не было.

1.4. Анамнез жизни

- росла и развивалась нормально;
- замужем, имеет двоих здоровых детей;
- работает продавцом в продуктовом магазине. Питается не регулярно, диету не соблюдает;
- курит по 20 сигарет в день в течение 30 лет, злоупотребление алкоголем отрицает;
- в анамнезе – детские инфекции, ОРВИ, желчнокаменная болезнь;
- непереносимости лекарственных препаратов и пищевых продуктов не отмечено;
- наследственность: у матери гипертоническая болезнь, отец умер от инсульта.

1.5. Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение больной активное. Телосложение нормостеническое. Рост 169 см. Масса тела 75 кг. Индекс массы тела 26,22 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Подкожная клетчатка развита хорошо. Отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Общее развитие мышечной системы умеренное. Костная система без видимых изменений. Суставы не изменены, движения в полном объеме. Тип дыхания грудной. Ритм дыхания правильный. ЧДД 20 в мин. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких звук ясный легочный. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Область сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Пульс 76 уд./мин., ритмичный. АД 110/65 мм.рт.ст. Живот обычной формы, симметричный, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, больше слева. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации определяются сигмовидная и слепая кишка, безболезненные, урчащие при надавливании. Печень и селезенка не увеличены. Поджелудочная железа не пальпируется. Выявляется положительный симптом Керте. Френикус-симптом положителен слева. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

Вопрос №1 У больной наиболее вероятным диагнозом является:

1. Хронический билиарнозависимый панкреатит
2. Синдром раздраженной кишки
3. Хронический гепатит
4. Глютеновая энтеропатия

3. Диагноз

Диагноз:

3.1. Хронический билиарнозависимый панкреатит

3.2. Синдром раздраженной кишки

3.3. Хронический гепатит

3.4. Глютеновая энтеропатия

Вопрос №2 Клиника заболевания у больной определяется синдромом:

1. болевым
2. холестаза
3. Вернера-Моррисона
4. избыточного бактериального роста

Вопрос №3 По клинической картине у больной можно думать о синдроме:

1. внешнесекреторной панкреатической недостаточности
2. избыточного бактериального роста

3. Вернера-Моррисона

4. холестаза

Вопрос №4 В течение последнего месяца заболевания у больной развился синдром:

1. эндокринной панкреатической недостаточности

2. холестаза

3. Мэллори-Вейса

4. недостаточности кишечного всасывания

Вопрос №5 Наиболее вероятной причиной нарушения стула является:

1. внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы

2. нарушение поступления желчи в кишечник

3. повышенная функция щитовидной железы (гипертиреоз)

4. гиперсекреция соляной кислоты

Вопрос №6 Основной причиной возникновения недостаточности внешнесекреторной функции поджелудочной железы является:

1. повреждение ее паренхимы с развитием фиброза

2. недостаточная выработка пепсина

3. повышенная секреция соляной кислоты

4. повреждение панкреатических островков (островков Лангерганса)

Вопрос №7 У данной больной, с большой долей вероятности, можно ожидать развитие осложнения:

1. остеопороза

2. инсулинорезистентности

3. реактивного артрита

4. спленомегалии

Вопрос №8 Наиболее информативным методом визуализации для подтверждения диагноза хронического панкреатита является:

1. мультиспиральная компьютерная томография

2. ЭРХПГ

3. ангиография

4. УЗИ гепатобилиарной зоны

Вопрос №9 Для диагностики эндокринной недостаточности поджелудочной железы, у данной больной, целесообразно использовать определение:

1. гликозилированного гемоглобина HbA1c

2. уровня с-пептида

3. амилазы в сыворотке крови и моче

4. гликогена в сыворотке крови

Вопрос №10 Для диагностики нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы в клинических условиях показано определение:

1. фекальной эластазы (ФЭ-1)

2. растительной клетчатки в кале

3. амилазы в моче

4. липазы в сыворотке крови

Вопрос №11 Лечение внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы включает прежде всего назначение:

1. ферментных препаратов

2. спазмолитиков

3. антибиотиков

4. анальгетиков

Вопрос №12 Предпочтительным анальгетиком первого уровня для купирования болевого синдрома при хроническом панкреатите является:

1. парацетамол

2. морфин

3. ибупрофен

4. промедол

Эталон ответов:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

№2

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Пациентка К. 54 лет на осмотре у врача-гастроэнтеролога.

1.2. Жалобы

- на постоянные ноющие боли в эпигастральной области, усиливающиеся через 30-40 мин после приема жирной и острой пищи, с иррадиацией в спину, левую половину грудной клетки, часто принимающих характер опоясывающих;
- частый стул до 3-5 раз в день, обильный, «блестящий», зловонный, трудно смывается с унитаза;
- похудание за 1,5 месяца на 7 кг;
- ощущение сухости во рту;
- повышенную жажду;
- кожный зуд.

1.3. Анамнез заболевания

У больной 10 лет назад, после приема большого количества жирной пищи, развился приступ болей в области правого подреберья, сопровождавшийся рвотой с примесью желчи, повышением температуры до субфебрильных цифр. В районной больнице, куда срочно была госпитализирована больная, диагностировали острый калькулезный холецистит и экстренно произведена холецистэктомия. Через 1 неделю после выписки у больной появились периодические ноющие боли в области левого подреберья, возникавшие после приема жирной и острой пищи. К врачам больная не обращалась, обследование не проводилось. По совету друзей принимала но-шпу и фестал с умеренным эффектом. Ухудшение состояния примерно 6 месяцев назад, когда боли в эпигастральной области стали постоянными, усиливаясь после приема пищи, появился частый, зловонный, трудно смываемый с унитаза стул. Похудела на 7 кг. В течение последнего месяца отмечает появление сухости во рту, повышенной жажды, кожного зуда. По поводу кожного зуда была осмотрена дерматологом, кожных заболеваний выявлено не было.

1.4. Анамнез жизни

- росла и развивалась нормально;
- замужем, имеет двоих здоровых детей;
- работает продавцом в продуктовом магазине. Питается не регулярно, диету не соблюдает;
- курит по 20 сигарет в день в течение 30 лет, злоупотребление алкоголем отрицает;
- в анамнезе – детские инфекции, ОРВИ, желчнокаменная болезнь;
- непереносимости лекарственных препаратов и пищевых продуктов не отмечено;
- наследственность: у матери гипертоническая болезнь, отец умер от инсульта.

1.5. Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение больной активное. Телосложение нормостеническое. Рост 169 см. Масса тела 75 кг. Индекс массы тела 26,22 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Подкожная клетчатка развита хорошо. Отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Общее развитие мышечной системы умеренное. Костная система без видимых изменений. Суставы не изменены, движения в полном объеме. Тип дыхания грудной. Ритм дыхания правильный. ЧДД 20 в 1 мин. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких звук ясный. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Область сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации тоны сердца нормальной звучности, шумы не выслушиваются. Пульс 76 уд. 1 мин., ритмичный. АД 110/65 мм.рт.ст. Живот обычной формы, симметричный, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, больше слева. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации определяются сигмовидная и слепая кишка, безболезненные, урчащие при надавливании. Печень и селезенка не увеличены. Поджелудочная железа не пальпируется. Выявляется положительный симптом Керте. Френикус-симптом положителен слева. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

Вопрос №1 У больной наиболее вероятным диагнозом является:

1. Хронический билиарнозависимый панкреатит
2. Синдром раздраженной кишки
3. Хронический гепатит

4. Глютенная энтеропатия

3. Диагноз

Диагноз:

3.1. Хронический билиарнозависимый панкреатит

3.2. Синдром раздраженной кишки

3.3. Хронический гепатит

3.4. Глютенная энтеропатия

Вопрос №2 Ведущим в клинической картине хронического панкреатита у больной является синдром:

1. внешнесекреторной панкреатической недостаточности
2. избыточного бактериального роста
3. Вернера-Моррисона
4. холестаза

Вопрос №3 В течение последнего месяца заболевания у больной развился синдром:

1. эндокринной панкреатической недостаточности
2. холестаза
3. избыточного бактериального роста
4. недостаточности кишечного всасывания

Вопрос №4 Наиболее информативным методом визуализации для подтверждения диагноза хронического панкреатита является:

1. мультиспиральная компьютерная томография
2. ЭРХПГ
3. ангиография
4. УЗИ

Вопрос №5 Для диагностики эндокринной недостаточности поджелудочной железы, у данной больной, целесообразно использовать определение:

1. гликозилированного гемоглобина HbA1c
2. уровня сахара в сыворотке крови с нагрузкой глюкозой
3. амилазы в сыворотке крови и моче
4. гликогена в сыворотке крови

Вопрос №6 Для диагностики нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы в клинических условиях показано определение:

1. фекальной эластазы (ФЭ-1)
2. растительной клетчатки в кале
3. амилазы в моче
4. липазы в сыворотке крови

Вопрос №7 О тяжелой степени экзокринной недостаточности говорит содержание эластазы-1 в кале равной _____ мкг/4.

1. 0-100
2. 101-200
3. 201-300
4. 301-400

Вопрос №8 Лечение внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы включает прежде всего назначение:

1. ферментных препаратов
2. спазмолитиков
3. антибиотиков
4. обезболивающих

Вопрос №9 Минимальная доза заместительной полиферментной начальной терапия должна назначаться из расчета:

1. 25-40 тыс. ед. липазы в основной прием пищи + 10-25 тыс. ед. в промежуточный прием
2. 10-20 тыс. ед. липазы в основной прием пищи + 10 тыс. ед. в промежуточный прием
3. 40-60 тыс. ед. липазы в основной прием пищи + 20-25 тыс. ед. в промежуточный прием
4. 10-20 тыс. ед. липазы только в основные приемы пищи

Вопрос №10 При развитии панкреатогенного сахарного диабета (тип IIIc) лечение, в большинстве случаев, должно проводиться:

1. инсулином

2. ингибиторами альфа-глюкозидазы
3. производными сульфонилмочевины
4. тиазолидиндионами

Вопрос №11 Предпочтительным анальгетиком первого уровня для купирования болевого синдрома при хроническом панкреатите является:

1. парацетамол
2. морфин
3. стероидные противовоспалительные препараты
4. промедол

Вопрос №12 У данной больной, с большой долей вероятности, можно ожидать развитие осложнения:

1. остеопороза
2. мышечной дистрофии
3. реактивного артрита
4. спленомегалии

Эталон ответов:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

№3

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Пациентка С. 54 года на осмотре у врача-гастроэнтеролога.

1.2. Жалобы

- на ноющие боли в эпигастральной области на голодный желудок, боли затихают после приема пищи и появляются вновь через 1,5-2 часа после еды;
- ночные боли;
- чувство тяжести после еды;
- метеоризм;
- общую слабость.

1.3. Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение последних 5 лет, когда после стресса появились боли в эпигастральной области. Питается нерегулярно, часто соблюдает диеты для снижения массы тела. При ЭГДС впервые обнаружена язва в луковице 12 пк. Принимала омепразол, альмагель с положительным эффектом. Исследование на инфекцию *H.pylori* не проводилось. При ухудшении самочувствия: изжоге, отрыжке воздухом, боли в эпигастрии, самостоятельно принимала омепразол в течение 2-3 недель. Отмечает сезонность обострений в весенне - осенний период. При обострении в июле 2019г., проведена ЭГДС, выявлено: в антральном отделе по малой кривизне язва овальной формы, дно покрыто фибрином 1,0x0,7x0,5 см в пилорическом канале язва покрытая фибрином, размерами 0,4x0,4x0,1 см. По назначению врача принимала Эманера 20 мг 2 раза в день в течение месяца. Анализ кала на АТ к *H.Pylori* проведен без отмены ИПП, результат - отрицательный. Около недели назад, после погрешности в диете отметила появление голодных болей в эпигастральной области, изжогу, усиливающуюся в горизонтальном положении. В связи с чем обратилась к гастроэнтерологу.

1.4. Анамнез жизни

Родилась в 1965, в г. Москве. Росла и развивалась соответственно возрасту.

Образование высшее филологическое. В настоящее время не работает.

Не курит, алкоголь не употребляет. Аллергические реакции отрицает. Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет 3-5 дней, умеренные. С 54 лет менопауза. Беременностей – 1, роды – 1. Наследственность: у отца язвенная болезнь.

1.5. Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Рост 160 см, вес 84кг. ИМТ=32,8 кг/м². Кожные покровы чистые. Избыточное развитие подкожно-жирового слоя. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система – без видимой патологии. Суставы при осмотре не изменены. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в минуту. АД

120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет.

Печень и селезенка не увеличены. Симптом «поколачивания» по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

Вопрос №1 Для постановки полного диагноза необходимыми лабораторными методами исследования являются:

1. общий анализ крови
2. анализ кала на скрытую кровь
3. общий анализ кала
4. гликозилированный гемоглобин в сыворотке крови

Д: АТ к париетальным клеткам

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Общий анализ крови

Показатель	Результат	Норма
Эритроциты (RBC), *10 ¹² /л	4,6	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	133	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT), %	40	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,96	0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	98	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	30	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	36	32,0-37,0
Ретикулоциты (RET), %	6	2-12
Тромбоциты (PLT), *10 ⁹ /л	143	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 ⁹ /л	5,8	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	1	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	60	47-72
Эозинофилы, %	2	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	29	19-37
Моноциты, %	8	2-10
СОЭ, мм/ч	5	м. 2-10 ж. 2-5

3.2. Анализ кала на скрытую кровь

Анализ кала на скрытую кровь: отрицательный

3.3. Общий анализ кала

Общий анализ кал1.

Жир нейтральный: немного;

Жирные кислоты: нет;

Запах кал1. каловый, нерезкий ;

Иодофильная флор1. нормальная немного ;

Консистенция: плотная ;

Крахмал: внеклеточный немного;

Кристаллы: трипельфосфаты, копролиты;

Лейкоциты: Не обнаружены;

Мыл1. немного;

Мышечные волокна без исчерченности: немного;

Мышечные волокна с исчерченностью: немного;
Примеси: не обнаружены;
Растительная клетчатка непереваримая: немного;
Растительная клетчатка переваримая: немного;
Реакция на билирубин: отрицательная;
Реакция на скрытую кровь: отрицательная;
Реакция на стеркобилин: положительная;
Слизь: немного;
Соединительная ткань: нет;
Форм1. оформленный;
Цвет: коричневый;
Элементы гриб1. нет;
Эозинофилы: не обнаружены;
Эпителий: не обнаружен;
Эритроциты: не обнаружены.

3.4. Гликозилированный гемоглобин в сыворотке крови

4,8% (норма 4-6,2%)

3.5. АТ к париетальным клеткам

Титр 1:20 (Норм1. < 1:40)

Вопрос №2 Необходимым инструментальным методом обследования для постановки правильного диагноза является:

1. эзофагогастродуоденоскопия
2. ультразвуковое исследование органов гепатобилиарной системы
3. колоноскопия с биопсией
4. рентгенография органов грудной клетки

5. Результаты инструментального метода обследования

5.1. Эзофагогастродуоденоскопия

Осмотр в белом свете и в режиме узкого спектра. Аппарат без технических трудностей проведен в просвет пищевода. Просвет не деформирован, перистальтика прослеживается. Слизистая оболочка пищевода бледно-розовая, тусклая, шероховатая, рельеф сохранен. Граница плоского и железистого эпителия (переходная линия) на расстоянии 40 см от резцов, выше уровня хиатального сужения на 1 см. Розетка кардии эластичная, смыкается не полностью. При осмотре в режиме NBI структура строения слизистой кардии соответствует желудочной. В желудке небольшое количество слизи без патологических примесей. Стенки эластичные, складки большой кривизны мягкие, подвижные, обычной высоты, при инсuffляции воздуха расправляются не полностью (вариант нормы). Перистальтика прослеживается во всех отделах. Слизистая во всех отделах неравномерно гиперемирована, отечная, с расширенными желудочными полями, в антральном и препилорическом отделе с множественными поверхностными эрозиями, некоторые с помарками солянокислого гематина. При осмотре в режиме NBI нарушений ямочного рисунка слизистой желудка не выявлено. Угол желудка не изменен. Кольцо привратника эластичное, смыкается. Луковица 12п.к. грубо деформирована за счет полуциркулярного рубца с признаками неполной краевой эпителизации. Слизистая оболочка отечная, гиперемирована с множественными поверхностными эрозиями под фибрином. В постбульбарном отделе 12п.к. слизистая оболочка розовая бархатистая. Папиллярная область визуализируется отчетливо. БДС холмовидной формы, размером не более 5 мм, слизистая розовая, без явлений отека и гиперемии. Устье БДС точечное с парциальным поступлением неизменной желчи. Взята биопсия из антрального отдела желудка на экспресс-тест НР

Заключение

Эндоскопическая картина хронического эзофагита, эрозивного гастрита. Язва луковицы 12 п.к. в стадии неполного заживления, эрозивный бульбит. Экспресс тест на *H.pylori* -положительный

5.2. Ультразвуковое исследование органов гепатобилиарной системы

Акустический доступ удовлетворительный. Печень: контуры четкие, ровные. Размеры не увеличены, левая доля (по средней линии живота) 50 x 78 мм (норма до 60 x 100), правая доля (по среднеключичной линии) 107 x 105 мм (норма до 125 x 145). Эхогенность незначительно повышена. Эхоструктура умеренно выражено диффузно неоднородная. Сосудистый рисунок не изменен. Печеночные вены не расширены - диаметром 8 мм. Очаговые образования не выявлены. Желчный пузырь: размер средний 64 x 25 мм; форма изменена - с перегибом в шейке. Толщина

стенки не увеличена, 2 мм. Эхогенность стенки повышенная, эхоструктура однородная. Пристеночные образования не выявлены. Содержимое достаточно однородное. Внутривенные желчные протоки: не расширены. Гепатикохоледох: не расширен, 4,5 мм. Поджелудочная железа: осмотрена фрагментарно. Контур четкий, ровный. Размеры не увеличены: головка 23 мм, тело 12 мм, хвост 18 мм. Эхогенность повышена, эхоструктура умеренно неоднородная. Главный панкреатический проток не расширен. В желудке натощак большое количество жидкого содержимого. Портальная вена – диаметр не изменен, 9,5 мм (норма до 13 мм). Селезеночная вена – диаметр не изменен, в области тела поджелудочной железы 6 мм (норма до 8 мм). Селезенка: размеры не увеличены, 83 x 30 мм, эхоструктура обычная, очаговые изменения отсутствуют. Свободная жидкость в брюшной полости и полости малого таза не определяется.

Заключение: УЗ признаки умеренных диффузных изменений печени; диффузных изменений поджелудочной железы; избыточного жидкого содержимого в желудке натощак

5.3. Колоноскопия с биопсией

Аппарат проведен в купол слепой кишки, баугиниева заслонка губовидной формы, эластичная. Тонус в правых отделах снижен. Гаустрация выражена достаточно. Правый изгиб ободочной кишки – под острым углом. Слизистая сигмы с явлениями застойной гиперемии. В остальных отделах слизистая не изменена, сосудистый рисунок отчетливый, в просвете – следы кишечного содержимого с примесью желчи. Наружные геморроидальные узлы увеличены (2 степень), без явлений воспаления и тромбоза.

5.4. Рентгенография органов грудной клетки

Свежих очаговых и инфильтративных изменений не выявлено

Вопрос №3 Данному пациенту на основании физикального и дополнительного обследования можно поставить диагноз:

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии неполного рубцевания. Эрозивный гастрит, ассоциированный с *H. Pylori*.
2. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: ГПОД, рефлюкс-эзофагит
3. Хронический билиарный панкреатит. Билиарный сладж
4. Рефлюкс-эзофагит. Недостаточность кардии

7. Диагноз

Диагноз:

7.1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии неполного рубцевания.

Эрозивный гастрит, ассоциированный с *H. Pylori*.

7.2. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: ГПОД, рефлюкс-эзофагит

7.3. Хронический билиарный панкреатит. Билиарный сладж

7.4. Рефлюкс-эзофагит. Недостаточность кардии

Вопрос №4 При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки к типичным относят боли:

1. «голодные», возникающие через 2-3 часа после еды
2. возникающие сразу после сна
3. в правом подреберье с иррадиацией вниз живота
4. в эпигастрии после употребления острой пищи

Вопрос №5 Золотым стандартом в диагностике *H. pylori* является:

1. ¹³C уреазный дыхательный тест
2. CLO-тест
3. выявление антител к *H. pylori*
4. определение антигена *H. pylori* в моче

Вопрос №6 Серологический метод выявления антител *H. pylori* используется только при:

1. первичной диагностике инфекции *H. pylori* и определении антител, относящихся к классу IgG
2. контроле после проведения эрадикации
3. определении антител, относящихся к классу IgM
4. отрицательном результате уреазного дыхательного теста с изотопами ¹³C или ¹⁴C.

Вопрос №7 Средством базисной терапии обострений язвенной болезни являются:

1. ингибиторы протонной помпы
2. адсорбенты
3. H₁-блокаторы
4. препараты висмута

Вопрос №8 Среди всех ингибиторов протонной помпы самое низкое средство к системе цитохрома P450 проявляют:

1. рабепразол и пантопразол
2. эзомепразол и декслансопразол
3. омепразол и лансопразол
4. лансопразол и эзомепразол

Вопрос №9 Стандартная схема первой линии эрадикационной терапии включает комбинацию:

1. ингибитора протонной помпы, кларитромицина, амоксициллина
2. ингибитора протонной помпы, H²-блокатора, гентамицина
3. H²-блокатора, антацида, метронидазола
4. ингибитора протонной помпы, амоксициллина, гентамицина

Вопрос №10 Стандартная продолжительность эрадикационной терапии составляет (в днях) :

1. 10-14
2. 5-7
3. 21-28
4. 35-40

Вопрос №11 Контроль эрадикации H. pylori после антихеликобактерной терапии следует провести через (в неделях):

1. 4-6
2. 1-3
3. 7-9
4. 10-12

Вопрос №12 Кратность ежегодного посещения врача-гастроэнтеролога в рамках диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки составляет ____ раз/раз1.

1. 1
2. 2
3. 3
4. 4

Эталон ответов:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

№4

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Пациентка Б. 56 лет на осмотре врача – гастроэнтеролога.

1.2. Жалобы

- на боли в эпигастральной области, ноющего характера, без четкой связи с приемом пищи, жжение в эпигастрии после еды;
- редко изжогу, кислый привкус во рту;
- слабость, повышенную утомляемость

1.3. Анамнез заболевания

В возрасте 30 лет, на фоне сильного стресса появились голодные боли в эпигастрии и правом подреберье, при обследовании выявлена язва луковицы 12 пк. После лечения боли не повторялись. Считает себя больной с осени 2017г., когда после работы в саду стала отмечать боли в коленных суставах, после обследования у ревматолога установлен диагноз артрозоартрит коленных суставов. Назначен прием препарата Арта в течение 0,5 года с последующими повторными курсами. При усилении болей в коленных суставах самостоятельно принимала диклофенак 100 мг. Весной 2018г. появились боли эпигастральной области, которые пациента купировала приемом альмагеля А. С мая месяца, боли носят постоянный характер, прием альмагеля, но-шпы боли не купирует и пациентка обратилась к гастроэнтерологу.

1.4. Анамнез жизни

- росла и развивалась соответственно возрасту, от сверстников не отставала. Имеет высшее образование, по профессии экономист. С профессиональными вредностями контакта не имела;
- наследственность: мать страдает хроническим панкреатитом, ЖКБ;

- не курит, употребление алкоголя отрицает;
- аллергических реакций на лекарственные препараты не отмечено;
- питается регулярно, аппетит сохранен

1.5. Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 160 см, вес 87 кг. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Гиперстенического телосложения. Периферические лимфоузлы не увеличены. Деформация коленных суставов. При перкуссии легких ясный легочный звук. При аускультации везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 82 в минуту. АД 130/80 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастральной области, правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень не выступает из под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный, коричневого цвета без патологических примесей

Вопрос №1 Необходимым методом исследования для постановки правильного диагноза является:

1. эзофагогастродуоденоскопия
2. УЗИ органов брюшной полости
3. клинический и биохимический анализы крови
4. общий анализ кала

3. Результаты обследования

3.1. Эзофагогастродуоденоскопия

Пищевод проходим, стенки его эластичные, слизистая бледно-розовая. Кардия смыкается. В желудке умеренно желчи. Складки слизистой невысокие, ровные. Слизистая желудка неравномерно гиперемирована, преимущественно в антральном отделе, несколько отечна, там же видны эрозии с налетом фибрина. Угол желудка не изменен. Привратник круглой формы, проходим. Луковица 12 пк средних размеров, слизистая гиперемирована и умеренно отечна. Постбульбарный отдел проходим, область большого дуоденального соска не изменена, дуоденогастральный рефлюкс. Заключение: эрозивный антральный гастрит, бульбит, дуоденогастральный рефлюкс. Экспресс тест на *H.pylori* -отрицательный

3.2. УЗИ органов брюшной полости

Печень: контуры четкие, ровные. Размер не изменен, левая доля 67x80 мм, правая доля 125x145мм. Эхогенность незначительно повышена. Эхоструктура однородная. Сосудистый рисунок не изменен. Печеночные вены не расширены, диаметром 8 мм. Очаговые изменения не выявлены. Желчный пузырь: среднего размера 86x18мм, форма изменена, с перегибом в шейке. Стенка не утолщена 1,9мм. Эхогенность стенки повышена, эхоструктура однородная. Пристеночные образования не выявлены. Содержимое неоднородное.

Внутрипеченочные желчные протоки не расширены. Гепатикохоледох не расширен 4 мм. В желудке избыточное жидкое содержимое.

Поджелудочная железа: контуры четкие, ровные. Размеры нормальные: головка 19мм, тело 9мм, хвост 17мм. Эхогенность средняя, эхоструктура однородная. Главный панкреатический проток не расширен. Портальная вена – диаметр не изменен 8 мм. Селезеночная вена диаметр не изменен – 7 мм в области тела поджелудочной железы. Селезенка: нормальных размеров 97x30мм, эхоструктура обычная, очаговые изменения отсутствуют. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Заключение: УЗ признаки незначительных диффузных изменений поджелудочной железы (по типу липоматоза), деформации и взвеси желчного пузыря.

3.3. Клинический и биохимический анализы крови

Показатель	Результат	Норма
Эритроциты (RBC), *10 ¹² /л	4,0	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	138	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT),%	41	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,92	0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	92,6	80-100

Показатель	Результат	Норма
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	30	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	34	32,0-37.0
Ретикулоциты (RET), %	2	2-12
Тромбоциты (PLT), *10 ⁹ /л	182	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 ⁹ /л	5,9	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	1	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	55,9	47-72
Эозинофилы, %	2	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	31	19-37
Моноциты, %	6	2-10
СОЭ, мм/ч	4	м. 2-10 ж. 2-15
Азот мочевины ммоль/л;	5,1	м 3,2-7,3 ж 2,6-6,7
АСТ ед/л;	27	м до 40 ж до32
амилаза ед/л;	50,8	28-100
АЛТ ед/л;	28	м до 41 ж до33
общий белок г/л;	66,6	64,0 -83,0
глюкоза ммоль/л,	5,7	4,1-6,1
билирубин общий мкмоль/л;	16,1	3,5-21,0
билирубин прямой мкмоль/л;	4,5	до 5,0
ГГТ ед/л;	18	м 10-71 ж 6-42
креатинин мкмоль/л;	114	м 62-106 ж 44-80
мочевая кислота мкмоль/л;	229	м 202,3- 416,5 ж 142,8-339,2
холестерин ммоль/л,	4,82	2,9-5,2
щелочная фосфатаза ед/л;	166	м 40-130 ж 35-105

3.4. Общий анализ кала

Общий анализ кал1. жир нейтральный - немного;
Жирные кислоты – немного;
Йодофильная флора – патологическая немного;
Консистенция – плотная;
Крахмал - внеклеточный немного;
Кристаллы – копролиты;
Лейкоциты – не обнаружены;
Мыла - немного;
Мышечные волокна с исчерченностью – умеренно;
Растительная клетчатка непереваримая – немного;
Реакция на билирубин – отрицательная;
Реакция на скрытую кровь – отрицательная;

Реакция на стеркобилин – положительная;

Слизь – немного;

Соединительная ткань – нет;

Форма – оформленный;

Цвет коричневый;

Элементы грибов – нет;

Эозинофилы – нет;

Эпителий – не обнаружен;

Эритроциты – не обнаружены

Вопрос №2 Данному пациенту на основании физикального и дополнительного обследования можно поставить диагноз:

1. Эрозивный гастрит, ассоциированный с приемом НПВП (диклофенак)

2. Поверхностный гастрит. Дуодено-гастральный рефлюкс

3. Хронический гастрит, неассоциированный с *H. pylori*.

4. Дискинезия желчного пузыря по гипомоторному типу.

5. Диагноз

Диагноз:

5.1. Эрозивный гастрит, ассоциированный с приемом НПВП (диклофенак)

5.2. Поверхностный гастрит. Дуодено-гастральный рефлюкс

5.3. Хронический гастрит, неассоциированный с *H. pylori*.

5.4. Дискинезия желчного пузыря по гипомоторному типу.

Вопрос №3 Для лечения и профилактики НПВП-гастропатии наиболее эффективны:

1. ингибиторы протонной помпы (ИПП)

2. H₂ блокаторы гистамина

3. антациды

4. препараты висмута

Вопрос №4 Антисекреторным препаратом – ингибитором протонной помпы является:

1. эзомепразол

2. сукральфат

3. фамотидин

4. метоклопрамид

Вопрос №5 Среди ингибиторов протонной помпы (ИПП) самое низкое сродство с цитохромом P450 проявляют:

1. рабепразол и пантопразол

2. омепразол и эзомепразол

3. лансопразол и омепразол ДСР

4. H₂ блокаторы и декслансопразол

Вопрос №6 Повысить эффективность лечения НПВП-гастропатии позволяет прием:

1. ингибитора протонной помпы (ИПП) и висмута трикалия дицитрата

2. гевискона и H₂ блокаторов гистамина

3. неселективных ЦОГ-1 и антацидов

4. сукральфата и синтетического аналога простагландина E₁

Вопрос №7 Перед длительным назначением НПВП рекомендуется:

1. обследование больных на *H. pylori*

2. проведение УЗИ брюшной полости

3. исследование показателей красной крови

4. исследование кала на скрытую кровь

Вопрос №8 При высоком риске развития НПВП-гастропатии следует отдавать предпочтение:

1. селективным ЦОГ-2 НПВП в сочетании с ИПП

2. неселективным ЦОГ-1 и препаратам висмута

3. H₂ блокаторам гистамина и селективным ЦОГ-2

4. синтетическим аналогам простагландина E₁

Вопрос №9 К селективным ЦОГ-2 относят:

1. целекоксиб

2. напроксен

3. кетопрофен

4. сулиндак

Вопрос №10 Риск осложнений при НПВП-гастропатии повышается при одновременном приеме НПВП и:

1. антикоагулянтов или кортикостероидов
2. антагонистов кальция
3. ингибиторов ангиотензин превращающего фермента
4. антиаритмических препаратов IC класса

Вопрос №11 Риск развития НПВП-гастропатии меньше при лечении:

1. ибупрофеном
2. пироксикамом
3. диклофенаком
4. напроксеном

Вопрос №12 Основным отличием симптоматических язв от язвенной болезни является:

1. отсутствие хронического рецидивирующего течения
2. локализация язвы
3. величина язвы
4. кровотечение

Эталон ответов:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

3. ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ по дисциплине (экзамен)

3.1 Вопросы к экзамену (ОПК-5,ОПК-6,ПК-2,ПК-6,ПК-7,ПК-9,ПК-10):

1. Стандарт участкового врача поликлиники.
2. Основные медицинские документы, заполняемые участковым врачом (ВОП).
3. Информационная база данных о пациенте на амбулаторно-поликлиническом этапе. Документация.
4. Вопросы диагностики терапевтических заболеваний на амбулаторно-поликлиническом этапе. Правила формулировки диагноза.
5. Понятия «трудоспособность» и «инвалидность». Этапы экспертизы трудоспособности. Документация.
6. Экспертиза временной нетрудоспособности. Документация, правила и полномочия ее оформления.
7. Вопросы экспертизы временной нетрудоспособности – критерии, тактика ведения на амбулаторно-поликлиническом этапе, документация.
8. Экспертиза стойкой нетрудоспособности – критерии, тактика ведения на амбулаторно-поликлиническом этапе, документация.
9. Профилактическая работа ВОП (участкового врача). Образовательные программы.
10. Диспансеризация населения: виды, тактика проведения, документация.
11. Всеобщая диспансеризация населения: виды, тактика проведения. Документация.
12. Стационарзамещающие технологии в поликлинике. Организационные основы медико-санитарной помощи. Показания к госпитализации.
13. Дневной терапевтический стационар в поликлинике. Организационные основы медико-санитарной помощи. Показания к госпитализации.
14. Стационар на дому. Организация, показания для госпитализации.
15. Индивидуальная программа реабилитации (абилитации): критерии, тактика проведения на амбулаторно-поликлиническом этапе.
16. Синдром лихорадки. Тактика ведения больных на амбулаторно-поликлиническом этапе.
17. Длительные субфебрилитеты - тактика ведения больных на амбулаторно-поликлиническом этапе.
18. Респираторные инфекции. Тактика ведения в поликлинике. Выбор антимикробного препарата.
19. Грипп. Тактика работы участкового врача в инфекционном очаге. Документация. Современное лечение.
20. Больной с заболеванием органов дыхания на приеме в поликлинике. Общая программа амбулаторно-поликлинического обследования. Целевой скрининг.
21. Приступ бронхиальной астмы. Неотложная помощь. Тактика дальнейшего ведения больного в поликлинике.

22. Бронхообструктивный синдром в амбулаторной практике врача терапевта.
23. Внебольничные пневмонии. Стратегия ведения в поликлинике (Приказ МЗ РФ № 300). Рациональная антибактериальная терапия.
24. Внебольничные пневмонии. Тактика ведения в поликлинике, показания к госпитализации.
25. Внебольничные пневмонии. Тактика ведения (скрининг, лечение, диспансеризация, реабилитация, профилактика) на амбулаторно-поликлиническом этапе. Экспертиза трудоспособности, прогноз.
26. Факторы риска, профилактика сердечно-сосудистых осложнений у больных высокого риска на амбулаторно-поликлиническом этапе.
27. Дислипидемии и гиперлипидемии. Целевые значения. Значимость для профилактики сердечно-сосудистых осложнений Тактика ведения в поликлинике.
28. Артериальные гипертензии. Современные технологии ведения в поликлинике. Подбор медикаментозной терапии. Критерии эффективности.
29. Гипертонический криз. Неотложная помощь. Тактика дальнейшего ведения больного в поликлинике.
30. Артериальная гипертензия у беременных. Тактика ведения на амбулаторно-поликлиническом этапе.
31. Нарушения ритма в условиях поликлиники. Тактика ведения.
32. Пациент с фибрилляцией предсердий на амбулаторном приеме у терапевта. Тактика ведения (скрининг, лечение, диспансеризация, реабилитация, профилактика) на амбулаторно-поликлиническом этапе. Экспертиза трудоспособности.
33. Пароксизм фибрилляции/трепетания предсердий. Неотложные мероприятия на догоспитальном этапе.
34. Пароксизм суправентрикулярной тахикардии. Тактика ведения на амбулаторно-поликлиническом этапе.
35. Больной с кардиалгией на амбулаторном приеме. Создайте диагностический алгоритм с учетом прогностической значимости.
36. Приступ ангинозных болей в области сердца. Алгоритм диагностики и купирования в амбулаторных условиях.
37. Ишемическая болезнь сердца. Классификация. Консервативная и «агрессивная» тактика ведения. Критерии выбора. Диспансеризация, реабилитация.
38. Острый коронарный синдром в условиях поликлиники. Тактика ведения и лечения.
39. Синкопальные состояния. Алгоритм диагностического поиска.
40. ТЭЛА в практике врача-терапевта. Оказание неотложной медицинской помощи.
41. Недостаточность кровообращения у больных. Классификация. Тактика ведения в условиях поликлиники.
42. Реабилитация кардиохирургических больных с пороками сердца. Тактика ведения на амбулаторно-поликлиническом этапе.
43. Реабилитация кардиохирургических больных с аритмиями. Тактика ведения на амбулаторно-поликлиническом этапе.
44. Реабилитация кардиохирургических больных с ИБС. Тактика ведения на амбулаторно-поликлиническом этапе.
45. Реабилитация больных после перенесенного инфаркта миокарда, инсульта на поликлиническом этапе. Антитромбоцитарная терапия в амбулаторно-поликлинических условиях.
46. Скрытые анемические состояния. Стандарты диагностики. Клиника. Тактика ведения в поликлинике.
47. Железодефицитные анемии в поликлинической практике. Стандарты скрининга, нормативы. Тактика ведения в поликлинике.
48. Витамин-B12 и фолиеводефицитные анемии. Стандарты диагностики. Клиника. Тактика ведения в поликлинике.
49. Острые лейкозы в поликлинической практике. Стандарты скрининга. Тактика ведения в поликлинике.
50. Хронические лейкозы в поликлинической практике. Стандарты скрининга. Тактика ведения в поликлинике.
51. Гемобластозы в практике терапевта. Выбор синдрома для скрининга, тактика ведения на амбулаторно-поликлиническом этапе.
52. Больной с желтухой на приеме у врача-терапевта. Стандарт обследования и ведения.

53. Патология билиарной системы (дискинезия билиарных путей, холецистит). Стандарт ведения при диспансерном наблюдении.
54. Неалкогольная жировая болезнь печени. Тактика ведения (скрининг, лечение, диспансеризация, реабилитация, профилактика) на амбулаторно-поликлиническом этапе. Экспертиза трудоспособности. Прогноз.
55. Алкогольная жировая болезнь печени. Тактика ведения (скрининг, лечение, диспансеризация, реабилитация, профилактика) на амбулаторно-поликлиническом этапе. Экспертиза трудоспособности, прогноз.
56. Больной с гепатолиенальным синдромом на приеме у врача-терапевта. Стандарт обследования и ведения.
57. Кислотозависимая патология желудка. Желудочная диспепсия. Тактика ведения (скрининг, лечение, диспансеризация, реабилитация, профилактика) на амбулаторно-поликлиническом этапе. Экспертиза трудоспособности, прогноз.
58. Кислотозависимая патология желудка. Язвенная болезнь. Тактика ведения (скрининг, лечение, диспансеризация, реабилитация, профилактика) на амбулаторно-поликлиническом этапе. Экспертиза трудоспособности, прогноз.
59. Кислотозависимая патология желудка. ГЭРБ. Клинические маски. Тактика ведения (скрининг, лечение, диспансеризация, реабилитация, профилактика) на амбулаторно-поликлиническом этапе. Экспертиза трудоспособности, прогноз.
60. Язвенная болезнь. Экспертиза трудоспособности. Диспансеризация. Тактика проведения.
61. НПВП-гастропатия. Диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация.
62. Тактика ведения больного с эпигастралгией в поликлинике.
63. Абдоминальная боль, управление болью в поликлинической практике.
64. Дифференциальная диагностика при острой боли в животе на догоспитальном этапе.
65. Суставной синдром. Алгоритм диагностического поиска.
66. Остеоартроз. Тактика ведения (скрининг, лечение, диспансеризация, реабилитация, профилактика) на амбулаторно-поликлиническом этапе. Экспертиза трудоспособности. Прогноз.
67. Подагра. Тактика ведения (скрининг, лечение, диспансеризация, реабилитация, профилактика) на амбулаторно-поликлиническом этапе. Экспертиза трудоспособности.
68. Реактивные артриты. Вопросы ранней диагностики и лечения на амбулаторно-поликлиническом этапе.
69. Остеопороз в амбулаторной практике. Вопросы диагностики, лечения, профилактики.
70. Инфекции мочевыводящих путей – критерии диагностики. Тактика ведения (скрининг, лечение, диспансеризация, реабилитация, профилактика) на амбулаторно-поликлиническом этапе. Экспертиза трудоспособности, прогноз.
71. Хроническая болезнь почек в поликлинической практике. Вопросы ранней диагностики и лечения, прогноз.
72. Заболевания почек у беременных. Тактика ведения на амбулаторно-поликлиническом этапе.
73. Пациент с ожирением на амбулаторном приеме. Тактика ведения (скрининг, лечение, диспансеризация, реабилитация, профилактика) на амбулаторно-поликлиническом этапе. Экспертиза трудоспособности.
74. “Метаболический синдром”. Понятие. Тактика ведения (скрининг, лечение, диспансеризация, реабилитация, профилактика) на амбулаторно-поликлиническом этапе. Экспертиза трудоспособности, прогноз.
75. Коморбидность. Понятие. Вопросы диагностики терапевтических заболеваний на амбулаторно-поликлиническом этапе. Правила формулировки диагноза.
76. Тактика ведения (скрининг, лечение, диспансеризация, реабилитация, профилактика) на амбулаторно-поликлиническом этапе. Экспертиза трудоспособности, прогноз при коморбидных состояниях: остеоартроз + ЯБ+ИБС.
77. Тактика ведения больных на амбулаторно-поликлиническом этапе при коморбидных состояниях: АГ+ИБС. Лечебные и профилактические мероприятия.
78. Тактика ведения (скрининг, лечение, диспансеризация, реабилитация, профилактика) на амбулаторно-поликлиническом этапе. Экспертиза трудоспособности. Прогноз при коморбидных состояниях: АГ+СД, метаболический синдром.
79. Тактика ведения (скрининг, лечение, диспансеризация, реабилитация, профилактика) на амбулаторно-поликлиническом этапе. Экспертиза трудоспособности. Прогноз при коморбидных состояниях: ИБС + ЯБ, ИБС + БА.

80. Паранеопластический синдром. Маркеры. Понятие «онкологической настороженности». Маршрутизация пациентов.
81. Ранняя диагностика онкологических заболеваний ЖКТ на амбулаторном этапе. Тактика ведения в поликлинике.
82. Маршрутизация пациентов с подозрением на онкологическую патологию (ЖКТ). Понятие. Сроки.
83. «Паллиативная медицинская помощь». Понятие. Организация. Контингент наблюдения.
84. Длительно иммобилизованный пациент в практике терапевта. Тактика ведения (скрининг, лечение, диспансеризация, реабилитация, профилактика) на амбулаторно-поликлиническом этапе. Экспертиза трудоспособности, прогноз.
85. Особенности тактики ведения соматических заболеваний у подростков.
86. Особенности тактики ведения соматических заболеваний у пожилых пациентов.
87. Экстрагенитальная патология у беременных. Тактика ведения (скрининг, лечение, диспансеризация, реабилитация, профилактика) на амбулаторно-поликлиническом этапе. Экспертиза трудоспособности, прогноз.
88. Анемии у беременных. Тактика ведения на амбулаторно-поликлиническом этапе.
89. Отёк Квинке, крапивница. Неотложные мероприятия на догоспитальном этапе. Тактика дальнейшего ведения больного в поликлинике.
90. Лекарственный анафилактический шок. Лечебные мероприятия на догоспитальном этапе.

3.2 Перечень практических навыков, вынесенных на экзамен (аттестацию)

Студент должен владеть следующими практическими навыками:

1. Правильно заполнять первичную и текущую документацию, с которой имеет дело участковый терапевт в повседневной практике:
 - «Листок нетрудоспособности»;
 - «Медицинскую карту амбулаторного больного» (форма №025/у);
 - «Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию» (форма №057, у-04);
 - «Контрольную карту диспансерного наблюдения» (форма 030/у);
 - «Сертификат профилактических прививок» (форма №156, е-93);
 - «Карту профилактических прививок» (форма №063/у);
 - «Направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь» (форма №088, у-06);
 - «Справку для получения санаторно-курортных путевок (форма №070, у-04);
 - «Санаторно-курортные карты» (форма №072/у-04)
 - «Рецептурный бланк» (форма № 107-1/у);
 - «Рецептурный бланк» (форма №148-1/У-04 (л));
 - «Рецептурный бланк» (форма №148-1/У-06 (л));
 - Специальный рецептурный бланк на наркотическое средство и психотропное вещество.
2. В ограниченное время качественно провести опрос и осмотр пациента и выявить основные жалобы и объективные признаки заболевания.
3. Определить оптимальный вариант необходимых для установления клинического диагноза лабораторных и инструментальных методов исследования, наиболее информативных для верификации того или иного заболевания с учетом существующих стандартов нозологической диагностики для первичного звена системы здравоохранения.
4. В полном объеме и правильно интерпретировать полученные результаты обследования (анализы, ЭКГ и другие функциональные методы, эндоскопию, ультразвуковое и рентгенологическое исследование и т.д.).
5. Составить план лечения и профилактики в амбулаторных условиях для конкретного больного.
6. Составить план реабилитации больного, выписанного из стационара для дальнейшего лечения в амбулаторных условиях.
7. Выписать рецепты (с учетом социальных прав, льгот на лекарства) на обычные лекарства, наркотические и приравненные к ним средства.
8. Оказать первую медицинскую помощь в экстренных случаях до приезда скорой медицинской помощи.

9. Определить показания для госпитализации (и ее профильность) терапевтических больных и реализовать госпитализацию в экстренном и плановом порядке.
10. Владеть основными навыками работы терапевта в условиях дневного стационара поликлиники и стационара на дому.
11. Пользоваться законодательствами, установками по экспертизе трудоспособности, определить причину временной нетрудоспособности, критерии выздоровления и восстановления трудоспособности.
12. Правильно оформить документы временной нетрудоспособности.
13. Своевременно выявить признаки инвалидности, прогнозировать группу, оформить документы для направления на медико-социальную экспертизу (МСЭ).
14. Своевременно выявить показания к трудоустройству и правильно его реализовать.
15. Составить индивидуальную программу реабилитации больного.
16. Проводить диспансеризацию (по основным группам диспансерного наблюдения), оформить первичную и текущую документацию, составить план вторичной профилактики, оценить эффективность диспансеризации и, при необходимости, провести ее коррекцию.
17. Дать пациенту рекомендации по первичной профилактике, здоровому образу жизни с учетом состояния его здоровья.
18. Своевременно решать вопросы о необходимости и целесообразности санаторно-курортного лечения больных терапевтического профиля с учетом индивидуальных показаний и противопоказаний для пациента.
19. Правильно оформить документы на санаторно-курортное лечение.

3.3 Клинические задачи, вынесенные на экзамен

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть: 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 гиперемированы. 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. Край дефекта имеют чёткие границы, гиперемированы, 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 СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с *Helicobacter pylori*. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) Хронический фарингит стадия ремиссии.

Ожирение 1 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 1ст. - показатель индекса массы тела - 32,0 кг/м², который соответствует 1 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть: Женщина 75 лет обратилась на приём с жалобами на интенсивную постоянную боль в поясничной области, усиливающуюся при поворотах тела и наклонах вперёд. Больной себя считает в течение недели, когда во время работы в огороде (уборка картофеля)

появились вышеуказанные боли. С целью уменьшения болевого синдрома принимала баралгин – с незначительным эффектом.

Из анамнеза: на пенсии (ранее работала преподавателем), профессиональные вредности отрицает. Перенесённые операции: гистерэктомия в 44 года (по поводу фибромиомы матки), хирургическая менопауза. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожный покров физиологической окраски. Рост 160 см., вес 52 кг, ИМТ 20,3 кг/м². При осмотре костно-мышечной системы усилен грудной кифоз, подчёркнут поясничный лордоз. Болезненная пальпация остистых отростков в поясничном отделе. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 64 в минуту, АД 125/80 мм рт.ст. Язык не обложен, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Размеры печени - 9(0)×8×7 см. Селезёнка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненное, дизурии нет. Стул оформленный 1 раз в сутки, без патологических примесей. Общий анализ крови: эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 130 г/л, лейкоциты – $7,8 \times 10^{12}/л$, базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 73%, лимфоциты – 18%, моноциты – 8%, тромбоциты – $267 \times 10^9/л$, СОЭ – 14 мм/час. Общий анализ мочи: pH – 6,8, удельный вес – 1018, белок и сахар – отрицат., лейкоциты – 2-3 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок – 74 г/л, щелочная фосфатаза – 140 МЕ/л, АСТ – 16 МЕ/л, АЛТ – 22 МЕ/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, креатинин – 75 мкмоль/л. На рентгенограмме пояснично-крестцового отдела позвоночника – передняя клиновидная деформация L3 и L4.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Определите план ведения пациентки с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов (с указанием доз используемых препаратов).
5. Пациентка повторно обратилась на консультацию через 2 года. По данным денситометрии Т-критерий в поясничном отделе позвоночника составил -3,0 (в начале лечения), -3,4 (через 1,5 года); в бедре показатели Т-критерия составили -2,2 и -2,5 соответственно. Кроме того, 5 месяцев назад у пациентки был низкоэнергетический перелом левой лучевой кости. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте свой выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

1. ***Остеопороз сочетанного генеза (постменопаузальный + сенильный), тяжёлое течение (компрессионные переломы тел позвонков в поясничном отделе).***

2. Диагноз «остеопороз» установлен на основании типичных жалоб пациентки (боль постоянного характера, усиливающаяся при нагрузке в поясничном отделе позвоночника), анамнезе заболевания (возникновение боли в пожилом возрасте после интенсивной физической нагрузки), наличия факторов риска (ранняя хирургическая менопауза), данных осмотра (усиленный грудной кифоз, сглаженный поясничный лордоз) и рентгенологического обследования (клиновидная деформация тел позвонков). Диагноз «артериальная гипертензия» установлен, исходя из данных анамнеза.

3. Пациентке рекомендовано: проведение двухэнергетической рентгеновской костной абсорбциометрии (DXA) для оценки минеральной плотности костной ткани. Данная методика необходима не только для подтверждения диагноза, но и для динамической оценки и контроля эффективности проводимой терапии определение абсолютного риска переломов в течение последующих 10 лет жизни с помощью калькулятора FRAX. Показанием к началу лечения считается риск общих переломов - более 20%, риск перелома бедра - более 3%; исследование общего кальция и фосфора в сыворотке крови для выявления противопоказаний к лечению либо коррекции нарушений (гиперпаратиреоз, заболевания костей). По показаниям возможно определение уровня ПТГ (подозрение на гиперпаратиреоз), 25(ОН)D₃ (при подозрении на гиповитаминоз Д), Са и креатинина в утренней и суточной моче, клиренса креатинина и ТТГ у женщин (выявление причин вторичного остеопороза).

Кроме того, пациентке показаны консультации смежных специалистов – врача-офтальмолога и врача-невролога – для выявления нарушений, способных увеличить риск падений, и их коррекции.

4. В план ведения данной пациентки целесообразно включить не только методы лечения с целью увеличения плотности костной ткани, но и методы профилактики для уменьшения риска переломов. Из методов профилактики наибольшее значение имеет: лечебная физкультура для

укрепления мышц и улучшения мышечного чувства (снижение риска падений); обучение пациентки, а именно, разъяснение поведения в быту и на улице с целью уменьшения риска падений; выявление сопутствующих заболеваний, которые могут сопровождаться нарушением равновесия.

К методам немедикаментозного лечения следует отнести использование корсета: в первые 8 недель необходимо использовать жёсткий рамочный корсет (с ограничением движений в позвоночнике), в дальнейшем – динамический корсет. Из медикаментозных методов следует использовать: препараты кальция и витамина Д в следующих дозах: кальций – 1200 мг/сутки, витамин Д – 1000-2000 МЕ/сутки; в качестве антиостеопоротических препаратов можно использовать несколько групп: бисфосфонаты (Алендронат в дозе 70 мг/неделю, Ибандронат в дозе 150 мг/месяц, Ризендронат в дозе 35 мг/неделю, Золедроновая кислота в дозе 5 мг/год), Деносумаб в дозе 60 мг - 1 раз в полгода. С учётом наличия компрессионного перелома можно предложить кальцитонин лосося в дозе 200 МЕ интраназально или 100 МЕ в/м в течение 2 недель.

5. Следует уточнить у пациентки, насколько точно она выполняла все назначения врача (доза и кратность приёма препаратов). В случае, если все назначения выполнялись в полном объёме, следует провести дообследование для исключения метаболических заболеваний скелета – определение уровня кальция, фосфора и витамина Д в сыворотке крови, паратгормона, ТТГ щелочной фосфатазы и направить на консультацию к ревматологу. При отсутствии иных метаболических заболеваний скелета возможно назначение Деносумаба, или Терипаратида, или Стронция ранелата в комплексе в препаратах кальция и витамина Д и проведением контрольной денситометрии через 1 год.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть. Больной 44 лет жалуется на боль в левом подреберье с иррадиацией в левую надключичную область, усиливающуюся при глубоком дыхании, тошноту, рвоту с примесью желчи, кашель с мокротой. Около 6 часов назад появился озноб. Затем боль в левом подреберье, рвота съеденной пищей. Вызванной бригадой скорой медицинской помощи диагностирован острый гастрит, введены анальгетики и спазмолитики. После некоторого облегчения боли возобновились (2 часа назад), была повторная рвота. При осмотре врачом вновь вызванной скорой медицинской помощи больной лежит на левом боку. Состояние средней тяжести, слева над проекцией нижней доли определяется крепитация, частота дыхательных движений (ЧДД) - 26 в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Ритм правильный, 96 в минуту. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастрии. Температура тела 39,4 °С. На ЭКГ: ритм синусовый, нормальное положение электрической оси сердца. При рентгенографии - затемнение над диафрагмой и в нижней доле слева.

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?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

1. *Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония. Диафрагмальный плеврит.*
2. Общий анализ крови; Общий анализ мочи; Биохимический анализ крови: общий белок, билирубин, аминотрансферазы, холестерин, ЛДГ, серомукоид, гаптоглобин; Рентгенологическое исследование легких, компьютерная томография. Посев мокроты.
3. Антибиотики широкого спектра действия (пенициллины полусинтетические, цефалоспорины III поколения или макролиды), муколитики. Ацетилцистеин.
4. Острый гастрит, острый холецистит, язвенная болезнь 12-перстной кишки, спонтанный пневмоторакс.
5. Характерны жалобы на боли в грудной клетке особенно при глубоком дыхании, повышение температуры тела, общая слабость. Объективно: учащенное поверхностное дыхание, вынужденное положение тела, при аускультации - шум трения плевры.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть: Пациент М. 47 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на общую слабость, вялость, плохой аппетит, чувство тяжести в эпигастрии после приема пищи. Подобные жалобы беспокоят в течение длительного времени, ранее не обследовался. Кроме того, в последние 4 месяца стал отмечать появление неустойчивости при ходьбе, ощущение «мурашек» в нижних конечностях, жжение языка.

Из анамнеза известно, что с молодого возраста знает о наличии аутоиммунного тиреоидита (регулярно наблюдается у эндокринолога, уровень ТТГ в пределах нормальных значений). Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы слегка бледные, нормальной влажности.

Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем без особенностей. Язык обложен белым налётом у корня, сосочки сглажены. Живот не вздут, мягкий, слегка чувствительный в эпигастрии. Отёков нет.

В клиническом анализе крови: гемоглобин - 106 г/л, эритроциты - $2,9 \times 10^{12}$ л, цветовой показатель - 1,09, MCV - 130, ретикулоциты - 1%, лейкоциты - $4,9 \times 10^9$ /л, СОЭ -15 ммч, макроцитоз, анизоцитоз, тельца Жолли. В биохимическом анализе крови: АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 30 Ед/л, амилаза - 60 Ед/л, щелочная фосфатаза - 59 Ед/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Предложите план дальнейшего обследования.
3. Какие специфические иммунологические маркеры могут подтвердить диагноз?
4. Какие изменения эндоскопической картины можно ожидать при ФГДС?
5. Предложите план лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4

1. Диагноз: ***V12-дефицитная анемия, средней степени тяжести, фуникулярный миелоз. Хронический гастрит, тип А. Аутоиммунный тиреоидит, эутиреоз.***

2. Определение уровня витамина В12, фолиевой кислоты, сывороточного железа в крови; определение уровня гастрина, пепсиногена в крови; ФГДС с гистологическим исследованием биоптатов и хелпил-тестом. Консультация гематолога с проведением стеральной пункции для выявления мегалобластического типа кроветворения.

3. Антитела к париетальным клеткам желудка и фактору Кастла.

4. Явления атрофии слизистой оболочки в области тела желудка.

5. Витамин В12 в/м по 100-200 мкг через день - 2 недели, затем 50-100 мкг 2 раза в неделю в течение 6 месяцев, в дальнейшем 50 мкг 1 раз в 2 недели;- для устранения симптомов диспепсии - прокинетики (Домперидон, Мотилиум - 10 мг 3-4 р\сут).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть: 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 - $3,2 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,9; тромбоциты - 270×10^9 /л, лейкоциты - $10,7 \times 10^9$ /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%, α_1 - 3,5%, α_2 -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 СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5

1. **Острый постстрептококковый гломерулонефрит, симптоматическая артериальная гипертензия, 2 степени, риск 4. Острая почечная недостаточность.**

2. Возникновение поражения почек вскоре после переохладения 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).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть: Пациент 57 лет жалуется на кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке (подъем на 1 этаж, ходьба в умеренном темпе), сердцебиение, слабость, утомляемость. Выраженность симптомов по «Оценочному тесту по ХОБЛ» (САТ) 28 баллов. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 37 лет, индекс курильщика=37. Кашель в течение многих лет с мокротой по утрам. Часто отмечал субфебрильную температуру. 3 года назад появилась постепенно усиливающая одышка, отеки на голенях. При усилении одышки применяет беродуал. В последние годы участились обострения в связи с простудой до 2-3 раз в год. В прошлом году один раз был госпитализирован в стационар с обострением.

Объективно: гиперстенического телосложения, повышенного питания. ИМТ – 29 кг/м². Выраженный диффузный цианоз. Грудная клетка обычной конфигурации. При перкуссии лёгочный звук, в нижних отделах с коробочным оттенком. Дыхание жёсткое, с удлинённым выдохом, рассеянные сухие свистящие хрипы. ЧД – 24 в минуту. Границы сердца расширены вправо, акцент 2 тона над лёгочной артерией. ЧСС – 86 ударов в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Шейные вены в положении лёжа набухают. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. На ногах отеки. Общий анализ крови: эритроциты – $4,8 \cdot 10^9$ /л, Hb – 168 г/л, лейкоциты – $6,1 \cdot 10^9$ /л (лейкоцитарная формула – без особенностей), СОЭ – 15 мм/ч. Спирометрия: ОФВ1=30,0% от должного, ОФВ1/ФЖЕЛ=0,6. Пульсоксиметрия: SaO₂=87%. ЭКГ – признаки гипертрофии правого желудочка и правого предсердия. Рентгенография органов грудной клетки: лёгочный рисунок усилен, деформирован. Корни деформированы, уплотнены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте медикаментозную терапию. Обоснуйте свой ответ.
4. Составьте план диспансерного наблюдения.
5. Проведите экспертизу нетрудоспособности.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6

1. *ХОБЛ, бронхитический тип, крайне тяжёлая бронхиальная обструкция (GOLD 4), с выраженными симптомами (САТ – 28), высокий риск обострений, группа D). Хроническое лёгочное сердце. ДН 3 ст. ХСН IIБ, ФК III (NYHA).*

2. Диагноз «ХОБЛ» установлен на основании жалоб на кашель с выделением мокроты и одышку, наличии в анамнезе фактора риска (курение), наличии признаков бронхиальной обструкции (сухие свистящие хрипы, снижение ОФВ1/ФЖЕЛ <0.7 и снижение ОФВ1), рентгенологических данных. Степень тяжести бронхиальной обструкции установлена на основании данных спирометрии (ОФВ1=30% от должных значений), риск обострений установлен данных спирометрии (ОФВ1=30% от должных значений) и анамнеза предшествующих обострений (1 госпитализация по поводу обострения в прошлом году). Совокупность этих признаков соответствует клинической группе D (выраженные симптомы, высокий риск). Бронхитический тип установлен на основании жалоб и данных рентгенографии органов грудной клетки, характерных для хронического бронхита. Диагноз «лёгочное сердце» поставлен на основании данных ЭКГ и клинических признаков правожелудочковой недостаточности (увеличение печени, отеки нижних конечностей, набухание шейных вен), стадия сердечной недостаточности – на основании симптомов (отёки на ногах, увеличение печени, набухание шейных вен), ЭКГ. Степень дыхательной недостаточности определена на основании выраженности одышки (при незначительной физической нагрузке) и данных пульсоксиметрии.

3. Поскольку пациент относится к группе D, ему предпочтительно показан один из вариантов лечения:

- 1) комбинированная терапия ингаляционными глюкокортикоидами и длительно действующими бета-агонистами (например, Флютиказон 500 мкг + Сальметерол 50 мкг или Будесонид 320 мкг + Формотерол 9 мкг – по 2 ингаляции в сутки);
 - 2) длительно-действующие антихолинергические препараты (например, Тиотропия бромид 18 мкг 1 ингаляция в сутки), либо
 - 3) их комбинация. Альтернативной терапией является комбинация ингаляционного глюкокортикоида + длительно-действующего бета-агониста с ингибитором фосфодиэстеразы-4 (Рофлумиласт таблетки 0,5 мг 1 раз в день), либо комбинация длительно-действующего антихолинергического препарата с ингибитором фосфодиэстеразы-4, либо комбинация длительно-действующего антихолинергического препарата с длительно-действующим бета-агонистом. Возможно назначение короткодействующих бронхолитиков бета-агонистов (например, Формотерол) или антихолинергических средств (например, Ипратропия бромид) по требованию. Для лечения ХСН следует назначить ингибитор АПФ (например, Лизиноприл 5 мг/сут) или блокатор рецепторов ангиотензина (например, Кандесартан 8 мг/сут), бета-блокатор (один из 4 возможных препаратов – Метопролола сукцинат, Бисопролол, Карведилол или Небиволол в очень низких дозах, например, Бисопролол 1,25 мг/сут) и диуретики (Торасемид 2,5-5 мг/сут).
4. Пациенту с ХОБЛ крайне тяжёлого течения показан осмотр участковым терапевтом 1 раз в 3 месяца, пульмонологом 1 раз в 6 месяцев, другими специалистами (оториноларинголог, стоматолог, психотерапевт) по показаниям.
- Рекомендовано проведение следующих диагностических исследований: антропометрии, крупнокадровая флюорографии, ЭКГ, клинического анализа крови, общего анализа мокроты с исследованием на микобактерии туберкулеза, посева мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам, спирометрии с исследованием обратимости бронхиальной обструкции, пульсоксиметрии, теста с 6-минутной ходьбой. Дополнительно (необязательные исследования) показано исследование углекислого газа в выдыхаемом воздухе, исследование оксида азота в выдыхаемом воздухе.
5. Пациенту показано направление в бюро медико-социальной экспертизы, так как у него имеются признаки стойкой утраты трудоспособности: выраженные нарушения функции дыхания (ДН 3 ст.) и функции кровообращения (ХСН IIБ ст.), а также нарушение способностей к передвижению и самообслуживанию I степени.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть: Больной В. 43 лет обратился в поликлинику с жалобами на ноющие боли в эпигастральной области, которые возникают через 20-30 минут после приема пищи; на тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение; на снижение аппетита.

Из анамнеза заболевания: впервые подобные жалобы возникли около 6 лет назад, но боли купировались приемом Алмагеля и Но-шпы. За медицинской помощью ранее не обращался. Отмечает весенне-осенние обострения заболевания. Ухудшение самочувствия около двух дней, после употребления алкоголя и жареной пищи. Работает водителем такси. Питается нерегулярно, часто употребляет алкоголь. Курит в течение 20 лет до 2-х пачек сигарет в день. Наследственный анамнез: у отца – язвенная болезнь желудка.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Астеник, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 74 удара в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст.

Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 74 удара в минуту. Язык обложен белым налетом.

Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, симптом Менделя положительный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Селезёнка не увеличена.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневно, без патологических примесей.

Данные дополнительных методов исследования. Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $6,5 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 30%, моноциты – 8%, СОЭ

– 10 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок, цилиндры, соли - не определяются. Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген – 2,9 г/л, общий белок – 68 г/л. ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперемирована, складки обычной формы и размеров, в кардиальном отделе по большой кривизне определяется язвенный дефект 1,0-1,5 см, с ровными краями, неглубокий, дно прикрыто фибрином. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, слизистая бледно-розового цвета. Выявлен *Helicobacter pylori*.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Обоснуйте диагноз.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
5. Перечислите основные принципы лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7

1. *Болевой абдоминальный синдром, синдром желудочной диспепсии.*
2. *Язвенная болезнь желудка, стадия обострения, впервые выявленная, НР-ассоциированная.*
3. Диагноз выставлен на основании жалоб (ранние боли в эпигастрии после приёма пищи); данных анамнеза: наличие факторов риска (употребление алкоголя, нерегулярное питание, курение, отягощенная наследственность), сезонные обострения (весной и осенью); данных ФГДС; обнаружения НР.
4. Хронический гастродуоденит, симптоматические язвы, хронический панкреатит, хронический холецистит, злокачественные новообразования желудка.
5. Соблюдение режима питания и диеты, эрадикация НР (стандартная тройная терапия в течение 14 дней – Маастрихт-3), курс базисной антисекреторной терапии в течение 6-8 недель.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №8

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть: Мужчина 28 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры тела до 39,2°C с ознобами, кровоточивость десен, появление «синячков» на коже без видимых причин, общую слабость. Считает себя больным в течение 7 дней, когда появилось повышение температуры, принимал Парацетамол с кратковременным эффектом. Слабость стала прогрессивно нарастать, появилась кровоточивость.

Из анамнеза жизни: наличие хронических заболеваний отрицает. Родители здоровы. Имеет специальное среднее образование, работает технологом. Служил в армии на подводной лодке. Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,5°C. Кожные покровы бледные, обычной влажности. На коже нижних конечностей - экхимозы; петехии на коже плеч, предплечий; в ротовой полости – единичные петехиальные элементы. При аускультации дыхание везикулярное, ЧДД – 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 92 удара в минуту. АД – 100/65 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется на 1 см ниже края реберной дуги, размеры по Курлову – 16×10×9 см. Селезёнка пальпируется, эластичная, безболезненная, перкуторные размеры 10×8 см. Общий анализ крови: эритроциты - $2,3 \times 10^{12}$, Нв-78 г/л, тромбоциты - 30×10^9 , лейкоциты – $28,9 \times 10^9$, бласты - 32%, миелоциты – 0%, юные нейтрофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 38, лимфоциты – 25, СОЭ – 30.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?
4. Выберите и обоснуйте тактику ведения больного.
5. Какие осложнения возможны при данном заболевании.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №8

1. *Острый лейкоз, дебют. Гепатоспленомегалия. Анемия средней степени тяжести. Тромбоцитопения. Геморрагический синдром.*

2. Диагноз «острый лейкоз» поставлен на основании клинических данных: гепатоспленомегалии, геморрагического, анемического синдромов, интоксикации. Основными диагностическими критериями являются лабораторные данные: в общем анализе крови - лейкоцитоз (реже лейкопения), наличие бластных клеток, симптом лейкомиического «провала», анемии (гемоглобин - 78 г/л соответствует средней степени тяжести) и тромбоцитопении.

3. Основными исследованиями для уточнения диагноза являются: общий анализ крови (лейкоцитоз, наличие бластов, лейкомиический «провал», анемия, тромбоцитопения); стерильная пункция (20% и более бластных клеток в миелограмме); цитохимическое исследование и иммунофенотипирование бластов (определение варианта лейкоза), цитогенетическое исследование костного мозга (определение прогностически благоприятных и/или неблагоприятных цитогенетических дефектов); диагностическая люмбальная пункция (для исключения нейролейкемии); УЗИ внутренних органов (с целью уточнения степени лейкозной инфильтрации печени и селезёнки).

4. Для верификации диагноза и лечения показана госпитализация в гематологическое отделение. Лечение включает цитостатическую терапию: используется полихимиотерапия по стандартным программам в зависимости от варианта лейкоза. Этапы лечения включают: индукцию ремиссии, консолидацию, поддерживающую терапию, профилактику нейролейкемии. При остром лимфобластном лейкозе используется 8-недельная программа Хольцера, при остром миелобластном лейкозе – терапия по протоколу «7+3». Используются следующие препараты: Преднизолон, Винкристин, Рубомицин, Цитозар, Циклофосфан, 6-Меркаптопурин, Аспарагиназа, Этопозид. Сопроводительная терапия: для улучшения функции почек, уменьшения степени гиперурикемии – Аллопуринол, противорвотная терапия, гемостатическая терапия (трансфузии тромбоконцентратов), заместительные трансфузии эритроцитсодержащих сред. При плохом прогностическом индексе в фазе ремиссии заболевания показано проведение аллогенной трансплантации костного мозга.

5. К осложнениям острого лейкоза относятся кровотечения различной локализации; язвенно-некротические поражения слизистых желудочно-кишечного тракта; инфекционные поражения; поражение нервной системы (специфическая инфильтрация ЦНС, кровоизлияния). К побочным действиям цитостатических препаратов относят миелотоксический агранулоцитоз (с высоким риском инфекционных осложнений), диспепсические расстройства (тошнота, рвота), поражение эпителия слизистых оболочек (мукозит, энтеропатия), алопеция

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть. Больной М. 27 лет обратился к врачу-терапевту участковому на 2 день болезни с жалобами на сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, общую слабость, отсутствие аппетита, частый сухой кашель, заложенность носа и незначительные выделения из носа, чувство першения и царапанье за грудиной. Анамнез заболевания: заболел 15.01. в первой половине дня, когда почувствовал озноб, повысилась температура до 39,0°C, появилась головная боль в области лба, боль при движении глазными яблоками. Ночью не спал, озноб сменялся чувством жара. На следующий день появился сухой кашель, заложенность носа, чувство першения за грудиной, температура повысилась до 39,5°C, головная боль усилилась. Эпидемиологический анамнез: за 2 дня до заболевания навещал друзей в общепитии, среди которых были лица с подобными симптомами. Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Лицо одутловатое, несколько гиперемировано. На теле сыпи нет. Носовое дыхание затруднено. В зеве разлитая яркая гиперемия задней стенки глотки и её зернистость, отмечаются единичные кровоизлияния на слизистой мягкого нёба. В лёгких - жёсткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс - 102 уд/мин, ритмичный, АД - 115/80 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план лабораторного обследования больного для верификации диагноза.
4. Какие противовирусные препараты Вы бы рекомендовали пациенту? Назовите механизм их действия на вирусы гриппа. Обоснуйте свой выбор.

5. Кто подлежит обязательной вакцинации против гриппа? Назовите современные вакцины для профилактики гриппа.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9

1. Грипп, типичное течение, средней степени тяжести, период разгара.

2. Диагноз «грипп» выставлен на основании жалоб больного на сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, общую слабость, отсутствие аппетита, частый сухой кашель, заложенность носа и незначительные выделения из носа, чувство першения и царапанье за грудиной; анамнеза развития заболевания: острое начало болезни с симптомов интоксикации (озноба, повышения температуры тела до 39,5°C, головной боли в области лба и глазных яблок) с последующим присоединением катарального синдрома (сухой кашель, заложенность носа, чувство першения за грудиной); эпидемиологического анамнеза - наличие подобных симптомов у лиц, с которыми пациент находился в близком контакте за два дня до болезни, и учитывая сезонность (январь); данных объективного осмотра - лицо одутловатое, несколько гиперемировано; носовое дыхание затруднено; в зеве разлитая яркая гиперемия задней стенки глотки и её зернистость, отмечаются единичные кровоизлияния на слизистой мягкого нёба; в лёгких - жёсткое дыхание, единичные сухие хрипы; пульс - 102 удара в минуту, ритмичный, АД - 115 и 80 мм рт. ст., тоны сердца приглушены.

Среднетяжелая форма гриппа выставлена на основании повышения температуры тела до 39,5°C, ярко выраженных явлений интоксикации (озноб, головная боль, общая слабость, суставные и мышечные боли) и поражения дыхательной системы (сухой болезненный кашель, заложенность носа, чувство першения и царапанье за грудиной).

3. Для экспресс-диагностики гриппа используется метод ПЦР (с целью выявления РНК вирусов в мазках из носоглотки, крови), иммунохроматографический экспресс-тест для качественного определения антигенов вируса гриппа в носоглоточных образцах. При невозможности проведения ПЦР применяют серологические методы (РСК, РНГА) - определение нарастания титра антител при исследовании парных сывороток, взятых в разгар заболевания и через 7-14 дней.

4. Для лечения гриппа в первую очередь рекомендуются средства этиотропного действия, оказывающие прямое ингибирующее действие на вирусную репродукцию. К данным препаратам относятся селективные ингибиторы вирусной нейраминидазы - Осельтамивир и Занамивир, ингибиторы репродукции вирусов гриппа: Умифеновир (Арбидол), Ингавирин.

Рекомендуется назначение одного из препаратов: Осельтамивир по 75 мг два раза в день в течение 5 дней или Умифеновир по 200 мг 4 раза в сутки в течение 5 дней, или Ингавирин 90 мг/сутки однократно 5 дней. Возможно их сочетание с препаратами Интерферона и индукторами интерфероногенеза: Анаферон, Эргоферон - перорально; или Гриппферон, Вифероновая мазь - интраназально, Виферон - ректально.

5. Вакцинации против гриппа в первую очередь подлежат лица, относящиеся к категории высокого риска заболевания гриппом и неблагоприятных осложнений при заболевании, к которым относятся:

- лица старше 60 лет;
- лица, страдающие заболеваниями эндокринной системы (диабет), нарушениями обмена веществ, болезнями системы кровообращения, хроническими заболеваниями дыхательной системы, хроническими заболеваниями печени и почек;
- беременные;
- лица, часто болеющие острыми респираторными вирусными заболеваниями;
- дети старше 6 месяцев, дети, посещающие дошкольные образовательные организации и (или) находящиеся в организациях с постоянным пребыванием (детские дома, дома ребёнка);
- школьники;
- медицинские работники;
- работники сферы обслуживания, транспорта, учебных заведений;
- воинские контингенты.

К современным вакцинам относят сплит-вакцины (расщеплённые), содержащие частицы разрушенного вируса - поверхностные и внутренние белки, и субъединичные вакцины, содержащие поверхностные гликопротеины (гемагглютинин и нейраминидазу) и максимально очищенные от балластных белков.

Сплит - вакцины: Бегривак, Ваксигрип, Флюарикс, Ультрикс.

Субъединичные вакцины: Инфлювак, Агриппал, Инфлексал, Гриппол, Гриппол плюс, Совигрипп.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть: Больной С. 69 лет, пенсионер, обратился в поликлинику к терапевту с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли и ощущение тяжести в подложечной области через 15-20 минут после еды, тошноту, изжогу. Болевые ощущения усиливаются при погрешностях в питании. Периодически беспокоят одышка, давящие боли за грудиной, возникающие при умеренных физических нагрузках (подъём на 2-й этаж), купируются приемом нитраминта и при прекращении нагрузки. Из анамнеза: боли в подложечной области беспокоят последние 4-5 недель, несколько уменьшаются после приёма но-шпы, альмагеля. Около недели назад пациент отметил эпизод появления чёрного стула в течение 2-х суток. В возрасте 49 лет диагностировали язвенную болезнь ДПК, лечился в стационаре, в последующем обострений заболевания никогда не фиксировалось. Последние 10 лет к врачам по этому поводу пациент не обращался. Больной страдает ИБС; 1,5 года назад перенёс инфаркт миокарда, 10 месяцев назад проведена операция стентирования коронарных артерий (установлено 2 стента). Пациент получает медикаментозное лечение по поводу ИБС, в том числе, тромбоасс и клопидогрел, последние 5 месяцев прекратил приём крестора. При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 27 кг/м², кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Голени пастозны. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 130/85 мм рт.ст. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность в эпигастрии по средней линии тела и в пилородуоденальной зоне, остальные отделы живота безболезненны. Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени и селезёнки по Курлову: 11x9x8 см и 6x4 см соответственно. Край печени плотно-эластической консистенции определяется на 2 см ниже реберной дуги, безболезненный. Пальпация отделов толстой кишки безболезненна. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

В анализах: эритроциты $3,11 \times 10^{12}/л$, Hb 103 г/л, MCH - 22p/g, MCHC – 300 g/l, лейкоциты $5,6 \times 10^9/л$. СОЭ 8 мм/час. Общий холестерин 7,8 ммоль/л, триглицериды 2,6 ммоль/л. ЭКГ: ритм синусовый, 72 в 1 мин; RI> RII> RIII, в I, aVL, v1-4 отведениях зубец Q > 1/3 зубца R, зубец T отрицательный.

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 лечения.
5. Укажите препараты из группы ИПП, которые Вы выбрали бы в данном случае. Обоснуйте Ваш выбор. Укажите дозы препаратов. Выберите схему эрадикационной терапии.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10

1. **НПВП – ассоциированная гастропатия: эрозивно-язвенное поражение желудка, осложнившееся состоявшимся желудочно-кишечным кровотечением. Постгеморрагическая анемия легкой степени. ИБС: стабильная стенокардия II ФК, ПИКС по передней стенке и верхушке ЛЖ. Стентирование ЛКА, ПМЖА, ХСН III ФК (NYHA)**

2. Пациент, страдающий ИБС и получающий двойную антитромбоцитарную терапию (ДАТТ): Аспирин и Клопидогрел, имеет несколько факторов риска развития у него НПВП - ассоциированной гастропатии (пожилой возраст, ИБС, наличие в анамнезе ЯБ ДПК, проведение в течение 1,5 лет ДАТТ, отсутствие указаний на применение антисекреторных средств на фоне ДАТТ). НПВП – ассоциированная гастропатия представлена множественными гастродуоденальными эрозиями и/или язвами, характеризуется мало- или бессимптомным течением и высокой частотой манифестации с развития осложнений – кровотечений. У пациента имеются убедительные диагностические критерии указанного диагноза: синдром желудочной диспепсии, эпизод желудочно-кишечного кровотечения, наличие клинических признаков анемии (тахикардия, снижение уровня гемоглобина, эритроцитов, снижение показателей MCH и MCHC в общем анализе крови).

3. Дополнительно к проведенному обследованию пациенту рекомендовано: проведение ФГДС с биопсией слизистой оболочки желудка из зоны поражения (язвенного дефекта) и

стандартных зон биопсии с целью оценки стадии гастрита, уточнения характера поражения слизистой оболочки гастроуденальной зоны; диагностика наличия инфекции *H.pylori* морфологическим методом, либо выявление антигена *H.pylori* в кале методом ИФА, либо обнаружение ДНК *H.pylori* в кале методом ПЦР. Использование серологического метода нецелесообразно, т. к. неизвестно проводилась ли эрадикационная терапия ЯБ ДПК в прошлом. В соответствии со Стандартом оказания медицинской помощи при ЯБЖ и ЯБ ДПК рекомендуется анализ крови биохимический (билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза, а также железо сыворотки, общая железосвязывающая способность сыворотки, ферритин), ультразвуковое исследование внутренних органов, анализ кала на скрытую кровь.

4. Выбор тактики лечения, в том числе решение вопроса о необходимости стационарного лечения, должен быть осуществлен с учетом результатов эндоскопического обследования пациента. Эталоном лечения НПВП - ассоциированных гастропатий является назначение антисекреторной терапии с целью коррекции факторов агрессии, воздействующих на слизистую оболочку желудка.

Препаратами выбора являются ингибиторы протонной помпы (ИПП), используемые в стандартных дозах в острой стадии патологического процесса в гастроуденальной зоне и в поддерживающих дозах в качестве профилактического средства. Пациенту показана терапия ИПП в постоянном режиме в сочетании с постоянным приемом ДАТТ. В период острых проявлений НПВП-гастропатии в комбинации с ИПП показана терапия гастропротекторами (Висмута трикалия дицитрат, Ребамипид, Сукральфат) курсами не менее 4 недель. В случае выявления инфекции *H.pylori* пациенту показана эрадикация инфекции с целью снижения степени риска ulcerогенных воздействий на слизистую оболочку гастроуденальной зоны при продолжающейся терапии аспирином и клопидогрелем. Пациенту показана в постоянном режиме терапия ИБС: помимо ДАТТ рекомендуется прием гиполипидемического средства (Аторвастатина, Розувастатина), селективного β -блокатора (Бисопролола), мочегонного средства (Верошпирона, Торасемида), ингибитора АПФ в связи с наличием симптомов сердечной недостаточности и с учетом уровня артериального давления. В случае выявления сидеропении показана терапия препаратами железа до достижения уровня нормальных значений гемоглобина. Медикаментозная терапия должна проводиться на фоне использования диетотерапии.

Показана диета в рамках стола 1 в период обострения на 4-6 недель с последующим индивидуальным расширением в рамках стола 5п.

5. При выборе ИПП следует руководствоваться сведениями о лекарственном взаимодействии препаратов. С учетом необходимости использования комбинированной терапии, включающей Клопидогрел, следует выбирать ИПП с наименьшими лекарственными взаимодействиями: оптимальный выбор – Пантопразол 40 мг 2 раза в день или Рабепразол 20 мг 2 раза в день не менее 4 недель, далее препарат ИПП может применяться в половинной дозе. В качестве схемы эрадикации инфекции *H.pylori* возможно использование 10-дневной тройной терапии с добавлением Висмута трикалия дицитрата с последующей пролонгацией курса цитопротектора до 4 недель. 4-х недельные курсы цитопротекторов (Ребамипид) целесообразно повторять 3-4 раза в год.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть: Женщина 42 лет, менеджер, обратилась на приём с жалобами на боль и припухание в области II-IV проксимальных межфаланговых суставов, II-III пястно-фаланговых суставов, лучезапястных, коленных суставах; утреннюю скованность в указанных суставах до середины дня; снижение веса на 4 кг за последние 2 месяца, слабость. При дополнительном расспросе отмечает, что стала хуже переносить физическую нагрузку: при подъёме на 3-4 этаж появляется одышка, сердцебиение. Указывает, что из-за боли и скованности в суставах стала хуже справляться с профессиональными обязанностями. Больной себя считает в течение полугода, когда впервые появились и постепенно прогрессировали указанные симптомы. К врачам не обращалась, старалась больше отдыхать, нерегулярно принимала анальгин, без существенного эффекта. Ухудшение состояния отмечает в последние два месяца, когда значительно усилились боли в суставах, появилась скованность, похудание, затем - слабость и сердцебиение. По

совету соседки принимала аспирин, диклофенак (в последние 1,5 месяца – ежедневно), с незначительным положительным эффектом. При осмотре: состояние удовлетворительное, положение активное, температура – 36,4°C. Кожные покровы бледные, сухие. Рост – 168 см., вес – 54 кг, ИМТ – 19,1 кг/м².

При осмотре костно-мышечной системы II-IV проксимальные межфаланговые, II-III пястно-фаланговые суставы, лучезапястные, коленные суставы отечные, болезненные при пальпации, движения в них ограничены. Определяется баллотирование надколенников, западение межкостных промежутков на обеих кистях. Число болезненных суставов (ЧБС) – 12, число припухших суставов (ЧПС) – 10. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 104 в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Язык не обложен, влажный. Живот обычных размеров и формы, участвует в дыхании, безболезненный при пальпации. Печень – 9(0)×8×7 см. Селезёнка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненное. Стул оформленный 1 раз в сутки, без патологических примесей. Мочеиспускание 4-5 раз в сутки, дизурии нет. Общий анализ крови: эритроциты – $3,3 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 95 г/л, МСН – 24 пг, MCV – 75 фл, лейкоциты – $7,9 \times 10^9$ /л, базофилы – 0%, эозинофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 69%, лимфоциты – 18%, моноциты – 11%, тромбоциты – 392×10^9 /л, СОЭ – 35 мм/час. Общий анализ мочи: прозрачная, удельная плотность – 1010, реакция – слабо кислая, белок и сахар – отсутствуют, эпителий плоский – 4-6 в поле зрения, лейкоциты – 3-5 в поле зрения, эритроциты, бактерии – отсутствуют. Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,8 ммоль/л, креатинин – 85 мкмоль/л, СКФ – 68 мл/мин, билирубин – 14,5 мкмоль/л, АСТ – 24 МЕ/л, АЛТ – 30 МЕ/л, мочевая кислота – 224 мкмоль/л, СРП – 30,5 мг/л. РФ – 120 МЕ/л, антинуклеарный фактор – отрицательный. Общая самооценка здоровья пациентом – 56 мм по шкале ВАШ. Рентгенография кистей и стоп: околосуставной остеопороз, преимущественно в III-IV проксимальных межфаланговых, II-III пястно-фаланговых суставах.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

4. Какие препараты симптоматического действия Вы бы назначили пациентке в течение 5-7 дней до получения результатов дообследования (с указанием дозы и кратности приёма)? Обоснуйте свой выбор.

5. Пациентка дообследована: железо сыворотки – 6 мкмоль/л, ОЖСС – 58 мкмоль/л, ферритин – 115 нг/мл, витамин В12 – 450 нг/мл, фолиевая кислота – 45 нг/мл, проба Зимницкого – без патологии, суточная протеинурия – отрицательная, на ФГДС – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы I степени, хронический гастрит; на флюорографии лёгких без патологии; осмотр гинеколога – без патологии. Определите дальнейшую тактику ведения данной пациентки. Обоснуйте свой выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11

1. *Ревматоидный артрит, очень ранняя стадия, серопозитивный вариант, активность III, рентгенологическая стадия I, ФНС II. Гипохромная микроцитарная анемия, лёгкой степени тяжести.*

2. Диагноз «ревматоидный артрит (РА)» установлен на основании жалоб пациентки (типичный суставной синдром с развитием симметричных воспалительных болей в суставах кистей, лучезапястных и коленных суставах; утренняя скованность до половины дня), анамнеза заболевания (постепенное ухудшение в течение более, чем 6 недель, эффект от приёма НПВП), данных осмотра (наличие экссудации и болезненности в суставах кистей, коленных и лучезапястных суставах), результатов лабораторного исследования (повышение острофазовых показателей – СОЭ и СРП, положительный РФ). Результаты рентгенографии могут не учитываться, т. к. не входят в диагностические критерии РА. При подсчёте баллов по критериям EULAR/ACR пациентка набрала 10 баллов из 10 (поражение более чем 10 суставов – 5 баллов, повышение острофазовых показателей – 1 балл, увеличение РФ более трёх норм – 3 балла, длительность артрита более 6 недель – 1 балл). Отрицательный антинуклеарный фактор позволяет исключить диффузные заболевания соединительной ткани и окончательно верифицировать диагноз «ревматоидный артрит». Активность РА установлена на основании индекса активности DAS28, определяемого на основании ЧБС и ЧПС, уровня СОЭ/СРП и общей самооценки здоровья пациентом. В данном случае DAS28=6,1 (подсчёт индекса может производиться только с помощью специального

калькулятора on-line, в связи с чем при отсутствии такового не является обязательным), что соответствует высокой активности заболевания. Рентгенологическая стадия РА определена, исходя из данных рентгенографии кистей – признаки околосуставного остеопороза. Степень функциональной недостаточности определена на основании жалоб пациентки (ограничение занятий профессиональной деятельностью). Диагноз «анемия» определён на основании снижения концентрации гемоглобина ниже 120 г/л; характеристики анемия – гипохромная и микроцитарная - установлены, исходя из сниженных показателей МСН (27-32 пг) и MCV (80-100 фл); степень анемии определена на основании уровня гемоглобина крови (90-120 г/л). Следует отметить, что жалобы пациентки на слабость и сердцебиение также могут быть объяснены наличием анемии.

3. Пациентке показано определение анти-HCV, HBsAg, антител к ВИЧ для проведения дифференциальной диагностики РА и выявления противопоказаний к терапии; проведение флюорографии лёгких для исключения патологии и назначения терапии. Анемия, имеющаяся у пациентки, может быть как проявлением дефицита железа вследствие постоянного приёма неселективных НПВП (не исключено эрозивно-язвенное поражение), так и проявлением анемии хронического заболевания (АХЗ) на фоне активного РА. Рекомендован следующий объём исследования: определение концентрации железа сыворотки (при ЖДА снижена, при АХЗ – снижена), ОЖСС (при ЖДА повышена, при АХЗ снижена или в норме), ферритина (при ЖДА показатель снижен, при АХЗ - повышен или в норме), трансферрина (при ЖДА повышена, при АХЗ снижена). Также пациентке показан осмотр гинеколога для исключения возможного источника кровопотери и проведение ФГДС для исключения НПВП-гастроэнтеропатии на фоне лечения неселективными НПВП. Для назначения базисной терапии РА пациентке показана консультация ревматолога.

4. Анальгетическая и противовоспалительная терапия. Препараты выбора – селективные НПВП: ингибиторы ЦОГ-2 (Мелоксикам 15 мг/сутки, Нимесулид 100 мг 2 раза в сутки) или коксибы (Эторикоксиб 90 мг/сутки, Целекоксиб 200 мг 2 раза в сутки). С учётом возможного развития НПВП гастропатии – ингибиторы протонной помпы – Омепразол 20 мг 2 раза в сутки или Пантопразол 20 мг 2 раза в сутки (допустимо упоминание студентом Рабепразола, Лансопразола, Эзомепразола).

5. Так как проведённые исследования свидетельствуют в пользу анемии хронического заболевания, то основное значение будет иметь раннее и агрессивное лечение основной патологии - РА под наблюдением врача-ревматолога. Из методов базисной терапии «золотым стандартом» является назначение Метотрексата: начальная доза 7,5-10 мг в неделю с быстрой эскалацией дозы в течение первого месяца до 25 мг в неделю. При назначении Метотрексата для предупреждения побочного действия со стороны органов желудочно-кишечного тракта и гематологических осложнений показано использование препаратов фолиевой кислоты 5-10 мг на следующий день после Метотрексата. Рекомендован контроль показателей общего анализа крови: в первые 3 месяца с частотой один раз в месяц, затем – один раз в три месяца.

Анемия легкой степени тяжести не требует специального лечения - необходима терапия основного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть: 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-ЕРІ) – 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 СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 312

1. *ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ОИМ по задней стенке ЛЖ от 2011 г.). Дислипидемия IIА тип по Фредриксону. ХСН IIb 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 IIb 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-проBNP) 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 спиронолактону. 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 гипополипидемической 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 минут 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 приема обезболивающих противовоспалительных препаратов из группы НПВС и ингибиторов ЦОГ-2, которые провоцируют задержку натрия и жидкости, что повышает риск развития декомпенсации у больных ХСН.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть: Больной 25 лет, водитель, обратился к участковому терапевту с жалобами на появление эпизодов удушья с затрудненным выдохом, кашель с трудно отделяемой мокротой практически ежедневно. Приступы удушья возникают 2-3 раза в неделю чаще ночью и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Незначительная одышка при физической нагрузке. Лекарства не принимал. Считает себя больным около 3 мес. За медицинской помощью обратился впервые. С детства частые бронхиты с обострениями в весенне-осенний периоды. Другие хронические заболевания отрицает. Операций, травм не было. Курит по 1,5 пачки в день 5 лет. У матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь.

Аллергологический анамнез не отягощён. Профессиональных вредностей не имеет. При физикальном осмотре: состояние больного лёгкой степени тяжести. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы чистые, влажные. Рост 175 см, вес 81 кг. Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При перкуссии – ясный лёгочный звук. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание везикулярное, проводится во все отделы, выслушивается небольшое количество сухих, рассеянных, высокодискантных хрипов.

Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 80 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 120/80 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10х9х7 см. Дизурических явлений нет.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.
3. План лечебных мероприятий.
4. Проведение врачебно-трудовой экспертизы (ВТЭ), противопоказанные виды труда.
5. Укажите показания к неотложной госпитализации у пациента

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13

1. *Бронхиальная астма, неаллергическая форма, среднетяжёлое течение, впервые выявленная, неконтролируемая. Дыхательная недостаточность I степени.*

2. -ОАК;

-Общий анализ мокроты;

-ЭКГ,

-спирометрия;

-рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях;

-консультация врача-пульмонолога.

3. План лечения: отказ от курения;

с целью купирования приступа ингаляционно применять β_2 -адреномиметики короткого действия (**Сальбутамол**). Для **постоянного приёма** - комбинация низких доз ингаляционных ГКС (Флутиказон 100-250 мкг/сут, Будесонид 200-400 мкг/сут или Беклометазон дипропионат 200-500 мкг/сут) с длительно действующими β_2 -агонистами (Салметерол 100 мкг/сут или Формотерол 9-18 мкг/сут)- **форадил комби 12/200 мкг, симбикорт 4,5/160 мкг**. Обучение навыкам самоведения бронхиальной астмы.

4. Временно нетрудоспособен.

Выдать ЛН на 3-4 дня. Нетрудоспособность при среднетяжёлом течении бронхиальной астмы продолжается до стабилизации процесса.

Противопоказан тяжелый физический труд, контакт с токсическими веществами, работа в неблагоприятных метеорологических условиях, длительные командировки, работа в горячих цехах, длительная ходьба, профессиональная речевая нагрузка. Рациональное трудоустройство через ВК.

5. Неудовлетворительный ответ на лечение (**ОФВ1<50% от должного после применения бронходилататоров**). Симптомы обострения астмы нарастают, отсутствует положительная динамика в течение 3 часов с момента начала неотложных лечебных мероприятий.

Не наблюдается улучшения в течение 4-6 часов после начала лечения системными глюкокортикостероидами.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14

***Инструкция:** ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть: Женщина 59 лет обратилась на приём с жалобами на боли механического и стартового характера в коленных суставах (больше справа), которые уменьшаются при использовании топических и пероральных НПВП. Из анамнеза известно, что данные симптомы беспокоят пациентку в течение 5 лет и постепенно прогрессируют. Ранее за медицинской помощью пациентка не обращалась, по совету знакомых использовала эластичный наколенник при ходьбе, обезболивающие препараты – 1-2 раза в неделю. Отмечает усиление болевого синдрома в течение 2 недель, после чрезмерной физической нагрузки (работа на дачном участке). Из-за усиления болевого синдрома увеличила частоту приема обезболивающих средств. В настоящее время, находясь на пенсии, продолжает работать продавцом в магазине. Пять лет назад была диагностирована язвенная болезнь ДПК. Больная получила соответствующее лечение и в настоящее время жалобы характерные для этой патологии отсутствуют. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 35 кг/м². Окружность талии – 104 см, окружность бедер – 110 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При осмотре костно-мышечной системы определяется незначительная экссудация в правом коленном суставе, варусная деформация коленных суставов, hallux valgus с обеих сторон. При пальпации суставов болезненность в проекции щели правого коленного сустава. Сгибание в коленных суставах справа до 100-110 градусов, слева до 120-130 градусов, боль при максимальном сгибании справа, крепитация с обеих сторон. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 135/85 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. На рентгенограмме коленных суставов: незначительное сужение суставной щели, субхондральный склероз, мелкие краевые остеофиты. На рентгенограмме стоп – вальгусная деформация I плюснефаланговых суставов с обеих сторон, значительное сужение суставной щели и крупные остеофиты в I плюснефаланговых суставах с обеих сторон.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие дополнительные методы обследования Вы бы назначили данному пациенту?

4. Определите план ведения пациентки с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов профилактических мероприятий.

5. Пациентка повторно обратилась на консультацию через 5 лет. За это время отмечает прогрессирование суставного синдрома, ежедневную потребность в приёме НПВ, недостаточный эффект от приёма обезболивающих. На рентгенограмме коленных суставов – значительное сужение суставной щели, справа – до контакта костных поверхностей, крупные остеофиты. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14

1. *Первичный остеоартрит с поражением коленных суставов, рентгенологическая стадия 2, с поражением суставов стоп, рентгенологическая стадия 3, реактивный синовит правого коленного сустава, ФНС 1-2. Ожирение 2 степени. Язвенная болезнь ДПК, вне обострения.*

2. Диагноз «первичный остеоартрит и синовит» установлен на основании жалоб пациентки на боли в суставах механического и стартового характера, данных анамнеза (постепенное развитие заболевания и эффективность приёма обезболивающих), внешнего осмотра пациентки (наличие вирусной деформации коленных суставов и вальгусной деформации суставов стоп, наличие экссудации в области правого коленного сустава). Стадия остеоартрита установлена на основании рентгенологического обследования. Степень функциональных нарушений поставлена на основании жалоб пациентки.

3. Пациенту рекомендовано проведение ОАК для исключения анемии на фоне приёма обезболивающих препаратов (НПВП-гастропатия), проведение ОАМ (для исключения гематурии и протеинурии на фоне приёма НПВП и для определения возможности их использования в дальнейшем), определение уровня креатинина. В случае торпидного течения синовита (более 10 - 14 дней) – консультация ревматолога.

4. Из немедикаментозных методов в настоящее время следует использовать коленные ортезы при ходьбе для уменьшения осевой нагрузки на суставы, ортопедические стельки и межпальцевые вкладыши для коррекции вальгусной деформации стоп. Из методов физиолечения допустимо использование электронейростимуляции или акупунктуры для уменьшения болевого синдрома, однако следует отметить отсутствие убедительных доказательств эффективности их использования. Из медикаментозных методов следует использовать пероральные НПВП в течение 10-14 дней (неселективные или селективные), топические НПВП, симптоматические лекарственные средства медленного действия - препараты хондроитина и/или глюкозамина, и/или диацереина и/или неомыляемые соединения авокадо и сои в течение нескольких месяцев (допустимо упоминание одной из трёх групп препаратов). При сохранении явлений синовита коленного сустава более 14 дней без положительной динамики – консультация врача-ревматолога.

В дальнейшем для профилактики прогрессирования остеоартрита следует провести следующее:

- проведение с пациентом бесед, включающих разъяснения о факторах риска развития остеоартрита и их профилактике, правилах подъёма и переноса тяжестей, изменении образа жизни, необходимости выполнения определенного вида упражнений: комплекс упражнений ЛФП, выполняемых в домашних условиях, выполнение упражнений на укрепление 4-главой мышцы бедра и аэробных упражнений общей длительностью не менее 30 минут – 5 раз в неделю;
- снижение веса до нормального (ИМТ менее 25 кг/м²) с целью уменьшения нагрузки на коленные и тазобедренные суставы;
- мануальная терапия – массаж области коленных суставов с целью укрепления мышечно-связочного аппарата, сохранения объёма движений в суставах;
- санаторно-курортное лечение – на климатических или бальнеологических курортах (доказанным является использование бальнеотерапии при остеоартрите коленных суставов).

5. Пациентке показана консультация ортопеда для определения показаний к эндопротезированию коленных суставов, так как по результатам рентгенологического исследования стадия остеоартрита – 3. Кроме того, следует рекомендовать пациентке ходьбу с

опорой на трость (в противоположной максимальному поражению стороне), использование бандажа на коленный сустав. Учитывая прогрессирование болевого синдрома – Трамадол от 50 до 300 мг/сутки

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть: Больная М. 52 лет обратилась в поликлинику с жалобами на немотивированную слабость, повышенную утомляемость, постоянное ощущение тяжести в левом подреберье, снижение аппетита, чувство быстрого насыщения. Указанные жалобы появились около 5 месяцев назад и постепенно стали более выраженными. При осмотре обращает на себя внимание увеличение селезенки (выступает из-под края реберной дуги на 6 см).

Анализ крови: гемоглобин - 105 г/л, цветовой показатель - 0,94, лейкоциты - $68,3 \times 10^9$ /л (промиелоциты - 1%, нейтрофильные миелоциты - 2%, нейтрофильные метамиелоциты - 6%, нейтрофильные палочкоядерные - 14%, нейтрофильные сегментоядерные - 58%, лимфоциты - 9%, эозинофилы - 2%, базофилы - 7%, моноциты - 1%), тромбоциты - 440×10^9 /л. Активность щелочной фосфатазы нейтрофилов снижена.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациентки для подтверждения диагноза.
3. Какие показатели анализа крови данной больной не соответствуют хронической стадии заболевания, ответ обоснуйте.
4. Цитогенетический анализ выявил наличие Ph-хромосомы, в соответствии с клиническими признаками пациентка была стратифицирована в категорию промежуточного риска. Укажите начальную тактику лечения для данной пациентки.
5. Назовите признаки полной гематологической ремиссии при лечении данного заболевания. Ответ обоснуйте.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15

1. Наиболее вероятный диагноз - «хронический миелолейкоз». Хронический миелолейкоз является одним из миелопролиферативных заболеваний и характеризуется клональной пролиферацией ранней стволовой клетки, что обычно приводит к увеличению числа гранулоцитов. Для начальной стадии в периферической крови характерен нарастающий лейкоцитоз, при этом наибольший удельный вес приходится на зрелые формы, хотя также появляются незрелые формы и даже единичные бласты. Характерным является увеличение количества базофилов, небольшой тромбоцитоз, нормоцитарная нормохромная анемия. Бессимптомное течение наблюдают почти у 50% пациентов, в остальных случаях клинические проявления малоспецифичны. В данной ситуации дифференциальный диагноз проводим с острым миелоидным лейкозом и миелоидной лейкомоидной реакцией. При остром миелоидном лейкозе наблюдают бластоз с цитопенией. Общее количество лейкоцитов обычно не изменено, а абсолютное число нейтрофилов может быть снижено. Миелоидная лейкомоидная реакция характеризуется лейкоцитозом более 50×10^9 /л с преимущественным увеличением содержания сегментоядерных и палочкоядерных нейтрофилов, хотя в ряде случаев наблюдают незрелые клетки и бластные формы. Как правило, лейкомоидная реакция не сопровождается базофилией, в лейкоцитах наблюдают токсическую грануляцию.

2. Для подтверждения диагноза необходимо провести: морфологическое исследование костного мозга (стерильная пункция); морфологическое исследование костного мозга (трепанобиопсия); цитогенетический анализ.

Всем пациентам на этапе диагностики рекомендуется пройти цитогенетическое исследование костного мозга с измерением концентрации BCR-ABL транскрипта. BCRABL - химерный ген, следствие наличия филадельфийской хромосомы (транслокации 9;22, которая обнаруживается почти во всех случаях ХМЛ).

3. Не соответствует хронической стадии заболевания тромбоцитопения менее 100×10^9 /л, не связанная с лечением. В течении ХМЛ выделяют три стадии или фазы: медленную, или хроническую (обычно около 3 лет); прогрессирующую, или стадию акселерации (1-1,5 года, при соответствующем лечении можно вернуть заболевание в хроническую фазу) и финальную, или терминальную (фаза быстрой акселерации, 3-6 месяцев, которая обычно заканчивается смертью пациента). Продолжительность этих стадий у разных больных различна, болезнь

может быть впервые диагностирована на любой из них. Признаками стадии акселерации являются: обнаружение, помимо t (9;22), других хромосомных aberrаций; наличие 10-19%

бластных клеток в крови; наличие 20% и более базофилов в крови; менее 100×10^9 /л тромбоцитов в крови, не обусловленное лечением; а также увеличение размеров селезёнки и количества лейкоцитов, нечувствительных к проводимой терапии. Для установления стадии акселерации достаточно одного из перечисленных выше признаков.

4. В настоящее время препаратом первой линии для лечения хронической стадии (Ph⁺) ХМЛ является Иматиниб (Gleevec) - ингибитор тирозинкиназы, препарат патогенетического действия. Иматиниб блокирует тирозинкиназу трёх видов рецепторов (Vcr-Abl, c-kit и PDGFR) аномального фермента, продуцируемого филадельфийской хромосомой. Кроме того, Иматиниб подавляет пролиферацию Vcr-Abl - позитивных опухолевых клеток, индуцирует их апоптоз, а также блокирует рецепторы тирозинкиназы тромбоцитарного фактора роста и фактора роста стволовых клеток. При лечении Иматинибом полную гематологическую ремиссию достигают у 90-95% пациентов с хронической стадией. Из возможных в данной ситуации методов лечения следует также указать введение Интерферона- α , аутологичную трансплантацию костного мозга пациента, лейкаферез, спленэктомию.

Интерферон- α , в течение длительного времени считавшийся препаратом первой линии лечения ХМЛ, уступил первенство Иматинибу. Аутологичная (т. е. происходит забор стволовых клеток самого пациента) трансплантация костного мозга также перестала быть первоочередным методом лечения даже у пациентов молодого возраста. Лейкаферез следует проводить у пациентов с клиническими проявлениями лейкостаза (нарушение сознания, зрения и т. д.). Спленэктомия не имеет самостоятельного значения в лечении ХМЛ, так как исследования показали отсутствие преимуществ в выживаемости после спленэктомии.

5. Правильный ответ: отсутствие клинических проявлений заболевания; концентрация лейкоцитов менее 10×10^9 /л; отсутствие незрелых форм гранулоцитов, начиная с миелоцитов. В настоящее время для оценки эффективности лекарственной терапии ХМЛ используются три группы показателей: гематологическая ремиссия, цитогенетическая ремиссия и молекулярная ремиссия. Гематологическая ремиссия наступает раньше всех остальных (через 3 месяца лечения) и определяется по нормализации клинической картины и картины периферической крови, при этом клетки, содержащие филадельфийскую хромосому, могут ещё присутствовать. Цитогенетическая ремиссия определяется по исчезновению Ph⁺ клеток из периферической крови и костного мозга. Молекулярная ремиссия определяется по уменьшению матричной рибонуклеиновой кислоты (мРНК) (транскрипта) гена BCR-ABL и в настоящее время стала «золотым стандартом» мониторинга эффективности терапии ингибиторами тирозинкиназы (Иматиниб, Дасатиниб и Нилотиниб).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть: Мужчина 48 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, тупые ноющие боли в области правого подреберья, тошноту, отрыжку воздухом, снижение аппетита, периодически возникающий кожный зуд. Из анамнеза известно, что пациент употребляет алкоголь (более 60 г этанола в сутки) в течение 13 лет. Два года назад появились боли ноющего характера в области правого подреберья, общая слабость, тошнота, периодически возникающий кожный зуд, усиливающийся в вечернее время. За медицинской помощью пациент не обращался. Периодически принимал баралгин, антигистаминные средства, ферментные препараты: креон по 25000 Ед. два раза в сутки; эффекта от принимаемых препаратов не отметил.

Настоящее обострение в течение последних трех недель, когда после употребления алкоголя появились слабость, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом, снижение аппетита. Операций, гемотрансфузий не было. При осмотре: состояние удовлетворительное; рост 178 см, вес 79 кг, ИМТ $24,9 \text{ кг/м}^2$.

Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны; выявляются телеангиэктазии на груди, спине, плечах, «пальмарная» эритема. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 70 в 1 мин; АД 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Живот мягкий, при поверхностной

пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9 (+2)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность. Селезёнка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований: Общий анализ крови: эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $6,3 \times 10^9/л$; нейтрофилы сегментоядерные – 64%; нейтрофилы палочкоядерные – 1%; лимфоциты – 28%; моноциты – 4%; эозинофилы – 2%; базофилы – 1%; Hb – 148 г/л; тромбоциты – $217 \times 10^9/л$; СОЭ – 18 мм/ч.

Биохимия крови: общий билирубин – 25 мкмоль/л; непрямого билирубин – 22,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,5 мкмоль/л; АЛТ – 203 ед/л; АСТ – 214 ед/л; ГГТП – 89 ед/л; ЩФ – 298 ед/л; ТГ – 3,9 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 2,8 ммоль/л; ХС-ЛПВП – 1,5 ммоль/л; глюкоза – 5,0 ммоль/л; креатинин – 62 мкмоль/л; мочевины – 2,8 ммоль/л; альбумин – 43 г/л; общий белок – 71,5 г/л; альфа-1-глобулины – 3,2 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бета-глобулины – 7,1 г/л; γ -глобулины – 12,5 г/л; альфа-фетопроtein – 3,1 ед/л; ферритин – 54 мкг/л; трансферрин – 2,6 г/л; калий – 3,7 ммоль/л; Na – 137,5 ммоль/л; железо – 21,5 мкмоль/л; амилаза – 44 ед/л; ХС – 5,3 ммоль/л. ПТИ – 84%. Иммуноферментный анализ (исследование крови на маркеры гепатитов В, С): HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-HCV отриц. Эластометрия печени: определена стадия F2 (по шкале METAVIR), умеренный фиброз. Кал на скрытую кровь – отриц. Рентгенологическое исследование лёгких: без патологических изменений. ЭКГ – без патологических изменений. 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. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.

5. При обращении к врачу через месяц после лечения пациент отметил улучшение самочувствия: исчезли слабость, повышенная утомляемость, тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом. При объективном осмотре: кожные покровы чистые, обычной окраски. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см. Селезёнка не увеличена. Общий анализ крови – в пределах нормы. Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямого билирубин – 16 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 38 ед/л, ГГТП – 26 ед/л; ЩФ – 125 ед/л; ТГ – 2,6

ммоль/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные дистрофические изменения в паренхиме печени. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16

1. *Хронический гепатит алкогольной этиологии, умеренной степени активности, стадия F2 (умеренный фиброз).*

2. Диагноз «хронический алкогольный гепатит» установлен на основании жалоб больного на общую слабость, повышенную утомляемость, тупую ноющую боль в правом подреберье, тошноту, снижение аппетита, периодический кожный зуд; данных анамнеза (пациент злоупотребляет алкоголем в течение 13 лет); данных объективного осмотра (желтушность кожных покровов, иктеричность склер, наличие у больного телеангиэктазий, «пальмарной» эритемы, гепатомегалии). Подтверждают диагноз «хронический алкогольный гепатит» данные лабораторных исследований (повышение АЛТ, АСТ, ГГТП, общего билирубина, щелочной фосфатазы, а также повышение уровня триглицеридов). Исключена другая (вирусная) этиология хронического гепатита: исследование крови на маркеры гепатита В, С: HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-HCV – отрицательный. Степень активности хронического алкогольного гепатита определена на основании повышения уровня АЛТ и АСТ (в 5 раз по сравнению с нормой). Стадия хронического

алкогольного гепатита F2 установлена на основании данных эластометрии печени (по шкале METAVIR), умеренный фиброз.

3. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (для исключения очаговых образований печени, признаков портальной гипертензии, сопутствующей патологии); ЭГДС – для выявления и/или определения состояния вен пищевода и /или желудка; дуплексное сканирование сосудов печеночно-селезеночного бассейна для выявления признаков портальной гипертензии.

4. Рекомендуется соблюдение диеты. Исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао. Целесообразно назначение диеты, богатой белками (не менее 1 г на 1 кг массы тела), с высокой энергетической ценностью (не менее 2000 ккал/сут), с достаточным содержанием витаминов (особенно группы В, фолиевой и липоевой кислот) и микроэлементов – цинка и селена, дефицит которых наиболее часто наблюдается при злоупотреблении алкоголем. Пациенту показано назначение Адemetионина (Гептрал) в дозе 1600 мг в сутки в течение 4-8 недель. Применение экзогенного адemetионина позволяет снизить накопление и отрицательное воздействие токсических метаболитов на гепатоциты, стабилизировать вязкость клеточных мембран, активизировать работу связанных с ними ферментов.

5. В результате проведенного лечения отмечена положительная динамика: наблюдается отсутствие болевого, диспепсического, астенического синдромов. Исчезли желтушность кожных покровов, иктеричность склер, телеангиэктазии, «пальмарная» эритема.

Отмечена также положительная динамика биохимических показателей: снижение общего билирубина, АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ, ТГ. Так как при УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные дистрофические изменения в паренхиме печени, рекомендуется продолжить прием Адemetионина (Гептрал) в дозе 1600 мг в сутки внутрь в течение 1 месяца. Диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №17

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть. Больной 52 лет 3 день после операции аппендэктомии. При попытке подняться с постели внезапно появилась одышка, сухой кашель, давящая боль по всей передней поверхности грудной клетки, резкая общая слабость, через сутки присоединилось кровохаркание. Объективно: состояние средней тяжести, цианоз, набухание шейных вен. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений (ЧДД) - 36 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2 тона на лёгочной артерии. ЭКГ: правограмма, глубокий зубец S в I отведении, зубец Q в III отведении, глубиной 1/3 зубца R и продолжительностью 0,02 секунды. Депрессия сегмента ST и отрицательный зубец T в V1-V3 отведениях, высокие зубцы R в стандартных отведениях.

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?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №17

1. Постоперационная ТЭЛА.

2. Общий анализ крови; мочи; биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, билирубин, аминотрансферазы, ЛДГ общая и по фракциям, серомукоид, фибрин; ЭКГ в динамике; рентгенологическое исследование легких; вентиляционно-перфузионное сканирование легких, исследование коагулограммы и D-димера в плазме крови; ЭХОКГ; селективная ангиопульмонография, инструментальная диагностика флеботромбозов нижних конечностей.

3. Тромболитическая терапия: рекомбинантный тканевой активатор плазминогена, гепаринотерапия до 30 000 ЕД в сутки, постоянная оксигенотерапия через носовой катетер (в ряде случаев искусственная вентиляция легких), за 3-5 дней до отмены Гепарина назначают Варфарин, Синкумар, при шоке - Добутамин, при инфаркт- пневмонии - антибиотики (нежелателен Пенициллин), облегчение боли. Катетерные и хирургические эмболэктомии. Установка каво-фильтров. Антиагреганты.

4. Инфаркт миокарда, расслаивающая аневризма аорты, долевая пневмония, пневмоторакс, острый перикардит.

5. Внезапное начало, боль за грудиной разнообразного характера, одышка, кашель, кровохарканье, синдром острого легочного сердца, клиника инфарктной пневмонии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть: 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.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18

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,
-тахиаритмическая 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 №19

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть: 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 СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №19

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:** подъем сегмента ST > 0,2 м в более чем в двух смежных отведениях для мужчины старше 40 лет.

Диагноз «артериальная гипертензия» (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.**

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №20

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть. Больной К. 45 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на головокружение, перебои в работе сердца, мелькание «мушек» перед глазами. В течение 5 лет страдает гипертонической болезнью, эпизодически при повышении АД принимает Каптоприл. Сегодня после тяжёлой физической нагрузки (поднял шкаф на 2 этаж) появилось подобное состояние. Объективно: кожные покровы лица и верхней половины туловища гиперемированы. Тоны сердца аритмичные, ЧСС - 120 уд/мин, частые экстрасистолы. АД - 180/100 мм рт ст. В лёгких дыхание проводится во все отделы, хрипов не слышно, ЧД - 18 в мин. Периферических отёков нет. На ЭКГ: синусовый ритм, прерываемый частыми предсердными экстрасистолами, признаки гипертрофии левого желудочка, ЧСС - 120 уд/мин.

Вопросы:

1. Выделите ведущие клинические синдромы.
2. Поставьте диагноз.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Препараты выбора для купирования гипертонического криза у данного больного. Обоснуйте свой выбор.
5. Плановое лечение гипертонической болезни у данного больного.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №20

1. Синдром артериальной гипертензии; синдром нарушения сердечного ритма и проводимости.
2. ***Гипертоническая болезнь 2 стадии. Артериальная гипертензия 3 степени. Степень риска 4. Наджелудочковая экстрасистолия. Гипертонический криз гиперкинетического типа. Н I стадии, 2 ф. кл.***
3. Диагноз «артериальная гипертония» (АГ) установлен на основании жалоб больного на нестабильность АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 5 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (гипертрофия миокарда левого желудочка). Степень риска ССО поставлена на основании наличия поражения органов-мишеней (гипертрофия миокарда левого желудочка) и высоких цифр артериальной гипертензии 180/100 мм рт. ст. Диагноз гиперкинетического криза выставлен в связи с его быстрым развитием, гиперемией кожных покровов, тахикардией.
4. Лечение: для купирования криза гипертонического с учётом наджелудочковых нарушений ритма: Пропранолол 20 мг сублингвально, при неэффективности - Клонидин (Клофелин) 0,15 мг сублингвально или Каптоприл 25 мг сублингвально. Согласно рекомендациям ВНОК (2010 г.) для купирования гипертонических кризов можно использовать Каптоприл, Пропранолол, Клонидин и т. д. У пациента отмечаются частые наджелудочковые экстрасистолы, поэтому лучше начать с Пропранолола (Анаприлина) сублингвально, так как Пропранолол обладает ещё и антиаритмическим действием, при недостаточном снижении АД дополнительно можно дать таблетку Каптоприла, при неэффективности - дополнительно сублингвально таблетку Моксонидина (Физиотенза) 0,4 мг или Клонидина (Клофелина) 0,15 мг 1 т. Недостаток: Клонидин - учётный препарата списка Б (сильнодействующие средства), подлежит особому списанию.
5. Как один из вариантов лечения: Эналаприл 20 мг 2 раза в сутки, Индапамид 2,5 мг утром, Метопролол 25 мг 2 раза в сутки. Учитывая гиперкинетический вариант гемодинамики у данного больного, в обязательном порядке при отсутствии противопоказаний должны присутствовать В-адреноблокаторы. ИАПФ могут назначаться при любом варианте гемодинамики. При недостаточном эффекте при любом варианте гемодинамики можно подключить диуретики, лучше тиазидоподобные (Индапамид).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №21

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть: Больной П. 70 лет обратился в поликлинику с жалобами на повышенную

утомляемость, немотивированную слабость, ощущение тяжести в левом подреберье, снижение массы тела на 8 кг за последний месяц. В анамнезе: артериальная гипертония, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. При осмотре обращает на себя внимание увеличение лимфатических узлов в области передней поверхности шеи, в надключичных и подмышечных впадинах. Лимфатические узлы безболезненные, ненапряженные, подвижные, имеют эластическую консистенцию. Селезёнка увеличена (+5 см). В анализах крови: гемоглобин - 98 г/л, лейкоциты – 30×10^9 /л, из них 50% лимфоциты, тромбоциты - 130×10^9 /л, СОЭ - 16 мм/ч. В мазке крови лимфоциты нормальных размеров, определяются «размазанные» клетки, тени Гумпрехта.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Какой метод обследования необходимо провести в первую очередь? Ответ обоснуйте.
3. Определите стадию заболевания у данного пациента. Ответ обоснуйте.
4. Назначение какого препарата является оптимальным в данном случае?
5. Назовите возможные причины смерти пациентов с данным заболеванием.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №21

1. На основании жалоб больного (на повышенную утомляемость, немотивированную слабость, ощущение тяжести в левом подреберье, снижение массы тела на 8 кг за последний месяц), данных объективного обследования (увеличение лимфатических узлов в области передней поверхности шеи, в надключичных и подмышечных впадинах; лимфатические узлы безболезненные, не напряжённые, подвижные, имеют эластическую консистенцию, а также увеличение селезёнки (+5 см)); а также данных лабораторного обследования (Hb - 98 г/л, лейкоциты - 30×10^9 /л, из них 50% лимфоциты, тромбоциты - 130×10^9 /л, СОЭ - 16 мм/ч; в мазке крови лимфоциты нормальных размеров, определяются «размазанные» клетки, тени Гумпрехта), можно поставить предварительный диагноз «*хронический лимфолейкоз*».

2. Методы исследования для уточнения диагноза включают: иммунофенотипирование; стерильную пункцию, трепанобиопсию, биопсию лимфатического узла, КТ органов брюшной полости. В данном случае в первую очередь необходимо провести иммунофенотипирование для выявления характерных для хронического лимфолейкоза (ХЛЛ) лимфоцитарных антигенов (CD5, CD23). Проведение стерильной пункции или трепанобиопсии обычно

проводят в сложных случаях, когда результаты клинической картины и иммунофенотипирования неоднозначны. В качестве первоочередной диагностической манипуляции проведение биопсии лимфоузла не является целесообразным. КТ органов брюшной полости проводят на втором этапе для оценки распространенности лимфаденопатии и выраженности спленомегалии.

3. В настоящее время для определения стадии ХЛЛ используют классификации Рэя (в основном в США) и Бинэ (в Европе и России). В соответствии с классификацией Бинэ, стадия А характеризуется вовлечением менее 3 лимфоидных областей (5 лимфоидных областей: шейные, подмышечные, паховые лимфатические узлы, спленомегалия и гепатомегалия), стадия В - более трёх лимфоидных областей, стадия С - снижением гемоглобина ниже 100 г/л или тромбоцитов менее 100×10^9 /л. Таким образом, у больного стадия С.

4. Учитывая стадию заболевания на момент обращения к врачу, пациенту показано специфическое лечение, при этом препаратом выбора является Флударабин - цитостатический препарат из группы аналогов пурина. Также для лечения ХЛЛ применяют Хлорамбуцил и Ритуксимаб (Мабтера) - анти-CD20 антитела, а также Алемтузумаб (Кэмпас) - анти-CD52 антитела, но эти препараты не являются препаратами первого ряда.

Наиболее эффективная схема индукционной терапии FCR - Флударабин, Циклофосфан и Ритуксимаб.

5. Возможные причины смерти пациентов с ХЛЛ: сердечно-сосудистые заболевания, инфекционные осложнения, осложнения терапии. Поскольку ХЛЛ - заболевание, главным образом, пожилого возраста, то до 30% смертельных исходов не связано с основным заболеванием, 50% смертности связано с инфекционными осложнениями, 15% - с осложнениями терапии, остальные 5% - с геморрагическими осложнениями, гемолизом или инфильтрацией жизненно важных органов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №22

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть: 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 – $4,1 \times 10^{12}/л$; Нв – 122 г/л; цветовой показатель – 0,9%; тромбоциты – $98 \times 10^9/л$, лейкоциты – $3,2 \times 10^9/л$, 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 СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №22

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, цитоллиз, «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 эндотоксинемии. 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.).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №23

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть: 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.
5. Каковы ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при данном заболевании? Как часто следует производить диспансерное наблюдение?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №23

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.

5. Временная нетрудоспособность – 60-75 дней. Диспансерный осмотр – не реже 1 раза в 3 месяца.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть Больной М. 24 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головную боль, общую слабость и утомляемость, снижение аппетита. Из анамнеза известно, что в возрасте 14 лет после перенесенного ОРЗ у пациента появились отёки лица, сохранялась субфебрильная температура в течение 3-4 месяцев, были изменения в моче. Лечился у педиатра около года «от нефрита», получал Преднизолон. Последний год чувствовал себя хорошо, заметных отёков не было. Во время медосмотра выявлено повышение АД - 140/90 мм рт. ст. и пастозность лица. Было рекомендовано обратиться в поликлинику по месту жительства для обследования и верификации диагноза. При осмотре: нормального телосложения, ИМТ = 21 кг/м², кожа бледная, сухая, имеются следы расчесов на руках, пояснице, туловище, отёки лица и кистей рук. Язык сухой, с коричневатым налетом. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1,5 см от срединно-ключичной линии. Пульс - 76 ударов в минуту, высокий. АД - 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отмечает уменьшение выделяемой мочи. Отёков на нижних конечностях нет.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 105 г/л, лейкоциты – $5,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, эозинофилы – 3%, моноциты – 5%, лимфоциты – 23%, СОЭ – 12 мм/ч. Биохимические исследования крови: общий холестерин – 7 ммоль/л, креатинин крови – 170 мкмоль/л, мочевины крови – 11 ммоль/л. В анализах мочи: удельный вес – 1009, белок – 1,1%, лейкоциты – 2-4 в поле зрения, эритроциты выщелочные – 7-10 в поле зрения, гиалиновые цилиндры – 2-3 в поле зрения. Альбуминурия - 250 мг/сут. СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) – 55 мл/мин.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте предполагаемый диагноз.
3. Нужны ли дополнительные исследования для уточнения диагноза?
4. Какова дальнейшая тактика ведения пациента?
5. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в качестве нефропротективной терапии? Обоснуйте свой выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24

1. *Хронический гломерулонефрит, латентная форма, ремиссия. ХБП 3а, А2 Симптоматическая артериальная гипертензия 1 ст., риск 3. Анемия 1 ст.*

2. Диагноз «хронический гломерулонефрит» предположен на основании анамнестических данных (10 лет назад лечился по поводу гломерулонефрита), характерного мочевого синдрома у больного (протеинурия, эритроцитурия), отёчного и гипертонического синдрома. Диагноз «хроническая болезнь почек (ХБП)» определён по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) на протяжении 3 и более месяцев (анамнестические данные) и снижения СКФ.

3. Целесообразно, помимо проведённых анализов, сделать УЗИ почек. Для установки диагноза «ХБП» необходимо наличие следующих критериев: выявление любых клинических маркеров повреждения почек, подтверждённых на протяжении периода длительностью не менее 3 месяцев; наличие маркеров необратимых структурных изменений органа, выявленных однократно при прижизненном морфологическом исследовании органа или при его визуализации; снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин/1,73 м², сохраняющееся в течение трёх и более месяцев, вне зависимости от наличия других признаков повреждения почек. В связи с этим для того, чтобы подтвердить диагноз «ХБП» необходимо провести повторно все обследования через 3 месяца (в условии задачи нет данных о наличии снижения СКФ и альбуминурии в течение 3 и более месяцев).

4. У больного выявлена сниженная скорость клубочковой фильтрации (СКФ) до 30–60 мл/мин впервые, поэтому следует оценить стабильность нарушения функции почек. Повторное обследование проводится через 2–4 недели и далее через 3–6 месяцев: измерение АД, осмотр глазного дна, СКФ и креатинин крови, липидный профиль, глюкоза, общий анализ крови (гемоглобин), калий, натрий, кальций, фосфор, мочевая кислота, общий анализ мочи, суточная альбуминурия (протеинурия), при стабильном течении (снижение СКФ менее 2 мл/мин за 6 мес.) – ежегодно. Консультация врача-нефролога проводится в следующих случаях: СКФ <30 мл/мин (ХБП 4–5 стадий). СКФ 30–60 мл/мин (ХБП 3 стадии) с быстрым снижением функции почек или с риском быстрого снижения функции почек: прогрессирующее снижение СКФ (более 15% за 3 месяца), протеинурия более 1 г/сут, выраженная и неконтролируемая артериальная гипертензия, анемия (гемоглобин менее 110 г/л).

5. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым стандартом» при лечении пациентов с ХБП стадий С1-3. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II – лозартан.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №25

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть: Мужчина 59 лет находился на стационарном лечении в кардиологическом диспансере с 01.09.2016 г. по 14.09.2016 г. по поводу переднего Q-образующего инфаркта миокарда от 01.09.2016 г. Поступал с жалобами на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в область левой лопатки, одышку, возникшие после стрессовой ситуации. Из анамнеза известно, что в последние 2 года периодически повышалось АД до максимальных цифр 160/90 мм рт.ст. Постоянно лекарственную терапию не получал, эпизодически принимал каптоприл 25 мг. При физической нагрузке периодически возникал дискомфорт в области сердца, одышка. За медицинской помощью не обращался. Курит более 30 лет по ½ пачке сигарет в день. Семейный анамнез: отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 60 лет. Работает машинистом башенного крана. При поступлении проведена коронароангиография, обнаружена окклюзия передней межжелудочковой артерии, выполнены ЧТКА и эндопротезирование передней межжелудочковой артерии. В анализах: общий холестерин - 6,36 ммоль/л, ЛПНП - 3,69 ммоль/л, ЛПВП - 1,25 ммоль/л, ТГ - 2,26 ммоль/л, глюкоза натощак - 4,5.

ЭХО-КГ: гипертрофия левого желудочка, увеличение полости левого предсердий.

Локальная гипокинезия боковой стенки левого желудочка. Митральная регургитация 2 ст., трикуспидальная регургитация 1 ст. Нарушение диастолической функции левого желудочка (VE/VA <1,0). ФВ – 48%.

Период стационарного лечения протекал без особенностей, после выписки пациент направлен в специализированный кардиореабилитационный стационар, где находился до 30.09.2016 г.

Результаты велоэргометрии: субмаксимальная ЧСС 137 уд/мин достигнута при нагрузке 100 Вт. Результаты теста с 6-минутной ходьбой: за 6 мин пройдено 412 метров. 30.09.2016 г. явился на приём в поликлинику по месту жительства. Боли в сердце не беспокоят, при быстрой ходьбе появляется одышка. Постоянно принимает аспирин 100 мг/сут, клопидогрел 75 мг/сут, аторвастатин 40 мг/сут, бисопролол 2,5 мг/сут, лизиноприл 5 мг 2 раза в сутки.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 37 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Отеков нет. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Разработайте программу реабилитации на поликлиническом этапе.

4. Оцените данные лабораторных анализов и объективного осмотра пациента, проведите коррекцию медикаментозной терапии.

5. Укажите сроки временной нетрудоспособности. Разработайте план диспансерного наблюдения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №25

1. **ИБС: стенокардия напряжения II ФК. Постинфарктный кардиосклероз (01.09.2016 г.). Чрезкожная транслюминальная коронарная ангиопластика (ЧТКА) и эндопротезирование передней межжелудочковой артерии (01.09.2016 г.). Артериальная гипертензия III стадии, II степени, риск 4. Ожирение 2 ст. Гиперлипидемия. Хроническая сердечная недостаточность IIА стадии, II ФК.**

2. Диагноз «**ИБС: стенокардия напряжения**» поставлен на основании **жалоб** пациента на типичные ангинозные боли, данных анамнеза, наличия стенозирующего атеросклероза коронарных артерий (**по данным коронароангиографии**), **перенесённого инфаркта миокарда. Постинфарктный кардиосклероз** выставлен, поскольку с момента перенесённого инфаркта миокарда **прошло более 28 суток**. Функциональный класс стенокардии напряжения определён в соответствии с результатами **велозргометрии** (нагрузка 100 Вт соответствует второму ФК).

Диагноз **ГБ- анамнез** (повышение АД в последние 2 года), **стадия ГБ** установлена на основании **наличия ИБС, постинфарктного кардиосклероза** как ассоциированного клинического состояния. Постановка степени **ГБ основана на цифрах повышения АД** в анамнезе и при объективном осмотре. **Риск ССО** определён в соответствии со степенью повышения АД и **наличия ассоциированного клинического состояния.**

Ожирение 2 ст. установлено на основании значения **ИМТ.**

Гиперлипидемия установлена на основании повышения уровня общего холестерина, ЛПНП, ТГ.

Диагноз «**хроническая сердечная недостаточность**» установлен на основании **жалоб** пациента на одышку при физической нагрузке, наличия **диастолической дисфункции ЛЖ по данным ЭХО-КГ.** Стадия ХСН определена в соответствии с классификацией Василенко-Стражеско по наличию умеренных признаков недостаточности кровообращения по малому кругу. **ФК ХСН определён в соответствии с пройденной дистанцией теста с 6-минутной ходьбой.**

3. После выписки больного из стационарного кардиореабилитационного отделения он направляется в поликлинику по месту жительства, в котором наблюдается в течение **1 года врачом-кардиологом.** При отсутствии врача-кардиолога пациент наблюдается врачом-терапевтом участковым. Через год пациент **переводится в группу наблюдения с другими формами ИБС.** Программа кардиореабилитации на поликлиническом этапе включает в себя программы **контролируемых физических тренировок (ФТ).** Пациент должен выполнять аэробную ФТ средней интенсивности и длительностью по **30 мин ≥3 раза в неделю.** ФТ осуществляются под контролем клинического состояния пациента, АД, ЧСС, ЭКГ. Данному пациенту в качестве физической нагрузки может быть назначена **дозированная ходьба.** Для дозированной ходьбы ЧСС остаётся основным методом контроля правильного дозирования нагрузки. **Период активного контроля за пациентом должен продолжаться от 3 до 6 месяцев.** Далее больному назначаются **неконтролируемые ФТ,** легко и без всяких опасений выполняемые в домашних условиях под самоконтролем. Посещение образовательных программ «Школа для больных, перенёвших инфаркт миокарда». При необходимости - программы **психологической реабилитации.** Программы по **модификации факторов риска - занятия с диетологом, специалистом по отказу от курения.** Медикаментозная терапия: **антитромбоцитарная терапия** - в течение 1 года после перенесённого инфаркта миокарда (**Аспирин, клопидогрель**), **ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, статины** - постоянно, в дозах, необходимых для поддержания целевых показателей АД, ЧСС, ЛПНП. **Профессиональная реабилитация:** работа по основной профессии невозможна (значительное физическое и эмоциональное напряжение, работа на высоте). Показано направление пациента на МСЭ для установления группы инвалидности на 1 год. Переобучение на профессию, не связанную с значительным физическим и эмоциональным напряжением.

4. В объективном осмотре обращают на себя внимания значения **ЧСС и АД, которые выше целевых** после перенесённого инфаркта миокарда, что требует коррекции медикаментозной терапии - **увеличение дозы бета-адреноблокаторов и ингибиторов АПФ до достижения целевых значений ЧСС и АД.** В лабораторных анализах обращает на себя внимание **гиперхолестеринемия** (увеличение уровня общего холестерина, ЛПНП, ТГ). Рекомендуются

выполнить повторное исследование липидного спектра крови через 4-6 недель после инфаркта миокарда, при необходимости произвести **коррекцию дозы статинов до достижения уровня ЛПНП менее 1,8 ммоль/л.**

5. Срок **временной нетрудоспособности для пациента с трансмуральным инфарктом миокарда передней стенки ЛЖ без существенных осложнений составляет 70-90 суток.** Пациенту необходимо **ежемесячное** диспансерное наблюдение врача-кардиолога с выполнением ряда диагностических исследований с определённой периодичностью: **ЭКГ в покое - не менее 1 раза в 2 месяца** (кратность проведения зависит от наличия и частоты приступов стенокардии); суточное мониторирование **ЭКГ по Холтеру** - 1 раз в год; **ЭХО-КГ** - 1 раз в 6 месяцев; **липидный спектр** крови - через 4-6 недель после инфаркта миокарда и через 3 месяца после начала медикаментозной терапии. При достижении целевого уровня - 4 раза в первый год лечения и 2 раза в год в последующие годы. **Проба с физической нагрузкой** (не ранее 3-6 недель после инфаркта миокарда) данному пациенту выполнена в условиях реабилитационного центра.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №26

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть: Мужчина 54 лет впервые обратился к врачу общей практики с целью диспансеризации. Он отрицает наличие каких-либо хронических заболеваний и не принимает никаких лекарственных средств. Его отец умер в возрасте 74 лет от острого инфаркта миокарда. Его мать жива, ей в настоящее время 80 лет, получает лечение по поводу артериальной гипертензии. У него есть младшие родные брат и сестра, в отношении которых он утверждает, что они не страдают никакими хроническими заболеваниями. Пациент не курит, не употребляет алкоголь, никогда не применял наркотические средства. Он ведет малоподвижный образ жизни, работает финансовым советником, не занимается физическими упражнениями.

При объективном физикальном исследовании не отмечается отклонений от нормы по всем органам и системам. ЧСС – 80 ударов в минуту, АД – 127/82 мм.рт.ст., ЧДД 18 в минуту. Рост 170 см, масса тела 86 кг, индекс массы тела (ИМТ) 29,8 кг/м², окружность талии 98 см.

Вопросы:

Какие дополнительные исследования в рамках первого этапа диспансеризации следует провести данному пациенту (после опроса на выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, антропометрии и измерения АД)?

Какие исследования необходимо провести для выявления суммарного сердечно-сосудистого риска у данного пациента?

Какие исследования в рамках первого и второго этапов диспансеризации направлены на скрининг онкопатологии у данного пациента?

По результатам дополнительных исследований в рамках первого этапа диспансеризации у данного пациента уровень общего холестерина крови 3,4 ммоль/л, уровень глюкозы крови 4,1 ммоль/л, ЭКГ без отклонений от нормы. Оцените, каков суммарный сердечно-сосудистый риск для данного пациента (по SCORE)?

Какие рекомендации по изменению образа жизни Вы дадите пациенту?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №26

-ОАК

-ОАМ

-общий холестерин в крови,

-глюкозы в крови,

- исследование кала на скрытую кровь,

-определение абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска,

-ЭКГ,

-флюорография легких,

-измерение внутриглазного давления.

Измерение АД (скрининг артериальной гипертензии) и **исследование липидов** (холестерина) крови (скрининг дислипидемии).

В рамках первого этапа диспансеризации проводятся **флюорография легких** и исследования **кала на скрытую кровь**, в **рамках второго этапа** – **ФГС, колоноскопия** или

ректороманоскопия, анализ крови на уровень содержания простатспецифического антигена (ПСА).

Суммарный сердечно-сосудистый риск умеренный ($\geq 1\%$ и $< 5\%$). Абсолютный сердечно-сосудистый риск по SCORE рассчитывается с учетом *возраста пациента* (54 года), *пола* (мужской), *курения* (нет), *уровня систолического АД* (127 мм рт. ст.) и *уровня холестерина крови* (4,1 ммоль/л), а также уровня холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) (необязательный параметр). Для данного пациента абсолютный риск составляет **выше 1%, но менее 2%**, поскольку все модифицируемые **факторы риска находятся ниже целевых значений**, но базовый риск в данном возрасте для мужчин в Российской Федерации превышает 1%.

Пациенту следует рекомендовать занятия **физическими упражнениями и соблюдение здоровой диеты**. Физические упражнения значительно снижают риск сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, ожирения и смертности в целом. Следует рекомендовать **не менее 30 минут умеренной физической активности в день**. Здоровая диета должна препятствовать возникновению и прогрессированию таких алиментарно-зависимых факторов риска, как избыточная масса тела (что имеется у данного пациента), дислипидемия, артериальная гипертензия.

Данному пациенту необходимо рекомендовать **снижение массы тела для достижения целевого ИМТ ≤ 25 кг/м²**. *Калорийность рациона должна не превышать 2100 ккал* в сутки, при этом белками обеспечивается 10–15%, жирами – 20–30 %, а углеводами 55–70 % (не более 10 % простыми углеводами) калорийности. **Потребление поваренной соли должно составлять < 6 грамм в сутки**. Потребление фруктов и овощей должно быть не менее 500 г в сутки (≥ 5 порций), без учета картофеля.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №27

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть: Женщина 45 лет обратилась к врачу с жалобами на изжогу, отрыжку кислым, усиливающиеся в горизонтальном положении после приёма пищи и при наклоне вперед. Данные симптомы появились около трёх месяцев назад, по поводу чего ранее не обследовалась, лекарственных препаратов не принимала. Курит по 10 сигарет в день, алкоголь употребляет в минимальных количествах.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ=31 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумы не выслушиваются. ЧСС – 72 уд. в мин., АД – 120/80 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 клиническом и биохимическом анализах крови отклонений не выявлено. ЭКГ – синусовый ритм, ЧСС=70 уд. в мин, горизонтальное положение электрической оси сердца, вариант нормы.

Проведена ЭГДС, при которой выявлены множественные участки гиперемии слизистой оболочки и отдельные не сливающиеся эрозии дистального отдела пищевода размером до 5 мм.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите группы лекарственных препаратов и 1– 2 их представителей в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Какие рекомендации по изменению образа жизни необходимо дать пациентке?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №27

1. **Основное заболевание: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит. Ожирение 1 ст.**

2. Диагноз «гастроэзофагеально-рефлюксная болезнь» установлен на основании жалоб больной на изжогу, отрыжку кислым, усиливающиеся в горизонтальном положении после приёма пищи и при наклоне вперёд.

Диагноз «эрозивно-язвенный рефлюкс эзофагит» установлен на основании данных ЭГДС (наличие множественных участков гиперемии слизистой оболочки и отдельных нессливающихся эрозий дистального отдела пищевода).

Диагноз «ожирение» установлен на основании данных осмотра (наличие ИМТ - более 30 кг/м²), 1 стадия ожирения установлена в связи со значением ИМТ - 31 кг/м².

3. -Суточная внутрипищеводная рН-метрия (для определения количества и длительности рефлюксов за сутки, значения рН);

-рентгенологическое исследование пищевода, желудка (для выявления патологических изменений пищевода, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы);

-тесты на определение наличия *Helicobacter pilori*;

-манометрическое исследование пищеводных сфинктеров (для определения их тонуса).

4. Антациды (Алюминия фосфат) для подавления кислотного рефлюкса. Ингибиторы протонной помпы (ИПП) (любой - Омепразол, Пантопризол, Рабепразол, Эзомепразол, Лансопризол) для подавления синтеза соляной кислоты. Прокинетики для стимуляции моторики желудочно-кишечного тракта, восстановления нормального физиологического состояния пищевода (Итоприда гидрохлорид).

5. Соблюдение диеты (исключить большие объёмы пищи, её приём быстрыми темпами, приём пищи с пониженным содержанием жиров и повышенным содержанием белков, избегать приём продуктов, вызывающих раздражающее действие на слизистую оболочку желудка). Отказ от курения. Снижение массы тела.

Не принимать горизонтальное положение в течение 1,5 часа после еды.

Не принимать пищу менее, чем за 3 часа до сна.

Исключить нагрузки, повышающие внутрибрюшное давление (избегать тесной одежды, ношения тяжестей, напряжения брюшного пресса)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №28

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть: Женщина 28 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на слабость, утомляемость, сердцебиение, головокружение, головную боль, ухудшение памяти, боли в ногах, желание есть сухие макароны, гречневую крупу, першение в горле. Из анамнеза известно, что анемия обнаружена с 16 лет. Лечилась нерегулярно препаратами железа курсами по 2-3 недели с временным эффектом. Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, обильные, по 5-7 дней через 21 день. 2 беременности, 2 срочных физиологических родов в 23 и 27 лет.

При осмотре: состояние пациентки удовлетворительное. Рост – 162 см, масса тела – 65 кг. ИМТ – 24,08 кг/м². Кожные покровы и конъюнктивы бледны. Ногти тонкие, уплотнены, концы ногтей расслоены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, при аускультации выслушивается систолический шум на верхушке сердца и по левому краю грудины, ЧСС – 110 уд. в мин., АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме. В анализах: общий анализ крови — эритроциты $3,6 \cdot 10^{12}/л$, анизоцитоз, микроцитоз, Нв-94 г/л, ЦП- 0,6, лейкоциты $5,2 \cdot 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 57%, лимфоциты – 28%, моноциты – 9%, СОЭ - 25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок- 77 г/л, общий билирубин - 15,3 мкмоль/л, непрямого билирубин - 12,1 мкмоль/л, железо сыворотки - 7,6 мкмоль/л, ферритин - 8,8 мкг/л. ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС – 106 в минуту, снижение зубца Т в левых грудных V5, V6 отведениях.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какой препарат из группы железосодержащих лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.

5. Через 2 месяца регулярной терапии препаратом из группы железосодержащих отмечается положительная динамика: уменьшились слабость и утомляемость, улучшилась память, сердцебиения не беспокоят, исчезло нарушение вкуса; в общем анализе крови-эритроциты

4,2 *10¹²/л, средний диаметр эритроцитов 7,5 мкм, Нв-122 г/л, ЦП- 0,84 лейкоциты 6,7*10⁹/л, эозинофилы- 0%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные- 59%, лимфоциты -28%, моноциты- 9% , СОЭ-13 мм/час. Биохимический анализ крови: железо сыворотки - 14,7 мкмоль/л, ферритин - 9,8мкг/л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №28

1. ***Хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия лёгкой степени. Полименоррагия.***

2. Диагноз «хроническая постгеморрагическая анемия (ХПА)» установлен на основании **жалоб** больной на слабость, утомляемость, сердцебиения, головокружения, головную боль, ухудшение памяти, боли в ногах, желание есть сухие макароны, гречневую крупу, першение в горле; данных **анамнеза** (анемия обнаружена с 16 лет, лечилась нерегулярно препаратами железа (Фенюльсом по 1 таблетке 3 раза в день) курсами по 2-3 недели с временным эффектом; **гинекологического анамнеза**: менструации с 14 лет, обильные, по 5-7 дней через 21 день. Установление **этиологии железодефицитной анемии основано на данных лабораторного обследования** (общего анализа крови: снижение эритроцитов, снижение гемоглобина, гипохромия эритроцитов, снижение ЦП, анизоцитоз эритроцитов, пойкилоцитоз), данных биохимического анализа крови: **снижение содержания свободного железа в сыворотке крови и ферритина крови**; данных инструментального обследования: **ЭКГ - синусовая тахикардия, ЧСС - 106 в минуту, снижение зубца Т в левых грудных V5, V6 отведениях; степень тяжести** анемии обоснована в общем анализе крови (**уровнем гемоглобина**).

3. Пациентке рекомендовано: необходимо **установить характер гипохромной анемии**. Следует провести дифференциальную диагностику между **анемиями с низким цветовым показателем**, к которым относятся **железодефицитная, сидероахрестическая, талассемия и анемия при хронических заболеваниях**. **Биохимический анализ крови: уровень свободного железа сыворотки, определение общей железосвязывающей способности сыворотки, насыщение трансферрина железом** для подтверждения дефицита железа при железодефицитной анемии и повышение сывороточного железа при сидероахрестической анемии; биохимический анализ крови: **общий билирубин, прямой и непрямой билирубин, общий анализ мочи - определение уробилина в моче для исключения талассемии**; исследование гормонов крови: **тиреотропный гормон, Т4 свободный для исключения гипотиреоза** как причины железодефицитной анемии, **ФГДС** - для оценки состояния слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки + **диагностика H. pylori**; **УЗИ органов малого таза, консультация врача-гинеколога** для оценки наличия гинекологических заболеваний и их коррекции.

4. Препарат двухвалентного железа. Применение препаратов железа является патогенетическим методом лечения достоверно установленной железодефицитной анемии.

Все пероральные препараты железа (ПЖ) принципиально можно разделить на препараты двухвалентного и трёхвалентного железа, так как именно это в первую очередь определяет эффективность и безопасность терапии. Соли двухвалентного железа лучше всасываются в ЖКТ, чем соли трёхвалентного железа. Это связано с различиями в механизме всасывания. Доказано, что в кишечнике железо всасывается в двухвалентном состоянии. Биодоступность двухвалентных солей железа в несколько раз выше, чем трёхвалентных. Поэтому препараты, содержащие в составе двухвалентное железо, оказывают быстрый эффект и нормализуют уровень гемоглобина в среднем через 2 недели - 2 месяца, а нормализация депо железа происходит уже через 3-4 месяца от начала лечения. Всасывание железа из препаратов трёхвалентного железа более медленное, так как необходим активный (энергозависимый) транспорт с участием феррооксидаз. Поэтому препараты, содержащие железо в трёхвалентном состоянии требуют более длительного применения. Нормализация гемоглобина при лечении препаратами трёхвалентного железа наступит только спустя 2-4 месяца, а нормализация показателей депо железа через 5-7 месяцев от начала терапии.

Данной пациентке показано назначение препарата двухвалентного железа **Сорбифер Дурулес 100 мг по 1 таблетке 2 раза в день после приема пищи на 2 месяца. Контроль общего анализа крови в динамике.**

5. Снизить дозу на ½ - Сорбифер Дурулес 100 мг **1 таблетка в день ещё на 3 месяца с последующей отменой препарата с целью восполнения запасов железа после достижения нормального уровня гемоглобина**. После нормализации уровня гемоглобина и восполнения запасов железа с целью профилактики развития хронической постгеморрагической

железодефицитной анемии показано назначение **профилактической терапии** препарата железа Сорбифер Дурулес 100 мг 1 таблетка с день 7-10 дней после окончания менструаций в каждый менструальный цикл в течение 1 года.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №29

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть: Женщина 24 лет обратилась к врачу с жалобами на слабость, повышение температуры тела до 39,2°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°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 $8,9 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 36 мм/час, мочевины 4,3 ммоль/л, креатинин 72,6 мкмоль/л, общий белок 46 г/л. СКФ 92 мл/мин/1,73м². 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 СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №29

1. **Хронический первичный правосторонний пиелонефрит в фазе обострения, рецидивирующая форма, без нарушения функции почек. ХБП I 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 I стадии** установлена на основании уровня **Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) 92 мл/мин/1,73 м²**, что соответствует I 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 покалывания, 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №30

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть. Больной Г. 21 года обратился в поликлинику на 5 день болезни с жалобами на головную боль в лобной области, небольшое головокружение, светобоязнь, озноб, заложенность носа с обильными слизисто-серозными выделениями из носовых ходов. Заболевание началось остро: температура тела поднялась до 38°C, появились умеренная головная боль, боли в глазных яблоках, светобоязнь, слезотечение, жжение в глазах, сильный насморк, боли в горле при глотании. На следующий день и все последующие дни температура тела до 40 °С. Заболевание связывает с переохлаждением. При осмотре больного температура тела 38°C, вялый. Общее состояние средней тяжести. Носовое дыхание затруднено, обильные серозно-слизистые выделения из носовых ходов. Веки отёчны. Конъюнктивы обоих глаз резко гиперемированы. Выявлены умеренная гиперемия дужек, язычка, миндалин и умеренная гиперемия и зернистость задней стенки глотки. Миндалины не увеличены. Пальпируются мягкие, безболезненные подчелюстные, шейные и подмышечные лимфатические узлы. В лёгких при аускультации жёсткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Пульс - 102 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца отчётливые. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются. Менингеальных симптомов нет. Лабораторная диагностика. Кровь: эритроциты - $3,5 \times 10^{12}$ /л, Нв - 116 г/л, лейкоциты - $7,8 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 53%, лимфоциты - 36%, моноциты - 2%. Моча: без патологии. Рентгенография грудной клетки - без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Назовите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.

3. Составьте план обследования.

4. Составьте план лечения.

5. Какова тактика врача-терапевта участкового?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №30

1. Аденовирусная инфекция, фарингоконъюнктивальная лихорадка, среднетяжёлое течение.

Диагноз установлен на основании жалоб на лихорадку 40°C, умеренную головную боль, боли в глазных яблоках, светобоязнь, слезотечение, жжение в глазах, сильный насморк, боли в горле при глотании; данных объективного осмотра: лихорадку 40°C, носовое дыхание затруднено, обильные серозно-слизистые выделения из носовых ходов, конъюнктивы обоих глаз резко гиперемированы, умеренная гиперемия дужек, язычка, миндалин и умеренная гиперемия и зернистость задней стенки глотки, пальпируются мягкие, безболезненные подчелюстные, шейные и подмышечные лимфатические узлы.

2. Дифференциальную диагностику проводят с ОРВИ другой этиологии, дифтерией ротоглотки, дифтерией глаза, ангиной, инфекционным мононуклеозом.

3. Методы экспресс-диагностики представлены РИФ, ПЦР, ИФА. Также применяют серологические методы: РТГА и РСК.

4. Лечение симптоматическое (жаропонижающие, витаминные препараты, десенсибилизирующая терапия). При конъюнктивите - Сульфацил-натрия.

5. Необходимости госпитализации данного пациента нет (госпитализируют лиц, живущих в общежитиях, домах престарелых, детских домах, а также лиц с тяжёлым течением болезни и тяжёлыми осложнениями).

Посылка экстренного извещения в ГЦСЭН.

В очаге проводят текущую дезинфекцию, больных - изолируют.

Детей разобщают в коллективах не менее 10 дней.

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	<p>Знать: этиологию, патогенез, диагностику, клинические проявления, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний</p>	<p>Отсутствие знаний этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний</p>	<p>Фрагментарные знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний</p>	<p>Общие, но не структурированные знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний</p>	<p>В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний</p>	<p>Сформированные систематические знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний</p>
		<p>Уметь: использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов</p>	<p>Отсутствие умений использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов</p>	<p>Частично освоенные умения использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов</p>	<p>В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов</p>	<p>В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов</p>	<p>Сформированное умение использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов</p>

		Владеть: Методами анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	Отсутствие 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	Фрагментарное 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	В целом 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	В целом 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	Успешное и 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	Знать: Правила ведения медицинской документации на различных этапах оказания	Отсутствие знаний правил ведения медицинской документации на различных этапах оказания	Фрагментарные знания правил ведения медицинской документации на различных этапах	Общие, но не структурированные знания правил ведения медицинской документации на	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания правил ведения	Сформированные систематические знания правил ведения медицинской документации на

		медицинской помощи	медицинской помощи	оказания медицинской помощи	различных этапах оказания медицинской помощи	медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	различных этапах оказания медицинской помощи
		Уметь: Грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональным и требованиями	Отсутствие умений грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональным и требованиями	Частично освоенные умения грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональным и требованиями	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональным и требованиями	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональным и требованиями	Сформированное умение грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональным и требованиями
		Владеть: Навыками заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	Отсутствие навыков заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	Фрагментарное применение навыков заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но не систематически проявляемое владение навыками заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	Успешное и систематически применяемые навыки заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5

		заданного уровня освоения компетенций)					
ПК-2	способность и готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	<p>Знать: основные принципы организации лечебно-профилактической помощи населению в амбулаторно-поликлинических условиях; знать вопросы диспансеризации и особенности организации, объём работы, права и обязанности участкового врача;</p>	<p>Отсутствие знаний об основных принципах организации лечебно-профилактической помощи населению в амбулаторно-поликлинических условиях; о вопросах диспансеризации и особенностях организации, объёма работы, правах и обязанностях участкового врача;</p>	<p>Фрагментарные знания об основных принципах организации лечебно-профилактической помощи населению в амбулаторно-поликлинических условиях; о вопросах диспансеризации и особенностях организации, объёма работы, правах и обязанностях участкового врача;</p>	<p>Общие, но не структурированные знания об основных принципах организации лечебно-профилактической помощи населению в амбулаторно-поликлинических условиях; о вопросах диспансеризации и особенностях организации, объёма работы, правах и обязанностях участкового врача;</p>	<p>В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания об основных принципах организации лечебно-профилактической помощи населению в амбулаторно-поликлинических условиях; о вопросах диспансеризации и особенностях организации, объёма работы, правах и обязанностях участкового врача;</p>	<p>Сформированные систематические знания об основных принципах организации лечебно-профилактической помощи населению в амбулаторно-поликлинических условиях; о вопросах диспансеризации и особенностях организации, объёма работы, правах и обязанностях участкового врача;</p>
		<p>Уметь: Проводить профилактические медицинские осмотры различных групп населения, осуществлять диспансерное наблюдение пациентов с</p>	<p>Отсутствие умений проводить профилактические медицинские осмотры различных групп населения, осуществлять диспансерное наблюдение пациентов с</p>	<p>Частично освоенные умения проводить профилактические медицинские осмотры различных групп населения, осуществлять диспансерное наблюдение</p>	<p>В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения Проводить профилактические медицинские осмотры различных групп населения, осуществлять</p>	<p>Сформированное умение проводить профилактические медицинские осмотры различных групп населения, осуществлять диспансерное наблюдение пациентов с</p>	

		различными нозологическими формами	различными нозологическими формами	пациентов с различными нозологическими формами	диспансерное наблюдение пациентов с различными нозологическими формами	диспансерное наблюдение пациентов с различными нозологическими формами	различными нозологическими формами
		Владеть: Навыками составления графика и проведения профилактических медицинских осмотров, навыками ведения медицинской документации, диспансерного наблюдения различных нозологических форм на разных стадиях заболеваний в рамках изучаемой дисциплины	Отсутствие навыков составления графика и проведения профилактических осмотров, навыков ведения медицинской документации, диспансерного наблюдения различных нозологических форм на разных стадиях заболеваний в рамках изучаемой дисциплины	Фрагментарное применение навыков составления графика и проведения профилактических осмотров, навыков ведения медицинской документации, диспансерного наблюдения различных нозологических форм на разных стадиях заболеваний в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но не систематически проявляемое владение навыками составления графика и проведения профилактических осмотров, навыками ведения медицинской документации, диспансерного наблюдения различных нозологических форм на разных стадиях заболеваний в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки составления графика и проведения профилактических осмотров, навыками ведения медицинской документации, диспансерного наблюдения различных нозологических форм на разных стадиях заболеваний в рамках изучаемой дисциплины	Успешное и систематически применяемые навыки составления графика и проведения профилактических осмотров, навыками ведения медицинской документации, диспансерного наблюдения различных нозологических форм на разных стадиях заболеваний в рамках изучаемой дисциплины

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5

		освоения компетенций)					
ПК-6	способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципы формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и связанных со здоровьем X пересмотра	Знать: Основные патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм. Принципы формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и связанных 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 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 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 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 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 со здоровьем X пересмотра
		Уметь: применять Международную статистическую классификацию болезней и связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессионально	Отсутствие умений применять Международную статистическую классификацию болезней и связанных со здоровьем X пересмотра в своей	Частично освоенные умения применять Международную статистическую классификацию болезней и связанных со здоровьем X пересмотра в	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения применять Международную статистическую классификацию болезней и связанных со здоровьем X	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения применять Международную статистическую классификацию болезней и связанных со здоровьем X	Сформированное умение применять Международную статистическую классификацию болезней и связанных со здоровьем X пересмотра в своей

		й деятельности	профессионально й деятельности	своей профессионально й деятельности	пересмотра в своей профессионально й деятельности	пересмотра в своей профессионально й деятельности	профессионально 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-7	готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека	<p>Знать: абсолютные, относительные показатели здоровья населения; важнейшие социально значимые болезни и их социально-гигиеническое значение; принципы проведения экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы, признаки биологической смерти человека</p>	<p>Отсутствие знаний об абсолютных, относительных показателях здоровья населения; важнейших социально значимых болезнях и их социально-гигиеническом значении; принципах проведения экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы, признаках биологической смерти человека</p>	<p>Фрагментарные знания об абсолютных, относительных показателях здоровья населения; важнейших социально значимых болезнях и их социально-гигиеническом значении; принципах проведения экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы, признаках биологической смерти человека</p>	<p>Общие, но не структурированные знания об абсолютных, относительных показателях здоровья населения; важнейших социально значимых болезнях и их социально-гигиеническом значении; принципах проведения экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы, признаках биологической смерти человека</p>	<p>В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания об абсолютных, относительных показателях здоровья населения; важнейших социально значимых болезнях и их социально-гигиеническом значении; принципах проведения экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы, признаках биологической смерти человека</p>	<p>Сформированные систематические знания об абсолютных, относительных показателях здоровья населения; важнейших социально значимых болезнях и их социально-гигиеническом значении; принципах проведения экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы, признаках биологической смерти человека</p>
		<p>Уметь: вести медицинскую документацию, связанную с экспертизой временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизой,</p>	<p>Отсутствие умений вести медицинскую документацию, связанную с экспертизой временной нетрудоспособности, медико-социальной</p>	<p>Частично освоенные умения вести медицинскую документацию, связанную с экспертизой временной нетрудоспособности, медико-</p>	<p>В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения вести медицинскую документацию, связанную с экспертизой временной</p>	<p>В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения вести медицинскую документацию, связанную с экспертизой временной</p>	<p>Сформированное умение вести медицинскую документацию, связанную с экспертизой временной нетрудоспособности, медико-социальной</p>

		констатацией признаков биологической смерти человека	экспертизой, констатацией признаков биологической смерти человека	социальной экспертизой, констатацией признаков биологической смерти человека	нетрудоспособности, медико-социальной экспертизой, констатацией признаков биологической смерти человека	нетрудоспособности, медико-социальной экспертизой, констатацией признаков биологической смерти человека	экспертизой, констатацией признаков биологической смерти человека
		Владеть: методикой проведения экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы и установления признаков биологической смерти человека при выполнении профессиональных задач в рамках изучаемой дисциплины	Отсутствие навыков владения методикой проведения экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы и установления признаков биологической смерти человека при выполнении профессиональных задач в рамках изучаемой дисциплины	Фрагментарное применение навыков проведения методики экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы и установления признаков биологической смерти человека при выполнении профессиональных задач в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но не систематически проявляемое владение навыками проведения экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы и установления признаков биологической смерти человека при выполнении профессиональных задач в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки проведения методики экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы и установления признаков биологической смерти человека при выполнении профессиональных задач в рамках изучаемой дисциплины	Успешное и систематически применяемые навыки проведения экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы и установления признаков биологической смерти человека при выполнении профессиональных задач в рамках изучаемой дисциплины

Формируе	Содержание	Планируемые	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале
-----------------	-------------------	--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

мая компетенция	компетенции	результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	1	2	3	4	5
ПК-9	готовность к ведению лечения пациентов различными нозологическими формами амбулаторных условиях дневного стационара	Знать: Особенности медицинской помощи в амбулаторно поликлинических условиях и дневного стационара	Отсутствие знаний особенностей медицинской помощи в амбулаторно поликлинических условиях и дневного стационара	Фрагментарные знания особенностей медицинской помощи в амбулаторно поликлинических условиях и дневного стационара	Общие, но не структурированные знания особенностей медицинской помощи в амбулаторно поликлинических условиях и дневного стационара	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания особенностей медицинской помощи в амбулаторно поликлинических условиях и дневного стационара	Сформированные систематические знания особенностей медицинской помощи в амбулаторно поликлинических условиях и дневного стационара
		Уметь: Диагностировать заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара	Отсутствие умений диагностировать заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара	Частично освоенные умения диагностировать заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара	В целом успешно, но не систематически освоенные умения диагностировать заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения диагностировать заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара	Сформированное умение диагностировать заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара

		Владеть: Алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины	Отсутствие навыков владения алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины	Фрагментарное применение навыков владения алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но не систематически проявляемое владение навыками применения алгоритмов ведения и лечения пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки владения алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины	Успешное и систематически применяемые навыки владения алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара 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-10	готовностью к оказанию медицинской помощи при внезапных острых	Знать: Алгоритмы диагностики и ведения пациентов при различных	Отсутствие знаний алгоритмов диагностики и ведения пациентов при	Фрагментарные знания алгоритмов диагностики и ведения пациентов при	Общие, но не структурированные знания алгоритмов диагностики и	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания алгоритмо	Сформированные систематические знания алгоритмов диагностики и

заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	острых и хронических заболеваний	и различных острых и хронических заболеваний	различных острых и хронических заболеваний	ведения пациентов при различных острых и хронических заболеваниях	в диагностики и ведения пациентов при различных острых и хронических заболеваниях	ведения пациентов при различных острых и хронических заболеваниях
	Уметь: Оказывать медицинскую помощь при острых и хронических заболеваниях	Отсутствие умений оказывать медицинскую помощь при острых и хронических заболеваниях	Частично освоенные умения оказывать медицинскую помощь при острых и хронических заболеваниях	В целом успешно, но не систематически освоенные умения оказывать медицинскую помощь при острых и хронических заболеваниях	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения оказывать медицинскую помощь при острых и хронических заболеваниях	Сформированное умение оказывать медицинскую помощь при острых и хронических заболеваниях
	Владеть: Навыками оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и хронических заболеваниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины	Отсутствие навыков оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и хронических заболеваниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины	Фрагментарное применение навыков оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и хронических заболеваниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но не систематически проявляемое владение медицинской помощи в полном объеме при острых и хронических заболеваниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках	Успешное и систематически применяемые навыки оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины

					изучаемой дисциплины	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 ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, работа на амбулаторном приеме, заполнение амбулаторной карты пациента, работа на симуляторе

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 доклада/ устного реферативного сообщения:

Оценка «отлично» выставляется, если реферативное сообщение/доклад соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание 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 реферативное сообщение/доклад соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание \ отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферативное сообщение/доклад 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 реферативного сообщения/доклада не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферативного сообщения количество литературных источников.

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 работы на амбулаторном приеме:

«Отлично»: обучающийся активно работал на приеме с пациентами, самостоятельно и грамотно оформлял медицинскую документацию, добросовестно и на должном уровне овладел практическими умениями и навыками, предусмотренными программой дисциплины

«Хорошо»: обучающийся работал на приеме с пациентами под руководством преподавателя, самостоятельно, с незначительными методическими указаниями со стороны преподавателя оформлял медицинскую документацию, на должном уровне овладел практическими умениями и навыками, предусмотренными программой дисциплины

«Удовлетворительно»: обучающийся работал на приеме с пациентами не активно, оформлял медицинскую документацию небрежно, овладел минимально допустимым количеством практических навыков, предусмотренных программой дисциплины, с небольшим уровнем их освоения

«Неудовлетворительно»: обучающийся не работал самостоятельно с пациентами, слабо знает правила оформления медицинской документации, не овладел практическими навыками.

Для заполнения амбулаторной карты пациента:

Оценка «отлично» выставляется, если все разделы учебной карты амбулаторного больного раскрыты полностью, отсутствуют ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

Оценка «хорошо» выставляется, если в учебной карте амбулаторного больного представлены все разделы, есть недостатки в интерпретации данных, отсутствуют ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

Оценка «удовлетворительно» выставляется если в учебной карте амбулаторного больного 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 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. Шкала и процедура оценивания 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.