

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«РОССИЙСКИЙ БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ (РОСБИОТЕХ)»

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ**

**«ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ»**

<b>Уровень образования:</b>	Специалитет
<b>Специальность</b>	31.05.01 Лечебное дело
<b>Направленность программы</b>	Лечебное дело
<b>Форма обучения</b>	Очная
<b>Срок освоения образовательной программы в соответствии с ФГОС (очная форма)</b>	6 лет
<b>Год начала подготовки</b>	2023
<b>В соответствии с утвержденным УП:</b>	Протокол № 14 от 07.08.2023 г.
<b>шифр и наименование дисциплины</b>	Б1.О.49 Поликлиническая терапия
<b>семестры реализации дисциплины</b>	10,11,12 семестры
<b>форма контроля</b>	Зачеты в 10 и 11 семестрах, экзамен в 12 семестре

г. Москва 2023 г.

## 1. Область применения.

Фонд оценочных средств (ФОС) является неотъемлемой частью программы дисциплины при реализации основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования (ВО) по специальности:

31.05.01 Лечебное дело

Направленность: Лечебное дело

Оценочные фонды разрабатываются для проведения оценки степени соответствия фактических результатов обучения при изучении дисциплины запланированным результатам обучения, соотнесенных с установленными в программе индикаторами достижения компетенций, а также сформированности компетенций, установленных программой специалитета.

Таблица 1  
Паспорт фонда оценочных средств

Индекс и содержание компетенции	Индикатор достижения компетенции	Планируемые результаты обучения
ОПК – 4 Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	ОПК-4.2 Применяет медицинские изделия в соответствии с порядком оказания медицинской помощи	Знать методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов.
	ОПК-4.3 Проводит обследование пациента для установления диагноза	Уметь обосновывать необходимость и объем лабораторного и инструментального обследования пациента, направления пациента на консультации к врачам-специалистам, интерпретировать полученные данные.
		Практический опыт составления плана лабораторных и инструментальных обследований пациента
ПК – 1 Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах	ПК-1.1 Оценивает состояние пациента, требующее оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах	Знать особенности оказания медицинской помощи пациенту в неотложной и экстренной формах.
	ПК-1.2 Проводит мероприятия по оказанию медицинской помощи пациенту в	Уметь оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной и

	неотложной или экстренной формах	экстренной формах в амбулаторных условиях. Практический опыт оказания медицинской помощи пациенту в неотложной и экстренной формах.
ПК – 2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза	<p>ПК-2.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проведение полного физикального обследования; формирует предварительный диагноз и составляет план обследования</p> <p>ПК-2.2 Проводит дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний</p> <p>ПК-2.3 Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)</p> <p>ПК-2.4 Использует медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>Знать методы физикального, лабораторного и инструментального исследования органов и систем; последовательность выполнения и объём проводимых исследований, необходимых для постановки диагноза.</p> <p>Уметь использовать данные физикального обследования, интерпретировать и использовать данные основных лабораторно-инструментальных методов обследования при формулировке диагноза.</p> <p>Практический опыт общеклинического обследования и интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; построения и обоснования развернутого клинического диагноза на основании полученных данных.</p>
ПК – 3 Способен назначить лечение и контролировать его эффективность и безопасность	<p>ПК-3.1 Составляет план лечения заболевания / состояния пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ПК-3.2 Назначает лечение в соответствии с действующими порядками оказания</p>	<p>Знать механизм действия лекарственных препаратов, показания и противопоказания к их назначению.</p> <p>Уметь сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических свойств средств препаратов, опираясь на результаты</p>

	<p>медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ПК-3.3</p> <p>Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения</p>	<p>рандомизированных контролируемых фармакоэкономических и фармакоэпидемиологических исследований; обосновать фармакотерапию у конкретного больного при основных заболеваниях и неотложных состояниях, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения, сформулировать показания для продолжения лечения в стационаре.</p> <p>Практический опыт выбора лекарственного средства, используя стандарты диагностики и лечения заболеваний, клинические рекомендации; выбора лекарственного препарата на основании инструкции по медицинскому применению, перечня ЖНВЛС, стандартов диагностики и лечения заболеваний; выбора лекарственных средств с учетом индивидуальной фармакодинамики, фармакокинетики, известных нежелательных реакций, возможного взаимодействия при сопутствующем назначении других лекарственных препаратов.</p>
<p>ПК – 4</p> <p>Готов реализовывать и контролировать эффективность медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов, проводить оценку</p>	<p>ПК-4.1</p> <p>Определяет признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами</p> <p>ПК-4.2</p> <p>Проводит экспертизу временной</p>	<p>Знать принципы проведения реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов, принципы проведения экспертизы временной и</p>

<p>способности осуществлять деятельность</p> <p>пациента трудовую</p>	<p>нетрудоспособности, направляет пациента, имеющего стойкое нарушение функций организма, на медико-социальную экспертизу</p> <p>ПК-4.3</p> <p>Определяет, реализует и контролирует комплекс мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при проведении индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов</p>	<p>стойкой нетрудоспособности.</p> <p>Уметь составлять программы реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов, проводить экспертизу временной и стойкой нетрудоспособности пациента, сформулировать показания для направления пациента на освидетельствование в бюро МСЭ.</p> <p>Практический опыт составления программ реабилитации пациентов и абилитации инвалидов; методами проведения экспертизы временной нетрудоспособности пациента; методами определения признаков стойкой утраты трудоспособности.</p>
<p>ПК – 5</p> <p>Готов проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p>	<p>ПК-5.1</p> <p>Организует и проводит профилактические мероприятия (диспансеризацию и диспансерное наблюдение, иммунопрофилактику, санитарно-противоэпидемические мероприятия) в соответствии с действующими нормативными и правовыми актами</p> <p>ПК-5.2</p> <p>Разрабатывает и реализует программы формирования здорового образа жизни, санитарно-гигиенического просвещения населения</p> <p>ПК-5.3</p> <p>Оценивает эффективность профилактической работы среди населения</p>	<p>Знать методы профилактики заболеваний, принципы формирования здорового образа жизни и санитарно-гигиенического просвещения населения, особенности проведения вакцинации взрослого населения, показания и противопоказания к вакцинации.</p> <p>Уметь составить план профилактических мероприятий, провести контроль эффективности мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения, сформулировать показания и противопоказания к</p>

		проведению вакцинации населения.
		Практический опыт санитарно-просветительской и профилактической работы
ПК – 6 Способен вести медицинскую документацию и организовать деятельность находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала	ПК-6.1 Осуществляет ведение медицинской документации в соответствии с законодательством РФ в сфере охраны здоровья, нормативно-правовыми актами и документами, определяющими деятельность медицинских организаций и медицинских работников	Знать особенности ведения медицинской документации при оказании амбулаторной помощи; особенности организации деятельности находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала.
	ПК-6.2 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	Уметь оформлять медицинскую документацию в амбулаторно-поликлиническом учреждении
		Практический опыт ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских организациях

## 2. Цели и задачи фонда оценочных средств.

Целью ФОС является установление соответствия уровня подготовки обучающихся требованиям федерального государственного образовательного стандарта ФГОС ВО по ОПОП.

ФОС предназначен для решения задач контроля достижения целей реализации ОПОП ВО и обеспечения соответствия результатов обучения области, сфере, объектам профессиональной деятельности, области знаний и типам задач профессиональной деятельности.

### 3. Перечень оценочных средств, используемых для оценивания сформированности компетенций, критерии и шкалы оценивания в рамках изучения дисциплины.

#### 3.1. Оценочные материалы для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации (с ключом ответов).

<b>10 семестр изучения в соответствии с УП форма промежуточной аттестации – зачет</b>	
<b>11 семестр изучения в соответствии с УП форма промежуточной аттестации – зачет</b>	
<b>12 семестр изучения в соответствии с УП форма промежуточной аттестации – экзамен</b>	
<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ОПК – 4 Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза

<b>10 семестр изучения в соответствии с УП форма промежуточной аттестации – зачет</b>	
<b>11 семестр изучения в соответствии с УП форма промежуточной аттестации – зачет</b>	
<b>Код и наименование индикатора достижения компетенции:</b>	ОПК-4.2 Применяет медицинские изделия в соответствии с порядком оказания медицинской помощи ОПК-4.3 Проводит обследование пациента для установления диагноза
<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ПК – 1 Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах
<b>Код и наименование индикатора достижения компетенции:</b>	ПК-1.1 Оценивает состояние пациента, требующее оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах ПК-1.2 Проводит мероприятия по оказанию медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ПК – 2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза
<b>Код и наименование индикатора достижения компетенции:</b>	ПК-2.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проведение полного физикального обследования; формирует предварительный диагноз и составляет план обследования ПК-2.2 Проводит дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний ПК-2.3 Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-2.4 Использует медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ПК – 3 Способен назначить лечение и контролировать его эффективность и безопасность
<b>Код и наименование индикатора достижения компетенции:</b>	ПК-3.1 Составляет план лечения заболевания / состояния пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ПК-3.2 Назначает лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ПК-3.3 Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения
<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ПК – 4 Готов реализовывать и контролировать эффективность медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов, проводить оценку способности пациента осуществлять трудовую деятельность
<b>Код и наименование индикатора достижения компетенции:</b>	ПК-4.1 Определяет признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами ПК-4.2 Проводит экспертизу временной нетрудоспособности,

<b>10 семестр изучения в соответствии с УП форма промежуточной аттестации – зачет</b>	
<b>11 семестр изучения в соответствии с УП форма промежуточной аттестации – зачет</b>	
	направляет пациента, имеющего стойкое нарушение функций организма, на медико-социальную экспертизу ПК-4.3 Определяет, реализует и контролирует комплекс мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при проведении индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов
<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ПК – 5 Готов проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
<b>Код и наименование индикатора достижения компетенции:</b>	ПК-5.1 Организует и проводит профилактические мероприятия (диспансеризацию и диспансерное наблюдение, иммунопрофилактику, санитарно-противоэпидемические мероприятия) в соответствии с действующими нормативными и правовыми актами ПК-5.2 Разрабатывает и реализует программы формирования здорового образа жизни, санитарно-гигиенического просвещения населения ПК-5.3 Оценивает эффективность профилактической работы среди населения
<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ПК – 6 Способен вести медицинскую документацию и организовать деятельность находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала
<b>Код и наименование индикатора достижения компетенции:</b>	ПК-6.1 Осуществляет ведение медицинской документации в соответствии с законодательством РФ в сфере охраны здоровья, нормативно-правовыми актами и документами, определяющими деятельность медицинских организаций и медицинских работников ПК-6.2 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

**Тестовые задания (ответы размещены в конце банка тестовых заданий)**

**Компетенции ОПК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6**

### **Организация работы поликлиники**

#### **Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов**

**1. Какие основные задачи поликлиники?**

1. оказание квалифицированной медицинской помощи населению непосредственно в поликлинике и на дому;
2. организация и проведение комплекса профилактических мероприятий и диспансеризации населения;
3. организация и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию населения и пропаганде здорового образа жизни;
4. все вышеперечисленные.

**2. Какие виды деятельности должен освоить врач общей практики?**

1. профилактика, диагностика, лечение наиболее распространенных заболеваний;
2. выполнение медицинских манипуляций;

3. оказание неотложной помощи;

4. все вышеперечисленные.

3. Какой по форме и виду медицинский профилактический осмотр проводится, поступающего на работу?

1. периодический – по группам диспансерного наблюдения и по текущей обращаемости;

2. предварительный – осмотр при поступлении на работу;

3. индивидуальный;

4. массовый.

4. При работе с вредными, опасными веществами и производственными факторами какие исследования являются обязательными при медицинских профилактических осмотрах?

1. общий анализ крови;

2. флюорография грудной клетки;

3. осмотр гинеколога с проведением бактериологического и цитологического исследований;

4. спирография.

5. Кто из указанных медицинских работников имеет право на выдачу листка нетрудоспособности?

1. частнопрактикующий врач;

2. фельдшер здравпункта;

3. врач станции скорой медицинской помощи;

4. врач станции переливания крови.

6. В каких случаях частнопрактикующий врач имеет право на выдачу листка нетрудоспособности?

1. ни в каких случаях не имеет права;

2. в любых на общих основаниях;

3. при наличии лицензии на это право, без ограничения срока – до выздоровления;

4. при наличии у него лицензии на это право, в пределах средних сроков но не более 30 дней, с последующим направлением на КЭК.

7. Какой документ временной нетрудоспособности следует выдать пациенту приехавшему в гости из другого города России?

1. никакой;

2. листок нетрудоспособности без разрешения главного врача;

3. справку произвольной формы;

4. листок нетрудоспособности с разрешения главного врача ЛПУ.

8. На какой день временной нетрудоспособности должно быть получено разрешение главного врача на выдачу листка нетрудоспособности иногороднему пациенту?

1. в любой день нетрудоспособности;

2. в первый день решения вопроса о выдаче листка нетрудоспособности;

3. при закрытии листка нетрудоспособности;

4. разрешение получать не нужно.

9. Может ли быть выдан листок нетрудоспособности безработному пациенту?

1. не может;

2. можно только при острых заболеваниях;

3. можно при госпитализации;

4. при наличии документа о взятии на учет по безработице.

10. Для проведения какого обследования может быть выдан листок нетрудоспособности?

1. ультразвуковое исследование органов брюшной полости;

2. компьютерная томография;

3. ректороманоскопия;

4. гастродуоденоскопия с биопсией.

11. Какой документ удостоверяет временную нетрудоспособность при бытовой травме?
1. листок нетрудоспособности;
  2. справка о бытовой травме;
  3. никакой;
  4. справка произвольной формы.
12. Что из перечисленного не считается нарушением режима?
1. несоблюдение предписанного режима;
  2. отказ от госпитализации;
  3. несвоевременная явка на прием к врачу;
  4. самовольный уход из стационара.
13. На какой срок врач имеет право выдать листок нетрудоспособности одновременно при заболевании и травме?
1. до 5 дней;
  2. до 10 дней;
  3. до 15 дней;
  4. до 20 дней.
14. На какой срок при заболевании и травме врач имеет право продлить листок нетрудоспособности единолично?
1. не превышающий 10 дней;
  2. не превышающий 20 дней;
  3. не превышающий 30 дней;
  4. не превышающий 40 дней.
15. Какой документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность, выдается пациенту в случаях, когда заболевание или травма явились следствием алкогольного, наркотического опьянения?
1. листок нетрудоспособности с соответствующей пометкой о факте опьянения в амбулаторной карте или истории болезни и листке нетрудоспособности;
  2. справка произвольной формы;
  3. справка установленной формы;
  4. документ не выдается.

### **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

16. В каком случае выдается листок нетрудоспособности при заболевании и травме, если временная нетрудоспособность наступила?
1. в период отпуска без сохранения содержания;
  2. в период очередного отпуска;
  3. в период частично оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком;
  4. в период отпуска по беременности и родам.
17. На какой срок выдается листок нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения?
1. на срок лечения и проезда (туда и обратно) за вычетом дней очередного отпуска или отпуска без содержания (равного очередному отпуску);
  2. на срок лечения и проезда без учета отпуска;
  3. только на срок лечения;
  4. не выдается.
18. На какой срок выдается листок нетрудоспособности по уходу за взрослым членом семьи и подростком старше 15 лет, получающим лечение в амбулаторно-поликлинических условиях?
1. до 5 дней, по решению КЭК до 10 дней;
  2. до 10 дней, по решению КЭК до 30 дней;
  3. до 3 дней, по решению КЭК до 7 дней;
  4. не выдается.

19. На какой срок выдается листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком в возрасте до 7 лет?

1. до 10 дней;
2. до 20 дней;
3. до 30 дней;
4. на весь период острого заболевания или до наступления ремиссии при обострении хронического заболевания.

20. На какой срок выдается листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком в возрасте старше 7 лет при амбулаторном лечении?

1. до 15 дней, на более длительный срок – после заключения КЭК;
2. до 10 дней, на более длительный срок – после заключения КЭК;
3. до 30 дней, на более длительный срок – после заключения КЭК;
4. только до 15 дней.

21. В каких случаях листок нетрудоспособности по уходу не выдается?

1. по уходу за больными, страдающими хроническими заболеваниями в стадии ремиссии;
2. за инвалидами 1 группы;
3. в период очередного отпуска, отпуска без содержания, отпуска по беременности и родам;
4. во всех вышеуказанных случаях.

22. В каких случаях может быть выдан листок нетрудоспособности по уходу за здоровым ребенком до 3-х лет и на какой срок?

1. при выезде матери в другой населенный пункт на срок до 3-х дней;
2. при болезни матери на любой срок;
3. при болезни матери на срок до 5-ти дней, по решению КЭК до 10 дней (в отдельных случаях на весь период болезни матери, но не более 70 дней);
4. ни в каких случаях.

23. На какой срок выдается листок нетрудоспособности при протезировании в условиях протезно-ортопедического стационара?

1. на весь период пребывания в стационаре и время проезда от места жительства (туда и обратно), но не более 1 месяца;
2. на весь период пребывания в стационаре и время проезда от места жительства (туда и обратно), но не более 2 месяцев;
3. на весь период пребывания в стационаре и время проезда от места жительства (туда и обратно), но не более 3 месяцев;
4. на весь период пребывания в стационаре и время проезда от места жительства (туда и обратно), но не более 4 месяцев.

24. Какова тактика лечащего врача в случае утери пациентом листка нетрудоспособности?

1. выдает справку произвольной формы;
2. выдает справку установленной формы;
3. выдает дубликат листка нетрудоспособности;
4. выдает дубликат (заверенный и председателем КЭК) только при наличии справки с места работы о том, что пособие по данному листку не выплачено.

25. Каковы показания для направления пациентов на медико-социальную экспертизу?

1. наличие признаков стойкого ограничения жизнедеятельности для решения вопроса о продлении листка нетрудоспособности или установления группы инвалидности;
2. ухудшение клинического и трудового прогноза у работающих инвалидов для изменения трудовых рекомендаций;
3. с целью определения степени утраты трудоспособности в процентах в случае профессионального заболевания или трудового увечья;
4. все вышеперечисленные.

26. На какой срок устанавливается 1 группа инвалидности?

1. на 1 год;

2. на 2 года;
3. на 3 года;
4. на 4 года.

27. На какой срок устанавливается II и III группы инвалидности?

1. на 1 год;
2. на 2 года;
3. на 3 года;
4. на 4 года.

28. Каковы причины инвалидности?

1. общее заболевание;
2. трудовое увечье;
3. профессиональное заболевание;
4. все вышеперечисленные.

29. Какой документ выдается пациенту при наличии у него показаний к санаторно-курортному лечению?

1. справку для получения путевки (у.ф. 070);
2. санаторно-курортную карту (у.ф. 072);
3. контрольную карту диспансерного наблюдения (у.ф. 30);
4. направление на медико-социальную экспертизу (у.ф. 88).

30. Какой документ выдается пациенту при наличии у него путевки на санаторно-курортное лечение?

1. справку для получения путевки (у.ф. 070);
2. санаторно-курортную карту (у.ф. 072);
3. контрольную карту диспансерного наблюдения (у.ф. 30);
4. направление на медико-социальную экспертизу (у.ф. 88).

## **II. Диспансеризация терапевтических больных**

### **Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов**

1. На диспансерных больных обязательно оформляются документы:

1. форма 70/у и 72/у;
2. форма 25/у и 30/у;
3. форма 39/у и 95/у;
4. форма 31/у и 88/у;
5. форма 17/у и 31/у.

2. Какое исследование не является обязательным при диспансеризации населения:

1. общий анализ крови;
2. исследование мочи на белок;
3. флюорография органов грудной клетки;
4. осмотр гинеколога для женщин;
5. спирография.

3. Как часто осматриваются больные стенокардией при диспансерном наблюдении:

1. 2-4 раза в год и чаще в зависимости от тяжести;
2. 1-2 раза в год;
3. 3 раза в год;
4. 6 раз в год;
5. 4 раза в год.

4. Какие исследования не являются обязательными (назначаются только по показаниям) при диспансеризации больных со стенокардией:

1. общий анализ крови – 1 раз в год;
2. липиды крови – 2 раза в год;
3. АЛТ, АСТ, КФК – 2 раза в год;
4. ЭКГ – 2-3 раза в год.
5. Велоэргометрия – 3 раза в год в зависимости от тяжести состояния.

5. При диспансеризации больных с артериальной гипертензией обязательными исследованиями являются:

1. общий анализ мочи – 2 раза в год;
2. креатинин – не реже 1 раза в год;
3. ЭКГ – не реже 1 раза в год;
4. липиды крови – не реже 1 раза в год;
5. все перечисленное.

6. Как часто осматриваются в поликлинике пациенты, перенесшие пневмонию, окончившуюся полным выздоровлением?

1. через 10 дней, 20 дней и 1 мес;
2. через 3, 6 и 12 мес;
3. через 1, 3, 6 и 12 мес;
4. через 1, 3, 6 мес;
5. через 1, 2, 3 мес.

7. Как часто осматриваются пациенты, перенесшие затяжную пневмонию?

1. через 10, 20 дней и 1 мес;
2. через 3, 6 и 12 мес;
3. через 1, 3, 6 и 12 мес;
4. через 1, 3, 6 мес;
5. через 1, 2, 3 мес.

8. Какова кратность диспансерных осмотров больных хронической обструктивной болезнью легких с редкими обострениями без ДН?

1. 1 раз в год;
2. 2 раза в год;
3. 3 раза в год;
4. 4 раза в год;
5. 1 раз в 2 года.

9. Какие специалисты обязательно привлекаются к осмотру больных хронической обструктивной болезнью легких?

1. пульмонолог, онколог;
2. аллерголог, кардиолог;
3. фтизиатр, физиотерапевт;
4. эндокринолог, окулист;
5. отоларинголог, стоматолог.

10. Какова кратность наблюдения при диспансеризации больных бронхиальной астмой легкой и средней тяжести:

1. 1-2 раза в год;
2. 2-3 раза в год;
3. 4-6 раз в год;
4. 1 раз в 2 месяца;
5. 1 раз в месяц.

### **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

11. Какое исследование является обязательным при диспансеризации больных гормонозависимой бронхиальной астмой:

1. бронхоскопия – 1 раз в год;
2. аллергологическое обследование – 1 раз в год;
3. калий, натрий, кальций сыворотки крови – 2 раза в год;
4. АЛТ, АСТ сыворотки крови – 2 раза в год;
5. Анализ крови и мочи на сахар – 2 раза в год.

12. Как часто проводится гастродуоденоскопия при диспансеризации больных язвенной болезнью желудка:

1. 2 раза в год (весной и осенью);

2. 1 раз в год и при обострении;
3. 1 раз в год;
4. при обострении;
5. 3 раза в год.

**13.** Какие специалисты обязательно привлекаются к осмотру больных язвенной болезнью желудка с частыми рецидивами:

1. хирург;
2. онколог;
3. фтизиатр;
4. эндокринолог;
5. отоларинголог

**14.** Какие специалисты обязательно привлекаются к осмотру больных язвенной болезнью 12 перстной кишки с частыми рецидивами:

1. хирург;
2. онколог.
3. фтизиатр;
4. эндокринолог;
5. отоларинголог

**15.** Какова кратность наблюдения при диспансеризации пациентов, перенесших острый гломерулонефрит:

1. 1 раз в год;
2. 2 раза в год;
3. 3 раза в год;
4. 4 раза в год;
5. 6 раз в год.

**16.** Какие специалисты обязательно привлекаются к осмотру пациентов, перенесших острый гломерулонефрит:

1. нефролог, аллерголог, фтизиатр, отоларинголог, стоматолог;
2. нефролог, гинеколог, стоматолог, отоларинголог, окулист;
3. дерматолог, аллерголог, фтизиатр, хирург, окулист;
4. кардиолог, окулист, аллерголог, уролог, хирург;
5. нефролог, уролог, физиотерапевт, невропатолог, хирург.

**17.** Какие исследования являются обязательными при диспансеризации пациентов, перенесших острый гломерулонефрит:

1. проба Зимницкого – 1 раз в год;
2. клинический анализ крови – 4 раза в год;
3. общий анализ мочи – 4 раза в год;
4. креатинин, мочевина – 2 раза в год;
5. холестерин, общий белок и его фракции – 2 раза в год.

**18.** Когда назначается проба Зимницкого при диспансеризации больных с заболеванием почек:

1. при уровне креатинина сыворотки крови выше 0,176 ммоль/л;
2. при уровне мочевой кислоты крови выше 0,5 ммоль/л;
3. при снижении удельного веса мочи до 1,015;
4. при изменении цвета мочи (типа «мясных помоев»);
5. при уровне мочевины крови выше 8,3 ммоль/л.

**19.** Каков срок диспансерного наблюдения за лицами, перенесшими острый гломерулонефрит:

1. 1 год;
2. 2 года;
3. 3 года;
4. 4 года;
5. 5 лет.

**20.** Укажите показания для снятия с учета пациентов, перенесших острый

гломерулонефрит:

1. минимальные изменения в анализе мочи;
2. отсутствие жалоб;
3. нормальные биохимические показатели крови;
4. отсутствие отеков и нормальное АД;
5. отсутствие рецидивов.

**21.** Каков срок диспансерного наблюдения пациентов, перенесших острую ревматическую лихорадку без кардита:

1. до 18-летнего возраста (не менее 5 лет);
2. до 25-летнего возраста (не менее 5 лет);
3. до 30-летнего возраста (не менее 5 лет);
4. до 40-летнего возраста (не менее 10 лет);
5. пожизненно.

**22.** Каков срок диспансерного наблюдения пациентов, перенесших ревматический кардит без порока сердца:

1. до 18-летнего возраста (не менее 5 лет);
2. до 25-летнего возраста (не менее 5 лет);
3. до 30-летнего возраста (не менее 5 лет);
4. до 40-летнего возраста (не менее 10 лет);
5. пожизненно.

**23.** Каков срок диспансерного наблюдения пациентов с ревматическим пороком сердца:

1. до 18-летнего возраста (не менее 5 лет);
2. до 25-летнего возраста (не менее 5 лет);
3. до 30-летнего возраста (не менее 5 лет);
4. до 40-летнего возраста (не менее 10 лет);
5. пожизненно.

### **III. Диагностика и лечение патологических состояний участковым терапевтом**

#### **3.1. Синдром болей в грудной клетке**

##### **Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов**

**1.** Какие признаки позволяют диагностировать левостороннюю межреберную невралгию?

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

**1.** Каков механизм действия нитратов при стенокардии?

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

**2.** При каких патологических состояниях гипоксия миокарда обусловлена нарушением биохимических процессов в миокарде?

1. гипонатриемия;
2. гипокалиемия;
3. гипокальциемия.

**3.** Предельной реакцией АД при проведении велоэргометрической пробы у больных со стенокардией является:

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

4. Из бета-блокаторов наибольшей антиангинальной активностью обладают такие препараты, как:

1. пиндолол (вискен);
2. пропранолол;
3. транзикор (окспренолол);
4. целипролол;
5. конкор.

5. Какие из указанных изменений на ЭКГ характерны для инфаркта миокарда?

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

6. Какой из симптомов наиболее достоверен для стенокардии?

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

7. Самая частая причина смерти при остром инфаркте миокарда:

1. кардиогенный шок;
2. левожелудочковая недостаточность;
3. нарушение ритма;
4. полная AV-блокада;
5. тампонада сердца.

8. Достоверным критерием ишемии миокарда при велоэргометрии является:

1. уменьшение вольтаж всех зубцов;
2. подъем сегмента ST;
3. депрессия ST более чем на 2 мм;
4. появление отрицательных зубцов T;
5. тахикардия.

9. Реабилитация на поликлиническом этапе после перенесенного инфаркта миокарда

должна проводиться:

1. только при неосложненном течении;
2. больным до 50-летнего возраста;
3. при первичном инфаркте миокарда;
4. при отсутствии сопутствующих заболеваний;
5. по индивидуальной программе с учетом функционального состояния миокарда.

10. Для ангиоспастической стенокардии характерно:

1. подъем ST в период болей;
2. появление отрицательного зубца T в период боли.

11. Какие признаки при стенокардии напряжения дают основания заподозрить возникновение инфаркта миокарда?

1. длительность боли более 15 минут;
2. появление страха смерти;
3. падение АД;
4. боль сильнее таковой во время предыдущих приступов;
5. все перечисленное.

12. Назовите наиболее эффективные из перечисленных ниже лекарственных средств, применяемых при стенокардии:

1. бета - блокаторы;
2. антагонисты кальция;
3. антикоагулянты;
4. антиоксиданты.

13. Какой из перечисленных признаков характерен для стенокардии?

1. подъем сегмента ST при проведении ортостатической пробы;

2. положительная проба с бета-адреноблокаторами;
3. реверсия негативного зубца Т при пробе с хлоридом калия;
4. депрессия сегмента ST при ВЭМ-пробе;
5. депрессия сегмента ST при пробе с гипервентиляцией.

14. Какой из следующих препаратов является периферическим вазодилататором?

1. конкор;
2. энап;
3. нифедипи;
4. апрессин;
5. изобарин.

15. Какой из следующих признаков не характерен для стенокардии Принцметала?

1. положительный эффект бета-адреноблокаторов;
2. хороший прогноз;
3. спазм малоизмененных коронарных артерий;
4. увеличение содержания в крови МВ-фракции креатинфосфокиназы;
5. преходящий подъем сегмента ST.

16. При алкогольном поражении сердца на ЭКГ обнаруживают следующие признаки:

1. косонисходящее снижение сегмента ST;
2. расширение и расщепление зубца Р;
3. признаки гипертрофии левого желудочка;
4. укорочение интервала Q-T.

### **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

17. К какой форме стенокардии относятся боли, возникающие у людей при умственной работе или при длительном сидячем положении?

1. напряжения;
2. покоя;
3. вариантной;
4. напряжения и покоя.

18. Какие из перечисленных механизмов гипоксии миокарда имеют место при ИБС?

1. артериальная гипоксемия;
2. недостаточное поступление кислорода;
3. снижение утилизации кислорода.

19. Какие признаки характерны для кардиогенного шока?

1. артериальная гипотензия;
  2. пульсовое давление более 30 мм рт. ст.;
  3. брадикардия;
  4. олигурия;
- .правильно 1 и 4.

20. В диагностике ИБС наиболее информативными являются:

1. аускультативные данные;
2. типичные анамнестические данные;
3. данные ЭКГ;
4. данные анализа крови (клинического, биохимического);
5. состояние гемодинамики.

21. Конкор применяется при ИБС, так как он:

1. снижают потребность миокарда в кислороде;
2. расширяют коронарные сосуды;
3. вызывают спазм периферических сосудов;
4. увеличивают потребность в кислороде;
5. увеличивают сократительную работу миокарда.

22. Что характерно для гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией?

1. головокружения;

2. загрудинные боли;
3. обмороки;
4. все перечисленное.

**23.** Что является наиболее значимым фактором риска ИБС?

1. употребление алкоголя;
2. артериальная гипертензия;
3. курение;
4. гиподинамия;
5. умеренное ожирение.

**24.** Какой препарат может быть использован в качестве антиангинального средства у больного 50 лет, страдающего стенокардией напряжения III функционального класса, с наличием на ЭКГ синусового ритма, постепенного удлинения интервала PQ с последующим выпадением комплекса QRS?

1. верапамил;
2. конкор;
3. энап;
4. нитросорбид.

**25.** Показанием для назначения сердечных гликозидов при остром инфаркте миокарда является:

1. синусовая тахикардия более 100 в минуту;
2. узловой ритм;
3. застойная сердечная недостаточность в сочетании с мерцательной аритмией;
4. синусовая брадикардия.

**26.** Назовите признаки интоксикации сердечными гликозидами:

1. рвота;
  2. понос;
  3. брадикардия;
  4. бессонница;
- .все перечисленное.

**27.** Что является показанием для назначения дезагрегантов при стенокардии:

1. гипокоагуляция;
2. повышение агрегации тромбоцитов;
3. снижение агрегации тромбоцитов.

**28.** Признаками нестабильной стенокардии являются:

1. изменение длительности и интенсивности болевых приступов;
2. нарушение ритма и проводимости;
3. снижение АД без гипотензивной терапии;
4. появление патологического зубца Q на ЭКГ.

**29.** ЭКГ-признаками стенокардии и коронарного атеросклероза являются:

1. удлинение интервала QT;
2. удлинение интервала PQ;
3. зубец Q с амплитудой больше трети R и длительностью более 0,03 с;
5. изменения конечной части желудочкового комплекса и зубца T;
6. застывший подъем сегмента ST выше 2 мм от изолинии.

**30.** Нестабильная стенокардия прогностически неблагоприятна в плане:

1. развития инфаркта миокарда;
2. тромбоэмболии мозговых сосудов;
3. развития фатальных нарушений ритма сердца;
4. развития легочной гипертензии;
5. развития венозной недостаточности.

**31.** Антиангинальным и противоаритмическим действием при стенокардии обладают такие препараты, как:

1. дипиридамо́л;
2. конкор;
3. энап;
4. изосорб-динитрат.

**32.** Антиангинальное действие у больных стенокардией за счет торможения агрегации или дезагрегации тромбоцитов вызывают:

1. дипиридамо́л;
2. гепарин;
3. фенилин;
4. стрептодеказа;
5. корватон.

**33.** Какое лечение показано в первые 6 часов инфаркта миокарда?

1. тромболитическая терапия;
2. дигитализация;
3. терапия антагонистами кальция.

**34.** С чего целесообразно начать терапию пациенту 55 лет, страдающему ИБС (стенокардия II ФК) и артериальной гипертензией II степени?

1. с тиазидных мочегонных;
2. с ингибиторов АПФ;
3. с комбинированных препаратов типа капозида;
4. с бета-блокаторов;
5. с клофелина.

**35.** Самое частое осложнение в первые часы острого инфаркта миокарда:

1. отек легких;
2. нарушение ритма;
3. острая сердечно-сосудистая недостаточность;
4. кардиогенный шок;
5. разрыв сердца.
6. все перечисленное.

### **3.2. Гипертензивный синдром**

#### **Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов**

1. Наиболее характерным побочным эффектом при приеме ингибиторов АПФ считается:

1. головокружение;
2. кашель;
3. головная боль;
4. запоры;
5. заложенность носа.

2. Антигипертензивным средствам каких групп следует отдать предпочтение при наличии ГБ и хронической сердечной недостаточности?

1. бета-адреноблокаторам;
2. ингибиторам АПФ;
3. антагонистам кальция;
4. препаратам центрального действия.

3. В амбулаторной практике для лечения ГБ широко используется индапамид. К какой группе лекарственных средств относится данный препарат?

1. ингибитор АПФ;
2. диуретик;
3. бета-адреноблокатор;
4. антагонист кальция.

4. Особенности артериальной гипертонии у пожилых являются:

1. уменьшение церебрального кровотока;
2. снижение выделительной функции почек;
3. снижение сердечного выброса;
4. высокое периферическое сопротивление сосудов;
5. все перечисленное.

5. Участковому терапевта при определении тактики лечения больных с артериальной гипертонией необходимо ориентироваться на:

1. уровень АД;
2. поражение органов-мишеней;
3. наличие сопутствующих заболеваний;
4. наличие факторов риска;
5. все перечисленное.

6. При амбулаторном лечении бета-адреноблокаторами возможны следующие побочные эффекты, кроме:

1. сексуальной дисфункции;
2. тахикардии;
3. психогенной депрессии;
4. кашля.

7. У амбулаторных больных противопоказаниями для назначения ингибиторов АПФ при артериальной гипертонии считаются все, кроме следующих ситуаций:

1. беременность;
2. двусторонний стеноз почечных артерий;
3. сухой кашель;
4. выраженный митральный и аортальный стенозы;
5. сахарный диабет.

8. Органами-мишенями при артериальной гипертензии являются все, кроме:

1. печень;
2. почки;
3. сердце;
4. мозг.

9. Немедикаментозное (нелекарственное) лечение амбулаторных больных артериальной гипертензией заключается во всем перечисленном, кроме:

1. ограничения физической активности;
2. достаточной физической активности;
3. снижения избыточной массы тела;
4. ограничения потребления соли.

10. Для лечения артериальной гипертонии используются все диуретики, кроме:

1. тиазидных;
2. петлевых;
3. калийсберегающих;
4. осмотических.

11. Средний риск у больных с артериальной гипертонией это:

1. наличие сопутствующих заболеваний.
2. наличие поражения органов-мишеней.
3. наличие сахарного диабета.
4. 1 или более факторов риска без поражения органов-мишеней и сопутствующих заболеваний.

12. Основными в механизме гипотензивного действия бета-адреноблокаторов из перечисленных считается:

1. снижение сердечного выброса;
2. блокада рецепторов ангиотензина 2;
3. блокада входа ионов кальция в клетку;

4. увеличение диуреза.

13. К диуретикам, действующим на уровне восходящей части петли Генле, относятся:

1. гидрохлортиазид;
2. фуросемид;
3. индипамид;
4. амилорид.

14. Антигипертензивным средствам каких групп следует отдать предпочтение при наличии у пациента кардиосклероза с нормальной фракцией выброса?

1. бета-адреноблокаторам;
2. диуретикам;
3. антагонистам кальция нифедипинового ряда короткого действия;
4. блокаторам рецепторов ангиотензина 2.

15. Основными в механизме гипотензивного действия антагонистов кальция считается:

1. увеличение диуреза;
2. блокада входа ионов кальция в клетку;
3. увеличение периферического сопротивления сосудов;
4. увеличение сердечного выброса.

### **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

16. Антигипертензивным средствам каких групп следует отдать предпочтение при наличии у пациента постинфарктного кардиосклероза со сниженной фракцией выброса?

1. антагонистам кальция нифедипинового ряда короткого действия;
2. ингибиторам АПФ;
3. бета-адреноблокаторам;
4. антагонистам кальция подгруппы верапамила.

17. К какой группе лекарственных средств относится рамиприл?

1. блокаторы рецепторов ангиотензина 2;
2. ингибиторы АПФ;
3. препараты центрального действия;
4. диуретики.

18. К селективным бета-адреноблокаторам относятся все, кроме:

1. атенолола;
2. метопролола;
3. пропранолола;
4. бисопролола.

19. Наиболее часто артериальная гипертония осложняется:

1. хронической сердечной недостаточностью;
2. коронарной недостаточностью;
3. церебральными нарушениями;
4. почечными нарушениями.

20. Скорость клубочковой фильтрации при гипертонической болезни:

1. чем выше АД, тем она выше;
2. чем выше АД, тем она ниже;
3. не зависит от уровня АД.

21. Признаками ренопаренхиматозной артериальной гипертонии являются:

1. изменения в анализах мочи;
2. высокий уровень креатинина;
3. заболевания почек в анамнезе;
4. все перечисленное.

22. Повышение АД может вызвать длительный прием лекарств, кроме одного из перечисленных:

1. эфедрин;
2. НПВП;
3. ингибиторы МАО;
4. пероральные контрацептивы;
5. гипотиазид.

23. К какой группе лекарственных средств относится корвитол?

1. бета-адреноблокаторы;
2. антагонисты кальция;
3. ингибиторы АПФ;
4. диуретики.

24. Диуретики в качестве антигипертензивных средств предпочтительны при:

1. склонности к отекам;
2. в молодом возрасте;
3. нарушениях функции печени;
4. сексуальной дисфункции.

25. Основными в механизме гипотензивного действия ингибиторов АПФ

считается:

1. блокада превращения ангиотензина 2 в ангиотензин 1;
2. блокада превращения ангиотензина 1 в ангиотензин 2;
3. блокада превращения ангиотензина в ангиотензин 1;
4. блокада превращения ангиотензина в ангиотензин 2.

26. К антагонистам альдостерона относится:

1. фуросемид;
2. Аамилорид;
3. триамтерен;
4. спиронолактон.

27. Антигипертензивным средствам каких групп следует отдать предпочтение при наличии сахарного диабета 2 типа?

1. антагонистам кальция;
2. ингибиторам АПФ;
3. блокаторам рецепторов ангиотензина 2;
4. бета-адреноблокаторам.

28. Назначение НПВП при лечении ингибиторами АПФ приводит к:

1. снижению гипотензивного эффекта ингибитора АПФ;
2. повышению эффекта ингибитора АПФ;
3. не влияет.

29. Противопоказаниями для назначения бета-адреноблокаторов являются:

1. синусовая брадикардия;
2. артериальная гипотония;
3. бронхиальная астма;
4. психогенная депрессия;
5. все перечисленное.

30. Резкая отмена бета-адреноблокаторов может привести к:

1. повышению АД;
2. тахикардии;
3. внезапной смерти;
4. инфаркту миокарда;
5. всему перечисленному;
6. без последствий.

31. К состояниям, требующим снижения АД в течение 1 часа при гипертоническом кризе, относятся все, кроме:

1. инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия;
2. тяжелое носовое кровотечение;
3. расслаивающаяся аневризма аорты;

4. энцефалопатия, кровоизлияние в мозг;
5. эклампсия;
6. синдром отмены гипотензивных средств.

### 3.3. Хроническая сердечная недостаточность

#### Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

1. К базисным средствам у амбулаторных больных при лечении хронической сердечной недостаточности относят все, кроме:

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

2. Участковому терапевту при назначении ингибиторов АПФ для лечения сердечной недостаточности следует соблюдать все рекомендации, кроме:

1. не допускать чрезмерного диуреза перед началом лечения;
2. начинать с малых доз и постепенно увеличивать до максимальной переносимой дозы;
3. начинать со средних доз;
4. избегать назначения калийсберегающих диуретиков в начале лечения;
5. контролировать артериальное давление.

3. Врач поликлиники при включении бета-блокаторов в схему лечения ХСН должен соблюдать все правила, кроме:

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

4. Амбулаторному больному показанием к назначению сердечных гликозидов при ХСН является:

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

5. У амбулаторного больного обострение и прогрессирование хронической сердечной недостаточности вызывают все факторы, кроме:

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

6. В амбулаторных условиях препаратом выбора у больного с артериальной гипертонией и сердечной недостаточностью является:

1. нитросорбид;
2. клофелин;
3. адельфан;
4. эналаприл;
5. изоптин.

7. Противопоказанием для назначения бета-блокаторов при лечении ХСН является все, кроме:

1. бронхиальной астмы;
2. ХСН IV ФК;
3. ХОБЛ;
4. атеросклероза сосудов нижних конечностей с явлениями перемежающейся хромоты;
5. нарушения атриовентрикулярной проводимости 2-ой степени.

8. К заболеваниям сердца, приводящим к сердечной недостаточности вследствие поражения миокарда, относятся все, кроме:

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

### **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

9. Амбулаторному больному ингибиторы АПФ при лечении сердечной недостаточности следует назначить:

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

10. К клиническим проявлениям левожелудочковой недостаточности относятся все, кроме:

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

11. Систолическая дисфункция ЛЖ характеризуется:

1. увеличением ригидности миокарда за счет ишемии, атеросклеротического или постинфарктного кардиосклероза, компенсаторной гипертрофии ЛЖ;
2. замедлением процесса активного диастолического расслабления миокарда в результате нарушения обратного транспорта Са в саркоплазматический ретикулум и внеклеточную среду;
3. замедлением транзитного диастолического потока;
4. уменьшением соотношения пика раннего диастолического наполнения к пику позднего диастолического наполнения – систолы предсердий – Е/А до 1,0 и ниже;
5. уменьшение фракции выброса ЛЖ ниже 50% .

12. Назовите наиболее частую причину хронической сердечной недостаточности в настоящее время:

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

13. При каких заболеваниях сердца развитие сердечной недостаточности является следствием нарушения диастолической функции миокарда?

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

14. Какой из перечисленных рентгенологических признаков является наиболее ранним признаком застоя при сердечной недостаточности?

1. перераспределение кровотока в пользу верхних долей и увеличение диаметра сосудов;
2. интерстициальный отек легких с образованием линий Керли;
3. альвеолярный отек в виде затемнения, распространяющегося от корней легких;
4. плевральный выпот, чаще справа.

15. Фуросемид оказывает следующие эффекты:

1. обладает венодилатирующим свойством;
2. увеличивает диурез;
3. увеличивает хлорурез;
4. увеличивает натрийурез;
5. все вышеперечисленное.

16. В каких случаях верапамил может быть использован при лечении сердечной недостаточности?

1. нетяжелая сердечная недостаточность типа ИБС;
2. больные с неизменным сердечным выбросом и нарушением диастолической функции сердца;
3. частая желудочковая экстрасистолия даже при тяжелой сердечной недостаточности;
4. частая наджелудочковая экстрасистолия даже при тяжелой сердечной недостаточности;
6. дигиталисная интоксикация.

17. Что предпочтительнее при сердечной недостаточности, на почве митральной регургитации?

1. нитросорбид внутрь;
2. нитроглицерин внутривенно;
3. каптоприл внутрь;
4. дигоксин внутривенно с переходом на поддерживающий прием внутрь;
5. фуросемид внутрь.

### 3.4. Бронхообструктивный синдром

#### Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

1. В каком возрасте чаще начинается бронхиальная астма?
  1. до 30 лет;
  2. до 40 лет;
  3. до 60 лет;
  4. старше 60 лет.
2. Жалобы, характерные для начала острого бронхита в первые сутки заболевания, являются:
  1. сухой кашель;
  2. саднение за грудиной;
  3. боль в грудной клетке;
  4. все перечисленное.
3. Назовите предрасполагающие к развитию бронхиальной астмы факторы:
  1. химические вещества;
  2. курение;
  3. физическая нагрузка;
  4. атопия и отягощенная наследственность.
4. В амбулаторных условиях основным методом диагностики эмфиземы является:
  1. ЭКГ;
  2. бронхоскопия;
  3. рентгеноскопия органов грудной клетки;
  4. анализ мокроты.
  5. Показаниями к применению антибактериальных средств у амбулаторных больных с ХОБЛ является все, кроме:
    1. интоксикация;
    2. затяжной характер течения;
    3. гнойная мокрота;
    4. эмфизема легких.
  6. В амбулаторных условиях при лечении ХОБЛ предпочтение отдается:
    1. метилксантинам;
    2. М-холинолитикам;
    3. глюкокортикостероидам;
    4. отхаркивающим препаратам.
  7. Учитель страдает ХОБЛ средней тяжести. ДН 2 ст. Как следует решить вопрос трудоспособности?
    1. направить на МСЭК (3 группа инвалидности);

2. направить на МСЭК (2 группа инвалидности);
  3. направить на МСЭК (1 группа инвалидности);
  4. трудоспособен;
  5. трудоустройство по заключению КЭК.
8. Выдается ли больничный лист беженцам при наличии признаков временной нетрудоспособности при заболевании бронхов?
1. выдается при наличии оформленного статуса беженца;
  2. не выдается;
  3. выдается на общих основаниях;
  4. выдается только при острых заболеваниях;
  5. выдается с разрешения зав. отделением.
9. Пациент, имеющий больничный лист по острому бронхиту на 10 дней, на прием явился с опозданием на 5 дней. Трудоспособен. Как закрыть больничный лист?
1. днем, когда явился на прием, выписать на работу, нарушение режима;
  2. днем, когда он должен явиться на прием;
  3. б/лист не закрывать;
  4. продолжить на 5 дней и закрыть;
  5. продолжить на 3 дня и закрыть.
10. Через какие интервалы проводится диспансерное наблюдение лиц перенесших пневмонию, окончившуюся полным выздоровлением?
1. через 1, 3 и 6 месяцев;
  2. через 1, 3, 6 и 12 месяцев;
  3. через 1, 2 и 3 месяца;
  4. через 3, 6, и 12 месяцев;
  5. через 10, 20 и 30 дней.

### **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

11. Нуждается ли больной ХОБЛ в стадии ремиссии в длительной поддерживающей терапии?
1. нет;
  2. да, назначаются бронхолитики;
  3. да, назначаются глюкокортикостероиды в низкой дозе;
  4. да, назначаются антибиотики;
  5. да, назначаются глюкокортикостероиды в средней дозе.
12. Наиболее частой причиной формирования эмфиземы легких является:
1. возрастное уменьшение эластичности легочной ткани;
  2. туберкулез легких;
  3. ХОБЛ;
  4. повторный спонтанный пневмоторакс.
13. У больного ХОБЛ отмечается тахикардия, суправентрикулярная экстрасистолия. Предпочтительно назначить:
1. верапамил;
  2. эфедрин;
  3. нифедипин;
  4. анаприлин;
  5. эуфиллин.
14. Больному ХОБЛ и хроническим легочным сердцем в стадии компенсации не следует назначать:
1. верапамил;
  2. дигоксин;
  3. атрофент;
  4. сальбутамол;
  5. теотард.

15. Установление группы инвалидности при заболевании органов дыхания осуществляется:

1. лечащий врач;
2. зав. отделением;
3. главный врач;
4. клинико-экспертная комиссия;
5. медико-социальная комиссия.

16. Какое исследование не является обязательным при диспансеризации больных ХОБЛ?

1. ЭКГ;
2. аллергические пробы;
3. анализ мокроты общий;
4. спирография;
5. флюорография.

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

1. с оральных цефалоспоринов 2 поколения.
2. с гентамицина.
3. с фторхинолона.
4. с полусинтетических пенициллинов.
5. с макролидов нового поколения.

18. От пневмонии, вызванной каким возбудителем, погибают чаще всего больные СПИДом?

1. микоплазмой;
2. гистоплазмой;
3. кандидой;
4. пневмоцистой;
5. клибсиеллой.

19. В каких случаях дозы препаратов группы теофиллина должны быть уменьшены относительно средней терапевтической:

1. у курящего больного;
2. при сопутствующих заболеваниях печени;
3. у пожилых пациентов;
4. при назначении антибиотиков из группы макролидов;
5. при сопутствующих заболеваниях почек без хронической почечной недостаточности.

20. Какие лекарственные препараты в качестве бронхоспазмолитика предпочтительно назначить амбулаторному больному в возрасте 60 лет?

1. беротек;
2. атровент;
3. беродуал;
4. сальбутамол;
5. любой из указанных.

### 3.5. Заболевания желудочно-кишечного тракта

#### Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

1. Для какого из нижеперечисленных заболеваний не характерна рвота висцерального происхождения?

1. язвенная болезнь;
2. желчнокаменная болезнь;
3. острый аппендицит;
4. лучевая болезнь.

2. Для какого из ниже перечисленных заболеваний характерен атрофический аутоиммунный гастрит?
1. лучевое поражение;
  2. цирроз печени с синдромом портальной гипертензии;
  3. болезнь Шенлейна-Геноха;
  4. В<sub>12</sub>-дефицитная анемия;
  5. системные васкулиты.
3. Развитию эрозивного и геморрагического гастрита способствуют все факторы, за исключением:
1. злоупотребление алкоголем;
  2. прием нестероидных противовоспалительных препаратов;
  3. прямая травматизация слизистой оболочки желудка;
  4. пищевая аллергия.
4. При какой форме хронического гастрита не отмечается повышенного риска развития рака желудка?
1. диффузный атрофический гастрит;
  2. гастрит при В<sub>12</sub>-дефицитной анемии;
  3. гастрит культи желудка;
  4. гастрит с неполной кишечной метаплазией;
  5. гастрит с полной кишечной метаплазией.
5. К особенностям болевого синдрома, характерного для больных с дуоденальными язвами, не относятся:
1. ранние боли;
  2. поздние боли;
  3. ночные боли;
  4. голодные боли;
  5. боли проходят после приема антацидных и антисекреторных препаратов.
  6. Какие препараты включаются в эрадикационную схему квадротерапии?
    1. Блокаторы протонного насоса, препараты висмута, кларитромицин и метронидазол;
    2. блокаторы протонного насоса, препараты висмута, амоксицилин и метронидазол;
    3. блокаторы протонного насоса, препараты висмута, тетрациклин и метронидазол;
    4. блокаторы протонного насоса, препараты висмута, тетрациклин и кларитромицин;
    5. блокаторы протонного насоса, препараты висмута, тетрациклин и амоксициллин.
7. Какой патогенетический механизм обуславливает повреждающее действие НПВП на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки?
1. повышение секреции соляной кислоты;
  2. повышение выработки пепсина;
  3. увеличение продукции гастрина;
  4. нарушение моторики желудка и двенадцатиперстной кишки;
  5. блокирование активности фермента циклооксигеназы-2.
8. Как клинически проявляется кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка?
1. рвота с примесью неизменной крови;
  2. рвота с примесью крови темно-вишневого цвета;
  3. рвота с содержимым типа «кофейной гущи».
9. К факторам защиты в патогенезе язвенной болезни относится все, кроме:
1. повышенный синтез простагландинов;
  2. повышенная выработка гастрина;
  3. гиперпродукция бикарбонатов;
  4. нормальная регенерация слизистой оболочки.
10. Parietalные клетки слизистой оболочки желудка секретуют:
1. соляную кислоту
  2. молочную кислоту;
  3. гастромукопротеид;

4. муцин;
  5. пепсиноген.
11. Общие принципы лечения функциональных расстройств желудка включают:
1. дробное питание;
  2. психотерапия;
  3. физиотерапия;
  4. рефлексотерапия;
  5. все перечисленное.
12. Медикаментозное лечение хронического атрофического гастрита включает:
1. вяжущие и обволакивающие средства;
  2. метилурацил;
  3. витамины;
  4. заместительную терапию;
  5. все перечисленное.
13. Каковы механизмы возникновения висцеральных болей при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки?
1. действие соляной кислоты на слизистую оболочку гастродуоденальной зоны;
  2. спазм и растяжение стенки желудка и двенадцатиперстной кишки; спазм сосудов желудка и двенадцатиперстной кишки;
  3. раздражение париетального листка брюшины.
14. С какой целью применяется рентгенологическая методика двойного контрастирования?
1. для лучшей оценки эластичности стенки желудка;
  2. для более точной характеристики эвакуации из желудка;
  3. для лучшего выявления изменений рельефа слизистой оболочки желудка;
  4. для дифференциальной диагностики между рубцовыми и спастическими деформациями желудка и двенадцатиперстной кишки;
  5. для более точного определения формы и положения желудка.
15. С какой целью в диагностике геликобактерной инфекции чаще всего применяется дыхательный тест?
1. в скрининговых исследованиях;
  2. для первичной диагностики геликобактерной инфекции;
  3. для выявления патогенных штаммов НР;
  4. для контроля полноты эрадикации штаммов НР;
  5. для определения чувствительности НР к антибиотикам.

### **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

16. На возникновение пенетрации язвы могут указывать все ниже перечисленные симптомы, кроме:
1. боли принимают упорный характер;
  2. боли теряют связь с приемом пищи;
  3. присоединяется лихорадка;
  4. отмечается повышение СОЭ;
  5. появляется «доскообразное» напряжение мышц брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины.
17. Какая из ниже перечисленных ситуаций не приводит к возникновению «стрессовых» гастродуоденальных язв?
1. психо-эмоциональный стресс;
  2. черепно-мозговые травмы и нарушение мозгового кровообращения;
  3. после нейрохирургических операций, связанных с трансплантацией органов;
  4. при остром инфаркте миокарда;
  5. у больных с терминальной почечной и печеночной недостаточностью.
18. Какое клиническое проявление не характерно для эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки, вызванных приемом НПВП:
1. выраженный болевой синдром;

2. смазанность клинической картины;
  3. обычно одиночный характер поражений;
  4. часто множественный характер поражений;
  5. высокая частота желудочно-кишечных кровотечений.
19. Симулировать появление мелены может прием всех ниже перечисленных препаратов, кроме:
1. НПВП;
  2. препаратов железа;
  3. препаратов висмута;
  4. активированного угля.
20. Перечислите признаки, характерные для язвенной болезни 12-перстной кишки:
1. пожилой возраст (50-70 лет);
  2. четкая ритмичность и периодичность болевого синдрома;
  3. коликообразные боли в правом подреберье;
  4. потеря аппетита;
  5. разлитая болезненность.
21. К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, относятся:
1. анализ желудочного сока;
  2. рентгеноскопия;
  3. гастроскопия;
  4. морфологическое исследование слизистой оболочки желудка;
  5. верно 3) и 4).
22. При обнаружении хеликобактер пилори при хронических гастритах рекомендуется назначить все, кроме:
1. де-нола;
  2. кларитромицина;
  3. амоксициллина;
  4. маалокса;
  5. зантака.
23. Профилактика гастритов основана на:
1. правильном режиме и характере питания;
  2. устранении профессиональных вредностей;
  3. отказе от алкоголя;
  4. лечении заболеваний, приводящих к хроническому гастриту;
  5. всем перечисленном.
24. Для язвенной болезни редко рецидивирующего течения обострения наступают:
1. 1-2 раза в 2-3 года;
  2. 2 раза в год;
  3. 3 раза в год;
  4. 1 раз в 5 лет.
25. С какой целью в диагностике хеликобактерной инфекции используется чаще всего метод определения антител к НР?
1. для скрининговых исследований;
  2. с целью первичной диагностики;
  3. с целью контроля полноты эрадикации;
  4. с целью определения чувствительности НР к антибиотикам.
26. Укажите первоначальную локализацию гастритических изменений, вызванных хеликобактерной инфекцией:
1. субкардиальный отдел;
  2. фундальный отдел;
  3. антральный отдел;
  4. антральный и фундальный отделы;
  5. антральный отдел и луковица двенадцатиперстной кишки.

27. В пользу злокачественного характера язвы в желудке свидетельствуют все ниже перечисленные косвенные признаки, кроме:
1. большие размеры язвы;
  2. локализация на малой кривизне желудка;
  3. локализация на большой кривизне желудка;
  4. наличие гистаминустойчивой ахлоргидрии;
  5. неправильная форма язвенного дефекта и ригидность стенки желудка в месте поражения.
28. Какое из ниже перечисленных лечебных мероприятий при язвенной боли, не ассоциированной с хеликобактерной инфекцией, не считается правильным:
1. назначение курсовой терапии с блокаторами протонного насоса в средних терапевтических дозах;
  2. повышение дозы блокаторов протонного насоса в 2-3 раза при неэффективности лечения в течение 4-6 недель;
  3. назначение при неэффективности лечения блокаторами протонного насоса в течение 4-6 недель препаратов, усиливающих регенерацию слизистой оболочки желудка;
  4. назначение после рубцевания язвы поддерживающей терапии блокаторами протонного насоса в половинной дозе.
29. В настоящее время для профилактики НПВП-гастропатии применяются все ниже перечисленные препараты, кроме:
1. синтетических аналогов простагландинов;
  2. антацидов;
  3. H<sub>2</sub>-блокаторов;
  4. блокаторов протонного насоса.
30. Хронический гастрит необходимо дифференцировать с:
1. язвенной болезнью желудка;
  2. раком желудка;
  3. хроническим панкреатитом;
  4. хроническим холециститом;
  5. со всем перечисленным.
31. Какой метод наиболее информативен в ранней диагностике дискинезии желчевыводящих путей?
1. биохимическое исследование желчи;
  2. ультразвуковая диагностика;
  3. внутривенная холецистографии;
  4. лапароскопия.
32. Назначение препаратов хенодезоксихолевой или урсодезоксихолевой кислот показано:
1. при наличии рентгенопозитивных карбонатных камней;
  2. при рентгеномалококонтрастных холестериновых камнях;
  3. при камнях диаметром более 20 мм;
  4. при частых желчных коликах;
  5. при некалькулезном холецистите.
33. При синдроме раздраженной толстой кишки целесообразно назначать:
1. слабительные средства;
  2. антидепрессанты;
  3. местноанестезирующие препараты;
  4. противовоспалительные препараты;
  5. очистительные и лечебные клизмы.

### 3.6. Суставной синдром

**Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов**

1. При ревматоидном артрите чаще всего поражаются суставы:

1. позвоночника;
2. коленные;
3. межфаланговые;
4. крестцово-подвздошного сочленения;
5. челюстно-лицевые.

2. Для ревматического полиартрита характерно все перечисленное, кроме:

1. острого синовита;
2. сопутствующей лихорадки;
3. «летучего» характера поражения суставов;
4. преимущественного поражения мелких и средних суставов.

3. Для ревматоидного артрита наиболее характерным является:

1. положительный латекс-тест и реакция Валер-Роуза;
2. наличие LE-клеток;
3. высокий титр антистрептолизина-о;
4. наличие моноклонального белка;
5. высокий уровень мочевой кислоты в сыворотке крови.

4. При острой ревматической лихорадке наиболее часто (не считая сердца) поражаются:

1. суставы;
2. центральная нервная система;
3. почки;
4. кожа.

5. Главным показателем аутоиммунной природы ревматоидного артрита является:

1. LE-клетки;
2. ревматоидный фактор;
3. высокий титр антистрептолизина-о;
4. антитела к гладкой мускулатуре.

6. Для ревматического полиартрита наиболее характерно:

1. полиартрит с утренней скованностью и деформацией суставов;
2. острые боли в суставах «летучего» характера, не оставляющие деформаций;
3. преимущественное поражение мелких суставов;
4. моноартрит.

7. Артрит, уретрит, конъюнктивит – триада, типичная для:

1. синдрома Сьегрена;
2. синдрома Рейтера;
3. синдрома Фелти;
4. ревматоидного артрита;
5. СКВ.

8. Для какого заболевания характерно сочетание полиневрита, гипертензии и бронхообструкции?

1. узелкового периартериита;
2. дерматомиозита;
3. системной красной волчанки;
4. хронического гломерулонефрита;
5. хронического обструктивного бронхита.

9. При ревматоидном артрите ранее всего поражаются суставы:

1. локтевые;
2. позвоночные;
3. крестцово-подвздошные;
4. проксимальные межфаланговые и суставы кистей;
5. коленные.

10. Контрактура кистей, синдром Рейно, микростомия, эзофагосклероз, атрофия кожи являются признаками:

1. ревматоидного артрита;
2. дерматомиозита;
3. склеродермии;
4. микседемы;
5. сифилиса.

### **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

11. Болезнь Бехтерева (анкилозирующий спондилоартрит) чаще поражает:

1. детей;
2. стариков;
3. подростков и молодых мужчин (15-30 лет);
4. женщин в климактерическом периоде;
5. молодых девушек.

12. В лабораторной диагностике ревматоидного артрита имеет значение все перечисленное, кроме:

1. гамма -глобулинемии и увеличения СОЭ;
2. обнаружения фагоцитов в синовиальной жидкости;
3. высокого цитоза в синовиальной жидкости;
4. ревматоидного фактора;
5. антител к фосфолипидам.

13. Сакроилеит встречается при:

1. синдроме Рейтера;
2. болезни Бехтерева;
3. псориазартрическом артрите;
4. синдроме Бехчета;
5. при всех вышеперечисленных заболеваниях;
6. ни при одном из вышеперечисленных заболеваний.

14. Для остеоартроза кисти характерно поражение:

1. дистальных межфаланговых суставов;
2. проксимальных межфаланговых суставов;
3. пястно-фалангового сустава I пальца;
4. пястно-фаланговых суставов II-V пальцев;
5. верно все перечисленное;
6. верно 1, 2.

15. При болезни Бехтерева лабораторные показатели отражают активность воспалительного процесса:

1. адекватно;
2. не адекватно.

16. Какие рентгенограммы целесообразно сделать для подтверждения болезни Бехтерева?

1. голеностопных суставов;
2. тазобедренных суставов;
3. позвоночника;
4. коленных суставов;
5. кистей рук.

17. С чего можно начать лечение артрита до установления точного диагноза?

1. с сульфаниламидов;
2. с антибиотиков;
3. с нестероидных противовоспалительных препаратов;
4. с преднизолона;
5. с кризолона.

18. Для ревматоидного артрита длительного течения характерно осложнение:

1. общий атеросклероз сосудов;
2. нарушения углеводного обмена;

3. амилоидоз;
4. микоз;
5. порфирия.

19. Выберите метод лечения для больной ревматоидным артритом, если у нее отсутствуют повышение температуры, висцериты и васкулиты, имеется выпот в коленных суставах; СОЭ – 35 мм/ч; продолжительность заболевания – 6 месяцев, прежде не лечилась.

1. только нестероидные противовоспалительные средства;
2. их комбинация с внутрисуставным введением кеналога;
3. препараты золота;
4. D-пеницилламин;
5. цитостатики.

20. При болезни Бехтерева (анкилозирующий спондилоартрит) чаще возникает:

1. митральный стеноз;
2. недостаточность митрального клапана;
3. стеноз устья аорты;
4. аортальная недостаточность;
5. недостаточность трикуспидального клапана.

21. Для волчаночного полиартрита характерно все перечисленное, кроме:

1. постепенного начала;
2. симметричности поражения;
3. утренней скованности, превышающей по продолжительности 30 минут;
4. редкости значительных деформаций;
5. сочетания с внесуставной симптоматикой.

22. Выберите правильное лечение для больной ревматоидным артритом, 55 лет; заболевание протекает с васкулитом, миокардитом и лихорадкой:

1) салицилаты и другие НПВП; 2) преднизолон; 3) метотрексат; 4) препараты золота; 5) D-пеницилламин:

1. верно 1, 3, 4;
2. верно 1, 2, 3;
3. верно 3, 4, 5;
4. верно 1, 3;
5. верно 1, 5.

23. Сакроилеит является самым главным и ранним признаком:

1. ревматизма;
2. ревматоидного артрита;
3. болезни Бехтерева;
4. синдрома Бехчета.

24. Хинолиновые производные наиболее целесообразно использовать при:

1. болезни Бехтерева;
2. псориатрическом артрите;
3. ревматоидном артрите;
4. ревматической полимиалгии.

25. Обнаружение ревматоидного фактора для диагноза ревматоидного артрита:

1. обязательно;
2. не обязательно.

### 3.7. Грипп. ОРВИ. Ангина

#### Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

1. Для дифтерии зева характерно:
  1. повышение температуры тела;
  2. другие симптомы интоксикации;
  3. фибриновые трудноснимаемые налеты на миндалинах;

4. увеличение подчелюстных лимфатических узлов.
2. Для продромального периода кори характерно всё перечисленное, кроме:
  1. лихорадки;
  2. кашля;
  3. насморка;
  4. болей в суставах.
3. Для респираторного синдрома при гриппе характерно все перечисленное, кроме:
  1. сухого кашля;
  2. «саднения» за грудиной;
  3. першения в горле;
  4. заложенности носа;
  5. насморка.
4. При дифтерии после снятия пленки с миндалин:
  1. остаются кровоточащие эрозии;
  2. поверхность миндалин не кровоточит;
  3. поверхность миндалин слегка гиперемирована.
5. Какое из следующих лечебных мероприятий не входит в терапию больных неосложнённых гриппом:
  1. приём ремантадина, амантадина;
  2. неспецифические нестероидные противовоспалительные препараты;
  3. антибиотики широкого спектра действия для предупреждения присоединения бактериальной инфекции;
  4. витаминотерапия, включающая в себя большие дозы витамина С, витамина Р;
  5. массивная дезинтоксикационная терапия.

### **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

6. Какие из перечисленных признаков не характерны для очага поражения при эритематозной форме рожи:
  1. кожа в очаге поражения гиперемирована, отёчна;
  2. на периферии очага имеется чёткий инфильтратный вал, отделяющий поражённые ткани от здоровых;
  3. кожа в очаге поражения горячая на ощупь;
  4. определяется плотный болезненный инфильтрат с флюктуацией в центре;
  5. регионарный лимфаденит.
7. Заболевание началось остро. Появилось недомогание, головная боль, боль в горле при глотании, температура повысилась до 38С. При осмотре на 1-ый день болезни выявлены отёк и гиперемия ротоглотки, на миндалинах, нёбных дужках, языке имеются плёнчатые налёты, которые с трудом снимаются и на их месте остаётся кровоточащая поверхность. Регионарные лимфоузлы незначительно увеличены с обеих сторон; гнусавость голоса, затруднённое дыхание. Наблюдается отёк подкожной клетчатки в области шеи до ключиц. Поставьте предварительный диагноз:
  1. токсическая дифтерия;
  2. инфекционный мононуклеоз;
  3. дифтерия зева;
  4. банальная стрептококковая ангина;
  5. туляремия, ангинозно-бубонная форма.
8. Заболевание началось остро с появления озноба, головной боли, головокружения, мышечных болей, слабости, температура повысилась до 39<sup>0</sup> С. При осмотре на второй день заболевания в подмышечной области справа обнаружен увеличенный в размерах подвижный лимфатический узел с отчётливыми контурами, не спаянный с окружающими тканями. Кожа над поверхностью бубона не изменена. При пальпации отмечалась незначительная болезненность .

Поставлен диагноз туляремии. Какое из следующих лечебных мероприятий не входит в терапию больного:

1. назначение антибиотиков тетрациклинового ряда;
  2. назначение антибиотиков пенициллинового ряда;
  3. десенсибилизирующая терапия;
  4. вакцинотерапия;
  5. местное лечение с использованием хирургических методов.
9. С какой инфекцией прежде всего следует дифференцировать токсическую форму дифтерии зева:

1. грипп;
2. аденовирусная инфекция;
3. менингококкцемия;
4. токсоплазмоз;
5. инфекционный мононуклеоз.

10. Какие клинические синдромы определяют тяжесть гриппа у детей:

1. круп;
2. диарея;
3. нейротоксикоз;
4. артралгии.

11. Какие сходные клинические симптомы отмечаются при аденовирусной инфекции и в продроме кори:

1. конъюнктивит;
2. ринит;
3. фарингит;
4. пятна Бельского-Филатова-Коплика.

12. Укажите, какие органы и системы поражаются при дифтерии:

1. дыхательная система;
2. центральная нервная система;
3. ротоглотка;
4. кишечник.

### 3.8. Лихорадочный синдром

#### Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

1. У 53-летнего мужчины после возвращения из ресторана ночью появились резкие боли в области большого пальца левой стопы, повысилась температура тела до  $38,3^{\circ}\text{C}$ . При осмотре выявлена припухлость первого плюснефалангового сустава, яркая гиперемия кожи вокруг него. Прикосновение к большому пальцу вызывает резкое усиление боли. Наиболее вероятный диагноз?

1. ревматоидный артрит;
2. реактивный артрит;
3. подагрический артрит;
4. ревматический артрит;
5. системная красная волчанка.

2. У 22-летней девушки в течение 3 месяцев лихорадка до  $38,2^{\circ}\text{C}$ , боли в крупных суставах и мышцах, отмечено преходящее снижение остроты зрения. При осмотре артериальное давление на правой руке 130/80 мм рт.ст., на левой – 80/60 мм.рт.ст. На правой сонной артерии выслушивается грубый шум. СОЭ 42 мм/ч. Наиболее вероятный диагноз?

1. системная красная волчанка;
2. туберкулез;
3. неспецифический аортоартериит;
4. инфекционный эндокардит;
5. атеросклероз.

3. Прием каких лекарственных препаратов может вызвать повышение температуры тела?
1. антикоагулянты;
  2. инсулин;
  3. мерказолил;
  4. иммунодепрессанты;
  5. трициклические антидепрессанты (амитриптилин, меллипрамил).
4. Какой из указанных симптомов можно считать характерным для риногенного абсцесса мозга?
- а) выраженная гипертермия с размахами температуры в пределах 2-3 градусов Цельсия; б) эйфория, неадекватное поведение больного; в) спонтанный нистагм.
1. а;
  2. б;
  3. в.
5. Для подострого послеродового эндометрита характерно: а) температура тела родильницы 38<sup>0</sup>С и выше; б) тахикардия до 100 ударов в минуту;
- в) лохи с примесью крови на 5-е сутки после родов; г) все перечисленное; д) ничего из перечисленного.
1. а;
  2. б;
  3. в;
  4. г;
  5. д.

### **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

6. Источником инфекции при СПИДе являются все перечисленные, кроме:
1. больных СПИДом в остром периоде;
  2. инфицированных;
  3. лиц, прибывших из эндемичной зоны.
7. Основные пути заражения ВИЧ-инфекцией: 1) капельный, 2) парентеральный, 3) контактный, 4) половой:
1. верно 1, 2;
  2. верно 2, 3;
  3. верно 3, 4;
  4. верно 2, 4;
  5. верно 1, 3.
8. Вирус иммунодефицита человека чаще обнаруживается: 1) в крови, 2) в моче, 3) в кале, 4) в сперме, 5) в грудном молоке:
1. верно 1, 2, 3;
  2. верно 2, 3, 4;
  3. верно 3, 4, 5;
  4. верно 2, 4, 5;
  5. верно 1, 4, 5.
9. У 34-летней женщины в течение 5 месяцев лихорадка до 38,7<sup>0</sup> С, боли в суставах и мышцах, снижение остроты зрения. Артериальное давление на правой руке 140/80 мм рт.ст., на левой – 70/50 мм рт.ст. На левой сонной артерии выслушивается систолический шум. СОЭ 48 мм/ч. Какое исследование необходимо провести для подтверждения диагноза?
1. повторные посевы крови;
  2. проба Манту;
  3. определение уровня антинуклеарных антитела в крови;
  4. определение уровня ревматоидного фактора в крови;
  5. ангиография.
10. У 56-летнего мужчины после употребления алкоголя и мясных продуктов появились резкие боли в области большого пальца правой стопы, повысилась температура тела до 38,8<sup>0</sup> С. При осмотре выявлена припухлость первого плюснефалангового сустава, яркая гиперемия кожи

вокруг него. Прикосновение к большому пальцу вызывает резкое усиление боли. Какое исследование целесообразно провести для уточнения диагноза?

1. определение ревматоидного фактора;
2. проба Манту;
3. определение уровня мочевой кислоты в крови и моче;
4. определение волчаночных клеток;
5. пункция сустава.

### 3.9. Мочевой синдром

#### Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

1. На амбулаторном приеме при пиелонефрите достоверное диагностическое значение имеет:
  1. учащенное, болезненное мочеиспускание;
  2. лейкоцитурия;
  3. боли в поясничной области;
  4. лихорадка;
  5. бактериурия;
  6. все перечисленное
2. При обследовании в поликлинике самая высокая протеинурия наблюдается при:
  1. острым гломерулонефрите;
  2. амилоидозе;
  3. нефротическом синдроме;
  4. хроническом гломерулонефрите;
  5. хроническом пиелонефрите.

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

  1. рак почки;
  2. хронический пиелонефрит;
  3. врожденную аномалию;
  4. туберкулез почек;
  5. подагрическую нефропатию.
4. С чего следует начать обследование пациентки в условиях поликлиники при наличии у нее учащенного и болезненного мочеиспускания и макрогематурии?
  1. цистоскопия;
  2. внутривенная урография;
  3. анализ мочи;
  4. УЗИ почек;
  5. изотопная ренография.
5. В амбулаторных условиях хроническая почечная недостаточность диагностируется по:
  1. отекам при наличии протеинурии;
  2. артериальной гипертензии и изменениям в моче;
  3. бактериурии;
  4. повышению концентрации креатинина в крови;
  5. повышению уровня мочевой кислоты в крови.
6. Самым достоверным признаком хронической почечной недостаточности является:
  1. олигурия;
  2. протеинурия;
  3. артериальная гипертония в сочетании с анемией;
  4. повышение уровня креатинина в крови;
  5. гиперлипидемия.
7. В амбулаторной практике при какой патологии наблюдается сочетание анемии и артериальной гипертонии?
  1. гипертоническая болезнь;

2. хроническая почечная недостаточность;
  3. синдром Иценко-Кушинга;
  4. акромегалия;
  5. В12-дефицитная анемия.
8. Показана ли какая-либо амбулаторная терапия при хроническом пиелонефрите в период ремиссии?
1. не показана;
  2. показана при возникновении интеркуррентных инфекций;
  3. два раза в год в осеннее-зимний период;
  4. на протяжении 6-12 месяцев – регулярные короткие курсы антибактериальной терапии, в промежутках – фитотерапия;
  5. первые 3 месяца – эпизодический прием антибактериального препарата, к которому чувствительна флора.
9. В какое время года больные с заболеваниями почек направляются на санаторно-курортное лечение?
1. зима-весна;
  2. осень-зима;
  3. лето-осень;
  4. весна-лето.
10. Какие условия труда являются противопоказанными больным с заболеваниями почек?
1. ночные смены;
  2. частые командировки;
  3. тяжелый физический труд;
  4. работа у движущихся механизмов;
  5. работа на высоте.

### **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

11. Главным признаком нефротического синдрома является:
1. лейкоцитурия;
  2. протеинурия;
  3. гематурия;
  4. цилиндрурия;
  5. бактериурия.
12. К патогенетическим средствам лечения нефротического синдрома относятся: а) диуретики; б) глюкокортикоиды; в) белковые препараты; г) цитостатики; д) антикоагулянты. Выберите правильную комбинацию ответов:
1. б, д;
  2. а, б, д;
  3. б, г;
  4. г, д;
  5. б, г, д.
13. В какой срок после перенесенной инфекции развивается острый гломерулонефрит?
1. 10-12 дней;
  2. 3 дня;
  3. неделя;
  4. месяц;
  5. 2 месяца.
14. Какая группа антибиотиков чаще всего вызывает почечную недостаточность:
1. пенициллины;
  2. цефалоспорины;
  3. аминогликозиды;
  4. макролиды;
  5. тетрациклин.

15. Причины острой почечной недостаточности при назначении нестероидных противовоспалительных препаратов: а) потеря внутриклеточного кальция; б) препятствие синтезу простагландинов; в) массивная протеинурия; г) нарушение гемодинамики; д) снижение почечного кровотока. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б;
2. а, б, д;
3. а, б, в, д;
4. г, д;
5. б, д.

16. Нормальным соотношением дневного диуреза к ночному является:

1. 1:1;
2. 1:2;
3. 2:1;
4. 3:1;
5. 4:1.

17. У больного с хронической почечной недостаточностью при обследовании в поликлинике выявлена выраженная гипокалиемия. Из перечисленного главной причиной этого состояния может стать:

1. состав пищи, употребляемой больным;
2. рвота;
3. гипокальциемия;
4. метаболический ацидоз;
5. гипонатриемия.

18. При составлении диеты больному с консервативной стадией ХПН следует предусмотреть все, кроме:

1. ограничение белка до 0,5 г на кг массы тела;
2. ограничение белка до 0,2 г на кг массы тела;
3. достаточную калорийность пищи;
4. ограничение фосфатов;
5. обеспечение микроэлементами и витаминами.

19. Какой из клинических вариантов хронического гломерулонефрита является самым частым?

1. гематурический;
2. латентный;
3. нефротический;
4. гипертонический;
5. смешанный.

20. Какая протеинурия характерна для хронического гломерулонефрита?

1. гломерулярная;
2. тубулярная;
3. протеинурия переполнения;
4. протеинурия напряжения.

21. Какой вариант хронического гломерулонефрита может не сопровождаться обязательным развитием хронической почечной недостаточности?

1. латентный;
2. гематурический;
3. гипертонический;
4. нефротический;
5. смешанный.

22. Ранним и наиболее важным клиническим признаком острой почечной недостаточности является:

1. никтурия;
2. полиурия;
3. олигоурия или анурия;
4. изостенурия;

5. отсутствие диуреза при наличии мочи в мочевом пузыре.

### 3.10. Анемический синдром

#### Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

1. Для диагноза железодефицитной анемии в условиях поликлиники важно наличие следующего показателя:

1. снижение гематокрита;
2. снижение цветового показателя;
3. снижение гемоглобина.
4. снижение количества лейкоцитов;
5. гипербилирубинемия.

2. Среди клинических симптомов железодефицитной анемии реже всего наблюдаются:

1. глоссит;
2. субфебрильная температура тела;
3. желтуха;
4. анорексия;
5. выпадение волос.

3. Наиболее частой причиной железодефицитной анемии у амбулаторных больных являются:

1. кровопотери;
2. глистная инвазия;
3. врожденный дефицит железа;
4. авитаминоз;
5. недостаточное поступление железа с пищей.

4. У амбулаторной больной 40 лет с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки появилась резкая слабость, головокружение, одышка, сердцебиения; снизилось АД. Анализ крови: Hb 70 г/л, лейкоцитов  $14 \cdot 10^9$ /л. Можно думать об осложнении:

1. инфекционное заболевание;
2. острая кровопотеря;
3. гемолитический криз;
4. перфорация язвы;
5. реактивный панкреатит.

5. Наиболее частой причиной  $V_{12}$ -дефицитных анемий являются:

1. кровопотери;
2. глистная инвазия;
3. атрофия желез желудка;
4. беременность;
5. алиментарный фактор.

#### Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

6. Диагноз  $V_{12}$ -дефицитной анемии становится несомненным при изменении следующего лабораторного показателя:

1. повышение цветового показателя;
2. снижение количества эритроцитов;
3. макроцитоз эритроцитов;
4. мегалобластоз костного мозга;
5. снижение количества лейкоцитов.

7. Самой частой причиной железодефицитной анемии у мужчин является:

1. кровопотеря из желудочно-кишечного тракта;
2. опухоли предстательной железы;
3. алкогольный гепатит;

4. гематурическая форма гломерулонефрита.

**8.** Больного В<sub>12</sub>-дефицитной анемией следует лечить:

1. всю жизнь;
2. до нормализации уровня гемоглобина;
3. 1 год;
4. 3 месяца.

**9.** Характерной жалобой амбулаторного больного В<sub>12</sub>-дефицитной анемией является:

1. хромота;
2. боли за грудиной;
3. жжение языка;
4. близорукость.

**10.** Причиной железодефицитной анемии у беременной может быть:

1. имевшийся ранее латентный дефицит железа;
2. многоплодная беременность;
3. несовместимость с мужем по системе АВО.

#### **IV. Особенности физиологического развития и патологии подросткового периода**

##### **Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов**

**1.** Какая патология считается наиболее специфической для подросткового возраста?

1. хронический пиелонефрит;
2. плоскостопие;
3. сколиоз;
4. ревматическое поражение сердца;
5. ювенильный ревматоидный артрит.

**2.** Какие из перечисленных нарушений ритма в подростковом возрасте нуждаются в лечении?

1. миграция водителя ритма;
2. суправентрикулярная экстрасистолия;
3. желудочковая экстрасистолия III, IV классов по Lown;
4. синусовая аритмия.

**3.** Какое лекарственное средство не является препаратом выбора для лечения аритмий в подростковом возрасте?

1. малые транквилизаторы;
2. фенибут;
3. бета-блокаторы;
4. лидокаин;
5. пирацетам.

**4.** Что понимают под физическим развитием?

1. совокупность морфологических и функциональных свойств организма, характеризующих его рост и развитие на каждом возрастном этапе;
2. комплекс морфологических свойств организма, характеризующих его рост и развитие на каждом возрастном этапе.

**5.** Факторы, оказывающие неблагоприятное влияние на физическое развитие:

а) алкоголизм и наркомания родителей; б) недостаточное и неполноценное питание; в) хронические заболевания; г) занятие физической культурой; д) неблагоприятные социальные условия. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б, в, д;
2. а, б, в, г;
3. б, в, г, д;
4. а, б, г;
5. все перечисленное.

**6.** Условия, способствующие развитию близорукости у детей и подростков: а) недостаточность освещения рабочего места; б) неравномерность освещения; в) слепящая яркость; г) неправильная посадка. Выберите комбинацию, дающую исчерпывающий ответ:

1. а, б;
2. б, в;
3. в, г;
4. а, г;
5. все перечисленное.

**7.** Девушка 16 лет страдает значительным ожирением (вес 116 кг, рост 172 см). Нерегулярные менструации, головные боли, на коже бедер узкие розовые полосы. Избыточный вес с 5 лет. Диеты не придерживалась. АД 160/100 мм.рт.ст. Предположительный диагноз:

1. микропролактинома;
2. ожирение;
3. болезнь Иценко-Кушинга;
4. синдром Иценко-Кушинга;
5. пубертатно-юношеский диспитуитаризм.

**8.** Какая возрастная группа наиболее подвержена заболеванию острым гломерулонефритом?

1. до 2 лет;
2. с 2-летнего возраста до 40 лет;
3. климактерический период;
4. период менопаузы;
5. пубертатный период.

**9.** Гемодинамические нарушения при остром гломерулонефрите обусловлены: а) гиперволемией; б) задержкой натрия и воды; в) гиперренинемией; г) повышением концентрации простагландинов; д) спазмом сосудов. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, д;
2. а, б;
3. а, б, г;
4. б, д;
5. а, б, д.

**10.** 12-летняя девочка, жалующаяся на интенсивные стойкие боли в крупных и мелких суставах, высокую лихорадку, многочисленные эритематозные высыпания на туловище и руках, боли в глазах и светобоязнь.

Ваш диагноз?

1. ревматоидный артрит;
2. геморрагический васкулит;
3. узловатая эритема;
4. ювенильный ревматоидный артрит;
5. ревматический артрит.

**11.** 16-летний юноша с летучими болями и опуханием крупных суставов, лихорадкой, страдающий хроническим тонзиллитом. Ваш диагноз?

1. ревматоидный артрит;
2. геморрагический васкулит;
3. узловатая эритема;
4. ювенильный ревматоидный артрит;
5. ревматический артрит.

**12.** 16-летняя девушка, мать которой страдает бронхиальной астмой, отмечает возникновение удушья после употребления в пищу меда. В остальное время чувствует себя хорошо. Какой форме бронхиальной астмы соответствует клиническая ситуация?

1. экзогенная (профессиональная) бронхиальная астма;

2. экзогенная (нутритивная) бронхиальная астма;
3. эндогенная бронхиальная астма;
4. эндогенная бронхиальная астма с синдромом адренергического дисбаланса.

**13.** Процесс формирования здорового образа жизни включает все перечисленное, кроме одного:

1. информирование населения о факторах риска;
2. формирование убежденности в необходимости сохранения здоровья;
3. повышение материального благосостояния;
4. воспитание навыков здорового образа жизни.

**14.** Обязательными условиями формирования здорового образа жизни являются все перечисленные, кроме одного:

1. повышение эффективности диспансеризации;
2. рациональное индивидуальное поведение;
3. осуществление общегосударственных мероприятий по созданию здоровых условий жизни;
4. формирование установок на здоровье в обществе.

**15.** Гипертензия при коарктации аорты развивается вследствие:

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

**16.** Основным гемодинамическим признаком коарктации грудного отдела аорты является:

1. увеличение АД на нижних конечностях;
2. гипотензия при измерении АД на верхних конечностях;
3. брадикардия высоких градаций;
4. гипертензия выше и гипотензия ниже места сужения аорты;
5. увеличение ОЦК.

**17.** В какой срок после перенесенной инфекции развивается острый гломерулонефрит?

1. 10-12 дней;
2. 3-4 дня;
3. неделя;
4. месяц;
5. 2 месяца.

**18.** У юноши 18 лет после простудного заболевания появились жажда, полиурия, общая слабость, уровень сахара в крови 16 ммоль/л, в моче 5%, ацетон в моче положителен. Тип диабета у больного:

1. сахарный диабет инсулинозависимый (1 тип);
2. сахарный диабет инсулинонезависимый (2 тип);
3. сахарный диабет инсулинонезависимый (2 тип) инсулинопотребный;
4. сахарный диабет 2 типа у молодых (MODY);
5. вторичный сахарный диабет.

**19.** Главным признаком нефротического синдрома является:

1. лейкоцитурия;
2. протеинурия;
3. гематурия;
4. цилиндрурия;
5. бактериурия.

**20.** Изменение биохимических показателей при хронической почечной недостаточности:

1. гиперальбуминемия;
2. дислипидемия;

3. гиперкреатининемия;
4. уробилинурия;
5. гипербилирубинемия.

### **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

**21.** Клинические симптомы, характерны для экзогенно- конституционального ожирения:

1. диспластическое ожирение, нарушение полового развития;
2. равномерное распределение жира, гипертензия;
3. равномерное распределение жира, гиперпигментация кожи.

**22.** Укажите наиболее оптимальный режим лечения первичного гемохроматоза:

1. ограничение потребления железа с пищей;
2. ограничение потребления железа с пищей в сочетании с десфералом;
3. ограничение потребления железа с пищей в сочетании с кровопусканиями и

последующим назначением десферала.

**23.** Что, кроме цирроза печени, наиболее часто присутствует в клинической картине у больных с врожденным дефицитом альфа1-антитрипсина?

1. остеомалиция, патологические переломы;
2. нарушение фертильности;
3. хроническое рецидивирующее поражение легких с развитием дыхательной недостаточности;
4. прогрессирующая энцефалопатия.

**24.** Симптомы, характерные для юношеского диспитуитаризма:

1. ожирение и нарушение полового созревания;
2. ожирение, стрии, гиперпигментация кожи;
3. ожирение, дислипотеинемия, гипертензия.

**25.** Больная 17 лет страдает болезнью Иценко-Кушинга легкого течения.

Масса тела – 104 кг, рост – 159 см. Краниограмма – турецкое седло обычных размеров, выявляется симптом «двойных контуров». На МР- томографии – микроаденома, размером 5 мм. Какой из перечисленных видов лечения не рекомендуется в данном случае?

1. микрохирургическое удаление аденомы гипофиза;
2. комбинированная терапия: медикаментозная терапия хлоританом и протонотерапия;
3. комбинированная терапия аминоглутетимидом и протонотерапия;
4. парлопел.

**26.** В структуре заболеваемости детей и подростков в России в настоящее время первое ранговое место принадлежит:

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

**27.** Вазоренальная гипертензия у детей развивается вследствие:

1. стеноза почечной артерии;
2. фиброваскулярной гиперплазии почечной артерии;
3. фиброваскулярной дисплазии почечной артерии;
4. тромбоза почечной артерии;
5. правильно все.

**28.** Для клиники хронического гастрита у детей характерно:

1. субфебрильная температура;
2. умеренный лейкоцитоз;
3. диспепсический синдром;
4. диарея;
5. спастический стул.

**29.** Наличие эрозий в антральном отделе желудка у детей характерно для:

1. острого гастрита;
2. аутоиммунного гастрита;
3. гранулематозного гастрита;
4. болезни Менетрие;
5. хеликобактерной инфекции.

**30.** При лечении диареи у детей можно применять отвар:

1. ольховых шишек;
2. ромашки;
3. мяты;
4. цветов бессмертника;
5. толокнянки.

**31.** Основным местом всасывания витамина В-12 является:

1. желудок;
2. двенадцатиперстная кишка;
3. проксимальный отдел тощей кишки;
4. подвздошная кишка, проксимальный отдел;
5. подвздошная кишка, дистальный отдел.

**32.** Какие диетические мероприятия показаны при остром гломерулонефрите у детей?

1. ограничение хлорида натрия до 1,5 г/сутки;
2. увеличение потребления хлорида натрия;
3. увеличение количества потребляемой жидкости;
4. повышение потребления  $K^+$ -содержащих продуктов.

**33.** Назовите показания для назначения глюкокортикоидов при остром гломерулонефрите у детей:

1. отеки;
2. наличие нефротического синдрома без выраженной гематурии и гипертензии;
3. артериальная гипертензия;
4. макрогематурия.

## **V. Особенности течения и лечения заболеваний в пожилом и старческом возрасте**

### **Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов**

1. Старение организма обусловлено в основном:

1. потерей клетками способности к делению;
2. активацией свободнорадикальных процессов;
3. нарушением функциональных способностей клеток;
4. мутациями ДНК.

2. Снижение массы тела в пожилом возрасте может быть обусловлено:

5. эндогенной депрессией;
6. туберкулезом;
7. нарушением моторики желудка и кишечника;
8. всем перечисленным.

3. Факторами риска развития осложнений при медикаментозной терапии в пожилом возрасте являются:

9. уменьшение массы тела;
10. почечная недостаточность;
11. неспособность больного точно следовать указанной дозировке;
12. все перечисленное.

4. Эффективность бета-адреноблокаторов в пожилом возрасте:

13. снижается;

- 14.повышается;
  - 15.не меняется.
5. Для лиц, старше 60 лет, следует в 3 раза уменьшать дозы:
- 16.сердечных гликозидов;
  - 17.бета-адреноблокаторов;
  - 18.препаратов калия.
6. Для артериальной гипертензии у пожилых характерно:
- 19.высокое пульсовое давление;
  - 20.гипокинетический тип гемодинамики;
  - 21.отсутствие выраженной гипертрофии миокарда;
  - 22.все перечисленное.
7. При лечении артериальной гипертензии у пожилых необходимо постепенное снижение АД из-за:
- 23.высокого риска развития коронарной недостаточности;
  - 24.трудности в подборе гипотензивных средств;
  - 25.развития депрессии;
  - 26.гипертонической энцефалопатии.
8. Депрессивное действие на ЦНС у пожилых характерно для:
- 27.мочегонных препаратов;
  - 28.сердечных гликозидов;
  - 29.ингибиторов АПФ;
  - 30.бета-адреноблокаторов.
9. Псевдодеменцию у пожилых могут вызывать:
- 31.мочегонные препараты;
  - 32.сердечные гликозиды;
  - 33.метилдопа;
  - 34.празозин.
10. Усугубление имеющейся коронарной недостаточности у пожилых больных вызывает:
- 35.мочегонные препараты;
  - 36.сердечные гликозиды;
  - 37.метилдопа;
  - 38.нифедипин.

### **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

11. Псевдогипертензия у пожилых обусловлена:
- 1.снижением массы тела;
  - 2.снижением объема циркулирующей крови;
  - 3.ригидностью плечевых артерий;
  - 4.резистентностью к медикаментозной терапии.
12. Эквивалентом боли при приступе стенокардии могут быть:
- 5.приступ удушья;
  - 6.нарушение сердечного ритма;
  - 7.все перечисленное;
  - 8.ничего из перечисленного.
13. Для инфаркта миокарда в пожилом возрасте характерно:
- 9.стертость клинических проявлений;
  - 10.длительная предшествующая стенокардия;
  - 11.динамические нарушения мозгового кровообращения;
  - 12.все перечисленное.
14. Для инфаркта миокарда в пожилом возрасте не характерно:
- 13.частые рецидивы;
  - 14.желудочно-кишечный симптомы;
  - 15.тромбоэмболические осложнения;
  - 16.отсутствие тотальной сердечной недостаточности.

15. Факторами, предрасполагающими к развитию атеросклероза в пожилом возрасте, не являются:
- 17. нарушения липидного обмена;
  - 18. нарушение углеводного обмена;
  - 19. увеличение фибринолитической активности крови;
  - 20. возрастные изменения интимы сосудов.
16. Острая задержка мочи у пожилых в остром периоде инфаркта миокарда обусловлена:
- 21. декомпенсацией сопутствующей патологии;
  - 22. атонией мочевого пузыря;
  - 23. гиповолемией;
  - 24. электролитным дисбалансом.
17. Сердечная недостаточность у пожилых:
- 25. систолическая со сниженным сердечным выбросом;
  - 26. систолическая с повышенным сердечным выбросом;
  - 27. диастолическая с неизменным сердечным выбросом.
18. Появление отеков нижних конечностей у пожилых может быть вызвано:
- 28. сердечной недостаточностью;
  - 29. внутрибрюшинными опухолями;
  - 30. венозной недостаточностью;
  - 31. всем перечисленным;
  - 32. ничем из перечисленного.
19. ТЭЛА у лиц пожилого возраста следует заподозрить при наличии:
- 33. кровохарканья;
  - 34. тахикардии неясного генеза;
  - 35. внезапно возникшей одышки;
  - 36. всего перечисленного;
  - 37. ничего из перечисленного.
20. Одышка в пожилом возрасте может быть обусловлена:
- 38. сердечной недостаточностью;
  - 39. ТЭЛА;
  - 40. хроническим обструктивным заболеванием легких;
  - 41. всем перечисленным;
  - 42. ничем из перечисленного.

## **VI. Особенности течения и лечения соматических заболеваний при беременности**

### **Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов**

1. Причинами неблагоприятного течения и исходов беременности у женщин с патологией внутренних органов являются:
- 1) недостаточное или нерегулярное обследование беременных в женской консультации;
  - 2) отсутствие комплексного наблюдения за беременной акушером и терапевтом;
  - 3) сознательный отказ некоторых беременных от врачебного наблюдения;
  - 4) неэффективные лечебные мероприятия;
  - 5) ошибки в ведении родов и послеродового периода;
  - 6) все перечисленное.
2. Какие гемодинамические изменения характерны для беременности: а) увеличение объема циркулирующей крови; б) уменьшение объема циркулирующей крови; в) снижение систолического и диастолического артериального давления на 5-15 мм рт. ст. во II триместре беременности; г) снижение систолического и диастолического артериального давления на 20-30 мм рт. ст. во II триместре беременности; д) повышение систолического и диастолического артериального давления на 5-15 мм рт. ст. во II триместре беременности; е) физиологическая тахикардия; ж) физиологическая брадикардия. Выберите правильный ответ:
- 1) а, д, ж;

- 2) б, в, з;
- 3) а, в, е.
3. Какое заболевание сердечно-сосудистой системы не является противопоказанием для вынашивания беременности?
  - 1) легочная гипертензия любого происхождения (давление в правом желудочке > 40 мм рт.ст);
  - 2) артериальные гипертензии на уровне I степени;
  - 3) врожденные пороки "синего" типа;
  - 4) аортальный порок сердца при наличии хронической сердечной недостаточности I стадии.
4. Сроки плановой госпитализации беременной женщины с заболеванием сердечно-сосудистой системы. Выберите правильный вариант:
  - 1) в I триместре беременности и за 3 недели до предполагаемого срока родов;
  - 2) в I триместре беременности; в срок 28-30 недель; в срок 35-36 недель;
  - 3) женщина с сердечно-сосудистой патологией наблюдается у терапевта (кардиолога) амбулаторно не реже 1 раза в две недели, госпитализация проводится только в случае ухудшения состояния по экстренным показаниям.
5. Выберите препараты, применение которых возможно во время беременности:
  - 1) антибиотики (стрептомицин, аминогликозиды, тетрациклины);
  - 2) индометацин;
  - 3) ацетилсалициловая кислота;
  - 4) ингибиторы АПФ
  - 5) нифедипины пролонгированного действия.

### **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

6. Какой уровень артериального давления позволяет диагностировать артериальную гипертензию у беременной женщины?
  - 1) АД, превышающее 140\90 мм рт. столба, или увеличение (во время беременности) систолического АД на 30 мм рт.ст., а диастолического АД на 15 мм рт.ст. от исходного уровня (до беременности), зафиксированное дважды в течение недели;
  - 2) АД, превышающее 140\90 мм рт. столба, зафиксированное дважды в течение недели;
  - 3) АД, превышающее 160\90 мм рт. столба, зафиксированное дважды в течение недели;
  - 4) увеличение (во время беременности) систолического АД на 30 мм рт.ст., а диастолического АД на 15 мм рт.ст. от исходного уровня (до беременности), зафиксированное дважды в течение недели.
7. При диагностировании повышенного АД в первые 20 недель беременности артериальную гипертензию считают:
  - 1) АГ не связанную с беременностью;
  - 2) гестационной артериальной гипертензией;
  - 3) преэклампсией;
  - 4) проявлением раннего гестоза беременных.
8. Группы риска развития ЖДА во время беременности:
  - 1) женщины, прежде болевшие анемией;
  - 2) женщины, имеющие хронические инфекционные болезни или хронические заболевания внутренних органов;
  - 3) многорожавшие женщины; беременные с уровнем гемоглобина в I триместре меньше 120 г/л;
  - 4) беременные с многоплодием; беременные с явлениями токсикоза;
  - 5) женщины, у которых в течение многих лет менструации продолжались более 5 дней;
  - 6) все перечисленное.

9. Какое утверждение, касающееся лечения железодефицитной анемии при беременности, не верно?
- 1) лекарства, содержащие железо, беременным противопоказаны;
  - 2) для лечения в зависимости от выраженности ЖДА используются дозы 100–120 мг двухвалентного железа;
  - 3) лечение препаратами железа должно быть длительным;
  - 4) рекомендуется поддерживающая терапия препаратами железа в профилактической дозе до родов и в течение 6 месяцев в послеродовом периоде.
10. В план обследования беременных при наличии ЖДА не входит:
- 1) клинический анализ крови и мочи;
  - 2) определение уровня сывороточного железа, общей железосвязывающей способности;
  - 3) определение общего белка крови, билирубина и его фракций, АЛТ - по показаниям;
  - 4) консультация эндокринолога;
  - 5) желчные пигменты и их производные в моче - по показаниям;
  - 6) консультация гематолога - по показаниям.
11. Выберите утверждение, которое неверно:
- 1) согласно рекомендациям ВОЗ, прием препаратов железа с профилактической целью на протяжении беременности не показано;
  - 2) согласно рекомендациям ВОЗ, все женщины на протяжении 2 и 3 триместра беременности и в первые 6 месяцев лактации должны принимать препараты железа с профилактической целью;
  - 3) согласно рекомендациям ВОЗ, женщины на протяжении всего периода беременности и должны принимать препараты железа с профилактической целью;
  - 4) суточная доза для профилактики анемии составляет 50–60 мг двухвалентного железа;
  - 5) суточная доза для профилактики анемии составляет 20–30 мг двухвалентного железа.
12. Показанием для экстренной госпитализации при артериальной гипертензии у беременной не является:
- 1) отек легких;
  - 2) признаки нарастающего отека мозга;
  - 3) уровень САД > 170 и ДАД > 119 мм рт. ст.;
  - 4) впервые выявленная артериальная гипертензия;
  - 5) преходящая ишемическая атака;
  - 6) резкое ухудшение зрения;
  - 7) акушерские осложнения.
13. Препараты, не рекомендуемые для лечения артериальной гипертензии у беременных:
- 1) метилдопа;
  - 2) диуретики;
  - 3) бета-блокаторы;
  - 4) нифедипины;
  - 5) альфа-блокаторы.
14. Применение препаратов йода в дозировке 200 мкг/сут с целью профилактики йоддефицитного состояния у беременной женщины и плода показано:
- 1) всем беременным женщинам, проживающим в регионе йодного дефицита;
  - 2) беременным женщинам, страдающим аутоиммунным тиреоидитом, проживающим в регионе йодного дефицита;
  - 3) беременным женщинам, не имеющим какой-либо патологии щитовидной железы, проживающим в регионе йодного дефицита;
  - 4) беременным женщинам, страдающим узловым и диффузно-узловым зобом, проживающим в регионе йодного дефицита.

5)

## Эталоны ответов

### I. Организация работы поликлиники

1 – 4	6 – 3	11 – 2	16 – 2	21 – 3	26 – 1
2 – 4	7 – 4	12 – 2	17 – 1	22 – 2	27 – 1
3 – 2	8 – 2	13 – 2	18 – 3	23 – 2	28 – 4
4 – 1, 2, 3	9 – 4	14 – 3	19 – 1	24 – 4	29 – 1
5 – 2	10 – 4	15 – 1	20 – 2	25 – 4	30 – 2

### II. Диспансеризация терапевтических больных

1 – 2	5 – 5	9 – 5	13 – 2	17 – 4	21 – 5
2 – 5	6 – 4	10 – 2	14 – 1	18 – 3	22 – 5
3 – 1	7 – 5	11 – 5	15 – 4	19 – 1	23 – 5
4 – 3	8 – 2	12 – 2	16 – 2	20 – 5	

### III. Диагностика и лечение патологических состояний участковым терапевтом

#### 3.1 Синдром болей в грудной клетке

1 – 1	7 – 3	13 – 1	19 – 2	25 – 4	31 – 1, 3
2 – 2	8 – 3	14 – 4	20 – 5	26 – 3	32 – 2
3 – 2	9 – 3	15 – 4	21 – 2	27 – 5	33 – 1
4 – 5	10 – 5	16 – 4	22 – 1	28 – 2	34 – 1
5 – 5	11 – 1	17 – 1	23 – 4	29 – 1	35 – 4
6 – 1	12 – 5	18 – 1	24 – 2	30 – 4	

#### 3.2 Гипертензивный синдром

1 – 2	7 – 5	13 – 2	19 – 2	25 – 2	31 – 6
2 – 2	8 – 1	14 – 1	20 – 2	26 – 4	
3 – 2	9 – 1	15 – 2	21 – 4	27 – 2	

4 – 5	10 – 3	16 – 2	22 – 5	28 – 1	
5 – 5	11 – 4	17 – 2	23 – 1	29 – 5	
6 – 2	12 – 1	18 – 2	24 – 1	30 – 5	

### 3.3 Хроническая сердечная недостаточность

1 – 5	4 – 3	7 – 2	10 – 4	13 – 2	16 – 2
2 – 3	5 – 5	8 – 4	11 – 5	14 – 1	17 – 3
3 – 4	6 – 4	9 – 4	12 – 2	15 – 5	

### 3.4 Бронхообструктивный синдром

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

### 3.5 Заболевания желудочно-кишечного тракта

1 – 4	7 – 5	13 – 2	19 – 1	25 – 1	31 – 2
2 – 4	8 – 2	14 – 3	20 – 2	26 – 3	32 – 2
3 – 4	9 – 2	15 – 1	21 – 5	27 – 2	33 – 2
4 – 5	10 – 1	16 – 5	22 – 4	28 – 3	
5 – 1	11 – 5	17 – 1	23 – 5	29 – 2	
6 – 3	12 – 5	18 – 3	24 – 1	30 – 5	

### 3.6 Суставной синдром

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

### 3.7 Грипп. ОРВИ. Ангина

1 – 3	3 – 5	5 – 3	7 – 1	9 – 5	11 – 1, 2, 3
2 – 3	4 – 1	6 – 4	8 – 2	10 – 1,3	12 – 1, 3

### 3.8 Лихорадочный синдром

1 – 3	3 – 5	5 – 3	7 – 4	9 – 5
2 – 3	4 – 2	6 – 3	8 – 5	10 – 3

### 3.9 Мочевой синдром

1 – 6	5 – 4	9 – 4	13 – 1	17 – 2	21 – 2
2 – 3	6 – 4	10 – 3	14 – 3	18 – 2	22 – 3
3 – 4	7 – 2	11 – 2	15 – 5	19 – 2	
4 – 3	8 – 4	12 – 5	16 – 3	20 – 1	

### 3.10 Анемический синдром

1 – 2	3 – 1	5 – 3	7 – 1	9 – 3
2 – 3	4 – 2	6 – 4	8 – 1	10 – 1

## IV. Особенности физиологического развития и патологии подросткового периода

1 – 1	7 – 5	13 – 3	19 – 2	25 – 1	31 – 5
2 – 2	8 – 2	14 – 1	20 – 3	26 – 4	32 – 1
3 – 4	9 – 2	15 – 1	21 – 1	27 – 5	33 – 2
4 – 1	10 – 4	16 – 4	22 – 3	28 – 3	
5 – 1	11 – 5	17 – 1	23 – 3	29 – 5	
6 – 5	12 – 2	18 – 3	24 – 2	30 – 1	

## V. Особенности течения и лечения заболеваний в пожилом и старческом возрасте

1 – 3	5 – 1	9 – 3	13 – 4	17 – 1
2 – 4	6 – 4	10 – 4	14 – 4	18 – 4

3 – 4	7 – 1	11 – 3	15 – 3	19 – 4
4 – 1	8 – 4	12 – 3	16 – 2	20 – 4

## VI. Особенности течения и лечения соматических заболеваний при беременности

1 – 6	4 – 2	7 – 1	10 – 4	13 – 2
2 – 3	5 – 3	8 – 6	11 – 1, 3, 5	14 - 3
3 – 2	6 – 1	9 – 1	12 – 4	

### Практико-ориентированные задания (ситуационные задачи).

#### Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

##### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Пациент 45 лет, по профессии программист, обратился к участковому врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распирания в эпигастральной области после приёма пищи, изжогу, отрыжку кислым, тошноту.

Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трех лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию).

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 32,0 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

ЭФГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют чёткие границы, гиперемированы, отёчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии.

Уреазный тест на наличие *H. pylori* – положительный.

Вопросы: 1.Предположите наиболее вероятный диагноз.

2.Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3.Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4.Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии.

Обоснуйте свой выбор.

5.Необходимо ли взять пациента на диспансерный учет? Что нужно назначить пациенту в качестве профилактической терапии «по требованию» при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни?

##### ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ 1

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с *Helicobacter pylori*, одиночная малая (0,5 см) язва задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки впервые выявленная, рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), I стадия. Хронический фарингит стадия ремиссии. Ожирение I ст.

2. У пациента имеются голодные боли, ночные боли, изжога, которые характерны для язвенной болезни 12-перстной кишки. Диагноз подтверждают данные ЭФГДС: луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Ассоциация язвенной болезни с *Helicobacter pylori* определена по положительному уреазному тесту. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), I стадия выставлена на основании жалоб на изжогу, отрыжку кислым; наличия факторов риска: хронического фарингита у пациента (данные анамнеза), при обследовании выявлено ожирение I степени; данных ЭФГДС – пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода (изменения соответствуют I стадии ГЭРБ).

Ожирение I ст. выставлено на основании показателя индекса массы тела - 32,0 кг/м<sup>2</sup>, который соответствует I ст. ожирения.

3. Пациенту с целью исключения осложнений рекомендовано следующее обследование: полный гематологический анализ крови, трансаминазы (АЛТ, АСТ), сахар крови, креатинин крови.

Проведение ЭКГ для дифференциального диагноза с ИБС; УЗИ брюшной полости для исключения сопутствующей патологии; для уточнения степени воспаления и выявления метаплазии – цитологическое и гистологическое исследование биоптата краёв язвы и слизистой в месте поражения пищевода, суточная внутрипищеводная рН-метрия для уточнения характера рефлюктата. Консультация врача-хирурга - по показаниям (при наличии осложнения язвенной болезни), врача-онколога – при подозрении на злокачественный характер изъязвления. Консультация врача-отоларинголога для уточнения стадии хронического фарингита.

4. Трёхкомпонентная схема эрадикации *Helicobacter pylori*: ИПП в стандартной дозе (Омепразол – 20 мг, Лансопразол – 30 мг, Рабепразол – 20 мг или Эзомепразол – 20 мг); Кларитромицин - 500 мг; Амоксициллин - 1000 мг или Метронидазол (МТР) - 500 мг.

Все препараты назначить 2 раза в день, длительностью не менее 10-14 дней. При неэффективности данной терапии назначается квадротерапия.

Учитывая наличие ГЭРБ необходимо назначить прокинетики, которые стимулируют опорожнение желудка: Итоприда гидрохлорид. Итоприда гидрохлорид усиливает пропульсивную моторику ЖКТ за счёт антагонизма с допаминовыми D2- рецепторами и дозозависимого ингибирования активности ацетилхолинэстеразы. Активирует высвобождение ацетилхолина и подавляет его разрушение. Оказывает специфическое действие на верхний отдел ЖКТ, ускоряет транзит по желудку и улучшает его опорожнение. Назначается по 50 мг 3 раза до еды.

Через 14 дней продолжить прием ИПП в стандартной дозе ещё 2-5 недель для эффективного заживления язвы под контролем ФГДС. 5. Все пациенты с язвенной болезнью и ГЭРБ должны состоять на диспансерном учёте.

Рекомендуется немедикаментозная терапия с учётом сочетания язвенной болезни с ГЭРБ:

- 1) избегать обильного приёма пищи;
- 2) после приёма пищи избегать наклонов вперёд и горизонтального положения; последний приём пищи не позднее, чем за 3 часа до сна;
- 3) ограничить приём продуктов, снижающих давление нижнего пищеводного сфинктера и оказывающих раздражающее действие на слизистую оболочку пищевода: богатых жирами (цельного молока, сливок, тортов, пирожных), жирной рыбы и мяса, алкоголя, кофе, крепкого чая, шоколада, цитрусовых, томатов, лука, чеснока, жаренных блюд; отказаться от газированных напитков;
- 4) спать с приподнятым головным концом кровати;

5) исключить нагрузки, повышающие внутрибрюшное давление – не носить тесную одежду и тугие пояса, корсеты, не поднимать тяжести более 8- 10 кг на обе руки, избегать физических нагрузок, связанных с перенапряжением брюшного пресса;

б) отказаться от курения; нормализовать и поддерживать массу тела в норме.

Профилактическую терапию «по требованию» назначают при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни. Показано назначение Омепразола в полной суточной дозе (40 мг) в течение 2-3 дней, а затем в половинной дозе (20 мг) в течение двух недель.

## **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2**

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

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

При осмотре состояние больного средней тяжести. Телосложение правильное, рост – 168 см, вес – 70 кг. Форма грудной клетки коническая, дыхание свободное через нос. Заметна пульсация шейных вен. ЧД – 17 уд/мин. При перкуссии звук ясный, лёгочный, границы лёгких в пределах нормы. При аускультации дыхание жёсткое, хрипов нет. Система кровообращения. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 112 уд/мин, дефицит пульса. АД – 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется, размеры по Курлову – 9x8x7 см.

Общий анализ крови и мочи без патологии. В биохимическом анализе крови определяется высокий уровень холестерина.

Записана ЭКГ.

Вопросы: 1.Какое нарушение ритма у больного?

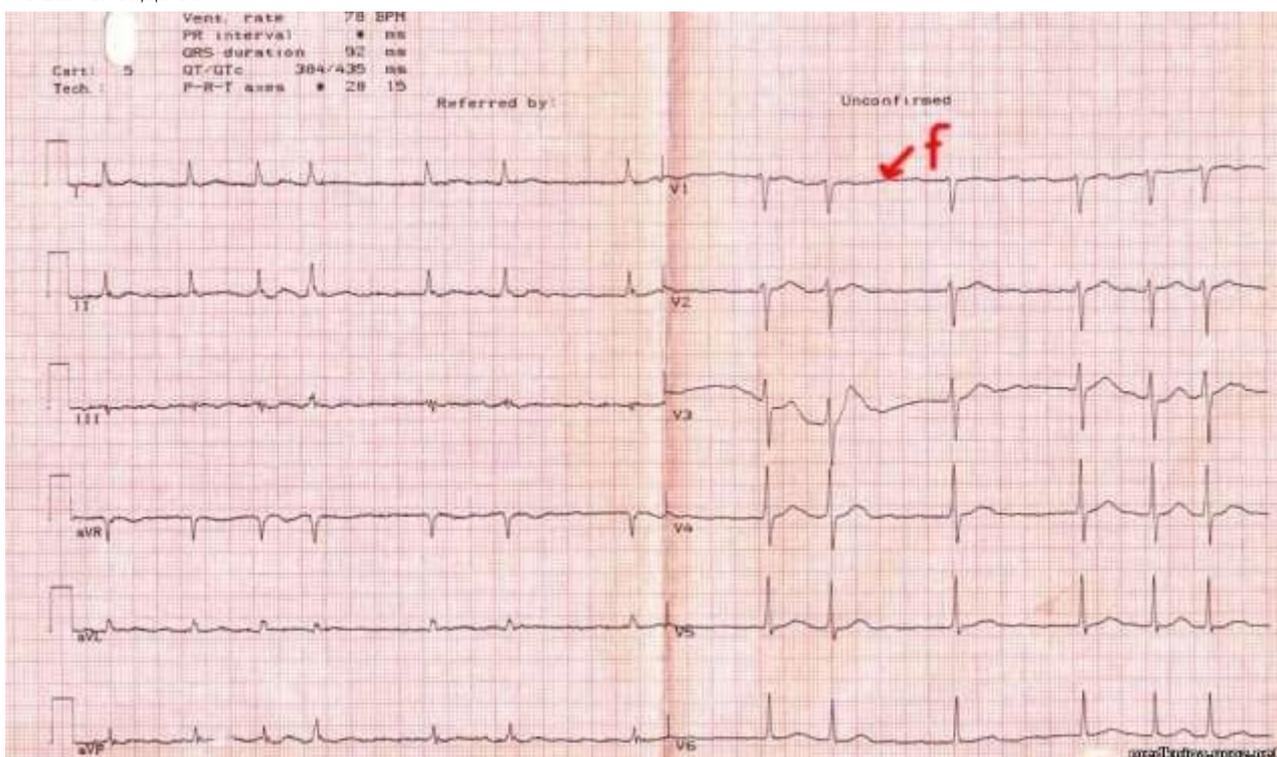
2.С какими наджелудочковыми аритмиями необходимо провести дифференциальный диагноз.

3.Какие дополнительные методы обследования вы назначите больному? Обоснуйте ответ.

4.На основании каких параметров оценивается риск развития инсульта и системных тромбоэмболий (ТЭО) у данного больного? Является ли необходимым назначение антикоагулянтов у данного больного?

5.Перечислите, что относится к сердечно-сосудистым и другим состояниям, ассоциирующимся с фибрилляцией предсердий; назовите какие состояния ассоциируются с развитием фибрилляции предсердий у данного больного.

## ЭКГ к задаче



### ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ 2

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

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Больная С. 47 лет на приёме терапевта по поводу постоянных, усиливающихся после погрешностей в диете болей в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину, похудание.

В 40-летнем возрасте перенесла холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через полгода после операции появились почти постоянные, усиливающиеся после погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину. При применении спазмолитиков и при соблюдении диеты самочувствие улучшалось. Последние 1,5-2 года присоединился практически постоянный неоформленный стул, стала терять вес (похудела на 8 кг за 2 года). На протяжении этого же времени возникал зуд промежности, стала больше пить жидкости, участились мочеиспускания.

При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное, незначительно повышенного питания. Рост – 175 см, вес – 90 кг, ИМТ – 29 кг/м<sup>2</sup>. Голени пастозны. При сравнительной перкуссии лёгких определяется лёгочный звук. Аускультативно дыхание жёсткое, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС=80 уд/мин, АД - 156/85 мм рт. ст. Язык влажный, у корня обложен белым налётом. При поверхностной пальпации живота отмечается некоторая болезненность в эпигастрии и в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра, диаметром 1,5 см. Имеется болезненность в зоне Шоффара. Положительный симптом Керте, симптом Мейо-Робсона. При перкуссии живота — тимпанит. Размеры печени по Курлову – 15x13x11 см. Печень выступает из-под рёберной дуги на 3-4 см, край умеренной плотности, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Поражение какого органа можно предположить, и с чем это связано?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациентке.
4. Определите тактику лечения больного.
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз при хроническом панкреатите.

### **ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ 3**

1. Вторичный хронический панкреатит, билиарозависимый, болевая форма, средней тяжести, часто рецидивирующего течения в стадии обострения. Хронический реактивный персистирующий гепатит. Состояние после холецистэктомии (7 лет назад). Вторичный (панкреатогенный) сахарный диабет.
2. Поражение поджелудочной железы связано с операцией на желчном пузыре и желчевыводящих путях.
3. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, трансаминазы, амилаза, липаза, трипсин, антитрипсин, билирубин общий, прямой; анализ мочи на диастазу; исследование дуоденального содержимого; анализ кала: стеаторея, креаторея, амилорея; обзорная рентгенография брюшной полости; УЗИ поджелудочной железы и гепатобилиарной системы; РХПГ; гликемический и глюкозурический профиль.
4. Госпитализация в гастроэнтерологическое отделение; голодная диета, диета панкреатическая, жидкая и полужидкая пища, 6-разовое питание на протяжении 3-6 дней; H<sub>2</sub>-блокаторы (Ранитидин, Фамотидин) или ингибиторы протонной помпы (Омепразол); холинолитики (Платифиллин); спазмолитики (Дротаверин); обезболивающие; полиферментные препараты; лечение сахарного диабета (препараты Сульфаниламочевина).
5. Основные заболевания, с которыми проводят дифференциальную диагностику хронического панкреатита: язвенная болезнь желудка и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; хронический холецистит; хронический энтерит и колит; хронический абдоминальный ишемический синдром; рак поджелудочной железы.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4**

Больной 25 лет, водитель, обратился к участковому терапевту с жалобами на появление эпизодов удушья с затрудненным выдохом, кашель с трудно отделяемой мокротой практически ежедневно. Приступы удушья возникают 2-3 раза в неделю чаще ночью и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Незначительная одышка при физической нагрузке. Лекарства не принимал.

Считает себя больным около 3 мес. За медицинской помощью обратился впервые. С детства частые бронхиты с обострениями в весенне-осенний периоды. Другие хронические заболевания отрицает. Операций, травм не было. Курит по 1,5 пачки в день 5 лет. У матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь.

Аллергологический анамнез не отягощён. Профессиональных вредностей не имеет.

При физикальном осмотре: состояние больного лёгкой степени тяжести. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы чистые, влажные. Рост 175 см, вес 81 кг. Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При перкуссии – ясный лёгочный звук. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание везикулярное, проводится во все отделы, выслушивается небольшое количество сухих, рассеянных, высокодискантных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 80 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 120/80 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10x9x7 см. Дизурических явлений нет.

#### **Вопросы:**

1. Предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.
3. План лечебных мероприятий.
4. Проведение врачебно-трудовой экспертизы (ВТЭ), противопоказанные виды труда.
5. Укажите показания к неотложной госпитализации у пациента.

#### **ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ 4**

1. Неаллергическая бронхиальная астма, среднетяжёлое течение, впервые выявленная, неконтролируемая. Дыхательная недостаточность 1 степени.
2. План обследования: клинический анализ крови; ЭКГ, спирометрия; рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях; общий анализ мокроты; консультация врача-пульмонолога.
3. План лечения: отказ от курения; с целью купирования приступа заболевания ингаляционно применять  $\beta_2$ -адреномиметики короткого действия (Сальбутамол или Фенотерол). Для постоянного приёма - комбинация низких доз ингаляционных ГКС (Флутиказон 100-250 мкг/сут, Будесонид 200-400 мкг/сут или Беклометазон дипропионат 200-500 мкг/сут) с длительно действующими  $\beta_2$ -агонистами (Салметерол 100 мкг/сут или Формотерол 9-18 мкг/сут). Обучение навыкам самоведения бронхиальной астмы.
4. Временно нетрудоспособен. Выдать ЛН на 3-4 дня. Нетрудоспособность при среднетяжёлом течении бронхиальной астмы продолжается до стабилизации процесса. Противопоказан тяжёлый физический труд, контакт с токсическими веществами, работа в неблагоприятных метеорологических условиях, длительные командировки, работа в горячих цехах, длительная ходьба, профессиональная речевая нагрузка. Рациональное трудоустройство через ВК.
5. Неудовлетворительный ответ на лечение (ОФВ1<50% от должного после применения бронходилататоров). Симптомы обострения астмы нарастают, или отсутствует положительная динамика в течение 3 часов с момента начала неотложных лечебных мероприятий. Не наблюдается улучшения в течение 4-6 часов после начала лечения системными глюкокортикостероидами.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5**

Пациент А.Т. 49 лет, инженер, обратился к участковому терапевту с жалобами на эпизодическое повышение АД до 150/90-160/95 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области. По совету своих знакомых при плохом самочувствии, связанном с высоким АД, принимает эналаприл по 10 мг. Кроме того, в последние 2-3 мес. стал отмечать появление ноющих болей в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250-300 метров, купирующихся в покое.

Считает себя больным около 2-х лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Ранее не обследовался. Систематической терапии не получает. Максимальные цифры АД – 170/100 мм рт ст. Около 10 лет назад была выявлена язвенная болезнь 12-перстной кишки, после курса консервативной терапии обострений больше не было. Другие хронические заболевания отрицает. Курит около ½ пачки в день – 30 лет. Алкоголь употребляет умеренно. Семейный анамнез: мать страдает ИБС, ГБ; отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. Операций, травм не было.

При физикальном осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые не изменены. Рост 172 см, вес 80 кг, ИМТ – 27 кг/м<sup>2</sup> Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа б/о. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный лёгочный. Топографическая перкуссия – границы лёгких в пределах нормы. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, акцент 2-го тона над аортой. Ритм сердца правильный, прерываемый единичными экстрасистолами. ЧСС – 70 уд/мин, АД – 150/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Поколачивание области почек безболезненное с обеих сторон. Дизурических явлений нет.

#### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие комбинации групп гипотензивных препаратов противопоказаны данному пациенту?

#### **ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ 5**

1. Гипертоническая болезнь II стадии. Степень АГ 2. Риск 3 (высокий). Атеросклероз артерий нижних конечностей.
2. Диагноз «гипертоническая болезнь» установлен на основании жалоб больного на эпизодическое повышение АД до 150/90-160/95 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей установлен на основании данных анамнеза (в последние 2-3 месяца стал отмечать появление ноющих болей в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250- 300 метров, купирующиеся в покое); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней - системный атеросклероз.
3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ, калий, натрий, креатинин с расчётом СКФ, мочевины, мочевая кислота, АЛТ, АСТ), глюкоза плазмы натощак, ЭКГ, ЭхоКГ, исследование глазного дна, СМАД, УЗИ сосудов нижних конечностей с последующей консультацией сосудистого врача-хирурга (при необходимости), консультация невролога.
4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Гипотензивная терапия (возможно назначение ИАПФ, БРА, АК, диуретиков). Например, Периндоприл 2,5 мг 1 раз в день, Амлодипин 5 мг 1 раз в день, после достижения целевых цифр АД - дезагреганты (Аспирин 75 мг/сут).
5. Противопоказаны комбинации БАБ и АК (недигидропиридинового ряда).

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6**

При проведении диспансеризации у женщины 50 лет (вес 98 кг, рост 164 см) выявлено: гликемия натощак 6,9 ммоль/л, в общем анализе мочи (ОАМ) – уд.вес 1015, желтая, прозрачная, белок – 0,15 г/л, сахар +++++, эритроциты 1-2 в п/зр, лейкоциты 3-5 в п/зр, эпителий плоский 3-5 в п/зр.

На момент осмотра жалоб активно не предъявляет. В течение последних 6 месяцев периодически отмечала повышение АД до 140/90 – 150/95 мм рт. ст. Гипотензивную терапию не получала. Семейный анамнез: мать – 69 лет страдает АГ, СД 2 типа; отец – умер в 60 лет, ИМ. При анкетировании наличие соматической патологии отрицает. Вредные привычки отрицает.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Телосложение правильное. ИМТ – 37 кг/м<sup>2</sup>. Окружность талии – 104 см. Кожные покровы обычного цвета, чистые. Видимые слизистые бледно- розовые. Периферические л/узлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 72 в мин. Гемодинамика стабильная. АД – 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех

отделах. Печень – по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

#### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования пациента.
4. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Какой глюкозоснижающий препарат Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

#### **ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ 6**

1. Сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный, целевой уровень гликированного гемоглобина (HbA1c)  $\leq 7\%$ . Ожирение 2 ст. Диабетическая нефропатия? АГ I степени, риск III.
2. Диагноз «сахарный диабет» установлен на основании результатов анализов (гипергликемия - 6,9 ммоль/л, глюкозурии). Целевой уровень HbA1c  $\leq 7\%$ , так как возраст пациентки 50 лет, нет тяжелых осложнений и нет риска гипогликемической комы. Диагноз «артериальная гипертензия» (АГ) установлен на основании данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 6 месяцев); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Степень риска ССО поставлена на основании наличия сахарного диабета. Необходимо исключить вторичный характер артериальной гипертензии. Возможно наличие диабетической нефропатии, так как в общем анализе мочи - протенинурия (0,15 г/л). Ожирение 2 ст., так как ИМТ = 37 кг/м<sup>2</sup>.
3. Пациенту рекомендовано: определение уровня HbA1c, гликемический профиль, исследование мочи на альбуминурию, БАК: ОХ, ТГ, ЛПНП, ЛПВП, АЛТ, АСТ, общий билирубин, мочевины, креатинин, расчёт СКФ, УЗИ почек, ЭКГ, ФЛГ, консультации эндокринолога, офтальмолога, невролога, проведение суточного мониторирования АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ.
4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ХБП I-III стадии, с диабетической нефропатией. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает Рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II - Лозартан.
5. Метформин, так как он является препаратом первой линии при СД 2 типа, особенно в сочетании с ожирением.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7**

Женщина 28 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на слабость, утомляемость, сердцебиение, головокружение, головную боль, ухудшение памяти, боли в ногах, желание есть сухие макароны, гречневую крупу, першение в горле. Известно, что анемия обнаружена с 16 лет. Лечилась нерегулярно препаратами железа курсами по 2-3 недели с временным эффектом.

Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, обильные, по 5-7 дней через 21 день. 2 беременности, 2 срочных физиологических родов.

При осмотре: состояние пациентки удовлетворительное. Рост – 162 см, масса тела – 65 кг. ИМТ – 24,08 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы и конъюнктивы бледны. Ногти тонкие, уплотнены, концы ногтей расслоены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, при аускультации выслушивается систолический шум на верхушке сердца и по левому краю грудины, ЧСС – 110 уд. в мин., АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий,

при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.

В анализах: общий анализ крови — эритроциты  $3,6 \cdot 10^{12}/л$ , анизоцитоз, микроцитоз, Нв-94 г/л, ЦП- 0,6, лейкоциты  $5,2 \cdot 10^9/л$ , эозинофилы — 1%, палочкоядерные — 3%, сегментоядерные — 57%, лимфоциты — 28%, моноциты — 9%, СОЭ - 25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок- 77 г/л, общий билирубин - 15,3 мкмоль/л, непрямой билирубин - 12,1 мкмоль/л, железо сыворотки - 7,6 мкмоль/л, ферритин - 8,8 мкг/л. ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС — 106 в минуту, снижение зубца Т в левых грудных V5, V6 отведениях.

#### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой препарат из группы железосодержащих лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 2 месяца регулярной терапии препаратом из группы железосодержащих отмечается положительная динамика: уменьшились слабость и утомляемость, улучшилась память, сердцебиения не беспокоят, исчезли нарушения вкуса; в общем анализе крови- эритроциты  $4,2 \cdot 10^{12}/л$ , средний диаметр эритроцитов 7,5 мкм, Нв- 122 г/л, ЦП- 0,84 лейкоциты  $6,7 \cdot 10^9/л$ , эозинофилы- 0%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные- 59%, лимфоциты -28%, моноциты- 9% , СОЭ-13 мм/час. Биохимический анализ крови: железо сыворотки - 14,7 мкмоль/л, ферритин - 9,8 мкг/л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

#### **ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ 7**

1. Полименоррагия. Хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия лёгкой степени.
2. Диагноз «хроническая постгеморрагическая анемия (ХПА)» установлен на основании жалоб больной на слабость, утомляемость, сердцебиения, головокружения, головную боль, ухудшение памяти, боли в ногах, желание есть сухие макароны, гречневую крупу, першение в горле; данных анамнеза (анемия обнаружена с 16 лет, лечилась нерегулярно препаратами железа (Фенюльсом по 1 таблетке 3 раза в день) курсами по 2-3 недели с временным эффектом; гинекологического анамнеза: менструации с 14 лет, обильные, по 5-7 дней через 21 день.  
Установление этиологии железодефицитной анемии основано на данных лабораторного обследования (общего анализа крови: снижение эритроцитов, снижение гемоглобина, гипохромия эритроцитов, снижение ЦП, анизоцитоз эритроцитов, пойкилоцитоз), данных биохимического анализа крови: снижение содержания свободного железа в сыворотке крови и ферритина крови; данных инструментального обследования: ЭКГ - синусовая тахикардия, ЧСС - 106 в минуту, снижение зубца Т в левых грудных V5, V6 отведениях; степень тяжести анемии обоснована в общем анализе крови (уровнем гемоглобина).
3. Пациентке рекомендовано: необходимо установить характер гипохромной анемии. Следует провести дифференциальную диагностику между анемиями с низким цветовым показателем, к которым относятся железодефицитная, сидероахрестическая, талассемия и анемия при хронических заболеваниях. Биохимический анализ крови: уровень свободного железа сыворотки, определение общей железосвязывающей способности сыворотки, насыщение трансферрина железом для подтверждения дефицита железа при железодефицитной анемии и повышение сывороточного железа при сидероахрестической анемии; биохимический анализ крови: общий билирубин, прямой и непрямой билирубин, общий анализ мочи - определение уробилина в моче для исключения талассемии; исследование гормонов крови: тиреотропный гормон, Т4 свободный для исключения гипотиреоза как причины железодефицитной анемии, ФГДС - для

оценки состояния слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки + диагностика Н. pylori; УЗИ органов малого таза, консультация врача-гинеколога для оценки наличия гинекологических заболеваний и их коррекции.

4. Препарат двухвалентного железа. Применение препаратов железа является патогенетическим методом лечения достоверно установленной железодефицитной анемии.

Все пероральные препараты железа (ПЖ) принципиально можно разделить на препараты двухвалентного и трёхвалентного железа, так как именно это в первую очередь определяет эффективность и безопасность терапии. Соли двухвалентного железа лучше всасываются в ЖКТ, чем соли трёхвалентного железа. Это связано с различиями в механизме всасывания. Доказано, что в кишечнике железо всасывается в двухвалентном состоянии. Биодоступность двухвалентных солей железа в несколько раз выше, чем трёхвалентных. Поэтому препараты, содержащие в составе двухвалентное железо, оказывают быстрый эффект и нормализуют уровень гемоглобина в среднем через 2 недели - 2 месяца, а нормализация депо железа происходит уже через 3-4 месяца от начала лечения. Всасывание железа из препаратов трёхвалентного железа более медленное, так как необходим активный (энергозависимый) транспорт с участием феррооксидаз. Поэтому препараты, содержащие железо в трёхвалентном состоянии требуют более длительного применения.

5. Нормализация гемоглобина при лечении препаратами трёхвалентного железа наступит только спустя 2-4 месяца, а нормализация показателей депо железа через 5-7 месяцев от начала терапии. Данной пациентке показано назначение препарата двухвалентного железа Сорбифер Дурулес 100 мг по 1 таблетке 2 раза в день после приема пищи на 2 месяца. Контроль общего анализа крови в динамике.

Назначить препарат двухвалентного железа Сорбифер Дурулес 100 мг 1 таблетка в день ещё на 3 месяца с последующей отменой препарата с целью восполнения запасов железа после достижения нормального уровня гемоглобина. После нормализации уровня гемоглобина и восполнения запасов железа с целью профилактики развития хронической постгеморрагической железодефицитной анемии показано назначение профилактической терапии препаратом железа Сорбифер Дурулес 100 мг 1 таблетка с день 7-10 дней после окончания менструаций в каждый менструальный цикл в течение 1 года.

## **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8**

Мужчина 45 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на сильную боль в плюсне-фаланговом суставе I пальца правой стопы, припухлость I пальца правой стопы, гиперемия кожи над суставом, повышение температуры тела до 37,5°C, познабливание.

Из анамнеза известно, накануне был в гостях у друга, где употреблял мясо и красное вино в большом количестве. Боль возникла впервые, внезапно, около 6 часов утра и локализовалась преимущественно в области I плюснефалангового сустава правой стопы. Работает стоматологом. Мать страдает сахарным диабетом 2 типа, АГ, отец - страдает подагрой, подагрическим полиартритом.

Состояние удовлетворительное Рост – 172 см, масса тела – 105кг. ИМТ – 35,59 кг/м<sup>2</sup>. Окружность талии – 115 см, окружность бедер – 123 см. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, ЧСС – 82 уд. в мин., АД – 130/84 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

При осмотре I плюсне-фалангового сустава правой стопы: кожные покровы над суставом резко гиперемированы, горячие на ощупь, отёк сустава распространяется на соседние мягкие ткани, пальпация сустава резко болезненна, движение и ходьба практически невозможны. Интенсивность боли по визуально-аналоговой шкале 7 баллов.

В анализах: общий анализ крови: эритроциты –  $5,1 \cdot 10^{12}/л$ , лейкоциты -  $11,8 \cdot 10^9/л$ , тромбоциты -  $280 \cdot 10^9/л$ , СОЭ – 30 мм/час. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,0 ммоль/л, ТГ – 2,0 ммоль/л, ХС - ЛПВП – 0,86 ммоль/л; глюкоза – 5,7 ммоль/л; мочевая кислота – 576 мкмоль/л, СРБ – 18 мг/л, ревматоидный фактор – отрицательный, серомукоид – 0,15 ед, креатинин – 87 мкмоль/л. СКФ (СКД-ЕП) – 92 мл/мин  $1,73 м^2$ . Альбуминурия – 10 мг/сутки.

#### Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Сформулируйте алгоритм ведения пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Через 7 дней на фоне назначенной терапии отмечается положительная динамика: боль, отечность I плюсне-фалангового сустава правой стопы не беспокоят, температура тела нормализовалась. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

#### ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ 8

1. Подагра. Острый артрит I плюсне-фалангового сустава правой стопы, первая атака. Экзогенно-конституциональное ожирение 2 степени. Гиперлипидемия (гиперхолестеринемия, гипертриацилглицеридемия).
2. Диагноз «подагра» установлен на основании жалоб больного на сильную боль в плюсне-фаланговом суставе I пальца правой стопы, припухлость I пальца правой стопы, гиперемия кожи над суставом, повышение температуры тела до  $37,5^{\circ}C$ ; данных анамнеза (накануне был в гостях у друга, где употреблял мясо и красное вино в большом количестве, боль возникла впервые, внезапно, около 6 часов утра и локализовалась преимущественно в области I плюсне-фалангового сустава правой стопы); данных объективного обследования (при осмотре I плюсне-фалангового сустава правой стопы: кожные покровы над I плюсне-фаланговым суставом резко гиперемированы, горячие на ощупь, отёк сустава распространяется на соседние мягкие ткани, пальпация сустава резко болезненна, движения и ходьба практически невозможны. Интенсивность боли по шкале ВАШ - 7 баллов); стадия подагры на основании анамнеза заболевания (боль возникла впервые, внезапно) и на основании данных лабораторного исследования (повышение уровня мочевой кислоты).  
Диагноз «экзогенно-конституциональное ожирение (ЭКО)» установлен на основании показателя ИМТ ( $>35,59 \text{ кг}/м^2$ ).  
Диагноз «гиперлипидемия» установлен на основании повышения общего холестерина, повышения уровня ТГ и снижения уровня ЛПВП.
3. Пациенту рекомендовано: рентгенография I плюсне-фаланговых суставов обеих стоп - для определения стадии подагры; общий анализ мочи + альбуминурия - для выявления кристаллов уратов, поражения почек; пункция I плюсне-фалангового сустава для исследования суставной жидкости - выявление кристаллов моноуратов натрия; ревматологические пробы: ревматоидный фактор, АЦЦП - для исключения ревматоидного артрита; биохимические показатели: аминотрансферазы, креатинин крови - с целью персонификации фармакотерапии и уточнения коморбидного статуса пациента.
4. Оптимальное лечение подагры требует комбинации нефармакологических и фармакологических подходов и должно учитывать: а) специфические факторы риска (уровень мочевой кислоты, количество предшествующих атак, рентгенография); б) стадию болезни (асимптоматическая гиперурикемия, острый/интермиттирующий артрит, межприступный период, хроническая тофусная подагра); в) общие факторы риска (возраст, пол, ожирение, гиперурикемические препараты).
5. Обучение больного правильному образу жизни (уменьшение веса тела при ожирении, диета, уменьшение приёма алкоголя, особенно пива) - ключевой аспект лечения. Ограничение в пищевом рационе богатых пуринами продуктов животного происхождения и снижение массы тела способствует снижению сывороточного уровня мочевой кислоты, а алкоголь, особенно пиво, является независимым фактором риска для подагры.

Лечение острого приступа подагрического артрита. НПВП и Колхицин могут быть эффективны в терапии острого приступа артрита и являются первой линией терапии. Высокие дозы Колхицина приводят к побочным эффектам, а низкие дозы (например, 0,5 мг 3 раза в день) могут быть достаточны у ряда пациентов.

Удаление синовиальной жидкости и введение внутрисуставно длительно действующих глюкокортикоидов может быть эффективным и безопасным лечением острого приступа артрита.

Антигиперурикемическая терапия показана больным с острыми атаками. Проведение антигиперурикемической терапии показано при неэффективности нефармакологических методов лечения. Решение о подобной терапии должно быть принято индивидуально, учитывая баланс между пользой и потенциальными рисками, и согласовано с больным. Целью антигиперурикемической терапии является предупреждение образования и растворение имеющихся кристаллов моноурата натрия, это достигается поддержанием уровня МК ниже точки супернасыщения сыворотки уратами (<360 мкмоль/л), так как предотвращение образования и растворение уже имеющихся кристаллов моноурата натрия возможно при достижении указанного сывороточного уровня мочевой кислоты.

Профилактика суставных атак в течение первых месяцев антигиперурикемической терапии может достигаться Колхицином (0,5-1,0 грамм в день) и/или НПВП (с гастропротекцией при показании). И Колхицин и НПВП имеют потенциально серьезные побочные эффекты, и их назначение предопределяет необходимость соотносить потенциальные пользу и вред.

При наличии противопоказаний и/или неэффективности НПВП и Колхицина для профилактики приступов артрита в первые месяцы антигиперурикемической терапии возможно назначение ингибиторов Интерлейкина-1.

Данному пациенту назначена следующая терапия - немедикаментозная: питание при подагре предусматривает снижение общего калоража. Необходимо уменьшить поступление в организм экзогенных пуринов и животных жиров. Жиры снижают экскрецию мочевой кислоты почками.

Крайне осторожно следует подходить к употреблению любых алкогольных напитков, включая пиво и красное вино.

Исключают из пищевого рациона: печёнку, почки, жирные сорта мяса, мясные бульоны, копчёности, горох, бобы, чечевицу, шпинат, цветную капусту, шпроты, сельдь. Следует ограничить потребление мяса до 2-3 раз в неделю, при этом лучше употреблять его в отварном виде. Медикаментозная терапия: Колхицин 0,0005 г по 2 таблетки каждые 2 часа, затем на 2 и 3 дни 2 таблетки; 4 день - 1 таблетка вечером; следующие дни - 1 таблетка вечером с ужином до купирования атаки. НПВП (ингибиторы ЦОГ-2 (Нимесулид 100 мг по 1 таблетке 2 раза в день после еды), после купирования острой подагрической атаки - Аллопуринол 300 мг 1 таблетка 1 раз в сутки принимать до нормализации уровня мочевой кислоты сыворотки крови.

6. Пациенту необходимо продолжить немедикаментозную терапию: соблюдение рационального питания. Медикаментозная терапия: Колхицин, НПВП - отменить, так как острая подагрическая атака была купирована. Вопрос о назначении антигиперурикемических препаратов решить после контроля уровня мочевой кислоты сыворотки крови.

## **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9**

Больная Н. 41 года обратилась к терапевту поликлиники с жалобами на повышение температуры до 38,5°C, слабость, боли в горле при глотании.

Анамнез: заболела остро, около недели назад – повысилась температура до 38°C, стала беспокоить боль в горле при глотании. Принимала жаропонижающие с положительным эффектом – температура снизилась до 37°C, однако боль в горле продолжала беспокоить.

Сопутствующие заболевания: наблюдается у ревматолога с диагнозом «первичный остеоартрит, локальная форма с поражением правого коленного сустава». Принимает диклофенак 75 мг 2 раза в день per os.

При осмотре: состояние больной средней тяжести. Температура тела 38°C. Кожные покровы обычной окраски, без высыпаний. Периферических отёков нет, при осмотре правого коленного сустава видимых внешних изменений не выявляется, определяется умеренное ограничение объёма активных и пассивных движений в суставе. При осмотре ротоглотки отмечается гиперемия, отёчность глоточных миндалин (больше справа), множественные гнойные фолликулы, налётов нет. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон до 1,5 см, плотные, умеренно болезненные, не спаяны между собой и окружающими тканями. Дыхание в лёгких везикулярное, проводится во все отделы, ЧД – 20 в мин. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС=90 ударов в минуту. АД=100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Стул регулярный, оформленный.

#### Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Назначьте лечение.
4. Назначьте обследование, обоснуйте.
5. На фоне проводимой терапии улучшения не наблюдалось, пациентка пришла на повторный амбулаторный прием к терапевту. Получен результат общего анализа крови: гемоглобин - 118 г/л, эритроциты –  $3,8 \times 10^{12}/л$ , ЦП 0,93, ретикулоциты - 0,8% , тромбоциты –  $190 \times 10^9/л$ , лейкоциты -  $1,0 \times 10^9/л$ , палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 10%, эозинофилы – 0%, базофилы – 0%, моноциты – 3%, лимфоциты – 86%, СОЭ - 23 мм/ч. Поставьте диагноз. Какова дальнейшая тактика ведения пациентки?

#### ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ 9

1. Фолликулярная ангина. Диагноз поставлен на основании:
  - а) жалоб (повышение температуры до 38,5°C, слабость, боли в горле при глотании);
  - б) анамнеза (острое начало заболевания с лихорадкой, симптомами интоксикации и местными симптомами - боли в горле при глотании);
  - в) данных объективного исследования (поражение глоточных миндалин: гиперемия, отёчность (больше справа), множественные гнойные фолликулы; местная лимфаденопатия: подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон до 1,5 см, плотные, умеренно болезненные, не спаяны между собой и окружающими тканями).
2. Дифтерия. Отличием дифтерии от ангины является наличие на миндалинах налёта, плотно прилегающего к тканям и трудно снимающегося шпателем. Диагноз подтверждается бактериологическим исследованием мазков, взятых с миндалин. Инфекционный мононуклеоз. При этом заболевании характерно наличие атипичных мононуклеаров в крови, наличие генерализованной лимфаденопатии и гепатоспленомегалии.
3. Местная терапия: промывание миндалин, орошение ротоглотки антисептиками (например, Гексетидин по 1 впрыскиванию утром и на ночь после еды), полоскание горла антисептиками (например, Хлоргексидином).  
Системное лечение: антибиотики широкого спектра: **первый ряд** - ингибиторзащищённые пенициллины или цефалоспорины 2-3 поколения, например, Амоксициллин/Клавуланат 875/125 мг 2 раза в день внутрь; **второй ряд** - макролиды 2 или 3 поколения, например, Кларитромицин 500 мг 2 раза в день внутрь; жаропонижающие при температуре тела > 38°C (например, Парацетамол 500 мг внутрь не чаще 1 раза в 6 часов).
4. Общий анализ крови (оценка воспалительной реакции, дифференциальный диагноз с инфекционным мононуклеозом, с ангиной на фоне заболеваний крови); общий анализ мочи (для выявления такого осложнения ангины как гломерулонефрит); бактериологическое исследование мазка миндалин (для выделения возбудителя ангины и дифференциальной диагностики с дифтерией).
5. Основной: иммунный (гаптенный) агранулоцитоз, ассоциированный с приёмом Диклофенака. Осложнение: фолликулярная ангина. Сопутствующий: первичный остеоартрит, локальная форма с поражением правого коленного сустава.

Больной требуется госпитализация в гематологическое отделение стационара.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10**

Больной С. 50 лет обратился к терапевту поликлиники с жалобами на повышение температуры до 38°C, слабость, озноб, кашель со светлой мокротой.

Анамнез: заболел остро, 3 дня назад повысилась температура до 38°C, отмечал общее недомогание, слабость, озноб. Лекарств не принимал. Вчера присоединился кашель со скудной светлой мокротой.

При осмотре: состояние больного средней тяжести. Температура тела 37,7°C. Кожные покровы обычной окраски, без высыпаний. Периферических отёков нет. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание в лёгких везикулярное, ослаблено в нижней половине правого лёгкого, там же выслушивается крепитация, при перкуссии – притупление перкуторного звука. ЧД – 20 в мин. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС=100 ударов в минуту. АД=110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Стул регулярный, оформленный.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте.
2. Назначьте обследование, обоснуйте.
3. Пациенту проведена рентгенограмма лёгких в прямой и боковой проекции – выявлены инфильтративные изменения в нижней доле правого лёгкого. Заключение: правосторонняя нижнедолевая пневмония. Назначьте лечение.
4. Несмотря на проводимую терапию состояние больного ухудшалось, мокрота стала зелёной, симптомы интоксикации усилились. Через 3 дня пациент явился на повторный приём к врачу поликлиники. Получен результат общего анализа крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты –  $4,2 \times 10^{12}/л$ , ЦП 0,91, ретикулоциты - 1,0%, тромбоциты –  $220 \times 10^9/л$ , лейкоциты -  $0,9 \times 10^9/л$ , п/я - 2%, с/я - 8%, эозинофилы – 0%, базофилы – 0%, моноциты – 4%, лимфоциты – 86%, СОЭ - 30 мм/ч. Установите окончательный диагноз, обоснуйте
5. Дальнейшая тактика лечения пациента.

### **ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ 10**

1. Диагноз: нетяжёлая внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония.  
Диагноз «правосторонней пневмонии» поставлен на основании:
  - жалоб (на повышение температуры до 38°C, слабость, озноб, кашель со светлой мокротой);
  - анамнеза (острое начало заболевания);
  - данных объективного исследования (дыхание ослаблено в нижней половине правого лёгкого, там же выслушивается крепитация, при перкуссии - притупление перкуторного звука).
  - Нетяжёлая пневмония установлена ввиду отсутствия критериев тяжести. Внебольничная пневмония установлена на основании начала заболевания амбулаторно.
2. Общий анализ крови (оценка воспалительной реакции);  
общий анализ мокроты (оценка выраженности местного воспалительного ответа, дифференциальная диагностика с аллергическими заболеваниями лёгких);  
бактериологическое исследование мокроты (для выделения возбудителя пневмонии);  
рентгенография лёгких в прямой и правой боковой проекции (для подтверждения наличия инфильтративных изменений в правом лёгком).
3. Постельный режим, обильное питье.  
Антибиотики широкого спектра действия пенициллинового ряда (например, Амоксициллин 500 мг 3 раза в день внутрь).  
Муколитик (например, Амброксола гидрохлорид по 30 мг 3 раза в день внутрь).  
Жаропонижающие при температуре тела > 38°C (например, Парацетамол 500 мг внутрь не чаще 1 раза в 6 часов).

4. Диагноз: основной - агранулоцитоз. Осложнения: нетяжёлая внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония.  
Диагноз «агранулоцитоз» поставлен на основании данных общего анализа крови (лейкопения, агранулоцитоз), а также с учётом наличия инфекционного осложнения - нетяжёлой внебольничной правосторонней нижнедолевой пневмонии.  
Диагноз «пневмония» поставлен на основании жалоб (на повышение температуры до 38°C, слабость, озноб, кашель со светлой мокротой):
- анамнеза (острое начало заболевания с лихорадкой, интоксикацией и влажным кашлем);
  - данных объективного исследования (дыхание ослаблено в нижней половине правого лёгкого, там же выслушивается крепитация, при перкуссии
  - - притупление перкуторного звука);
  - - изменений на рентгенограмме лёгких (инфильтративные изменения в нижней доле правого лёгкого).
  - Пневмония внебольничная, так как возникла не в стационаре.
  - Пневмония нетяжёлая, так как отсутствуют следующие критерии тяжёлого течения: температура тела > 38,5°C, САД < 90 мм рт. ст., ДАД < 60 мм рт. ст., поражение более 1 доли лёгкого, наличие лёгочных осложнений пневмонии, ЧД > 30 в минуту, раО<sub>2</sub> < 60 мм рт. ст., нарушение сознания, сепсис. Лейкопения в данном примере первична и связана с агранулоцитозом, а не с тяжестью пневмонии.
5. Больной требуется госпитализация в гематологическое отделение стационара.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11**

Женщина 45 лет обратилась к врачу с жалобами на изжогу, отрыжку кислым, усиливающиеся в горизонтальном положении после приёма пищи и при наклоне вперед. Данные симптомы появились около трёх месяцев назад, по поводу чего ранее не обследовалась, лекарственных препаратов не принимала. Курит по 10 сигарет в день, алкоголь употребляет в минимальных количествах.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ=31 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумы не выслушиваются. ЧСС – 72 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В клиническом и биохимическом анализах крови отклонений не выявлено. ЭКГ – синусовый ритм, ЧСС=70 уд. в мин, горизонтальное положение электрической оси сердца, вариант нормы.

Проведена ЭГДС, при которой выявлены множественные участки гиперемии слизистой оболочки и отдельные нессливающиеся эрозии дистального отдела пищевода размером до 5 мм.

#### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите группы лекарственных препаратов и 1– 2 их представителей в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Какие рекомендации по изменению образа жизни необходимо дать пациентке?

### **ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ 11**

1. Основное заболевание: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит. Фоновое заболевание: ожирение 1 ст.
2. Диагноз «гастроэзофагеально-рефлюксная болезнь» установлен на основании жалоб больной на изжогу, отрыжку кислым, усиливающиеся в горизонтальном положении после приёма пищи и при наклоне вперёд.  
Диагноз «эрозивно-язвенный рефлюкс эзофагит» установлен на основании данных ЭГДС (наличие множественных участков гиперемии слизистой оболочки и отдельных нессливающихся эрозий дистального отдела пищевода).

Диагноз «ожирение» уставлен на основании данных осмотра (наличие ИМТ — более  $30\text{кг}/\text{м}^2$ ), 1 стадия ожирения установлена в связи со значением ИМТ -  $31\text{ кг}/\text{м}^2$ .

3. Суточная внутрипищеводная рН-метрия (для определения количества и длительности рефлюксов за сутки, значения рН); рентгенологическое исследование пищевода, желудка (для выявления патологических изменений пищевода, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы); тесты на определение наличия *helicobacter pilori*; манометрическое исследование пищеводных сфинктеров (для определения их тонуса).
4. Антациды (Алюминия фосфат) для подавления кислотного рефлюкса. Ингибиторы протонной помпы (ИПП) (любой - Омепразол, Пантопразол, Рабепразол, Эзомепразол, Лансопразол) для подавления синтеза соляной кислоты. Прокинетики для стимуляции моторики желудочно-кишечного тракта, восстановления нормального физиологического состояния пищевода (Итоприда гидрохлорид).
5. Соблюдение диеты (исключить большие объёмы пищи, её приём быстрыми темпами, приём пищи с пониженным содержанием жиров и повышенным содержанием белков, избегать приём продуктов, вызывающих раздражающее действие на слизистую оболочку желудка).

Отказ от курения. Снижение массы тела.

Не принимать горизонтальное положение в течение 1,5 часа после еды. Не принимать пищу менее, чем за 3 часа до сна.

Исключить нагрузки, повышающие внутрибрюшное давление (избегать тесной одежды, ношения тяжестей, напряжения брюшного пресса).

## **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12**

Женщина 65 лет поступила с жалобами на боли в поясничной области слева, иррадиирующие в левую часть живота, приступообразные, длящиеся до 2-3 часов, средней силы, острые, возникающие и усиливающиеся после употребления большого количества жидкости или при физической нагрузке, стихающие после приёма спазмолитиков (но-шпа), анальгетиков (анальгин, кеторол) и в покое. Болям сопутствуют головная боль, сухость во рту.

Считает себя больной около 4-5 дней, когда впервые появились острые приступообразные боли в поясничной области слева, иррадиирующие в левую часть живота по ходу мочеточника, средней силы. Возникновение болей связывает с тем, что в последние несколько дней принимала большое количество жидкости. Боли усиливались при движении, физической нагрузке. Болям сопутствовали головная боль, сухость во рту. Для купирования болевого синдрома принимала но-шпу, анальгин с улучшением. В течение последующих трёх дней интенсивность болевых ощущений и длительность приступов возросли, в связи с чем обратилась к врачу.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски и влажности, отёков нет. В лёгких хрипов нет. АД – 130/85 мм.рт.ст. ЧСС – 79 в минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Мочеиспускание не затруднено. Симптом поколачивания слабopоложительный слева. Пальпация мочеточников болезненная слева.

В анализах: лейкоциты  $10,8 \times 10^9/\text{л}$ , гемоглобин 120 г/л, СОЭ 17 мм/ч, креатинин 105 мкмоль/л, в моче присутствуют оксалаты. Обзорная рентгенография органов брюшной полости и малого таза: в просвете малого таза слева однородная тень, – конкремент верхней трети мочеточника.

### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Ваша дальнейшая тактика ведения больной.

## **ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ 12**

1. Мочекаменная болезнь. Камень верхней трети правого мочеточника. Почечная колика справа.

2. Мочекаменная болезнь установлена на основании жалоб больного (на боли в поясничной области слева, иррадирующие в левую часть живота, приступообразные, длящиеся до 2-3 часов, средней силы, острые, возникающие и усиливающиеся после употребления большого количества жидкости или при физической нагрузке, стихающие после приёма спазмолитиков и анальгетиков); анамнеза (возникновение болей после употребления большого количества жидкости); данных осмотра (симптом поколачивания слабо положителен слева, умеренная болезненность при пальпации в левом подреберье, по ходу левого мочеточника; зоны кожной гиперестезии в левых отделах живота); данных рентгенографии (конкремент верхней трети мочеточника); общего анализ мочи (наличие солей оксалатов); данных общего анализа крови (лейкоцитоз).

Камень мочеточника и локализация в верхней трети мочеточника установлены на основании данных обзорной рентгенографии органов брюшной полости и малого таза (в просвете малого таза конкремент верхней трети мочеточника).

Почечная колика и её локализация справа установлены на основании жалоб на боли в поясничной области слева, иррадирующие в левую часть живота), данных обзорной рентгенографии органов брюшной полости и малого таза (в просвете малого таза конкремент верхней трети мочеточника).

3. В обязательном порядке выполняется УЗИ органов брюшной полости, которое позволяет оценить размеры, положение, подвижность почек, оценить размеры паренхимы, определить наличие и степень расширения чашечно-лоханочной системы, выявить камни и определить его размеры.

С целью выявления рентгеннегативных камней и определения проходимости мочевых путей выполняется экскреторная урография.

С целью более точной диагностики и определения тактики лечения выполняется компьютерная томография, позволяющая уточнить локализацию камня, его плотность, состояние почек и мочевых путей.

4. Дифференциальная диагностика проводится:

Печёночная колика при остром холецистите отличается первичной локализацией боли в правом подреберье и последующим распространением по всему животу. Боль чаще возникает спустя 2-3 часа после употребления жирной и жареной пищи, отдаёт в правую подключичную ямку, в шею, в спину, сопровождается тошнотой, рвотой, пожелтением склер и кожи, усиливается при надавливании на живот в области подреберья.

Боль при остром аппендиците появляется в правом подреберье, переходит на центр живота и затем в правую подвздошную область. Живот вздувается, отмечается тошнота и рвота. Больной лежит на правом боку, поджав ноги к животу, движение усиливает боль. Если при мочекаменной болезни лаборатория выявляет некоторое увеличение лейкоцитов в крови, при аппендиците отмечается выраженный лейкоцитоз.

Симптомы почечной колики у женщин могут напоминать аднексит. Однако при женских заболеваниях боль редко возникает внезапно, носит постоянный характер, охватывает низ живота, отдаёт в прямую кишку, вызывая ощущение переполнения, повышается температура тела, отмечается слабость, недомогание. Уточнить диагноз помогает влагалищное исследование.

Для острого панкреатита типичны опоясывающие боли, распространяющиеся от подложечной области влево на спину. Отмечается тошнота и рвота, температура тела остаётся нормальной, в крови и моче повышается количество ферментов-трансаминаз.

5. Во время почечной колики применяют спазмолитики, НПВС.

Вне обострения: медикаментозное разрушение камней в зависимости от химического состава камня: для коррекции нарушений пуринового обмена и при уратных камнях применяют ингибиторы ксантинооксидазы - 1 месяц (эффективность - 92%); урикуретики - 1-3 месяца; цитратные смеси - 1-6 месяцев. Суточный приём жидкости при этой форме МКБ желателен в количестве не менее 2-2,5 л. Критерий эффективности лечения: снижение или нормализация сывороточной концентрации и/или суточной почечной экскреции мочевой кислоты.

При гиперурикурии применяют ингибиторы ксантинооксидазы - 1 курс лечения в течение месяца (эффективность - 80%) или урикуретики + цитратные смеси: 1 курс лечения от 1 до 3 месяцев

(эффективность - 90%). Критерий эффективности: снижение сывороточной концентрации мочевой кислоты, повышение рН мочи до диапазона 6,2-6,8 (подщелачивание мочи). При применении цитратных смесей назначают 1 курс лечения продолжительностью от 1 до 3 месяцев (эффективность - 96%). Критерий эффективности: повышение рН мочи до диапазона 6,2-6,8 (подщелачивание мочи).

При показателях рН мочи ниже 5,8, кристаллурии мочевой кислоты или уратов назначают цитратные смеси под контролем общего анализа мочи: длительность курса (1-6 месяцев) устанавливается индивидуально (эффективность - 100%). Критерий эффективности: повышение рН мочи до 6,2-6,8 (подщелачивание мочи).

С целью литолиза мочекислых камней в почках назначают цитратные смеси на 1-3-6 месяцев (эффективность - 83-99%) либо урикуретики в сочетании с цитратными смесями в течение 1-3 месяцев (эффективность - 83-99%). Критерий эффективности: частичный или полный литолиз.

Для коррекции нарушений щавелево-кислого обмена и при кальцийоксалатных камнях применяют витамины группы В, тиазиды, дифосфонаты, окись магния, цитратные смеси. Суточный приём жидкости - не менее 2-2,5 л. Диета предусматривает ограничение употребления молока, сыра, шоколада, щавеля, салата, черной смородины, клубники, крепкого чая, какао. При гипероксалурии, при кристаллурии оксалатов назначают витамин В6 по 0,02 г 3 раза в день перорально в течение месяца (эффективность - 86%); окись магния по 0,3 г 3 раза в день в течение месяца (эффективность - 82%). Критерий эффективности: снижение или нормализация суточной почечной экскреции оксалатов.

При гиперкальциурии назначают тиазиды, курс лечения - 1 месяц (эффективность - 100%) либо дифосфонаты (ксидифон), курс лечения - 1 месяц (эффективность - 60%). Критерий эффективности: снижение или нормализация суточной экскреции общего кальция, снижение степени кристаллурии оксалатов.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 13**

Пациент Н. 52 лет, водитель, обратился к врачу с жалобами на приступообразные боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку, возникающие во время быстрой ходьбы, интенсивной физической нагрузке, сопровождающиеся чувством страха, купирующиеся в покое. Считает себя больным в течение двух месяцев, лечился у невролога с диагнозом «межреберная невралгия». Принимал анальгин, диклофенак, физиотерапевтические процедуры – без эффекта.

Из анамнеза известно, что около 5 лет страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением цифр АД до 175/100 мм рт.ст., постоянную антигипертензивную терапию не получает. Наследственность: отец и старший брат перенесли инфаркт миокарда в возрасте до 55 лет.

Вредные привычки: курит в течение 20 лет по 20 сигарет в сутки; алкоголь умеренно употребляет.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Рост 170 см, вес 98 кг. ИМТ – 33,91 кг/м<sup>2</sup>. Гиперстеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферических отеков нет. В лёгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Перкуторно над поверхностью лёгких ясный лёгочный звук. ЧДД – 17 в мин. Аускультативно: на верхушке сердца ослабление I тона, над аортой - акцент II тона. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД – 170/100 мм рт.ст. ЧСС – 88 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.

В анализах: общий холестерин – 5,6 ммоль/л, ТГ – 2,4 ммоль/л, ХС- ЛПВП – 0,9 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 3,57 ммоль/л; креатинин – 89 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕП) = 84 мл/мин.

На ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 88 уд/мин. Гипертрофия миокарда левого желудочка.

#### **Вопросы:**

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

4. Какие группы лекарственных препаратов необходимо назначить пациенту? Обоснуйте свой выбор.

5. На стресс-ЭХО-КГ выявлено ухудшение сократимости в 4 сегментах. Ваша дальнейшая тактика ведения больного?

### **ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ 13**

1. Основной: ИБС: стенокардия напряжения 3 ФК.

Фон: артериальная гипертензия 3 степени, риск ССО очень высокий.

Ожирение 1 степени. Дислипидемия 2b типа.

2. Диагноз «ИБС, стенокардия напряжения» установлен на основании типичного болевого синдрома (приступообразные боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку), связь боли с физической нагрузкой (возникают во время быстрой ходьбы), исчезновение боли после прекращения нагрузки (купируются в покое).

Функциональный класс стенокардии установлен на основании возникновении приступов стенокардии при интенсивной физической нагрузке, быстрой ходьбе.

Диагноз «артериальная гипертензия» установлен на основании данных анамнеза (повышение АД в течение 5 лет), наличие повышенного уровня АД при осмотре.

Степень АГ 3 установлена на цифрах АД, измеренных на момент осмотра (170/100 мм рт. ст.).

Степень риска ССО поставлена на основании наличия факторов риска (дислипидемия, артериальная гипертензия, ожирение, курение).

Диагноз «дислипидемия 2b типа» установлен на основании повышения концентраций ЛПНП, холестерина, триглицеридов.

Диагноз «ожирение» установлен на основании повышения ИМТ более 30 кг/м<sup>2</sup>. Степень ожирения 1 установлена на основании ИМТ 33,91 кг/м<sup>2</sup>.

3. Пациенту рекомендовано проведение трансторакальной ЭХО-КГ в покое (для определения сократимости миокарда, определения состояния клапанного аппарата, размеров полостей сердца), СМ-ЭКГ.

4. Бета-адреноблокаторы (за счёт блокады бета-адренорецепторов в сердце они предотвращают кардиотоксическое действие катехоламинов, снижают ЧСС, сократимость и АД, что приводит к уменьшению потребности миокарда в кислороде).

Блокаторы кальциевых каналов: воздействие на гладкомышечные клетки сосудов приводит к расширению сосудов и уменьшению ОПСС, что обеспечивает снижение АД; расширение коронарных артерий обуславливает антиангинальное действие БКК; вызывают дозозависимое снижение сократимости миокарда (отрицательный инотропный эффект), что сопровождается антигипертензивным и антиангинальным действием (снижение потребности миокарда в кислороде).

Нитраты, проникая в гладкомышечные клетки, служат источником оксида азота, который способствует расслаблению гладкомышечных клеток сосудов независимо от способности клеток эндотелия вырабатывать эндогенный оксид азота. Нитраты способствуют расширению коронарных артерий и артериол, что приводит к улучшению кровоснабжения субэндокардиальных слоёв миокарда и увеличению коллатерального кровотока; воздействуют на сосуды большого круга кровообращения, вызывая расширение как периферических венозных сосудов, депонирующих кровь, так и артериол, соответственно уменьшаются преднагрузка, постнагрузка и напряжение стенок желудочков сердца, что приводит к снижению потребности миокарда в кислороде).

Антиагреганты (препятствуют тромбообразованию за счёт угнетения функциональной активности тромбоцитов).

Статины (снижение активности фермента 3-гидрокси-3-метилглутарил- коэнзим А-редуктазы сопровождается уменьшением внутриклеточного содержания холестерина (ХС) в печёночных клетках с увеличением количества рецепторов к ЛПНП на их поверхности, которые распознают, связывают и выводят из кровотока ХС ЛПНП).

5. Ухудшение локальной сократимости миокарда при проведении стресс-эхокардиографии с добутамином указывает на наличие ишемии миокарда. В связи с этим

пациенту показано проведение коронароангиографии с решением вопроса о возможности проведения чрескожного коронарного вмешательства.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 14**

Пациент Р. 55 лет, слесарь, обратился к терапевту с жалобами на сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство, преимущественно возникающие при быстрой ходьбе или при подъеме по лестнице более чем на один пролет в обычном темпе, купирующиеся приёмом 1 таблетки нитроглицерина сублингвально.

Из анамнеза известно, что впервые загрудинные боли возникли около двух лет назад, с тех пор выраженного прогрессирования заболевания не отмечал.

Вредные привычки: курит в течение длительного времени по 2 пачки в сутки; злоупотребляет алкоголем.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Рост – 162 см, вес – 95 кг. ИМТ – 36,2 кг/м<sup>2</sup>. Гиперстеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски и обычной влажности. Периферических отеков нет. В лёгких дыхание жёсткое, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД

18 в мин. При перкуссии определяется смещение левой границы относительной тупости сердца влево на 0,5 см. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 130/80 мм рт.ст. ЧСС – 87 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, увеличен в объеме за счёт подкожно-жирового слоя. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.

В анализах: общий холестерин – 6,2 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, ХС- ЛПВП – 0,8 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 4,2 ммоль/л.

На ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 76 уд/мин. Отклонение ЭОС влево. Гипертрофия левого желудочка.

#### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте лечение и обоснуйте.
5. При проведении стресс-эхокардиографии выявлено ухудшение локальной сократимости миокарда в 4 сегментах. Ваша тактика ведения?

#### **ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ 14**

1. ИБС: стенокардия напряжения ФКЗ. Ожирение 2 степени. Дислипидемия IIb типа.
2. Диагноз «ИБС: стенокардии напряжения» установлен на основании типичного болевого синдрома (сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство), связь боли с физической нагрузкой (возникают во время быстрой ходьбы или при подъеме по лестнице на 2 пролёта в обычном темпе), исчезновение боли после приёма нитратов (купируются приёмом 1 таблетки Нитроглицерина сублингвально).

Принимая во внимание данные анамнеза, что приступы стенокардии с течением времени не прогрессируют, также служит доказательством того, что у пациента стенокардия напряжения.

Диагноз «дислипидемии 2b типа» установлен на основании повышения концентраций ЛПНП и триглицеридов в липидном спектре крови.

На основании результатов ИМТ, равному 36,2 кг/м<sup>2</sup>, установлен диагноз ожирения 2 степени.

3. Пациенту рекомендовано проведение трансторакальной ЭХО-КГ, суточное мониторирование ЭКГ.

- 1) Бета-адреноблокаторы - за счёт блокады бета1- адренорецепторов в сердце предотвращают кардиотоксическое действие катехоламинов, снижают ЧСС, сократимость и АД, что приводит к уменьшению потребности миокарда в кислороде. Улучшение перфузии ишемизированных отделов миокарда при их назначении также обусловлено удлинением диастолы и «обратным коронарным обкрадыванием» вследствие увеличения

сосудистого сопротивления в ишемизированных областях миокарда - например, Бисопролол в стартовой дозе 2,5-5 мг в день.

- 2) Блокаторы медленных кальциевых каналов - воздействие на гладкомышечные клетки сосудов приводит к расширению сосудов и уменьшению ОПСС, что обеспечивает снижение АД; расширение коронарных артерий обуславливает антиангинальное действие БКК; вызывают дозозависимое снижение сократимости миокарда (отрицательный инотропный эффект), что сопровождается антигипертензивным и антиангинальным действием (снижение потребности миокарда в кислороде) - например, Верапамил в стартовой дозе 40 мг 3 раза в день или Амлодипин в стартовой дозе 5 мг в день.
- 3) Пролонгированные нитраты - проникая в гладкомышечные клетки, служат источником оксида азота, который способствует расслаблению гладкомышечных клеток сосудов независимо от способности клеток эндотелия вырабатывать эндогенный оксид азота. Нитраты способствуют расширению коронарных артерий и артериол, что приводит к улучшению кровоснабжения субэндокардиальных слоёв миокарда и увеличению коллатерального кровотока; воздействуют на сосуды большого круга кровообращения, вызывая расширение как периферических венозных сосудов, депонирующих кровь, так и артериол, соответственно уменьшаются преднагрузка, постнагрузка и напряжение стенок желудочков сердца, что приводит к снижению потребности миокарда в кислороде) - например, изосорбида мононитрат в стартовой дозе 10 мг 2 раза в день.
- 4) Антиагреганты - препятствуют тромбообразованию за счет угнетения функциональной активности тромбоцитов, например, ацетилсалициловая кислота 75 мг в день;
- 5) Статины - снижение активности фермента 3-гидрокси- 3- метилглутарил-коэнзим А-редуктазы сопровождается уменьшением внутриклеточного содержания холестерина(ХС) в печеночных клетках с увеличением количества рецепторов к ЛПНП на их поверхности, которые распознают, связывают и выводят из кровотока ХС ЛПНП, например, аторвастатин в стартовой дозе 10 мг в сутки.

4. Коронароангиография с решением вопроса о возможности проведения чрескожного коронарного вмешательства, т. к. нарушение локальной сократимости миокарда при проведении стресс-эхокардиографии указывает на нарушение перфузии миокарда.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 15**

Женщина 24 лет обратилась к врачу с жалобами на слабость, повышение температуры тела до 39,2°C, тянущие боли в поясничной области, частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах.

Из анамнеза известно, что считает себя больной с 14 лет, когда впервые отметила появление вышеуказанных жалоб, был диагностирован острый пиелонефрит, проведено лечение.

В последующие 2 года неоднократные госпитализации с аналогичными жалобами, выставлен диагноз хронического пиелонефрита. В 16 лет больной было предложено санаторно-курортное лечение, которое дало положительные результаты.

Ухудшение состояния около 2-х недель назад, когда после переохлаждения появились озноб, повышение температуры тела до 39°C, сильные приступообразные боли поясничной области, которые иррадиировали вниз живота, сопровождающиеся частым болезненным мочеиспусканием.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост 175 см. Вес 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отёков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа. Частое болезненное мочеиспускание.

В анализах: лейкоциты  $8,9 \times 10^9$ /л, СОЭ 36 мм/час, мочевины 4,3 ммоль/л, креатинин 72,6 мкмоль/л, общий белок 46 г/л. СКФ 92 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1009, белок – 0,5, лейкоциты – вне поля зрения, слизь, клетки плоского эпителия.

Обзорная и экскреторная урография – почки расположены обычно, теней конкрементов не выявлено. Имеется грибовидная деформация чашечек, шейки вытянуты, лоханка атонична. Контурсы почек неровные, снижено накопление контраста справа. Уродинамика не нарушена.

#### **Вопросы:**

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

#### **ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ 15**

1. Хронический первичный правосторонний пиелонефрит в фазе обострения, рецидивирующая форма, без нарушения функции почек. ХБП 1 ст.
2. Диагноз «пиелонефрит» установлен на основании жалоб (на слабость, повышение температуры тела до 39,2°C, тянущие боли в поясничной области, частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах); данные анамнеза (острый пиелонефрит, который перешёл в хроническую форму, его неоднократное обострение); данные осмотра (положительный симптом поколачивания справа); данных анализов крови и мочи (увеличение СОЭ в общем анализе крови и лейкоцитурия); данных экскреторной урографии (деформация чашечно-лоханочной структуры и снижение накопления контраста справа).

Первичный пиелонефрит установлен на основании отсутствия данных за какие-либо патологические состояния мочевыводящих путей и почек, которые приводят к развитию вторичного пиелонефрита (МКБ, стриктура мочеточника, беременность).

Хронический пиелонефрит и рецидивирующее течение установлены на основании данных анамнеза (неоднократные рецидивы острого пиелонефрита с исходом в хронический пиелонефрит).

На фазу обострения хронического пиелонефрита указывает повышение температуры тела, лейкоцитоз в крови, повышение СРБ, большое количество лейкоцитов в моче.

ХПБ 1 стадии установлена на основании уровня СКФ 92 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, что соответствует 1 стадии ХБП.

3. Пациенту рекомендованы проведение посева мочи для выявления возбудителя заболевания и чувствительности его к антибактериальной терапии; УЗИ почек для определения размеров почек, наличие в них конкрементов; проба Реберга для определения экскреторной функции почек.
4. С хроническим гломерулонефритом (характерно повышение АД, наличие в моче белка в небольшом количестве, гиалиновых цилиндров, азотемии, снижение функции почек, не характерна лейкоцитурия, бактерии в моче, лихорадка, лейкоцитоз).

С острым пиелонефритом (клиническая картина и данные анализов идентичны, однако нет длительного анамнеза, заболевание протекает впервые, так же при хроническом пиелонефрите в отличие от острого возможно снижение концентрационной способности почек, повышение креатинина и азотистых шлаков).

С мочевого инфекцией (характерно дизурические расстройства, лейкоцитурия, бактериурия, без признаков поражения почек (симптом поколачивания, изменения размеров и функции почек по данным УЗИ и экскреторной урографии)).

5.

- 1) Антибактериальная терапия - продолжительность терапии составляет от 5 дней до 2 недель. Начинать лечение предпочтительнее с парентерального введения антибактериальных средств, переходя потом на приём внутрь. Из современных препаратов применяются фторхинолоны (Таваник (Левифлоксацин) 250-500 мг 1 раз в сутки) или β-лактамы. Используют также III и IV поколение цефалоспоринов,

полусинтетические или уреидопенициллины, монобактамы, пены и ингибиторы  $\beta$ -лактамазы: Цефтриаксон (2 г 1 раз в сутки внутримышечно), Цефазолин (1 г 3 раза в сутки), Амоксициллин (0,5-1 г 3 раза в сутки внутримышечно, 0,25 или 0,5 г 3 раза в сутки внутрь), Ипиенем/Циластин (0,5 г/0,5 г 3 раза в сутки внутримышечно), Амоксициллин/Клавулановая кислота (Амоксиклав, Аугментин; 1 г 3 раза в сутки внутривенно, 0,25-0,5 г 3 раза в сутки внутрь), Ампициллин/Сульбактам (Сультасин). Амикацин следует назначать при лечении больных с резистентными штаммами. В начале лечения аминогликозидами рекомендуют высокие дозы (2,5-3 мг/кг в сутки), которые потом могут быть снижены до поддерживающих (1-1,5 мг/кг в сутки). Кратность введения может колебаться от 3 до 1 раза в сутки (в последнем случае рекомендуют введение препаратов в дозе 5 мг/кг, которая считается более эффективной и менее токсичной).

- 2) Дезинтоксикационная терапия (NaCl 0,9% в/в капельно, раствор глюкозы 5% в/в капельно).
- 3) Средства, улучшающие почечный кровоток (Трентал).
- 4) Спазмолитики (Но-шпа, Баралгин).
- 5) Антикоагулянты (Гепарин).
- 6) Диета - ограничить острые, пряные, жареные, копченые продукты, приправы. Ограничение поваренной соли, чередование белковой и растительной пищи. Питье слабоминерализованных вод.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 16**

Мужчина 63 лет обратился по поводу хронического кашля. Также он отмечает появление одышки при физической активности. Со слов пациента, в последнее время отмечается усиление кашля. (Во время беседы Вы отмечаете запах табачного дыма от пациента.) При опросе он признает, что курит ежедневно 1 пачку сигарет в течение 35 лет и пробовал самостоятельно отказаться от курения, однако безуспешно. При обследовании ЧСС – 80 ударов в минуту, АД – 125/82 мм рт. ст., частота дыхания 16 в минуту. Кожные покровы обычной окраски, пульсоксиметрия демонстрирует сатурацию 98%. Перкуторный звук над легочными полями ясный, дыхание с жестким оттенком, по всем легочным полям отмечаются единичные сухие свистящие хрипы. По остальным органам и системам без отклонений. По результатам спирометрии ФЖЕЛ в пределах возрастной нормы, отношение ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ 0,89, ОФВ<sub>1</sub> 90% от нормы.

#### **Вопросы:**

1. Какие основные рекомендации следует дать пациенту?
2. Опишите роль медицинских работников в стимулировании отказа от курения.
3. Какие препараты фармакологической поддержки отказа от курения возможно использовать?
4. Какие дополнительные методы исследования следует назначить данному пациенту?
5. Возможно ли диагностировать хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ) у данного пациента?

### **ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ 16**

1. Основной рекомендацией является отказ от курения. Табакокурение является основным модифицируемым фактором риска предотвращения смертности. Курение негативным образом влияет на большинство органов человеческого организма. По данным Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время в мире от заболеваний, связанных с курением табака каждые 6 секунд умирает один человек, а ежегодно по этой причине умирают 5 миллионов человек. С курением связана преждевременная смертность по причине злокачественных новообразований, заболеваний сердца, сосудов, хронических болезней легких. У курильщиков риск инфаркта миокарда в 4–5 раз выше, чем у некурящих. Рак легкого примерно в 90% случаев обусловлен длительным курением. У людей, выкуривающих по две или более пачек сигарет в день в течение 20 лет риск рака легкого повышен на 60–70% по сравнению с некурящими.

2. Установлено, что врачебное вмешательство значительно повышает вероятность отказа пациента от курения. Врачу необходимо воспользоваться системным подходом для стимулирования отказа от курения.
- 1) При каждом обращении пациента спрашивать о курении.
  - 2) Посоветовать отказаться от курения с персональными рекомендациями по снижению риска, в данном случае связать курение с хроническим кашлем и одышкой.
  - 3) Оценить желание пациента прекратить курение.
  - 4) Помочь с отказом от курения посредством консультирования и фармакологической поддержки.
  - 5) Обеспечить контроль и поддержку отказа от курения.
  - 6) Существуют два основных подхода к фармакологической поддержке отказа от курения:
    - никотин-заместительная терапия, которая может осуществляться в различных формах, таких как жевательная резинка с никотином, никотиновый пластырь, никотиновый ингалятор и др.,
    - медикаменты, снижающие никотиновую зависимость, к ним относятся Бупропион и Варениклин.
3. У данного пациента наиболее вероятной причиной хронического кашля является курение. Обязательными исследованиями должны быть спирометрия (которая уже выполнена) и рентгенография легких. Менее вероятными причинами хронического кашля у данного пациента, которые, тем не менее, нельзя полностью исключить, могут быть гастроэзофагеальный рефлюкс и хронический кашель, связанный с инфекцией верхних дыхательных путей, в связи с чем следует рассмотреть проведение фибродуоденоскопии, рентгенографии (или компьютерной томографии) придаточных пазух носа.
4. Курение является важным фактором риска развития ХОБЛ. Однако, для постановки диагноза «ХОБЛ» требуется подтверждение наличия бронхиальной обструкции при спирометрии, что отражается отношением  $ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,7$ . У данного пациента отношение  $ОФВ1/ФЖЕЛ$  превышает 0,7 поэтому диагноз «ХОБЛ» является неправомерным.

### **3.2. Критерии и шкалы оценивания.**

#### **Текущий контроль по дисциплине**

Оценивание обучающегося на занятиях осуществляется в соответствии с локальным актом университета (положением), регламентирующим проведение текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся и организации учебного процесса с применением балльно-рейтинговой системы оценки качества обучения.

#### **Оценивание практико-ориентированных заданий (ситуационные задачи):**

Критерии оценки решения проблемно-ситуационной задачи:

5 «отлично» – комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

4 «хорошо» – комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями преподавателя; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

3 «удовлетворительно» – затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов преподавателя; выбор тактики действий в соответствии с ситуацией возможен при наводящих вопросах преподавателя, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

2 «неудовлетворительно» – неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное

выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала.

**Оценивание практико-ориентированных заданий (практические/мануальные навыки):**

**Критерии оценки выполнения практических навыков:**

5 «отлично» – рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются;

4 «хорошо» – рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями; все действия обосновываются с уточняющими вопросами преподавателя;

3 «удовлетворительно» – рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии преподавателя; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;

2 «неудовлетворительно» – затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

**Промежуточная аттестация по дисциплине**

**Форма промежуточной аттестации 10 семестр — зачет, 11 семестр — зачет.**

На промежуточной аттестации обучающийся оценивается– зачтено; не зачтено.

Результат обучения по дисциплине считается достигнутым при получении обучающимся оценки «зачтено» по каждому из контрольных мероприятий, относящихся к данному результату обучения.

**Критерии оценки образовательных результатов обучающихся на зачете по дисциплине**

Качество освоения ОПОП - рейтинг вые баллы	Оценка зачета (нормативная) в 5-балльной шкале	Уровень достижений компетенций	Критерии оценки образовательных результатов

90-100	Зачтено	Высокий (продвинутый)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 90-100.</p> <p>При этом, на занятиях, обучающийся исчерпывающе, последовательно, чётко и логически стройно излагал учебно-программный материал, умел тесно увязывать теорию с практикой, свободно справлялся с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, предусмотренные программой. Причем обучающийся не затруднялся с ответом при видоизменении предложенных ему заданий, правильно обосновывал принятое решение, демонстрировал высокий уровень усвоения основной литературы и хорошо знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной программой дисциплины.</p> <p>Как правило, оценку «отлично» выставляют обучающемуся, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значение для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>
66-89	Зачтено	Хороший (базовый)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обнаруживший осознанное (твёрдое) знание учебно-программного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 66-89.</p> <p>На занятиях обучающийся грамотно и по существу излагал учебно-программный материал, не допускал существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применял теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владел необходимыми навыками и приёмами их выполнения, уверенно демонстрировал хороший уровень усвоения основной литературы и достаточное знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной программой дисциплины.</p> <p>Как правило, оценку «хорошо» выставляют обучающемуся, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>

50-65	Зачтено	Достаточный (минимальный)	<p><b>ЗАЧТЕНО</b> заслуживает обучающийся, обнаруживший минимальные (достаточные) знания учебно-программного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 50-65.</p> <p>На занятиях обучающийся демонстрирует знания только основного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной работы, слабое усвоение деталей, допускает неточности, в том числе в формулировках, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических заданий и работ, знакомый с основной литературой, слабо (недостаточно) знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой.</p> <p>Как правило, оценку «удовлетворительно» выставляют обучающемуся, допускавшему погрешности в ответах на занятиях и при выполнении заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>
Менее 50	Не зачтено	Недостаточный (ниже минимального)	<p><b>НЕ ЗАЧТЕНО</b> выставляется обучающемуся, который не знает большей части учебно-программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы на занятиях и самостоятельной работе.</p> <p>Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающемуся продемонстрировавшего отсутствие целостного представления по дисциплине, предмете, его взаимосвязях и иных компонентов.</p> <p>При этом, обучающийся не может продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании вуза без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.</p> <p>Компетенции, закреплённые за дисциплиной, сформированы на недостаточном уровне или не сформированы.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>

При оценивании результатов обучения по дисциплине посредством тестирования в ходе промежуточной аттестации используются следующие критерии и шкалы.

Промежуточная аттестация может при необходимости, проводится в форме компьютерного тестирования. Обучающемуся отводится для подготовки ответа на один вопрос открытого и закрытого типа не менее 5 минут.

Итоговая оценка выставляется с использованием следующей шкалы.

Оценка	Правильно решенные тестовые задания (%)
«зачтено»	60-100
«незачтено»	0-59

**Форма промежуточной аттестации 12 семестр - Экзамен.**

Оценка *«отлично»* выставляется обучающемуся, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал рекомендуемой литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических заданий.

Оценка *«хорошо»* выставляется обучающемуся, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответах на вопросы, правильно применяет теоретические положения при решении практических заданий, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

Оценка *«удовлетворительно»* выставляется обучающемуся, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических заданий.

Оценка *«неудовлетворительно»* выставляется обучающемуся, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки в ответах на вопросы, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические задания.

При оценивании результатов обучения по дисциплине посредством тестирования в ходе промежуточной аттестации используются следующие критерии и шкалы.

Промежуточная аттестация может при необходимости, проводится в форме компьютерного тестирования. Обучающемуся отводится для подготовки ответа на один вопрос открытого и закрытого типа не менее 5 минут.

Итоговая оценка выставляется с использованием следующей шкалы.

Оценка	Правильно решенные тестовые задания (%)
«отлично»	90-100
«хорошо»	66-89
«удовлетворительно»	50-65
«неудовлетворительно»	0-49