

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

По дисциплине «Внутренние болезни»

направление подготовки 31.06.01 Клиническая медицина

направленность **Внутренние болезни**

Квалификация выпускника:

Исследователь. Преподаватель-исследователь

Форма обучения:

очная

Н.Новгород

2018

Фонд оценочных средств по дисциплине «*Внутренние болезни*» предназначен для контроля знаний по программе подготовки кадров высшей квалификации в аспирантуре по направлению подготовки 31.06.01 «Клиническая медицина», направленность «Внутренние болезни». Текущий контроль по дисциплине «*наименование*» осуществляется в течение всего срока освоения данной дисциплины.

Промежуточная аттестация обучающихся по дисциплине «*наименование*» проводится по итогам обучения и является обязательной..

**Паспорт фонда оценочных средств
по дисциплине «Внутренние болезни»**

Компетенция (код)	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
		вид	количество
УК-1	<p><i>Знать:</i> основные методы научно-исследовательской деятельности в избранной профессиональной области, в том числе и в междисциплинарных областях;</p> <p><i>Уметь:</i> генерировать и анализировать варианты решения исследовательских и практических задач и оценивать потенциальные реализации этих вариантов;</p> <p><i>Владеть:</i> навыками оценки современных научных достижений и результатов деятельности по решению исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях;</p>	<p>Ситуационные задачи</p> <p>Тесты</p>	<p>4</p> <p>25</p>
УК-5	<p><i>Знать:</i> современные подходы к моделированию научно-педагогической деятельности, требования общества, предъявляемые к науке и научным работникам;</p> <p><i>Уметь:</i> формулировать задачи своего личностного и профессионального роста, выбирать и эффективно использовать образовательные технологии, методы и средства обучения с целью обеспечения планируемого уровня личностного и профессионального развития, оценивать последствия принятого решения и нести за него ответственность;</p> <p><i>Владеть:</i> навыками профессионально-творческого саморазвития;</p>	<p>Ситуационные задачи</p> <p>Тесты</p>	<p>3</p> <p>11</p>

ОПК-4	<p><i>Знать:</i> алгоритм подготовки разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан к внедрению в практическое здравоохранение с учетом структуры современной системы здравоохранения;</p> <p><i>Уметь:</i> генерировать новые методы и методики, направленные на охрану здоровья граждан с высоким потенциалом эффективности и целесообразности внедрения в практическое здравоохранение;</p> <p><i>Владеть:</i> навыками внедрения разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан на основе сравнительного анализа конечных научных результатов;</p>	<p>Вопросы для собеседования</p> <p>Ситуационные задачи</p> <p>Тесты</p>	<p>19</p> <p>6</p> <p>25</p>
ОПК-5	<p><i>Знать:</i> современные методы лабораторной и инструментальной диагностики;</p> <p><i>Уметь:</i> использовать современные технологии для получения научных результатов;</p> <p><i>Владеть:</i> навыками реализации диагностических методов и анализа результатов полученных научных данных;</p>	<p>Вопросы для собеседования</p> <p>Ситуационные задачи</p> <p>Тесты</p>	<p>26</p> <p>3</p> <p>25</p>
ОПК-6	<p><i>Знать:</i> Основные способы рационального планирования профессионального обучения и развития</p> <p><i>Уметь:</i> Планировать научную и профессиональную деятельность</p> <p><i>Владеть:</i> Навыками профессионального самовоспитания и самообразования</p>	<p>Вопросы для собеседования</p>	<p>8</p>
ПК-4	<p><i>Знать:</i> источники информации по внутренним болезням;</p> <p><i>Уметь:</i> ориентироваться и критически анализировать широкий контент информации в области внутренних болезней;</p> <p><i>Владеть:</i> навыками логического аргументируемого анализа;</p>	<p>Вопросы для собеседования</p> <p>Ситуационные задачи</p> <p>Тесты</p>	<p>8</p> <p>10</p> <p>25</p>

ПК-5	<p><i>Знать:</i> основные методы, используемые для лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний, значение специальных и дополнительных методов исследования для дифференциальной диагностики, методы поиска, обработки и использования информации по внутренним болезням, принципы доказательной медицины для проведения системного анализа медицинской информации;</p> <p><i>Уметь:</i> определить необходимость специальных методов исследования и интерпретировать их результаты, собирать и обрабатывать клинико-эпидемиологические данные, использовать принципы доказательной медицины для проведения системного анализа медицинской информации, внедрять в практическое здравоохранение результаты научных исследований, современных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации заболеваний внутренних органов;</p> <p><i>Владеть:</i> навыками проведения специальных клинических и лабораторных тестов по отдельным патологическим синдромам и постановки диагноза, проведения необходимой профилактики и лечения внутренних болезней;</p>	<p>Вопросы для собеседования</p> <p>Ситуационные задачи</p> <p>Тесты</p>	<p>20</p> <p>4</p> <p>5</p>
ПК-6	<p><i>Знать:</i> современную международную классификацию болезней, критерии и стандарты оказания диагностической и лечебной медицинской помощи;</p> <p><i>Уметь:</i> оценить полученную информацию, используя международную классификацию болезней и других проблем, связанных со здоровьем, качество оказания медицинской помощи;</p> <p><i>Владеть:</i> навыками определения патологических состояний в области внутренних болезней, оценки качества оказания специализированной помощи в лечебных учреждениях;</p>	<p>Вопросы для собеседования</p> <p>Тесты</p> <p>Рефераты</p>	<p>20</p> <p>6</p> <p>6</p>

2. Перечень оценочных средств и форм их представления в ФОС

№	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства (в фонде)
1.	Разноуровневые задачи и задания	<p>А) Задания репродуктивного уровня. Позволяют оценивать и диагностировать знание фактического материала (базовые понятия, алгоритмы, факты) и умение правильно использовать специальные термины и понятия, узнавание объектов изучения в рамках определенного раздела дисциплины/модуля: тестовые задания (открытой и закрытой форм), простые ситуационные задачи с коротким ответом или простым действием, задания на установление правильной последовательности, задания на нахождение ошибок в последовательности (определить правильный вариант последовательности действий) и др.</p> <p>Б) Задания реконструктивного уровня. Позволяют оценивать и диагностировать умения синтезировать, анализировать, обобщать фактический и теоретический материал с формулированием конкретных выводов, установлением причинно-следственных связей: задания на принятие решения в нестандартной ситуации, задания на оценку последствий принятых решений и эффективности выполнения действия, комплексные практические контрольные задания с многоходовыми решениями в типичной и в нестандартной ситуациях и др.</p> <p>В) Задания творческого уровня. Это частично регламентированные задания, имеющие нестандартное решение и позволяющие оценивать и диагностировать умения, интегрировать знания различных областей, аргументировать собственную точку зрения.</p>	Комплект разноуровневых ситуационных задач
2.	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося.	Вопросы по темам/разделам дисциплины, зачетные/экзаменационные вопросы
3.	Тестовые задания	Система заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающихся.	Фонд тестовых заданий
4.	Экзаменационные материалы	Итоговая форма оценки знаний	Перечень вопросов и заданий к экзамену по

			дисциплине
--	--	--	------------

3. Критерии и шкала оценивания

код компетенции	оценка 5 «отлично»	оценка 4 «хорошо»	оценка 3 «удовлетворительно»	оценка 2 «неудовлетворительно»
УК-1, УК-5, ОПК 4-6, ПК 4-6	глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования	твердые знания программного материала, допустимы незначительные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат	знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач	незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий

3. Оценочные средства

3.1. Текущий контроль

3.1.1. Контролируемый раздел дисциплины «Заболевания пищевода, желудка и кишечника», формируемые компетенции УК-1, ОПК-4,6, ПК4--6

3.1.1.1. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции ОПК-4:

1. Функциональные болезни пищевода. Вторичные эзофагеальные дискинезии,

- дивертикулы пищевода, ахалазия кардии, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
2. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
 3. Злокачественные и доброкачественные опухоли пищевода. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.
 4. Функциональные расстройства двигательной и секреторной функции желудка, синдром функциональной неязвенной диспепсии. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
 5. Острый гастрит. Классификация, этиология и патогенез, клиника, лечение. Клинические аспекты пилорического хеликобактериоза. Значение ЭГДС и биопсии.
 6. Хронический гастрит. Классификация, этиология и патогенез, клиника, лечение.
 7. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, осложнения. Методы диагностики инфицирования *Helicobacter pylori* и эффективности эрадикационной терапии.
 8. Постгастрорезекционные расстройства.

3.1.1.2. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции ОПК-5

1. Доброкачественные и злокачественные опухоли желудка. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.
2. Синдром раздраженного кишечника. Дисбактериоз кишечника. Определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
3. Доброкачественные и злокачественные опухоли почек. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
4. Хронический энтерит. Энтеропатии. Определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
5. Недифференцированный колит. Неспецифический язвенный колит. Болезнь Крона. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, осложнения, терапия, исходы, профилактика

3.1.2. Контролируемый раздел дисциплины «Заболевания печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы», формируемые компетенции УК-5

3.1.2.1. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции УК-5

1. Аномалии желчного пузыря. Функциональные расстройства билиарного тракта. Определение, этиология, классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
2. Холецистит острый и хронический. Желчекаменная болезнь. Определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение. Постхолецистэктомический синдром.
3. Опухоли билиарной системы, доброкачественные и злокачественные. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.
4. Опухоли желчного пузыря и желчных протоков, большого дуоденального сосочка. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
5. Гепатиты острые и хронические, эпидемиология, этиология, классификация, лечение, иммунотерапия, показания и противопоказания.
6. Циррозы печени. Эпидемиология, этиология, классификация, морфологические изменения, диагностика различных форм цирроза печени, исходы заболевания,

- осложнения цирроза печени. Принципы лечения циррозов печени.
7. .Пигментные гепатозы, порфирии, гепато-лентикулярная дегенерация, болезнь Вильсона-Коновалова. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
 8. Болезни накопления, жировой гепатоз, гемохроматоз, гепатоцеребральная дистрофия, амилоидоз печени. Определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
 9. Доброкачественные и злокачественные опухоли печени. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
 10. Острые и хронические панкреатиты. Определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
 11. Доброкачественные и злокачественные опухоли поджелудочной железы. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение

3.1.3. Контролируемый раздел дисциплины «Болезни эндокринных органов», формируемые компетенции ПК-5

3.1.3.1. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции ПК-5,6

1. Диффузный токсический зоб. Методы определения функции щитовидной железы и степени тяжести тиреотоксикоза. Тиреотоксическое сердце. Тиреотоксическая кома. Медикаментозное, лучевое, хирургическое лечение. Лечение осложнений.
2. Узловой/многоузловой зоб. Аутоиммунный тиреоидит. Гипотиреоз. Медикаментозное лечение. Лечение осложнений.
3. Гиперпаратиреоз. Гипопаратиреоз.
4. Сахарный диабет. Классификации. Лабораторные методы диагностики. Особенности сахарного диабета в юношеском и пожилом возрасте, при ожирении.
5. Осложнения сахарного диабета. Макро- и микроангиопатии. Методы лечения.
6. Принципы лечения сахарного диабета I типа.
7. Принципы лечения сахарного диабета II типа.
8. Кетоацидотическая кома, клиника, диагностика, неотложная помощь.
9. Гиперосмолярная кома, клиника, диагностика, неотложная помощь.
10. Гипогликемическая кома, клиника, диагностика, неотложная помощь.
11. Острая и хроническая недостаточность коры надпочечников. Методы неотложной терапии.
12. Болезнь и синдром Иценко – Кушинга. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Лечение.
13. Синдром Конна. Первичный и вторичный гиперальдостеронизм.
14. Феохромоцитома

3.1.4. Контролируемый раздел дисциплины «Болезни органов дыхания». формируемые компетенции ПК-5

3.1.4.1. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции ПК-5,6

1. Дыхательная (легочная) недостаточность, острая и хроническая, типы, стадии.
2. Современные методы обследования в пульмонологии (функциональные, эндоскопические, цитологические, бронхологические, исследования мокроты). Методы изучения функции внешнего дыхания.
3. Острые бронхиты и трахеобронхиты. Хронический необструктивный бронхит.
4. Хронические обструктивные болезни легких. Значение функциональных методов исследования в диагностике обструктивного синдрома.
5. Современные методы лечения ХОБЛ. Рациональная фармакотерапия ХОБЛ. Роль хирургических методов лечения ХОБЛ на современном этапе.
6. Бронхиальная астма. Аллергологическая диагностика. Гипосенсибилизация специфическая и неспецифическая. Ступенчатый подход к терапии БА.
7. Астматический статус. Неотложная помощь. Критерии перевода на ИВЛ.
8. Легочное сердце. Современные методы лечения. Роль небулайзерной терапии в современной пульмонологии.
9. Крупозная и очаговая пневмония. Атипичные пневмонии. Осложнения пневмонии, их лечение. Эмпирическая антибиотикотерапия воспалительных заболеваний легких.
10. Пневмоторакс спонтанный и травматический. Инфаркт легких. Легочное кровотечение и кровохарканья. Неотложная помощь. Методы дыхательной реанимации.
11. Диффузные заболевания легких (саркоидоз, альвеолит, эозинофильная пневмония, синдром Гудпасчера)

3.1.5. Контролируемый раздел дисциплины «Болезни органов кровообращения», формируемые компетенции ОПК-4, ОПК-5

- 3.1.5.1. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции ОПК-4
1. Диагностическое значение эхо- и доплерокардиографического, рентгенологического, электрокардиографического исследований при патологии сердечно-сосудистой системы. Зондирование сердца и крупных сосудов, ангиография.
 2. Сердечно-сосудистый континуум
 3. Недостаточность митрального клапана. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. Особенности нарушения гемодинамики. Немедикаментозное лечение. Рациональная фармакотерапия. Показания к хирургическому лечению.
 4. Недостаточность клапанов аорты. Стеноз устья аорты. Особенности нарушения гемодинамики. Немедикаментозное лечение. Рациональная фармакотерапия. Показания к хирургическому лечению.
 5. Недостаточность клапанов легочной артерии. Сочетанные и комбинированные пороки. Особенности нарушения гемодинамики. Немедикаментозное лечение. Рациональная фармакотерапия. Показания к хирургическому лечению.
 6. Септический эндокардит. Основные клинические синдромы. Особенности клинической и инструментальной диагностики. Рациональная фармакотерапия. Показания к хирургическому лечению.
 7. Острые перикардиты сухие и экссудативные. Хронические констриктивные перикардиты.
 8. Гипертоническая болезнь. Основы патогенеза, роль контргипотензивных механизмов. Характеристика стадий и степеней.
 9. Осложнения и прогноз гипертонической болезни. Гипертонические кризы. Неотложная помощь.
 10. Метод суточного мониторирования АД. Варианты нарушения суточного

профиля АД. Эффективность ЭХОКГ в индивидуализации терапии АГ.

11. Современные принципы лечения артериальной гипертензии с целью снижения суммарного сердечно-сосудистого риска. Медикаментозное и не медикаментозное лечение. Способы управления гипотензивной терапией.

3.1.5.2. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции ОПК-5,4,6

1. Ишемическая болезнь сердца. Факторы риска. Методы выявления атеросклероза. Стенокардия, определение, классификация, клиническая и электрокардиографическая диагностика, пробы с дозированной физической нагрузкой, суточное мониторирование ЭКГ, коронарография.
2. Современные методы лечения стенокардии. Выбор рациональной фармакотерапии с учетом сопутствующей патологии. Купирование приступа стенокардии.
3. Острый коронарный синдром. Понятие, классификация. Оценка степени риска нестабильной стенокардии. Диагностические критерии ОКС.
4. Лечение острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST.
5. Лечение острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST.
6. Острый инфаркт миокарда, клинические варианты, стадии, классификации. Купирование болевого кардиального синдрома при инфаркте миокарда.
7. Осложнения инфаркта миокарда. Кардиогенный шок. Острая левожелудочковая недостаточность: сердечная астма и отек легких. Острые нарушения сердечного ритма и проводимости. Аневризма сердца острая и хроническая. Пристеночный тромбэндокардит. Тромбоэмболии. Разрыв сердца. Синдром Дресслера. Рецидивирующие и повторные инфаркты миокарда.
8. Антикоагулянтная и фибринолитическая терапия острого коронарного синдрома. Методы ограничения зоны некроза миокарда. Неотложная помощь при осложнениях. Мониторное наблюдение. Методы реанимации. Особенности терапии на догоспитальном этапе.
9. Медицинская реабилитация больных с инфарктом миокарда.
10. Хроническая застойная сердечная недостаточность. Классификации. Методы исследования глобальной и регионарной систолической и диастолической функции миокарда, центральной гемодинамики. Понятие о пред - и после нагрузки.
11. Лечение сердечной недостаточности. Современные позиции применения инотропных средств в кардиологии.
12. Нарушения ритма сердца и проводимости. Значение показателей variability ритма сердца для оценки прогноза больных с различной сердечно-сосудистой патологией. Экстрасистолия (основные аспекты этиопатогенеза, клиника, диагностика, современное лечение).
13. Мерцание и трепетание предсердий. Современная классификация. Основные аспекты этиопатогенеза, клиника, диагностика, современное лечение.
14. Блокады проводящей системы сердца. Основные аспекты этиопатогенеза, клиника, диагностика, современное лечение. Искусственные водители ритма сердца.
15. Фибрилляция желудочков. Методы реанимации. Электрическая дефибрилляция (показания, режимы, методика проведения).
16. Синдром слабости синусового узла

3.1.6. Контролируемый раздел дисциплины «Заболевания системы крови», формируемые компетенции ПК-5,6

3.1.6.1. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции ПК-5

1. Железодефицитная анемия. Причины дефицита железа, клинические синдромы, лабораторная диагностика, лечение, диспансеризация, профилактика.
2. Анемии, связанные с дефицитом витамина В12 или фолиевой кислоты. Причины, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Гемолитические анемии, врожденные и приобретенные, этиология, классификация, патогенез, клинико-лабораторные критерии диагностики, принципы терапии.
4. Гипопластические состояния кроветворения. Клинические формы (апластическая анемия, агранулоцитоз). Этиология. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.
5. Острый лейкоз. Определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, принципы терапии.
6. Хронический миелолейкоз. Определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
7. Эритремия. Определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз с вторичными эритроцитозами, лечение.
8. Хронический лимфолейкоз. Определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение
9. Лучевая болезнь

3.1.7. Контролируемый раздел дисциплины «Заболевания почек» формируемые компетенции ПК-5,6

3.1.7.1. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции ПК-5

1. Доброкачественные и злокачественные опухоли почек. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
2. Хронический гломерулонефрит. Определение, этиология, патогенез, клинические и морфологические формы, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
3. Хроническая болезнь почек: определение, классификация. Хроническая почечная недостаточность. Причины, патогенез, классификация, клиника, диагностика,
4. Хронический пиелонефрит. Современные подходы к диагностике и лечению. дифференциальный диагноз, лечение.
5. Острая почечная недостаточность. Причины возникновения. Тактика ведения больного
6. Острые и хронические отравления. Тактика ведения больных

3.1.8. Контролируемый раздел дисциплины «Заболевания ревматологического профиля», формируемые компетенции УК-5, ПК-5

3.1.8.1. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции УК-5

1. Ревматизм. Классификация. Диагностика. Определение степени активности.

Ревмокардит

2. Ревматический полиартрит Ревматоидный артрит. Классификация. Критерии диагностики.
3. Ревматоидный артрит. Принципы лечения.
4. Системная красная волчанка. Этиология, патогенез, принципы диагностики и лечения.
5. Склеродермия. Этиология, патогенез, принципы диагностики и лечения

3.1.8.2. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции ПК-5,6

1. Реактивные артриты. Этиология, патогенез, принципы диагностики и лечения
2. Подагра. Этиология, патогенез, принципы диагностики и лечения.
3. Анкилозирующий спондилоартрит. Этиология, патогенез, принципы диагностики и лечения.
4. Остеоартроз. Факторы риска, патогенез, принципы диагностики и лечения
5. Дерматомиозит. Этиология, патогенез, принципы диагностики и лечения

3.2. Промежуточный контроль

3.2.1. Контролируемая компетенция УК-1

3.2.1.1. Ситуационные задачи

Задача 1

Больная А. Обратилась к врачу с жалобами на жжение за грудиной вне связи с физической нагрузкой, возникающие во время еды и в ночные часы. Для уменьшения дискомфорта за грудиной принимает альмагель с положительным эффектом. Объективно: Кожные покровы чистые, физиологической окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, с ЧСС 74 в мин, АД 125/80 мм.рт.ст. Печень по краю реберной дуги, селезенка не увеличена. На ЭКГ - ритм синусовый, регулярный с ЧСС 70 в мин, нормальное положение ЭОС.

1. Предварительный диагноз.
2. Какое исследование необходимо провести с целью верификации диагноза
3. План лечения

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Рефлюкс-эзофагит.
2. Необходимо проведение ФГДС, возможно проведение R- скопии пищевода, желудка с барием
3. Ингибиторы протонной помпы в течение 4-8 недель, возможен прием прокинетики (домперидон), антацидов, адсорбентов

Задача 2

Пациент Н. 48 лет обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на болевой синдром за грудиной, возникающий через 15 минут после приема пищи, при наклонах туловища, а также в покое в ночные часы. Со слов пациента физические нагрузки переносит удовлетворительно, при подъеме на 5 этаж болевой синдром за грудиной, одышка не беспокоят. Также предъявляет жалобы на изжогу, отрыжку кислым, возникающими после погрешностях в диете. Вышеуказанные жалобы купируются через 5-10 минут после приема альмагеля.

При осмотре: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, физиологической окраски и влажности. Рост 172 см, масса тела 96 кг, ИМТ 32, 44 кг/м². В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, чистые, ритмичные с ЧСС 72 в мин, АД 130/70 мм.рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Периферических отеков нет. Общий анализ крови, общий анализ мочи без патологии.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные инструментальные методы исследования необходимо провести с целью верификации диагноза
3. Разработайте схему лечения.
4. Перечислите основные осложнения данного заболевания

1 Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Рефлюкс-эзофагит.

2. Необходимо проведение ФГДС, R- скопии пищевода, желудка с барием

3. Ингибиторы протонной помпы в течение 4-8 недель, возможен прием прокинетиков (домперидон), антацидов, адсорбентов

4. Стриктуры пищевода, язвы пищевода и кровотечения из них, пищевод Баррета

Задача 3

Больной М., 28 лет, обратилась к врачу с жалобами на сильные боли в животе, возникающие через 30 мин. после приема пищи, рвоту на высоте боли, приносящую облегчение. Аппетит сохранен, но из-за появления болей после еды, больной ограничивает прием пищи. Болен несколько лет, ухудшение состояния отмечается в осенне-весенний период, обострения провоцируются эмоциональными перегрузками. Из анамнеза выяснилось, что больной много курит, употребляет много острой, жирной пищи.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски и влажности, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, с ЧСС 68 в мин, АД 115/70 мм.рт.ст.. Язык обложен беловатым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

1. Язвенная болезнь желудка в стадии обострения. Диагноз может быть установлен на основании жалоб пациента на интенсивные “ранние” боли в животе, связи их с приемом пищи, иногда тошноту и рвоту, приносящей облегчение, сохранение аппетита, сезонности обострений, связи обострений с психоэмоциональными перегрузками, курение, погрешность в диете; объективных данных (недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки, обложенность языка, болезненности в эпигастральной области при пальпации);

2. Общий анализ крови, анализ кала на скрытую кровь, рентгенологическое исследование желудка с применением контрастного вещества: симптом «ниши», эндоскопическое исследование желудка с прицельной биопсией.

3. Кровотечение, перфорация, пенетрация, пилоростеноз, малигнизация.

Задача 4

Больная К., 28 лет, обратилась к врачу с жалобами на частые боли различной интенсивности преимущественно в правой подвздошной области и боковых отделах живота, боли в области заднего прохода, особенно во время и после акта дефекации, вздутие и урчание в животе, стул кашицеобразной консистенции 4-6 раз в сутки (обычно в дневное время) обычной окраски с примесью слизи. Кроме этого, беспокоят потливость,

повышенная утомляемость, снижение массы тела (за последние полгода на 7 кг), скованность и периодические боли в коленных и локтевых суставах. Из анамнеза: считает себя больной около 2 лет, когда впервые начали беспокоить частый жидкий стул, периодическое повышение температуры до 37-37,5 °С, боли в суставах. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледноватые, на коже передней поверхности правой голени имеется узловатоподобный гиперемированный участок уплотнения диаметром около 3,5 см. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Имеется пастозность голеней и стоп. Костно-суставная система без видимой деформации. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные ЧСС 92 в минуту, АД 115/75 мм.рт ст. Язык влажный, густо обложен белым налетом. Живот слегка вздут, симметричный, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в околопупочной области и правых отделах. В правой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование размером с куриное яйцо, тестоватой консистенции, плохо смещаемое, спаянное с окружающими тканями, умеренно болезненное. Размеры печени по Курлову 9•8•7 см, селезенка не увеличена. Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования: – анализы крови: гемоглобин 105 г/л, эритроциты $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $11,6 \times 10^9$ /л, эозинофилы 1%, палочкоядерные 8%, сегментоядерные 62%, лимфоциты 26%, моноциты 2%, тромбоциты 310×10^9 /л, СОЭ 42 мм/ч; холестерин 4,4 ммоль/л, сахар 4,5 ммоль/л, билирубин общий 21,5 ммоль/л, прямой 5 ммоль/л, не прямой 16,5 ммоль/л, калий плазмы 3,2 ммоль/л, кальций 2,3 ммоль/л, СРБ +. – анализ кала: цвет – темно-коричневый, характер – неоформленный, в большом количестве имеются лейкоциты, клетки кишечного эпителия, слизь; реакции Грегерсена положительная, фиброколоноскопия: при осмотре перианальной области определяется ее отек, на 6 часах имеется глубокая трещина с вялыми грануляциями. Последовательно осмотрены все отделы толстой кишки и дистальный отрезок подвздошной кишки. Имеется резкий отек и гиперемия слизистой терминальной части подвздошной кишки с кровоизлияниями и щелевидными язвами. В сигмовидной и прямой кишке – изменения по типу «бульжной мостовой». Характерен прерывистый характер поражения: участки изъязвления слизистой оболочки чередуются с неизмененными. При гистологическом исследовании биоптата выявлены: трансмуральная лимфогистиоцитарная инфильтрация стенки кишки, в мышечном слое гранулема саркоидного типа с гигантскими клетками Пирогова-Лангханса.

1. Сформулируйте диагноз, перечислите имеющиеся у данного больного внекишечные проявления заболевания.

2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику

3. Перечислите основные группы препаратов для лечения данного заболевания

1. Болезнь Крона, активная фаза. Илеоколит. Узловатая эритема, полиартрит, абдоминальный инфильтрат. Анемия легкой степени (постгеморрагическая, железодефицитная)
2. Это заболевания необходимо дифференцировать с неспецифическим язвенным колитом, болезнью Уиппла, затем с инфекционными колитами, ишемическим колитом, радиационным колитом, псевдомембранозным колитом.
3. Аминосалицилаты, кортикостероиды, иммунодепрессанты, антибиотики, биологические препараты (ингибиторы ФНО-альфа и др.)

3.2.1.2. Тестовые задания:

1. Какое из перечисленных заболеваний не относится к внепищеводным проявлениям ГЭРБ

- А) аритмия
- Б) бронхиальная астма
- В) ларингит
- Г) ишемическая болезнь сердца

2. Какие из перечисленных препаратов могут вызвать гипертонус нижнего пищеводного сфинктера

- А) омепразол
- Б) метоклопрамид
- В) теofilлин
- Г) доверин

3. Какое из поражений пищевода максимально характеризуется дисфагией жидкой и твердой пищи

- А) рак пищевода

Б) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

В) доброкачественная стриктура пищевода

Г) ахалазия кардии

4. Укажите препарат, обладающий наиболее мощным угнетающим действием на желудочную секрецию

А) омепразол

Б) циметидин

В) фамотидин

Г) сульфат

5. В случае обнаружения *Helicobacter pylori* при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни рекомендуется

А) провести курс эрадикационной терапии в обязательном порядке

Б) назначить ингибиторы протонной помпы

В) провести эрадикационную терапию на фоне длительной терапии ингибиторами протонной помпы

Г) ничего не предпринимать

6. Патогенез хронического атрофического гастрита обусловлен:

А) Инфицированием *Helicobacter pylori*

Б) Рефлюксом дуоденального содержимого.

В) Появлением антител к париетальным клеткам желудка.

Г) Атеросклеротическим поражением артерий чревного ствола.

Д) Появлением гранул в подслизистом слое желудка.

7. «Золотым стандартом» диагностики язвенной болезни двенадцатиперстной кишки считается:

А) Рентгенография желудка с барием.

Б) Клиническая картина заболевания.

В) КТ органов брюшной полости.

Г) ФГДС.

Д) УЗИ органов брюшной полости

8. Инфицирование *H. pylori* происходит:

А) Половым путем.

Б) Лимфогенным путем.

В) Фекально-оральным путем.

Г) Гематогенным путем.

9. Язвенное поражение слизистой оболочки желудка может вызвать прием следующих препаратов:

А) Эритромицина.

Б) Алюминия сульфата.

В) Метронидазола.

Г) Диклофенака.

10. Какие из перечисленных симптомов характерны для кровоточащей гастродуоденальной язвы? а) усиление болей в животе; б) отсутствие болевого синдрома в этот период; в) кал по типу «малинового желе»; г) рвота «кофейной гущей»; д) мелена.

Выберите правильную комбинацию ответов:

А) а,б,в

Б) б,в,г

В) б,г,д

Г) а,г,д

11. У практически здорового пациента, злоупотребляющего алкоголем, после многократной рвоты без примеси крови началось массивное кровотечение из верхних отделов ЖКТ. Указания на язвенную болезнь в анамнезе отсутствуют. Что, скорее всего, послужило причиной кровотечения?

А) рак желудка

Б) язва двенадцатиперстной кишки

В) гастрит

Г) синдром Мэллори-Вейсса

12. Причиной развития функциональных нарушений кишечника является:

- А) хроническая гиподинамия;
- Б) высококалорийное питание;
- В) сухоедение;
- Г) все вышеперечисленное.

13. Какие из нижеперечисленных симптомов не характерны для синдрома раздраженного кишечника:

- А) боли в животе;
- Б) изменение частоты и консистенции стула;
- В) явление метеоризма;
- Г) примесь крови в кале;

14. При ирригоскопии у пациента выявлены неравномерное заполнение и опорожнение толстой кишки, чередование спастически сокращенных и расширенных участков кишки. Данная рентгенологическая картина позволяет предположить:

- А) синдром раздраженного кишечника;
- Б) хронический неязвенный колит;
- В) болезнь Крона;
- Г) неспецифический язвенный колит.

15. Укажите слабительный препарат, обладающий пребиотическими свойствами:

- А) бисакодил;
- Б) форлакс;
- В) дюфалак;
- Г) гутгалакс.

16. Для диагностики инфекции *H. pylori* применяют все, кроме:

- А) Уреазного теста (кло-тест).
- Б) Выделения чистой культуры *H. pylori* в биоптате слизистой желудка.
- В) Обнаружения антигенов *H. pylori* в кале.

Г) Рентгенографии желудка с барием.

17. Молодой мужчина поступил в приемное отделение с жалобами на сильнейшие боли в животе. Страдает язвенной болезнью несколько лет. АД - 90/60 мм рт. ст., пульс - 100 ударов в 1 мин, анурия. Пальпаторно: передняя брюшная стенка резко напряжена.

Диагноз, скорее всего, будет поставлен на основании:

- А) подсчета лейкоцитов в периферической крови;
- Б) обзорной рентгенографии брюшной полости в положении стоя;
- В) контрастного рентгенологического исследования толстой кишки.
- Г) контрастной рентгенографии желудка;

18. К предраковым заболеваниям желудка относятся следующие нозологии: а) хроническая язва желудка; б) синдром Меллори-Вейсса; в) полипоз желудка; г) хронический гастрит с дисплазией слизистой оболочки. Выберите правильную комбинацию ответов:

- А) а, б, в
- Б) а, в, г
- В) б, в, г
- Г) а, б, г

19. Какой из перечисленных методов обследования наиболее подходящий для диагностики состояния нижнего пищеводного сфинктера

- А) ФГДС
- Б) манометрия пищевода
- В) рентгеновское обследование с барием
- Г) тест Бернштейна

20. Какой из перечисленных методов обследования наиболее подходящий для диагностики желудочно-пищеводного рефлюкса

- А) ФГДС
- Б) манометрия пищевода
- В) рентгеновское обследование с барием
- Г) внутрипищеводная рН-метрия

21. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз неспецифического язвенного колита:

- А) острой дизентерией;
- Б) раком толстого кишечника;
- В) болезнью Крона;
- Г) со всеми перечисленными заболеваниями;

22. При сочетании диареи с болью и обызвествлением мезентериальных лимфатических узлов можно предполагать:

- А) рак толстого кишечника;
- Б) болезнь Крона;
- В) неспецифический язвенный колит;
- Г) туберкулезный илеотифлит;

23. При неспецифическом язвенном колите в патологический процесс вовлекается:

- А) слизистая оболочка;
- Б) мышечный слой;
- В) серозная оболочка;
- Г) вся стенка кишки

24. Типичными эндоскопическими критериями болезни Крона являются:

- А) поверхностные эрозии;
- Б) картина «булыжной мостовой»;
- В) практически полное отсутствие сосудистого рисунка слизистой оболочки;
- Г) контактная кровоточивость;

25. Токсическая дилатация толстой кишки является типичным осложнением при:

- А) дивертикулезе толстой кишки;
- Б) врожденной долихосигме;
- В) неспецифическом язвенном колите;
- Г) полипозе толстой кишки

26. Оптимальным препаратом в лечении гипотиреоза является:

А) L-тироксин (эутирокс)

Б) трийодтиронин

В) тиреокомб

Г) Анаприлин

1-Г, 2-б, 3-г, 4-а, 5- в, 6-В, 7- г, 8-В, 9-Г, 10- в, 11- Г, 12-Г, 13-г, 14- А, 15-В, 16г, 17б, 18- Б, 19-Б, 20-В, 21Г, 22- Г, 23- а, 24-Б, 25-В.

3.2.2. *Контролируемая компетенция УК-4:*

3.2.2.1. *Ситуационные задачи*

Задача 1.

Мужчина, 57 лет, курильщик (15 пачек/лет), страдает ХОБЛ сред-ней степени тяжести, получает Спирива Респимат 5 мкг/сут, также у него несколько лет ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, фибрилляция предсердий (ФП) постоянная форма, принимает бисопролол. Вечером после работы возник приступ кашля с мокротой светлого цвета, был эпизод кровохарканья, кашель переходил в одышку. Пациент стал принимать амброксол+ атровент+беротек через небулайзер 2 раза в день. Самочувствие улучшилось, кровохарканье не возобновлялось. Через две недели эпизод кашля с кровохарканьем повторился, появилась боль в груди, почувствовал слабость, сердцебиение, головокружение вплоть до кратковременной потери сознания. Вызвал врача, был госпитализирован с обострением ХОБЛ и ухудшением течения ИБС: переход ФП в тахисистолическую форму.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, небольшой цианоз. Пульс 120 в минуту, аритмичный, дефицит пульса 10 уд. в минуту. АД 100/60 мм рт. ст. I тон на верхушке не изменен, акцент II тона над легочной артерией. Выявляется эпигастральная пульсация. ЧСС 26 в минуту. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторно коробочный звук. Голосовое дрожание не изменено. Аускультативно дыхание жесткое с удлиненным выдохом, единичные сухие жужжащие рассеянные хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Пастозность стоп и нижней трети голеней. На рентгенограмме грудной клетки выявлены дисковидные ателектазы.

1. Сформулируйте представление о больном, с предварительным диагнозом, обоснуйте.

- Предварительный диагноз: рецидивирующая умеренная двусторонняя ТЭЛА.

Рецидивирующая – повторные эпизоды одышки, обмороки, признаки инфаркта легкого.

Умеренная – боль в груди, тахикардия, снижение АД, резкая слабость, признаки инфаркта легкого, кашель, кровохарканье.

2. Какие синдромы Вы можете выделить у данного больного для постановки предположенного Вами диагноза.

- 1. *Легочно-плевральный синдром*

Одышка.

Боли в груди (чаще в нижних отделах).

Кашель, иногда с мокротой.

Кровохарканье.

2. *Кардиальный синдром*

Боль и чувство дискомфорта за грудиной.

Тахикардия.

Гипотония вплоть до обморочного состояния.

Акцент II тона на легочной артерии.

3. *Церебральный синдром*

Головокружение.

Потеря сознания.

3. Назовите какие ЭКГ-признаки характерны для предположенного Вами диагноза

- ЭКГ-признаки ТЭЛА:

- отклонение электрической оси сердца вправо;
- зубец S в I стандартном отведении, зубец Q ($<0,03$ с) и отрицательный зубец T в III отведении (синдром Мак-Джина-Уайта или синдром SI-QIII);
- блокада правой ветви пучка Гиса;
- P-pulmonale (перегрузка правого предсердия);
- смещение переходной зоны влево;
- появление глубоких S в отведениях V5-6;
- элевация сегмента ST в отведениях II, III, aVF и/или подъем ST в грудных отведениях V1-4 (в отличие от инфаркта миокарда для ТЭЛА не характерны реципрокные изменения);
- инверсия зубца T в правых грудных отведениях (V1-3).

В 20% случаев ТЭЛА не вызывает изменений на ЭКГ.

4. Составьте план дополнительного обследования пациента.

- Тест с D-димером, рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях, перфузионная сцинтиграфия легких, ЭХОКГ, КТ легких в сосудистом режиме, ангиопульмонография (является «золотым стандартом» в диагностике ТЭЛА).

5. Назовите общие принципы фармакотерапии данного заболевания. Обоснуйте свой выбор.

- 1. Фибринолитическая терапия. Физическое растворение тромба, закрывающего просвет магистральных легочных артерий, приводит к предотвращению быстро прогрессирующего развития правожелудочковой недостаточности и уменьшению высвобождения серотонина и других нейрогуморальных факторов, которые способствуют усилению легочной гипертензии. Хирургическая эмболэктомия является методом лечения больных с массивной ТЭЛА при неэффективности тромболитической терапии и наличии противопоказаний. Также возможно проведение чрескожной эмболэктомии, катетерной фрагментации и тромбэктомии.

2. Антикоагулянтная терапия (прямые и непрямые антикоагулянты).

3. Обезболивание (ненаркотические анальгетики применяют при инфаркт-пневмонии, когда боль в грудной клетке связана с дыханием, кашлем, положением тела; нейролепналгезия (дропередол+фентанил) – устраняет страх, боль и катехоламинемия, в связи с чем уменьшается потребность в кислороде, реологические расстройства и электрическая нестабильность сердца.

3. Коррекция гипоксии – оксигенотерапия.

4. Для уменьшения спазма артериол и бронхиол: Сальбутамол 2,5 мг или атровент 1 мл+беротек 2 мл через небулайзер в течение 5-10 мин. При неудовлетворенном эффекте через 20 мин ингаляцию повторить.

5. Эуфиллин 2,4% – 5 мл в/в медленно. Снижает общее периферическое сосудистое сопротивление и давление в малом круге кровообращения, повышает чувствительность дыхательного центра к стимулирующему влиянию углекислого газа.

Задача 2.

Мужчина, 28 лет, поступил в клинику с жалобами на повышение температуры до 39-40 градусов, ознобами, одышку при умеренной физической нагрузке, боли в области левого голеностопного и правого коленного суставов, их припухлость, отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки.

Из анамнеза известно, что во время зимней рыбалки провалился под лед. Впоследствии чувствовал себя хорошо, но через 2 недели почувствовал общую слабость,

недомогание, а еще через 3 дня началась лихорадка с повышением температуры до 39 градусов, появились боли в области левого голеностопного и правого коленного суставов, без припухания. Начал лечение ампициллином самостоятельно, отметил улучшение состояния и нормализацию температуры к 3му дню, после чего прекратил антибиотикотерапию. Через 2 суток вернулась лихорадка (температура до 40 градусов) с ознобами и обильной потливостью. Не смотря на возобновление ампициллина, клиника сохранилась и пациент обратился в больницу.

При осмотре: кожные покровы специфической окраски («кофе с молоком»). Снижение массы тела на 15 кг за месяц (рост 180 см, вес 70 кг). Под ногтевыми пластинами определяются линейные геморрагии. В области голеней обильные геморрагические высыпания по типу пурпуры. В переходной складке конъюнктивы глаз единичные точечные геморрагии. Отмечается пастозность голеней и деформация левого голеностопного и правого коленного суставов. Границы относительной сердечной тупости смещены влево на 1,5 см, верхушечный толчок сильный, опущен до 7 межреберья по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены. В зоне Боткина-Эрба выслушивается громкий, нежный протодиастолический шум убывающего характера, связанный со II тоном резко ослаблен. Пульс скорый, большой, скачущий. Артериальное давление 130/40 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, ослабленное над базальными отделами легких. При пальпации живота определяется мягкий, слегка болезненный край печени. Селезенка увеличена, и ее нижний полюс хорошо пальпируется в левом подреберье в положении на левом боку. Мочевыделение свободное, моча темная.

В анализах: ОАК – Нв – 99 г/л, лейкоциты – $3,16 \cdot 10^9$ /л (п/я нейтрофилы до 20%), СОЭ – 66 мм.рт.ст. ОАМ – эритроциты – до 20-30 в п/зр., белок до 1 г/л, единичные цилиндры. Суточный белок – 6 г/л. Биохимический анализ крови: билирубин – 12,1 мкмоль/л, креатинин – 181 мкмоль/л, общий белок – 62 г/л, РФ (+), антинуклеарный фактор (+), ЦИК – 150 опт.ед., антитела к кардиолипину в титре 1:10, антистрептолизин-О в титре 1:150.

1. Сформулируйте полностью предварительный диагноз.

- Предварительный диагноз: инфекционный эндокардит первичный стафилококковый(?), острое течение с поражением аортального клапана (недостаточность аортального клапана), сердечная недостаточность III ФК, с внесердечными проявлениями (диффузный гломерулонефрит, нефротический вариант; олигоартрит левого голеностопного и правого коленного суставов, анемия смешанного генеза), осложненный тромбозом сосудов селезенки.

2. Какие синдромы Вы можете выделить у данного больного для постановки предположенного Вами диагноза, расшифровать.

- 1. Синдром поражения эндокарда (аускультативная картина поражения аортального клапана по типу его недостаточности).

2. Синдром конституциональных симптомов (лихорадка с ознобами и обильной потливостью, нарастающая слабость, потеря веса, одышка).

3. Периферический синдром (геморрагические высыпания на коже голеней, симптом Лукина, подногтевые геморагии).

4. Синдром внесердечных поражений (гломерулонефрит с нефротическим синдромом, олигоартрит, серозит, гепатолиенальный синдром).

3. Перечислите лабораторные изменения в указанных выше анализах.

- В ОАК: анемия легкой степени, сдвиг лейкоцитарной формулы влево на фоне лейкопении, резкое ускорение СОЭ.

В ОАМ: протеинурия, гематурия.

Положительный РФ, высокий уровень ЦИК, антинуклеарный фактор в низких титрах, антитела к кардиолипину в очень низких титрах, антистрептолизин-О в нормальном титре.

4. Что дополнительно Вы бы назначили из лабораторных и инструментальных методов диагностики, какие изменения ожидаете увидеть.

- Дополнительно: ожидаемы тромбоцитопения, гипергаммаглобулинемия, повышение СРБ.

Исследование крови на гемокультуру с последующим определением чувствительности выделенного микроба к антибиотикам – предположительно золотистый стафилококк.

ЭхоКС, включая доплер-режим – наличие вегетаций на створках аортального клапана с регургитацией.

УЗИ органов брюшной полости – гепатоспленомегалия, небольшое количество жидкости в брюшной полости.

5. Проведите дифференциальный диагноз с минимум 3 заболеваниями, обоснуйте.

- Острая ревматическая лихорадка можно исключить в связи с отсутствием предшествующей носоглоточной инфекции, не было в анамнезе порока сердца, нормальный титр антистрептолизин-О при предположительно положительной гемокультуре.

Системная красная волчанка исключается на основании мужского пола, отсутствия фотосенсибилизации, нетипичного поражения кожи, отсутствия поражения слизистой рта, алопеции, синдрома Рейно.

Болезнь Стилла исключается на основании отсутствия лимфоаденопатии, поражения шейного отдела позвоночника, нетипичной кожной сыпи.

Геморрагический васкулит мог бы быть у данного пациента из-за наличия геморрагической сыпи в сочетании с олигоартритом, но исключен будет после подтверждения клапанного порока сердца с вегетациями по ЭхоКС.

Антифосфолипидный синдром – антитела к кардиолипинам отрицательны, при гемокультуре положительной будет исключен.

Задача 3.

Мужчина, 60 лет, обратился к врачу с жалобами на боли за грудиной сжимающего характера, иррадиирующие в левую руку, возникающие при ходьбе по ровной местности, сопровождающиеся одышкой.

Из анамнеза известно, что пациент страдает ИБС около 6 лет, 2 года назад перенес передне-перегородочный Q-инфаркт миокарда, постоянно принимает аспирин 100 мг, аторвастатин 20 мг и бисопролол 2,5 мг. Однако за последние несколько месяцев отмечает ухудшение состояния и появление вышеуказанных жалоб. Семейный анамнез: мать – 89 лет, страдает АГ, ИБС, перенесла ИМ; отец – умер в 50 лет, ИМ.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 80 уд.в мин., АД – 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отеки лодыжек.

В анализах: общий холестерин – 6,5 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 3,8 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, АсаТ 23, АлаТ 28.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

- ИБС: стабильная стенокардия напряжения III ФК, постинфарктный кардиосклероз, II ПА (3 ФК).

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

- Диагноз ИБС, стенокардии III ФК установлен на основании жалоб больного на сжимающие боли за грудиной, данных семейного анамнеза;

Диагноз ПИКС поставлен на основании данных анамнеза на перенесенный 2 года назад инфаркт миокарда.

Стадия сердечной недостаточности установлена на основании жалоб на одышку и наличия отеков голеней.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

- Пациенту рекомендовано: проведение ЭКГ; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции, локальной сократимости миокарда; суточное ЭКГ-мониторирование для выявления ишемических изменений и наличия нарушений ритма.

4. Препарат какой группы антиангинальных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

- Продолжить терапию бета-адреноблокатором, однако с целью усиления антиангинального эффекта увеличить дозу методом постепенной титрации до максимально возможной по уровню АД и ЧСС. Бета-адреноблокаторы – препараты первого ряда в лечении ИБС, особенно у больных с перенесенным инфарктом миокарда.

5. Через 1 месяц регулярной антиангинальной терапии (выбранный бета-адреноблокатор в увеличенной дозе) АД колеблется в пределах 120-130/70-80 мм рт.ст., однако ЧСС сохраняется 75-80 уд/мин. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

- Добавить блокатор I_F-каналов ивабрадин, который уменьшит ЧСС, но не повлияет на нормальное АД.

Задача 4

Мужчина 59 лет потерял сознание и упал на улице во время физической нагрузки (бежал за автобусом), после чего был доставлен в больницу. Со слов свидетелей, каких-либо произвольных движений во время обморока не было.

В приемном отделении больной пришел в сознание. При дополнительном расспросе выяснилось, что обмороку не предшествовала какая-либо аура. Раньше у него наблюдались легкие головокружения при физической нагрузке, но обмороков не было.

У больного иногда отмечаются приступы стенокардии при умеренной физической нагрузке, и он принимает нитроглицерин. Нагрузочные тесты, проведенные 3 месяца назад, оказались отрицательными. У пациента в течение многих лет выслушивали шумы над сердцем, но ему говорили, что это не имеет большого значения.

При объективном обследовании состояние удовлетворительное. Пульс 88 в минуту, АД – 105/75 мм рт. ст., частота дыхания – 16 в минуту, температура – 36,9С. Кожа сухая и

теплая, зрачки одинаковы и реагируют на свет, над легкими хрипов нет. Нормальный 1-й тон, 2-й тон приглушен, выслушиваются 4-й тон и грубый поздний систолический шум с максимумом над аортой, проводящийся на обе сонные артерии. Пульсация каротид запаздывает и снижена в объеме. Исследование живота и конечностей не выявило отклонений.

На ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка. Признаков ишемии миокарда нет.

Рентгенография грудной клетки без патологии.

Лабораторные данные (общий анализ крови, электролиты, глюкоза, кальций и кардиоспецифические ферменты) без патологии.

Вопросы.

1. Каковы возможные причины потери сознания у данного пациента?
2. Что бы Вы хотели исследовать у больного для подтверждения диагноза? Составьте план обследования больного.
3. Укажите ожидаемые результаты инструментальных исследований.
4. Сформулируйте окончательный диагноз.
5. Какова оптимальная тактика ведения больного?

Внезапная потеря сознания характерна для обмороков, вызванных поражением сердца. Не наблюдалось каких-либо предшествующих симптомов (ауры), типичных для эпилептических припадков, или каких-то неврологических нарушений, указывающих на преходящее нарушение мозгового кровообращения. Свидетели отрицают произвольные движения во время обморока, что практически исключает эпилептический припадок.

Не было потливости, тошноты и беспокойства, как это наблюдалось бы при гипогликемии или вазовагусных эпизодах. К тому же не было биохимических сдвигов по результатам лабораторного обследования, характерных для метаболических нарушений.

Неоднократные головокружения и приступы стенокардии позволяют предположить сердечно-сосудистую патологию.

В данном случае наиболее вероятной причиной потери сознания следует считать патологию сердца.

Приступы стенокардии не позволяют исключить ИБС и аритмию как причину обморока. В то же время если причиной исследования с нагрузкой были боли в сердце, а результат теста был отрицательным, возможно не атеросклеротическое, а иное поражение сердца, в частности, клапанные пороки.

Аускультативная симптоматика, относительно низкое давление, замедленная и сниженная пульсация каротид характерны для аортального стеноза.

Наиболее информативной будет эхокардиография с доплеровским исследованием. На ЭХО-КГ будут видны концентрическая гипертрофия ЛЖ – типичный признак аортального стеноза, и ограничение подвижности аортального клапана. Допплеровское исследование позволяет с высокой точностью определить градиент давления между аортой и ЛЖ и тяжесть стеноза. Холтеровское мониторирование показано для выявления аритмий.

Больного необходимо госпитализировать, назначить катетеризацию сердца с последующим возможным протезированием аортального клапана, так как только 50% больных с аортальным стенозом после появления обмороков живут более 3-х лет (катетеризация сердца и КАГ показаны перед протезированием для диагностики коронарного атеросклероза при его высоком риске, уточнения причины снижения ФВ и определения гемодинамических параметров).

Задача 4

25-летняя женщина поступила в клинику неотложной помощи с жалобами на внезапную одышку, боли в грудной клетке плеврального характера (боль усиливается при дыхании, кашле, движениях туловищем) и сухой кашель. Температура тела повысилась до 37,5С. Она говорит, что в последние 2 дня отекли и стали болезненными правые голень и бедро. За неделю до этого она получила небольшую травму нижней конечности, когда играла в теннис, и затем в течение 4-х дней была вынуждена соблюдать постельный режим.

Объективно отмечают бледность, цианоз, расширение шейных вен. В легких единичные влажные хрипы в нижних отделах, больше справа, ЧД – 22 в минуту, но признаков ортопноэ нет. При аускультации сердца выслушиваются усиление легочного компонента 2-го тона над легочной артерией, 3-й тон (ритм галопа), ЧСС – 102 в минуту. АД – 110/70.

Рентгенологическое исследование легких не выявило никаких отклонений.

По ЭКГ выявлены синусовая тахикардия, появление отрицательных зубцов Т в V1-3, отклонение электрической оси сердца вправо, единичные суправентрикулярные экстрасистолы.

Вопросы.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Что бы Вы хотели исследовать у больного для подтверждения диагноза? Составьте план обследования больного.
3. Укажите ожидаемые результаты лабораторных и инструментальных исследований
4. Сформулируйте окончательный диагноз.

Составьте план лечения

Предварительный диагноз - ТЭЛА.

ТЭЛА не имеет специфических симптомов, но наиболее частым признаком является внезапная одышка, нередко - боль в грудной клетке, обычно «плеврального» характера. Это соответствует клинической ситуации, описанной в задаче.

Кроме того, у пациентки имеются объективные проявления венозного тромбоза (отек, болезненность правых голени и бедра). В анамнезе - факторы риска тромбоза и ТЭЛА (иммобилизация, постельный режим, травма нижних конечностей).

Физикальные данные (тахипноэ без ортопноэ, тахикардия, хрипы, лихорадка, правожелудочковый ритм галопа, усиление легочного компонента 2-го тона над легочной артерией, расширение вен шеи) также неспецифичны, но часто встречаются при ТЭЛА.

Сходная клиническая картина чаще всего наблюдается при ИМ, пневмонии, СН, опухолях легких и пневмотораксе, с которыми и необходима дифференциальная диагностика.

Полученные ЭКГ – данные прежде всего важны для дифференциальной диагностики с ИМ. Имеющиеся у больной неспецифические нарушения относятся к часто встречающимся при ТЭЛА. Рентгенография грудной клетки не выявила изменений, но она важна для исключения пневмонии, СН, опухолей легких и пневмоторакса.

В план обследования следует включить вентиляционно-перфузионную сцинтиграфию легких (типично снижение перфузии в одном или нескольких легочных сегментах при нормальной вентиляции). Если сцинтиграфия малоинформативна, требуется ангиопульмонография, которая является эталонным методом диагностики ТЭЛА (критерии достоверного диагноза: внезапный обрыв легочной артерии, контур тромба; критерии вероятного диагноза: резкое сужение ветви легочной артерии, медленное вымывание контраста). Плетизмография или ультразвуковое исследование могут быть назначены для подтверждения проксимального тромбоза.

Больной показано немедленное начало гепаринотерапии под контролем времени свертывания крови, которое должно быть в 2 раза больше, чем в норме. Лечение гепарином продолжают 5-7 суток. С 3-го дня подключают непрямые антикоагулянты в дозе, обеспечивающей удлинение протромбинового времени в 1,5-2 раза или поддержание МНО на уровне 2,0-3,0 (можно использовать варфарин). Прием антикоагулянтов продолжают 3-6 мес (при наличии факторов риска тромбоза – дольше). Тромболизис показан в основном при острой недостаточности ПЖ и при тромбоэмболии крупных ветвей ЛА.

Задача 5.

46-летний мужчина доставлен в клинику с жалобами на интенсивные сжимающие боли в грудной клетке и тошноту. Боли появились примерно за 1 час до поступления.

Больной говорит, что раньше болей в грудной клетке не возникало. Работает водителем. Много курит. Периодически отмечает подъемы артериального давления, но каких-либо препаратов не принимает.

При обследовании: АД – 105/70 мм рт. ст., пульс 72 в минуту, ритмичный, кожа влажная. Над легкими с обеих сторон в нижних отделах выслушиваются влажные хрипы, ЧД – 20 в минуту. При аускультации сердца выслушиваются приглушенные тоны, ЧСС 76 в минуту, шумов нет. Исследование живота патологии не выявило. Периферические отеки не определяются.

На ЭКГ определяется подъем сегмента ST в отведениях с V1 по V4 и депрессия ST в отведениях II, III, aVF.

Вопросы.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Как Вы объясните причину возникновения двухсторонних хрипов в легких? Имеют ли они какое-либо прогностическое значение?
3. Что бы Вы хотели исследовать у больного для подтверждения диагноза? Составьте план обследования больного.
4. Укажите ожидаемые результаты лабораторных и инструментальных исследований
5. Составьте план лечения.

У больного передний инфаркт миокарда (ИМ). Повышение сегмента ST в прекардиальных отведениях свидетельствует о повреждении миокарда. Депрессия ST в отведениях II, III, aVF носит, по-видимому, реципрокный характер и отражает повышение этого сегмента на противоположной (передней) стороне. Клинические симптомы, характерные для ИМ и описанные в задаче, могут быть выявлены также у больных перикардитом. Однако на ЭКГ при перикардите определяют повышение сегмента ST над изолинией без его депрессии.

Диагноз может быть подтвержден определением повышенного уровня кардиоспецифических ферментов в крови и характерной динамикой ЭКГ-изменений. При

трансмуральном инфаркте сегмент ST снижается, появляется зубец Q и происходит инверсия зубца T.

В случае переднего ИМ появление хрипов над легкими может быть угрожающим симптомом сердечной недостаточности. Рентгенография грудной клетки может выявить признаки застоя, что поможет в диагностике и подборе терапии.

Самым необходимым начальным лечебным мероприятием следует считать введение стрептокиназы. Тромболизис может привести к реперфузии миокарда, что ограничивает зону инфаркта и вероятность смертельного исхода. Реперфузионная терапия наиболее эффективно в первые 4 часа с момента развития заболевания. Показаны также введение анальгетиков, инфузии нитроглицерина, назначение В-блокаторов, аспирина и гепарина.

Задача 6.

47-летняя женщина поступает в клинику неотложной помощи с жалобами на остро возникшее затруднение дыхания. Больная говорит, что страдает артериальной гипертензией много лет, но постоянного лечения не получает. Живет одна, не замужем. Вчера сильно поссорилась с соседями из-за их собаки.

Почувствовала себя плохо около 3-х часов ночи, когда проснулась от выраженной одышки. Сильно болела голова. Болей в грудной клетке не было, но появился кашель с розоватой мокротой.

При объективном обследовании состояние больной тяжелое, выраженная одышка – 36 в минуту. АД – 230/130 мм рт.ст., пульс ритмичный, 108 в минуту. Шейные вены не вздуты. Над легкими с обеих сторон сухие и влажные (до уровня лопаток) хрипы. При аускультации сердца тоны приглушены, выслушивается ритм галопа, шумов нет.

Периферические отеки не определяются.

На ЭКГ – синусовый ритм, гипертрофия и перегрузка ЛЖ, неспецифические изменения сегмента ST.

Рентгенография грудной клетки – увеличение сердца и незначительное двухстороннее усиление альвеолярного рисунка.

Вопросы.

1. Какое неотложное состояние развилось у больной? Каковы его вероятные причины?
2. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Как вы объясните появление двухсторонних хрипов в легких?
4. Обоснуйте оптимальную лечебную и диагностическую тактику.

У больной отек легких. Быстрое развитие симптомов, одышка, кашель, розоватая мокрота, ритм галопа, аускультативная картина в легких, двусторонние инфильтраты на рентгенограмме легких очень характерны для этого состояния.

С учетом анамнеза и высокого уровня АД при поступлении можно предположить осложненный гипертонический криз (угрожающий жизни). Причиной гипертонического криза, по-видимому, явился стресс.

Гипертонический криз при наличии отека легких требует снижения АД в течение 1 часа.

Лечение: следует использовать быстро действующие диуретики, вазодилататоры или ганглиоблокаторы (например, фуросемид 40-60 мг в/в в течение 2-3 минут + фентанил 0,005% - 1-2 мл вместе с дроперидолом 0,25% - 2-4 мл на 10 мл изотонического раствора хлорида натрия в/в в течение 3-5 мин; или нитропруссид натрия в/в капельно 50-500 мкг/мин; или пентамин 5% -1,0 мл в 10 мл изотонического раствора хлорида натрия в/в в течение 3-5 мин). Показан сублингвальный прием нитроглицерина 0,5мг и капотена. 25-50мг. При необходимости морфий, реланиум и т.д. Подача кислорода.

Лечение отека легких – только первый этап. Необходимо использовать все возможности для обнаружения и лечения любой обратимой причины этого состояния. При исключении симптоматической АГ и сопутствующих заболеваний сердца лучшим методом профилактики гипертонических кризов и отека легких у больной будет рациональная гипотензивная терапия.

Задача 7.

Вы осматриваете 65-летнего мужчину с аритмией, которого наблюдаете амбулаторно. При осмотре вы отмечаете появление у него экстрасистол, иногда парных, с частотой 10 -12 в минуту. Пациент перенес заднедиафрагмальный инфаркт миокарда 16 месяцев назад. С этого времени у него не отмечается никаких симптомов, отсутствуют жалобы на боли в грудной клетке, отрицает также синкопальные состояния, сердцебиения, одышку. Стресс-тест с физической нагрузкой через год после перенесенного инфаркта существенных нарушений не выявил. Пациент соблюдает все рекомендации по диете, режиму физических нагрузок и медикаментозному лечению. Постоянно принимает аспирин 100мг/сут и метопролол 100мг/сут.

Объективно: состояние удовлетворительное, АД – 130/76 мм рт. ст., ЧСС – 64 в минуту, ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца чуть приглушены, 3-й и 4-й тоны отсутствуют, в легких хрипов нет.

ЭКГ – синусовый ритм, следы перенесенного нижнего инфаркта миокарда неопределенной давности и желудочковые экстрасистолы, 10 -12 в минуту. Лабораторные данные – без особенностей.

Вопросы.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Каково клиническое и прогностическое значение экстрасистолии у данного больного?
3. Какой должна быть Ваша врачебная тактика в отношении аритмии? Обоснуйте свой ответ.
4. Сформулируйте основные показания для назначения антиаритмической терапии больным с экстрасистолиями.

У больного ИБС, постинфарктный кардиосклероз, нарушение ритма по типу желудочковой экстрасистолии. Клиническое значение экстрасистолии практически целиком определяется характером основного заболевания, степенью органического поражения сердца и функциональным состоянием миокарда. У пациента имеется органическое поражение сердца (постинфарктный кардиосклероз), но гемодинамика стабильна, функциональное состояние миокарда удовлетворительное, и существенного клинического значения экстрасистолия не имеет. Независимое прогностическое значение экстрасистолии не доказано.

Лечение экстрасистолии с помощью антиаритмиков не улучшает прогноз. Более того, в крупном исследовании CAST – Cardiac Arrhythmia Suppression Trial , 1970, показано, что у больных, перенесших инфаркт миокарда, на фоне эффективного устранения желудочковой экстрасистолии антиаритмическими препаратами 1-го класса отмечено достоверное увеличение смертности в 2,5 раза по сравнению с плацебо. Антиаритмические препараты не излечивают от аритмии, а только устраняют ее на время приема препаратов. При этом побочные реакции могут быть более опасными, чем сама экстрасистолия.

Таким, образом, наличие экстрасистолии не является показанием для назначения антиаритмиков.

Показаниями для лечения экстрасистолии являются :

1. Очень частая, как правило, групповая экстрасистолия, вызывающая нарушения гемодинамики.
2. Выраженная субъективная непереносимость ощущения перебоев в работе сердца (несмотря на проведение рациональной психотерапии).

Следовательно, пациент нуждается только в динамическом наблюдении без лечения антиаритмическими препаратами.

Задача 8.

Мужчина 65 лет поступил в приемное отделение с жалобами на сильные боли в правой ноге. Боль началась внезапно, когда он отдыхал. Больной отрицает сердцебиения, синкопальные состояния или головокружения, пороки сердца в анамнезе. Из перенесенных заболеваний отмечает передний инфаркт миокарда за 4 недели до поступления, который протекал без осложнений.

Объективно: правая нога ниже колена холодная, бледная, окраска слегка неравномерная. Пульсация на бедренных артериях нормальная, пульсация на подколенной артерии, аа. tibialis posterior, dorsalis pedis справа отсутствует, а слева ослаблена. АД – 144/76 мм рт. ст., ЧСС – 90 в минуту, пульс регулярный, ЧД – 18 в минуту. Исследование головы и шеи – без патологии; при аускультации тоны сердца ритмичные, приглушены, патологических шумов нет. Пальпация живота - без особенностей.

Вопросы.

1. Сформулируйте вероятный диагноз. Требуется ли состояние больного неотложной медикаментозной терапии?
2. Составьте план первоочередных мероприятий.
3. Связано ли настоящее заболевание с перенесенным инфарктом миокарда? С помощью каких инструментальных исследований это можно установить?

У больного имеется синдром острой артериальной окклюзии на уровне бедренной артерии справа. Судя по клиническим данным, это эмболическая окклюзия. Источником тромбоэмболии является скорее всего сердце, а перенесенный инфаркт миокарда мог быть ее вероятной причиной. Для выявления источника тромбоэмболии целесообразно ЭХО-КГ-исследование. По данным ЭХО-КГ можно выявить наличие зон акинезии, аневризмы ЛЖ, внутрисердечных тромбов.

Чтобы сохранить конечность, нужно восстановить кровоток в течение 8 часов от момента окклюзии. Сразу после постановки диагноза начинают в/в инфузию гепарина для поддержания коллатерального кровотока. Ишемизированную конечность надо беречь от травм и повреждений. Ее нельзя поднимать, согревать или охлаждать. Если позволяет общее состояние, немедленно выполняют эмболектомию катетером Фогарти (либо оперативное восстановление кровотока). Рассматривается возможность тромболитика.

Поскольку источником эмболии является сердце, в дальнейшем показана длительная терапия непрямыми антикоагулянтами.

Задача 9.

62-летний пациент обратился в клинику с жалобами на боль в нижних конечностях. Впервые жалобы возникли примерно 8-10 недель назад, когда он бежал за автобусом. Потом боль постепенно утихла, пока он ехал на работу. С этого времени отмечал боль только по утрам, если опаздывал и был вынужден торопиться, чтобы не пропустить автобус. Больной курит. Отмечает мягкую артериальную гипертензию, по поводу которой получал В-блокаторы. Больной отрицает боли в груди, одышку при нагрузке, но ведет сидячий образ жизни. Раньше ничем не болел.

Объективно: больной повышенного питания, АД – 147/84 с обеих сторон, ЧСС – 76 в минуту, ЧД – 18 в минуту, над правой сонной артерией выслушивается мягкий шум, над левой шума нет. Сердце: 1-й и 2-й тоны не изменены, дополнительных тонов и шумов нет; в легких при перкуссии и аускультации нарушений не выявлено. При неврологическом обследовании походка нормальная, нарушений сенсорной и моторной функции не выявлено. Пульсация на ногах симметрична: на подколенных артериях пульс не определяется, на aa. tibialis posterior, dorsalis pedis также отсутствует, но, возможно, и просто ослаблен (на результаты пальпации могло повлиять ожирение).

Вопросы.

1. Выделите ведущий синдром.
2. Назовите факторы риска, которые могли способствовать его развитию.
3. Что бы Вы хотели исследовать у больного для подтверждения диагноза?

Составьте план ведения больного.

У больного классический синдром перемежающейся хромоты, по-видимому, в связи с облитерирующим атеросклерозом артерий ног. О повышенном риске его развития свидетельствуют курение и артериальная гипертензия в анамнезе, другие признаки атеросклероза (шум над правой сонной артерией), пол, сидячий образ жизни, ожирение. Методы инструментального обследования должны включать плетизмографию, при необходимости – ангиографическое исследование (может быть важно для решения вопроса о выборе оптимального метода лечения).

Рекомендуемые меры общего характера: прекращение курения, подбор правильного размера обуви, гигиена ног и защита их от любых видов травм, контроль липидов крови и

лечение гиперлипидемий, отмена препаратов, ухудшающих периферическое кровообращение (в данном случае – В-блокаторов). Рекомендуется дозированная ходьба, при усилении болей – с остановками. Медикаментозная терапия может включать средства, улучшающие периферическое кровообращение (например, пентоксифиллин, 300 мг внутрь 3 раза в день во время еды). Оперативное лечение возможно в плановом порядке при ухудшении переносимости нагрузки. Окончательный выбор лечения зависит от динамики клинических данных.

Задача 10.

Мужчина, 65 лет, обратился к врачу с жалобами на загрудинные боли при ходьбе на 3-ий этаж (проходят при остановке движения) в течение одного года, сопровождающиеся появлением одышки, слабости и тревоги.

Из анамнеза известно, что пациент страдает АГ (около 10 лет), курит (20 лет), отмечает редкие головокружения и ухудшение памяти, однако к врачам не обращался. Во время последнего визита к терапевту 2 года назад было зарегистрировано АД 160/95; в биохимическом анализе крови - гиперлипидемия. Семейный анамнез: мать – 79 лет, страдает сахарным диабетом, ИБС; отец – умер в 49 лет, ИМ.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 36 кг/м². Окружность талии – 106 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, систолический шум на верхушке сердца, аорте и каротидной артерии справа. ЧСС – 84 уд.в мин., АД – 172/104 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков не регистрируется.

В анализах: общий холестерин – 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, креатинин – 106 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 61,8 мл/мин., АЛАТ – 32 ммоль/л.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

- ИБС, стабильная стенокардия напряжения, ФК 2. Гипертоническая болезнь III стадии, II степени, риск ССО 4. Умеренный атеросклероз. Каротидный атеросклероз справа.

Митральная регургитация. Ожирение 2ст., гиперлипидемия . ХСН I ст., II ФК.

Хроническая болезнь почек II стадии.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

- Диагноз ИБС установлен на основании жалоб больного на кратковременные загрудинные боли при ходьбе (проходят в покое) и сопровождаются одышкой, слабостью и чувством страха, данных анамнеза (пациент страдает АГ около 10 лет); факторов риска ИБС (курение, дислипидемия, АГ, ожирение, отягощённый семейный анамнез), проявлениях мультифокального атеросклероза (систолический шум на аорте и каротидной артерии справа), наличия ХБП. Стадия АГ и степень риска установлены на основании наличия ассоциированного состояния (ИБС).

Диагноз хронической болезни почек (ХБП) определен по снижению СКФ и длительному анамнезу АГ.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

- Пациенту рекомендовано: проведение тредмил-теста и суточного мониторирования ЭКГ и АД для оценки наличия ишемических изменений и суточного профиля АД; снятие ЭКГ; проведение ЭХО-КГ для оценки степени митральной регургитации, фракции выброса, толщины стенок миокарда и характеристики аорты; УЗ-исследование каротидных артерий (дуплексное сканирование сосудов БЦС) и почек для оценки их поражения.

Проведение стресс-ЭХОКГ или МСКТ коронарных артерий с последующей селективной коронароангиографией (после дообследования и оценки эффекта Оптимальной Медикаментозной Терапии).

Определение лодыжечно-плечевого индекса (при возможности).

4. Препараты каких групп для лечения ИБС и АГ Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

- Стратегия «АБСД»: Аспирин, Бета-адреноблокатор, Статин, Ингибитор АПФ (последний – с учётом наличия ХСН, АГ, ХБП). Данные группы препаратов являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ИБС в сочетании с АГ, ХСН, ХБП. Нитро-спрей – носить с собой (приём – по потребности).

5. Через 6 месяцев регулярной терапии ИБС (стенокардии) и АГ: (комбинация бисопролола в дозе 5 мг/сутки, кардиомагнила в дозе 150 мг/сутки, рамиприла 10мг/сутки + розувастатин 20 мг/сутки + соблюдение диеты + неполный отказ от курения – загрудинные боли при ходьбе в обычном темпе практически не беспокоят, АД колеблется в пределах 120-130/70-80 мм рт.ст., общий холестерин – 4,3 ммоль/л, ТГ – 1,5 ммоль/л,

ХС-ЛПВП – 1,7 ммоль/л, креатинин – 108 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 65,3 мл/мин. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

- Оставить терапию ИБС и АГ без изменений, продолжить динамическое наблюдение, обсудить с больным конкретный план борьбы с никотиновой зависимостью, а также уточнить его физическую активность и мероприятия по коррекции избыточной массы тела. С учётом значимого эффекта Оптимальной Медикаментозной Терапии, отсутствия умеренного/высокого риска ССО по Тредмил-индексу и угрожаемых нарушений ритма, а также наличия Сохранённой Фракции Выброса проведение коронароангиографии может быть отсрочено. Ведение Дневника АД приветствуется.

3.2.2.2. Тестовый контроль

3.2.5.2. Тестовый контроль

1. ПО ЭХО-КГ ПРИ ВЕРХУШЕЧНОМ ДОСТУПЕ (2-Х-КАМЕРНАЯ ПОЗИЦИЯ) ИЗУЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ СТРУКТУРЫ СЕРДЦА: 1. ЛЕВОЕ ПРЕДСЕРДИЕ 2. АОРТА 3. ЛЕВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК 4. ПРАВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК

А. верно 1,3

Б. верно 1,4;

В. верно 2,3;

Г. верно 2,4

2. ПО ЭХО-КГ ПРИ ПАРАСТЕРНАЛЬНОМ ДОСТУПЕ ПО КОРОТКОЙ ОСИ ИЗУЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ СТРУКТУРЫ СЕРДЦА: 1. АОРТАЛЬНЫЙ КЛАПАН 2. МИТРАЛЬНЫЙ КЛАПАН 3. ТРИКУСПИДАЛЬНЫЙ КЛАПАН 4. КЛАПАН ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ 5. МЕЖЖЕЛУДОЧКОВАЯ ПЕРЕГОРОДКА 6. ЗАДНЯЯ СТЕНКА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

А. верно все перечисленное

Б. верно 1,4;

В. верно 2,3;

Г. верно 2,4

3. ПО ЭХО-КГ ПРИ ВЕРХУШЕЧНОМ ДОСТУПЕ (4-Х-КАМЕРНАЯ ПОЗИЦИЯ) ИЗУЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ СТРУКТУРЫ СЕРДЦА: 1. МЕЖЖЕЛУДОЧКОВАЯ ПЕРЕГОРОДКА 2. МИТРАЛЬНЫЙ КЛАПАН 3. ТРИКУСПИДАЛЬНЫЙ КЛАПАН 4. КЛАПАН ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

А. верно 1,2,3

Б. верно 1,4;

В. верно 2,3;

Г. верно 1, 2,4

4. РАЗМЕРЫ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ, ИЗМЕРЕННЫЕ ПРИ ЭХО-КГ НЕ ДОЛЖНЫ ПРЕВЫШАТЬ

А. верно 4,0

Б. верно 3,0;

В. верно 2,0;

Г. верно 5,0

5. КСР ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ИЗМЕРЕННЫЙ ПРИ ЭХО-КГ НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ

А. верно 4,0

Б. верно 3,0;

В. верно 2,0;

Г. верно 5,0

6. КДР ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ИЗМЕРЕННЫЙ ПРИ ЭХО-КГ НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ

А. верно 5,0

Б. верно 3,0;

В. верно 2,0;

Г. верно 4,0

7. НА УРОВНЕ КАКИХ СТРУКТУР ИЗМЕНЕНИЕ ВНУТРИСЕРДЕЧНОГО КРОВОТОКА ПРИ ДОПЛЕР-КГ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАРУШЕНИИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

А. митральный клапан

Б. трикуспидальный клапан;

В аортальный клапан;

Г. клапан легочной артерии

8. НА УРОВНЕ КАКИХ СТРУКТУР ИЗМЕНЕНИЕ ВНУТРИСЕРДЕЧНОГО КРОВОТОКА ПРИ ДОПЛЕР-КГ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАРУШЕНИИ ОТТОКА ИЗ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

А. аортальный клапан

Б. трикуспидальный клапан;

В митральный клапан

Г. клапан легочной артерии

9. НАЗОВИТЕ МАССУ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН ПО ДАННЫМ ЭХО-КГ В ГРАММАХ

А. 99

Б. 110

В 120

Г. 140

10. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ В М-РЕЖИМЕ ЭХО-КГ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МАССЫ МИОКАРДА НЕОБХОДИМЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ: 1. К Д Р 2. К С Р 3. ТОЛЩИНА МЖП 4. ТОЛЩИНА ЗСЛЖ

А. верно все перечисленное

Б. верно 1,4;

В. верно 2,3;

Г. верно 2,4

11. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ В В-РЕЖИМЕ ЭХО-КГ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МАССЫ МИОКАРДА НЕОБХОДИМЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ: 1. КОРОТКАЯ ОСЬ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 2. ПЛОЩАДЬ СЕЧЕНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 3. ДЛИННАЯ ОСЬ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 4. К С Р

А. верно 1,2,3

Б. верно 1,4;

В. верно 2,3;

Г. верно 1, 2,4

12. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В М-РЕЖИМЕ ЭХО-КГ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ: 1. МАКСИМАЛЬНАЯ СКОРОСТЬ ПИКА Е 2. МАКСИМАЛЬНАЯ СКОРОСТЬ ПИКА А 3. ТОЛЩИНА МЖП 4. ТОЛЩИНА ЗСЛЖ

А. верно все перечисленное

Б. верно 1,4;

В. верно 2,3;

Г. верно 1, 2,4

13. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПО ДОПЛЕР-КГ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ: 1. КОРОТКАЯ ОСЬ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 2. ВРЕМЯ ИЗОВОЛЮМЕТРИЧЕСКОГО РАССЛАБЛЕНИЯ 3. ДЛИННАЯ ОСЬ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 4. МАКСИМАЛЬНАЯ СКОРОСТЬ ПИКА А

А. верно 1,2,3

Б. верно 1,4;

В. верно 2,3;

Г. верно 1, 2,4

14. О КАКИХ ВАРИАНТАХ ИЗМЕНЕНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ГОВОРЯТ ПРИ ПРЕОБЛАДАНИИ ПИКА «Е» ТРАНСМИТРАЛЬНОГО ПОТОКА: 1. НОРМАЛЬНЫЙ 2. «ПСЕВДОНОРМАЛЬНЫЙ» 3. РЕСТРИКТИВНЫЙ 4. НАРУШЕННЫЙ

А. верно 1,2,3

Б. верно 1,4;

В. верно 2,3;

Г. верно 1, 2,4

15. О КАКИХ ВАРИАНТАХ ИЗМЕНЕНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ГОВОРЯТ ПРИ ПРЕОБЛАДАНИИ ПИКА «А» ТРАНСМИТРАЛЬНОГО ПОТОКА

А. нарушенный

Б. нормальный

В. псевдонормальный

Г. рестриктивный

16. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КАКИХ ПЕРИОДОВ ИЗМЕРЯЮТ КАК ФИЗИОЛОГИЧЕСКУЮ ДИАСТОЛУ

- А. Время от щелчка закрытия аортального клапана до щелчка закрытия митрального клапана
- Б. Время от щелчка закрытия аортального клапана до щелчка открытия митрального клапана
- В. Время от щелчка открытия митрального клапана до щелчка закрытия аортального клапана
- Г. Время от щелчка открытия митрального клапана до щелчка открытия аортального клапана

17. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КАКИХ ПЕРИОДОВ ИЗМЕРЯЮТ КАК ВРЕМЯ ИЗОВОЛЮМЕТРИЧЕСКОГО РАССЛАБЛЕНИЯ (IVRT)

- А. Время от щелчка закрытия аортального клапана до щелчка открытия митрального клапана
- Б. Время от щелчка закрытия аортального клапана до щелчка закрытия митрального клапана
- В. Время от щелчка открытия митрального клапана до щелчка закрытия аортального клапана
- Г. Время от щелчка открытия митрального клапана до щелчка открытия аортального клапана

18. ОПТИМАЛЬНОЙ ПОЗИЦИЕЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ КОМИССУРЫ СТВОРОК АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Парастеральная позиция по короткой оси на уровне корня аорты
- Б. Парастеральная позиция по короткой оси на уровне митрального клапана
- В. Парастеральная позиция по короткой оси на уровне папиллярных мышц
- Г. Верхушечная 4-х камерная позиция

19. ОПТИМАЛЬНОЙ ПОЗИЦИЕЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ СТВОЛА ЛЕВОЙ И ПРАВОЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Парастернальная позиция по короткой оси на уровне корня аорты
- Б. Парастернальная позиция по короткой оси на уровне митрального клапана
- В. Парастернальная позиция по короткой оси на уровне папиллярных мышц
- Г. Верхушечная 4-х камерная позиция

20. ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ОТЕКА ЛЕГКИХ КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ: 1. ТАХИПНОЭ 2. ОРТОПНОЭ 3. КАШЕЛЬ СУХОЙ 4. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ЛЕГКИХ НАЛИЧИЕ ОБШИРНЫХ ЗОН ЗАТЕМНЕНИЯ ЛЕГКИХ В ПРИКОРНЕВЫХ ЗОНАХ

- А. верно все перечисленное
- Б. верно 1,4;
- В. верно 2,3;
- Г. верно 1, 2,4

21. ВОЗМОЖНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST:

1. ДЕПРЕССИЯ СЕГМЕНТА ST В ДВУХ СМЕЖНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ НА 1 ММ И БОЛЕЕ 2. ДЕПРЕССИЯ СЕГМЕНТА ST В ДВУХ СМЕЖНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ НА 2 ММ И БОЛЕЕ 3. НОРМАЛЬНАЯ ЭКГ 4. ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST НА 1 ММ И БОЛЕЕ В I, AVL ИЛИ II, III, AVF ОТВЕДЕНИЯХ

- А. верно 1,2,3
- Б. верно 1,4;
- В. верно 2,3;
- Г. верно 1, 2,4

22. ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА: 1. НАЛИЧИЕ QR В V1 – V3 (ШИРИНА Q 0,03 СМ И БОЛЕЕ) 2. НАЛИЧИЕ ЗУБЦА Q ГЛУБИНОЙ 20% И БОЛЕЕ ОТ ВЫСОТЫ ЗУБЦА R В I, И AVL ОТВЕДЕНИЯХ 3. НАЛИЧИЕ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST И ПОСЛЕДУЮЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ОТРИЦАТЕЛЬНОГО Т В ОТВЕДЕНИЯХ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ЗУБЦОМ Q 4. НАЛИЧИЕ ЗУБЦА Q ВО II, И III ОТВЕДЕНИЯХ (ГЛУБИНА Q В III ОТВЕДЕНИИ БОЛЕЕ 25% ОТ ВЫСОТЫ ЗУБЦА R И ШИРИНА 0,03 СМ И БОЛЕЕ)

А. верно все перечисленное

Б. верно 1,4;

В. верно 2,3;

Г. верно 1, 2,4

23. ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭКГ ПРИ БЛОКАДЕ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕСЯ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ И СПЕЦИФИЧНОСТЬЮ: 1. ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST НА 1 ММ И БОЛЕЕ В ОТВЕДЕНИЯХ С КОНКОРДАНТНО РАСПОЛОЖЕННЫМИ КОМПЛЕКСАМИ QRS 2. ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST НА 5 ММ И БОЛЕЕ В ОТВЕДЕНИЯХ С ДИСКОРДАНТНО РАСПОЛОЖЕННЫМИ КОМПЛЕКСАМИ QRS 3. ДЕПРЕССИЯ СЕГМЕНТА ST В ОТВЕДЕНИЯХ V1- V3 ИЛИ V3 4. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ЗУБЕЦ Т В V5 - V6

А. верно 1,3

Б. верно 1,4;

В. верно 2,3;

Г. верно 1, 2,4

24. ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЕ О НАЛИЧИИ ИШЕМИИ МИОКАРДА И ПОЗВОЛЯЮЩИЕ ПРОВОДИТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ БОЛИ В ГРУДИ: 1. УСИЛЕНИЕ СОКРАТИМОСТИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 2. АКИНЕЗИЯ В НЕКОТОРЫХ СЕГМЕНТАХ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 3. ОТСУТСТВИЕ НАРУШЕНИЙ ЛОКАЛЬНОЙ СОКРАТИМОСТИ

МИОКАРДА 4. НАЛИЧИЕ ПАРАДОКСАЛЬНОЙ ПУЛЬСАЦИИ В НЕКОТОРЫХ СЕГМЕНТАХ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

А. верно 2,4

Б. верно 1,4;

В. верно 2,3

25. КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ЗУБЦОМ Q ПЕРЕДНЕ-ПЕРЕГОРОДОЧНОЙ ОБЛАСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА: 1. НАЛИЧИЕ ОСТРО ВОЗНИКШИХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ (БОЛЬ В ГРУДИ, УДУШЬЕ ИЛИ ДРУГИЕ ОЩУЩЕНИЯ) 2. ПОЯВЛЕНИЕ НА ЭКГ ЗУБЦА Q В V1 - V3 В СОЧЕТАНИИ С МОНОФАЗНОЙ КРИВОЙ 3. ПОВЫШЕНИЕ, А ЗАТЕМ СНИЖЕНИЕ В ХАРАКТЕРНЫЕ СРОКИ КАРДИОСПЕЦИФИЧЕСКОГО ФЕРМЕНТА (МВ- КФК ИЛИ ТРОПОНИНА) 4. ПОЯВЛЕНИЕ НА ЭКГ ДЕПРЕССИИ СЕГМЕНТА ST НА 3 ММ В V3- V4 И ОТРИЦАТЕЛЬНОГО T

А. верно 1,2,3

Б. верно 1,4;

В. верно 2,3;

Г. верно 1, 2,4

Правильны ответы 1-А, 2-А, 3-А, 4-А, 5-А, 6-А, 7-А, 8-А, 9-А, 10-А, 11-А, 12-А, 13-А, 14-А, 15-А, 16-А, 17-А, 18-А, 19-А, 20-А, 21-А, 22-А, 23-А, 24-А, 25-А

3.2.3. Контролируемая компетенция УК-5:

3.2.3.1. Ситуационные задачи

Задача 1

Больной А., 44 лет, обратился к врачу с жалобами на пожелтение кожного покрова, склеры глаз, кожный зуд, увеличение живота в размерах, чувство тяжести в правом подреберье, потерю в весе до 8 кг за 4 мес, выраженную слабость, плохой сон ночью и сонливость днем. Считает себя больным в течение полугода, когда впервые отметил

увеличение в размерах живота, стала беспокоить повышенная утомляемость. Два месяца назад был госпитализирован в хирургическое отделение с признаками желудочно-кишечного кровотечения (была рвота «кофейной гущей», мелена. Алкоголем не злоупотребляет. Не курит. Переливаний крови, внутривенных инъекций лекарств не проводилось. Работает стоматологом. Наследственный анамнез не отягощен.

При осмотре состояние тяжелое. Больной сонлив, в пространстве, времени, собственной личности ориентирован. Отмечается размашистый тремор пальцев рук. Больной пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые желтушны, множественные сосудистые звездочки на плечах, следы расчесов, на коже живота расширенные подкожные вены. Массивные отеки нижних конечностей до средней трети бедер. В легких дыхание везикулярное, справа от угла лопатки не проводится. Хрипов нет. ЧД- 19 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены, шумов нет, ЧСС 94 в мин. АД 130/80 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет асцита, при пальпации чувствительный в правом подреберье. Нижний край печени определяется на 7 см книзу от реберной дуги. Размеры печени по Курлову:15x13x11 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Общий анализ крови: гемоглобин – 106 г/л, лейкоциты- $4,2 \times 10^9$ /л, эритроциты- $2,8 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты $138,0 \times 10^9$ /л. СОЭ - 43 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок- 64 г/л, альбумин – 25 ммоль/л, холестерин-3,6 ммоль/л, мочевины-2,7 ммоль/л, креатинин- 62 мкмоль/л, глюкоза-5,6 ммоль/л, общий билирубин- 102 мкмоль/л, прямой билирубин-45 мкмоль/л, щелочная фосфатаза—160 Ед/л, калий -3,6 ммоль/л, натрий - 135 ммоль/л, АлТ-222 Ед/л, АсТ-86 Ед/л, протромбиновый индекс – 50%, международное нормализованное отношение - 3,0. RW, ВИЧ отрицательные. Обнаружен HBsAg.

При УЗИ органов брюшной полости обращают внимание увеличение печени, селезенки, расширение портальной вены, неоднородная эхогенность печени с гипо и гиперэхогенными включениями. ФГДС: варикозно-расширенные вены пищевода 1-2 ст. Рентгенография легких: легкие без очагово-инфильтративных изменений, корни тяжисты, справа от угла лопатки-жидкость. Сердце и аорта без особенностей. По ЭКГ- синусовая тахикардия с ЧСС 92 в мин.

1. Выделите основные клинические синдромы.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какое исследование необходимо назначить с целью верификации диагноза?

1. У больного определяются следующие синдромы:

а) синдром печечно-клеточной недостаточности: снижение уровня сывороточного альбумина до 25 ммоль/л, снижение протромбинового индекса до 50%, что свидетельствует о нарушении белково-синтетической функции печени;

б) синдром цитолиза: повышение уровня АлТ, АсТ, гипербилирубинемия;

в) синдром холестаза: гипербилирубинемия, повышение уровня щелочной фосфатазы

г) синдром портальной гипертензии: расширенные поверхностные вены живота, варикозно-расширенные вены по данным ФГДС, расширение портальной вены по данным УЗИ органов брюшной полости;

д) отечно-асцитический синдром: отеки нижних конечностей, асцит, подтвержденный по данным УЗИ органов брюшной полости, правосторонний гидроторакс (по данным рентгенографии легких) ;

д)синдром печеночной энцефалопатии: астерикусис, дневная сонливость,бессонница ночью.

2.Цирроз печени вирусной этиологии (HbSAg-положительный), умеренно-активный, декомпенсированный, класс С по Чайлд-Пью. Портальная гипертензия. Варикозно-расширенные вены пищево-да 1-II степени. Отечно-асцитический синдром. Гиперспленизм. Печечно-клеточная недостаточность.

3. Пункционная биопсия печени

Задача 2

Больная Г., 38 лет, обратилась к врачу с жалобами на тупые, ноющие боли в области правого подреберья, которые обычно возникают через 1-2 часа после приема обильной, особенно жирной пищи и жареных блюд, ощущение горечи во рту, отрыжку воздухом, тошноту, вздутие живота. Подобные жалобы беспокоят в течение 3 лет. Объективно: температура 37,1^С. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, физиологической окраски и влажности. Подкожно-жировая клетчатка развита чрезмерно. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные , ЧСС 80 в мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Язык обложен желтовато-коричневым налетом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Печень и селезенка не пальпируются.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Препараты для лечения данного заболевания.

1. Хронический холецистит в стадии обострения. Диагноз может быть установлен на основании характерной локализации боли, жалоб на ощущение горечи во рту, тошноту, метеоризм, длительность заболевания около 3 лет, на основании данных объективного осмотра (избыточное питание, субфебрильная температура, обложенность языка, при пальпации - умеренная болезненность в правом подреберье.

2. Общий анализ крови, трансаминазы, щелочная фосфатаза, ГГТП, холестерин, триглицериды, общий анализ мочи, дуоденальное зондирование, УЗИ ОБП, холецистохолангиография при необходимости.

3. Перигепатит, холангит, панкреатит, образование камней в желчном пузыре

4. Принципы лечения: диета № 5, исключение жирных, острых, жареных блюд. Питание должно быть дробным (не реже 4-5 раз в день) Антибактериальные препараты: антибиотики широкого спектра действия или нитрофураны, спазмолитики (дротаверин, дюспталин), ферментные препараты, церукал.

Задача 3.

56-летний мужчина поступил в клинику в заторможенном состоянии. Со слов жены, в течение нескольких дней казался возбужденным, жаловался на дискомфорт в животе. Все это время спал в основном днем, а ночью наблюдалась бессонница. За день до госпитализации казался особенно вялым и дезориентированным. Пациент много лет злоупотребляет алкоголем. Несколько лет назад врач предупреждал его, что если он не бросит пить, то разрушит свою печень.

Объективно: АД – 100/60 мм рт. ст., ЧСС – 104 в минуту, ЧД – 20 в минуту. Пациент заторможен, в месте и времени не ориентирован. Выражен хлопающий тремор (астериксис). Склеры желтушные. При осмотре груди обращают внимание гинекомастия и сосудистые звездочки. В легких - без патологии, тоны сердца регулярные, шумов нет.

Отмечается вздутие живота. Перистальтика активная. Печень умеренно увеличена и при пальпации кажется бугристой, пальпируется край селезенки.

Лабораторные данные: Нв – 110 г/л, лейкоциты - 14000/мкл, нейтрофилов – 85%, палочкоядерных – 10%, тромбоцитов – 90000, АЛАТ – 54, АСАТ – 120, МНО –2, общий билирубин –102 мкмоль/л, прямой – 85,5 мкмоль/л.

Вопросы.

1. Выделите ведущий симптомокомплекс.
2. Назовите предполагаемые причины его развития.
3. Сформулируйте и обоснуйте вероятный диагноз.
4. Составьте план ведения больного.

У больного имеется симптомокомплекс печеночной энцефалопатии, которая развилась как осложнение алкогольного поражения печени (цирроза с явлениями портальной гипертензии).

План ведения больного включает:

1. Мониторинг основных клинических и биохимических показателей.
2. Выявление и устранение провоцирующих факторов, особенно инфекции. Целесообразно начать в/в введение ципрофлоксацина по 1 г 2 раза в день, не ожидая результатов бактериологического исследования.
3. Ограничить белок в пищевом рационе до 40-60г/сут, не солить пищу. Возможно проведение зондового энтерального питания.
4. Лактулоза (дюфалак) в начальной дозе 90 мл с возможным увеличением дозы до появления легкой диареи. Лактулоза подавляет аммонийпродуцирующую флору кишечника, образование и всасывание аммиака.
5. Клизмы с сульфатом магния, если есть запоры (15 –20 г на 100 мл воды).

Другие мероприятия (витамины К, группы В, С, Д, контроль электролитного баланса, свежезамороженная плазма при кровотечении, не вводить солевых растворов, в т. ч. физиологического, ранитидин для профилактики язвообразования и др.).

3.2.3.2. Тестовые задания.

1. К диагностическим критериям гепаторенального синдрома не относят:
 - А. цирроз печени с асцитом
 - Б. креатинин >133 мкмоль/л
 - В. отсутствие других причин для почечной недостаточности

- Г. отсутствие паренхиматозных заболеваний почек
- Д. верно все перечисленное

2. К клиническим проявлениям минимальной энцефалопатии относятся:

- А. Нарушение зрительного восприятия
- Б. Снижение внимания и памяти
- В. Замедление процесса мышления
- Г. Снижение работоспособности
- Д. верно все перечисленное

3 В отношении минимальной печеночной энцефалопатии верно следующее утверждение

- А. она опасна неадекватной реакцией больного в экстремальной ситуации
- Б. при ней отсутствуют объективные и субъективные симптомы
- В. при ней отсутствуют изменения ЭЭГ
- Г. верно все перечисленное

4 Положительный эффект адеметионина при алкогольном циррозе связан с:

- А. мембранопротективным действием
- Б. антиоксидантным действием
- В. антидепрессивным эффектом
- Г. подавлением продукции провоспалительных цитокинов
- Д. верно все перечисленное

5 У пациента имеется цирроз печени, возникший в исходе хронического гепатита Б, класс А. Проводится лечение препаратами интерферона. К числу возможных осложнений относятся:

- А. миокардит
- Б. верно все перечисленное
- В. инфекционные осложнения
- Г. декомпенсации функции печени
- Д. верно В и Г

6. Токсический гепатит чаще является причиной отмены следующего препарата :

- А. НПВП
- Б. метотрексат

- В. метопролол
- Г. глюкокортикостероиды
- Д. верапамил

7. Патоморфологическими признаками цирроза является все перечисленное, кроме:

- А. регенераторных узелков
- Б. некрозов гепатоцитов
- В. облитерации ветвей печеночной артерии
- Г. фиброза

8. К клинической картине цирроза не относится:

- А. маскообразность лица
- Б. пальмарная эритема
- В. увеличение селезенки
- Г. телеангиэктазии
- Д. ксантомы

9. При циррозе могут развиваться:

- А. верно все перечисленное
- Б. печеночная энцефалопатия
- В. асцит
- Г. гинекомастия
- Д. верно Б и В

10. Лабораторными признаками холестаза может быть все перечисленное за исключением:

- А. гаммаглутамилтранспептидазы (ГГТ)
- Б. аланинаминотрансферазы (АлАТ)
- В. 5-нуклеотидазы
- Г. щелочной фосфатазы

11. При сумме баллов более 12 по классификации Child-Turcotte-Pugh средняя продолжительность жизни пациентов составляет:

- А. 2 месяца
- Б. 6 месяцев
- В. 12 месяцев

Г. 3 года

Д. 5 лет

Правильные ответы 1-Д, 2-Д, 3-Г, 4-Д, 5-Д, 6-Б, 7-В, 8-А, 9-А, 10-Б, 11-А

3.2.4 Контролируемая компетенция ОПК-4:

3.2.4.1. Ситуационные задачи.

Задача №1

Пациентка Г., 45 лет обратилась к врачу с жалобами на похудание на 9 кг за 3 месяца, общую слабость, жажду, повышенный аппетит, сердцебиение, раздражительность, дрожь в теле, слезотечение. Болеет более 3 месяцев. Месяц назад перенесла фолликулярную ангину.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,30 С. Обращает внимание мелкий тремор пальцев вытянутых рук, блеск глаз, редкое мигание. При опускании взора вниз видна полоска склеры между верхним веком и радужной оболочкой глаза. Отмечается лабильность настроения, суетливость. Кожа кистей рук повышенной влажности, теплая. Пальпируется слегка увеличенная щитовидная железа, мягкая, безболезненная. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в пределах нормы, акцент 1 тона над верхушкой, ЧСС 120 в минуту, АД - 160\50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул жидкий, до 4 раз в сутки. Мочепускание 4-5 раз в сутки, безболезненное.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести?
3. Как называется по автору глазной симптом?
4. Определить тактику лечения.

1. Диффузный токсический зоб II степени (по ВОЗ), тиреотоксикоз.

2. Необходимо исследование ТТГ, Т3, Т4, антитела к рецептору ТТГ, общий анализ крови; УЗИ щитовидной железы; сцинтиграфия щитовидной железы

3. Лечение - консервативная терапия тиреостатиками (мерказолил), бета-блокаторами, седативными препаратами.

4. Симптом Грефе

Задача №2

Больная М. 43 лет поступила в кардиологическое отделение с жалобами на повышение АД до 2000/105 мм.рт.ст , головной болью в затылочной области в связи с неэффективностью терапии, проводимой на амбулаторном этапе. При осмотре больная среднего роста. Лицо лунообразное, багрово-красное, на подбородке и над верхней губой пушковые волосы. Отмечается избирательное отложение жира в области груди и верхней части живота, атрофия ягодичных и бедренных мышц. Конечности худые. На коже живота, плеч, молочных желез широкие полосы растяжения красно-фиолетового цвета, множество угрей. Границы сердца расширены влево, ЧСС 92 в мин, АД 1950/100 мм рт.ст. Отмечается также гипергликемия, гипернатриемия и гипокалиемия. При специальном исследовании обнаружено увеличение содержания свободного кортизола в суточной моче.

1. Для какого синдрома характерна подобная клиническая картина?
2. Какое дополнительное исследование надо провести для установления окончательного диагноза?
3. С чем связаны возникновение артериальной гипертензии, гипергликемии?

1. Синдром Иценко-Кушинга.
2. Проведение малой дексаметазоновой пробы, при необходимости большой дексаметазоновой пробы, УЗИ органов брюшной полости, надпочечников МРТ головного мозга, надпочечников.
3. С действием глюкокортикоидов и минералокортикоидов.

Задача №3

Больной Ж. ,44 лет, обратился в клинику с жалобами на быструю утомляемость, сонливость, слабость, зябкость, появление отеков на лице. Болен в течение года после операции струмэктомии. Медикаментозную терапию не принимал. Объективно: больной вял, адинамичен, лицо отечное, бледное. Язык толстый с фасетками от зубов. Пульс 50 уд в мин, АД 100/60 мм рт ст, кожа сухая, холодная, шелушащаяся, ткань железы не определяется.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Составить план обследования.
3. Диапазон нормального значения ТТГ?

4. Составить план лечения.

Ответы

1. Послеоперационный гипотиреоз

2. Исследование ТТГ, Т3; Т4; ТТГ

3. 0,23-4,2 мкМЕ\л.

4. Подбор дозы L – тироксина (в среднем 1,6 мкг/кг массы тела) под контролем ТТГ.

Задача № 4

Больной Ш, 61 год жалуется на общую слабость, особенно мышечную, снижение веса, аппетита, тошноту, ноющую боль в эпигастрии без четкой связи с характером принимаемой пищи, потемнение кожи, особенно лица, кистей. Около 1,5 лет назад болел туберкулезом легких. С 49 лет страдал ожирением и гипертонической болезнью (АД 200-220/110-120 мм.рт.ст). принимал эналаприл, гипотиазид. Выраженная общая слабость, в том числе мышечная, прогрессирующее снижение веса появились 2 года назад. Снизилось до нормы артериальное давление, в связи с чем гипотензивные средства практически не принимает. Объективно. Рост – 168 см, масса тела - 63,5кг. Кожа смуглая, цвета загара, пигментация более выражена на открытых участках тела. Аспидно-серые пятна на слизистой оболочке губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные с ЧСС 66 в минуту, систолический шум на верхушке, АД - 135/80 мм рт ст. левая граница относительной сердечной тупости в V межреберье на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Дополнительные исследования: общий анализ крови и мочи без отклонений от нормы, глюкоза крови натощак - 4,55 ммоль/л. ЭКГ - ритм синусовый, регулярный, снижение вольтажа зубцов.

1. Поставьте диагноз
2. Обоснуйте диагноз.
3. Объясните вероятную причину нормализации артериального давления.
4. Составьте план дополнительных исследований для обоснования окончательного диагноза.
5. Какая информация может быть получена при ультразвуковом исследовании надпочечников?

1. Хроническая надпочечниковая недостаточность, первичная, вероятно туберкулезной этиологии.
2. Мышечная слабость, диспепсия, потемнение кожи, особенно лица, кистей, туберкулез в анамнезе.
3. Дефицит кортизола и альдостерона.
4. Клиническая диагностика (на основании данных клинической картины можно думать о наличии надпочечниковой недостаточности, первичной). Лабораторное подтверждение синдрома гипокортицизма (определение уровня кортизола крови, суточной экскреции кортизола с мочой, при сомнительных результатах - проведение теста с синактеном для определения наличных и потенциальных резервов коры надпочечников). Электролиты крови, гликемический профиль, тест толерантности к глюкозе. Этиологическая диагностика (подтверждение туберкулезного генеза: Р-логическое исследование органов грудной клетки, проба Манту, Диаскин тест, посев мочи и мокроты на выявление микобактерий туберкулеза, УЗИ и МРТ надпочечников, по показаниям тонкоигольная аспирационная биопсия надпочечников).
5. Ультразвуковая картина может быть разная в зависимости от давности туберкулезного процесса. В начале заболевания надпочечники могут быть увеличены в 2 – 3 раза, ассиметричны. При длительно течении – атрофичные с участками некроза и кальцификации

Задача №5

Пациентка Ж., 39 лет. обратилась к врачу с жалобами на повышение массы тела, изменение внешности, отсутствие менструаций, выраженные боли в поясничном отделе позвоночника, частые переломы костей (за последние 7 месяцев было зарегистрировано 4 перелома). При осмотре: Ожирение с перераспределением подкожно- жировой клетчатки по «кушингоидному» типу, «матронизм», пушковые волосы над верхней губой, стрии красно- фиолетового цвета на коже груди, живота .В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, с ЧСС 88 в мин, АД 190\100мм.рт.ст.

1. Какой синдром можно заподозрить у данной пациентки?
2. Исследования необходимые для подтверждения диагноза?
3. О развитии какого осложнения могут свидетельствовать частые переломы костей?
4. Исследования необходимые для подтверждения данного осложнения?

5. Лечение данного осложнения?

1. Синдром Иценко-Кушинга.

2. Определение суточной экскреции свободного кортизола с мочой, определение суточного ритма секреции кортизола в плазме крови, определение секреции АКТГ в плазме крови, малая или большая проба с дексаметазоном. МРТ надпочечников, МРТ головного мозга.

3. Стероидный остеопороз.

4. Рентгенография грудного и поясничного отделов позвоночника, денситометрия поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости.

5. Симптоматическая терапия, препараты кальция, бисфосфонаты, кальцитонин.

Задача 6.

Больной 43 лет, жалуется на мышечную слабость, полиурию, головную боль. В течение 10 лет отмечает повышение артериального давления до 200/110 мм.рт.ст. Применение гипотиазида переносит плохо.

Объективно: ЧСС 88/мин, АД 180/110 мм рт ст. Признаки гипертрофии левых отделов сердца. Анализ крови - без изменений. Анализ мочи – относительная плотность – 1002-1008.

1. Предположите наиболее вероятную причину артериальной гипертензии?

- Первичный гиперальдостеронизм (синдром Конна, альдостерома).

2. Какие изменения электролитов крови ожидаются?

- Гипокалиемия, гипернатремия

3. Какие другие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?

- УЗИ или томография надпочечников, экскреция альдостерона.

4. Тактика лечения?

- Спиrolактон в дооперационном периоде для нормализации уровня калия в крови, хирургическое удаление опухоли

5. Дифференциальный диагноз с какими заболеваниями требуется провести? Привести минимум 3 нозологии и обосновать почему выбор сделан не в их пользу.

- Вторичный альдостеронизм - уровень калия в сыворотке крови при этом не снижается или снижается мало.

Почечная гипертензия, связанная с ишемией почек - выделение альдостерона мочой повышено, однако отсутствует существенная гипокалиемия.

Нефрит с потерей натрия, при котором в связи с повышенной экскрецией натрия повышается продукция альдостерона - лишение натрия в пище не приводит к уменьшению его выделения мочой.

Несахарный диабет - удельный вес мочи ниже, чем при альдостеронизме, обычно повышается после введения вазопрессина; гипертензия и гипокалиемия отсутствуют.

Гиперпаратиреоз - отсутствует гипокалиемия, повышено содержание в крови кальция, снижен уровень фосфора.

3.2.4.2. Тестовые задания.

1. Клинически классический гипотиреоз проявляется всеми признаками, кроме:

А) сухости кожи

Б) брадикардии

В) полифагии

Г) прибавки массы тела

2. Наиболее частой причиной тиреотоксикоза является:

А) диффузный токсический зоб

Б) зоб де Кервена

В) зоб Хашимото

Г) ни один из указанных

3. Характерными нарушениями на ЭКГ при тиреотоксикозе являются все, кроме:

А) Синусовой тахикардии

Б) желудочковой экстрасистолии

В) мерцательной аритмии

Г) суправентрикулярной экстрасистолии

4. Какова степень увеличения щитовидной железы (по классификации О.В. Николаева), если она видна и прощупывается без глотания?

А) I степень

Б) II

В) III

Г) IV

5. В качестве симптоматического средства лечения гипертиреоза используют:

А) α -адреноблокаторы

Б) β -адреноблокаторы

В) симпатомиметики

Г) ингибиторы АПФ

6. Характерными ЭКГ изменениями при гипотиреозе являются:

А) низкий вольтаж ЭКГ, синусовая брадикардия

Б) мерцательная аритмия

В) блокада левой ножки пучка Гиса

Г) укорочение интервала PQ

7. При субклиническом гипотиреозе в крови повышены:

А) ТТГ

Б) Т3 и Т4

В) все фракции

Г) все фракции в норме

8. Из перечисленных препаратов ухудшение течения сахарного диабета не вызывают:

а) ацетилсалициловая кислота; б) дексаметазон; в) каптоприл; г) тиазидовые диуретики; д) пероральные контрацептивы.

А) верно а,б,в

Б) верно б,в,г

В) верно а,в

Г) верно б,г,д

9. Характерными клиническими проявлениями тиреотоксикоза являются: 1) снижение массы тела; 2) повышенная раздражительность; 3) сонливость; 4) запоры; 5) стойкая тахикардия.

А) верно 1,2,3

Б) верно 1,2,3,4

В) верно 1,2,5

Г) верно 3,4,5

10. Сцинтиграфия служит основным способом выявления:

А) подострого тиреоидита;

Б) диффузного токсического зоба;

В) рака щитовидной железы;

Г) токсической аденомы щитовидной железы.

11. Наиболее информативным методом для выявления рака щитовидной железы является:

А) пальпаторное исследование;

Б) ультразвуковое исследование щитовидной железы;

В) компьютерная томография щитовидной железы;

Г) тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы.

12. У больной 17 лет отмечается полиурия с низким удельным весом мочи. После проведения теста с ограничением жидкости величина удельного веса мочи не изменилась. Наиболее вероятно, что у больной:

А) психогенная полидипсия;

Б) несахарный диабет;

В) сахарный диабет;

Г) хронический пиелонефрит.

13. Наиболее вероятной причиной слепоты у больного, длительно страдающего сахарным диабетом, является:

А) глаукома;

Б) катаракта;

В) пролиферирующая ретинопатия;

Г) автономная нейропатия.

14. Все утверждения в отношении тиреотоксического криза являются верными, за исключением следующего:

А) хирургическое вмешательство и инфекции могут спровоцировать тиреотоксический криз;

Б) развитие криза связано с внезапным резким подъемом уровня тиреоидных гормонов в крови;

В) при тиреотоксическом кризе эффективно назначение радиоактивного йода;

Г) в лечении криза целесообразно использование β -адреноблокаторов;

15. Больная 40 лет жалуется на зябкость, сонливость, запоры. При объективном исследовании обнаружено увеличение щитовидной железы и заподозрен первичный гипотиреоз. Для подтверждения данного диагноза наиболее информативно:

А) определение уровня ТТГ;

Б) определение уровня Ca^{2+} в крови;

В) определение Т3;

Г) определение Т4.

16. Больной 30 лет, страдающий сахарным диабетом

1-го типа, обнаружен в коматозном состоянии через 3 ч после введения инсулина. Какое мероприятие необходимо выполнить в первую очередь?

- А) снять ЭКГ;
- Б) ввести 5% раствор глюкозы;
- В) ввести инсулин (10–20 ЕД);
- Г) ввести 20 мл 40% раствора глюкозы.

17. При выявлении у пациента глюкозурии в первую очередь необходимо:

- А) определить уровень глюкозы в крови натощак;
- Б) провести глюкозотолерантный тест;
- В) назначить препараты сульфонилмочевины;
- Г) ограничить употребление углеводов;

18. Выберите верные утверждения относительно сахарного диабета 1-го типа:

1) диабет требует постоянного лечения инсулином; 2) диабет чаще возникает в молодом возрасте; 3) течение диабета сопровождается склонностью к кетоацидозу; 4) диабет обычно возникает на фоне ожирения; 5) диабет часто сопровождает рак поджелудочной железы.

- А) верно 3,4,5
- Б) верно 1,2,3
- В) верно 1,2,3,4
- Г) верно 1,3,4

19. Каким будет Ваше заключение при обнаружении у пациента с помощью УЗИ щитовидной железы гипозоногенной структуры в левой доле диаметром 2 мм (объем щитовидной железы и уровни тиреоидных гормонов в норме):

- А) практически здоров;
- Б) эндемический зоб;
- В) узловой эутиреоидный зоб;

Г) солитарный узел левой доли щитовидной железы (показана пункционная биопсия узлового образования).

20. 47-летняя женщина обратилась к врачу по месту жительства с жалобами на прибавку в весе (4 кг, сонливость, слабость, запор и сухость кожных покровов). Исследование выявило гипорефлексию, незначительное увеличение щитовидной железы при пальпации, гипотермию. Какой гормон или лабораторный показатель необходимо исследовать для подтверждения диагноза в первую очередь?

А) определение антитиреоидных аутоантител;

Б) определение Т3;

В) определение Т4;

Г) определение ТТГ.

21. В диетотерапии для больных с неосложненным СД типа 2-го учитывают:

А) количество белков в граммах;

Б) хлебные единицы;

В) количество жиров в граммах;

Г) суточное потребление калорий.

22. В диетотерапии для больных с неосложненным СД типа 1-го учитывают:

А) количество белков в граммах;

Б) суточное потребление калорий;

В) количество жиров в граммах;

Г) хлебные единицы.

23. Женщина 25 лет жалуется на боли в горле при глотании, повышение температуры тела до 38°C. В течение двух лет страдает диффузным токсическим зобом (ДТЗ) 2 ст., средней тяжести. Лечилась в течение полугода мерказолил, начиная с 40 мг с постепенным снижением дозы до 10 мг, L-тироксин 50 мкг. Год назад возник рецидив, начато лечение мерказолилом в дозе 50 мг/сут. За последние три дня до обращения к врачу принимала метамизол натрия в связи с альгоменореей. Накануне вечером возникла боль в

горле, поднялась температура. Самостоятельно принимала метамизол натрия и тетрациклин без эффекта.

Наиболее вероятный диагноз?

- А) подострый тиреоидит;
- Б) декомпенсация ДТЗ;
- В) ОРВИ в сочетании с ДТЗ;
- Г) ДТЗ, агранулоцитоз с формирующейся некротической ангиной;

24. Если у больного сахарным диабетом 1 типа возникает заболевание, сопровождающееся подъемом температуры, следует:

- А) применить пероральные сахароснижающие средства
- Б) отменить инсулин
- В) увеличить суточную дозу инсулина
- Г) уменьшить суточную дозу инсулина

25. Какой показатель является наиболее надежным критерием степени компенсации сахарного диабета при динамическом обследовании?

- А) гликолизированный гемоглобин;
- Б) средняя суточная гликемия;
- В) С-пептид
- Г) уровень контринсулярных гормонов в крови.

Правильные ответы 1-В, 2-А, 3-Б, 4-В, 5-Б, 6-А, 7-А, 8-В, 9-В, 10-Г, 11-Г, 12-Б, 13-В, 14-В, 15-А, 16-Г, 17-А, 18-Б, 19-А, 20-Г, 21-Г, 22-Г, 23-Б, 24-В, 25-А

3.2.5. Контролируемая компетенция ОПК-5:

3.2.5.1. Ситуационные задачи.

Задача 1.

45-летний некурящий мужчина обратился к вам с жалобами на кашель, одышку, «свист» в грудной клетке при дыхании. Болеет астмой 20 лет. Одышка и кашель постепенно

нарастают в течение последних 5 лет, несмотря на лечение, которое включает ингаляции сальбутамола («по потребности»), беклометазона (по 250 мкг через 6 часов) и теофиллин (внутри) по 300 мг дважды в день. Многократно проходил стационарное лечение в связи с астмой, один раз возникла необходимость в проведении интубации и искусственной вентиляции легких. У больного имеется аллергия к цветочной пыльце, к шерсти собак и кошек, но наличие домашних животных отрицает. При дополнительном расспросе установлено, что пациент страдает синуситами, его часто беспокоят изжога, головные боли, боль в левом колене, по поводу которой принимает аспирин и ибупрофен, бессонница из-за ночных приступов удушья.

При объективном обследовании больной кашляет, обращает внимание болезненность в области лобных и гайморовых пазух. Слизистая носа выглядит воспаленной. При аускультации легких выслушиваются диффузные инспираторные и экспираторные сухие хрипы, ЧД – 22 в минуту. АД 142/90, ЧСС 88 в минуту, живот при пальпации безболезненный.

1. Сформулируйте полный диагноз.
2. Адекватна ли проводимая терапия степени тяжести заболевания?
3. Что бы Вы могли рекомендовать данному больному для повышения эффективности проводимой терапии?

У больного бронхиальная астма, экзогенная (аллергическая), тяжелого течения, обострение.

Тяжелое течение астмы характеризуется практически непрерывным рецидивированием симптомов болезни. Ведущее место в терапии принадлежит ГКС. Если применение высоких доз ингаляционных ГКС не эффективно, рекомендуется сочетать высокие дозы ингаляционных ГКС (до 1000 мкг и выше) с минимальными индивидуально подобранными дозами системных ГКС, вводимых перорально (их и необходимо назначить в дополнение к проводимой терапии). Поскольку у больного имеются ночные приступы удушья, может быть полезным применение ингаляций В-агонистов пролонгированного действия перед сном (например, сальметерола) для профилактики приступов. Кроме того, приступы удушья при тяжелой астме могут быть спровоцированы множеством потенциальных триггеров. С целью устранения потенциальных триггеров дополнительно могут быть рекомендованы: лечение хронического синусита, прекращение приема аспирина и ибупрофена, дообследование с целью выявления ГЭРБ (может спровоцировать ночные приступы удушья) и ее лечение

Задача 2.

На скорую помощь поступил вызов от мужчины 59 лет по поводу чувства «нехватки воздуха». Больной говорит, что он задыхается. По прибытии к больному обнаружено, что он в сознании и ориентирован, но не может сказать более 2-х слов сразу из-за укороченного дыхания.

Выяснилось, что 6 дней назад больной перенес респираторное заболевание с насморком, кашлем с выделением желтоватой мокроты. Одышку отмечал несколько дней, но ухудшение произошло в последние несколько часов. Отмечает, что одышка усиливается после самых незначительных движений, и он сразу начинает кашлять. Болей или чувства сдавления в грудной клетке нет. Ранее был дважды госпитализирован с подобными симптомами. Пациент пользуется ингалятором «по потребности», других лекарств не принимает, аллергических реакций не отмечает. Больной курит 30 лет по 2 пачки сигарет в день. Не женат, недавно потерял работу, так как стал быстро уставать.

Объективно: больной хорошо развит, питание несколько повышено. Кожа влажная, цианоза нет. ЧД 28 в минуту. Пульс 110 в мин. АД – 150/85 мм рт. ст., температура 38,1 С.

Удлинен выдох, снижена экскурсия грудной клетки и выслушиваются множественные сухие хрипы. Над сердцем шумов нет, но имеется 3-й тон. Живот безболезненный, печень слегка увеличена, на конечностях незначительные отеки.

1. Между какими заболеваниями, характеризующимися одышкой, необходимо провести дифференциальную диагностику, чтобы обосновать предварительный диагноз?
2. О чем свидетельствуют физикальные симптомы?
3. Какой диагноз наиболее вероятен? Почему?
4. Какие обследования Вы хотели бы назначить для подтверждения диагноза? Укажите, каковы предполагаемые результаты лабораторного и инструментального обследования.
5. Каковы цели терапии у данного больного?

Имеющиеся данные позволяют предположить скорее хронический процесс. В дифференциальную диагностику следует включить обструктивные заболевания легких, бронхиальную астму, сердечную недостаточность, инфекции и онкопатологию.

Сухие хрипы и затруднение выдоха характерны для обструктивных поражений легких. Появление Т3 и расширенные яремные вены свидетельствуют о левожелудочковой

недостаточности, а увеличение печени и отеки – о правожелудочковой. Хрипы могут быть связаны с обструкцией бронхов или с сердечной недостаточностью.

Наиболее вероятен диагноз обострения хронического обструктивного бронхита, вызванное инфекцией верхних дыхательных путей, с незначительными признаками сердечной недостаточности.

Для дифференциальной диагностики нужны рентгенография грудной клетки, ЭКГ, кардиоспецифические ферменты, общий анализ крови, газы крови.

Цели терапии у данного больного – лечение бронхита антибиотиками и бронхолитиками и восстановление функции дыхания.

Задача 3

19-летний некурящий больной обратился к вам с жалобами на продуктивный кашель с выделением желтой мокроты. В детстве неоднократно отмечались инфекционные воспалительные заболевания ушей, по поводу которых лечился с применением дренирования. В 14 лет был госпитализирован по поводу пневмонии. С этого времени пневмонии повторяются ежегодно. Кроме того, страдает хроническим синуситом. В течение последнего месяца беспокоит продуктивный кашель с желтой мокротой и одышка.

Объективно: при осмотре общий вид болезненный, температура 37,5°C. При обследовании головы и шеи выявляется болезненность в максиллярных и фронтальной зонах. АД – 120/74, ЧСС – 90 в минуту, ЧД – 20 в минуту. Сердце и живот – без патологических изменений; в легких при аускультации влажные хрипы с обеих сторон (больше справа) и умеренные сухие экспираторные хрипы. На конечностях изменения пальцев по типу «барабанных палочек», но отеков и цианоза нет.

Рентгенологически - признаки перибронхиального фиброза в ряде сегментов с обеих сторон. Лабораторные данные: Нв – 120 г/л, лейкоциты - 9500/мкл, СОЭ 30 мм/час, в мокроте – большое количество нейтрофилов, разнообразная микрофлора. При исследовании ФВД – смешанные рестриктивно-обструктивные вентиляционные нарушения.

Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

1. Назовите факторы риска, которые могли способствовать его развитию.
2. Что бы Вы хотели исследовать у больного для подтверждения диагноза?

3. Назовите основные принципы терапии.

Предварительный диагноз – бронхоэктатическая болезнь легких.

Факторы риска: у детей мелкие бронхи чрезвычайно чувствительны к инфекционным воздействиям и обструкции, поэтому основная причина бронхоэктазов – бактериальная пневмония. Предрасполагающими факторами являются врожденная патология легких (кистозная болезнь и др.), иммунодефициты, муковисцедоз.

У данного пациента предварительный диагноз может быть заподозрен на основании клинических, рентгенологических и других дополнительных данных (хронический продуктивный кашель с гнойной мокротой, повторяющиеся пневмонии и простудные заболевания, наличие одышки, «барабанных палочек», разнообразных хрипов; характерные изменения по типу перибронхиального фиброза в пораженных сегментах легких, признаки инфекционного процесса по анализу крови и мокроты, смешанные нарушения ФВД).

Для подтверждения диагноза бронхоэктатической болезни показано проведение бронхографии и/или компьютерной томографии.

С учетом склонности к респираторным и другим инфекциям по анамнезу показано исследование иммуноглобулинов для исключения иммунодефицита, проведение теста количественного пилокарпинового электрофореза пота для исключения муковисцедоза.

Показана лекарственная терапия: антибиотики, постуральный дренаж, иммунизация против гриппа и пневмококковой пневмонии. Оксигенотерапия показана при снижении pO_2 . Резекция эффективна лишь в раннем детстве при локальном поражении.

3.2.5.2. Тестовый контроль

1. «Золотым стандартом» для диагностики и оценки ХОБЛ является:

А. бронхоскопия;

Б. спирометрия;

В. компьютерная томография высокого разрешения;

Г. пикфлоуметрия;

Д. пульсоксиметрия.

2. Терапия короткодействующими бронходилататорами при ХОБЛ проводят с целью:

А. подавления хронического воспаления;

Б. уменьшения бронхиальной обструкции;

В. улучшения эластической тяги лёгких;

Г. предупреждения дальнейшего снижения функции лёгких.

3. Для ХОБЛ средней тяжести характерно:

А. $\text{ОФВ}_1/\text{ФЖЕЛ} < 70\%$, $\text{ОФВ}_1 > 80\%$;

Б. $\text{ОФВ}/\text{ФЖЕЛ} < 70\%$, $\text{ОФВ}_1 = 50-80\%$;

В. $\text{ОФВ}/\text{ФЖЕЛ} < 70\%$, $\text{ОФВ}_1 = 30-50\%$;

Г. $\text{ОФВ}_1/\text{ФЖЕЛ} < 70\%$, $\text{ОФВ}_1 < 80\%$; Д. $\text{ОФВ}_1/\text{ФЖЕЛ} < 70\%$, $\text{ОФВ}_1 < 30\%$.

4. В каких отделах лёгкого чаще всего локализуются бронхоэктазы:

А. любая доля;

Б. верхняя доля левого лёгкого;

В. верхние доли обоих лёгких;

Г. нижняя доля левого лёгкого;

Д. верхняя доля правого лёгкого.

5. Экспираторный характер одышки отмечается при:

А. абсцессе легкого;

Б. отеке легких;

В. крупозной пневмонии;

Г. бронхиальной астме;

6. Спирали Куршмана и кристаллы Шарко-Лейдена в мокроте определяются при:

А. абсцессе легкого

Б. бронхиальной астме

В. раке легкого

Г. туберкулезе

7. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы:

А. сальбутамол

Б. кодеин

В. либексин

Г. тусупрекс

8. Наиболее информативный метод диагностики пневмонии:

А. анализ мокроты

Б. анализ крови

В. рентгенография грудной клетки

Г. плевральная пункция

9. Среди холинолитиков эффективнее всего устраняет бронхоспазм, воздействуя на рецепторы бронхиального дерева и вызывает наименьшее число побочных реакций:

А. атропин

Б. ипратропиум бромид

В. апрофен

Г. метацин

Д. пропантелин бромид

10. К бронхорасширяющим препаратам группы производных пурина (метилксантины) пролонгированного действия относят:

А. теofilлин

Б. теофедрин

В. теопек, теодур, ретафил, дуофиллин

Г. эуфиллин

Д. вентолин

11. К средствам, разрушающим мокроту путем разрушения сульфидных связей, относят:

А. трипсин, химопсин;

Б. производных пурина (метилксантины);

В. бромгексин (бисольван), амброксол (лазолван);

Г. производные тиолов - ацетилцистеин (мукогельвин и др.)

12. Основными лекарственными препаратами применяемыми при бронхиальной астме, являются все перечисленные, кроме:

А. β_2 -агонистов

Б. метилксантинов

В. блокаторов β_2 -адренорецепторов

Г. ингалируемых глюкокортикоидных гормонов

Д. мембраностабилизирующих препаратов

13. Возбудителями госпитальной (внутрибольничной) пневмонии наиболее часто бывают:

А. пневмококк

Б. стафилококк

В. клебсиелла

Г. хламидия

Д. микоплазма

14. При выборе антибиотика для лечения пневмонии в первую очередь надо учитывать:

А. давность заболевания;

Б. индивидуальную непереносимость антибактериальных препаратов;

В. сопутствующие заболевания;

Г. природу возбудителя инфекции, вызвавшего пневмонию

15. Признаки угрозы остановки дыхания при тяжелом обострении бронхиальной астмы:

А. масса сухих свистящих хрипов в грудной клетке, ЧД более 30 в мин;

Б. дистанционные хрипы, одышка в покое;

В. отсутствие физической активности, сознания, брадикардия, дыхание редкое, поверхностное;

Г. выраженное возбуждение, испуг, «дыхательная паника», одышка в покое, ЧД более 30 в мин, ЧСС более 120 в мин;

Д. отсутствие выделения мокроты, появление участков «немного легкого».

16. Основными побочными эффектами глюкокортикостероидов при приеме внутрь являются:

А. аллергические реакции;

Б. судороги, тремор рук;

В. повышение глюкозы в крови, эрозии или язвы слизистой ЖКТ;

Г. бронхоспазм, кашель;

17. Основным симптомом при сухом плеврите:

А. одышка;

Б. слабость;

В. лихорадка;

Г. боль в грудной клетке;

Д. артериальная гипотония.

18. К развитию хронического легочного сердца чаще приводит:

А. хронический обструктивный бронхит;

Б. тромбоэмболия легочной артерии;

В. хронический фарингит;

Г. острый бронхит;

Д. пневмония.

19. Признак, характерный для плеврита:

А. усиление болей в грудной клетке при глубоком дыхании, кашле;

Б. сжимающий характер болей за грудиной;

В. усиление болей в грудной клетке в положении на больном боку;

Г. боль за грудиной постоянная, не связанная с дыханием;

Д. уменьшение болей в грудной клетке в положении на здоровом боку.

20. К базисной терапии хронической обструктивной болезни легких относятся:

А. глюкокортикостероиды;

Б. антибиотики;

В. антигистаминные препараты;

Г. бронхолитики;

Д. антилейкотриеновые препараты.

21. Дренажное положение пациента с бронхоэктазами в нижней доле левого легкого:

А. на правом боку сопущенным изголовьем;

Б. на левом боку сопущенным изголовьем;

В. на спине;

Г. на животе;

Д. полусидя.

22. Продолжительность антибактериальной терапии при типичном течении пневмонии:

А. 7 дней;

Б. в течение всего периода лихорадки плюс 3 дня;

В. 10 дней;

Г. 10–14 дней;

Д. в течение всего периода лихорадки.

23. Какая терапия используется для лечения больных с нетяжелой бронхиальной астмой:

А. нерегулярные ингаляции В₂ агонистов короткого действия;

Б. ежедневное введение противовоспалительных препаратов;

В. ежедневное введение бронходилататоров пролонгированного действия;

Г. частое применение системных глюкокортикоидов.

24. Какую группу антибиотиков лучше назначить больному, 25 лет, заболевшему пневмонией после переохлаждения и по клиническим и бактериологическим исследованиям определяемой как пневмококковая?:

А. тетрациклины;

Б. Фторхинолоны;

В. Пенициллины или макролиды;

Г. Карбопенемы

Д. Аминогликозиды

25. Больной страдает бронхиальной астмой тяжелого течения. Постоянно принимает преднизолон. Прием какого препарата позволит уменьшить дозу преднизолона или отменить его:

А. сальбутамол

Б. вентолин

В. беродуал

Г. беклазон эко легкое дыхание

Д. ипратропиума бромид

1-Б, 2-Б, 3-Б, 4-Г, 5-Г, 6-Б, 7-А, 8-В, 9-Б, 10-В, 11-Г, 12-В, 13-Б, 14-Г, 15-В, 16-В, 17-Г, 18-А, 19-А, 20-Г, 21-А, 22-Б, 23-А, 24-В, 25-Г

3.2.6. Контролируемая компетенция ПК-5:

3.2.6.1. Ситуационные задачи

Задача 1. Мужчина 55 лет обратился к вам с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, ощущение легкого головокружения и одышку при подъеме на один лестничный пролет или после небольшой ходьбы.

Жалобы появились 2 месяца назад и нарастают. До этого больной чувствовал себя совершенно здоровым. Пациент не принимает никаких лекарств, кроме эпизодического приема слабительных. Он выкуривает примерно половину пачки сигарет в день и выпивает 1-2 порцию мартини перед обедом. На вопрос о дефекации отвечает, что стул

иногда кажется ему темным, но он думает, что это может быть из-за приема слабительных. Он не замечал в стуле примеси крови, не было тошноты, рвоты или диареи.

Объективно: повышенного питания, ЧД – 20 в минуту, ЧСС 94 в минуту, АД – 110/60 мм рт. ст. Кожа и слизистые оболочки бледные. Над легкими везикулярное дыхание, тоны сердца ритмичны, дополнительных тонов нет. Живот мягкий, безболезненный, никаких образований не пальпируется. На конечностях признаков цианоза и отечности нет, дермографизм замедленный. При ректальном обследовании никакие образования не пальпируются, каловые массы темные, реакция на скрытую кровь положительная.

Вопросы.

1. Между какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику, чтобы обосновать предварительный диагноз?
2. О чем свидетельствуют физикальные симптомы?
3. Какой диагноз наиболее вероятен? Почему?
4. Какие обследования Вы хотели бы назначить для подтверждения диагноза? Укажите, каковы предполагаемые результаты лабораторного и инструментального обследования.
5. Каковы цели терапии у данного больного?

У больного имеются клинические проявления, свойственные анемии (в т.ч. физикальные данные - бледность кожи, слизистых, тахикардия, тахипноэ, относительно низкое АД), и мелена, которая характерна для поражения верхних отделов ЖКТ. Следовательно, можно предположить, что у больного желудочно-кишечное кровотечение и обусловленная им анемия. Дифференциальный диагноз проводится между язвенной болезнью, геморрагическим гастритом, эрозивным эзофагитом, варикозно расширенными венами пищевода, синдромом Мэллори-Вейса. У больного без признаков острого заболевания наиболее вероятна язвенная болезнь, осложнившаяся желудочно-кишечным кровотечением. Показаны исследование общего анализа крови, гематокрита, фиброгастродуоденоскопия, при отрицательном результате колоноскопия и энтероскопия. К неотложным мероприятиям следует отнести коррекцию возможной гиповолемии, при необходимости – восполнение кровопотери, мониторинг Нв и гематокрита; в дальнейшем – лечение основного заболевания

Задача 2.

Мужчина, 28 лет, поступил в клинику с жалобами на повышение температуры до 39-40 градусов, ознобами, одышку при умеренной физической нагрузке, боли в области левого голеностопного и правого коленного суставов, их припухлость, отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки.

Из анамнеза известно, что во время зимней рыбалки провалился под лед. Впоследствии чувствовал себя хорошо, но через 2 недели почувствовал общую слабость, недомогание, а еще через 3 дня началась лихорадка с повышением температуры до 39 градусов, появились боли в области левого голеностопного и правого коленного суставов,

без припухания. Начал лечение ампициллином самостоятельно, отметил улучшение состояния и нормализацию температуры к 3му дню, после чего прекратил антибиотикотерапию. Через 2 суток вернулась лихорадка (температура до 40 градусов) с ознобами и обильной потливостью. Не смотря на возобновление ампициллина, клиника сохранилась и пациент обратился в больницу.

При осмотре: кожные покровы специфической окраски («кофе с молоком»). Снижение массы тела на 15 кг за месяц (рост 180 см, вес 70 кг). Под ногтевыми пластинами определяются линейные геморрагии. В области голеней обильные геморрагические высыпания по типу пурпуры. В переходной складке конъюнктивы глаз единичные точечные геморрагии. Отмечается пастозность голеней и деформация левого голеностопного и правого коленного суставов. Границы относительной сердечной тупости смещены влево на 1,5 см, верхушечный толчок сильный, опущен до 7 межреберья по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены. В зоне Боткина-Эрба выслушивается громкий, нежный протодиастолический шум убывающего характера, связанный со II тоном резко ослаблен. Пульс скорый, большой, скачущий. Артериальное давление 130/40 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, ослабленное над базальными отделами легких. При пальпации живота определяется мягкий, слегка болезненный край печени. Селезенка увеличена, и ее нижний полюс хорошо пальпируется в левом подреберье в положении на левом боку. Мочеиспускание свободное, моча темная.

В анализах: ОАК – Нв – 99 г/л, лейкоциты – $3,16 \cdot 10^9$ /л (п/я нейтрофилы до 20%), СОЭ – 66 мм.рт.ст. ОАМ – эритроциты – до 20-30 в п/зр., белок до 1 г/л, единичные цилиндры. Суточный белок – 6 г/л. Биохимический анализ крови: билирубин – 12,1 мкмоль/л, креатинин – 181 мкмоль/л, общий белок – 62 г/л, РФ (+), антинуклеарный фактор (+), ЦИК – 150 опт.ед., антитела к кардиолипину в титре 1:10, антистрептолизин-О в титре 1:150.

1. Сформулируйте полностью предварительный диагноз.

- Предварительный диагноз: инфекционный эндокардит первичный стафилококковый(?), острое течение с поражением аортального клапана (недостаточность аортального клапана), сердечная недостаточность III ФК, с внесердечными проявлениями (диффузный гломерулонефрит, нефротический вариант; олигоартрит левого голеностопного и правого коленного суставов, анемия смешанного генеза), осложненный тромбозом сосудов селезенки.

2. Какие синдромы Вы можете выделить у данного больного для постановки предположенного Вами диагноза, расшифровать.

- 1. Синдром поражения эндокарда (аускультативная картина поражения аортального клапана по типу его недостаточности).
2. Синдром конституциональных симптомов (лихорадка с ознобами и обильной потливостью, нарастающая слабость, потеря веса, одышка).
3. Периферический синдром (геморрагические высыпания на коже голеней, симптом Лукина, подногтевые геморрагии).
4. Синдром внесердечных поражений (гломерулонефрит с нефротическим синдромом, олигоартрит, серозит, гепатолиенальный синдром).

3. Перечислите лабораторные изменения в указанных выше анализах.

- В ОАК: анемия легкой степени, сдвиг лейкоцитарной формулы влево на фоне лейкопении, резкое ускорение СОЭ.

В ОАМ: протеинурия, гематурия.

Положительный РФ, высокий уровень ЦИК, антинуклеарный фактор в низких титрах, антитела к кардиолипину в очень низких титрах, антистрептолизин-О в нормальном титре.

4. Что дополнительно Вы бы назначили из лабораторных и инструментальных методов диагностики, какие изменения ожидаете увидеть.

- Дополнительно: ожидаемы тромбоцитопения, гипергаммаглобулинемия, повышение СРБ.

Исследование крови на гемокультуру с последующим определением чувствительности выделенного микроба к антибиотикам – предположительно золотистый стафилококк.

ЭхоКС, включая доплер-режим – наличие вегетаций на створках аортального клапана с регургитацией.

УЗИ органов брюшной полости – гепатоспленомегалия, небольшое количество жидкости в брюшной полости.

5. Проведите дифференциальный диагноз с минимум 3 заболеваниями, обоснуйте.

- Острая ревматическая лихорадка можно исключить в связи с отсутствием предшествующей носоглоточной инфекции, не было в анамнезе порока сердца, нормальный титр антистрептолизин-О при предположительно положительной гемокультуре.

Системная красная волчанка исключается на основании мужского пола, отсутствия фотосенсибилизации, нетипичного поражения кожи, отсутствия поражения слизистой рта, алопеции, синдрома Рейно.

Болезнь Стилла исключается на основании отсутствия лимфоаденопатии, поражения шейного отдела позвоночника, нетипичной кожной сыпи.

Геморрагический васкулит мог бы быть у данного пациента из-за наличия геморрагической сыпи в сочетании с олигоартритом, но исключен будет после подтверждения клапанного порока сердца с вегетациями по ЭхоКС.

Антифосфолипидный синдром – антитела к кардиолипинам отрицательны, при гемокультуре положительной будет исключен.

Задача 3.

Мужчина, 60 лет, обратился к врачу с жалобами на боли за грудиной сжимающего характера, иррадиирующие в левую руку, возникающие при ходьбе по ровной местности, сопровождающиеся одышкой.

Из анамнеза известно, что пациент страдает ИБС около 6 лет, 2 года назад перенес передне-перегородочный Q-инфаркт миокарда, постоянно принимает аспирин 100 мг, аторвастатин 20 мг и бисопролол 2,5 мг. Однако за последние несколько месяцев отмечает ухудшение состояния и появление вышеуказанных жалоб. Семейный анамнез: мать – 89 лет, страдает АГ, ИБС, перенесла ИМ; отец – умер в 50 лет, ИМ.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 80 уд.в мин., АД – 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отеки лодыжек.

В анализах: общий холестерин – 6,5 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 3,8 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, АсаТ 23, АлаТ 28.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

- ИБС: стабильная стенокардия напряжения III ФК, постинфарктный кардиосклероз, II ПА (3 ФК).

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

- Диагноз ИБС, стенокардии III ФК установлен на основании жалоб больного на сжимающие боли за грудиной, данных семейного анамнеза;

Диагноз ПИКС поставлен на основании данных анамнеза на перенесенный 2 года назад инфаркт миокарда.

Стадия сердечной недостаточности установлена на основании жалоб на одышку и наличия отеков голеней.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

- Пациенту рекомендовано: проведение ЭКГ; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции, локальной сократимости миокарда; суточное ЭКГ-мониторирование для выявления ишемических изменений и наличия нарушений ритма.

4. Препарат какой группы антиангинальных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

- Продолжить терапию бета-адреноблокатором, однако с целью усиления антиангинального эффекта увеличить дозу методом постепенной титрации до максимально возможной по уровню АД и ЧСС. Бета-адреноблокаторы – препараты первого ряда в лечении ИБС, особенно у больных с перенесенным инфарктом миокарда.

5. Через 1 месяц регулярной антиангинальной терапии (выбранный бета-адреноблокатор в увеличенной дозе) АД колеблется в пределах 120-130/70-80 мм рт.ст., однако ЧСС сохраняется 75-80 уд/мин. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

- Добавить блокатор I_F-каналов ивабрадин, который уменьшит ЧСС, но не повлияет на нормальное АД.

Задача 4

Больной М., 29 лет, на момент осмотра состояние стабильное, жалоб нет, обратился для определения тактики лечения. В анамнезе – неоднократные эпизоды почечной колики, с появлением острых приступообразных болей в поясничной области справа, с иррадиацией в нижние отделы живота; с болью при мочеиспускании и гематурией. При обследовании был поставлен диагноз мочекаменной болезни, по поводу чего длительно наблюдался и получал консервативную терапию, которая, однако, не привела к исчезновению конкрементов по данным УЗИ. Объективно: при осмотре состояние удовлетворительное, температура 36,6°С., АД – 120/80, ЧСС – 90 в минуту, ЧД – 18 в минуту. Сердце, легкие,

живот - без патологических изменений. Отеков и цианоза нет. Лабораторные данные: Нв – 150 г/л, лейкоциты - 8500/мкл, СОЭ 10 мм/час. По данным УЗИ – выявляется камень диаметром 15 мм в области почечной лоханки справа.

Какие еще визуализирующие методы обследования Вы хотели бы назначить для подтверждения диагноза и уточнения тактики лечения?

Каковы оптимальные методы терапии у данного больного?

Узи может быть дополнена следующими визуализирующими методами исследования. Спиральная компьютерная томография. Наиболее информативным и чувствительным методом при МКБ является МСКТ с контрастированием с специфичностью до 100% и чувствительностью до 99%. которая дает максимально полную информацию о анатомо-функциональном состоянии почек и стереометрии и плотности камней. Она показана при заведомо известном уратном нефролитиазе либо когда камень не диагностирован, сложной форме коралловидного нефролитиаза, подозрении на опухоль мочевых путей. Мультиспиральная компьютерная томография позволяет осуществлять виртуальную реконструкцию полученных изображений, определять плотность камня. Именно знание плотности камня нередко позволяет выявить противопоказания к применению самого современного метода — дистанционной литотрипсии.

Методом выбора может быть ударно-волновая литотрипсия.. Ударно-волновая литотрипсия позволяет достичь отличных показателей полного избавления от конкрементов при лечении камней до 20 мм, за исключением камней, расположенных в нижней чашечке. Поэтому ДУВЛ остается методом выбора для лечения таких камней. Более крупные конкременты >20 мм следует лечить в первую очередь при помощи ЧНЛТ, так как при ДУВЛ часто требуется проведение нескольких процедур, и имеется риск возникновения обструкции мочеточника (колика или «каменная дорожка») с необходимостью дополнительных вмешательств. Для камней >20 мм, при которых могут понадобиться многоэтапные вмешательства. Однако, гибкая УРС может выполняться в высокоспециализированных центрах.

Задача 5

Больной К., 55 лет, доставлен в приемное отделение многопрофильной больницы экстренно, в связи с появлением острых приступообразных болей в поясничной области слева, с иррадиацией в нижние отделы живота и паховую область; также беспокоит боль при мочеиспускании и изменение цвета мочи (имеет розоватое окрашивание), тошнота, рвота, субфебрильная температура. Боли периодически возникают на протяжении 2-х дней. Объективно: при осмотре общий вид болезненный, температура 37,5°C. При

пальпации выявляется болезненность в левых отделах живота, симптом Пастернацкого положителен слева. АД – 140/90, ЧСС – 92 в минуту, ЧД – 18 в минуту. Сердце и легкие – без патологических изменений. Отеков и цианоза нет. Лабораторные данные: Нв – 126 г/л, лейкоциты - 11500/мкл, СОЭ 22 мм/час.

1. Какие обследования Вы хотели бы назначить? Укажите, каковы предполагаемые результаты лабораторного и инструментального обследования.
2. Каковы подходы к дифференциальной диагностике у данного больного?
3. Каковы принципы терапии у данного больного?

У больного имеется почечная колика, возможно, осложнившаяся обструктивным пиелонефритом. Клинический диагноз должен быть установлен по данным различных методов визуализации камней (лучевой диагностики). Диагностика любого урологического заболевания основывается на методах визуализации, поскольку физикальные урологические симптомы характерны для многих заболеваний, и зачастую почечную колику приходится дифференцировать от острого аппендицита, холецистита, колита, радикулита и др. Современные методы визуализации позволяют в 98% случаев поставить диагноз «мочекаменная болезнь». Обзорный снимок органов брюшной полости, также включающий область почек, мочеточников и мочевого пузыря, позволяет диагностировать рентгенопозитивные камни, однако метод зависит от многих факторов (метеоризм, ожирение, состояние рентгеновской плёнки, реактивов и т.д.). Ультразвуковое исследование почек. Прямое представление камня в почке и предпузырном отделе мочеточника. Косвенное представление: расширение чашечно-лоханочной системы, проксимального и дистального отделов мочеточника. УЗИ позволяет оценить отёк паренхимы, выявить очаги гнойной деструкции и индекс резистентности почечных артерий. Диагностическая значимость зависит от класса ультразвуковой аппаратуры и профессионализма врача. Спиральная компьютерная томография. Наиболее информативным и чувствительным методом при МКБ является МСКТ с контрастированием с специфичностью до 100% и чувствительностью до 99%. которая дает максимально полную информацию о анатомо-функциональном состоянии почек и стереометрии и плотности камней. Она показана при заведомо известном уратном нефролитиазе либо когда камень не диагностирован, сложной форме кораллоидного нефролитиаза, подозрении на опухоль мочевых путей. Мультиспиральная компьютерная томография позволяет осуществлять виртуальную реконструкцию полученных изображений, определять плотность камня. Именно знание плотности камня нередко позволяет выявить противопоказания к применению самого современного метода — дистанционной литотрипсии. Клинический анализ крови и мочи позволяет судить о

признаках начавшегося воспаления (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ). В моче чаще всего выявляют микро- или макрогематурию, кристаллоурию (изменение рН мочи, лейкоциты, бактериурия, соли).

Дифференциальная диагностика в остром периоде, который проявился почечной коликой, осложнившейся обструктивным пиелонефритом, необходима со следующими хирургическими заболеваниями: ▪ острым аппендицитом; ▪ острым холециститом; ▪ перфоративной язвой желудка или двенадцатиперстной кишки; ▪ острой непроходимостью тонкой или толстой кишки; ▪ острым панкреатитом; ▪ внематочной беременностью; ▪ заболеваниями позвоночника и др. Основной отличительной особенностью является отсутствие симптомов раздражения брюшины, которые возникают при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

Первый этап лечения при почечной колике это купирование боли. Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) эффективны у пациентов с почечной коликой и оказывают лучший анальгезирующий эффект, по сравнению с опиатами. Применение опиатов по сравнению с НПВС связано с более частым развитием рвоты и чаще требует проведения повторной анальгезии.

При камнях мочеточника, сопровождающихся симптомами почечной колики, возможно проведение срочной ДУВЛ в качестве терапии первой линии.

Купирование болевого синдрома достигается при применении различных комбинаций следующих препаратов: Вольтарен, Индометацин, Ибупрофен, Гидрохлорид морфина + атропина сульфат, Метамизол натрия, Пентазозин и трамадол. Лечение должно быть начато сразу при возникновении рецидивного характера боли. Необходимо избегать применения морфина и других опиатов без одновременного назначения атропина. Диклофенак снижает уровень гломерулярной фильтрации у больных с почечной недостаточностью, у пациентов с нормальной функцией почек этого не происходит. В том случае, когда возможно самостоятельное отхождение конкремента, назначают 50 мг диклофенака в суппозиториях или таблетках 2 раза в день в течение 3–10 дней. Это снимает боль, снижает риск повторного её появления, уменьшает отёк мочеточника. Движение камня и оценка функциональных показателей почек должны быть подтверждены соответствующими методами. Средство растительного происхождения роватинекс обладает спазмолитическим действием, способствует прохождению камней по мочевыводящим путям, уменьшает боли при почечных и мочеточниковых коликах, а

также обладает противовоспалительным и бактериостатическим действием (по отношению к ряду грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов).

Показанием к оперативному удалению камней может служить их большой размер. Также показаниями к лечению является отсутствие эффекта (даже при наличии камней небольшого диаметра), несмотря на правильное лечение; хроническая обструкция с риском нарушения функций почки; наличие камней на фоне инфекции мочевых путей; воспалительный процесс и риск развития уросепсиса или двусторонней обструкции. Выполнение стентирования мочеточника, может снизить необходимость проведения экстренной нефростомии у пациентов с обструктивным инфицированным гидронефрозом. После дренирования почки в случае инфекции, возникшей на фоне обструкции мочевыводящих путей, необходимо незамедлительно назначить курс антибиотиков. Схему лечения необходимо скорректировать с учетом результатов бактериального посева и антибиотикограммы. Может возникнуть необходимость в проведении интенсивной дезинтоксикационной терапии.

Задача №6

Мужчина, 32 лет, обратился к врачу с жалобами на субфебрильную температуру, боль и покраснение в левом коленном и голеностопном суставе, появившееся неделю назад.

Из анамнеза известно, что три недели назад перенес кишечную инфекцию (была высокая температура, жидкий стул до 8 раз в сутки). Эти проявления были купированы регидроном, за медицинской помощью не обращался.

При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 72 уд. в мин., АД – 130/80 мм.рт.ст. Живот вздут, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Локально: коленный сустав слева увеличен в размерах, имеется значительное количество жидкости, симптом «баллотирования» надколенника, кожные покровы в области сустава гиперемированы. Левый голеностопный сустав обычных размеров, но при сгибании появляется боль, кожные покровы в области сустава гиперемированы.

В анализах крови: гемоглобин - 130 г/мл, эритроциты - $6,4 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты - $11,8 \cdot 10^9/л$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. СОЭ - 25 мм/ч, СРБ-7 мг/л, РФ - отр.

При рентгенографии левого коленного сустава — расширенная суставная щель, имеется эрозия суставной поверхности. При рентгенографии левого голеностопного сустава - расширенная суставная щель.

При бактериологическом исследовании кала патогенной микрофлоры не выявлено, дисбактериоз.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Вероятный реактивный артрит, постэнтероколитический с поражением левого коленного и левого голеностопного сустава, степень активности II, ФНС II.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Диагноз поставлен на основании:

-жалоб больного: субфебрильная температура, боль и покраснение в левом коленном и голеностопном суставе, появившееся неделю назад.

-анамнеза: три недели назад перенес кишечную инфекцию (была высокая температура, жидкий стул до 8 раз в сутки). Эти проявления были купированы регидроном, за медицинской помощью не обращался

-лабораторных исследований: лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, ускорение СОЭ, повышенный уровень СРБ.

-инструментальных данных: при рентгенографии левого коленного сустава— расширенная суставная щель, имеется эрозия суставной поверхности, при рентгенографии левого голеностопного сустава- расширенная суставная щель.

Реактивный артрит вероятный, т.к. имеется два больших критерия, а именно ассиметричный олигоартрит нижних конечностей и наличие предшествующей клинически выраженной энтероколитической инфекции.

II (средняя) степень активности, т.к. присутствует умеренная гиперемия, умеренные экссудативные проявления, СОЭ в интервале от 20 до 40 мм/ч, СРБ ++.

ФНС II (функциональная недостаточность суставов), т.к. ограничение движений выражено настолько, что лишает больного профессиональной трудоспособности.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Пациенту рекомендовано: консультация ревматолога с решением вопроса о необходимости госпитализации; консультация уролога, общий анализ мочи, антитела в сыворотке крови к хламидийной инфекции, соскоб эпителия из уретры с целью исключения урогенитальной патологии; HLA-B27 с целью выявления наследственной

предрасположенности; исследование синовиальной жидкости с целью исключения других артропатий; лабораторное подтверждение энтероколотической инфекции путем выявления антител в сыворотке крови; ЭКГ, ЭХО-КС, УЗИ органов брюшной полости и почек с целью исключения вовлечения в патологический процесс других органов и систем.

4. Препарат каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

Санация очага кишечной инфекции антибактериальными препаратами не проводится, особенно при отсутствии лабораторных подтверждений триггерных инфекции.

1. нестероидные противовоспалительные препараты с целью подавления воспалительной активности заболевания (диклофенак, мовалис, нимесулид) под прикрытием блокаторов протонной помпы (омепразол).

2. пункция коленного сустава с эвакуацией жидкости и последующим введением глюкокортикостероидов внутрисуставно (дипроспан)

3. при длительно сохраняющейся активности воспалительного процесса, развитии рефрактерности к проводимому лечению, системности процесса (появление лихорадки, снижение массы тела, лимфоаденопатии, анемии и др.), узурации суставов, а также при хроническом и часто рецидивирующем течении РеА в комплексную терапию включают базисные препараты, способные индуцировать ремиссию заболевания (сульфасалазин, метотрексат)

4. при стихании воспалительных явлений назначают физиотерапевтические процедуры (фонофорез гидрокортизона, лазеро- и магнитолазеротерапия, диатермия, УФО, парафиновые и озокеритовые аппликации на область пораженных суставов), массаж и лечебную гимнастику.

5. Разработайте индивидуальную программу реабилитации пациента.

1. Диспансерная группа (III)- в первые 3 месяца после госпитализации наблюдение ревматолога - ежемесячно, затем 1 раз в 3 месяца в течение года, в последующем - 2 раза в год; Гастроэнтеролог (по показаниям) - 1 раз в 3 месяца в течение 1 года, в дальнейшем 2 раза в год.

2. Клинический анализ крови, общий анализ мочи, анализ секрета предстательной железы, анализ кала, СРБ - 1 раз в 3 месяца, рентгенография пораженных суставов - 1 раз в год;

3. Санаторно-курортное лечение в санаториях артрологического, гастроэнтерологического профиля.

4. Перевод во II-ю группу диспансерного наблюдения

Задача № 7.

Девушка, 19 лет. Обратилась к участковому терапевту с жалобами на геморрагические высыпания на голенях, бедрах, ягодицах, отечность голеностопных суставов, болезненность при движении в них, повышение температуры тела до $37,6^{\circ}\text{C}$, общую слабость.

Из анамнеза заболевания известно, что 1,5 недели назад заболела ОРВИ, лечилась самостоятельно, принимала НПВС (анальгин). На фоне приема лекарственных препаратов появилась мелкопятнистая сыпь на коже голеней, бедер; отечность коленных суставов, болезненность их при движении.

Объективно: Состояние средней степени тяжести. Температура тела $37,3^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы бледные, сухие. На коже разгибательных поверхностей стоп, голеней и бедер симметричные геморрагические высыпания, местами имеющие сливной характер, возвышающиеся над поверхностью кожи. При надавливании высыпания не исчезают. Голеностопные суставы увеличены в объеме, движения в них болезненны. В легких дыхание везикулярное. ЧД-18 в мин. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные. ЧСС-90 в мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Живот при пальпации умеренно болезненный в мезогастррии. Стул, диурез в норме.

В анализах крови: Нв -110 г/л, эритроциты $3,8 \cdot 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты- $10,6 \cdot 10^9/\text{л}$, п/я-4%, с/я-74%, СОЭ-25мм/ч, тромбоциты- $180 \cdot 10^9/\text{л}$.

В анализах мочи: относительная плотность-1015, белок-отр., глюкоза-отр., эритроциты-0-1 в п.зр., лейкоциты-0-1 в п.зр.

Биохимия крови: АЛАТ- 12,6 Ед/л, АСАТ- 18,6 Ед/л, глюкоза крови- 4,4 ммоль/л, общий билирубин- 15 мкмоль/л, общий белок- 68 г/л, общий холестерин- 4,3 ммоль/л, креатинин- 76 мкмоль/л, мочевины- 4,6 ммоль/л, СРБ - 12 мг/л.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Геморрагический васкулит, кожно-суставная форма, средней степени тяжести, активность II.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Диагноз геморрагического васкулита выставлен на основании жалоб больной на геморрагические высыпания на голенях, бедрах, ягодицах, отечность голеностопных суставов, болезненность при движении в них. Из анамнеза заболевания - больная перенесла ОРВИ и на фоне приема НПВС появились вышеописанные жалобы. На основании объективного осмотра: при осмотре на коже разгибательных поверхностей стоп, голеней и бедер симметричные геморрагические высыпания, местами имеющие сливной характер, возвышающиеся над поверхностью кожи. При надавливании высыпания не исчезают. Голеностопные суставы увеличены в объеме, движения в них болезненны.

Клинический вариант: Кожно-суставная форма выставлена на основании поражения со стороны кожи нижних конечностей и голеностопных суставов.

Степень тяжести: Средняя степень тяжести поставлена на основании наличия обильных распространенных высыпаний на коже, артралгий, периодически возникающих болей в животе.

II степень активности на основании: Общее состояние больной средней степени тяжести. Температура тела $37,3^{\circ}$ С, симптомы интоксикации. Выраженный кожный геморрагический синдром. Выраженный суставной синдром со всеми признаками воспаления. В анализах крови - лейкоцитоз с нейтрофилезом и сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ-25 мм/ч.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

-коагулограмма, с целью оценки функции свертывающей системы крови и выявления ДВС-синдрома;

-проведение эндоскопических исследований (ЭФГДС, колоноскопия), с целью исключения желудочно-кишечного кровотечения;

-иммунологические исследования: вирусологические исследования (обнаружение вирусов гепатита В и С), АСЛО, с целью нахождения этиологического фактора; анализ крови на РФ, Le-клетки, АТ к ДНК с целью дифференциальной диагностики с другими ревматологическими заболеваниями;

-УЗИ органов брюшной полости и почек, с целью оценки состояния органов;

- консультация ЛОРа, стоматолога, гинеколога необходимы в связи с частой связью данного заболевания с инфекциями слизистых оболочек.

4. Предложите схему лечения пациента. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

Необходима госпитализация в стационар.

Схема лечения в условиях стационара:

-режим постельный (ограничение двигательной активности) на период кожных высыпаний;

-гипоаллергенная диета;

-деагрегантная терапия (курантил) препятствует образованию сгустков крови за счет нарушения склеивания тромбоцитов;

-антикоагулянтная терапия (гепарин, фраксипарин) препятствует образованию сгустков крови за счет воздействия на факторы свертывания;

-глюкокортикостероиды (преднизолон) оказывают противовоспалительное и противоотечное действие;

-антибактериальная терапия (защищенные пенициллины, цефалоспорины), с целью лечения инкубентных инфекций в дебюте или на фоне болезни, а также лечения имеющихся очагов инфекций;

-НПВС (анальгин, диклофенак) обладают обезболивающим, противовоспалительным и жаропонижающим эффектами;

-инфузионная терапия (5% р-р глюкозы), с целью уменьшения признаков воспаления и интоксикации.

Основанием для выбора данных групп лекарственных препаратов служат результаты доказательной медицины и российские рекомендации по лечению ревматологических болезней.

5. Разработайте индивидуальную программу реабилитации пациента.

- пожизненное диспансерное наблюдение (ДШ) – осмотр участкового терапевта 3 раза в год;

- Пожизненное соблюдение строгой гипоаллергенной диеты;

- Исключения тяжелого физического труда, переохлаждений, психо – эмоционального стресса, введения иммуноглобулинов;
- весной и осенью 2х недельные курсы приема курантила и аскорутина;
- санаторно-курортное-лечение по поводу сопутствующих заболеваний в местных санаториях, в нежаркое время года, с исключением электро- и грязелечения, в период полной клинической ремиссии.

Задача № 8.

Пациентка Н., 23 лет, обратилась с жалобами на выраженные боли и припухание суставов кистей и стоп, лучезапястных суставов (боли более интенсивны ночью и в ранние утренние часы). Также беспокоят скованность в пораженных суставах по утрам, которая длится около 2 часов, периодически возникающий субфебрилитет, выраженная общая слабость.

Из анамнеза известно, что близкая родственница больной страдает ревматоидным артритом. Пациентка по профессии программист. Данные жалобы появились около полугода назад, когда после перенесенного простудного заболевания впервые возникли боли и скованность в пястно – фаланговых суставах около часа по утрам, через несколько месяцев припухлость и скованность появилась и в обоих лучезапястных суставах, за мед. помощью не обращалась, принимала обезболивающие, мазала суставы вольтареном, без особого эффекта. В течение последнего месяца в процесс вовлеклись суставы стоп, стала отмечать субфебрильную температуру, похудела на 8 кг за последние 3 месяца.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 37,6°С. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Отмечаются припухлость и гиперемия в пястно-фаланговых и плюестне-фаланговых, лучезапястных, ограничение объема активных и пассивных движений в суставах кистей и стоп, лучезапястных суставах из-за болей, положительный симптом «сжатия» На передней поверхности левой голени и в области правого локтя имеются округлые образования размером с горошину, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет, ритм правильный. ЧСС -68 в минуту. АД - 110/75 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены, симптом Пастернацкого отрицательный с 2х сторон, отеков нет.

Лабораторные методы обследования:

ОАК: HGB - 90 г/л, Лей – 7.0 *10⁹/л, Гр - 240 *10⁹/л, СОЭ - 56 мм/ч.

ОАМ: уд. плотность 1018 г/л, рН – кислая, белок – отр. г/л, глюкоза – отр; кетоновые тела – отр;

Биохимический анализ крови: СРБ - 31,5 мкмоль/л, РФ – 64 МЕ/мл, глюкоза – 5.6 ммоль/л, креатинин – 60 мкмоль/л, мочевины – 5,3 ммоль/л, холестерин 5,4 ммоль/л, билирубин общ. – 17,4 мкмоль/л, АлАТ – 67 Е/л, АсАТ – 73 Е/л, фибриноген - 4,38 мг/л.

Инструментальные методы обследования.

Рентгенография кистей: околосуставной остеопороз, кисты в эпифизах II-III пястных костей справа, в эпифизах II-IV пястных костей помимо кист имеются единичные эрозии, сужение рентгеновских суставных щелей обоих лучезапястных и пястно-фаланговых суставов справа.

Рентгенография стоп: околосуставной остеопороз в эпифизах плюсневых костей обеих стоп, единичные кисты.

Эзофагогастродуоденоскопия: Складки слизистой желудка слегка гиперемированы, не отечны, эрозий и язв не визуализируется.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз:

Ревматоидный артрит серопозитивный, ранняя стадия, активность II, с системными проявлениями (ревматоидные узелки), эрозивный (рентгенологическая стадия II), ФК II;

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Диагноз ревматоидной артрит поставлен на основании жалоб на боли и припухание суставов кистей, лучезапястных, суставах стоп, утреннюю скованность в пораженных суставах, длящуюся около 2 часов, периодически возникающий субфебрилитет, выраженную общую слабость, из анамнеза известно, что семейный анамнез отягощен по ревматоидному артриту, а так же постепенное вовлечение в процесс новых суставов. При физикальном обследовании выявляется отечность пястнофаланговых суставов кистей, обоих лучезапястных суставов и плюснефаланговых суставов, подвижность в них ограничена. Положительный симптом «сжатия» пораженных суставов. На передней поверхности левой голени и на правом локте имеются «ревматоидные узелки».

Ранняя стадия: на основании длительности заболевания, около 1 года (от 6 мес. до 1 года);

Активность II: на основании повышения СОЭ (56 мм/ч), наличия лихорадки, снижения массы тела, присоединения суставов стоп;

С системными проявлениями: на передней поверхности левой голени и на правом локте имеются «ревматоидные узелки»;

Эрозивный (рентгенологическая стадия II): наличие единичных эрозий, множественных кист и околоуставного остеопороза пораженных суставов;

Серопозитивный: наличие в крови РФ;

ФК II: сохранены: самообслуживание, профессиональная деятельность, ограничена: непрофессиональная деятельность;

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

1) Ежегодная рентгенография суставов кистей и стоп (оценка прогрессирования заболевания, его активности, эффективности лечения);

2) Биохимический анализ крови на АЦЦП (более диагностически значимый критерий РА);

3) Повторение ФЭГДС, для контроля состояния ЖКТ больной на фоне лечения НПВС.

4) ЭхоКГ: для исключения ревматического поражения сердца.

4. Предложите схему лечения пациента. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

Больной показано стационарное лечение:

- Госпитализации подлежат больные с обострением РА;

- Госпитализация показана для подбора БПВП;

Основная цель фармакотерапии РА – достижение ремиссии (или низкой активности) заболевания, а также снижение риска коморбидных заболеваний

1) Избегать провоцирующих факторов (ОРВИ, инфекции, стресс, отказ от курения, поддержание нормальной МТ);

2) Диспансерное наблюдение врача ревматолога;

3) Медикаментозная терапия:

1. Базисная противовоспалительная терапия (БПВТ) (должна начинаться как можно раньше, в пределах 3-6 мес. от момента развития симптомов болезни):

- Антиметаболиты (Метотрексат) + препараты фолиевой кислоты;

- Иммунодепрессанты (Лефлунамид).

2. НПВС:

- Не селективные ингибиторы ЦОГ – 2;
- Селективные ингибиторы ЦОГ – 2 (Коксибы);

3. Внутрисуставное введение глюкокортикостероидов для купирования болевого синдрома и синовитов. Возможно использование системных глюкокортикостероидов при не достаточной эффективности БПВТ.

4. Генно-инженерные биологические препараты (добавляют в базисной терапии при её недостаточной эффективности):

- ингибиторы ФНО- α (Инфлексимаб);
- анти- В клеточный препарат (Ритуксимаб);
- блокатор ко-стимуляции Т– лимфоцитов (Абатацепт);
- блокатор рецепторов интерлейкина 6 (Тоцилизумаб);

4) ЛФК и физиотерапия

5) Контроль ОАК (гемоглобин, лейкоцитоз, тромбоциты) и биохимического анализа крови (АлАТ, АсАТ, глюкоза, креатинин, мочеви́на) не реже 1 раза в 1 - 3 мес.

5. Разработайте индивидуальную программу реабилитации пациента.

Периодичность обследования и методы лечения больных РА определяются характером и тяжестью течения заболевания, а также проводимой терапией.

1. Пожизненное диспансерное наблюдение (Д III) – осмотры врачом - ревматологом 1 раз в 3 месяца, стоматологом, офтальмологом, невропатологом — 2 раза в год;
2. Обучение больной: объяснение необходимости постоянного приёма препаратов, а также возможность самостоятельного (постепенного) изменения дозы последних (ГКС, метотрексат);
3. Общеклиническое исследование крови и мочи выполняется 4 раза в год, при лечении базисными средствами (D-пеницилламин, цитостатики, лефлуномид и др.) — клинический анализ крови и мочи 1 раз в месяц, биохимическое и иммунологическое исследование крови (СРБ, фибриноген, АЛТ, АСТ, креатинин, ревматоидный фактор, ЦИК) — 2 раза в год, рентгенография суставов — 1 — 2

раза в год, рентгенография органов грудной клетки — 1 раз в год. При постоянном приеме НПВП (ГКС) 1 раз в 6 месяцев (по показаниям — чаще) проводится контрольная фиброгастроуденоскопия.

Задача № 9.

Женщина, 58 лет, обратилась к врачу с жалобами на боли в суставах кистей: проксимальных межфаланговых 3, 4 и 5 пальцев левой руки, 2 и 3 пальцев правой руки, пястно-фаланговых 3 и 4 пальцев левой руки, 3 и 4 пальцев правой руки; ограничение движения в этих суставах, их отек, а также беспокоит утренняя скованность около 1-1,5 часов.

Из анамнеза известно, что пациентка страдает болями в суставах около 2 лет. Беспокоили боли также в лучезапястных, коленных суставах, лечилась с самостоятельно НПВП с периодически удовлетворительным эффектом. Также беспокоит АГ около 4 лет с подъемами АД до 165/105 мм.рт.ст., однако постоянной антигипертензивной терапии не получал. Семейный анамнез - спокойный.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 29 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. При осмотре суставов отмечается болезненность суставов кистей: проксимальных межфаланговых 3, 4 и 5 пальцев левой руки, 2 и 3 пальцев правой руки, пястно-фаланговых 3 и 4 пальцев левой руки, 3 и 4 пальцев правой руки, ограничение их подвижности, отек. Также выявлено ограничение движения в лучезапястных суставах обеих кистей и болезненность при пальпации, болезненность при пальпации плюсне-фаланговых суставов обеих стоп. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 160/100 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: ОАК – Нв – 102 г/л, лейкоциты – $6 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты – $250 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 30 мм.рт.ст. ОАМ – без патологии. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,9 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, АЛАТ – 26 Ед/л, АсАТ – 20 Ед/л, креатинин – 81 мкмоль/л, РФ – 250 Ед/мл.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Ревматоидный артрит серопозитивный, развернутая стадия, активность средняя, АЦЦП и МСV не определялись, ФК II.

Артериальная гипертензия I стадии, 2 степени, риск 2.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Диагноз ревматоидного артрита установлен на основании жалоб больного на боли в суставах кистей: проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых; ограничение движения в этих суставах, их отек, утренняя скованность около 1-1,5 часов; на основании выявленной при осмотре суставов болезненность суставов кистей: проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых кистей, ограничение их подвижности, отек; ограничение движения в лучезапястных суставах обеих кистей и болезненность при пальпации, болезненность при пальпации плюсне-фаланговых суставов обеих стоп.

Серопозитивный – на основании данных биохимического анализа крови - РФ – 250 Ед/мл.

Развернутая стадия – длительность болезни более 1 года при наличии типичной симптоматики.

Активность средняя – подсчет индекса DAS28 (количество болезненных и припухших суставов, СОЭ, общая оценка состояния здоровья по ВАШ) – *не обязательный компонент ответа.*

АЦЦП и МСV как дополнительная иммунологическая характеристика не определялись.

Функциональный класс II – сохранено самообслуживание, профессиональная деятельность, ограничена непрофессиональная деятельность.

Артериальная гипертония I стадии, 2 степени, риск 2. Диагноз артериальной гипертонии установлен на основании жалоб больного на нестабильность АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 4 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приема. Стадия АГ установлена на основании предполагаемого отсутствия поражения органов-мишеней. Степень риска ССО поставлена на основании наличия гиперхолестеринемии.

3. Дифференциальный диагноз с какими заболеваниями требуется провести? Привести минимум 3 нозологии и обосновать почему выбор сделан не в их пользу.

Остеоартроз – вовлечение дистальных межфаланговых суставов, отсутствие выраженной утренней скованности, увеличение выраженности боли в конце дня.

Подагра – выявление кристаллов в синовиальной жидкости и тофусах, выраженное покраснение, припухлость сустава, связь с нарушением диеты, прослеживается наследственность.

Псориатический артрит – моноартрит, асимметричный олигоартрит, симметричный полиартрит, частое поражение дистальных межфаланговых суставов, характерные для псориаза изменения ногтей и кожи, прослеживается наследственность.

Реактивный артрит – олигоартрит, асимметричный, с преимущественным поражением нижних конечностей, бывает вызван различными микроорганизмами.

4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Пациенту рекомендовано: СРБ, АЦЦП, Анти-МСV, рентген кистей и стоп, коленных суставов. Для установления природы анемии – сывороточный ферритин.

5. Препараты каких группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

Для уменьшения болей в суставах назначают НПВП. ГКС в низких/средних дозах эффективно контролируют клинические проявления и прогрессирование деструкции суставов, используется в комбинации с БПВП. БПВП (метотрексат, лефлуномид, сульфасалазин, соли золота, азатиоприн) и ГИБП (ингибиторы ФНОα: инфликсимаб, адалимумаб, этанерцепт; анти-В-клеточный препарат – ритуксимаб) уменьшают боль и воспаление, улучшает функции и замедляет прогрессирование деструкции суставов.

Задача № 10.

Пациентка М., 55 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в области коленных суставов при физической нагрузке, усиливающиеся к вечеру, незначительную припухлость в области правого коленного сустава.

Из анамнеза заболевания выяснено, что в течение последних трех лет беспокоят тупые давящие боли в коленных суставах в первую половину ночи, постепенно стихающие ко 2-й половине ночи, боли постепенно нарастают в своей интенсивности, послужив причиной ограничения повседневной физической нагрузки. Последнее обстоятельство способствовало набору массы тела. Удалось выяснить, что особенно тяжело больной спускаться по лестнице, т.к. боли в правом колене при этом значительно усиливаются.

Из анамнеза жизни известно, что с детства у больной выраженное продольное плоскостопие, к которому после 40 лет добавилось поперечное. Любит носить обувь на высоком каблуке. Больная в менопаузе в течение 8 лет. Ранее курила, но отказалась от

курация 5 лет назад. Всегда имела избыточный вес. Кожных заболеваний никогда не было. Родственники пациентки псориазом не страдают.

Данные объективного осмотра подтвердили наличие избыточной массы тела (ИМТ 32). Кожа чистая. В области коленных суставов определяется легкая деформация правого коленного сустава за счет экссудативных явлений и здесь же повышение локальной температуры. Пальпация коленных суставов выявила резко болезненный участок по медиальной поверхности правого коленного сустава. Осмотр нижних конечностей позволил определить незначительную варусную деформацию правого коленного сустава и комбинированное плоскостопие. Анализ состояния других органов и систем выявил повышение артериального давления до 155 и 95 мм.рт.ст., приглушенность сердечных тонов, единичные экстрасистолы. Со стороны органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы отклонений не выявлено.

Лабораторные данные не имели отклонений от нормы. При проведении пункции правого коленного сустава получено 15 мл вязкой, прозрачной синовиальной жидкости с цитозом 1500 м³. Ревматоидный фактор, антитела к циклическому цитрулинированному пептиду, антинуклеарный фактор, HLA-B27 антиген не выявлены. На ЭКГ признаки умеренной гипертрофии левого желудочка сердца. На рентгенограммах коленных суставов в положении стоя и лежа, прямой и боковой проекциях выявлены субхондральный склероз, единичные остеофиты, небольшое сужение суставной щели правого коленного сустава. Рентгенограммы кистей, стоп, таза – без особенностей.

Вопросы:

1. Какой дифференциальный диагноз следует провести (минимум 3 нозологии).

Ревматоидный артрит – для него характерны поражения мелких суставов, внутренних органов, ранняя атрофия мышц, ревматоидные узелки, РФ+, СРБ+, АЦЦП+, на рентгенограммах – узурация и остеопороз.

Подагрический артрит – приступы болей (чаще в большом пальце стопы), повышена мочевая кислота в крови, на рентгенограммах – симптом пробойника в эпифизах, подагрическая почка (ураты, белок, эритроциты).

Анкилозирующий спондилоартрит – чаще мужчины до 30 лет, HLA-B27 антиген положительный, сглаживание физиологических изгибов позвоночника, поза просителя, на рентгенограммах – сакроилиит, симптом бамбуковой палки.

Псориатический артрит – псориаз, HLA-B27 антиген положительный, на рентгенограммах – остеолиз ногтевых фаланг пальцев.

2. Предположите наиболее вероятный диагноз, а так же сформулируйте правильно диагноз сопутствующей патологии пациентки.

Первичный остеоартроз(на фоне комбинированного плоскостопия), преимущественно двусторонний гонартроз, медленно прогрессирующее течение, II рентгенологическая стадия, реактивный синовит правого коленного сустава, вальгусная деформация правого коленного сустава, ФК I.

Гипертоническая болезнь, 1 степень, II стадия, риск 2.

3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Основные клинические симптомы – боли, варусная деформация сустава (за счет разрастаний - остеофитов). Типичный признак раннего гонартроза - затруднение спуска по лестнице. Отсутствие узелков Гебердена и Бушара, утренней скованности.

4. Назовите немедикаментозное лечение поставленного Вами основного заболевания для данной пациентки.

Снижение веса, отказ от ношения обуви на высоком каблуке, коррекция плоскостопия ортопедическими стельками, физические упражнения для укрепления мышц бедра (мышечный корсет коленных суставов), ФТЛ.

5. Перечислите группы препаратов для лечения поставленного Вами основного заболевания с обоснованием назначений.

Группы ЛП:

1. НПВП – у пациентки синовит правого коленного сустава и болевой синдром,
2. Глюкокортикостероиды – в полость правого сустава с целью купирования синовита правого коленного сустава, в т.ч. как альтернатива НПВП,
3. Производные гиалуроната (внутрь сустава) – для уменьшения боли и улучшения функции сустава, у данной пациентки это возможно только после купирования синовита правого коленного сустава, т.к. последний является противопоказанием к введению этих препаратов.

Задача 8.

43-летний мужчина, курильщик с 15-летним стажем, жалуется на одышку при нагрузке, кашель, кровохарканье, боли в мышцах и суставах и общую слабость, которые беспокоят около 6 месяцев. Из перенесенных заболеваний отмечает хронический синусит.

Объективно: болезненность при пальпации в области лобных и гайморовых пазух. В легких – единичные влажные хрипы, ЧД – 20 в минуту. Тоны сердца ритмичны, ЧСС 82 в минуту. АД – 140/90 мм рт ст. При осмотре конечностей признаков «часовых стекол» и «барабанных палочек» нет. Пальпация живота – без особенностей.

Рентгенологически выявляются множественные узелки с признаками локальной инфильтрации в базальных отделах обоих легких.

Лабораторные данные: Нв – 108 г/л; количество лейкоцитов – 11000/мкл; СОЭ – 82 мм/ч; РФ - 1:4; в моче – положительная реакция на белок и эритроциты.

Вопросы.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проведение дифференциальной диагностики?
3. Что бы Вы хотели исследовать у больного для подтверждения диагноза?

Назовите основные принципы терапии

Наиболее вероятный диагноз – гранулематоз Вегенера. Классификационные критерии диагноза включают: воспаление носа и полости рта, изменения при рентгенологическом исследовании легких (узелки, инфильтраты или полости), изменения мочи (микрогематурия), биопсию (гранулематозное воспаление в стенке артерии или в периваскулярном и экстраваскулярном пространстве). У больного имеется более 2-х критериев диагноза (3 – воспаление носа, узелки и инфильтраты в легких, микрогематурия, а также важный дополнительный признак - кровохарканье), что достаточно для его постановки.

Для окончательного подтверждения диагноза решающее значение имеет биопсия.

Дифференциальный диагноз проводится с заболеваниями, при которых наблюдается легочно-почечный синдром (узелковый полиартериит, синдром Гудпасчера, СКВ и т.д.), а также с заболеваниями, протекающими с гранулематозом (туберкулез, саркоидоз, системные микозы, бериллиоз).

Стандартная терапия основана на пероральном приеме циклофосфида в дозе 2 мг/кг/день в сочетании с ГКС (начальная доза – 1 мг/кг/день, с последующим снижением и

переходом на альтернирующий прием препарата). При отсутствии лечения летальность в течение 1-го года составляет 80%. Раннее начало терапии существенно улучшит

3.2.6.2. Тестовый контроль

1 Для железодефицитной анемии характерно:

- А. гипохромия, микроцитоз, сидеробласты в стернальном пунктате;
- Б. гипохромия, микроцитоз, мишеневидные эритроциты;
- В. гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки;
- Г. гипохромия, микроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки;
- Д. гипохромия, микроцитоз, положительная десфераловая проба

2. К симптомам анемии относятся:

- А. одышка, бледность;
- Б. кровоточивость, боли в костях;
- В. увеличение селезенки, лимфатических узлов.

3. Для диагностики В12- дефицитной анемии достаточно выявить:

- А. гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию;
- Б. гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию и атрофический гастрит;
- В. гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию с определением в эритроцитах телец Жолли и колец Кебота;
- Г. гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию;
- Д. мегалобластический тип кроветворения.

4. Повышение уровня ретикулоцитов в крови характерно для:

- А. хронической кровопотери;
- Б. апластической анемии;
- В. гемолитической анемии.

5. Гипорегенераторный характер анемии указывает на:

- А. наследственный сфероцитоз;
- Б. аплазию кроветворения;
- В. недостаток железа в организме;
- Г. аутоиммунный гемолиз.

6. У больного имеется панцитопения, повышение уровня билирубина, увеличение селезенки предположите диагноз:

- А. наследственный сфероцитоз;
- Б. талассемию;
- В. В₁₂-дефицитную анемию;
- Г. болезнь Маркиавы-Мейкелли;
- Д. аутоиммунную панцитопению.

7. Если у больного имеются анемия, тромбоцитопения, бластоз в периферической крови следует думать о:

- А. эритремии;
- Б. апластической анемии;
- В. остром лейкозе;
- Г. В₁₂-дефицитной анемии.

8 Для какого варианта острого лейкоза характерно раннее возникновение ДВС- синдрома:

- А. острый лимфобластный лейкоз;
- Б. острый промиелоцитарный лейкоз;
- В. острый монобластный лейкоз;
- Г. эритромиелоз.

9 Что является критерием полной клинико-гематологической ремиссии при остром лейкозе:

- А. количество бластов в стернальном пунктате менее 5%;
- Б. количество бластов в стернальном пунктате менее 2%.

10. В какой стадии острого лейкоза применяется цитостатическая терапия в фазе консолидации:

- А. рецидив;
- Б. ремиссия;
- В. развернутая стадия;
- Г. терминальная.

11. В каких органах могут появляться лейкозные инфильтраты при остром лейкозе:

- А. лимфоузлы;
- Б. селезенка;
- В. сердце;
- Г. кости;
- Д. почки.

12. Отличие эритремии от эритроцитозов:

А. наличие тромбоцитопении;

Б. повышение содержания щелочной фосфатазы в нейтрофилах;

В. увеличение абсолютного числа базофилов.

13. Выберите понятия характерны для хронического миелолейкоза:

А. возникает у больных с острым миелобластным лейкозом;

Б. относится к миелопролиферативным заболеваниям;

В. характеризуется панцитопенией.

14. Хронический лимфолейкоз:

А. самый распространенный вид гемобластоза;

Б. характеризуется доброкачественным течением;

В. возникает в старшем и пожилом возрасте, во многих случаях не требует цитостатической терапии.

15. Для какой формы хронического лимфолейкоза характерно значительное увеличение лимфатических узлов при невысоком лейкоцитозе:

А. спленомегалической;

Б. классической;

В. доброкачественной;

Г. костномозговой;

Д. опухолевой.

16. Если у больного имеется увеличение лимфатических узлов, увеличение селезенки, лейкоцитоз с лимфоцитозом следует думать о:

А. лимфогранулематозе;

- Б. остром лимфобластном лейкозе;
- В. хроническом лимфолейкозе;
- Г. хроническом миелолейкозе;
- Д. эритремии.

17. Нарушения тромбоцитарно - сосудистого гемостаза можно выявить:

- А. при определении времени свертываемости;
- Б. при определении времени кровотечения;
- В. при определении тромбинового времени;
- Г. при определении плазминогена;
- Д. при определении фибринолиза.

18. К препаратам, способным вызвать тромбоцитопатию относится:

- А. ацетилсалициловая кислота;
- Б. викасол;
- В. кордарон;
- Г. верошпирон.

19. Для острого миелобластного лейкоза характерно:

- А. более 5% лимфобластов в стерильном пунктате;
- Б. наличие гингивитов и некротической ангины;
- В. гиперлейкоцитоз, тромбоцитоз, значительное увеличение печени и селезенки.

20. Хронический лимфолейкоз:

- А. встречается только в детском и молодом возрасте;

- Б. всегда характеризуется доброкачественным течением;
- В. никогда не требует цитостатической терапии;
- Г. в стернальном пунктате более 30% лимфоцитов.

21. Наилучшие результаты лечения при лимфогранулематозе наблюдаются при:

- А. IIIb-IV стадиях заболевания;
- Б. лимфогистиоцитарном морфологическом варианте;
- В. лучевой монотерапии;
- Г. полихимиотерапии с радикальной программой облучения.

22. При лечении витамином В12:

- А. ретикулоцитарный криз наступает на 5-8 день после начала лечения;
- Б. обязательным является сочетание его с фолиевой кислотой;
- В. ретикулоцитарный криз наступает через 12-24 часа после начала лечения;
- Г. всем больным рекомендуется проводить гемотрансфузии.

23. Какие клеточные элементы костномозгового пунктата характерны для миеломной болезни:

- А. миелобласты;
- Б. гигантские зрелые лейкоциты;
- В. плазматические клетки;
- Г. лимфоциты;
- Д. плазмобласты.

24. Для геморрагического васкулита характерно:

- А. гематомный тип кровоточивости;

Б. васкулитно-пурпурный тип кровоточивости;

В. удлинение времени свертывания;

Г. снижение протромбинового индекса;

Д. тромбоцитопения.

25. С увеличения каких групп лимфоузлов чаще начинается лимфогранулематоз:

А. шейных

Б. надключичных;

В. подмышечных;

Г. лимфоузлов средостения;

Д. забрюшинных.

26 При гломерулонефрите развиваются все перечисленные осложнения, кроме:

А. артериальная гипертония

Б. отек легких

В. рак почки

Г. аритмия

27 Пик заболеваемости острым постстрептококковым гломерулонефритом

приходится на возраст :

А. до 2-х лет

Б. 5-12 лет

В. более 40 лет

Г. более 60 лет

28 Для острого гломерулонефрита характерны все симптомы, кроме:

А. нарушения толерантности к глюкозе

Б. микрогематурии

В. макрогематурии

- Г. гипертензии
- Д. генерализованных отеков

29 Тупые боли в пояснице возникают при остром гломерулонефрите:

- А. у 50-60% больных
- Б. у 20-30% больных
- В. у 5-10% больных
- Г. менее чем у 5% больных
- Д. вообще не возникают

30 При остром гломерулонефрите генерализованные отеки чаще возникают у:

- А. детей
- Б. взрослых
- В. лиц с ожирением
- Г. лиц с дефицитом массы тела

31 При остром гломерулонефрите гипертензия возникает у:

- А. 10-20% больных
- Б. 20-30%
- В. 30-40%
- Г. 40-50%
- Д. 50-90%

32 К механизмам развития АГ при остром гломерулонефрите относят :

- А. задержка натрия и жидкости
- Б. увеличение объема циркулирующей крови
- В. повышение сердечного выброса
- Г. повышение периферического сопротивления
- Д. все перечисленное

33 К экстренным ситуациям при АГ на фоне ГН относятся:

- А. Гипертоническая энцефалопатия
- Б. отек легких
- В. застойная сердечная недостаточность
- Г. все перечисленное

- 34 Доля больных с макрогематурией при ОПС ГН составляет:
- А. менее 20%
 - Б. 20-30%
 - В. 30-50%
 - Г. 50-90%
- 35 Доля больных с лейкоцитурией при ОПС ГН составляет:
- А. менее 20%
 - Б. 30%
 - В. 50%
 - Г. 70%
 - Д. 90%
- 36 Нарушение функции почек при остром ГН возникает у:
- А. 25% больных
 - Б. 10% больных
 - В. 50% больных
 - Г. 70% больных
 - Д. 5% больных
- 37 Для ОПС ГН характерны:
- А. возникновение через 1-6 недель после перенесенной стрептококковой инфекции
 - Б. изменения анализов мочи
 - В. положительные серологические тесты на антистрептококковые антитела
 - Г. все перечисленное
- 38 У пациентов с острым гломерулонефритом, получавших антибиотики, антистрептококковые антитела:
- А. всегда положительны
 - Б. могут быть отрицательными
 - В. всегда положительны при кожных стрептококковых инфекциях
 - Г. всегда положительны при тонзиллите
- 39 Показаниями к биопсии почек при остром ГН служат:

- А. мочевого синдром при персистирующем более 3-х месяцев низком уровне СЗ
 - Б. нефротический синдром
 - В прогрессирующее ухудшение функции почек
 - Г. все перечисленное
- 40 Мембранопролиферативный гломерулонефрит (МПГН) проявляется:
- А. гематурией
 - Б. протеинурией
 - В. артериальной гипертензией
 - Г гипокомплементемия
 - Д. все перечисленное
- 41 При мембранопролиферативном гломерулонефрите (МПГН) клинические и лабораторные изменения сохраняются в течение:
- А. 1-2 недель
 - Б. 2-3 недель
 - В. 4-6 недель
 - Г. 6-8 недель
 - Д. более 8 недель
- 42 Показания к госпитализации при остром гломерулонефрите
- А. Нарушение функции почек (с и без уменьшения количества выделяемой мочи)
 - Б. Сохраняющаяся/нарастающая АГ
 - В. Признаки сердечной недостаточности
 - Г Нефротический синдром
 - Д. все перечисленное
- 43 Постельный режим при остром ГН рекомендован в случае:
- А. выраженных отеках
 - Б. макрогематурии
 - В. умеренной\тяжелой АГ
 - Г. Сердечной недостаточности
 - Д. все перечисленное
- 44 При остром ГН прием жидкости не должен превышать диурез на:

- А. 100 мл
- Б. 200 мл
- В. 300 мл
- Г. 50 мл

45 При остром ГН диета с ограничением белка продолжается в течение :

- А. 2-4 недель
- Б. 4-6 недель
- В. 6-8 недель
- Г. 8-10 недель
- Д. более 10 недель

46 При остром ГН симптоматическая терапия направлена на:

- А. поддержание водно-электролитного баланса
- Б. контроль АД
- В. лечение осложнений
- Г. все перечисленное

47 При остром ГН терапия диуретиками показана при:

- А. выраженных отеках
- Б. сердечной недостаточности
- В. тяжелой АГ
- Г. Дыхательной недостаточности
- Д. все перечисленное

48 При быстро прогрессирующем течении ГН показано:

- А. проведение «пульс-терапии» метилпреднизолоном
- Б. назначение антикоагулянтов
- В. только симптоматическая терапия

49 При остром ГН при сохраняющемся более 2 недель нефротическом синдроме назначают :

- А. преднизолон в дозе 1 мг/кг/сут на 1-2 недели
- Б. преднизолон в дозе 2-3 мг/кг/сут на 1-2 недели
- В. преднизолон в дозе 1 мг/кг/сут на 1-2 месяца

Г. преднизолон в дозе 2-3 мг/кг/сут на 1-2 месяца

50 При остром ГН гематурия исчезает в течение:

- А. 1-2 месяцев
- Б. 3-6 месяцев
- В. 6-8 месяцев
- Г. 12 месяцев

51 При остром ГН следовая лейкоцитурия может сохраняться в течение:

- А. 1-2 месяцев
- Б. 3-6 месяцев
- В. 6-8 месяцев
- Г. 8-10 месяцев
- Д. 12 месяцев

52 При ХГН цели лечения включают:

- А. индукцию ремиссии
- Б. замедление темпов прогрессирования
- В. предотвращение осложнений
- Г. лечение осложнений
- Д. все перечисленное

53 Частота выявления первичного ГН составляет:

- А. 85%
- Б. 65%
- В. 50%
- Г. 40%
- Д. 30%

54 Экстракапиллярный ГН относится к:

- А. пролиферативным
- Б. мембранозным
- В. фокальным вариантам гломерулосклероз
- Г. генерализованным вариантам гломерулосклероз

55 При быстро прогрессирующем ГН % полулуний в клубочках при биопсии составляет:

А. 30-40%

Б. 40-50%

В. 50-60%

Г. 60-70%

Д. 70-80%

56 Критериями обострения для больных с изолированным мочевым синдромом являются:

А. увеличение эритроцитурии в 8-10 раз в разовых анализах мочи,

Б. суточная потеря белка увеличивается не менее чем на 1 г.

В. увеличение протеинурии

Г. все перечисленное

Правильные ответы 1-В, 2-А, 3-Д, 4-В, 5-Б, 6-Д, 7-В, 8-Б, 9-А, 10-В, 11-А, 12Б, 13-Б, 14-Б, 15-Д, 16-В, 17-Б, 18-А, 19-Б, 20-Г, 21-В, 22-А, 23-А, 24-Б, 25-А, 26-В, 27-Б, 28-А, 29-В, 30-А, 31-Д, 32-Д, 33-Г, 34-В, 35-В, 36-А, 37-Г, 38-Б, 39-Г, 40-Д, 41—В, 42-Д, 43-Д, 44-Б, 45-А, 46-Г, 47-Д, 48-А, 49-В, 50-Б, 51-Д, 52-Д, 53-А, 54-А, 55-В, 56-Г