

Приложение к рабочей программе

Владимирский филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фонд оценочных средств по дисциплине:

ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Направление подготовки (специальность): 31.05.01 - ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО

Квалификация (степень) выпускника: ВРАЧ-ЛЕЧЕБНИК

Факультет: ЛЕЧЕБНЫЙ

Форма обучения: ОЧНАЯ

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Поликлиническая терапия» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Поликлиническая терапия». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

(Фонды оценочных средств позволяют оценить достижение запланированных результатов, заявленных в образовательной программе.

Оценочные средства – фонд контрольных заданий, а также описание форм и процедур, предназначенных для определения качества освоения обучающимися учебного материала.)

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест №1	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Коллоквиум	Средство контроля усвоения учебного материала темы, раздела или разделов дисциплины, организованное как учебное занятие в виде собеседования преподавателя с обучающимися.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
3	Контрольная работа	Средство проверки умений применять полученные знания для решения задач определенного типа по теме или разделу	Комплект контрольных заданий по вариантам
4	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Перечень тем рефератов

5	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющий оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов
6	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач
7	Терминологический диктант	Средство проверки знаний, позволяющий оценить теоретическую подготовку обучающегося.	Перечень терминов

3. Разделы дисциплин, формирующие соответствующие компетенции

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
1.	Первичная медико-санитарная помощь как этап порядков оказания медицинской помощи в РФ. Темы: 1. Правила организации деятельности поликлиники. 2. Правила организации деятельности врача участкового терапевта. 3. Профилактика. Диспансеризация. 4. Медицинская экспертиза.	ОПК-6, ПК-2, ПК-7	знать основные научные понятия; важнейшие синдромы; принципы постановки диагноза; порядки и стандарты оказания медицинской помощи; основы Законодательства по охране здоровья граждан РФ; оперативную документацию, принципы проведения диспансеризации и профилактических осмотров; факторы, формирующие здоровье человека; анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности, структуру инвалидности; методику проведения экспертизы. уметь выбрать приемы деятельности, составляющие клиническое мышление; наметить объем исследований в соответствии со стандартами; подобрать индивидуальный вид оказания медицинской	Компьютерное тестирование; ситуационные задачи	40 (вариант из 30 вопросов формируется компьютером методом случайной выборки) 10

			помощи;	заполнить		
--	--	--	---------	-----------	--	--

			основную документацию; проводить диспансеризацию, определять план первичной и вторичной профилактики, оценивать эффективность диспансеризации; дать рекомендации по здоровому образу жизни; оценить факторы, влияющие на здоровье; определить причину временной нетрудоспособности; критерии выздоровления и восстановления трудоспособности; своевременно выявлять признаки инвалидности. Владеть интерпретацией результатов методов диагностики, общеклинического обследования; алгоритмами диагностики и лечения; правильным ведением документации; методикой диспансерного наблюдения; основами формирования у населения позитивного настроения; интерпретацией результатов методов диагностики.		
--	--	--	--	--	--

2.	Первичная медико-санитарная помощь пациентам. Темы: 1. Анемии. 2. С нарушениями углеводного обмена. 3. С артериальной гипертензией. 4. С пороками аортального и	ОПК-8, ПК-7, ПК-9, ПК-15	знать основные научные понятия; важнейшие синдромы; принципы постановки диагноза; цели при лечении заболеваний; учетно-отчетную документацию; правила выписывания рецептов; факторы, формирующие здоровье; этиологию, патогенез, классификацию заболеваний, клиническую картину,	Компьютерное тестирование ситуационные задачи	160 (вариант из 50 вопросов формируется компьютером методом случайной выборки) 50
----	--	--------------------------	---	--	---

	митрального клапанов. 5. С аритмиями. 6. С бронхообструктивными заболеваниями. 7. С пневмониями и плевритами.		особенности течения и возможные осложнения; критерии диагноза; Законодательство по охране здоровья граждан РФ; порядки и стандарты оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи.		
--	--	--	---	--	--

	8. С заболеваниями кишечника. 9. С кислотзависимыми заболеваниями. 10. Гриппом и другими ОРВИ. 11. С хронической болезнью почек. 12. Патология суставов		Уметь выбрать приемы деятельности, составляющие содержание клинического мышления; наметить объем исследований в соответствии со стандартами; подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента; использовать в лечебной деятельности методы первичной и вторичной профилактики; обосновать фармакотерапию у конкретного больного; заполнить основную документацию; выписать рецепты; назначить медикаментозную терапию с учетом фармакокинетики и фармакодинамики лекарств, нежелательных действий; сформулировать диагноз; определить объем дополнительных исследований; оценить факторы, влияющие на здоровье, пользоваться законодательствами, установками по экспертизе трудоспособности; своевременно выявлять признаки инвалидности; в ограниченное время качественно провести		
--	--	--	---	--	--

			опрос и осмотр пациента; интерпретировать полученные результаты . Владеть интерпретацией методов диагностики, общеклинического обследования;		
--	--	--	---	--	--

			алгоритмами диагностики и лечения в соответствии с порядками и стандартами; правильным ведением документации; выполнением основных лечебных мероприятий по оказанию первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.		
--	--	--	--	--	--

4. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации

№ п/п	№ семестра	Формы контроля	Наименование раздела дисциплины	Оценочные средства		
				Виды	Кол-во вопросов в задании	Кол-во вариантов тестовых заданий
1	2	3	4	5	6	7
1.	9	Контроль освоения темы, контроль самостоятельной работы студента	Заболевания органов ЖКТ	Тестовые задания	20	Неограниченно (при проведении компьютерного тестирования)
				Контрольная работа	1	5
				Реферат	1	1
				Ситуационные задачи	1	7
2.	11	Контроль освоения темы, контроль	Заболевания почек	Тестовые задания	15	Неограниченно
				Контрольная работа	1	5

		самостоятельной работы студента		Ситуационные задачи	1	5
--	--	---------------------------------	--	---------------------	---	---

3.	9-12	Контроль освоения темы, контроль самостоятельной работы студента темы	Экспертиза трудоспособности	Тестовые задания	20	Неограниченно
				Контрольная работа	1	5
				Реферат	1	2
				Ситуационные задачи	1	5
4.	9-12	Контроль освоения темы, контроль самостоятельной работы студента	Организация первичной медико-санитарной помощи	Тестовые задания	30	Неограниченно
				Контрольные вопросы	5	25
				Контрольная работа	2	10
5.	11-12	Контроль освоения темы, контроль самостоятельной работы студента	Заболевания ССС	Тестовые задания	60	Неограниченно
				Контрольные вопросы	5	20
				Контрольная работа	5	10
				Ситуационные задачи	1	15
6.	9	Контроль освоения темы, контроль самостоятельной работы студента	Болезни органов дыхания	Тестовые задания	25	Неограниченно
				Контрольная работа	1	5
				Ситуационные задачи	1	10
7.	9	Контроль освоения темы, контроль самостоятельной работы студента	Анемии	Тестовые задания	15	Неограниченно
				Контрольная работа	1	5
				Ситуационные задачи	1	3
8.	11	Контроль освоения темы, контроль самостоятельной работы студента	Болезни суставов	Тестовые задания	15	Неограниченно
				Ситуационные задачи	1	5
				Контрольная работа	1	3
9.	12	Контроль освоения темыКонтроль освоения темы,	Нарушения углеводного обмена	Тестовые задания	20	Неограниченно
				Контрольные вопросы	3	15
				Ситуационные задачи	1	5

		контроль самостоятельной работы студента				
10.	12	Контроль освоения темы, контроль самостоятельной работы студента	Пожилые	Тестовые задания	10	Неограниченно
				Контрольная работа	3	10
11.	12	Экзамен	Все разделы	Тестовые задания	60	Неограниченно
				Ситуационные задачи	5	60

**5. Тестовые задания для студентов пятого и шестого курсов
лечебного факультета по дисциплине «Поликлиническая
терапия»
по специальности Лечебное дело 31.05.01**

Раздел 1. Первичная медико-санитарная помощь как этап Порядков оказания медицинской помощи в РФ

Тема «Правила организации деятельности поликлиники»

1. В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН ИНВАЛИДНОСТИ 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

2. В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ 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

3. ПРОЦЕСС ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) информирование населения о факторах риска
- 2) формирование убежденности в необходимости сохранении здоровья
- 3) повышение материального благосостояния
- 4) воспитание навыков здорового образа жизни

4. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ УСЛОВИЯМИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) повышение эффективности диспансеризации
- 2) рациональное индивидуальное поведение

3) осуществление общегосударственных мероприятий по созданию здоровых условий жизни

4) формирование установок на здоровье в обществе

5. МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ СОСТОЯТ ИЗ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КОМПОНЕНТОВ, КРОМЕ

1) медицинская технология

2) конечные результаты выполнения медицинской технологии

3) стоимость выполнения медицинской технологии

4) расчет стоимости выполнения определенного метода лечения

6. НЕОБХОДИМЫМИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМИ УСЛОВИЯМИ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ЯВЛЯЮТСЯ

1) информированное добровольное согласие взрослого пациента

2) согласие родителей ребенка в возрасте до 15 лет

3) решение о необходимости медицинского вмешательства КЭК

7. ОСНОВНЫМИ ФУНКЦИЯМИ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЮТСЯ

1) организация и проведение диспансеризации

2) экспертиза временной нетрудоспособности

3) установление группы инвалидности

4) направление больных на санаторно-курортное лечение

5) оказание первой медицинской помощи при острых и внезапных заболеваниях, травмах

8. ОСНОВНЫМИ НАПРАВЛЕНИЯМИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ

1) создание позитивных для здоровья факторов

2) повышение эффективности деятельности служб здравоохранения

3) активизация позитивных для здоровья факторов

4) устранение факторов риска

5) минимизация факторов риска

Тема «Правила организации деятельности врача участкового терапевта»

9. ВРАЧИ ПОЛИКЛИНИКИ ВЫПОЛНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ РАБОТ

1) диагностика и лечение заболеваний

2) профилактическая работа

3) санитарно-просветительная работа

4) деятельность по ОМС на коммерческой основе

5) ведение оперативно-учетной документации

10. ОСНОВНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО В ПОЛИКЛИНИКЕ ЯВЛЯЮТСЯ

1) нагрузка на врачебную должность

2) средняя длительность лечения больного

3) процент совпадения поликлинических и клинических диагнозов

4) эффективность диспансеризации

11. ВРАЧ ТЕРАПЕВТ УЧАСТКОВЫЙ ЗАПОЛНЯЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ УЧЕТНЫЕ ДОКУМЕНТЫ, КРОМЕ

1) медицинскую карту амбулаторного больного

2) талон амбулаторного пациента

3) историю развития ребенка

4) дневник работы врача общей практики (семейного врача)

5) листок учета больных и коечного фонда

12. УСТАНОВЛЕНИЕ ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

1) лечащий врач

2) заведующий отделением

3) клинико-экспертная комиссия лечебно-профилактического учреждения

4) главный специалист по экспертизе нетрудоспособности Минздравсоцразвития РФ

5) медико-социальная экспертная комиссия

Тема «Профилактика. Диспансеризация»

13. СОЦИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

1) проведение прививок

2) улучшение условий труда и отдыха

3) повышение материального благосостояния

14. МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА

ВКЛЮЧАЕТ

1) проведение прививок

2) проведение медицинских осмотров

3) выявление заболеваний

15. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ

1) проведение прививок

2) мероприятия, предупреждающие развитие заболеваний

3) выявление заболеваний

16. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ

1) проведение прививок

2) мероприятия, предупреждающие развитие заболеваний

3) выявление заболеваний

4) мероприятия, предупреждающие развитие осложнений и рецидивов заболеваний

5) повышение материального благосостояния

17. К МЕТОДАМ И СРЕДСТВАМ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ

1) вакцинацию

2) профилактическую госпитализацию

3) оздоровление окружающей среды

18. ЦЕЛЮ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ

ВОЗНИКНОВЕНИЯ

1) острых заболеваний

2) инфекционных заболеваний

3) несчастных случаев

4) хронических заболеваний

19. ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО

НАБЛЮДЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ

ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

1) регулирование потока посетителей поликлиники

2) активное динамическое наблюдение и лечение

3) проведение лечебно-оздоровительных мероприятий

4) активное выявление и взятие на учет больных и лиц с факторами риска

5) анализ качества и эффективности диспансерного наблюдения

20. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ОЦЕНИВАЕТСЯ

СЛЕДУЮЩИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ

1) полнота взятия на диспансерное наблюдение

2) своевременность взятия на диспансерное наблюдение

3) кратность обострений заболеваний

4) процент перевода по группам диспансерного наблюдения

5) процент совпадения поликлинических и клинических диагнозов

Тема «Медицинская экспертиза»

21. В КАКИХ СЛУЧАЯХ ЧАСТНО ПРАКТИКУЮЩИЙ ВРАЧ ИМЕЕТ ПРАВО НА ВЫДАЧУ БОЛЬНИЧНОГО ЛИСТА

1) ни в каких случаях не имеет права

2) в любых на общих основаниях

3) при наличии у него лицензии на это право без ограничения срока – до

4) выздоровления

5) в пределах средних сроков, но не более 15 дней, с последующим

6) направлением на

7) КЭК и при наличии лицензии

22. ВЫДАЕТСЯ ЛИ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ ЛИЦАМ – БЕЖЕНЦАМ ПРИ НАЛИЧИИ ПРИЗНАКОВ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

1) выдается на общих основаниях

2) не выдается

3) выдается при наличии оформленного статуса беженца

23. КАКОЙ ДОКУМЕНТ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СЛЕДУЕТ ВЫДАТЬ ПАЦИЕНТУ, ПРИЕХАВШЕМУ В ГОСТИ ИЗ КИЕВА

1) никакой

2) больничный лист, как иногороднему

3) справку произвольной формы

24. В КАКИХ СЛУЧАЯХ ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ ИЗ БЛИЖНЕГО (СНГ), ДАЛЬНЕГО ЗАРУБЕЖЬЯ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ

1) ни в каких

2) во всех случаях наличия нетрудоспособности

3) если он является работником российского предприятия

25. НА КАКОЙ ДЕНЬ ВРЕМЕННОЙ ДОЛЖНО БЫТЬ ПОЛУЧЕНО РАЗРЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА ПРИ ВЫДАЧЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИНОГОРОДНЕМУ

1) разрешение получать не нужно

2) в первый день решения вопроса о выдаче больничного листа

3) в любой день нетрудоспособности

4) при закрытии больничного листа

26. МОЖНО ЛИ ВЫДАТЬ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ ЛИЦУ, НЕ ПРОЖИВАЮЩЕМУ В РАЙОНЕ ОБСЛУЖИВАНИЯ ЛПУ

1) можно на общих основаниях

2) можно только при определенных заболеваниях

3) нельзя

4) можно с разрешения главного врача

27. МОЖЕТ ЛИ БЫТЬ ВЫДАН БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ БЕЗРАБОТНОМУ

1) не может

2) можно только при ургентном заболевании

3) можно при госпитализации

4) при наличии документа о взятии на учет по безработице

28. МОЖНО ЛИ ВЫДАТЬ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ ПАЦИЕНТУ С ЯВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ, КУДА ОН ПРИСЛАН НА КОНСУЛЬТАЦИЮ

1) можно

2) можно только в случае проживания в данном регионе

3) нельзя

29. МОЖНО ЛИ ВЫДАТЬ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ ПАЦИЕНТУ, НАПРАВЛЕННОМУ НА ОБСЛЕДОВАНИЕ

1) да

2) нет

3) в отдельных случаях

30. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КАКИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ НЕ ВЫДАЕТСЯ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ

1) УЗИ органов брюшной полости

- 2) компьютерная томография
- 3) ректороманоскопия
- 4) гастроскопия с биопсией
- 5) сцинтиграфия

31. КАКОЙ ДОКУМЕНТ НЕ УДОСТОВЕРЯЕТ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ТРАВМЕ

- 1) справка из приемного отделения
- 2) больничный лист
- 3) справка о бытовой травме
- 4) справка бытовой формы

32. КАКИЕ ИЗ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ, ПОВЛЕКШИХ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ, НЕ КВАЛИФИЦИРУЮТСЯ КАК БЫТОВАЯ ТРАВМА

- 1) ожог солнечными лучами
- 2) укус насекомого или животного
- 3) пищевое отравление
- 4) отравление снотворными препаратами
- 5) отравление угарным газом

33. КАКОЙ ДАТОЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ ЗАКРЫТ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ БОЛЬНОМУ, НАПРАВЛЕННОМУ НА МСЭК И ПРИЗНАННОМУ ИНВАЛИДОМ

- 1) днем направления на МСЭК
- 2) днем регистрации документов в МСЭК
- 3) днем освидетельствования
- 4) больничный лист может быть продолжен

34. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО СЧИТАЕТСЯ НАРУШЕНИЕМ РЕЖИМА

- 1) несоблюдение предписанного лечения
- 2) несоблюдение режима
- 3) отказ от госпитализации
- 4) несвоевременная явка на прием

35. МОЖНО ЛИ ВЫДАТЬ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ СО ВЧЕРАШНЕГО ДНЯ

- 1) можно, если пациент внушает доверие
- 2) если сохраняются признаки нетрудоспособности
- 3) нельзя
- 4) да, если медицински подтвержден факт нетрудоспособности накануне

36. В ТЕЧЕНИЕ КАКОГО ВРЕМЕНИ ПОЛИКЛИНИКА МОЖЕТ ПРОДОЛЖИТЬ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ

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

37. ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ РЕШАЮЩИМ ДЛЯ ВЫНЕСЕНИЯ МСЭК ЗАКЛЮЧЕНИЯ О ПРИЗНАНИИ ИНВАЛИДОМ

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

38. ПАЦИЕНТ, ИМЕЮЩИЙ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ ПО ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ АНГИНЕ НА 10 ДНЕЙ, НА ОЧЕРЕДНОЙ ПРИЕМ К ВРАЧУ ЯВИЛСЯ С ОПОЗДАНИЕМ НА 5 ДНЕЙ. ТРУДОСПОСОБЕН. КАК ЗАКРЫТЬ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ

- 1) днем, когда он должен был явиться на прием
- 2) днем, когда он явился на прием выписаться на работу
- 3) то же, но еще сделать отметку о нарушении режима

39. БОЛЬНОЙ ИМЕЕТ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ ПО ОРВИ С 18.03 ПО 26.03. НА ПРИЕМ ПРИШЕЛ 26.03 С ОБЪЕКТИВНЫМИ СИМПТОМАМИ ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ. ОФОРМИТЕ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ.

- 1) продлить больничный лист с 26.03 до 01.04
- 2) то же, но дополнительно сделать отметку о нарушении режима
- 3) продлить больничный лист с 26.03 до выздоровления, сделав отметку о нарушении режима
- 4) нарушении режима

40. МОЖНО ЛИ ВЫДАТЬ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ НЕТРУДОСПОСОБНОМУ БЕЖЕНЦУ ИЗ ГРУЗИИ, ВРЕМЕННО РАБОТАЮЩЕМУ РАЗНОРАБОЧИМ В СТРОИТЕЛЬНОЙ

ОРГАНИЗАЦИИ?

- 1) можно
- 2) нельзя
- 3) выдать как иногороднему
- 4) на общих основаниях при наличии статуса беженца

Раздел 2. Первичная медико-санитарная помощь пациентам

Тема «Анемии»

41. ГЕНЕЗ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ЖЕНЩИН МОЖНО СВЯЗАТЬ СО СЛЕДУЮЩИМИ ДАННЫМИ АНАМНЕЗА

- 1) резекцией желудка
- 2) большим количеством детей (родов)
- 3) нефрэктомией
- 4) гипосекреторным гастритом

42. УВЕЛИЧЕНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ УЖЕ В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНО

- 1) для гемолитических анемий
- 2) для железодефицитных анемий
- 3) для множественной миеломы
- 4) для болезни тяжелых цепей

43. ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) тошнота, рвота
- 2) жжение в языке
- 3) афтозный стоматит
- 4) тяга к острой пище

44. ЯРКО-КРАСНЫЙ ЯЗЫК НЕРЕДКО НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) при амилоидозе
- 2) при тромбоцитопении
- 3) при мегалобластной анемии
- 4) при болезни Гоше

45. ПРОБА НА ИНДИВИДУАЛЬНУЮ СОВМЕСТИМОСТЬ ДОНОРА И РЕЦИПИЕНТА ПРОВОДИТСЯ

- 1) для подтверждения идентичности крови донора и реципиента по системе АВО и по резус-фактору
- 2) для подтверждения совместимости крови донора и реципиента по системе АВО
- 3) для выявления аутоSENSИБИЛИЗАЦИИ эритроцитов реципиента и донора и иммунных тел в сыворотке донора
- 4) для выявления иммунных антител в сыворотке реципиента
- 5) для подтверждения совместимости крови донора и реципиента по системе АВО и для выявления иммунных антител в сыворотке реципиента

46. ОСНОВНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ ВСАСЫВАЕТСЯ

- 1) в желудке
- 2) в нисходящем отделе ободочной кишки

3) в двенадцатиперстной и тощей кишках

4) в подвздошной кишке

5) в желудке, 12 –перстной и тощей кишках

47. ЖЕЛЕЗО ВСАСЫВАЕТСЯ ЛУЧШЕ ВСЕГО

1) в форме ферритина

2) в форме гемосидерина

3) в форме гема

4) в виде свободного трехвалентного железа

5) в виде свободного двухвалентного железа

48. ЗА СУТКИ ЖЕЛЕЗА МОЖЕТ ВСОСАТЬСЯ НЕ БОЛЕЕ

1) 0.5-1.0 г

2) 2.0-2.5 г

3) 4.0-4.5 г

4) 10.0-12.0 г

49. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ЖЕНЩИН ЯВЛЯЕТСЯ

1) обильные и длительные менструальные кровопотери

2) болезни пищевода

3) геморрой

4) опухоли желудочно-кишечного тракта

5) хронический гастрит с пониженной секреторной функцией

50. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У МУЖЧИН ЯВЛЯЕТСЯ

1) кровопотеря из желудочно-кишечного тракта

2) гломусные опухоли

3) алкогольный гепатит

4) гематурическая форма гломерулонефрита

5) желудочно-кишечное кровотечение и гломусные опухоли

51. СРЕДИ МЕТОДОВ ВЫЯВЛЕНИЯ КРОВОПОТЕРИ ЧЕРЕЗ ЖКТ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) проба Грегерсена

2) проба Вебера

3) определение кровопотери с помощью радиоактивного хрома

4) определение уровня железа в кале

52. ПРИЧИНУ ПОСТГЕМОРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИИ, СВЯЗАННОЙ С КРОВОПОТЕРЕЙ ЧЕРЕЗ ЖКТ, ДИАГНОСТИРУЮТ С ПОМОЩЬЮ

1) эндоскопического и рентгенологического исследования желудочно-кишечного тракта

2) селективной ангиографии чревного ствола и мезентериальных артерий

3) ревизии органов брюшной полости при диагностической лапаротомии

4) всех перечисленных методов

53. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ У ДОНОРА ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА СЛЕДУЕТ

1) включить в его рацион орехи, икру, гранаты, морковь

2) рекомендовать ему съедать в течение полугода по 1 кг яблок ежедневно

3) перелить тщательно подобранную эритроцитарную массу

4) назначить ему на длительный срок препараты железа перорально

54. ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННОЙ МОЖЕТ БЫТЬ

1) имевшийся ранее латентный дефицит железа

2) многоплодная беременность

3) несовместимость с мужем по системе АВО

55. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА НАЗНАЧАЮТ

- 1) препараты железа внутривенно в сочетании в мясной диетой
 - 2) препараты железа внутривенно в сочетании с витаминами группы В внутримышечно
 - 3) регулярные трансфузии эритроцитарной массы в сочетании с богатой фруктами диетой
 - 4) препараты железа внутрь на длительный срок
56. ПРАВИЛЬНЫМИ РЕКОМЕНДАЦИЯМИ ПО ЛЕЧЕНИЮ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) вегетарианская диета с обилием яблок, моркови, гранатов, орехов
 - 2) необходимость в ежедневном приеме икры, мяса, птицы, белой рыбы
 - 3) ежедневное употребление в пищу 300 г паштета из говяжьей печени
 - 4) длительный прием препаратов железа внутрь
57. БЕРЕМЕННОЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ СЛЕДУЕТ
- 1) принимать внутрь препарат железа до родов и весь период кормления ребенка грудью

- 2) включить в диету красную рыбу, гранаты и морковь
 - 3) перелить эритроцитарную массу перед родами
 - 4) сделать 10 внутривенных инъекций Ferrum Lek
58. ДЛЯ АНЕМИИ, СВЯЗАННОЙ СО СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ, ХАРАКТЕРНЫ
- 1) гиперхромия эритроцитов
 - 2) высокий ретикулоцитоз
 - 3) базофильная пунктация эритроцитов
 - 4) появление шизоцитов

59. ЛАБОРАТОРНЫЙ ПРИЗНАК МЕГАЛОБЛАСТНОЙ АНЕМИИ

- 1) гиперхромия эритроцитов
- 2) микроцитоз эритроцитов
- 3) глюкозурия
- 4) гиперурикемия

60. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ В12 ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) инвазия широким лентецом
- 2) инвазия острицами
- 3) язвенная болезнь желудка
- 4) катаракта

Тема «С нарушениями углеводного обмена»

61. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИНСУЛИНА НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) гипергликемия
- 2) гиполипотеинемия
- 3) торможение гликогенолиза
- 4) торможение глюконеогенеза
- 5) уменьшение образования кетоновых тел

62. НАРУШЕНИЮ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ СООТВЕТСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ГЛЮКОЗЫ В КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ (ММОЛЬ/Л)

- 1) натощак $< 6,7$; через 2 часа после $> 7,8$ и $< 11,1$
- 2) натощак $< 6,0$ через 2 часа после $> 6,1$ и $< 7,0$
- 3) натощак $< 6,1$ через 2 часа после $> 7,2$ и $< 11,0$
- 4) натощак $< 5,6$ через 2 часа после $> 7,8$ и $< 11,1$

63. УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ

- 1) жирового гепатоза
- 2) гепатита
- 3) цирроза
- 4) желчно-каменной болезни

64. НОРМАЛЬНЫЙ БАЗАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ СОСТАВЛЯЕТ

1) 8.3-10.1 ммоль/л

2) 6.2-9.3 ммоль/л

3) 2.7-5.5 ммоль/л

4) 3.8-6.7 ммоль/л

5) 3.3-5.5 ммоль/л

65. МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМЫЙ ДЛЯ ЗДОРОВЫХ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ ПЕРОРАЛЬНОЙ НАГРУЗКИ ГЛЮКОЗОЙ СОСТАВЛЯЕТ

1) 8.43 ммоль/л

2) 7.22 ммоль/л

3) 9.6 ммоль/л

4) 10.1 ммоль/л

5) 7.8 ммоль/л

66. К ИНСУЛИНАМ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ (6-8 ЧАСОВ) ОТНОСЯТ

1) протафан

2) монотард

3) актрапид

4) хумалог

67. ПРИМЕНЕНИЕ СУЛЬФАНИЛАМИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ САХАРНОМ

ДИАБЕТЕ ПОКАЗАНО

1) при сахарном диабете II типа средней тяжести

2) при диабетической нефропатии III стадии

3) при перенесенном гепатите

4) при гестационном диабете

68. ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ БИГУАНИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1) наличие сахарного диабета II типа в сочетании с ожирением

2) наличие сахарного диабета II типа в сочетании с почечной недостаточностью

3) наличие сахарного диабета II типа в сочетании с хроническими заболеваниями, сопровождающимися тканевой гипоксией

4) гестационный диабет

69. ДЛЯ ЛАКТАЦИДОЗА ХАРАКТЕРНЫ

1) дыхание типа Куссмауля

2) запах ацетона изо рта

3) обезвоживание

4) острое начало

70. ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕГЛИТИНИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1) наличие сахарного диабета I типа в сочетании с ожирением

2) наличие кетоацидоза

3) наличие сахарного диабета II типа в сочетании с ожирением

4) наличие сахарного диабета II типа без ожирения с выраженной гипергликемией после еды

5) наличие сахарного диабета II типа без ожирения и без выраженной гипергликемии после еды

71. ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ТИАЗОЛИДИНДИОНОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1) наличие сахарного диабета I типа без осложнений

2) наличие кетоацидоза

3) наличие сахарного диабета II типа с преобладанием инсулинорезистентности

4) наличие сахарного диабета II типа без ожирения

72. К ИНКРЕТИНОМИМЕТИКАМ ОТНОСЯТСЯ

1) репаглинид

2) глимепирид

3) пиоглитазон

4) эксенатид

73. ИНКРЕТИНОМИМЕТИКИ ПОКАЗАНЫ ПРИ

- 1) СД 1 типа
- 2) СД с тяжелой почечной недостаточностью
- 3) беременности
- 4) СД 2 типа в качестве монотерапии
- 5) СД 2 типа как дополнение к метформину, производным сульфанилмочевины для улучшения гликемического контроля

74. НЕДОПУСТИМЫЕ КОМБИНАЦИИ ПРЕПАРАТОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ВЛКЮЧАЮТ

- 1) препарат сульфанилмочевины + бигуанид
- 2) препарат сульфанилмочевины + инсулин
- 3) препарат сульфанилмочевины + меглитинид
- 4) меглитинид + бигуанид
- 5) бигуанид + эксенатид

75. К АНАЛОГАМ ИНСУЛИНА ЧЕЛОВЕКА ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСЯТ

- 1) лантус
- 2) хумулин регулар
- 3) актрапид
- 4) хумалог

76. HbA1c В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 2 – 4%
- 2) 4 – 6%

3) 6,1 – 7,5%

4) 7,5 – 9%

77. ГИПОГЛИКЕМИЮ МОЖЕТ СПРОВОЦИРОВАТЬ

- 1) избыток глюкагона
- 2) избыток инсулина
- 3) избыток глюкокортикостероидов
- 4) избыток соматотропного гормона

78. ГЕМОФТАЛЬМ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ

- 1) непролиферативной стадии диабетической ретинопатии
- 2) препролиферативной стадии диабетической ретинопатии
- 3) пролиферативной стадии диабетической ретинопатии
- 4) диабетической катаракты

79. ПРИ МИКРОАЛЬБУМИУРИИ ПОТЕРЯ БЕЛКА С МОЧОЙ В СУТКИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) до 30 мг
- 2) 30 – 299 мг
- 3) более 300 мг

80. ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ

- 1) любые таблетированные сахаропонижающие препараты
- 2) аналоги инсулина короткого действия
- 3) аналоги инсулина длительного действия
- 4) препараты человеческого инсулина

Тема «С артериальной гипертензией»

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

- 1) кратковременные эпизоды головокружений
- 2) нарушения сердечного ритма и проводимости
- 3) наличие периферических отеков
- 4) боль в теменной и затылочной областях
- 5) боль за грудиной

82. КАКИЕ ЦИФРЫ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ ПРИНИМАЮТСЯ ЗА ГРАНИЦУ НОРМЫ

- 1) систолическое давление равно или ниже 140 мм рт. ст., а диастолическое – равно или ниже 90 мм рт. ст.
- 2) систолическое давление – ниже 140 мм рт. ст., а диастолическое – ниже 90 мм рт. ст.
- 3) систолическое давление – ниже 150 мм рт. ст., а диастолическое давление равно 90 мм рт. ст.

83. ВЫБЕРИТЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- 1) избыточная масса тела
- 2) потребление алкогольных напитков
- 3) избыточное потребление белка
- 4) уровень ежегодного потребления поваренной соли

84. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПРИЗНАКИ ЭКГ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

- 1) остроконечный зубец Р в отведениях II, III
- 2) гипертрофия левого желудочка
- 3) блокада правой ножки пучка Гиса
- 4) уширенный двугорбый зубец Р в отведениях I, II

85. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В АНАЛИЗЕ МОЧИ НЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ?

- 1) снижение удельного веса
- 2) лейкоцитурия
- 3) микрогематурия
- 4) повышение удельного веса

86. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГЛАЗНОГО ДНА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

- 1) сужение вен
- 2) извитость сосудов
- 3) расширение артерий сетчатки
- 4) кровоизлияния в сетчатку и плазморрагии

87. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ НЕФРОГЕННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) уменьшение размеров почек
- 2) дистопия почек
- 3) нарушение функции почек
- 4) сужение почечной артерии на 20%
- 5) наличие признаков конкрементов в лоханке

88. 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 концентрации в моче
- 5) отсутствие гипотензивного эффекта α -адреноблокаторов

89. ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- 1) ишемии внутренних органов ниже места сужения
- 2) тромбоза вен нижних конечностей
- 3) недостаточности мозгового кровообращения
- 4) присоединения атеросклероза магистральных артерий
- 5) нарушения микроциркуляции в коронарных артериях

90. ОСНОВНЫМ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ КОАРКТАЦИИ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) увеличение АД на нижних конечностях
- 2) гипотензия при измерении АД на верхних конечностях

- 3) брадикардия высоких градаций
- 4) гипертензия выше и гипотензия ниже места сужения аорты
- 5) увеличение ОЦК
- 91. ПОВЫШЕНИЕ АД ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ И ПАРАНАНГЛИОМАХ ИМЕЕТ ХАРАКТЕР
 - 1) изолированного диастолического
 - 2) с асимметрией на верхних и нижних конечностях
 - 3) кризового
 - 4) изолированного систолического
- 92. ВАЗОРЕНАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ
 - 1) стеноза почечной артерии
 - 2) фиброваскулярной гиперплазии почечной артерии
 - 3) фиброваскулярной дисплазии почечной артерии
 - 4) тромбоза почечной артерии
- 93. РАЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ
 - 1) бессолевая диета
 - 2) ингибиторы АПФ
 - 3) β -блокаторы
 - 4) хирургическое лечение
 - 5) антагонисты кальция
- 94. В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРЕПАРАТАМИ, ВЫЗЫВАЮЩИМИ РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ЯВЛЯЮТСЯ
 - 1) пенициллины
 - 2) бронхолитики
 - 3) кромогликат натрия
 - 4) препараты из солодки
- 95. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ АРТРИТОВ РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ

ГИПЕРТЕНЗИИ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ

- 1) кризанола
- 2) делагил
- 3) аспирин
- 4) ибупрофен
- 5) гидрокортизон
- 96. К ОСНОВНЫМ ГРУППАМ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ОТНОСЯТСЯ
 - 1) β -блокаторы
 - 2) инъекции дибазола
 - 3) антагонисты кальция
 - 4) ингибиторы АПФ
 - 5) блокаторы рецепторов ангиотензина II
- 97. ЭФФЕКТАМИ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ ЯВЛЯЮТСЯ
 - 1) коронаролитический
 - 2) снижение уровня мочевой кислоты в крови
 - 3) диуретический
 - 4) гипотензивный
- 98. ВЫСОКАЯ ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
 - 1) гипертиреоза
 - 2) гипертонической болезни
 - 3) атеросклероза аорты
 - 4) нефрогенной гипертонии
 - 5) диэнцефального синдрома
- 99. ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА 42 ЛЕТ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ I СТЕПЕНИ И

ОЖИРЕНИЕМ III СТЕПЕНИ МОЖНО НАЧАТЬ С

- 1) индапамида
- 2) празозина
- 3) бисопролола
- 4) изоптина
- 5) клофелина

100. ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА 56 ЛЕТ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 2 СТЕПЕНИ И ХОБЛ МОЖНО НАЧАТЬ С

- 1) атенолола
- 2) диакарба
- 3) рамиприла
- 4) верапамила
- 5) ирбесартана

Тема «С пороками аортального и митрального клапанов»

101. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ВЕННЫЙ ПУЛЬС ХАРАКТЕРЕН

- 1) для недостаточности митрального клапана
- 2) для митрального стеноза
- 3) для недостаточности аортального клапана
- 4) для стеноза устья аорты
- 5) для недостаточности трехстворчатого клапана

102. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА ЗНАЧИТЕЛЬНОГО РАСТЯЖЕНИЯ АБСОЛЮТНОЙ ТУПОСТИ

- 1) дилатация правого предсердия
- 2) дилатация правого желудочка
- 3) гипертрофия правого желудочка
- 4) дилатация левого желудочка
- 5) гипертрофия левого желудочка

103. ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ РАСШИРЕНИЕ СЕРДЦА ВЛЕВО И ВНИЗ БЫВАЕТ ПРИ ДИЛАТАЦИИ

- 1) правого предсердия

- 2) правого желудочка
- 3) левого предсердия
- 4) левого желудочка

104. ТОЧКА НАИЛУЧШЕГО ВЫСЛУШИВАНИЯ ШУМА ПРИ СТЕНОЗЕ АОРТЫ

- 1) верхушка сердца
- 2) II межреберье справа от грудины
- 3) II межреберье слева от грудины
- 4) зона Боткина-Эрба

105. КРОВОХАРКАНИЕ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) при недостаточности митрального клапана
- 2) при митральном стенозе
- 3) при недостаточности аортального клапана
- 4) при стенозе устья аорты
- 5) при недостаточности трехстворчатого клапана

106. ОТЕК ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ТАХИКАРДИИ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ

- 1) при недостаточности митрального клапана
- 2) при митральном стенозе
- 3) при недостаточности аортального клапана
- 4) при стенозе устья аорты
- 5) при недостаточности трехстворчатого клапана

107. СИСТОЛИЧЕСКОЕ ДРОЖАНИЕ НАД ВЕРХУШКОЙ ХАРАКТЕРНО

- 1) для недостаточности митрального клапана

- 2) для недостаточности аортального клапана
- 3) для митрального стеноза
- 4) для стеноза устья аорты
- 5) для недостаточности трехстворчатого клапана

108. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА

- 1) рентгенография
- 2) эхокардиография
- 3) электрокардиография
- 4) ангиопульмонография

109. НА ЭКГ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ

- 1) признаки гипертрофии правого желудочка и левого предсердия
- 2) признаки гипертрофии левого желудочка
- 3) блокада левой передней ветви пучка Гиса
- 4) горизонтальное положение электрической оси сердца
- 5) ничего из перечисленного

110. ЖЕНЩИНА 32 ЛЕТ СТРАДАЕТ МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ. В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ СРОКЕ 8 МЕСЯЦЕВ ПОЯВИЛИСЬ РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ОТЕКИ ЛЕГКИХ. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

- 1) терапия сердечными гликозидами
- 2) прерывание беременности
- 3) неотложная комиссуротомия
- 4) кровопускания
- 5) назначение постельного режима до родов

Тема «С аритмиями»

111. ПРИЧИНАМИ СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИИ, НЕ СВЯЗАННОЙ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ, МОГУТ БЫТЬ

- 1) тиреотоксикоз
- 2) анемия
- 3) феохромоцитома
- 4) миокардит

112. У БОЛЬНОГО 42 ЛЕТ, СТРАДАЮЩЕГО МИТРАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА, ПОСЛЕ АНГИНЫ ПОЯВИЛИСЬ ЧАСТЫЕ ПРЕДСЕРДНЫЕ ЭКСТРАСИСТОЛЫ.

ИМЕЕТСЯ РИСК

- 1) развития недостаточности кровообращения
- 2) появления фибрилляции предсердий
- 3) появления коронарной недостаточности
- 4) всего вышеперечисленного
- 5) ничего из перечисленного

113. ДЛЯ УРЕЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОГО РИТМА ПРИ ТАХИСИСТОЛИЧЕСКОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1) кордарон
- 2) верапамил (изоптин)
- 3) хинидин
- 4) дигоксин
- 5) новокаиномид
- 6) метопролол

114. ПРИЗНАКИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ПРЕДСЕРДНОЙ ТАХИКАРДИИ

- 1) комплекс QRS не изменен
- 2) показана выжидательная тактика, седативные средства
- 3) лечение выбора - β -блокаторы внутривенно
- 4) может быть при отсутствии органической патологии сердца

115. ХАРАКТЕРНЫЕ ЭКГ-ПРИЗНАКИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

- 1) разные интервалы R-R
- 2) отсутствие зубцов P
- 3) волны f
- 4) тахисистолия
- 5) деформация зубцов P

116. ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ

- 1) лидокаин
- 2) дигоксин или строфантин
- 3) кордарон
- 4) изоптин или нифедипин
- 5) корвалол и валокордин
- 6) новокаиномид

117. ПРЕПАРАТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ

- 1) изоптин
- 2) лидокаин
- 3) изадрин
- 4) атропин
- 5) дигоксин
- 6) амиодарон

118. У БОЛЬНОГО 61 ЛЕТ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ДАВНОСТЬЮ 10 ЧАСОВ ВОЗНИКЛА ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ С ЧАСТОТОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОГО РИТМА ОКОЛО 130 В МИН. АД 105/70 ММ РТ. СТ. НЕБОЛЬШАЯ ОДЫШКА В ПОКОЕ. БОЛЕЙ НЕТ. НАЧИНАТЬ НЕОТЛОЖНУЮ ПОМОЩЬ В БЛОКЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ СЛЕДУЕТ С

- 1) электрическая дефибрилляция
- 2) лидокаин внутривенно
- 3) амиодарон внутривенно
- 4) электрокардиостимуляция
- 5) нитроглицерин внутривенно

119. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТАХИСИСТОЛИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ НОРМОСИСТОЛИИ ПРЕПАРАТ ВЫБОРА

- 1) фуросемид
- 2) нифедипин
- 3) беллоид

- 4) метопролол
- 5) дигоксин
- 6) бисопролол

120. У БОЛЬНОГО ВНЕЗАПНО ВОЗНИК ПРИСТУП СЕРДЦЕБИЕНИЯ (160 УД/МИН), КОТОРЫЙ ВРАЧ КУПИРОВАЛ МАССАЖЕМ КАРОТИДНОГО СИНУСА. ПРИСТУП СЕРДЦЕБИЕНИЯ СКОРЕЕ ВСЕГО БЫЛ ОБУСЛОВЛЕН

- 1) синусовой тахикардией
- 2) пароксизмальной мерцательной аритмией
- 3) пароксизмальным трепетанием предсердий
- 4) пароксизмальной наджелудочковой тахикардией
- 5) пароксизмальной желудочковой тахикардией

Тема «С бронхообструктивными заболеваниями»

121. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИ ОСТРОГО БРОНХИТА

- 1) алкоголизм
- 2) курение
- 3) ОРВИ

4)переохлаждение

122. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ ОТМЕЧАЕТСЯ КАШЕЛЬ С МОКРОТОЙ

1)2 мес. не менее 2-х лет

2)3 мес. не менее 2-х лет

3)3 мес. не менее 3-х лет

4)4 мес. не менее 3-х лет

123. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА

1)курение

2)ОРВИ

3)переохлаждение

4)гиповитаминоз

124. ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

1)повышение температуры

2)головная боль

3)одышка

4)кашель

125. ДАННЫЕ АУСКУЛЬТАЦИИ ПРИ ХОБЛ

1)бронхиальное дыхание

2)крепитация

3)сухие хрипы

4)влажные хрипы

126. ПРИ ОСТРОМ БРОНХИТЕ ОТМЕЧАЕТСЯ КАШЕЛЬ С МОКРОТОЙ

1)розовой пенистой

2)«ржавой»

3)слизистой

4)стекловидной

127. СОСТАВЛЯЮЩИЕ ХОБЛ

1)абсцесс легкого

2)плеврит

3)бронхит

4)эмфизема легких

128. ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

1)боль в грудной клетке

2)кашель

3)приступ удушья

4)кровохарканье

129. ЭКСПИРАТОРНЫЙ ХАРАКТЕР ОДЫШКИ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

1)абсцессе легкого

2)бронхиальной астме

3)крупозной пневмонии

4)отеке легких

130. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПОКАЗАНЫ

1)сальбутамол

2)беродуал

3)бисопролол

4)морфин

Раздел 2. Первичная медико-санитарная помощь больным.

Тема «С пневмониями и плевритами»

131. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИИ

1) анализ мокроты

2) анализ крови

3) рентгенография грудной клетки

4) плевральная пункция

132. ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ПНЕВМОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИИ

1) амоксициллин

2) кларитромицин

3) бромгексин

4) эуфиллин

133. ОСЛОЖНЕНИЕ ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ

1) абсцесс легкого

2) бронхит

3) туберкулез

4) рак легкого

134. МОКРОТУ ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОБИРАЮТ В

1) сухую пробирку

2) сухую банку

3) стерильную пробирку

4) стерильную банку

135. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ ПРИМЕНЯЮТ

1) антибиотики

2) диуретики

3) глюкокортикостероиды

4) бронхолитики

136. ЖЕНЩИНА 65 ЛЕТ С ДЛИТЕЛЬНЫМ АНАМНЕЗОМ САХАРНОГО ДИАБЕТА И ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА, ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА 38, ЖАЛУЕТСЯ НА ОДЫШКУ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ДО 38,5°C, СЛАБОСТЬ. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ? АНТИБИОТИКИ КАКОЙ ГРУППЫ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ

1) обострение ХОБЛ

2) очаговая пневмония

3) пенициллины

4) фторхинолоны

5) цефалоспорины

137. В ДИАГНОСТИКЕ ПЛЕВРИТА РЕШАЮЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ

1) анамнез

2) аускультативная динамика

3) нарастание дыхательной недостаточности

4) увеличение СОЭ

5) рентген

138. ПРИЗНАКАМИ ТЯЖЕСТИ ПНЕВМОНИИ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) цианоз, головокружение, одышка (ЧД > 30 в 1 мин)

2) рентгенологические признаки двусторонней или многодолевой односторонней пневмонии

3) тахикардия (140 и больше уд./мин.), артериальная гипотензия (90/60 мм рт. ст.)

4) кашель

139. НАЛИЧИЕ ОДЫШКИ ПРИ ПНЕВМОНИИ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕННО

1) интоксикационным синдромом

2) частым кашлем

3) большой площадью поражения легочной

ткани 4) несвоевременным лечением

140. С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЛЕДУЕТ

ПРОВОДИТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ

ДИАГНОСТИКУ ПРИ ЗАТЯЖНОМ ТЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ

1) с туберкулезом легких

2) с раком легких

3) с доброкачественной опухолью

4) с ХОБЛ

Тема «С заболеваниями кишечника»

141. КАКИЕ СРЕДСТВА МОГУТ СПОСОБСТВОВАТЬ НОРМАЛИЗАЦИИ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КОЛИТОМ

1) бактисубтил 0,2 - по 1 капсуле 3 раза в день перед едой

2) лактобактерин по 3-6 доз 3 раза в день

3) бифидумбактерин по 5 доз 3 раза в день во время еды

4) все вышеперечисленные

142. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛИТА И НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА В ПОЛЬЗУ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛИТА МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ КРИТЕРИИ

1) боли в животе

2) расстройства стула

3) отсутствие системных поражений

4) можно все использовать

5) нельзя использовать ни один из упомянутых признаков

143. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛИТА И СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА В ПОЛЬЗУ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛИТА МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ КРИТЕРИИ

1) боли в животе

2) расстройства стула

3) признаки воспалительного процесса

4) можно все использовать

5) нельзя использовать ни один из упомянутых признаков

144. КАКИЕ ОТКЛОНЕНИЯ В КОПРОГРАММЕ НЕ ТИПИЧНЫ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛИТА

1) положительная проба Трибуле на растворимый белок

2) слизь, лейкоциты, эпителий

3) сгустки крови

4) все типичны

5) все не типичны

145. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛИТА ТИПИЧНО

1) снижение аппетита, похудение

2) пальпаторно вызываемые боли в животе по ходу толстой кишки

3) субфебрилитет

4) зуд кожных покровов

146. В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛИТА ВЕДУЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) болевой синдром

2) синдром мальабсорбции

3) синдром мальдигестии

4) все перечисленные

147. КАКАЯ ФОРМУЛИРОВКА СООТВЕТСТВУЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛИТА

- 1) хроническое воспалительное заболевание толстой кишки
- 2) хроническое заболевание со специфическими воспалительными морфологическими изменениями слизистой оболочки функций толстой кишки
- 3) хроническое заболевание с неспецифическими воспалительными изменениями слизистой оболочки, нарушениями моторной и секреторной функций толстой кишки
- 4) хроническое неспецифическое заболевание с нарушениями моторной функции толстой кишки
- 5) хроническое заболевание с нарушениями секреторной функций толстой кишки

148. ЦЕНТРАЛЬНО ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ КООРДИНИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ НА МОТОРНУЮ ФУНКЦИЮ КИШЕЧНИКА ОКАЗЫВАЮТ

- 1) метоклопрамид (церукал)
- 2) домперидон (мотилиум)
- 3) дюспаталин
- 4) дрoверин
- 5) эглонил

149. ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНТЕРИТЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

- 1) бактисубтил
- 2) лактобактерин
- 3) бифидумбактерин
- 4) фестал
- 5) панзинорм
- 6) дюспаталин

150. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КОПРОГРАММЕ НЕ ТИПИЧНЫ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНТЕРИТА

- 1) полифекалия
- 2) консистенция жидкая или полужидкая
- 3) цвет соломенно-желтый, золотистый, зеленовато-коричневый
- 4) стеаторея
- 5) прожилки крови

Раздел 2. Первичная медико-санитарная помощь больным.

Тема «С кислотозависимыми заболеваниями»

151. БЕТА-АМИЛАЗУ СЕКРЕТИРУЮТ

- 1) околоушные слюнные железы
- 2) кишечник
- 3) поджелудочная железа
- 4) желудок

152. У МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ 18 ЛЕТ ПОСЛЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА ПОЯВИЛАСЬ ДИСФАГИЯ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ЖИДКОЙ ХОЛОДНОЙ ИЛИ ГОРЯЧЕЙ ПИЩИ (ПЛОТНАЯ ПИЩА ПРОХОДИТ ХОРОШО). ДИСФАГИЯ ПОЯВЛЯЛАСЬ В ДАЛЬНЕЙШЕМ ПРИ ВОЛНЕНИЯХ, УСТАЛОСТИ. АППЕТИТ СОХРАНЕН, В ВЕСЕ НЕ ТЕРЯЛА. ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАТОЛОГИИ НЕ ВЫЯВЛЕНО. ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ДРУГОЙ ПАТОЛОГИИ И ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

- 1) общий анализ крови
- 2) рентгеноскопию пищевода и желудка
- 3) эзофагогастродуоденоскопию
- 4) компьютерную томографию

153. У БОЛЬНОГО С ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ В ПОСЛЕДНЕЕ ВРЕМЯ ИЗМЕНИЛАСЬ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЗАБОЛЕВАНИЯ: ИСЧЕЗЛА ИЗЖОГА И РЕГУРГИТАЦИЯ, ПОЯВИЛАСЬ ДИСФАГИЯ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ПЛОТНОЙ ПИЩИ, ПРОПАЛ АППЕТИТ, БОЛЬНОЙ СТАЛ ТЕРЯТЬ В ВЕСЕ. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА У ДАННОГО БОЛЬНОГО НЕОБХОДИМО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРОВЕСТИ

- 1) анализа кала на скрытую кровь

2) рентгеноскопии и рентгенографии пищевода

3) эзофагогастроскопии

4) цитологического исследования эксфолиативного материала

154. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЭРОЗИВНОГО РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЮТСЯ

1) рак пищевода

2) изъязвления

3) стриктура пищевода

4) микрокровоотечения

155. ДЛЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНО

1) «голодные» боли в эпигастральной области

2) ночные боли

3) изжога

4) хронический гастродуоденит

156. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ БИЛИАРНОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ

1) желтуха

2) кожный зуд

3) ксантелазмы

4) высокий уровень активности щелочной фосфатазы сыворотки крови

157. К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТСЯ

1) хронический атрофический гастрит с секреторной недостаточностью

2) полип желудка на широком основании

3) полипоз желудка

4) аутоимунный гастрит

158. МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ЯЗВЫ ВЫЗЫВАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

1) кортикостероидами

2) ацетилсалициловой кислотой

3) индометацином

4) резерпином

159. ПЕРЕХОД ХРОНИЧЕСКОГО АКТИВНОГО ГЕПАТИТА В ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

1) гипоальбуминемия

2) спленомегалия

3) желтуха

4) варикозное расширение вен пищевода

160. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПАРАЦЕНТЕЗА У БОЛЬНОГО ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ И АСЦИТОМ ЯВЛЯЮТСЯ

1) лихорадка

2) нарастание симптомов печеночной энцефалопатии

3) синдром гиперспленизма

4) постинфарктный кардиосклероз

Тема «С суставной патологией»

161. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ ВКЛЮЧАЕТ

1) определение мочевой кислоты в крови и моче

2) определение ревматоидного фактора

3) рентгенографию кистей

4) определение титра антистрептолизина О (АСЛ - О)

162. ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ У УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА ПОДЛЕЖАТ БОЛЬНЫЕ

- 1) ревматоидным артритом
- 2) подагрой
- 3) гонорейным гонитом

4) остеоартритом (остеоартрозом)

163. В ЭТИОЛОГИИ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОАРТРОЗА ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ

- 1) реактивный артрит в анамнезе
- 2) гиперурикемия
- 3) травма сустава
- 4) тяжелый физический труд
- 5) все перечисленное верно

164. КАКИЕ МЕТОДЫ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИМЕНЯЮТСЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

- 1) аппликации 0,5% раствора димексида
- 2) местное нанесение мазей, содержащих НСПВ
- 3) инфильтрация околосуставных тканей новокаином с преднизолоном
- 4) электрофорез, фонофорез противовоспалительных средств
- 5) все вышеперечисленное

165. В КАКИХ СЛУЧАЯХ ЖЕЛАТЕЛЬНО ПРИМЕНЕНИЕ СУЛЬФАНИЛАМИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ?

- 1) у больных ревматоидным артритом с системными проявлениями
- 2) у больных ревматоидным артритом без системных проявлений
- 3) у больных с ревматоидным артритом, осложненным остеоартрозом
- 4) при всех упомянутых обстоятельствах
- 5) ни в одной из упомянутых групп больных

166. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ЦИТОСТАТИКИ

- 1) диклофенак
- 2) метотрексат
- 3) азатиоприн
- 4) циклофосфан
- 5) преднизолон

167. КАКОЙ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ КРИТЕРИЕВ ПОЗВОЛЯЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ И РЕАКТИВНЫЙ АРТРИТ В ПОЛЬЗУ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

- 1) сочетание артрита с хроническим хламидийным уретритом, конъюнктивитом
- 2) асимметричное поражение пястно-фалангового сустава первого пальца стопы, голеностопного, коленного суставов
- 3) симметричное поражение пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов кистей рук
- 4) сакроилеит
- 5) подошвенный фасциит

168. КАКИЕ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ КРИТЕРИЕВ ПОЗВОЛЯЮТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ И ПЕРВИЧНЫЙ ОСТЕОАРТРОЗ В ПОЛЬЗУ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА?

- 1) поражение преимущественно "нагруженных" суставов - тазобедренных, коленных
- 2) симметричное поражение проксимальных межфаланговых суставов без образования околосуставных узлов
- 3) поражение дистальных межфаланговых суставов с образованием околосуставных узлов Гебердена
- 4) все указанные критерии

169. УКАЖИТЕ СТЕПЕНЬ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА, ЕСЛИ У

БОЛЬНОГО ИМЕЕТ МЕСТО УТРЕННЯЯ СКОВАННОСТЬ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ ДО 60 МИНУТ; НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕРМИЯ И ПРИПУХЛОСТЬ СУСТАВОВ; СОЭ ДО 20-24

ММ/ЧАС; СРБ (+); АЛЬФА-2-ГЛОБУЛИНЫ МЕНЕЕ 12%

1) О ст

2) I ст

3) II ст

4) III ст

5) сочетание приведенных признаков не используются для оценки активности ревматоидного артрита

170. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ТИПИЧНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

1) вторичный амилоидоз

2) железоперераспределительная гипохромная анемия

3) вторичный остеоартроз

4) компрессионный перелом

5) полинейропатия

171. В НАЧАЛЬНЫЙ ПЕРИОД РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТСЯ

1) пястно-фаланговые

2) проксимальные межфаланговые

3) I плюснефаланговые суставы

4) тазобедренные суставы

5) лучезапястные

172. ПРИ ОСТРОМ НАЧАЛЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В КЛИНИКЕ ПРЕОБЛАДАЮТ

1) нарушения общего самочувствия, слабость

2) боли в суставах

3) утренняя скованность

4) диарея

5) лихорадка

173. ГЕБЕРДЕНОВСКИМИ УЗЕЛКАМИ НАЗЫВАЮТСЯ

1) остеофиты дистальных межфаланговых суставов

2) узелки при ревматоидном артрите

3) отложения мочевой кислоты при подагре

4) фиброзные изменения после тендовагинита

5) проявление паранеопластического синдрома при раке легкого

174. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТЕОАРТРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

1) сужение суставной щели

2) субхондральный остеосклероз

3) кистовидные просветления в эпифизах

4) субхондральный остеопороз

5) эрозии

6) остеофиты

175. ДЛЯ АРТРИТА В ОТЛИЧИЕ ОТ АРТРОЗА ХАРАКТЕРЕН СЛЕДУЮЩИЙ ПРИЗНАК

1) боли при движении

2) хруст в суставе

3) разрастание кости

4) отечность и повышение кожной температуры

5) ограничение подвижности

176. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ

1) лучезапястные

2) челюстно-лицевые

- 3) локтевые
- 4) пястно-фаланговые
- 5) коленные

177. УЗЕЛКИ БУШАРА ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТЕОАРТРОЗА

- 1) проксимальных межфаланговых суставов кисти
- 2) дистальных межфаланговых суставов кисти
- 3) коленного сустава;
- 4) первого плюснефалангового сустава
- 5) локтевого сустава

178. ДЛЯ ОСТЕОАРТРОЗА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ

- 1) анемия
- 2) лейкоцитоз
- 3) лейкопения
- 4) тромбоцитопения
- 5) нормальные показатели крови

179. СРЕДСТВОМ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) курантил
- 2) метотрексат
- 3) индометацин
- 4) никотиновая кислота

180. ПОКАЗАТЕЛЬ КРОВИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙ СТЕПЕНЬ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ СУСТАВНОМ СИНДРОМЕ

- 1) мочевая кислота
- 2) трансаминазы
- 3) СОЭ
- 4) холестерин
- 5) С-реактивный белок
- 6) креатинин

Тема «Гриппом и другими ОРВИ»

181. ВРАЧ, ОСМОТРЕВ БОЛЬНОГО, ВЫСТАВИЛ ДИАГНОЗ: ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ, ОБОСТРЕНИЕ. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И КОНСУЛЬТАЦИЯ КАКОГО СПЕЦИАЛИСТА НУЖНЫ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА: 1. МАЗОК ИЗ ЗЕВА; 2. R-СКОПИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ 3. ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ; 4. КОНСУЛЬТАЦИЯ ЛОР-ВРАЧА; 5. ХОЛЕСТЕРИН; 6. КОНСУЛЬТАЦИЯ ГЕМАТОЛОГА; 7. ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ.

Правильно:

- 1) 2,3,6,7
- 2) 1,3,4,7
- 3) 2,3,5,7
- 4) 3,4,5,6
- 5) 3,5,6,7

182. ВРАЧ, ОСМОТРЕВ БОЛЬНОГО, ВЫСТАВИЛ ДИАГНОЗ: «ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ, ОБОСТРЕНИЕ». БОЛЬНОЙ РАБОТАЕТ СЛЕСАРЕМ В КСК. ОПРЕДЕЛИТЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- 1) 3-5 дней
- 2) 10-14 дней
- 3) 25-30 дней
- 4) 1-1,5 месяцев
- 5) 2-2,5 месяцев

183. КАКОМУ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОМУ ПРЕПАРАТУ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ ПРИ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ АНГИНЕ

- 1) бисептолу
- 2) тетрациклин
- 3) фурагину
- 4) левомицетину
- 5) амоксициллину

184. ПРИ ОРВИ С ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1) кларитромицина
- 2) ампициллина
- 3) сульфаниламидов
- 4) аспирина
- 5) ни одного из указанных препаратов

185. УКАЖИТЕ СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ВИРУСНОГО РИНИТА

- 1) обильные водянистые выделения из носа, чихание
- 2) пленки в носу
- 3) сукровичные выделения из носа
- 4) гипертермия

186. КАКОЙ СИМПТОМ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ПАРАГРИППА

- 1) лимфаденопатия
- 2) кашель
- 3) насморк
- 4) осиплость голоса
- 5) повышение температуры

187. ДЛЯ КАКОГО ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО ВИРУСНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРЕН ТРАХЕИТ

- 1) грипп
- 2) парагрипп
- 3) риновирусная инфекция
- 4) аденовирусная инфекция

188. ДЛЯ КАКОГО ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО ВИРУСНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНО ОСЛОЖНЕНИЕ «ЛОЖНЫЙ КРУП»

- 1) грипп
- 2) парагрипп
- 3) риновирусная инфекция
- 4) аденовирусная инфекция

189. ПРИ КАКОМ ОСТРОМ РЕСПИРАТОРНОМ ВИРУСНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ НАЗНАЧАЕТСЯ РЕМАНТАДИН

- 1) грипп
- 2) парагрипп
- 3) риновирусная инфекция
- 4) аденовирусная инфекция

190. СОЧЕТАНИЕ КАКИХ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ГРИППА?

- 1) высокая температура, головная боль, миалгии, трахеит, продуктивный насморк
- 2) субфебрильная температура, ларингит, ринит
- 3) высокая температура, увеличение миндалин, лимфатических узлов, фарингит

Тема «С хронической болезнью почек»

191. ВЫРАЖЕННАЯ ПРОТЕИНУРИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИ

- 1) амилоидозе почек
- 2) миеломной болезни
- 3) нефротическом синдроме любой этиологии
- 4) все вышеперечисленное

192. ИЗМЕНЕНИЯ МОЧЕВОГО ОСАДКА МОГУТ БЫТЬ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ОСЛОЖНЕНИЯХ

- 1) остром гломерулонефрите
- 2) пиелонефрите
- 3) волчаночном нефрите при СКВ
- 4) все вышеперечисленное

193. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА В АНАЛИЗАХ МОЧИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ

- 1) гематурия
- 2) протеинурия
- 3) цилиндрурия
- 4) все вышеперечисленное

194. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА БЕЗ ПРОЯВЛЕНИЙ ХПН В АНАЛИЗАХ МОЧИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ

- 1) только снижение плотности мочи (удельного веса)
- 2) лейкоцитурия
- 3) бактериурия

- 4) только гематурия

195. ПРИ КАКОЙ ФОРМЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРОГНОЗ

- 1) латентной
- 2) нефротической
- 3) смешанной
- 4) гипертонической

196. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫ ПОКАЗАТЕЛИ, КРОМЕ

- 1) относительная гипоглобулинемия
- 2) гипопроteinемия
- 3) относительная альбуминемия
- 4) абсолютная гипоальбуминемия
- 5) гиперлипидемия

197. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) лейкоцитурия более $4 \times 10^6/\text{л}$
- 2) протеинурия более 3,0 г/сут
- 3) цилиндрурия
- 4) гипопроteinемия
- 5) диспротеинемия

198. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

- 1) протеинурия более 3,0 г/сут
- 2) эритроцитурия $1 \times 10^5/\text{л}$ - $1 \times 10^6/\text{л}$
- 3) лейкоцитурия более $4 \times 10^6/\text{л}$
- 4) протеинурия более 100 мг/сут
- 5) бактериурия более $1 \times 10^5/\text{мл}$

199. С ПОМОЩЬЮ КАКОГО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КЛУБОЧКОВАЯ ФИЛЬТРАЦИЯ

- 1) клиренс эндогенного креатинина
- 2) клиренс глюкозы
- 3) клиренс эндогенной мочевины
- 4) клиренс мочевой кислоты
- 5) клиренс белка

200. СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПО КЛИРЕНСУ ЭНДОГЕННОГО КРЕАТИНИНА В НОРМЕ

- 1) 80 - 120 мл/мин
- 2) 50 - 75 мл/мин

- 3) 125 - 145 мл/мин
- 4) 150 - 170 мл/мин
- 5) 180 - 200 мл/мин

Ключ к тестам:

1) 2; 2) 5; 3) 3; 4) 2, 3, 4; 5) 4; 6) 1, 2; 7) 1, 2, 4, 5; 8) 1, 3, 4, 5; 9) 1, 2, 3, 5; 10) 1, 3, 5; 11) 5; 12) 5; 13) 2, 3; 14) 1,2; 15) 1,2; 16) 4; 17) 1, 3; 18) 4; 19) 1; 20) 1, 2, 3, 4; 21) 4; 22) 3; 23) 3; 24) 3; 25) 2; 26) 4; 27) 4; 28) 3; 29) 3; 30) 1, 2, 4, 5; 31) 1, 3, 4; 32) 3, 4; 33) 2; 34) 1, 3, 4; 35) 3; 36) 3; 37) 1, 2, 3; 38) 1; 39) 1; 40) 4; 41) 2; 42) 1, 2; 43) 4; 44) 3; 45) 5; 46) 3; 47) 3; 48) 2; 49) 1; 50) 1; 51) 3; 52) 4; 53) 4; 54) 1; 55) 4; 56) 4; 57) 1; 58) 3; 59) 1; 60) 2; 61) 1; 62) 1; 63) 1; 64) 5; 65) 5; 66) 3; 67) 1; 68) 1; 69) 1; 70) 4; 71) 3; 72) 4; 73) 5; 74) 3; 75) 1; 76) 2; 77) 2; 78) 3; 79) 2; 80) 1; 81) 1,2,3,4; 82) 1; 83) 1,4; 84) 2; 85) 2,3,4; 86) 2,4; 87) 3; 88) 1; 89) 1; 90) 4; 91) 3; 92) 1,2,3,4; 93) 4; 94) 4; 95) 4,5; 96) 1,3,4,5; 97) 1,4; 98) 4; 99) 1,4; 100) 3,4,5; 101) 5; 102) 2; 103) 4; 104) 2; 105) 2; 106) 2; 107) 1; 108) 2; 109) 1; 110) 3; 111) 1,2,3,4; 112) 2; 113) 4,6; 114) 1,2,3,4; 115) 1,2,3; 116) 1,3; 117) 2,6; 118) 3; 119) 4,6; 120) 4; 121) 3; 122) 2; 123) 1; 124) 3,4; 125) 3,4; 126) 3; 127) 3,4; 128) 2,3; 129) 2; 130) 1,2; 131) 3; 132) 1,2; 133) 1; 134) 3,4; 135) 1,4; 136) 2,4; 137) 5; 138) 1, 2, 3; 139) 1,3; 140) 1,2; 141) 4; 142) 3; 143) 3; 144) 3; 145) 1,2; 146) 1; 147) 3; 148) 1,2; 149) 1, 2, 3; 150) 5; 151) 1, 3; 152) 1, 2, 3; 153) 1, 2, 3, 4; 154) 2, 4; 155) 1, 2, 3, 4; 156) 1, 2, 3, 4; 157) 1, 2, 3; 158) 1, 2, 3; 159) 1, 2, 3, 4; 160) 1, 2, 3; 161) 2, 3; 162) 1, 2, 4; 163) 4; 164) 5; 165) 2; 166) 2, 3, 4; 167) 3; 168) 2; 169) 2; 170) 1, 2, 3; 171) 1, 2, 5; 172) 1, 2, 3, 5; 173) 1; 174) 1, 2, 6; 175) 4; 176) 5; 177) 1; 178) 4; 179) 2; 180) 3, 5; 181) 1, 3, 4, 7; 182) 2; 183) 5; 184) 4; 185) 1; 186) 1; 187) 1; 188) 2; 189) 1; 190) 1; 191) 4; 192) 4; 193) 4; 194) 2, 3; 195) 3; 196) 1; 197) 1; 198) 1; 199) 1; 200) 1.

**Задачи для студентов пятого и шестого курсов лечебного факультета
по дисциплине «Поликлиническая терапия»
по специальности Лечебное дело 31.05.01**

Задача 1. Больной К. 57 лет лечился у участкового терапевта на дому по поводу Гипертонической болезни с 07.03 по 02.04. Улучшения не наступило, напротив, пациент чувствует себя все хуже.

Вопросы и задания:

1. Будет ли выдан лист нетрудоспособности?
2. Сроки временной утраты трудоспособности?
3. Кто при оформлении подпишет лист нетрудоспособности?
4. Какова должна быть тактика лечащего врача при ведении больного?

Ответы:

1. Да.
2. С 7 марта по 2 апреля.
3. Единолично в срок до 15 дней - участковый терапевт, одновременно на срок до 10 дней.
4. Консультация врача-кардиолога или заведующего отделением поликлиники, или направление на стационарное лечение, или направление на клинично-экспертную комиссию (КЭК).

Задача 2. Больной Д. 46 лет, работающий на предприятии, в связи с инфарктом миокарда находится на больничном листе с 04.04 по 07.06.

Прогноз неблагоприятный.

Вопросы и задания:

1. Следует ли и далее продлевать больничный лист?
2. Есть ли показания для направления пациента на медико-социальную экспертизу (МСЭК) для решения вопроса об инвалидности?
3. Как в данном случае решается вопрос о наличии признаков стойкой утраты трудоспособности и о направлении больного на МСЭК?
4. Какие документы должны быть оформлены при направлении больного на МСЭК?

Ответы:

1. Да, следует, поскольку состояние нетрудоспособности сохраняется.
2. Да, поскольку имеет место неблагоприятный прогноз заболевания.
3. Решением клинично-экспертной комиссии (КЭК) поликлиники.
4. На заседании КЭК оформляются: записи в амбулаторной карте больного, заключение в журнале КЭК, посыльный лист в МСЭК, продлевается больничный лист.

Задача 3. Мужчина 24 лет предъявляет жалобы на повышение температуры до 40 °С, сопровождавшееся ознобом; инспираторную одышку при небольшой физической нагрузке; боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, умеренной интенсивности, длительные. Из анамнеза известно, что употребляет героин в течение 4 лет (инъекции в локтевые вены, область паха). За 2 недели до госпитализации отметил повышение температуры до 40 °С. В качестве жаропонижающих больной принимал нестероидные противовоспалительные препараты. Через 3 суток температура снизилась до 37,2-37,4 °С, самочувствие несколько улучшилось. Однако через 10 дней лихорадка возобновилась, в связи с чем пациент был госпитализирован. При осмотре: кожа бледная, чистая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ИМТ - 18 кг/м². Температура тела - 38,9 °С. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, на основании мечевидного отростка – систолический шум, усиливающийся на высоте вдоха с задержкой дыхания. Акцент 2 тона на а. pulmonalis. АД - 110/60 мм рт. ст., ЧСС - 100 ударов в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, край печени гладкий. Отеки стоп и голеней. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено. В анализах: эритроциты - $3,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 126 г/л, лейкоциты - $15,8 \times 10^9 /л$, палочкоядерные нейтрофилы - 15%, СОЭ - 42 мм/ч, альбумина сыворотки крови - 29 г/л, креатинин - 66 мкмоль/л, СКФ - 92 мл/мин/1,73м², СРБ - 120 мг/л (в норме - до 5 мг/л). В общем анализе мочи: удельный вес - 1016, эритроциты - 0-1 в поле зрения. При посеве крови на стерильность дважды выделен *S. aureus*, чувствительный к Оксациллину, Цефтриаксону. Данные ЭхоКГ: размеры камер сердца не увеличены. Митральный клапан: створки уплотнены, характер движения створок разнонаправленный. Трикуспидальный клапан: створки уплотнены, утолщены, визуализируются средней эхоплотности структуры на средней и передней створках размерами 1,86 и 1,11×0,89 см; характер движения створок разнонаправленный, трикуспидальная регургитация III–IV степени.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
 4. Выберите тактику ведения больного, немедикаментозную и медикаментозную терапии. Обоснуйте свой выбор.
 5. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор
- Ответы:

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

Задача 4. Больной Р. 59 лет, водитель такси, в понедельник вечером шел 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 отеков 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-EP1) = 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 - 1 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?

Ответы:

1. ИБС. Острый коронарный синдром с элевацией сегмента ST передней перегородки, верхушки, боковой стенки левого желудочка. KILLIP класс тяжести. Гипертоническая болезнь III стадии, артериальная гипертензия 2 степени, риск 4. ХБПСаА1. 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 легких. 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 расценен 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 тромболизиса, который, в частности, может быть начат уже догоспитально в течение первых 120 минут от начала симптоматики. В этом случае после тромболизиса 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 счет блокады альтернативных путей активации тромбоцитов.
 5. С учетом клинических данных вероятно развитие у пациента ранней постинфарктной стенокардии (нестабильная стенокардия IIIС класс по Браунвальду). Для исключения рецидива инфаркта миокарда требуется динамика маркеров некроза миокарда (тропонин, КФК-МВ) через 6 и 12 часов, а также контроль ЭКГ через 3, 6 и 12 часов. При отрицательной динамике - провести повторную коронароангиографию (исключить тромбоз стента).
- Задача 5. Пациент А. 45 лет, инженер, предъявляет жалобы на озноб, повышение температуры тела до 39 °С, одышку инспираторного характера при обычной физической нагрузке, сухой кашель, боль при глубоком дыхании и кашле справа в подлопаточной области, общую

слабость, утомляемость, потливость в ночное время. Заболел остро три дня назад после переохлаждения, когда появились вышеуказанные жалобы. Принимал жаропонижающие препараты с незначительным эффектом. Обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику. В связи с тяжестью состояния и подозрением на пневмонию направлен в приемный покой стационара по месту жительства. В анамнезе: работает 15 лет инженером на машиностроительном заводе. Не курит. Ранее у врача не наблюдался. Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост - 175 см, вес - 72 кг. Окружность талии - 100. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура 39 °С. Грудная клетка нормостеническая. При глубоком дыхании некоторое отставание в дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД - 24 в минуту. Справа по лопаточной линии отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации справа ниже угла лопатки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 110 ударов в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову - 9×8×7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный, без примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Общий анализ крови: эритроциты - $4,08 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - $13,2 \times 10^9 /л$, юные - 2%, палочки - 12%, сегменты - 56%, лимфоциты - 27%, моноциты - 3%, СОЭ - 38 мм/ч. На обзорной рентгенографии грудной клетки в прямой и боковой проекциях: справа в нижней и средней доле затемнение в виде инфильтрата.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор. Назовите критерии адекватности терапии.
4. Через 72 часа на фоне лечения сохраняются признаки интоксикации, лихорадка (температура 37,9 °С), ЧДД - 22 в минуту, имеется гнойная мокрота. В общем анализе крови: лейкоциты - $11 \times 10^9 /л$, нейтрофилы - 82%, юных форм - 7%. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор

Ответы:

1. Внебольничная пневмония бактериальная (возбудитель не уточнен), полисегментарная с локализацией в средней и нижней долях правого легкого, тяжелое течение, осложненная ОДНІ.
2. Стадия начала болезни обычно выражена очень отчетливо. Заболевание возникло остро, среди полного здоровья внезапно появился озноб, отмечается повышение температуры тела 39°С, боли в грудной клетке при кашле, головная боль, сухой кашель, общая слабость. Отмечается одышка с ЧДД - 24 в 1 минуту, укорочение перкуторного звука, ослабление везикулярного дыхания справа в нижней доли, лейкоцитоз - более $13,2 \times 10^9 /л$, палочкоядерный сдвиг влево до юных форм, рентгенологические признаки - инфильтрация легочной ткани.
3. Пациенту рекомендовано: общий анализ крови с определением уровня эритроцитов, гематокрита, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы: на 2-3 день и после окончания антибактериальной терапии; биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин, альбумин, креатинин, мочевины, глюкоза, электролиты, фибриноген, СРБ): при поступлении и через 1 неделю при наличии изменений или клиническом ухудшении; пульсоксиметрия при поступлении и в динамике; исследование газов артериальной крови: ежедневно до нормализации показателей; рентгенография органов грудной клетки: в динамике (при отсутствии эффективности стартовой антибактериальной пневмонии через 48-72 часа, через 3-4 недели - оценка динамики разрешения пневмонии); электрокардиография в стандартных отведениях; общий анализ мокроты и бактериологическое исследование мокроты для

определения возбудителя пневмонии и определения чувствительности последнего к антибактериальным препаратам; мокрота на кислотоустойчивые микроорганизмы. Бактериологическое исследование крови. Уровень прокальцитонина (коррелирует с тяжестью состояния пациента, прогнозом и этиологией – выше при бактериальной инфекции). Экспресс-тесты по выявлению пневмококковой и легионеллезной антигенурии.

4. Пациента необходимо госпитализировать. Режим постельный. При ОДН: кислородотерапия. При тяжелой внебольничной пневмонии (ВП) назначение антибиотиков должно быть неотложным. Пациент без факторов риска инфицирования *P. aeruginosa* и аспирации. Препаратом выбора являются внутривенное введение препаратов (Цефтриаксон, Цефотаксим, Цефепим, Цефтаролин, Эртапенем или ингибиторзащищенные пенициллины (Амоксициллин/Клавуланат 1,2 г внутривенно капельно 3 раза в сутки)) в комбинации с внутривенными макролидами (Кларитромицин, Азитромицин), Азитромицин - 500 мг внутривенно капельно 1 раз в сутки 3 дня, через 3 дня при нормализации температуры переход на пероральный прием препарата этого же класса: Амоксициллин/Клавуланат 1 г 2 раза в сутки. Первоначальная оценка эффективности стартового режима антибактериальной терапии должна проводиться через 48-72 часа после начала лечения. Критерии адекватности антибактериальной терапии: температура тела ниже 37,5°C; отсутствие интоксикации; отсутствие дыхательной недостаточности (ЧДД - менее 20 в минуту); отсутствие гнойной мокроты; количество лейкоцитов в крови - менее 10×10^9 /л, нейтрофилов - менее 80%, юных форм - менее 6%; отсутствие отрицательной динамики на рентгенограмме - Амброгексал 0,3 г 3 раза в день перорально.

5. Антибактериальная терапия неэффективна. Требуется смена антибактериальной терапии на респираторные фторхинолоны. Из фторхинолонов предпочтение Левофлоксацину 500 мг 2 раза в день в/в капельно, Моксифлоксацину 400 мг в/в капельно. Методический центр аккредитации специалистов_Лечебное дело_2018 5 В случае неэффективности антибактериальной терапии провести обследование пациента для уточнения диагноза, выявления осложнений внебольничной пневмонии, оценить результаты микробиологических исследований. Оценить необходимость проведения диагностической фибробронхоскопии с биопсией бронха и исследования промывных вод бронхов – бактериальный посев, исследования на кислотоустойчивые микроорганизмы, атипичные клетки СКТ органов грудной клетки при наличии неэффективности антибактериальной терапии

Задача 6. Пациент К. 58 лет предъявляет жалобы на усиление одышки экспираторного характера при незначительной физической нагрузке (умывании, одевании), сопровождающуюся свистом в грудной клетке; на приступообразный кашель с увеличением мокроты до 20 мл в сутки в утренние часы, повышение температуры до 37,8 °С. Анамнез заболевания: сухой кашель в течение последних 20 лет. Последние 10 лет стал отмечать экспираторную одышку при ускоренной ходьбе, подъеме на 2 этаж. В течение последнего года одышка резко усилилась и стала беспокоить при обычной нагрузке, разговоре, появилась густая, скудная мокрота желто-зеленого цвета. Обострения 2 раза за прошедший год. Ухудшение в течение 2 недель: поднялась температура до 37,8 °С, усилился кашель, появилась гнойная мокрота, увеличился ее объем, усилилась экспираторная одышка. Принимал дома Ампициллин по 250 мг 3 раза в день, Беродуал по 2 вдоха 4 раза в день без улучшения. Обратился в приемный покой городской больницы. Анамнез жизни: курит 30 лет по 1,5 пачки в сутки, употребляет 1 раз в месяц 200 мл водки. Работает прорабом на стройке. У родственников заболеваний органов дыхания нет. Аллергоанамнез неотягощен. Объективно: кожные покровы влажные, диффузный цианоз. Температура 37,5°C. Рост – 172 см, вес – 60 кг. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере, сглаженность над- и подключичных ямок, эпигастральный угол тупой. Перкуторный звук – коробочный. Подвижность нижнего легочного края по средней подмышечной линии - 2,5 см. При аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 24 в

минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 100 ударов в минуту. АД – 120/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Отеков нет. По модифицированному опроснику британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести состояния mMRSquestoinnaire - 4 балла. Общий анализ крови: эритроциты - $4,42 \times 10^{12}/л$, Нв - 165 г/л, Нt - 50%, лейкоциты - $8,4 \times 10^9 /л$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты - 25%, моноциты – 4%, СОЭ - 28 мм/час. Общий анализ мокроты – вязкая, зеленого цвета. Лейкоциты – 100 в поле зрения, эритроцитов – нет. По пульсоксиметрии сатурация кислорода - 88%. ФВД-ОФВ1 – 29%, ЖЕЛ – 52%, индекс ОФВ1/ФЖЕЛ – 57%. При пробе с Сальбутамолом 4 дозы Δ ОФВ1 – 2,12%.

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. Состояние пациента через 20 дней улучшилось: уменьшилась одышка. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор

Ответы:

1. Хроническая обструктивная болезнь легких, крайне тяжелого течения, 4 степени, с выраженными симптомами, высокий риск, в фазе инфекционного обострения. Индекс курения 45 пачка/лет. ДН 2 ст.
2. Длительное предшествующее курение табака - индекс курения 45 пачка/лет – фактор риска хронической обструктивной болезни легких. Симптомы медленно прогрессируют. Увеличение объема и гнойность мокроты, усиление одышки, лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево свидетельствуют об обострении инфекционного характера. По оценке одышки опросником – 4 балла, ОФВ1 - менее 50%, обострения 2 раза за прошедший год – свидетельствуют о выраженности симптомов и высоком риске обострения, и пациент будет отнесен к группе Д. По ФВД отсутствует обратимая бронхиальная обструкция. Прирост в бронхолитической пробе - менее 12%, снижение индекса ОФВ1/ФЖЕЛ - менее 70%. ОФВ1 - 29% - 4 степень.
3. Анализы крови: АСТ, АЛТ, билирубин, фибриноген, С-реактивный белок, калий, натрий, креатинин, мочевины, кислотно-щелочное равновесие, газы крови артериальной. Анализы мокроты: посев мокроты на микрофлору, чувствительность флоры к антибиотикам, мокрота на кислотоустойчивые микроорганизмы. Мониторинг пиковой скорости выдоха. Рентгенография грудной клетки (оценка пневмофиброза, эмфиземы, очагово-инфильтративных теней). ЭКГ, ЭХО-кардиография (оценка легочной гипертензии). Специальные методы исследования: бодиплетизмография (оценка легочных объемов), спиральная компьютерная томография органов грудной клетки (оценка объема эмфиземы).
4. Диета ОВД. Режим общий. Отказ от курения. Малопоточная кислородотерапия не менее 15 часов в сутки через кислородный концентратор. Терапия инфекционного обострения и лечение пациентов группы Д Беродуал 0,5 мл – 1 мл + Хлорид натрия 0,9% - 2 мл×3 раза в день через небулайзер (комбинация м-холиноблокатора и 2- адреномиметика). Ингаляционные глюкокортикостероиды + длительно действующие бета-адреномиметики (комбинированные препараты Сальметерол/Флутиказон - 25/125 мкг 2 вд 2 раза, Формотерол/Будесонид - 4,5/160 мкг 2 вд 2 раза и др.) + пролонгированный м холинолитик (Тиотропия бромид - 18 мкг 1 раз в сутки (блокатор м3-холинорецепторов в дыхательных путях) или Гликопиррония бромид - 50 мкг 1 раз в день ингаляционно или Аclidиния бромид 1 вд 2 раза в день и др.). Отхаркивающие препараты Амброгексал - 30 мг 3 раза в день или ацетилцистеин - по 600 мг 1 раз в день растворить в 100 мл воды. Так как имеется инфекционное обострение, наиболее вероятными возбудителями в данном случае могут быть *Haemophilus influenzae*, *PRSP*, *Энтеробактерии*, грам-, *P. aeruginosa*; необходимо назначить антибактериальный препарат

Ципрофлоксацин (400 мг 2 раза в день в/в капельно) и др. препараты с антисинегнойной активностью. ЛФК. Дыхательная гимнастика. Аэрозольтерапия с 0,9% раствором Хлорида натрия или щелочной минеральной водой, сульфатом магния.

5. Продолжить лечение согласно наличию высокого риска категории пациентов Д с хронической обструктивной болезнью легких. Отказ от курения. Легочная реабилитация. Малопоточная кислородотерапия не менее 15 часов в сутки через кислородный концентратор. Вакцинация против гриппа, вакцинация против пневмококковой инфекции, ингаляционные глюкокортикостероиды + длительно действующие бета2-агонисты + длительно действующие м-холинолитики (например, Формотерол/Будесонид 4,5/160 мкг 2 вдоха 2 раза в день порошковый ингалятор + Тиотропия бромид 5 мкг 1 раз в день респиратор или другие варианты). N-ацетилцистеин - 600 мг 1 раз в день. При наличии буллезной эмфиземы легких возможно их хирургическое удаление.

Задача 7. 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 объеме, отеки 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. Отеки стоп и нижней трети голеней. В легких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. 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 объеме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. В положении лежа 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 селезенки - 15×12. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча темно-желтая. Общий анализ крови: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$; Hb - 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 четкие и неровные. Паренхима неравномерно диффузно повышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 16 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Гепатикохоледох не расширен. Селезенка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезенки – 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?

Ответы:

1. Цирроз печени алкогольной этиологии, класс С по Чайлду-Пью. Портальная гипертензия (асцит, спленомегалия, ВРВ пищевода I ст.). Гиперспленизм (тромбоцитопения). Печеночная энцефалопатия I ст.

2. У больного выявлены желтуха, цитолиз, «печеночные знаки»: малиновые ладони, «сосудистые звездочки», синдром портальной гипертензии (гепатоспленомегалия, асцит, варикозное расширение вен пищевода, передней брюшной стенки, расширение портальной вены), признаки печеночной 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 печеночной энцефалопатии. Тромбоцитопения в данной ситуации связана с гиперспленизмом. 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 легких.

3. 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 прием невсасывающихся антибиотиков (Рифаксимин 1200 мг/сут. 7-10 дней). Высокие очистительные клизмы. Уменьшение токсического действия аммиака. Орнитин-аспартат - 5 г по 1-2 пакетика гранул, растворенных в воде × 3 раза в день после еды. Мочегонная терапия. Спиронолактон - 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 вене. Анаприлин - 40 мг 1 раза в сутки.

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

Задача 8. Больная У. 24 лет, фельдшер, была направлена в стационар с жалобами на боли воспалительного ритма в суставах кистей, голеностопных суставах, наличие утренней скованности в суставах до 1 часа. Также отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр по вечерам, появление сыпи на лице в области скул, общую слабость, выпадение волос. Из анамнеза: считает себя больной в течение 2 лет, когда начала отмечать появление гиперемии кожи лица и шеи в ответ на инсоляцию. С лета настоящего года после гиперинсоляции (отдыхала на юге) и перегревания появились эритематозные высыпания на шее, руках. Через две недели после возвращения домой отметила повышение температуры тела до фебрильных цифр. По месту жительства выставлен диагноз ОРЗ, проводилась терапия антибактериальными препаратами без эффекта. При дополнительном обследовании выявлен белок в моче. Направлена в стационар. При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы: эритематозная сыпь в виде «бабочки» на коже лица, области декольте. Симметричные отеки до нижней трети голеней. Слизистые чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 92 ударов в 1 минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под края реберной дуги по срединно-ключичной линии. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный. Припухлость в области II, III пястнофаланговых и II проксимальных межфаланговых суставов, в области голеностопных суставов; ограничение движений за счет болей, хват кистей - 80%; деформаций нет. Обследование. Общий анализ крови: эритроциты – $3,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 86 г/л, тромбоциты – $100 \times 10^9 /л$, лейкоциты - $1,6 \times 10^9 /л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 59%, лимфоциты – 25%, моноциты - 4%, СОЭ – 22 мм/ч. Общий анализ мочи – мутная, цвет - желтый, плотность – 1,022, реакция - кислая, белок – 0,560 г/л, глюкоза – отрицательная, лейкоциты - 20-25 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: креатинин – 118 мкмоль/л, мочевины - 8,8 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, альбумины - 45%, α_1 – 4%, α_2 – 15%, β – 9%, γ - 27%, фибриноген – 6,3 г/л. Антитела к ДНК и антинуклеарный фактор – более 200 Ед/мл.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

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

Ответы:

1. Системная красная волчанка, подострое течение, высокой степени активности с поражением кожи (эритема, фотосенсибилизация), суставов (артралгии, артрит), почек (люпус-нефрит), крови (тромбоцитопения, анемия, лейкопения).
2. Диагноз «системная красная волчанка (СКВ)» установлен на основании жалоб больной на наличие эритематозной сыпи в области скул, лихорадки, суставного синдрома, данных анамнеза (пациентка отмечает аллергическую реакцию на инсоляцию в течение 2 лет); установление течения СКВ основано на анамнезе заболевания (в дебюте конституциональные симптомы, неспецифическое поражение кожи и суставов, периодические обострения, развитие полиорганной симптоматики в течение 2 лет с момента появления первых симптомов). Степень активности СКВ установлена на основании наличия проявлений артрита, протеинурии (0,560 г/сут.), высыпаний на коже (эритематозная сыпь на скулах), алопеции (диффузное выпадение волос), повышенного содержания антител к двуспиральной ДНК (более 200 ЕД/мл), тромбоцитопении (100×10^9 /л), лейкопении ($1,6 \times 10^9$ /л), поражения почек (протеинурия, снижение СКФ).
3. Пациенту рекомендовано: УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени, решение вопроса о проведении нефробиопсии с целью определения люпус-нефрита. Рентгенография грудной клетки (поражение легких). ЭхоКГ (для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции, исключить перикардит). Анализ крови: иммунологический анализ крови с определением компонентов комплемента, гемостазиограмма.
4. Глюкокортикостероиды короткого действия (Преднизолон или Метилпреднизолон). Данная группа препаратов наиболее эффективная для лечения СКВ. При высокой степени активности СКВ с целью достижения быстрого эффекта показана пульс-терапия (500-1000 мг Метилпреднизолон внутривенно капельно в течение трех дней). Цитостатические иммунодепрессанты (Циклофосфан или Мофетиламикофенолат) назначаются больным СКВ при прогрессирующем течении, высокой активности, сопровождающимся поражением жизненно важных органов и систем. Цитостатики являются важнейшим компонентом лечения СКВ, особенно при угрожающем течении с поражением почек, ЦНС, генерализованном васкулите, альвеолите.
5. Оставить терапию глюкокортикостероидами без изменений, продолжить динамическое наблюдение. При достижении улучшения, снижения активности болезни - доза ГК может быть медленно уменьшена (Преднизолон по 1/4 таблетки 7-10 дней) до поддерживающей, которая варьирует в зависимости от течения болезни, поражения того или иного органа или системы, риска развития обострения, коморбидных заболеваний и осложнений. При длительном приеме ГК у больных необходимо контролировать и проводить профилактику остеопороза, сахарного

диабета, атеросклероза, гиперлипидемии, артериальной гипертензии, поражения желудочно-кишечного тракта, катаракты, глаукомы.

Задача 9. Мужчина 28 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры тела до 39,2 °С 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 °С. 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. Селезенка пальпируется, эластичная, безболезненная, перкуторные размеры 10×8 см. Общий анализ крови: эритроциты - $2,3 \times 10^{12}/л$, Нв - 78 г/л, тромбоциты - $30 \times 10^9 /л$, лейкоциты – $28,9 \times 10^9 /л$, 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? Ответы:

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 лейкемического «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, лейкемический «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 селезенки).
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.

Задача 10. Больной Ю. 54 лет вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Предъявляет жалобы на головную боль, шум в ушах. Из анамнеза известно, что в течение 10 лет имеется повышенное артериальное давление. В течение полугода нестабильное АД (колебания от 120/80 до 170/110 мм рт. ст.), сопровождающееся головными болями. У отца гипертоническая болезнь с 50 лет. Курит по пачке сигарет в течение 30 лет. Обследовался в стационаре 5 лет назад, выставлен диагноз «гипертоническая болезнь». Лечился нерегулярно, только во время головной боли принимал Каптоприл. Вчера злоупотребил алкоголем, поздно лег спать. Сегодня утром отметил головную боль, шум в ушах, мелькание «мушек» перед глазами, головокружение. Кроме того, появилась тошнота, однократно была рвота, которая не принесла облегчения. Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ – 32 кг/м². Окружность талии (ОТ) – 106 см. Лицо гиперемировано. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, акцент II тона на аорте. Левая граница сердца – на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. ЧСС – 90 ударов в минуту, АД - 190/120 мм рт. ст. на обеих руках. Живот участвует в дыхании, мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под реберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отеков нет. Физиологические отправления не нарушены. Заключение ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС – 90 ударов в минуту, признаки гипертрофии левого желудочка.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Опишите тактику оказания неотложной помощи при данном состоянии.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшего дополнительного обследования пациента и обоснуйте его.
5. Для последующей терапии вы бы рекомендовали монотерапию или комбинированную терапию? Обоснуйте.

Ответы:

1. Гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия 3 степени. Гипертрофия левого желудочка. Риск 4 (очень высокий). Неосложненный гипертонический криз. Ожирение 1 степени. Курение - 30 пачко-лет.
2. Диагноз «гипертоническая болезнь» (ГБ) установлен на основании данных анамнеза (нестабильность АД, пациент отмечает повышение АД в течение 10 лет). Стадия ГБ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней – гипертрофия левого желудочка сердца по данным перкуторного исследования границ относительной сердечной тупости, ЭКГ. Установление степени артериальной гипертензии (АГ) основано на цифрах АД, измеренных во время приема. Степень риска поставлена на основании наличия АГ 3 степени. Неосложненный гипертонический криз - быстрое повышения АД до 180/120 мм рт. ст. и выше с клинической симптоматикой, но не сопровождающееся острым клинически значимым нарушением функции органов-мишеней. Диагноз ожирения 1 степени установлен на основании показателей ИМТ. Курение по данным анамнеза.

3. Лечение больного с неосложненным ГК может осуществляться амбулаторно. При впервые выявленном неосложненном ГК у больных с неясным генезом АГ, при некупирующемся ГК, частых повторных кризах показана госпитализация в кардиологическое или терапевтическое отделение стационара. При неосложненном гипертоническом кризе (ГК) возможно, как внутривенное, так и пероральное, либо сублингвальное применение антигипертензивных препаратов (в зависимости от выраженности повышения АД и клинической симптоматики). Лечение необходимо начинать немедленно, скорость снижения АД не должна превышать 25% за первые 2 часа, с последующим достижением целевого АД в течение нескольких часов (не более 24–48 часов) от начала терапии. Используют препараты с относительно быстрым и коротким действием перорально либо сублингвально: Нифедипин, Каптоприл, Клонидин, Пропранолол, Празозин.

4. Физикальное исследование: определение лодыжечно-плечевого индекса – для определения атеросклеротического поражения артерий. Лабораторные исследования: общий анализ крови – оценка общего статуса; общий анализ мочи – оценка поражения почек; креатинин крови для расчета скорости клубочковой фильтрации и оценки поражения почек; глюкоза крови натощак – исключить СД; липидограмма – определение дислипидемии; анализ мочи на МАУ – оценка поражения почек. Инструментальное исследование: проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ в динамике (ГЛЖ, ишемия); проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, ИММЛЖ, диастолической и систолической функции; консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической ретинопатии (отек соска зрительного нерва, кровоизлияния и экссудаты сетчатки); дуплексное сканирование сонных артерий для оценки толщины комплекса интима-медиа, поиска атеросклеротических бляшек; определение скорости пульсовой волны (СПВ) – оценка поражения артерий и аорты. При подозрении на симптоматические АГ показано обследование на их выявление.

5. Количество назначаемых препаратов зависит от исходного уровня АД и сопутствующих заболеваний. Например, при АГ 1 степени и отсутствии ССО возможно достижение целевого АД на фоне монотерапии примерно у 50% больных. При АГ 2 и 3 степени, наличии поражения органов мишеней, ассоциированных клинических состояний, сахарного диабета и метаболического синдрома в большинстве случаев может потребоваться комбинация из 2 или 3 препаратов. В настоящее время возможно использование 2 стратегий стартовой терапии АГ: монотерапии и низкодозовой комбинированной терапии с последующим увеличением количества и/или доз лекарственного средства при необходимости. Монотерапия на старте лечения может быть выбрана для пациентов с низким или средним риском. Комбинацию 2 препаратов в низких дозах назначают больным с высоким или очень высоким риском ССО. Монотерапия базируется на поиске оптимального для больного препарата; переход на комбинированную терапию целесообразен только в случае отсутствия эффекта последней. Низкодозовая комбинированная терапия на старте лечения предусматривает подбор эффективной комбинации препаратов с различными механизмами действия. Каждый из этих подходов имеет свои преимущества и недостатки. Преимущество низкодозовой монотерапии состоит в том, что в случае удачного подбора лекарства больной не будет принимать еще один препарат. Однако стратегия монотерапии требует от врача кропотливого поиска оптимального для больного антигипертензивного средства с частой сменой лекарств и их дозировок, что лишает врача и больного уверенности в успехе, и в конечном итоге ведет к снижению приверженности пациентов к лечению. Это особенно актуально для больных АГ 1 и 2 степени, большинство из которых не испытывают дискомфорта от повышения АД и не мотивированы к лечению. При комбинированной терапии в большинстве случаев назначение препаратов с различными механизмами действия позволяет, с одной стороны, добиться целевого АД, а с другой – минимизировать количество побочных эффектов. Комбинированная терапия позволяет также подавить контррегуляторные механизмы повышения АД. Применение фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов в одной таблетке повышает

приверженность больных к лечению. Недостатком комбинированной терапии является то, что иногда больным приходится принимать лекарство, в котором нет необходимости. Пациентам с АД $\geq 160/100$ мм рт. ст., имеющим высокий и очень высокий риск ССО, к которым относится наш пациент, полнодозовая комбинированная терапия может быть назначена на старте лечения. У 15–20% пациентов контроль АД не может быть достигнут при использовании 2 препаратов. В этом случае используется комбинация из 3 лекарственных средств и более.

Задача 11. Мужчина 32 лет при обращении в поликлинику к врачу-терапевту участковому предъявляет жалобы на неоформленный стул с примесью крови до 10 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, похудание на 7 кг за 3 месяца. Из анамнеза: примеси крови в кале и неоформленный стул беспокоят в течение 3 месяцев. Температура не повышалась. Контакт с инфекционными больными отрицает, за пределы области не выезжал. Курил 1 пачку сигарет в сутки 10 лет, год назад прекратил. Злоупотребление алкоголем, внутривенную наркоманию отрицает. У родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Работает менеджером, профессиональных вредностей нет. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 36,7°C. Кожные покровы бледные, влажные. Рост – 175 см, вес – 58 кг. В легких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации – ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 98 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. (D=S). При осмотре живот симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в левой фланговой и левой подвздошной области. Печень по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезенки – 6×4 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Общий анализ крови: эритроциты – $2,7 \times 10^{12}/л$, Hb – 108 г/л, цветовой показатель – 0,6, тромбоциты – $270 \times 10^9/л$, лейкоциты – $7,0 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 22 мм/ч. Копрограмма: кал неоформленный, слизь +++, лейкоциты – 10-15 в поле зрения, эритроциты – 5-6 в поле зрения. Фиброколоноскопия: слизистая нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте с колоноскопом, сосудистый рисунок смазан. В ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп показаны для лечения пациента в данной ситуации? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 2 недели терапии отмечено уменьшение частоты стула до 2 раз в сутки, нет примесей крови в кале. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ответы:

1. Язвенный колит, левостороннее поражение, острое течение с постепенным началом, средней степени тяжести. Анемия средней степени тяжести.
2. Диагноз «язвенный колит» (ЯК) установлен на основании характерных клинических проявлений – диареи с примесью слизи, крови в течение трех месяцев, эндоскопических признаков поражения прямой кишки, непрерывного поражения, контактной кровоточивости, наличия поверхностных язв слизистой толстой кишки. Диагноз «анемия» установлен на основании снижения цифр гемоглобина и эритроцитов в общем анализе крови.
3. Пациенту рекомендовано: общий анализ мочи, биохимические исследования крови (общий белок, альбумин, общий билирубин, прямой и непрямой билирубин, глюкоза, общий холестерин, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТ, калий, натрий, креатинин, амилаза, СРБ, железо, ОЖСС, ферритин), гистологическое исследование биоптатов толстой кишки, бактериологическое

исследование кала, выявление в кале токсинов А и В к *Clostridium difficile*, УЗИ брюшной полости, ФГС.

4. Медикаментозное лечение: Месалазин 4-5 г перорально в комбинации с Месалазином ректально (свечи, пена, микроклизмы) 2-4 г в сутки 6-8 недель. Месалазин – производное 5-аминосалициловой кислоты, является препаратом выбора при лечении ЯК в данной ситуации: первая атака средней тяжести, пациент ранее не получал лечения. При левостороннем поражении эффективно назначение ректальных форм Месалазина. При подтверждении дефицита железа - заместительная терапия (Сорбифер – 1 к × 2 раза в день, при непереносимости - парентеральные формы).

5. При достижении ремиссии постоянный прием Месалазина 1,5-2 г/сутки внутрь (допустимо назначение Сульфасалазина 3 г/сутки) в комбинации с Месалазином 2 г 2 раза в неделю ректально.

Задача 12. Пациент Е. 23 лет, автомеханик, заболел две недели назад после переохлаждения. Врачом-терапевтом участковым по месту жительства диагностирован острый тонзиллит. Была рекомендована терапия Амоксициллином курсом 10 дней, однако через 3 дня в связи со значительным улучшением самочувствия и нормализацией температуры тела лечение пациент прекратил. Через две недели после указанных событий больной отметил появление отеков на лице, общую слабость и недомогание, снизился аппетит, появилась головная боль, также моча стала темно-красного цвета и уменьшилось ее количество. Наряду с вышеперечисленными симптомами пациента беспокоили боли в животе и пояснице. При измерении артериального давления – АД 140/90 мм рт. ст. При осмотре: кожные покровы бледные. При аускультации легких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет, ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 140 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печеночной тупости по Курлову – 11×9×8 см. Диурез – 700 мл в сутки. Проведено лабораторное исследование. Общий анализ крови: гемоглобин – 136 г/л, лейкоциты – 10,8×10⁹ /л, СОЭ – 70 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1025, протеинурия – 1,5 г/л, лейкоциты – 14-15 в поле зрения, эритроциты – сплошь покрывают все поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, альбумин – 39 г/л, холестерин – 4,5 ммоль/л, мочевины – 5,6 ммоль/л, креатинин – 110 мкмоль/л, СКФ – 79,4 мл/мин/1,73 м² по СКД-ЕРІ, титр АСЛ-О – 1:1000. УЗИ почек: почки увеличены в размерах, контуры ровные, расположение типичное; дифференцировка слоев паренхимы нарушена, эхогенность паренхимы умеренно повышена; чашечно-лоханочная система без деформаций и эктазий.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назовите план обследования пациента.
4. Назначьте необходимую терапию.
5. Укажите, в каких случаях при данном заболевании проводится иммуносупрессивная терапия.

Ответы:

1. Острый постстрептококковый гломерулонефрит. Нефритический синдром. Артериальная гипертензия 1 степени, риск 3.
2. Диагноз «острый постстрептококковый гломерулонефрит» (ОПСГН) устанавливают при выявлении клинико-лабораторных признаков острого гломерулонефрита, развившихся через 1-6 недель после перенесенной инфекции, вызванной β-гемолитическим стрептококком группы А. У пациента характерные изменения в анализе мочи, есть указания на

предшествующую стрептококковую инфекцию, характерна динамика антистрептококковых антител.

3. Титр антистрептококковых антител (АСЛ-О, антистрептогиалуронидаза, антистрептокиназа, анти-ДНК-аза В, анти-НАД), СРБ, уровень комплемента сыворотки крови, антитела к ДНК. Анализ мочи по Нечипоренко, анализ мочи по Зимницкому. Биопсию почки, как правило, проводят при нетипичном течении ОПСГН для исключения других возможных заболеваний, а также при позднем начале болезни без четкой связи с недавно перенесенной стрептококковой инфекцией. Поиск очагов инфекции.

4. Режим – постельный при выраженных отеках, макрогематурии, умеренной/тяжелой АГ, сердечной недостаточности (обычно в первые 3-4 недели). При улучшении состояния режим постепенно расширяют. Диета: с ограничением потребления соли (до 1-2 г/сут) и жидкости в острый период болезни, особенно при быстром нарастании отеков, олигурии и АГ. Объем жидкости рассчитывают, исходя из диуреза за предыдущий день с учетом внепочечных потерь, прием жидкости не должен превышать диуреза более чем на 200 мл с ограничением белка до 0,5 г/кг/сут при снижении функции почек менее 60 мл/мин (до нормализации СКФ и уровня креатинина в крови, но не длительнее 2-4 недель). При выраженном отеочном синдроме - терапия диуретиками. При выраженной гиперкоагуляции - терапия антикоагулянтами. При быстро прогрессирующем течении ОПСГН и/или выявлении более 30% полулуний в биоптате почки предлагается проведение «пульс-терапии» Метилпреднизолоном. При сохраняющемся более 2 недель нефротическом синдроме, стабильно повышенном уровне креатинина (без тенденции к дальнейшему нарастанию и нормализации) и при невозможности проведения биопсии почки рекомендуется терапия Преднизолоном внутрь в дозе 1 мг/кг/сут в течение 1-2 месяцев.

5. Сроки нормализации анализов мочи различны. Гематурия, как правило, исчезает через 3-6 месяцев. Протеинурия снижается медленнее; у 15% следовая протеинурия может сохраняться более года. Более медленное по сравнению с темпами исчезновения гематурии и восстановлением функции почек снижение протеинурии объясняется более длительным сохранением иммунных депозитов в клубочке, особенно субэпителиальной локализации. Так как персистирующая протеинурия не достигает нефротического уровня показаний для назначения ГКС нет, необходимо продолжить динамическое наблюдение, через год на основании анализов повторно рассмотреть вопрос о назначении стероидов.

Задача 13. Больной 48 лет проснулся ночью от болей в эпигастральной области, сопровождающихся слабостью, потливостью, тошнотой. Ранее боли не беспокоили, считал себя здоровым. Попытка купировать боли раствором соды облегчения не принесла. После приема Нитроглицерина под язык боли уменьшились, но полностью не прошли. Сохранялись тошнота, слабость, потливость. Под утро была вызвана бригада скорой помощи. На снятой ЭКГ выявлен глубокий зубец Q в III и aVF отведениях; сегмент ST в этих же отведениях приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец T; сегмент ST в отведениях I, aVL и с V1 по V4 ниже изолинии.

Вопросы:

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

Ответы:

1. ИБС: острый Q-инфаркт миокарда в области нижней стенки.

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

Задача 14. 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 и 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 гиперстезии, повышение глубоких сухожильных рефлексов, снижена сила мышц нижних конечностей. Данные ЭКГ: ритм синусовый, блокада правой ножки пучка Гиса. Отрицательный зубец T 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.
5. Составьте план лечения

Ответы:

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. Железодефицитная анемия - имеется микросфероцитоз, цветовой показатель менее 0,85, снижение сывороточного железа, повышение железосвязывающей способности, отсутствует фуникулярный миелоз, тельца Жоли, кольца Кебота, мегалоциты и пойкилоциты.

5. 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 приема алкоголя.

Задача 15. Пациент 3. 43 лет предъявляет жалобы на утомляемость, слабость, головные боли, одышку при ходьбе, боли в области коленных суставов, возникающие при спуске по лестнице, «стартовые» боли, утреннюю скованность в течение 20 минут, ограничение объема движений. Анамнез болезни: болеет около 4 лет, когда появились вышеперечисленные жалобы, за медицинской помощью не обращался, занимался самолечением, принимал настои трав, периодически (1-2 раза в год) – массаж суставов и туловища. Начало заболевания постепенное: появились умеренные боли в коленных суставах после значительной физической нагрузки, в вечерние часы и в первую половину ночи, утренняя скованность в течение 10 мин. На фоне относительно стабильного течения болезни 2-3 раза в год – ухудшение самочувствия: усиление болей в коленных суставах и появление их припухлости. Анамнез жизни. С подросткового и юношеского возраста наблюдалась значительная прибавка веса, что связывал с хорошим питанием и малоподвижным образом жизни. Работал бухгалтером, последние 6 лет – заместителем главного бухгалтера предприятия. Наследственный анамнез: мать страдает сахарным диабетом, отец умер в 52-летнем возрасте от инфаркта миокарда, имел какое-то заболевание суставов. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Объективный статус: состояние удовлетворительное, правильного телосложения, повышенного питания. Рост – 180 см, вес – 107 кг, окружность талии – 115 см. Кожные покровы чистые, физиологической окраски.

Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Тонус мышц нормальный. Суставы обычной формы, движения не ограничены, крепитация в коленных суставах при движении. Дыхательная система: частота дыханий – 18 в 1 минуту. Пальпация грудной клетки безболезненная, голосовое дрожание умеренно ослаблено над всей поверхностью легких. Перкуторно – легочный звук, аускультативно – дыхание везикулярное с обеих сторон, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система: верхушечный толчок не пальпируется. Перкуторно: правая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца у верхушки умеренно приглушены, акцент II тона над аортой, ЧСС – 84 удара в минуту, ритм правильный. АД - 165/95 мм рт. ст. Пищеварительная система: язык и слизистая полости рта розового цвета, чистые. Живот увеличен в объеме, симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий. Пальпация органов брюшной полости затруднена за счет избыточной подкожно-жировой клетчатки. Размеры печени по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезенки – 8×5 см. Лабораторные и инструментальные данные. Общий анализ крови: эритроциты – 4,9×10¹²/л, гемоглобин – 147 г/л, лейкоциты – 8,2×10⁹/л,

эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 67%, лимфоциты – 25%, моноциты – 4%. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1019, белок – 0,033 г/л, эпителий – единичный в поле зрения. Методический центр аккредитации специалистов_СЗ_Лечебное дело_2018 г. 22 Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, альбумины – 55%, глобулины – 45%, билирубин общий – 18 мкмоль/л, прямой – 13 мкмоль/л, непрямой – 5 мкмоль/л, глюкоза – 6,4 ммоль/л, общий холестерин – 7,1 ммоль/л, холестерин липопротеинов высокой плотности – 0,78 ммоль/л, триглицериды – 2,6 ммоль/л, содержание фибриногена – 5,3 г/л. ЭКГ: ритм синусовый, 80 в мин. Горизонтальное пол. эл. оси. Гипертрофия левого желудочка.

Вопросы:

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

Ответы:

1. Первичный двухсторонний гонартроз, ФНС I. Гипертоническая болезнь II ст., 2 ст., риск ССС 3. Гиперлипидемия. Гипергликемия. Протеинурия. Ожирение I степени (ИМТ=33 кг/м²).
 2. Диагноз «первичный двусторонний гонартроз» выставлен на основании жалоб больного на механические боли в коленных суставах, «стартовые» боли, утреннюю скованность в течение 20 минут, ограничение объёма движений; данных анамнеза пациента: малоподвижный образ жизни, отягощённая наследственность, постепенное развитие заболевания, обострения с явлениями синовита; данных объективного осмотра: крепитация в коленных суставах при движении. ФНС I: трудоспособность временно ограничена. Диагноз «гипертоническая болезнь II ст., 2 ст., риск ССС 3» можно заподозрить на основании жалоб больного на головные боли, слабость, утомляемость; данных анамнеза: отягощённая по ССЗ наследственность; данных объективного осмотра: уровень АД - 165/95 мм рт. ст. (2 степень), акцент II тона над аортой, наличие поражения органов мишеней (ГЛЖ) – 2 стадия. Риск 3 - на основании наличия более 3 ФР и ПОМ. ГЛЖ - на основании данных объективного осмотра: перкуторно расширение границ сердца, данных ЭКГ. Гиперлипидемия - на основании повышенного уровня ОХС и ТГ по данным биохимического анализа крови. Гипергликемия - на основании повышенного уровня глюкозы крови. Протеинурия - на основании наличия белка в моче. Ожирение I степени - по данным антропометрического исследования.
 3. Биохимический анализ крови: креатинин, мочеви́на (для оценки функции почек, расчета СКФ), печёночные трансаминазы. Иммунограмма: РФ, СРБ, анти-ЦЦП, АНФ (для исключения РА). Гликемический профиль, гликированный гемоглобин (диагностика СД). Протеинограмма: фракции глобулинов. Анализ мочи на суточную протеинурию. Эхо-КГ, УЗИ органов малого таза (почки, надпочечники), консультация врача офтальмолога (выявление поражения органов мишеней при АГ). Рентгенография коленных суставов в 2 проекциях (для определения рентген стадии остеоартроза). Исследование синовиальной жидкости поражённых суставов (только при наличии синовита дополнительно к подтверждению диагноза).
 4. С ревматоидным артритом: поражение мелких суставов симметричное, усиление болей ночью и утром, утренняя скованность более 60 минут, рентген-признаки околосуставного остеопороза, наличие костных эрозий. С СКВ: высокие титры АНФ, артрит, чаще всего недеформирующий. С подагрой: наличие тофусов, кристаллов мочевой кислоты в синовиальной жидкости. С псориатическим артритом: чаще несимметричный олигоартрит, вовлечение осевого скелета, поражение кожи, ногтей, волосистой части головы.
 5. НПВС (купирование болевого синдрома): желателен назначение селективных ингибиторов ЦОГ-2. Хондропротекторы (предотвращение прогрессирования дегенеративного процесса в суставном хряще и субхондральной кости). Физиотерапевтическое лечение, массаж, лечебная физкультура. Ингибиторы АПФ (коррекция АД). Статины (коррекция гиперлипидемии): целевой уровень - менее 2,5 ммоль/л ЛПНП. Снижение массы тела
- Задача 16.** Женщина 45 лет, продавец, обратилась в поликлинику с жалобами на приступы удушья и одышку после физической нагрузки и спонтанные ночью, на дискомфорт в груди.

Впервые заболела после тяжелой пневмонии 11 лет назад. Затем приступы повторялись после физической нагрузки и во время простудных заболеваний. Приступы удушья снимала ингаляцией Сальбутамола (3-4 раза в сутки). В анамнезе: внебольничная 2-сторонняя бронхопневмония, острый аппендицит. Наличие аллергических заболеваний у себя и родственников отрицает. Гемотрансфузий не было. Вредных привычек нет. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа и слизистые чистые, физиологической окраски. Язык влажный. Лимфоузлы не увеличены. В лёгких: перкуторно – коробочный звук, аускультативно – дыхание жесткое, сухие хрипы по всем легочным полям, свистящие при форсированном выдохе. Частота дыхательных движений – 18 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД - 140/90 мм рт. ст. Пульс – 69 ударов в минуту, хорошего наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Физиологические отправления не нарушены. Анализ крови: гемоглобин – 12,6 г/л, эритроциты – $3,9 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $9,5 \times 10^9 /л$, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, эозинофилы – 5%, моноциты – 6%, лимфоциты – 13%; СОЭ - 19 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий билирубин - 5,3 мкм/л; общий белок - 82 г/л, мочевины - 4,7 ммоль/л. Анализ мочи: удельный вес - 1028, белок - отриц., эпителий - 1-3 в поле зрения. Анализ мокроты: слизистая, без запаха. При микроскопии: лейкоциты - 5-6 в поле зрения, эозинофилы - 10-12 в поле зрения, клетки эпителия бронхов, ед. альвеолярные макрофаги. ВК - отриц. (3-кратно). Рентгенография грудной клетки: повышена прозрачность легочных полей, уплощение и низкое стояние диафрагмы. Легочный рисунок усилен. Корни легких увеличены, тень усилена. Тень сердца увеличена в поперечнике.

Вопросы:

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения (назовите необходимые группы лекарственных препаратов)

Ответы:

1. Бронхиальная астма, среднетяжелое недостаточно контролируемое течение. ДН0.
2. Диагноз поставлен на основании жалоб больной на приступы удушья и одышку после физической нагрузки и спонтанные ночью, на дискомфорт в груди; анамнеза жизни (приступы повторяются после физической нагрузки и во время простудных заболеваний; приступы удушья снимала ингаляцией Сальбутамола (3-4 раза в сутки)); данных объективного исследования (в легких перкуторно-коробочный звук, аускультативно – дыхание жесткое, сухие хрипы по всем легочным полям, свистящие при форсированном выдохе); данных лабораторных методов (в мокроте: эозинофилы - 10-12 в поле зрения, лейкоциты - 5-6 в поле зрения); данных инструментальных методов исследования (повышена прозрачность легочных полей, усиленный легочный рисунок, увеличены корни легких).
3. Исследование функции внешнего дыхания: спирометрия (определение объема форсированного выдоха за 1 секунду - ОФВ1 и форсированной жизненной емкости легких - ФЖЕЛ). Тест с бронхолитиком (тест на обратимость бронхообструкции). Аллергологическое обследование (кожные пробы, определение специфических IgE в сыворотке крови, ингаляционные провокационные тесты с аллергенами). Рентгенография грудной клетки (для исключения альтернативного диагноза).
4. Для хронической обструктивной болезни легких характерно длительное предшествующее курение или наличие других факторов риска, медленное нарастание респираторных симптомов, постоянное или интермиттирующее покашливание днём, прогрессирующая одышка, наличие необратимой бронхиальной обструкции, редко присутствует эозинофилия мокроты. Начинается в среднем возрасте.
5. Диета: стол №15. Ингаляционные глюкокортикостероиды в низких дозах в сочетании с длительно действующими бета2-агонистами. Альтернатива: ингаляционные глюкокортикостероиды в средних или высоких дозах или ингаляционные глюкокортикостероиды в низких дозах в сочетании с антилейкотриеновыми рецепторами.

Ингаляционные β -2 –агонисты быстрого действия при потребности или комбинация ингаляционных глюкокортикостероидов в низких дозах в сочетании с Формотеролом.

Задача 17. Больная 18 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в поясничной области, учащённое 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. Отёков 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

Ответы:

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.

Задача 18. 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? Ответы:

1. ИБС: Стенокардия напряжения 3 ФК. ХСН I ст. 2ФК.
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; в 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, Моночиннкверетард 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).

5. 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 чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика и стентирование.

Задача 19. Больной Н. 25 лет предъявляет жалобы на частый (до 10-15 в сутки) жидкий стул с примесью крови и слизи, боли в левой подвздошной области, повышение температуры тела до 38,3°C, резкую общую слабость, похудание. Нарушение стула отмечает в течение 2 месяцев, но 7 дней назад в кале появилась кровь, повысилась температура, появились слабость, недомогание, головокружение. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожа бледная. Язык слегка обложен белым налетом. Живот овальной формы, несколько вздут. При

пальпации определяется умеренная болезненность в области нисходящего отдела толстой кишки. Перкуторно размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Общий анализ крови: гемоглобин – 90 г/л, СОЭ – 35 мм/ч, лейкоциты - 13,0×10⁹ /л; лейкоформула: базофилы - 1%, эозинофилы - 5%, палочкоядерные нейтрофилы - 20%, сегментоядерные нейтрофилы - 40%, лимфоциты - 24%, моноциты - 10%. Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, альбумин – 40 %, АЛТ – 42,68 ед/л, АСТ – 32 ед/л, серомукоид – 2,0 ммоль/л, СРБ – (+++), фибриноген – 5 г/л. Копрограмма: цвет кала – коричневый, характер – неоформленный, в поле зрения – большое количество лейкоцитов, эритроцитов. Реакция Трибуле – резко положительная. Ирригоскопия: отмечается быстрое заполнение толстой кишки бариевой взвесью, равномерное сужение просвета кишки (симптом «водопроводной трубы»), расширение ректоректального пространства, сглаженность гаустр, ячеистый рельеф слизистой в области поперечно-ободочной кишки, в области прямой и сигмовидной кишок – множественные дефекты наполнения.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.
3. Какие внекишечные проявления возможны при данной патологии?
4. Какие антицитокины необходимы, и в каких ситуациях они назначаются при данном заболевании?
5. Какие антибактериальные препараты показаны при данном заболевании?

Ответы:

1. Язвенный колит, левосторонняя форма, хроническое рецидивирующее течение, тяжёлой степени. Осложнения: гипопротеинемия, хроническая постгеморрагическая анемия средней степени тяжести.
2. Генетическая предрасположенность («повышенная кишечная проницаемость» - ген NOD2/CARD15); вирусные инфекции – вирус кори; бактериальные инфекции – Chlamydiae, Listeriamonocytogenes, Pseudomonassp., Mycobacteriumparatuberculosis; факторы внешней среды – раннее отлучение от груди, высокий социально-экономический статус, стероидные противозачаточные средства, НПВП, рафинированный сахар, недостаточно свежие овощи и фрукты, оксид титана (зубная паста), курение табака; психологические факторы.
3. Внекишечные проявления - аутоиммунные, связанные с активностью заболевания: артропатии (артралгии, артриты), поражение кожи (узловатая эритема, гангренозная пиодермия), поражение СО (афтозный стоматит), поражение глаз (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит); аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания: ревматоидный артрит (серонегативный), анкилозирующий спондилоартрит, сакроилеит, первичный склерозирующий холангитостеопороз, остеомалация; псориаз; обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями: холелитиаз, стеатогепатоз, стеатогепатит; тромбоз периферических вен, ТЭЛААмилиодоз.
4. Инфликсимаб, ремикейд. Лечение больных, страдающих язвенным колитом, у которых традиционная терапия (Сульфасалазин, Салофальк, Преднизолон, Азатиоприн) была недостаточно эффективна.
5. 1-я линия – Метронидазол 1,5 мг/сут + Фторхинолоны (Ципрофлоксацин, Офлоксацин) в/в 10-14 дней; 2-я линия – Цефалоспорины в/в 7-10 дней

Задача 20. Больная М. 34 лет жалуется на боли жгучего характера в подложечной области, возникающие натощак и по ночам, изжогу, тошноту, иногда, на высоте болей, рвоту, приносящую облегчение. Данные симптомы беспокоят 10 лет, возникают, в основном, весной и осенью. Самостоятельно принимает соду, Алмагель, вызывающие положительный эффект. Настоящее обострение связывает с приёмом Вольтарена по поводу болей в поясничной области. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа обычной окраски, влажная. Пульс – 60 ударов в минуту, АД – 100/70 мм рт. ст. Язык влажный, густо обложен белым налетом. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации резко болезненный в эпигастральной области. Стул со склонностью к запорам (1 раз в 2 дня). Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, СОЭ – 10 мм/ч, лейкоциты – 5,2×10⁹ /л; лейкоформула: палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, лимфоциты - 27%, моноциты - 5%. Биохимический анализ крови: АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 32 ед/л. Диастаза мочи – 64 ед. ЭФГДС: пищевод

свободно проходим, кардия смыкается. В желудке натошак содержится большое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые, диффузно гиперемированы. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой оболочки до 0,7 см в диаметре. Края дефекта имеют чёткие границы, гиперемированы, отёчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Хелик-тест: базальный уровень – 4 мм; нагрузочный уровень – 10 мм; показатель прироста – 6 мм; Нр (+).

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите экзогенные и эндогенные предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.
3. Показания к госпитализации.
4. Осложнения данного заболевания.
5. Назначьте лечение

Ответы:

1. Язвенная болезнь с локализацией язвы (0,7 см) средних размеров на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, фаза обострения. Рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки.
2. Экзогенные факторы: нервно-психические воздействия, психоэмоциональный стресс; травмы, заболевания головного мозга; алиментарный фактор; приём лекарственных препаратов (НПВП, ГК и др.); бытовые и производственные вредности; метеорологические условия; инфицирование *Helicobacter pylori*. Эндогенные факторы: наследственная предрасположенность; первая группа крови; конституциональный статус; пол и возраст; заболевания внутренних органов; дисбактериоз гастродуоденальной зоны.
3. Показания к госпитализации: больные с осложнённым и часто рецидивирующим течением заболевания; больные язвой желудка, если нет возможности провести квалифицированное исследование гастробиоптата; больные язвой, протекающей с выраженным болевым синдромом или болевым синдромом, который не купируется в течение недели амбулаторного лечения; больные с гастродуоденальными язвами, развившимися у ослабленных больных или на фоне тяжёлых сопутствующих заболеваний; при невозможности организовать лечение больного и контроль за заживлением язвы в поликлинических условиях.
4. Осложнения: - кровотечение: лёгкое, средней степени, тяжёлое, крайне тяжёлое; - перфорация; - пенетрация; - стеноз: компенсированный; субкомпенсированный; декомпенсированный; - малигнизация.
5. Лечение: трёхкомпонентная схема: Омез 20 мг 2 раза в день + Кларитромицин 500 мг 2 раза в день + Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день (или Метронидазол 500 мг 3 раза в день) (14 дней). При неэффективности - четырёхкомпонентная схема: Омез 20 мг 2 раза в день + Тетрациклин 500 мг 4 раза в день + Метронидазол 500 мг 3 раза в день + Де-нол 240 мг 2 раза в день (14 дней).

Задача. Больной Н. 30 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, сухость во рту, полиурию, ухудшение зрения, онемения, парестезии в нижних конечностях, частые гипогликемические состояния (ночью и днём). Болен сахарным диабетом с 15 лет. Диабет манифестировал кетоацидозом. Получает Хумулин НПХ - 20 ЕД утром, 18 ЕД вечером и Хумулин регулятор - 18 ЕД/сутки. Ведёт активный образ жизни, обучен методике самоконтроля. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Телосложение, оволосение по мужскому типу. ИМТ – 19 кг/м². Кожные покровы сухие, чистые. В углах рта заеды. Периферических отёков нет. Щитовидная железа не увеличена, в лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, пульс - 82 удара в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Кожа голеней и стоп сухая, на стопах участки гиперкератоза, пульсация на артериях тыла стопы удовлетворительная. Результаты обследования: глюкоза крови натошак - 10,4 ммоль/л, через 2 часа после еды - 14,5 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес – 1014, белок - следы; лейкоциты - 1-2 в поле зрения. Врач-офтальмолог: глазное дно – единичные микроаневризмы, твердые экссудаты, отёк макулярной области. Врач-подиатр: снижение вибрационной, тактильной чувствительности.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите и обоснуйте целевой уровень гликозилированного гемоглобина у данного больного.
5. Проведите и обоснуйте коррекцию сахароснижающей терапии

Ответы:

1. Сахарный диабет 1 типа, декомпенсированный. Целевой уровень гликозилированного гемоглобина меньше 6,5%. Осложнения: диабетическая препролиферативная ретинопатия ОИ. Диабетическая полинейропатия сенсорная форма.
2. У больного сахарный диабет 1 типа (диабет манифестировал кетоацидозом в 15 лет, получает инсулинотерапию). Учитывая длительность заболевания (более 15 лет), жалобы на ухудшение зрения, боли, онемения и парестезии в нижних конечностях, данные осмотра врача-офтальмолога, врача-педиатра участкового у больного сформировались поздние осложнения сахарного диабета – препролиферативная ретинопатия, дистальная полинейропатия сенсорная форма.
3. Гликемический профиль с целью оценки компенсации сахарного диабета и коррекции, проводимой сахароснижающей терапии. Определение гликозилированного гемоглобина (оценка компенсации сахарного диабета, решение вопроса об интенсификации проводимой терапии). Определение мочевины, креатинина, сывороточной кислой фосфатазы (для исключения диабетической нефропатии). Определение альбумина в суточной моче (для исключения диабетической нефропатии). Электрокардиограмма. Определение триглицеридов, холестерина, ЛПНП, ЛПВП. Электромиография для подтверждения полинейропатии.
4. Учитывая возраст больного 30 лет, ожидаемую продолжительность жизни, отсутствие тяжёлых сосудистых осложнений сахарного диабета, целевой уровень гликозилированного гемоглобина в данном случае - менее 6,5%. Контроль уровня гликозилированного гемоглобина 1 раз в 3 месяца.
5. Учитывая молодой возраст больного 30 лет, активный образ жизни больного, наличие гипогликемических состояний на инсулинотерапии «Хумулином», целесообразно перевести больного на аналоги инсулина человека длительного действия - инсулин Гларгин «Лантус» - 1 раз в сутки + инсулин ультракороткого действия Лизпро «Кумалог» перед едой.

Полный комплект оценочных средств для дисциплины «Поликлиническая терапия» представлен на портале СДО Приволжского исследовательского медицинского университета – (<https://sdo.pimunn.net/course/index.php?categoryid=565>)