

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

«ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»

Уровень образования:	Специалитет
Специальность	31.05.01 Лечебное дело
Направленность программы	Лечебное дело
Форма обучения	Очная
Срок освоения образовательной программы в соответствии с ФГОС (очная форма)	6 лет
Год начала подготовки	2023
В соответствии с утвержденным УП:	Протокол № 14 от 07.08.2023 г.
шифр и наименование дисциплины	Б1.О.58 Госпитальная терапия
семестры реализации дисциплины	11,12 семестры
форма контроля	Зачет в 11 семестре, 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, 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
ОПК – 5 Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	ОПК-5.3 Интерпретирует результаты клиничко-лабораторной оценки состояния организма при решении профессиональных задач	Знать общие закономерности функционирования здорового организма человека и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем; особенности регуляции функциональных систем организма человека при патологических

		<p>процессах; особенности этиологии, патогенеза и патоморфологии, клинической картины, дифференциальной диагностики, течения различных заболеваний внутренних органов, а также возможные осложнения и исходы</p> <p>Уметь проводить дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний</p> <p>Практический опыт проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными</p>
<p>ОПК – 7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности</p>	<p>ОПК-7.2 Использует современные принципы лечения заболеваний и состояний в профессиональной деятельности</p> <p>ОПК-7.3 Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения</p>	<p>Знать порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи</p> <p>Уметь составлять план лечения заболевания и состояния пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Практический опыт разработки плана лечения заболевания/состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с</p>

		действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
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 план физикального обследования пациента, правила интерпретации их результатов (методику сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания, физикального исследования), лабораторные и инструментальные методы исследований для оценки состояния здоровья и их интерпретацию; классификацию заболеваний внутренних органов, их дифференциальную диагностику, методику постановки диагноза с учетом действующих классификаций (МКБ); порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи.</p> <p>Уметь проводить полное физикальное обследование пациента с заболеваниями внутренних органов и интерпретировать его результаты; обосновывать необходимость и объем лабораторного и инструментального исследования пациента, направления пациента на консультации к врачам-специалистам, интерпретировать полученные данные;</p>

		<p>проводить дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний; сформулировать диагноз с учетом действующих классификаций (МКБ).</p> <p>Практический опыт сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проведения полного физикального обследования; методикой проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными; проведения лабораторно-инструментального исследования и интерпретации полученных результатов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; установления диагноза с учетом действующих классификаций (МКБ)</p>
<p>ПК – 3 Способен назначить лечение и контролировать его эффективность и безопасность</p>	<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</p>	<p>Знать современные методы немедикаментозного лечения (в том числе, лечебного питания), применения лекарственных препаратов, медицинских изделий при заболеваниях внутренних органов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями</p>

	<p>порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ПК-3.3</p> <p>Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения</p>	<p>(протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; механизм действия немедикаментозного лечения; механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применением</p> <p>Уметь назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание, немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, немедикаментозного лечения</p> <p>Практический опыт назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, немедикаментозного лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с</p>
--	--	--

		действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; навыками оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения
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 ПК-6.2 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	Знать законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативно-правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников Уметь применять законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативно-правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников Практический опыт заполнения и ведения медицинской документации

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).

11 семестр изучения в соответствии с УП форма промежуточной аттестации – зачет	
12 семестр изучения в соответствии с УП форма промежуточной аттестации – экзамен	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ОПК – 4 Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ОПК-4.2 Применяет медицинские изделия в соответствии с порядком оказания медицинской помощи ОПК-4.3 Проводит обследование пациента для установления диагноза
Код и наименование проверяемой компетенции:	ОПК – 5 Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ОПК-5.3 Интерпретирует результаты клинико-лабораторной оценки состояния организма при решении профессиональных задач
Код и наименование проверяемой компетенции:	ОПК – 7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ОПК-7.2 Использует современные принципы лечения заболеваний и состояний в профессиональной деятельности ОПК-7.3 Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	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
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 3 Способен назначить лечение и контролировать его эффективность и безопасность
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	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>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</p> <p>ПК-3.3 Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения</p>
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 6 Способен вести медицинскую документацию и организовать деятельность находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	<p>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</p> <p>ПК-6.2 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>

Тестовые задания

Компетенции ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ПК-2, ПК-3, ПК-6 Правильные ответы на тестовые задания обозначены + ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

1. Важнейшим из перечисленных дифференциально-диагностических признаков ХОБЛ является:
 - a. -экспираторное диспноэ
 - b. -кашель с отделением мокроты
 - c. -ослабленное или жесткое везикулярное дыхание с удлинённым выдохом, сухими жужжащими и влажными мелкопузырчатыми хрипами
 - d. +необратимая или частично обратимая бронхиальная обструкция
 - e. -все вышеперечисленное
2. Диагностическими критериями ХОБЛ являются:
 - a. -«кашлевой анамнез» не менее 2 лет по 3 месяца подряд
 - b. -отрицательный бронходилатационный тест
 - c. -отсутствие другой патологии бронхолегочного аппарата, обуславливающей «кашлевой анамнез» (бронхиальная астма, рак, туберкулез и др.)
 - d. +все вышеперечисленное
 - e. -экспираторное диспноэ
3. Какой спирографический показатель наиболее информативен для диагностики бронхиальной астмы:
 - a. -ЖЕЛ
 - b. +ОФВ₁
 - c. -R_овд
 - d. -R_овыд
 - e. -ПСВ (пиковая скорость выдоха)
4. Какие препараты противопоказаны при бронхообструкции:
 - a. +пропранолол
 - b. -преднизолон
 - c. -амлодипин
 - d. -парацетамол
 - e. -беклометазон

5. С целью уменьшения легочной гипертензии у пациента, страдающего неконтролируемой бронхиальной астмой, наиболее эффективен:
- пропранолол
 - +амлодипин
 - беклометазон
 - нитроглицерин
 - парацетамол
6. Механизмы действия агонистов бета-2-рецепторов при бронхиальной астме включает все, кроме:
- релаксация гладкой мускулатуры дыхательных путей
 - ингибирование экссудации плазмы и отека дыхательных путей
 - увеличение мукоцилиарного клиренса
 - +увеличение высвобождения медиаторов тучными клетками
 - предотвращают секрецию слизи
7. Наиболее распространенные побочные эффекты бета-2 агонистов:
- +сухость во рту, задержка мочеиспускания и глаукома
 - мышечный тремор и учащенное сердцебиение
 - тошнота, рвота
 - хрипота (дисфония) и оральный кандидоз
 - головные боли
8. Сальбутамол относится к группе:
- кортикостероидов
 - агонистов альфа-адренергических рецепторов
 - +агонистов бета-адренергических рецепторов
 - антихолинергических препаратов
 - бета-адреноблокаторов
9. Рекомендуемые пероральные дозы сальбутамола:
- 10-20 мг каждые 6-8 часов
 - +2-4 мг каждые 6-8 часов
 - 200-400 мг каждые 6-8 часов
 - 40-60 мг в день
 - 30 мг в день
10. Кромолин натрия и недокромил натрия - препараты для контроля астмы, которые являются доказанными в направлении:
- действуют как противовоспалительные средства
 - ингибируют фосфодиэстеразу в гладкомышечных клетках дыхательных путей
 - +ингибируют выделение медиаторов из тучных клеток и уменьшают чувствительность афферентных нервных окончаний
 - предотвращают холинергическую бронхоконстрикцию
 - предотвращают секрецию слизи
11. Беклометазон дипропионат обычно используется:
- внутривенно
 - подкожно
 - +в виде гормонального аэрозоля
 - перорально
 - внутримышечно
12. Триамцинолона ацетонид — это:
- +кортикостероид
 - агонист альфа-адренергических рецепторов
 - агонист бета-адренергических рецепторов
 - антихолинергический препарат
 - НПВС
13. Ингаляционные глюкокортикоиды пациентам бронхиальной астмой показаны при:
- легком эпизодическом течении
 - легком персистирующем течении
 - течении средней тяжести
 - + в каждом из вышеперечисленных случаев
 - необратимой или частично обратимой бронхиальной обструкции

14. Назовите препарат с минимальной системной глюкокортикоидной биодоступностью:
- преднизолон
 - дексаметазон
 - беклометазона дипропионат
 - +флютиказона пропионат
 - метилпреднизолон
15. Укажите на побочный эффект ингаляционных глюкокортикостероидов:
- +кандидоз полости рта
 - недостаточность коры надпочечников
 - остеопороз
 - гипергликемия
 - глаукома
16. Для купирования обострения бронхиальной астмы необходимо:
- увеличить кратность ингаляций бета-2-агонистов
 - увеличить дозу ингаляционных глюкокортикоидов
 - принять таблетированные глюкокортикоиды
 - +выполнить все вышеуказанные мероприятия в указанной последовательности
 - релаксация гладкой мускулатуры дыхательных путей
17. Неотложное лечение бронхиальной астмы включает следующие мероприятия, кроме:
- достижение сатурации кислорода > 90% за счет подачи высокой концентрации кислорода
 - введение короткодействующих бета-2-агонистов
 - медленная инфузия аминофиллина под контролем показателей крови
 - +быстрая инфузия допамина
 - все вышеперечисленное
18. Какое из следующих лекарств может подозреваться как возможная причина бронхиальной астмы:
- +ацетилсалициловая кислота
 - гидроокись магния
 - фамотидин
 - дифенгидамин
 - каптоприл
19. Для аспириновой бронхиальной астмы характерны следующие признаки:
- непереносимость НПВС
 - полипозный риносинусит
 - наличие приступов удушья
 - +все вышеперечисленные признаки
 - ни один из вышеперечисленных признаков
20. Все нижеперечисленные формы пневмонии относятся к современной классификации (рубрикации), кроме:
- внебольничной
 - нозокомиальной
 - у иммунокомпрометированных пациентов
 - аспирационной
 - +интерстициальной
21. Какой антибиотик является средством выбора при лечении внебольничной пневмонии, клиническо-рентгенологически определяемой как пневмококковая:
- +амоксициллин
 - цефтриаксон
 - ампициллин
 - левофлоксацин
 - котримоксазол
22. Для лечения ДВС синдрома при инфекционно-токсическом шоке, осложняющем пневмонию, самое эффективное средство:
- гепарин
 - +гепарин + свежемороженая плазма

- c. -допамин
 - d. -добутамин
 - e. -преднизолон
23. Причиной затяжного течения пневмонии является:
- a. -несвоевременно начатая и нерациональная эмпирическая антибактериальная терапия
 - b. -наличие сопутствующих заболеваний органов дыхания
 - c. -пожилой и старческий возраст
 - d. -избыточная масса тела
 - e. +все перечисленные признаки
24. Какие антибиотики обычно эмпирически назначаются при тяжелой пневмонии:
- a. -амоксциллин
 - b. -амикацин
 - c. +левофлоксацин + цефтриаксон
 - d. -кларитромицин
 - e. -цефтриаксон + амоксициллин
25. Какой основной метод установления этиологии диссеминаций легких:
- a. -трансторакальная пункционная биопсия легких
 - b. +видеоторакоскопия с биопсией
 - c. -открытая биопсия легких
 - d. -бронхоскопия с трахеобронхиальной биопсией
 - e. -рентгенография органов грудной клетки

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

26. Все перечисленное является рентгенологическим отличием кардиогенного отека легкого от диссеминированного туберкулеза легких, кроме:
- a. -усиления легочного рисунка в нижне-средних отделах легких
 - b. -очаговых теней в средних отделах легких
 - c. +появления диссеминации преимущественно в верхних долях легких
 - d. -появления выпота в плевральных полостях
 - e. -очаговых теней в нижних отделах легких
27. Все перечисленное является клинико-рентгенологическим отличием поражения легких при системных заболеваниях соединительной ткани от диссеминированного туберкулеза легких, кроме:
- a. -прогрессирующей дыхательной недостаточности
 - b. +появления микобактерий туберкулеза в мокроте
 - c. -диффузного сетчатого фиброза
 - d. -отсутствия эффекта от антибактериальной терапии
 - e. -усиления легочного рисунка в нижне-средних отделах легких
28. Все перечисленные симптомы являются клинико-рентгенологическими признаками карциноматоза легких, кроме:
- a. -упорного сухого кашля
 - b. -двусторонней диссеминации в легких с четкими контурами, без тенденции к слиянию и распаду
 - c. +острого начала заболевания
 - d. -обнаружения первичной локализации опухоли
 - e. -нарастающей одышки и боли в грудной клетке
29. Все нижеперечисленное является критериями диагностики синдрома Гудпасчера, кроме:
- a. +острого начала, чаще после ОРЗ, переохлаждения
 - b. - прогрессирующей одышки, кашля, кровохарканья, обилия влажных хрипов в нижних отделах легких
 - c. -подострого начала с малосимптомным поражением легких
 - d. -гематурии
 - e. -множественных сливных очагов в обоих легких
30. При рецидиве пневмонии через несколько месяцев требуется в первую очередь исключить:

- a. -ТЭЛА
b. +центральный рак легких
c. -туберкулез легких
d. -затяжное течение пневмонии
e. -стеноз трикуспидального клапана
31. У ВИЧ-инфицированного пациента появился сухой кашель, одышка в покое. На R-граммах легких 2-стороннее тотальное затемнение по типу «матового стекла». Какой препарат необходимо назначить:
a. -амоксциллин
b. -левофлоксацин
c. -цефтриаксон
d. +котримоксазол
e. -амикацин
32. При каком заболевании чаще всего наблюдается кровохарканье:
a. +фиброзно-кавернозный туберкулез легких
b. -первичная эмфизема легких
c. -ХОБЛ
d. -стеноз трикуспидального клапана
e. -пневмония
33. При каком внелегочном заболевании может появиться плевральный выпот:
a. +опухоль яичников
b. -дивертикулез тонкого кишечника
c. -острый холецистит
d. -острый аппендицит
e. -хронический гепатит
34. При каком заболевании чаще всего обнаруживают геморрагический плеврит:
a. -инфильтративный туберкулез легких
b. -пневмония, вызванная *Clebsiella*
c. -синдром Чарджа-Стросса
d. +рак легкого
e. -все вышеперечисленное
35. Для какого заболевания наиболее характерен лимфоцитарный состав в плевральном экссудате:
a. +туберкулез
b. -рак легкого
c. -ревматоидный артрит
d. -пневмония
e. -опухоль яичников
36. Основное патогенетическое значение в развитии первичной эмфиземы легких имеет:
a. -хронические заболевания легких
b. -функциональное перенапряжение аппарата дыхания
c. -возрастная инволюция эластической ткани легких
d. +дефицит альфа1-антитрипсина
e. -увеличение мукоцилиарного клиренса
37. Предпочтительный метод исследования при ТЭЛА:
a. +определение вентиляционно-перфузионного отношения
b. -стандартная ангиография
c. -КТ грудной клетки
d. -магнитно-резонансная ангиография
e. -рентгенография грудной клетки
38. 40-летний мужчина появился с повторными эпизодами бронхоспазма и кровохарканья. Рентген грудной клетки показал прикорневые бронхоэктазы. Наиболее вероятный диагноз:
a. -саркоидоз
b. -идиопатический легочный фиброз
c. -экзогенный аллергический альвеолит
d. +бронхолегочный аспергиллез
e. -центральный рак легких

КАРДИОЛОГИЯ

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

39. Тон открытия митрального клапана появляется при:
- митральной недостаточности
 - +митральном стенозе
 - артериальной гипертензии
 - легочной гипертензии
 - инфаркте миокарда
40. Наиболее частая причина митрального стеноза:
- атеросклеротическое изменение клапана
 - врожденный порок
 - инфекционный эндокардит
 - +ревматическая болезнь сердца
 - инфаркт миокарда
41. При недостаточности аортального клапана характерно:
- высокое систолическое и диастолическое АД
 - нормальное систолическое и повышенное диастолическое АД
 - +нормальное или повышенное систолическое АД и сниженное диастолическое АД
 - АД не изменяется
 - легочная гипертензия
42. Для какого врожденного порока сердца характерна повторная циркуляция дополнительного объема крови в легких:
- коарктация аорты
 - дефект межпредсердной перегородки
 - транспозиция магистральных сосудов
 - +открытый артериальный (Боталлов) проток
 - дефект межжелудочковой перегородки
43. Уменьшение или задержка пульсовой волны на бедренной артерии по сравнению с лучевой артерией наблюдается при:
- феохромоцитоме
 - +коарктации аорты
 - атеросклерозе аорты
 - синдроме Иценко-Кушинга
 - артериальной гипертензии
44. 20-летний мужчина предъявляет жалобы на одышку при физическом напряжении, головную боль и головокружение. При обследовании выявлена гипертензия и ремоделирование левого желудочка. Рентгенологическая картина демонстрирует неровный контур нижнего края ребер. Наиболее вероятный диагноз:
- феохромоцитоме
 - карциноидный синдром
 - +коарктация аорты
 - медиастинальный синдром
 - инфекционный эндокардит
45. При инфекционном эндокардите чаще поражаются клапаны:
- клапан легочной артерии
 - +аортальный клапан
 - митральный клапан
 - трикуспидальный
 - b и d верно
46. Вторичный инфекционный эндокардит - это:
- инфекционный эндокардит у пациента, перенесшего инфаркт миокарда
 - инфекционный эндокардит у пациента с абсцессом легкого
 - инфекционный эндокардит у пациента с иммунодефицитом
 - инфекционный эндокардит у пациента с пороком сердца

- e. +инфекционный эндокардит у пациента с сепсисом
47. Для клинической картины инфекционного эндокардита у внутривенных наркоманов наиболее характерно:
- a. -поражение митрального клапана с формированием диастолического шума над верхушкой, выраженной легочной гипертензией с кровохарканьем
 - b. -частое поражение аортального клапана с формированием грубого систолического шума во II межреберье справа от грудины, проводящегося на сосуды шеи, с симптомами коронарной и церебральной гипоперфузии
 - c. -манифестация заболевания с клиники острого гломерулонефрита
 - d. +частое поражение трикуспидального клапана с появлением систолического шума в его проекции, с развитием тромбоэмболического синдрома, инфарктных пневмоний и дыхательной недостаточности
 - e. -развитие дилатации всех камер сердца со снижением его систолической и диастолической функции, появлением тяжелой сердечной недостаточности и тромбоэмболическим синдромом
48. В лечении инфекционного эндокардита наиболее эффективны:
- a. -нестероидные противовоспалительные препараты
 - b. -кортикостероиды
 - c. -цитостатики
 - d. +антибиотики
 - e. -противовирусные препараты
49. Маленькие вегетации, фиксированные на острых выступках трикуспидального и митрального клапанов, имеют место при:
- a. -вирусном миокардите
 - b. +эндокардите Либмана-Сакса
 - c. -ревматическом кардите
 - d. -инфекционном эндокардите
 - e. -коарктации аорты
50. Все следующие клинические признаки являются симптомами миксомы, кроме:
- a. -лихорадка
 - b. -«барабанные палочки»
 - c. +гипертензия
 - d. -эмболии
 - e. -кратковременная потеря сознания

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

51. Назначение глюкокортикостероидов при неревматическом миокардите показано:
- a. -при наличии нарушений ритма сердца
 - b. +при высокой активности воспалительного процесса
 - c. -при наличии застойных явлений в малом круге кровообращения
 - d. -при снижении фракции выброса левого желудочка ниже 60%
 - e. -при дыхательной недостаточности
52. К органам-мишеням при артериальной гипертензии относят:
- a. -почки, печень, головной мозг, сетчатка, сердце
 - b. -сердце, сетчатка, скелетная мускулатура, головной мозг
 - c. -артерии, печень, почки, сердце, сетчатка
 - d. +сердце, почки, головной мозг, артерии, сетчатка
 - e. -сердце, печень, артерии, головной мозг, почки
53. Злокачественная гипертензия может привести ко всему следующему, кроме:
- a. -гипертонической ретинопатии
 - b. -дыхательной недостаточности
 - c. -почечной недостаточности
 - d. +аутоиммунной гемолитической анемии
 - e. -эмболии
54. Симптоматическая артериальная гипертензия не характерна для:
- a. -стенозирующего атеросклероза почечных артерий
 - b. -сахарного диабета
 - c. -синдрома Конна

- d. -фибромускулярной дисплазии почечных артерий
e. +хронической надпочечниковой недостаточности (болезни Аддисона)
55. Пациенту с артериальной гипертензией в сочетании с бронхиальной астмой противопоказаны:
- a. -верапамил
b. -гипотиазид
c. +метопролол
d. -каптоприл
e. -аторвастатин
56. Противопоказаниями к назначению ингибиторов АПФ являются:
- a. -диабетическая нефропатия
b. +двусторонний стеноз почечной артерии
c. -застойная сердечная недостаточность
d. -обструктивные заболевания легких
e. -сахарный диабет
57. Побочные эффекты статинов:
- a. -снижение АД
b. -полиурия
c. -кашель
d. +гипертрансаминаземия (повышение АЛТ, АСТ)
e. -нефропатия
58. Какой признак наиболее характерен для гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выносящего тракта левого желудочка в отличие от гипертрофии миокарда при ИБС:
- a. -амплитудные признаки гипертрофии миокарда левого желудочка на ЭКГ
b. -кардиомегалия при рентгенологическом исследовании сердца
c. +соотношение толщины межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка при ЭхоКГ
d. -систолический шум на легочной артерии
e. -артериальная гипертензия
59. Элевация сегмента ST имеет место при:
- a. -стенокардии Принцметала
b. -остром перикардите
c. -остром инфаркте миокарда
d. +всех вышеупомянутых заболеваниях
e. -артериальной гипертензии
60. Отличительная черта стабильной стенокардии напряжения:
- a. -отсутствие связи приступа с эмоциональным стрессом
b. +связь приступа с физической нагрузкой
c. -возникновение приступа в любое время суток
d. -предчувствие появления приступа
e. -отсутствие изменений на ЭКГ
61. Количество функциональных классов стабильной стенокардии по классификации Канадского сердечно-сосудистого общества:
- a. - два
b. -три
c. +четыре
d. -пять
e. -шесть
62. II функциональный класс стабильной стенокардии напряжения означает:
- a. -значительное ограничение физической активности, подъем на один лестничный пролет
b. +легкое ограничение обычной активности, подъем более одного лестничного пролета
c. -обычная физическая нагрузка не вызывает приступа стенокардии
d. -амплитудные признаки гипертрофии миокарда левого желудочка на ЭКГ
e. -появление одышки в покое
63. Для купирования приступа стенокардии используют:

- a. -изосорбид динитрат в дозе 10-20 мг 2-4 раза в сутки
 - b. -молсидомин в дозе 2-4 мг 2-3 раза в сутки
 - c. +нитроглицерин 0,5 мг под язык
 - d. -каптоприл
 - e. -бисопролол
64. Ведущий патогенетический механизм острого коронарного синдрома:
- a. +длительный спазм коронарных артерий
 - b. -аномалия коронарных артерий
 - c. -острое расширение коронарных артерий
 - d. -коронариит
 - e. -артериальная гипертензия
65. Коронарный кровоток обычно:
- a. -выше во время систолы, чем во время диастолы желудочков
 - b. -снижается при повышении симпатической иннервации сердца
 - c. -одинаковый в субэндокарде и субэпикарде во время систолы желудочков
 - d. + пропорционален потреблению миокардом кислорода
 - e. -все перечисленное верно
66. Синдром коронарного обкрадывания обычно имеет место при лечении:
- a. -атенололом
 - b. -дилтиаземом
 - c. -нитроглицерином
 - d. +дипиридамолом
 - e. -каптоприлом
67. Когда выявляется повышение активности креатинфосфокиназы и ее МВ-фракции при инфаркте миокарда:
- a. +с первых часов
 - b. -со 2-го дня заболевания
 - c. -с 3-го дня
 - d. -с 5-го дня
 - e. -с 7-го дня
68. Грануляционная ткань при остром инфаркте миокарда формируется:
- a. -в течение 1 часа
 - b. -в течение 24 часов
 - c. -в течение 1 недели
 - d. +в течение 1 месяца
 - e. -в течение 72 часов
69. Продолжительность подострой стадии инфаркта миокарда:
- a. -до 3 суток
 - b. -до 10 суток
 - c. -до 2-3 недель
 - d. +до 1-2 месяцев
 - e. -до 1 недели
70. Инфаркт миокарда, возникший через 4 недели и более от предыдущего, считается:
- a. +повторным
 - b. -возвратным
 - c. -рецидивирующим
 - d. -хроническим
 - e. -острым
71. В какие сроки возможно проведение тромболитической терапии при инфаркте миокарда:
- a. +в течение 6 часов
 - b. -в течение 24 часов
 - c. -в течение 48 часов
 - d. -в течение недели
 - e. -в течение 3 суток
72. К тромболитикам относят все лекарственные препараты, кроме:
- a. -альтеплазы

- b. -стрептокиназы
 - c. +панцитрата
 - d. -тенектеплазы
 - e. -урокиназы
73. Показанием к аортокоронарному шунтированию при остром инфаркте миокарда является:
- a. -инфаркт миокарда, осложненный кардиогенным шоком
 - b. -инфаркт миокарда в первые 6 часов от появления симптомов с нестабильной гемодинамикой и при невозможности проведения тромболитика
 - c. -инфаркт миокарда, осложненный разрывом межжелудочковой перегородки
 - d. -множественное критическое поражение коронарных артерий
 - e. +все перечисленное верно
74. Частое осложнение в остром периоде инфаркта миокарда:
- a. -гипергликемия
 - b. +шок (рефлекторный, кардиогенный, аритмический)
 - c. -анемия
 - d. -психические расстройства
 - e. -гипертензия
75. Частое осложнение в подостром периоде трансмурального инфаркта миокарда:
- a. -тромбоэндокардит с тромбоэмболическим синдромом
 - b. -анемия
 - c. -синдром Фелти
 - d. -психические расстройства
 - e. +острая аневризма сердца
76. Какие признаки характерны для кардиогенного шока:
- a. +систолическое АД ниже 90 мм рт ст, снижение диуреза, холодная влажная кожа, метаболический ацидоз, спутанное сознание
 - b. -систолическое АД ниже 90 мм рт ст, снижение диуреза, холодная влажная кожа, метаболический алкалоз, психомоторное возбуждение
 - c. -диастолическое АД ниже 90 мм рт ст, снижение диуреза, холодная влажная кожа, метаболический ацидоз, спутанное сознание
 - d. -систолическое АД ниже 90 мм рт ст, нормальный диурез, сухость кожных покровов, метаболический ацидоз, спутанное сознание
 - e. -психические расстройства
77. Для клинической картины острой левожелудочковой недостаточности не характерно:
- a. -набухание шейных вен
 - b. -ортопноэ
 - c. +возникновение и нарастание периферических отеков
 - d. -повышение или снижение АД
 - e. -снижение фракции выброса левого желудочка
78. Самой частой причиной острой правожелудочковой недостаточности является:
- a. -затянувшийся приступ бронхиальной астмы
 - b. -спонтанный пневмоторакс
 - c. +тромбоэмболия легочной артерии
 - d. -массивный ателектаз легких
 - e. -быстрое и значительное накопление жидкости в плевральной полости
79. Основным показателем контроля эффективности и безопасности гепаринотерапии при остром коронарном синдроме является:
- a. -холестерин
 - b. -фибриноген
 - c. +активированное частичное тромбопластиновое время или МНО
 - d. -протромбиновый индекс
 - e. -время свертывания
80. Наиболее частая форма нарушения ритма у пациентов с WPW -синдромом:
- a. -пароксизмальная форма мерцания предсердий
 - b. -пароксизмальная форма трепетания предсердий
 - c. +пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия
 - d. -пароксизмальная желудочковая тахикардия

- e. -желудочковая экстрасистолия
81. Массаж каротидного синуса купирует:
- a. -трепетание предсердий
- b. -фибрилляцию предсердий
- c. -суправентрикулярную экстрасистолию
- d. +пароксизмальную суправентрикулярную тахикардию
- e. -пароксизмальную желудочковую тахикардию
82. Препарат выбора при пароксизме наджелудочковой тахикардии:
- a. -дигоксин
- b. -пропранолол
- c. +аденозин
- d. -дилтиазем
- e. -нитроглицерин 0,5 мг под язык
83. При каком из следующих состояний показан кардиостимулятор:
- a. -острый инфаркт миокарда с AV блокадой первой степени
- b. -острый инфаркт миокарда с фасцикулярной блокадой
- c. +синдром слабости синусового узла
- d. -острая аневризма сердца
- e. -все перечисленное
84. Наиболее предпочтительным препаратом для купирования приступа пароксизмальной желудочковой тахикардии является:
- a. -строфантин
- b. -пропранолол
- c. +лидокаин
- d. -верапамил
- e. -атропин
85. Для купирования пароксизма фибрилляции предсердий может быть использован:
- a. -амиодарон 200 мг/сутки
- b. -эналаприл 5 мг/сутки
- c. -омепразол 20 мг/сутки
- d. +амиодарон 1,200 мг/сутки
- e. -лидокаин внутрь
86. Препарат для снижения частоты сердечных сокращений при постоянной форме фибрилляции предсердий у пациентов с хронической сердечной недостаточностью:
- a. - верапамил
- b. -амиодарон
- c. -пропранолол
- d. +дигоксин
- e. -лидокаин
87. Дигоксин противопоказан при:
- a. -наджелудочковой тахикардии
- b. -мерцательной аритмии
- c. -застойной сердечной недостаточности
- d. +гипертрофической обструктивной кардиомиопатии
- e. -тиреотоксикозе
88. Симптомы передозировки сердечными гликозидами все перечисленные, кроме:
- a. -брадикардия
- b. -нарушение зрения (для пациента все предметы окрашены в желто-зеленый цвет)
- c. -тошнота
- d. +тахикардия
- e. -боли в животе
89. Какой антиаритмический препарат можно использовать у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий на фоне инфаркта миокарда:
- a. -новокаионамид
- b. -этацизин
- c. +пропранолол
- d. -дигоксин

- e. -верапамил
- 90. Неселективный бета-адреноблокатор:
 - a. -изосорбид динитрат
 - b. +соталол
 - c. -дилтиазем
 - d. -верапамил
 - e. -дигоксин
- 91. Лечение варфарином проводят под контролем:
 - a. -уровня тромбоцитов
 - b. -уровня протромбина
 - c. -уровня глюкозы
 - d. +МНО
 - e. -ЭКГ
- 92. Показание для назначения непрямых антикоагулянтов:
 - a. -острая стадия инфаркта миокарда
 - b. -пароксизм суправентрикулярной тахикардии
 - c. -гипертонический криз
 - d. +постоянная форма трепетания предсердий
 - e. -повышение артериального давления
- 93. Отек может быть результатом:
 - a. -уменьшения онкотического давления интерстициальной жидкости
 - b. -уменьшения капиллярного гидростатического давления
 - c. -увеличения лимфооттока
 - d. +уменьшения концентрации альбумина плазмы
 - e. -а, с верно
- 94. Мочегонный препарат, способствующий увеличению продолжительности жизни пациентов с хронической сердечной недостаточностью:
 - a. -фуросемид
 - b. -гипотиазид
 - c. +спиронолактон
 - d. -молсидомин
 - e. -гидрохлортиазид
- 95. Цель проведения велоэргометрии:
 - a. -определение среднего артериального давления в ответ на физическую нагрузку
 - b. -оценка динамики сегмента ST
 - c. +определение индивидуальной толерантности к физическим нагрузкам
 - d. -оценка вариабельности сердечного ритма
 - e. -а, d верно

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

- .Болезненное глотание называют:
- a. -дисфагия
 - b. +одинофагия
 - c. -диспепсия
 - d. -атаксия
 - e. -мелена
96. Пептическая язва пищевода может присутствовать при:
- a. -остеопорозе
 - b. -синдроме Рейтера
 - c. +ГЭРБ
 - d. -ахалазии кардии
 - e. -хроническом гепатите
97. Аденокарцинома пищевода чаще развивается при:
- a. +пищевод Барретта
 - b. -ахалазии кардии
 - c. -рубцовой стриктуре пищевода

- d. -злоупотреблении алкоголем
e. -аденокарциноме желудка
98. Желудочный сок содержит:
a. +пепсин, липазу и ренин
b. -трипсин, липазу и ренин
c. -трипсин, липазу и ренин
d. -трипсин, пепсин и ренин
e. -амилазу, липазу, трипсин
99. Какой из следующих симптомов не связан с функциональным расстройством желудка:
a. -ощущение переполнения желудка после приема пищи
b. -боль в эпигастральной области
c. +мелена
d. -изжога
e. -отрыжка
100. Признаки демпинг-синдрома после субтотальной гастрэктомии:
a. -икота и диарея
b. -усталость и боль в эпигастрии
c. -запор и лихорадка
d. +обильное потоотделение и диарея
e. -повышение температуры тела и диарея
101. Наиболее распространенная причина гастродуоденальной язвы:
a. -курение
b. +нестероидные противовоспалительные препараты
c. -синдром Золлингера-Эллисона
d. -употребление алкоголя
e. -наследственная отягощенность
102. Пептические язвы могут быть вызваны всеми факторами, кроме:
a. -эмоциональное напряжение
b. -потребление острых продуктов
c. -инфекция *Helicobacter pylori*
d. -долгосрочное использование нестероидных противовоспалительных средств
e. +непереносимость глютена
103. Наиболее распространенное осложнение гастродуоденальной язвы:
a. -перфорация
b. -пилоростеноз
c. -пенетрация
d. +кровотечение
e. -малигнизация
104. Нарушение обмена веществ при пилоростенозе характеризуется:
a. -дыхательным алкалозом
b. -метаболическим ацидозом
c. +метаболическим алкалозом с парадоксальной ацидурией
d. -метаболическим алкалозом со щелочной мочой
e. -дыхательным алкалозом со щелочной мочой
105. Что неправильно относительно лечения гастродуоденальной язвы:
a. -в отношении репарации язв антациды и блокаторы H₂ гистаминовых рецепторов обладают одинаковой эффективностью
b. -ингибиторы протонной помпы по сравнению с блокаторами H₂ гистаминовых рецепторов оказывают более выраженный репаративный и анальгезирующий эффекты при длительном использовании (более 2-4 недель)
c. -коллоидный субцитрат висмута подавляет *H.pylori* и образует хелатный комплекс с язвой, способствуя ее заживлению
d. +эрадикация *H.pylori* трехкомпонентной схемой, включающей омепразол, амоксициллин и метронидазол, требует только 5 дней лечения
e. -эрадикация *H.pylori* трехкомпонентной схемой, включающей омепразол, амоксициллин и метронидазол, требует 7-10-14 дней лечения
106. Какой из следующих препаратов является ингибитором протонной помпы:

- a. -ранитидин
 - b. -сукральфат
 - c. -мизопростол
 - d. +омепразол
 - e. -альмагель
107. Ингибиторы протонной помпы наиболее эффективны при их назначении:
- a. -после еды
 - b. +за 20-30 минут до еды
 - c. -вместе с блокаторами H₂-гистаминовых рецепторов
 - d. -вместе с антацидами
 - e. -во время длительных периодов голодания
108. Что неверно в отношении инфекции *H. pylori*:
- a. +у 80% пациентов с инфекцией *H. pylori* образуются гастродуоденальные язвы
 - b. -*H. pylori* — наиболее распространенная причина гастродуоденальных язв
 - c. -*H. pylori* - фактор риска развития аденокарциномы антрального отдела желудка
 - d. -тест на наличие антител к IgG остается положительным в течение 2 лет после эрадикации, что ограничивает его значимость
 - e. -*H. pylori* может быть причиной анемии
109. Какая группа препаратов назначается одновременно с препаратами висмута для лечения инфекции *H. pylori*:
- a. -антациды
 - b. +антибиотики
 - c. -ингибиторы АПФ
 - d. -антагонисты H₂-гистаминовых рецепторов
 - e. -противовирусные препараты
110. Триада, первоначально описанная как синдром Золлингера-Эллисона, характеризуется:
- a. +пептические язвы, гиперсекреция соляной кислоты в желудке, опухоль, не содержащая бета-клетки
 - b. -пептические язвы, гиперсекреция соляной кислоты в желудке, опухоль, содержащая бета-клетки
 - c. -пептические язвы, ахлоргидрия, опухоль, не содержащая бета-клеток
 - d. -пептические язвы, ахлоргидрия, опухоль, содержащая бета-клетки
 - e. -опухоль желудка, поджелудочной железы, печени

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

111. Перед проведением пероральной холецистографии пациент должен принимать пищу:
- a. -низкобелковую
 - b. -высококалорийную
 - c. +обезжиренную
 - d. -жидкую
 - e. -высокобелковую
112. Причиной гранулематозного лекарственного гепатита может являться:
- a. +амиодарон
 - b. -алкоголь
 - c. -циметидин
 - d. -метронидазол
 - e. парацетамол (ацетаминофен)
113. Что не является причиной преимущественно неконъюгированной гипербилирубинемии:
- a. -сепсис
 - b. -синдром Жильбера
 - c. -застойная сердечная недостаточность
 - d. +инфекционный мононуклеоз
 - e. -синдром Ротора

114. Признаками обтурационной желтухи являются все, кроме:

- a. +нормальный уровень щелочной фосфатазы
 - b. -умеренное повышение уровня аминотрансфераз
 - c. -стул цвета глины
 - d. -кожный зуд
 - e. -повышение преимущественного конъюгированного билирубина
115. Что не является фактором риска для образования желчных камней:
- a. -муковисцидоз
 - b. +застойная сердечная недостаточность
 - c. -наследственная предрасположенность
 - d. -сахарный диабет
 - e. -беременность
116. Приблизительно 80% желчных камней состоят из:
- a. -солей кальция
 - b. -желчи
 - c. -билирубина
 - d. +холестерина
 - e. -мочевой кислоты
117. Лабораторным маркером хронического алкоголизма является:
- a. -гамма-глутамилтрансфераза
 - b. -аланинаминотрансфераза (АЛТ)
 - c. -аспартатаминотрансфераза (АСТ)
 - d. +отношение АСТ:АЛТ
 - e. -альдолаза
118. При каком хроническом заболевании печени рубцовая ткань замещает портальные зоны:
- a. -компенсированный цирроз печени
 - b. +алкогольный цирроз печени
 - c. -билиарный цирроз печени
 - d. -постнекротический цирроз печени
 - e. -вирусный цирроз печени
119. Наследственные болезни, ассоциированные с циррозом печени:
- a. -болезнь Жильбера
 - b. +гемохроматоз
 - c. -синдром Марфана
 - d. -акромегалия
 - e. -болезнь Крона
120. Что не является осложнением цирроза печени:
- a. -спонтанный бактериальный перитонит
 - b. -гепатоцеллюлярная карцинома
 - c. +тромбоцитоз
 - d. -портальная гипертензия
 - e. -тромбоз портальной вены
121. Ранний симптом печеночной энцефалопатии у пациента с циррозом печени:
- a. -беспокойное поведение
 - b. +астериксис («хлопающий» тремор)
 - c. -снижение аммиака сыворотки крови
 - d. -жалобы на слабость
 - e. -потеря сознания
122. Цель назначения лактулозы для лечения печеночной энцефалопатии:
- a. -повышение гемоглобина
 - b. +снижение уровня аммиака сыворотки крови за счет воздействия на кишечную микрофлору
 - c. -повышение уровня белка
 - d. -уменьшение количества лейкоцитов
 - e. -лечение запора
123. Симптомы болезни Крона могут включать боль в животе, ректальное кровотечение, диарею и все следующие признаки, кроме:
- a. -анемия

- b. -снижение массы тела
 - c. -артралгия
 - d. +брадикардия
 - e. -ириты, иридоциклиты
124. Региональный энтерит (болезнь Крона) характеризуется:
- a. +трансмуральным поражением
 - b. -диффузным поражением кишечника
 - c. -обострениями и ремиссиями
 - d. -тяжелой диареей
 - e. -запорами
125. Неспецифический язвенный колит обычно начинается с:
- a. -печеночного или селезеночного изгиба
 - b. +ректосигмоидальной области
 - c. -поперечной ободочной кишки
 - d. -терминального отдела подвздошной кишки
 - e. -тощей кишки
126. При проведении биопсии кишечника гранулемы часто находят при:
- a. +болезни Крона
 - b. -неспецифическом язвенном колите
 - c. -обеих заболеваниях
 - d. -ни одном из указанных заболеваний
 - e. -СРК
127. Какое осложнение болезни Крона описано верно:
- a. -у 50% пациентов отмечаются перианальные осложнения
 - b. - гастроинтестинальное кровотечение встречается часто
 - c. + токсический мегаколон встречается в 6% случаев и почти никогда не сопровождается перфорацией
 - d. -нет склонности к малигнизации в отличие от язвенного колита
 - e. -часто возникают стенозы
128. Лица с целиакией не переносят:
- a. +глютен
 - b. -лактозу
 - c. -арахис
 - d. -яйца
 - e. -молоко
129. Какой тип диареи вызван увеличением продукции и секреции воды и электролитов слизистой оболочкой кишечника в просвет кишечника:
- a. -осмотическая диарея
 - b. -смешанная диарея
 - c. +секреторная диарея
 - d. -инфекционная
 - e. -неинфекционная
130. Микроскопическое исследование стула при воспалительной диарее позволяет выявить:
- a. -отсутствие фекальных лейкоцитов
 - b. -отсутствие фекального лактоферрина
 - c. +фекальные полиморфоядерные лейкоциты
 - d. -энтеротоксин
 - e. -эритроциты
131. У пациента с признаками дегидратации могут выявляться:
- a. -брадикардия
 - b. +изменения психического статуса
 - c. -двусторонняя крепитация в легких
 - d. -повышение АД
 - e. -отеки

НЕФРОЛОГИЯ

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

.Функция почек не ассоциируется с:

- a. -синтезом эритропоэтина
- b. -синтезом ренина
- c. +синтезом витамина E
- d. -активацией витамина D
- e. -секрецией ионов водорода

132. Первичная функция нисходящей части петли Генле в почках:

- a. -реабсорбция ионов натрия
- b. +реабсорбция воды путем осмоса
- c. -секреция ионов водорода
- d. -секреция ионов калия
- e. -все перечисленное верно

133. Нормальное бактериальное число мочи:

- a. + 10^5 микроорганизмов в 1 мл мочи
- b. - 10^6 микроорганизмов в 1 мл мочи
- c. - 10^7 микроорганизмов в 1 мл мочи
- d. - 10^8 микроорганизмов в 1 мл мочи
- e. - 10^4 микроорганизмов в 1 мл мочи

134. Пути инфицирования при хроническом пиелонефрите:

- a. -лимфогенный
- b. -гематогенный
- c. -урогенный
- d. +все перечисленные
- e. -половой

135. Общий анализ мочи при хроническом пиелонефрите характеризуется:

- a. -массивной протеинурией
- b. +лейкоцитурией
- c. -гематурией
- d. -нефротическим синдромом
- e. -всеми перечисленными признаками

136. Комплексные критерии эффективности антибактериальной терапии при хроническом пиелонефрите:

- a. -нормализация температуры
- b. -отсутствие болевых и дизурических явлений
- c. -отсутствие лейкоцитурии
- d. -отрицательный результат посева мочи
- e. +все перечисленные

137. Предрасполагающие факторы острого гломерулонефрита:

- a. -острые бактериальные инфекции
- b. -острые вирусные инфекции
- c. -паразитарные инфекции
- d. -переохлаждение
- e. +все перечисленные

138. Инструментальная диагностика быстро прогрессирующего нефрита:

- a. -исследование глазного дна
- b. -ультразвуковое сканирование почек
- c. +пункционная биопсия почек
- d. -сцинтиграфия почек
- e. -все перечисленное верно

139. 21-летняя женщина предъявляет жалобы на усталость, повышение артериального давления, изменение цвета мочи. В анализе мочи - истинная гематурия. При проведении биопсии почек обнаружен фокально-сегментарный гломерулосклероз. Начальная терапия должна включать назначение:

- a. -гемодиализа

- b. -циклоспорина
 - c. +преднизолона
 - d. -циклофосамида
 - e. -амикацина
140. У пациента с нефротическим синдромом при длительном лечении кортикостероидами могут развиваться все осложнения, кроме:
- a. -гипергликемии
 - b. +мышечной гипертрофии
 - c. -психоневрологических симптомов
 - d. -угнетения гипофизарно - надпочечниковой системы
 - e. -эрозий и язв желудка

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

141. Пульс-терапия метилпреднизолоном проводится:
- a. +в дозе 1 000 мг внутривенно капельно 1 раз в сутки в течение 3 дней
 - b. -в дозе 1 000 мг внутривенно однократно
 - c. -в дозе 500 мг внутривенно 1 раз в сутки в течение 2 дней
 - d. -в дозе 5 мг внутривенно 1 раз в сутки в течение 2 дней
 - e. -в дозе 50 мг внутривенно 1 раз в сутки в течение 2 дней
142. Определение острого интерстициального нефрита:
- a. -неспецифическое инфекционное воспалительное заболевание почек, поражающее почечную паренхиму, лоханки и чашечки
 - b. +заболевание, обусловленное реакцией гиперчувствительности, развивающейся в почках вследствие воздействия лекарственных средств
 - c. -острое, диффузное, иммунное воспаление почечных клубочков, развивающееся после антигенного воздействия
 - d. -диффузный пролиферативный гломерулонефрит
 - e. -гломерулонефрит с минимальными изменениями
143. Все следующие факторы повышают риск аминогликозидной нефротоксичности, кроме:
- a. -пожилой возраст
 - b. -дегидратация
 - c. +одновременное использование с пенициллином
 - d. -применение аминогликозидов в недалеком прошлом
 - e. -острые вирусные инфекции
144. Симптом кольца (некроз сосочка) на пиелограмме является признаком:
- a. -хронического пиелонефрита
 - b. -хронического гломерулонефрита
 - c. +хронического тубулоинтерстициального нефрита
 - d. -диабетической нефропатии
 - e. -подагры
145. Нефрокальциноз отмечается при всех состояниях, кроме:
- a. -саркоидоз
 - b. +острый панкреатит
 - c. -гиперпаратиреозидизм
 - d. -интоксикация витамином Д
 - e. -системной склеродермии
146. Стадии течения острой почечной недостаточности:
- a. -начальная
 - b. -олигурическая
 - c. -полиурическая
 - d. -полного восстановления диуреза
 - e. +все перечисленные стадии
147. Этиологические факторы постренальной острой почечной недостаточности:
- a. -эндогенная интоксикация
 - b. -кардиогенный шок
 - c. +внепочечная обструкция

- d. -воспалительные заболевания почек
 e. -тромбоз почечной артерии
148. Все указанные заболевания ассоциированы с полиурией, кроме:
 a. -несахарный диабет
 b. -сахарный диабет 1 типа
 c. -быстро прогрессирующий гломерулонефрит
 d. +пиелонефрит
 e. -сахарный диабет 2 типа
149. 58-летняя женщина имеет в анамнезе прогрессирующую почечную недостаточность как осложнение поликистозной болезни почек, она ожидает трансплантацию почки. Какое из следующих метаболических отклонений может наблюдаться у этой пациентки:
 a. +метаболический ацидоз
 b. -гипокалиемия
 c. -гипофосфатемия
 d. -гиперкальциемия
 e. -метаболический алкалоз
150. 35-летняя женщина предъявляет жалобы на головные боли, слабость, усталость и полиурию. АД - 210/94 мм рт ст, исследование крови: рН – 7,48; натрий – 148 ммоль/л; калий – 2,7 ммоль/л; уровень ренина плазмы низкий. Предположительный диагноз:
 a. -вторичный гиперальдостеронизм
 b. -передозировка диуретиков
 c. +первичный гиперальдостеронизм
 d. -несахарный диабет
 e. -единственная почка
151. 25-летняя женщина предъявляет жалобы на выраженную слабость в течение 1 недели и изменение цвета мочи после чрезмерного физического напряжения. Объективно патологических изменений не выявлено. В общем анализе мочи – гематурия. Предположительный диагноз:
 a. -постинфекционный гломерулонефрит
 b. +миоглобинурия, вызванная рабдомиолизом
 c. -IgA нефропатия
 d. -гранулематоз Вегенера
 e. -быстро прогрессирующий гломерулонефрит
152. 56-летний мужчина предъявляет жалобы на боль в поясничной области, при лабораторном обследовании выявлены анемия, гиперкальциемия и почечная недостаточность. При проведении биопсии костного мозга выявлена избыточная инфильтрация плазматическими клетками. Какой из следующих механизмов не является классической причиной повреждения почек у пациентов с множественной миеломой:
 a. -избыточная фильтрация белков Бенс-Джонса, вызывающая непосредственное повреждение тубулярных клеток
 b. +тромбоз почечной артерии, ассоциированный с тубулярной атрофией
 c. -гиперурикемия вследствие гиперпродукции мочевой кислоты или лизиса плазматических клеток, вызывающих осаждение кристаллов мочевой кислоты
 d. -подавление гуморального иммунитета с развитием хронической инфекции мочевых путей и формированием тубулоинтерстициального нефрита
 e. -гиперкальциемия, приводящая к отложению солей кальция в почках
153. У 36-летнего мужчины с высоким давлением спустя 24 часа после начала фарингита развивается макроскопическая истинная гематурия. В анамнезе у брата пациента — постстрептококковый гломерулонефрит, развившийся в 6 лет после стрептококковой инфекции горла. Какое наиболее вероятное объяснение истинной гематурии этого пациента:
 a. -постстрептококковый гломерулонефрит
 b. -гломерулосклероз
 c. +IgA нефропатия
 d. -пурпура Шенлейн-Геноха
 e. -тромбоз почечной вены

РЕВМАТОЛОГИЯ

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

226. Что из перечисленных веществ является провоспалительным цитокином:
- СРБ
 - интерлейкин 4
 - интерлейкин 10
 - +фактор некроза опухоли альфа
 - прокальцитонин
154. Интерлейкин-1 вызывает:
- +активацию Т лимфоцитов
 - отсроченное заживление раны
 - повышенное восприятие боли
 - снижение количества нейтрофилов в костном мозге
 - снижение активности Т лимфоцитов
155. Значение ревматоидного фактора при ревматоидном артрите:
- +наличие ревматоидного фактора ассоциировано с плохим прогнозом
 - отрицательный ревматоидный фактор исключает диагноз ревматоидного артрита
 - связан с ювенильным ревматоидным артритом
 - коррелирует со степенью активности заболевания
 - наличие ревматоидного фактора ассоциировано с хорошим прогнозом
156. 249. Ревматоидный артрит - это аутоиммунное заболевание, которое характеризуется:
- воспалением и гиперплазией синовиальной оболочки
 - продукцией аутоантител
 - деструкцией хрящевой и костной ткани
 - системными проявлениями, в том числе со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной системы, психическими и скелетными расстройствами
 - +всеми указанными признаками
157. 250. 45-летняя женщина предъявляет жалобы на усиление болей в суставах в вечернее время после напряженного дня на работе и ночью в покое. Объективно - отечность рук и ног, болезненность в области шеи. Ревматоидный фактор слабо положительный. Какое из следующих исследований рекомендуется пациентке для верификации диагноза:
- +антитела к циклическому цитруллиновому пептиду
 - ультразвуковое сканирование рук и ног
 - антитела анти-Jo-1
 - СОЭ и СРБ
 - антимитохондриальные антитела
158. У 64-летнего мужчины обнаружен симметрический артрит обеих рук с наличием ранней утренней скованности. Результаты рентгенологического исследования: периартикулярный остеопороз пястно-фаланговых суставов; эрозия шиловидного отростка локтевой кисти; симметричность поражения; уменьшение межсуставных щелей в костях кистей. Предположительный диагноз:
- анкилозирующий спондилоартрит
 - +ревматоидный артрит
 - подагра
 - вторичный остеоартрит
 - псориатический артрит
159. Какое из лекарств является препаратом первого ряда для пациента с ревматоидным артритом:
- ибупрофен
 - +метотрексат
 - глюкозамина сульфат
 - пантопразол
 - преднизолон
160. Какое положение в отношении инфлексимаба наиболее правильное:
- является моноклональным антителом к рецептору гликопротеина IIb-IIIa
 - возможно использовать для лечения тяжелого язвенного колита
 - + лицензирован для лечения ревматоидного артрита
 - предотвращает рецидив болезни Крона у пациентов в стадии ремиссии

- e. -не должен использоваться в сочетании с метотрексатом из-за повышения токсичности
161. Остеоартрит характеризуется всеми признаками, кроме:
- a. -деградации суставного хряща и изменений в других суставных тканях
 - b. -сужения суставной щели, субхондрального склероза, субхондральных кист и краевых остеофитов
 - c. -боли при начале движения («стартовые» боли)
 - d. +утренней скованности в суставах более 1 ч
 - e. -боли в ночное время
162. Симптоматические медленно действующие лекарственные средства для лечения остеоартрита не включают:
- a. -гиалуроновую кислоту
 - b. -глюкозамина сульфат
 - c. +метотрексат
 - d. -хондроитин сульфат
 - e. -диацетин
163. 45-летний мужчина жалуется на боль в спине и множественную боль в суставах. При рентгенологическом исследовании поясничного отдела позвоночника обнаружен двусторонний сакроилеит. Вероятный диагноз:
- a. -ревматоидный артрит
 - b. +анкилозирующий спондилит
 - c. -псориатический артрит
 - d. -остеоартрит
 - e. -подагра
164. У 25-летней женщины с системной красной волчанкой диагностирован диффузный пролиферативный гломерулонефрит с нефротическим синдромом. Оптимальное лечение:
- a. -азатиоприн
 - b. -преднизолон
 - c. -азатиоприн и преднизолон
 - d. +преднизолон и циклофосфамид внутривенно
 - e. -преднизолон и метотрексат
165. Какой из лекарственных препаратов может привести к развитию волчаночно-подобного синдрома:
- a. -ибупрофен
 - b. +прокаинамид
 - c. -метотрексат
 - d. -сульфасалазин
 - e. -цефтриаксон
166. Антифосфолипидный синдром – приобретенный синдром гиперкоагуляции аутоиммунного генеза, который характеризуется всеми признаками, кроме:
- a. -наличие акушерской патологии (ранний выкидыш, преждевременные роды или привычное невынашивание беременности)
 - b. -связь с сосудистыми тромбозами (венозными, артериальными, мелких сосудов)
 - c. +болеют преимущественно молодые мужчины
 - d. -повышение уровня антифосфолипидных антител сыворотки крови
 - e. -болеют преимущественно молодые женщины
167. Признаки смешанного заболевания соединительной ткани все перечисленные, кроме:
- a. +гипогаммаглобулинемия
 - b. -мембранозный гломерулонефрит
 - c. -полиартрит
 - d. -вовлечение ЦНС
 - e. -аутоиммунный гепатит
168. Пациент предъявляет жалобы на скованность рук и дисфагию. Предположительный диагноз:
- a. -ахалазия кардии
 - b. -гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
 - c. -рак пищевода

- d. +системная склеродермия
 - e. -дерматомиозит
169. CREST-синдром при системной склеродермии определяется присутствием всех симптомов, кроме:
- a. +поликистоз почек
 - b. -склеродактилия
 - c. -кальцификация кожи
 - d. -телеангиэктазии
 - e. -феномен Рейно
170. Принципы лечения подагры включают все положения, кроме:
- a. -НПВС и колхицин - средства первой линии при острых приступах подагры
 - b. +урикодепрессивная терапия должна быть начата во время острых приступов
 - c. -ингибиторы ксантиноксидазы одобрены для снижения уровня мочевой кислоты
 - d. - уриказные средства одобрены для снижения уровня мочевой кислоты
 - e. -урикозурические средства одобрены для снижения уровня мочевой кислоты

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

171. Краниальные симптомы (слабость, головная боль), синдром «перемежающейся хромоты» жевательных мышц и языка, визуальные изменения и неврологические изменения обычно выявляются при:
- a. -ревматической полимиалгии
 - b. +гигантоклеточном темпоральном артериите
 - c. -артериите Такаясу
 - d. -гранулематозе Вегенера
 - e. -атеросклерозе
172. Метотрексат считают вспомогательной терапией первой линии у пациентов с системным васкулитом, которые не отвечают на преднизолон. Пероральная терапия должна быть начата в дозировке:
- a. +от 7,5 до 10 мг в неделю
 - b. -от 7,5 до 10 мг в день
 - c. -от 15 до 20 мг в неделю
 - d. -от 15 до 20 мг в день
 - e. -от 45 до 60 мг в день
135. Какой показатель в сыворотке крови верифицирует наличие аутоиммунного инсулина:
- a. -повышение титра антител к тиропероксидазе
 - b. -повышение концентрации иммунореактивного инсулина
 - c. -снижение концентрации С-пептида
 - d. +повышение титра антител к глутаматальдегиддекарбоксилазе
 - e. -повышение концентрации фруктозамина
173. К какому типу диабета согласно классификации ВОЗ (1999г.) относится идиопатический сахарный диабет:
- a. -специфический тип
 - b. +сахарный диабет типа 1
 - c. -сахарный диабет типа 2
 - d. -гестационный сахарный диабет
 - e. -b, d верно
174. Какой тип диабета является HLA ассоциированным:
- a. +диабет I типа
 - b. -диабет II типа
 - c. -алиментарно-зависимый тип
 - d. -сахарный диабет беременных
 - e. -специфический тип
175. Какой из следующих симптомов ассоциирован с сахарным диабетом I типа:
- a. -потребность в пероральных гипогликемических средствах
 - b. +наличие антител к β -клеткам поджелудочной железы
 - c. -кетоацидоз встречается редко
 - d. -ожирение
 - e. -начало заболевания в возрасте старше 50 лет

176. Одна хлебная единица содержится в:
- 100 г отварной говядины
 - 10 мл 40% раствора глюкозы
 - 2 чайных ложках растительного масла
 - +1 стакане молока
 - 100 г хлеба
177. Глюкозотолерантный тест не проводится, если:
- +у пациента гликемия натощак 6,4 ммоль/л
 - у пациента повышен уровень билирубина
 - у родственников выявлен сахарный диабет 1 типа
 - у пациента гликемия натощак 5,9 ммоль/л
 - у родственников выявлен сахарный диабет 2 типа
178. Какие лекарства из перечисленных пероральных гипогликемических средств стимулируют секрецию инсулина поджелудочной железой:
- бигуаниды
 - ингибиторы альфа-глюкозидазы
 - +препараты сульфонилмочевины
 - тиазолидиндионы
 - а, b верно
179. Какой препарат относится к инсулинсенситайзерам:
- глибенкламид
 - моноинсулин
 - +метформин
 - ингибитор α -глюкозидазы
 - а, c верно
180. К какой стадии диабетической нефропатии по Morgenson относится наличие микроальбуминурии:
- 1 стадия (гиперфункция почек)
 - 2 стадия (начальных структурных изменений)
 - +3 стадия (начинающаяся нефропатия)
 - 4 стадия (выраженная нефропатия)
 - 5 стадия (уремия)
181. Укажите критерий тяжелой гипогликемии:
- гликемия 2,8 ммоль/л
 - расширение зрачков
 - нарушение сердечного ритма
 - +отсутствие сознания
 - дыхание Куссмауля
182. Выберите кетоновые тела:
- альфа-кетоглутаровая кислота
 - гамма-аминомасляная кислота
 - +ацетоуксусная кислота
 - кеторол
 - соляная кислота
183. Какой показатель является международным стандартным критерием оценки компенсации сахарного диабета:
- фруктозамин
 - калликреин
 - +гликированный гемоглобин
 - фибронектин
 - креатинин
184. Укажите изменения в тироидном статусе при первичном субклиническом гипертирозе:
- \uparrow FT4; \uparrow ТТГ
 - +NFT4; \downarrow ТТГ
 - \downarrow FT4; \downarrow ТТГ
 - NFT4; \uparrow ТТГ
 - \uparrow FT4; \downarrow ТТГ
185. При подостром тироидите характерные изменения в общем анализе крови:

- a. -значительный лейкоцитоз и незначительное повышение СОЭ
 - b. -повышение числа нейтрофилов и незначительная эозинофилия
 - c. +незначительный лейкоцитоз и значительное повышение СОЭ
 - d. -незначительный лейкоцитоз и моноцитоз
 - e. -эозинофилия и лейкоцитоз
186. Какие аутоантитела определяются в повышенном титре при аутоиммунном тиреоидите:
- a. -антитела к рецептору ТТГ
 - b. +антитела к тиреоидной пероксидазе (ТРО)
 - c. -тироидблокирующие антитела
 - d. -тироидстимулирующие антитела
 - e. -а, с верно
187. Что означает симптом Мари:
- a. -экзофтальм
 - b. -подергивание носогубной складки
 - c. +тремор пальцев вытянутых рук
 - d. -гиперпигментация кожных покровов
 - e. -багровый румянец на щеках
188. После проведения пункционной биопсии одиночного узелкового образования щитовидной железы у молодой женщины с пальпируемыми шейными лимфатическими узлами на стороне поражения в строме выявлено отложение амилоида. Вероятный диагноз:
- a. +медуллярная карцинома щитовидной железы
 - b. -фолликулярная карцинома щитовидной железы
 - c. -аденома щитовидной железы
 - d. -мультиузловой зоб
 - e. -амилоидоз
189. Какой глюкокортикоидный препарат метаболизируется в печени из кортизона:
- a. -преднизолон
 - b. +гидрокортизон
 - c. -дексаметазон
 - d. -медрол
 - e. -метилпреднизолон
190. Какое из перечисленных заболеваний связано с повышенным количеством свободно циркулирующего кортизола коры надпочечников:
- a. -болезнь Хашимото
 - b. -болезнь Аддисона
 - c. -болезнь Грейвса
 - d. +болезнь Кушинга
 - e. -болезнь Крона
191. Какие изменения в концентрации электролитов характерны при первичном гиперальдостеронизме:
- a. -↓ Са; ↓ Na; ↑ К
 - b. +↑ Na; ↓ К
 - c. -↓ Са; ↑ Na
 - d. -↓ К; ↑ Са
 - e. -↑ Na; ↑ К
192. Назовите симптом, позволяющий дифференцировать первичный и вторичный гипокортицизм:
- a. +гиперпигментация кожных покровов
 - b. -остеопения тел позвонков
 - c. -артериальная гипотензия
 - d. -гипокальциемия
 - e. -гиперкальциемия
193. При несахарном диабете характерна:
- a. -олигурия
 - b. +гипоизостенурия
 - c. -протеинурия
 - d. -глюкозурия
 - e. гиперстенурия

194. Фенилаланин является предшественником всех перечисленных гормонов, кроме:
- тирозина
 - адреналина
 - тироксина
 - +мелатонина
 - соматотропина
195. Какой ИМТ соответствует избыточной массе тела:
- 18,5-24,9
 - +25-29,9
 - 35-39,9
 - 40-44,9
 - 30-34,9

ГЕМАТОЛОГИЯ

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

127. Ожидаемые параметры сыворотки при железодефицитной анемии – все, кроме:
- снижение уровня железа сыворотки крови
 - +снижение железосвязывающей способности сыворотки крови
 - снижение концентрации гемоглобина в эритроците
 - снижение уровня ферритина сыворотки крови
 - нормальный уровень билирубина
196. Самое высокое связывание железа отмечается с:
- трансферрином
 - ферритином
 - +гемоглобином
 - церулоплазмином
 - протромбином
197. Сидеропенический синдром включает все признаки, кроме:
- +гематурия
 - хейлоз (трещины в углах рта)
 - атрофия сосочков языка
 - изменение вкусовых ощущений
 - койлонихия (ложкообразная форма ногтей)
198. Гипергастринемия с гипохлоргидрией отмечается при:
- синдроме Золлингера-Эллисона
 - аденокарциноме желудка
 - +пернициозной анемии
 - опухоли поджелудочной железы
 - болезни Иценко-Кушинга
199. Механизм действия витамина В12 и фолиевой кислоты при мегалобластной анемии:
- +повышают синтез в костном мозге
 - повышают абсорбцию железа
 - снижают разрушение гемоглобина
 - приводят к гиперплазии эритроидного ростка кроветворения
 - активируют колониестимулирующие факторы
200. Кобаламин требуется для формирования:
- тромбоцитов
 - лейкоцитов
 - лимфоцитов
 - моноцитов
 - +эритроцитов
201. Диагноз аутоиммунной гемолитической анемии подтверждается наличием перечисленных признаков, кроме:
- симптомов гемолиза с ретикулоцитозом
 - повышением неконъюгированного билирубина
 - положительного прямого антиглобулинового теста (тест Кумбса)

- d. +повышенного гаптоглобина
- e. -нормохромной нормоцитарной анемии

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

202. Стандартные терапевтические подходы к лечению аутоиммунной гемолитической анемии не включают:
- a. +НПВС
 - b. -цитостатики
 - c. -кортикостероиды
 - d. -спленэктомия
 - e. -иммунодепрессанты
203. Серповидноклеточная анемия - это:
- a. +аутосомное наследственное заболевание
 - b. -аллосомное наследственное заболевание
 - c. -нарушение статуса питания
 - d. -приобретенное заболевание
 - e. -заболевание, связанное с атрофией слизистой оболочки желудка
204. Что из перечисленных симптомов редко встречается при истинной полицитемии:
- a. -тромбозы
 - b. -гиперурикемия
 - c. -трансформация в острый лейкоз
 - d. +спонтанные тяжелые инфекции
 - e. -прурит
205. Наиболее характерным симптомом пурпуры Шенлейн-Геноха является:
- a. +симметричная геморрагическая сыпь на коже нижних конечностей
 - b. -тромбоцитопения
 - c. -лейкопения
 - d. -тромбозы
 - e. -восприимчивость к инфекции

Практико-ориентированные задания (ситуационные задачи).

Тема ЛЕГОЧНЫЕ ИНФИЛЬТРАТЫ. ПНЕВМОНИЯ

Ситуационная задача № 1.

Больная Н., 52 лет, беспокоит кашель со слизисто-гнойной мокротой в умеренном количестве, одышка в покое, общая слабость, потливость, отсутствие аппетита. Заболела остро, 5 дней назад, после охлаждения: повысилась температура тела до 37,8°C, появился сухой кашель и боли в горле. Самостоятельно принимала жаропонижающие средства без эффекта. Антибактериальную терапию не получала. Ухудшение самочувствия в течение последних суток: повысилась температура до 39°C, появилась одышка и слабость. Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Отмечается диффузный цианоз кожи. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены.

Пастозность тыла стоп, голеней. ЧД 25 в мин. Дыхательные движения симметричны, одышка смешанного характера. Отмечается усиление голосового дрожания ниже угла лопатки и по боковой поверхности справа. В легких справа укорочение перкуторного звука, ослабление везикулярного дыхания и влажные мелкопузырчатые хрипы ниже уровня VI ребра. Слева перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное. Пульс 100 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. АД 110/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, пальпируется край печени, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9–8–7 см. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Оцените результаты дополнительных методов обследования.
5. Сформулируйте клинический диагноз.
6. Определите тактику ведения и назначьте лечение.

Приложения к ситуационной задаче № 1

Анализ крови общий

Эритроциты – $5,5 \times 10^{12}/л$, Hb - 158 г/л, лейкоциты - $15,0 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 10%, сегментоядерные - 50%, лимфоциты - 32%, моноциты - 8%, СОЭ – 47 мм/ч.

Анализ мочи общий

Соломенно-желтая, реакция кислая, уд. вес 1019, белок - следы, лейкоциты 2-3 в п/зрения.

Анализ мокроты общий

Слизисто-гнойная, зеленоватая, вязкая, лейкоциты – сплошь в поле зрения, эритроциты – 0– 1 – 5 в поле зрения, ВК-.

Анализ мокроты на КУМ в 3 образцах – отрицательный.

ЭКГ: синусовая тахикардия, дисметаболические изменения в миокарде.

Пульсоксиметрия: SpO₂ – 92%

Рентгенография

Легочные поля слева прозрачные, справа – интенсивное неомогенное затемнение от уровня VI ребра с участком просветления округлой формы диаметром 2 см с уровнем жидкости

Ответы к ситуационной задаче № 1.

1. Внебольничная пневмония с локализацией в нижней доле правого легкого, нетяжелая. ДН I.
2. Инфильтративный туберкулез, рак легкого, инфаркт легкого, формирующийся абсцесс.
3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, общий анализ мокроты + микроскопия с окраской по Граму, анализ мокроты на КУМ в 3 образцах, Rg-грамма органов грудной полости в 2-х проекциях, ЭКГ, пульсоксиметрия.
4. В общем анализе крови – лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ – воспалительные изменения. Характер мокроты – гнойный. Сатурация отражает ДН I степени. Рентгенологически верифицирован инфильтрат, осложнившийся абсцедированием.
5. Тяжелая внебольничная пневмония с локализацией в нижней доле правого легкого, осложненная абсцедированием. ДН I.
6. Показана госпитализация в терапевтическое отделение. Режим полупостельный на период лихорадки с последующим расширением. Диета – основной стол. Цефалоспорины III поколения парентерально в комбинации с парентеральными макролидами. Инфузионная терапия для дезинтоксикации. НПВС в качестве жаропонижающих препаратов. Гепарин подкожно для профилактики ДВС-синдрома. Беродуал ингаляционно для улучшения бронхиального дренажа.

Ситуационная задача №2

У больного 60 лет, страдающего алкоголизмом появились резкая слабость, температура 39,5° С, кашель с вязкой кровянистой мокротой с запахом пригорелого мяса. Над верхней долей правого легкого притупление перкуторного звука, резкое ослабление дыхания. В мазке мокроты обнаружены грамтрицательные палочки. Каков вероятный диагноз?

Ответ: фридлендеровская пневмония (клебсиелла)

Ситуационная задача №3

Пациент Р., 32 лет вызвал на дом участкового терапевта. Жалобы на кашель с выделением мокроты ржавого цвета, боли в правом боку при дыхании, озноб, повышение температуры до 39° С, одышку. Заболел остро, накануне, после охлаждения. Объективно

состояние тяжелое. ЧДД 40 в минуту. При перкуссии справа спереди ниже IV ребра и сзади от середины лопатки притупление перкуторного звука, бронхиальное дыхание, усиленная бронхофония. Пульс 96 в минуту. АД 90/60 мм рт. ст. Каков Ваш диагноз и тактика ведения пациента?

Ситуационная задача №4

Пациент К., 41 года, с жалобами на кашель с выделением небольшого количества мокроты, повышение температуры, общую слабость, боли в левом боку. Заболел остро 3 дня назад. Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура 37,6°C. Ниже угла слева укорочение перкуторного звука, жесткое дыхание, влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы. Диагностирована левосторонняя очаговая пневмония. Проводилось лечение пенициллином по 500 000 ЕД 4 раза в день. Состояние больного улучшилось. На 10-й день болезни у больного вновь повысилась температура до 38,5°C, усилилась одышка, боли в левом боку. При перкуссии слева над нижней половиной легкого, выраженное притупление, ослабленное дыхание и бронхофония. При рентгеноскопии гомогенное затемнение с косой внутренней границей. Какое осложнение развилось у данного пациента? Правильно ли проводилось лечение? Какова тактика врача в данном случае.

Ситуационная задача №5

Больная Е., 50 лет, доставлена с жалобами на головную боль, высокую температуру, резкую колющую боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при кашле, одышку, кашель с мокротой ржавого цвета. Заболевание началось остро, после переохлаждения. Больна 2-й день. Объективно: температура 39,4°C. Общее состояние тяжелое. Лицо гиперемировано, на губах определяются герпетические высыпания. ЧДД - 28 в мин. При осмотре правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа усилено, при перкуссии справа над нижней долей определяется притупление звука, при аускультации справа над нижней долей дыхание ослабленное, везикулярное, определяется крепитация. Тоны сердца приглушены. Пульс 110 в мин., ритмичный, АД 110/70 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

СИНДРОМ ЛЕГОЧНОЙ ДИССЕМИНАЦИИ

Ситуационная задача №1

Пациент К., 36 лет, работающий шлифовщиком камня, обратился к участковому терапевту с жалобами на малопродуктивный кашель, одышку при значительной физической нагрузке, повышенную утомляемость, снижение работоспособности и аппетита, повышение температуры тела до 37,2-37,6°C. Больным себя считает на протяжении 1,5-2 месяцев, за это время похудел на 4-5 кг. За медицинской помощью ранее не обращался, принимал парацетамол, лазолван без значительного эффекта. Флюорографическое обследование – 6 месяцев назад, изменений в легких не обнаружено.

При объективном обследовании общее состояние больного удовлетворительное, кожные и слизистые покровы чистые, бледно-розовые. ИМТ = 24,5. Периферические лимфатические узлы пальпируются в 4-х группах, единичные, безболезненные, размерами до 1,0 см. Грудная клетка нормостеническая, симметрично участвует в акте дыхания, число дыханий 19 в мин. При сравнительной перкуссии притупление звука слева в I-II межреберьях, при аускультации дыхание в этой зоне бронхиальное,

выслушиваются немногочисленные среднепузырчатые влажные хрипы после покашливания. Над остальными отделами легких перкуторный звук легочный, дыхание ослабленное везикулярное. Пульс – 92 удара в мин., ритмичный. АД – 130/65 мм рт. ст. Ритм сердечных сокращений нормальный, тоны нормальной звучности, дополнительные шумы отсутствуют. Живот обычной конфигурации, мягкий и безболезненный при пальпации. Размеры печени и селезенки не увеличены. Периферических отеков нет.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальный диагноз?
3. Составьте план дополнительных методов исследования.
4. Оцените результаты дополнительного обследования.
5. Сформулируйте клинический диагноз в соответствии с классификацией.
6. Определите тактику дальнейшего ведения пациента.

Приложение к ситуационной задаче

Анализ крови: эритроциты – $3,5 \times 10^{12}/л$, Нв – 120 г/л, лейкоциты – $11,4 \times 10^9/л$, э – 1%, п – 16%, с – 50%, м – 17%, л – 16%, СОЭ – 36 мм/час.

Анализ мочи: реакция – слабо кислая, относительная плотность – 1017, белок и сахар не обнаружены, лейкоциты – 3-4 в п/зр., эритроциты – 0-1 в п/зр.

Исследование мокроты на кислотоустойчивые микобактерии: в одном образце из 3-х обнаружены КУМ (10 в 100 полях зрения).

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции: В легких с обеих сторон множественные рассеянные очаговые тени размерами 3-5 мм, средней интенсивности, без четких контуров, с тенденцией к слиянию. Слева в S1-2 определяется кольцевидная тень размерами 3 см с нечетким внутренним и наружным контуром.

Ответы к ситуационной задаче №1

1. Инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого.
2. Небольшая пневмония с локализацией в верхней доле левого легкого, нетяжелая. Силикоз.
3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, общий анализ мокроты + микроскопия с окраской по Граму, анализ мокроты на КУМ в 3 образцах, спирометрия, Rg-грамма органов грудной полости в 2-х проекциях, ЭКГ, пульсоксиметрия.
4. В общем анализе крови – лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, повышение СОЭ, обусловленные воспалительным процессом. В мокроте – микобактерии туберкулеза. На рентгенограмме синдром легочной диссеминации, в S1-2 инфильтрат с распадом.
5. Диссеминированный туберкулез с локализацией в обоих легких (подострое течение), фаза инфильтрации и распада, МБТ(+).
6. Показана госпитализация в туберкулезную больницу для противотуберкулезной терапии.

ХОБЛ

Ситуационная задача № 1.

Больной Н., 55 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на кашель по утрам с отделением вязкой зеленой мокроты, одышку при небольшой физической нагрузке, утомляемость. Настоящее ухудшение около двух недель, связывает с перенесенной вирусной инфекцией. Кашель со слизистой мокротой отмечает около 10 лет. В течение последних 2 лет стал отмечать одышку. Иногда, когда чувствует себя хуже, по совету знакомых использует сальбутамол (по одной дозе утром и вечером), с кратковременным эффектом. Отмечает, что за последний год похудел примерно на 5 килограммов. Работает плотником. Курит 20-30 сигарет в сутки более 35 лет. Аллергические реакции на пенициллиновые антибиотики и новокаин в виде крапивницы, отека Квинке. У матери бронхиальная астма, отец умер от рака желудка. Общее состояние удовлетворительное. Диффузный цианоз и акроцианоз. Рост 170 см, вес 86 кг. Отеков нет. Грудная клетка бочкообразная. Тип дыхания брюшной. ЧД в покое 21 в

минуту. Пальпация грудной клетки безболезненна, эластичность снижена. При перкуссии - коробочный оттенок звука над всей поверхностью легких. Подвижность нижнего легочного края справа и слева по задней подмышечной линии 3 см. При аускультации на фоне ослабленного дыхания выслушиваются диффузные сухие свистящие и жужжащие хрипы. Пульс одинаковый на обеих руках, 110 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. АД 110/65 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Акцент II тона на легочной артерии. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Вопросы: 1. Поставьте предварительный диагноз.

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Оцените результаты дополнительных методов обследования.

5. Сформулируйте клинический диагноз.

6. Определите тактику ведения и назначьте лечение.

Приложения к ситуационной задаче № 1

Анализ крови общий. Эритроциты – 4,2 млн, Hb – 175 г/л, лейкоциты – 13,2 тыс., эозинофилы - 1%, нейтрофилы: палочкоядерные - 6%, сегментоядерные - 58%, лимфоциты - 25%, моноциты - 10%, СОЭ – 28 мм/ч.

Анализ мочи общий. Соломенно-желтая, реакция кислая, уд. вес 1018, белок - следы, лейкоциты 3–5–8 в п/зрения, эритроцитов нет.

Анализ мокроты общий. Желто-зеленая, лейкоциты – сплошь в поле зрения, эритроциты – 1-3 в поле зрения, альвеолярные макрофаги до 10 в поле зрения и скопления, эпителий плоский в умеренном количестве, АК, ВК отсутствуют.

Спирометрия: Индекс Тиффно 65%, ОФВ1 52% от должного. Проба с сальбутамолом: прирост ОФВ1 – 9%. Суточная вариабельность ПСВ – 12%.

Пульсоксиметрия: SpO₂ – 88%.

ЭКГ ЧСС 100 в минуту, RIII>RII>RI, зубец P высокий, заостренный; высокий зубец R в V1-2, глубокий зубец S в V5-6, единичные предсердные экстрасистолы.

Рентгенография Легочные поля повышенной прозрачности, корни структурны, расширены, легочный рисунок усилен, в нижних легочных полях деформирован.

Ответы к ситуационной задаче № 1

1. Хроническая обструктивная болезнь легких, фаза обострения.

2. Бронхиальная астма, центральный рак легкого.

3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, общий анализ мокроты + микроскопия с окраской по Граму, анализ мокроты на КУМ в 3 образцах, спирометрия, Rg-грамма органов грудной полости в 2-х проекциях, ЭКГ, пульсоксиметрия.

4. В общем анализе крови – эритроцитоз, обусловленный хронической гипоксией, повышение СОЭ. Характер мокроты – гнойный. По данным спирометрии – бронхиальная обструкция, необратимая. Рентгенологически верифицирована эмфизема и базальный пневмосклероз. На ЭКГ признаки гипертрофии правого желудочка и правого предсердия – хроническое легочное сердце. Сатурация отражает ДН II степени.

5. ХОБЛ, среднетяжелая стадия, фаза обострения. ДН II. Хроническое легочное сердце, компенсация. ХСН I.

6. Показана госпитализация в терапевтическое отделение. Режим общий. Диета – основной стол. О₂-терапия под контролем пульсоксиметрии. Бронхолитики короткого действия через небулайзер. Парентеральные глюкокортикостероиды. Респираторные фторхинолоны.

Ситуационная задача № 2.

Мужчина, 56 лет, обратился к врачу с жалобами на затрудненное дыхание, больше на выдохе, кашель с трудноотделяемой, вязкой желто-зеленой мокротой, одышку, возникающую при умеренной физической нагрузке, повышение температуры до 37,8 °С.

Из анамнеза известно, что пациент курит 40 лет по 1 пачке сигарет в день. Последние 15 лет его беспокоит кашель, больше по утрам, преимущественно в холодное время года. При ухудшении состояния и повышении температуры принимал аспирин, анальгин, травяные сборы. Около двух лет назад появилась одышка при физической нагрузке, усилился кашель, в связи с чем больной впервые обратился к врачу. Настоящее ухудшение в течение последних 5 дней, связывает с переохлаждением. В связи с появлением затрудненного дыхания и с усилением одышки и гнойность мокроты, повышением температуры обратился к врачу.

Объективно: состояние средне степени тяжести. Температура тела 37,6 °С. Кожные покровы чистые, влажные. Диффузный цианоз лица, акроцианоз кистей рук. Телосложение гиперстеническое, грудная клетка бочкообразной формы, над- и подключичные ямки сглажены. Ребра расположены горизонтально, межреберные промежутки расширены. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Частота дыхательных движений 22 в минуту. При перкуссии определяется коробочный звук, нижняя граница легких опущена на I ребро, подвижность нижнего легочного края снижена. При аускультации легких - дыхание с удлинненным выдохом, в фазу выдоха выслушиваются сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС - 88 уд/мин, выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. Пульс - 88 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 120/85 мм рт. ст. Со стороны органов пищеварения и мочеиспускания патологии не выявлено.

Общий анализ крови: НВ - 155 г/л, эритроциты - $4,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $9,7 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 4%, палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 57 %, лимфоциты - 36 %, моноциты - 2 %. СОЭ - 17 мм/ч.

Анализ мокроты: слизисто-гнойная, вязкая, эозинофилы до 4 в поле зрения, лейкоциты 50-60 в поле зрения, эритроцитов нет.

Рентгенография органов грудной полости: грудная клетка расширена, повышена прозрачность легочной ткани, корни легких тяжисты, малоструктурны, очаговых теней нет.

Посев мокроты: рост *Streptococcus pneumoniae*, чувствительного к левофлоксацину, цефтриаксону, ципрофлоксацину; устойчивых к эритромицину, оксациллину.

ЭКГ: синусовая тахикардия - 105 уд/мин, высокий зубец Р в отведениях II, III, aVF; выраженное отклонение оси QRS вправо, S-тип.

Спирография: значительные нарушения вентиляции легких рестриктивного и обструктивного характера, на уровне средних и мелких бронхов. ОФВ₁ - 53%, ЖЕЛ 64%.

ВОПРОСЫ:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз
2. Составьте и обоснуйте план исследования
3. Назначьте лечение

ОТВЕТЫ к ситуационной задаче № 2.

Диагноз: ХОБЛ, смешанный тип (эмфизематозный и бронхитический), стадия II, обострение ассоциированное инфекцией, среднетяжелое течения. ДН II ст.

Диагноз ХОБЛ установлен на основании жалоб больного на одышку, больше на выдохе, кашель с трудноотделяемой, вязкой желто-зеленой мокротой, одышку, возникающую при умеренной физической нагрузке, повышение температуры до 37,8 °С, данных анамнеза кашель с мокротой отмечает в течении 15 лет, одышка беспокоит около 2 лет. При объективном осмотре: Температура тела 37,6 °С. Диффузный цианоз лица, акроцианоз кистей рук. Грудная клетка бочкообразной формы. При перкуссии определяется коробочный звук, нижняя граница легких опущена на I ребро, подвижность нижнего легочного края снижена. При аускультации легких - дыхание с удлинненным выдохом, в фазу выдоха выслушиваются сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС - 88 уд/мин, выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. Данные анализа мокроты: слизисто-гнойная, вязкая, эозинофилы до 4 в поле

зрения, лейкоциты 50-60 в поле зрения; рентгенография органов грудной полости: изменения характерные для хронического бронхита и эмфиземы легких; на ЭКГ- гипертрофия правых отделов сердца; Спирография- изменения рестриктивного и обструктивного характера. ОФВ₁- 53%, ЖЕЛ 64%.

Пациенту рекомендовано: УЗИ сердца (для оценки легочной гипертензии и степени гипертрофии стенок правых отделов сердца); Бронхоскопию (для проведения санации бронхов, БАЛ (бронхоальвеолярный лаваж), определения наличия бронхоэтазов). Анализ крови на СРБ (на определения наличия системного воспаления).

Получает следующее лечение: антибактериальные препараты по спектру чувствительности, муколитические препараты (АСС, амброксол), бронходилататоры: бета2-агонисты (беродуал), холинолитики (спирива) (ингалятор, небулайзер), ИГКС (симбикорт), теofilлин, кислород.

М-холинолитики - препараты первого ряда, назначаются обязательно при всех степенях тяжести заболевания. Комбинация бронхорасширяющих средств: бета2-агонисты и антихолинергического препарата (короткого или длительного действия), улучшает бронхиальную проходимость в большей степени, чем при монотерапии. Снижен риск побочных эффектов.

Препараты теofilлина длительного действия присоединяют при недостаточной эффективности М-холинолитиков и бета2-адреномиметиков, показаны при ночных проявлениях болезни.

Глюкокортикоидная терапия применяется при неэффективности максимальных доз бронхорасширяющих средств. Предпочтение отдается ингаляционным глюкокортикоидам. Эти препараты назначают дополнительно к бронхолитической терапии при ОФВ₁ <50 % и повторяющихся обострениях. Регулярное лечение ингаляционными глюкокортикоидами показано больным с тяжелым и крайне тяжелым течением ХОБЛ и при высоком содержании эозинофилов в мокроте.

Ситуационная задача № 3.

Больной, 64 лет, поступил с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке (около 100 м ходьбы), преимущественно затруднен выдох, кашель приступообразного характера с выделением мокроты, учащенное сердцебиение, отеки на ногах, тяжесть в правом подреберье. Из анамнеза: Страдает хроническим бронхитом в течение 15 лет, обострения возникают 2-3 раза в год. Курил более 30 лет по 1-2 пачке сигарет в день. Объективно: теплый диффузный цианоз, субфебрилитет, шейные вены набухшие, ЧДД - 22 в мин. Аускультативно: ослабленное везикулярное дыхание, сухие свистящие и единичные мелкопузырчатые влажные хрипы на фоне удлиненного выдоха. Границы сердца расширены вправо, тоны приглушены, акцент 2 тона над легочной артерией. АД -110/90 мм рт. ст. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Отеки на ногах. Данные спирографии: ОФВ₁ (постбронходилатационный) - 45% от должного, ОФВ₁/ФЖЕЛ- 65% от должного. РаО₂ - 35мм рт. ст., SaO₂ - 70%.

ВОПРОСЫ:

- 1.Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Назовите наиболее информативные инструментальные исследования для диагностики хронического легочного сердца и возможные результаты.
- 3.1.Определите схему лечения в зависимости от стадии ХОБЛ (GOLD).
- 2.Установите тактику лечения ХЛС.

ОТВЕТЫ к ситуационной задаче №3:

1.Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), III степени, тяжелое течение, группа D, бронхитический тип. Осложнения: Дыхательная недостаточность III степени. Хроническое легочное сердце, стадия декомпенсации. Хроническая сердечная недостаточность IIБ стадии (по Стражеско-Василенко) , III ФК (NYHA).

Диагноз хронической обструктивной болезни легких установлен на основании жалоб больного на: одышку экспираторного типа, кашель с выделением мокроты; данных

анамнеза: страдает хроническим бронхитом в течение 15 лет; курил более 30 лет по 1-2 пачке сигарет в день. Установление степени и тяжести течения ХОБЛ основано на данных: ОФВ1 (постбронходилатационный тест) - 45%, ОФВ1/ФЖЕЛ-65% (GOLD,2007). Группа D определена по следующим критериям: 3 степень спирометрии, частота обострений более 2 раз в год, шкала одышки mMRC 3 (тяжелая- одышка после прохождения около 100 м). Бронхитический тип установлен на основании наличия кашля с гиперсекрецией мокроты, диффузного цианоза, выраженной обструкции бронхов, декомпенсированного легочного сердца, а также признаков прогрессирующей дыхательной недостаточности и сердечной недостаточности. Дыхательная недостаточность установлена ввиду наличия одышки, цианоза, умеренного снижения АД, увеличения ЧДД; степень дыхательной недостаточности установлена на основании уменьшения $PaO_2 < 40$ мм рт. ст. и $SaO_2 < 75\%$. Осложнение хронического легочного сердца установлено по наличию одышки при незначительной нагрузке, теплого диффузного цианоза, сердцебиения, акцента 2 тона над легочной артерией Стадия декомпенсации ХЛС установлена на основании наличия симптомов правожелудочковой недостаточности (набухание шейных вен, увеличение печени, периферические отеки). Стадия хронической сердечной недостаточности определена вследствие наличия нарушения гемодинамики в малом и большом кругах кровообращения; функциональный класс в соответствии с выраженным ограничением

физической активности.

2. План дополнительного обследования:

1.Общий анализ крови.

2. Биохимический анализ крови на: общий белок и его фракции, трансаминазы, билирубин и его фракции, холестерин, триглицериды и его фракций, СРБ.

3. Общий анализ мокроты с цитологией (для выявления атипичных клеток и БК).

4.Спирография, пикфлоуметрия, КЩС (повторить для констатирования степени дыхательных нарушений).

5.Рентгенография органов грудной клетки для исключения других причин кашля с мокротой и уточнения характера патологических изменений со стороны легочно-сердечной системы.

6.ЭКГ и ЭхоКГ для диагностики легочного сердца.

7.УЗИ органов брюшной полости для определения размеров и структуры печени.

8.КТ, МРТ легких для детализированного определения патологических изменений.

Наиболее информативные признаки ХЛС:

На ЭКГ выявляют гипертрофию правого предсердия (остроконечные высокие зубцы Р в отведениях II, III, aVF) и правого желудочка (отклонение электрической оси сердца вправо, увеличение амплитуды зубца R в правых грудных отведениях, блокада правой ножки пучка Гиса, появление глубокого зубца S в I и зубца Q в III стандартных отведениях). Рентгенологически хроническое легочное сердце проявляется гипертрофией правого желудочка, признаками гипертензии в малом круге кровообращения, расширением верхней полой вены. При эхокардиографии могут быть обнаружены гипертрофия стенки правого желудочка, дилатация правых камер сердца, расширение легочной артерии и верхней полой вены, легочная гипертензия и трикуспидальная недостаточность.

3. Лечебная тактика 1.Все стадии:

* Исключение факторов риска.

* Ежегодная вакцинация противогриппозной вакциной.

* Ингаляции при необходимости одного из: атровент 40 мкг, беродуал – 2 дозы, беротек – 200-400 мкг, сальбутамол 200-400 мкг Стадии II, III и IV (но не на стадии I).

* Регулярные ингаляции (атровент 40 мкг 4 раза в сутки или спирива 18 мкг 1 раз в сутки ± серевент 50 мкг 2 раза в сутки или формотерол 12 мкг 2 раза в сутки) ± внутрьтеофиллин 0,2- 0,3 г 2 раза в сутки или * беродуал 2 дозы 4 раза в сутки или * серевент 50 мкг 2 раза в сутки или формотерол 12 мкг 2 раза в сутки ± теофиллин 0,2-0,3 г 2 раза в сутки.

* Реабилитационные мероприятия.

Стадии III и IV (но не на стадии I и II):

* Регулярные ингаляции (беклометазон 1000-1500 мкг/сут или будесонид 800-1600 мкг/сут или флутиказон 500-1000 мкг/сут или серетид 50/250 мкг (1-2 дозы 2 раза в сутки) (или симбикорт 4,5/160 мкг (2-4 дозы 2 раза в сутки) при ежегодных или более частых обострениях за последние 3 года и положительном функциональном ответе (эффективность оценивается через 6-12 нед. по бронходилатационному тесту).

* Реабилитационные мероприятия.

2. Лечение легочной гипертензии и легочного сердца включает:

1. Оптимальная терапия ХОБЛ.

2. Длительная оксигенотерапия (более 15 ч/сут).

3. Диуретики (т.к. имеются отеки) и дезагреганты, антиагреганты (низкомолекулярные гепарины, непрямые антикоагулянты).

4. Борьба с сердечной недостаточностью. Дигоксин (ввиду наличия сопутствующей левожелудочковой недостаточности, т.к. сердечные гликозиды не оказывают влияния на сократимость и фракцию выброса правого желудочка) – малоэффективен. Спорно: вазодилататоры (нитраты, антагонисты Са, ИАПФ) – ухудшение оксигенации крови и артериальная гипотензия. Но антагонисты Са (нифедипин SR 30-240 мг/сут и дилтиазем SR 120-720 мг/сут) могут применяться у больных с тяжелой легочной гипертензией при недостаточной эффективности бронхолитиков и оксигенотерапии.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Ситуационная задача № 1.

Больной А., 42 лет, доставлен машиной скорой помощи с тяжелым приступом удушья с затрудненным выдохом. Болеет в течение недели, после переохлаждения появились слабость, кашель, температура до 39°, что было расценено как ОРВИ. На фоне проводимой терапии состояние улучшилось: температура нормализовалась, кашель несколько уменьшился, но появились приступы удушья. Объективно: состояние тяжелое, больной обеспокоен, напуган. Занимает вынужденное положение – сидит, наклонившись вперед и опираясь локтями на колени. Кожа бледная с синюшным оттенком, покрыта холодным потом. Лицо одутловатое. Шейные вены набухшие. Грудная клетка эмфизематозна, в дыхании участвуют мышцы плечевого пояса, межреберные промежутки и надключичные ямки втягиваются при вдохе. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, подвижность легочных краев ограничена, на фоне ослабленного дыхания большое количество сухих свистящих хрипов, ЧДД 30 в мин. Тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС 96 в мин, АД 150/95 мм рт. ст. Печень у края реберной дуги. Клинический анализ крови: Нв 135 г/л; эритроциты $4,5 \times 10^{12}/л$; ЦП 0,9; лейкоциты $9,8 \times 10^9/л$, эозинофилы 15%, палочкоядерные 8%, сегментоядерные 48%, лимфоциты 27%, моноциты 2%. СОЭ 32 мм/ч. ЭКГ: правограмма, блокада правой ножки пучка Гиса.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз

2. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?

3. Определите тактику неотложной терапии.

Ответы к задаче №1.

1. Основной диагноз: бронхиальная астма, эндогенная форма, неконтролируемое течение, тяжелый приступ. Не исключается астматический статус I стадия. Сопутствующий: АГ I степени (требует уточнения, возможно пульмогенная)

2. Рентгенография ОГК, исследование газов крови для уточнения рН, p_aCO_2 , пульсоксиметрия, клинический анализ крови и определение С-реактивного белка для уточнения наличия инфекции (инфекционного воспаления), анализ мокроты (клеточный состав, кристаллы Шарко-Лейдена, спирали Куршмана) с бактериологическим исследованием

3. Лечение:

- Ингаляция увлажненным кислородом (104 л/мин);
- Через небулайзер 1- 3-4 мл (от 20 до 60-80 капель) раствора беродуала; или сальбутамола 2.5-5 мл (2,5-5 мг); дозы могут повторяться через каждые 15-30 минут;
- ГКС (преднизолон в/в 90-120 мг или дексаметазон 4-8 мг с возможным дальнейшим повторением на период 48 ч, далее переход на 20-30 мг внутрь либо в ингаляционном виде);
- При недостаточной эффективности возможно применение эуфиллина (2,4% - 10 мл/в капельно);
- В случае выявления гнойной мокроты и признаков бактериальной инфекции – антибиотики широкого спектра действия;
- Для гипотензивной терапии – дилтиазем (антагонист кальция) или блокаторы рецепторов ангиотензина (лозартан).

Ситуационная задача № 2.

Больная В., 43 лет, обратилась с жалобами на ежедневные приступы удушья, особенно затруднен выдох, общую слабость, недомогание. После приступа отходит небольшое количество вязкой стекловидной мокроты. Больна 3 года, указанные жалобы возникают ежегодно в июне, в июле все симптомы исчезают. Свое заболевание связывает с потерей близкого человека. У пациентки двое детей 7-и и 13-ти лет, у которых тоже бывают приступы удушья. У матери и бабушки также отмечались приступы удушья. У больной имеется аллергия на клубнику, пенициллин.

Объективно: состояние средней тяжести. Больная сидит, опираясь руками о край стула. Кожа чистая, с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная, над- и подключичные области сглажены, межреберные промежутки расширены, отмечается набухание шейных вен, участие вспомогательной мускулатуры, втяжение межреберных промежутков. Дыхание громкое, со свистом и шумом, 26 в мин. При перкуссии отмечается коробочный звук, нижняя граница легких по средне-подмышечной линии определяется на уровне 9 ребра, экскурсия легких по этой линии составляет 2 см. На фоне ослабленного везикулярного дыхания с удлиненным выдохом выслушиваются сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, ясные, 92 в мин., АД 110/70 мм рт. ст. Пиковая скорость выдоха при пикфлоуметрии составляет 70% от должной.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике данного заболевания.
5. Продемонстрируйте технику использования карманного ингалятора

Ситуационная задача № 3

Больной А., 37 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на затруднение дыхания преимущественно на выдохе, приступы удушья 1-2 раза в сутки, редкий сухой кашель. Впервые затруднение дыхания ощутил около полугода назад, ухудшение самочувствия в течение недели. К врачу не обращался, лечился самостоятельно. По совету знакомых принимал теофиллин, после чего состояние улучшалось. Ощущение нехватки воздуха и одышка возникают при воздействии резко пахнущих веществ, бытовой пыли, однажды приступ удушья возник в ночное время без видимой причины.

Аллергоanamнез: реакций на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. В детстве часто болел простудными заболеваниями, неоднократно в дошкольном и младшем школьном возрасте болел бронхитом. Курит с 17 лет до 5-10 сигарет с фильтром в день. Наследственность не отягощена.

Объективно: Сознание ясное. Положение активное. Отмечается речевая одышка, говорит отдельными фразами. Кожные покровы чистые, умеренной влажности,

определяется легкий диффузный цианоз верхней половины тела и цианоз губ. Пальпируемые лимфатические узлы по основным группам не увеличены, безболезненные. Рост 168 см, вес 70 кг. Отеков нет. Грудная клетка конической формы, тип дыхания брюшной, дыхательные движения симметричные, частота дыхания 20 в 1 минуту, затруднение выдоха. При перкуссии над симметричными участками легких определяется ясный легочный звук. Высота стояния верхушек легких спереди – 4 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Нижняя граница легких справа и слева по средней подмышечной линии на уровне VIII ребра. Подвижность нижнего края легких по средней подмышечной линии справа и слева 5 см.

При аускультации легких на фоне жесткого дыхания выслушиваются сухие свистящие хрипы, преимущественно на выдохе. Пульс 80 ударов в 1 минуту, ритмичный, АД 138/88 мм рт. ст. Тоны сердца звучные. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
3. План обследования больного?
4. Оцените данные дополнительного обследования.
5. Установите клинический диагноз.
6. Какова тактика ведения больного?

Приложение к ситуационной задаче № 3.

Анализ крови общий.

Эритроциты – 4,8 г/л, Hb - 138г/л, лейкоциты – 7,2 г/л, эозинофилы - 6%, нейтрофилы: палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 58%, лимфоциты – 20%, моноциты – 8%, СОЭ – 8 мм/ч.

Анализ мочи общий.

Соломенно-желтая, реакция слабокислая, уд. вес 1018, белок - следы, лейкоциты 1-3 в п/зрения, эритроцитов нет.

Общий IgE – 180 МЕ/л.

Рентгенограмма легких.

Легочные поля повышенной прозрачности. Корни структурны, синусы свободны. Тень средостения без особенностей.

ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС 80 в минуту, электрическая ось сердца не отклонена.

SpO₂ – 92%.

Спирометрия: ЖЕЛ – 85% от должн. ОФВ₁ – 60% от должн. Индекс Тиффно – 63%. ПСВ – 68% от должн. МОС₂₅ – 81 % от должн. МОС₅₀ – 72 % от должн. МОС₇₅ – 64 % от должн. Проба с сальбутамолом – прирост ОФВ₁ – 19%.

Ответы к ситуационной задаче № 3.

1. Бронхиальная астма, аллергическая, фаза обострения.
2. ХОБЛ, хронический обструктивный бронхит, фаза обострения.
3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, общий анализ мокроты + микроскопия с окраской по Граму, анализ мокроты на КУМ в 3 образцах, спирометрия, Rg-грамма органов грудной полости в 2-х проекциях, ЭКГ, пульсоксиметрия, общий IgE.
4. В общем анализе крови – эозинофилия. Общий IgE повышен. По данным спирометрии – бронхиальная обструкция, обратимая, на уровне мелких и средних бронхов. На рентгенограмме и ЭКГ значимых изменений не выявлено. Сатурация отражает ДН I степени.
5. Бронхиальная астма, аллергическая, фаза обострения средней степени тяжести. ДН I.
6. Показана госпитализация в терапевтическое отделение. Режим общий. Диета – основной стол. Комбинированные бронхолитики короткого действия через небулайзер.

Парентеральные глюкокортикостероиды. После купирования обострения подбор поддерживающей терапии.

Легочная гипертензия

Ситуационная задача №1

Больной Д., 54 года, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при незначительной физической нагрузке, кашель с отделением скудной гнойной мокроты, общую слабость. Из анамнеза заболевания: считает себя больным в течение 1.5-2 месяца, когда фоне ОРВИ у больного усилился кашель с выделением мокроты гнойного характера, появилось «свистящее» дыхание, сохранялся субфебрилитет, что больной расценил как обострение хронического бронхита курильщика. В результате проведенной антибиотикотерапии температура нормализовалась, однако продолжал беспокоить кашель. Пациент отметил снижение толерантности к физической нагрузке (появлялась одышка), а также увеличение отеков нижних конечностей.

Данные объективного осмотра. При аускультации сердца выслушивается систолический шум вдоль левого края грудины и акцент II тона над легочной артерией. ЧСС - 102 в минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Нижний край печени выступает на 4 см из-под реберной дуги. Плотные отеки стоп, голеней.

Клинический анализ крови: эритроциты - $6,0 \times 10^{12}/л$, Hb - 170 г/л, лейкоциты - $12,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные лейкоциты - 10 %, СОЭ - 7 мм/ч.

Электрокардиография: синусовая тахикардия, S-тип ЭКГ, высокий остроконечный R во II, III, aVF отведениях, преобладающий R в V1, V2, глубокий S в левых грудных отведениях.

Данные эхокардиографического исследования: аорта в восходящем отделе - 35 мм в диаметре. Левые отделы сердца не расширены. Левое предсердие - 36 мм в диаметре, левый желудочек - 45 мм в диаметре. Толщина межжелудочковой перегородки - 9 мм, толщина задней стенки левого желудочка - 9 мм. ФВ левого желудочка - 62 %. Створки аортального, митрального и легочного клапанов не изменены, подвижность створок не ограничена. Ствол легочной артерии дилатирован. Правые отделы сердца расширены. Правый желудочек - 52 мм в диаметре, правое предсердие: по горизонтали - 51 мм в диаметре, по вертикали - 55 мм в диаметре. Толщина стенки правого желудочка - 12 мм.

При доплерографии определяется митральная и легочная регургитация II степени, трикуспидальная регургитация II степени и легочная гипертензия (систолическое давление в легочной артерии - 48,5 мм рт. ст.). Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Дайте оценку полученным результатам объективного обследования больного.
3. Оцените результаты дополнительных методов исследования больного.
4. Составьте план лечения данного больного.

Ответы к ситуационной задаче №1

1. Хронический обструктивный бронхит, в стадии стихающего обострения. ХЛС, стадия декомпенсации. Хроническая сердечная недостаточность, III функциональный класс (по классификации NYHA).

2. Систолический шум вдоль левого края грудины выслушивается при возникновении недостаточности трикуспидального клапана. В данном случае имеет место относительная недостаточность вследствие дилатации правых камер сердца. Акцент II тона над легочным стволом характерен для легочной гипертензии.

3. На электрокардиограмме выявляют признаки нагрузки на правое предсердие, гипертрофии правого желудочка. При эхокардиографическом исследовании обращает на себя внимание интактное состояние левых отделов сердца при гипертрофии в сочетании с дилатацией преимущественно правых камер сердца, наличие легочной гипертензии.

4. Кислородотерапия, бронхолитики (антихолинергические препараты - беродуал, атронт), невысокие дозы ИАПФ или антагонистов рецепторов АТ II под контролем АД,

осмотические диуретики (фуросемид - 20-80 мг под контролем диуреза), антагонисты альдостерона (спиронолактон - 25-50 мг в сутки), антагонисты кальция, контроль АД и ЧСС.

Ситуационная задача №2

Пациент Л., 37 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на сильную прибавку в весе в течение 7 лет, утомляемость, выраженную сонливость, эпизоды внезапного засыпания, храп во сне, одышку в покое смешанного характера, усиливающуюся при физической нагрузке.

Объективный осмотр. Рост - 173 см. Вес - 110 кг. Кифоз грудного отдела. Отеки стоп, голеней. Теплый диффузный цианоз. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 19 в минуту. Тоны сердца ритмичны, глухие, ЧСС - 96 в минуту. АД - 140/88 мм рт. ст.

Общий анализ крови: Нв - 174 г/л, лейкоциты - $5,5 \times 10^9$ /л, эритроциты - $6,7 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты - 350×10^9 /л. СОЭ - 4 мм/ч. Увеличение протромбиновой активности плазмы, снижение фибринолитической активности плазмы, усиление адгезии тромбоцитов.

Исследование газов крови: PO₂ - 92 мм рт. ст., PCO₂ - 46 мм рт. ст.
Рентгенография органов грудной клетки: высокое стояние диафрагмы, обеднение сосудистого рисунка. Относительное увеличение дуги ПЖ в левом косом положении. Дилатация общего ствола ЛА в правом косом положении. В боковой проекции определяется усиленный кифоз грудного отдела позвоночника.

Исследование функции внешнего дыхания: ЖЕЛ снижена, ФЖЕЛ1 снижена, индекс Тифно - выше 70 %.

На электрокардиограмме: синусовая тахикардия, отклонение ЭОС резко вправо, блокада левой задней ветви пучка Гиса, блокада правой ножки пучка Гиса. Амплитуды RV1 + SV5 - более 10,5. Слабоотрицательные зубцы T в V1-V2.

ЭхоКГ. Левые отделы сердца не расширены. Левое предсердие - 36 мм в диаметре, левый желудочек - 45 мм в диаметре. Толщина межжелудочковой перегородки - 12 мм, толщина задней стенки левого желудочка - 13 мм. ФВ левого желудочка - 60 %. Створки аортального, митрального и легочного клапанов не изменены, подвижность створок не ограничена. Правые отделы сердца расширены. Правый желудочек - 54 мм в диаметре, правое предсердие: по горизонтали - 49 мм в диаметре, по вертикали - 53 мм в диаметре. Толщина стенки правого желудочка - 10 мм.

При *доплерографии* определяется легочная регургитация II степени, трикуспидальная регургитация II степени и легочная гипертензия (систолическое давление в легочной артерии - 42,8 мм рт. ст.). Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Объясните патогенез нарушения дыхания при ожирении.
3. Оцените результаты дополнительных методов исследования больного.
4. Составьте план лечения данного больного

Ответы к ситуационной задаче №2

1. Синдром Пиквика. Ожирение III степени. Дыхательная недостаточность III степени. ХЛС, стадия декомпенсации. Хроническая сердечная недостаточность III функциональный класс (по классификации NYHA).

2. При чрезмерном ожирении происходят следующие нарушения функции дыхания:

- ограничивается подвижность грудной клетки;
- увеличивается кифоз грудного отдела позвоночника, что вызывает почти горизонтальное положение ребер и в связи с этим бочкообразную форму грудной клетки;
- уменьшается подвижность диафрагмы.

Все вышеперечисленные факторы фиксируют грудную клетку в инспираторном положении (как при эмфиземе), вследствие чего ограничивается пассивный акт выдоха и уменьшается дыхательный объем (ДО) и резервный объем вдоха (РОВд). В результате развивается «поверхностное» дыхание, что приводит к ухудшению притока воздуха к

легочным альвеолам. Учащение дыхательных движений - преходящая компенсаторная реакция. При уменьшении ДО на 40 % (250 мл) даже учащение дыхательных движений до 40 в минуту не может поддержать нормальный уровень вентиляции легочных альвеол, что приводит к более или менее устойчивой альвеолярной гиповентиляции.

3. Анализ газового состава крови говорит о наличии синдрома альвеолярной гиповентиляции. В клиническом анализе крови наблюдается вторичный абсолютный эритроцитоз. На электрокардиограмме - признаки легочной гипертензии, гипертрофии правого желудочка. При эхокардиографическом исследовании обнаружены гипертрофия в сочетании с дилатацией правых камер сердца, наличие легочной гипертензии. Спирограмма соответствует рестриктивному типу дыхательной недостаточности.

4. Рекомендуется низкокалорийная диета, ограничение животных жиров, потребление 1 г белка на 1 кг должной массы тела, достаточное количество углеводов для предупреждения кетоза, обогащение витаминами и минералами, снижение потребления поваренной соли. Следует назначить оксигенотерапию, антиагреганты (ацетилсалициловая кислота - 75-125 мг/сут), осмотические диуретики (фуросемид под контролем суточного диуреза), ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов АТ II, антагонисты кальция (амлодипин, норваск) под контролем АД, ЧСС.

Дифференциальный диагноз и лечение при синдроме дисфагии и пищеводной диспепсии. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение

Задача №1.

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

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ=31 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумы не выслушиваются. ЧСС – 72 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В клиническом и биохимическом анализах крови отклонений не выявлено. ЭКГ – синусовый ритм, ЧСС=70 уд. в мин, горизонтальное положение электрической оси сердца, вариант нормы. Проведена ЭГДС, при которой выявлены множественные участки гиперемии слизистой оболочки и отдельные несливающиеся 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?

Эталонные ответы. Задача №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 несливающихся эрозий дистального

отдела пищевода). Диагноз «ожирение» установлен на основании данных осмотра (наличие ИМТ - более 30 кг/м²), 1 стадия ожирения установлена в связи со значением ИМТ - 31 кг/м².

3. Суточная внутрипищеводная рН-метрия (для определения количества и длительности рефлюксов за сутки, значения рН); рентгенологическое исследование пищевода, желудка (для выявления патологических изменений пищевода, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы); тесты на определение наличия *helicobacter pilori*; манометрическое исследование пищеводных сфинктеров (для определения их тонуса).

4. Антациды (Алюминия фосфат) для подавления кислотного рефлюкса. Ингибиторы протонной помпы (ИПП) (любой - Омепразол, 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 объемы 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)

Задача №2.

Больной Т. 48 лет, электросварщик, обратился к участковому терапевту с жалобами на частую, выраженную изжогу после еды и в ночное время, особенно, при употреблении острой, жирной или обильной пищи, частую тошноту по утрам, отрыжку пищей после еды, обычно, при наклонах туловища и положении лежа, плохой сон из-за изжоги.

Из анамнеза: со школьного возраста отмечал боли в животе, плохой аппетит. Лечился самостоятельно, по советам родственников периодически принимая но-шпу и ферментные препараты с незначительным эффектом. Во время службы в армии лечился в госпитале по поводу гастрита. В дальнейшем длительное время жалоб со стороны органов пищеварения не имел.

Питается нерегулярно, работает по сменам, регулярно имеет ночные смены. Курит с 13 лет по 20 сигарет в день. Алкоголь практически не употребляет. Описанные жалобы появились два года назад после длительного периода значительных физических нагрузок (строительство дома) и эпизода тяжелого психо-эмоционального стресса (пожар в квартире). Самостоятельно принимал альмагель, омез в течение 10-14 дней с хорошим эффектом. В течение последующих 2-х лет часто беспокоила изжога, но к врачам не обращался, использовал альмагель, омез короткими курсами с кратковременным эффектом.

Последнее ухудшение – в течение месяца после погрешности в диете и алкоголизации; на фоне приёма привычного набора препаратов в течение недели самочувствие с положительной динамикой, в связи с чем, лечение прекратил. Через 5 дней симптомы возобновились. Три дня назад имел место однократный эпизод черного разжиженного стула. В дальнейшем стул без особенностей.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост: 175 см, вес: 63 кг. Кожа физиологической окраски, умеренной влажности, чистая. В лёгких везикулярное дыхание. ЧД 18 в мин. Тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный. ЧСС – 80 в мин, АД – 130/85 мм рт.ст. Язык густо обложен серым налетом, влажный. Живот мягкий, умеренно болезненный высоко в эпигастрии слева от средней линии и в пилорoduоденальной зоне. Пальпация других отделов живота практически безболезненна. Печень 10,5×8×7 см. Край закруглен, эластичной консистенции, безболезненный. Пузырные симптомы отрицательные. Селезёнка не пальпируется, перкуторно 7×5 см. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/л$. НЬ – 122 г/л, МСН – 26р/г, МСНС–346г/л, лейкоциты – $5,2 \times 10^9/л$: базофилы – 0, эозофилы -1, палочкоядерные – 2, сегментоядерные – 68; лимфоциты – 23, моноциты – 6. СОЭ = 5 мм/час. Анализ кала на скрытую кровь положительный.

ФГДС – пищевод проходим. Слизистая нижней трети пищевода ярко гиперемирована с множественными мелкими эрозиями, занимающими до половины диаметра пищевода. Кардиальный жом смыкается не полностью. В пищевод пролабирует слизистая оболочка желудка. Желудок содержит значительное количество секрета с примесью желчи. Слизистая тела желудка слегка отечна, розовая, складки магистрального типа. Слизистая антрума очагово гиперемирована с множественными плоскими эрозиями. Пилорус зияет. Луковица ДПК не деформирована. Слизистая оболочка розовая, блестящая. Постбульбарный отдел без особенностей.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?
4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов.
5. Составьте конкретную схему медикаментозного лечения данного пациента с указанием доз, продолжительности приёма. Выберите схему поддерживающей терапии. Выберите схему эрадикационной терапии. Обоснуйте Ваш выбор. Определите сроки проведения контрольного эндоскопического исследования. Примите решение по экспертизе трудоспособности пациента.

Эталоны ответов. Задача №2.

1. ГЭРБ: эрозивный эзофагит 2 стадия по Savari–Miller. Недостаточность кардии. СГПОД 1 ст. Хронический антральный гастрит с эрозиями в стадии обострения (Нр статус неизвестен). Эпизод спонтанно остановившегося кровотечения из верхних отделов ЖКТ от (дата). ДГР 2 степени. Недостаточность пилоруса.

2. Диагноз «ГЭРБ» установлен на основании жалоб пациента на наличие частой и выраженной изжоги, отрыжки пищей, усиливавшихся в положении лежа и при наклонах туловища; анамнестических данных с указанием на связь появления выраженной клинической симптоматики со значительными физическими нагрузками и психоэмоциональным стрессом; на основании данных ФГДС, описывающих практически классическую эндоскопическую картину эрозивной формы ГЭРБ. Стадия заболевания определена на основании результатов эндоскопического исследования пищевода. Диагноз «хронический гастрит» также подтвержден эндоскопически. Имевший место эпизод мелены, спонтанно купировавшийся, не привел к снижению уровня гемоглобина, но является признаком высокого риска рецидива указанного осложнения при условии отсутствия адекватного лечения.

3. Дополнительно к проведенному обследованию пациенту рекомендовано проведение диагностики инфекции *H.pylori* неинвазивным методом (обнаружение антител к антигену *H.pylori* в сыворотке крови, выявление антигена *H.pylori* в кале методом ИФА, либо обнаружение ДНК *H.pylori* в кале методом ПЦР). Использование серологического метода возможно, т. к., известно, что эрадикационная терапия инфекции *H.pylori* пациенту не проводилась. Показаны рентгеноскопия пищевода и желудка с целью уточнения размеров ГПОД, суточное мониторирование интрапищеводного и интрагастрального рН, с целью уточнения характера рефлюктата в связи с наличием у пациента дуоденогастрального рефлюкса.

4. Лечение возможно проводить в амбулаторных условиях с обязательным соблюдением пациентом особых рекомендаций по образу жизни (соблюдение режима питания и диеты, показана диета в рамках стола 1 в период обострения на 4-6 недель с последующим индивидуальным расширением в рамках стола 5п, отказ от курения,

следует избегать состояний, сопровождающихся повышением внутрибрюшного давления и т. д.). Эталонном лечении ГЭРБ является назначение антисекреторной терапии с целью коррекции факторов агрессии, воздействующих на слизистую оболочку пищевода и желудка: препаратами выбора являются ингибиторы протонной помпы (ИПП). Снижение кислотной продукции считается основным фактором, способствующим заживлению эрозивно-язвенных поражений. Для лечения эрозивного эзофагита при наличии 2 и большей стадии эзофагита назначаются ИПП в стандартных дозах в течение не менее 8 недель. Поддерживающую терапию после заживления эрозий следует проводить в течение 16-24 недель. В случае выявления инфекции *H.pylori* пациенту показана эрадикация инфекции. С целью коррекции нарушений двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта пациенту показаны прокинетики. Ситуационно и в виде курсового лечения целесообразно использовать антациды и альгинаты. В терапии эрозивного процесса в желудке пациенту показаны цитопротекторы (Висмута трикалия дицитрат, Ребамипид, Сукральфат) курсами не менее 4 недель.

5. С учетом необходимости достижения максимально быстрого эффекта: стойкого купирования клинических симптомов заболевания оптимальным ИПП является Рабепразол в дозе 20 мг 2 раза в сутки за 30-40 мин до еды в течение 8 недель. Итоприда гидрохлорид 50 мг 3 раза в день за 25-30 мин до еды 4 недели. Гевискон 1 саше 3 раза в день через час после еды и перед сном 4 недели. В качестве схемы эрадикации инфекции *H.pylori* возможно использование 10-дневной тройной терапии с добавлением Висмута трикалия дицитрата с последующей пролонгацией курса цитопротектора до 4 недель. Поддерживающая терапия с использованием половинной дозы ИПП должна продолжаться в данном случае до 24 недель (продолжительность терапии может корректироваться с учетом результатов контрольного эндоскопического исследования). Контрольная ФГС должна быть проведена 8 недель лечения. С учетом тяжести клинических проявлений ГЭРБ, профессии пациента его следует признать временно нетрудоспособным и оформить листок нетрудоспособности общей продолжительностью не менее 3-х недель.

Дифференциальная диагностика при синдроме желудочной диспепсии. Хронический гастрит и функциональная диспепсия.

Задача №1.

Больная Р. 45 лет обратилась к врачу с жалобами на чувство тяжести, переполнения в животе, возникающее через 40-50 минут после еды, тошноту. В течение 20 лет страдает хроническим гастритом, обострения 1-2 раза в год. Во время обострений обычно принимает ингибиторы протонной помпы, антациды. Эрадикационную терапию не получала.

Настоящее ухудшение – в течение 2 недель на фоне погрешностей в диете. Самостоятельно принимала альмагель при возникновении неприятных ощущений.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 166 см, вес 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне. Симптомы холецистита отрицательные. Печень не изменена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей.

На фиброгастроскопии: пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Кардия смыкается полностью. Слизистая оболочка желудка гиперемирована, с участками атрофии в антральном отделе, складки сглажены, расправляется воздухом хорошо. Привратник проходим. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и залуковичный отдел не изменены. Взят биоптат из антрального отдела желудка: быстрый уреазный тест положительный. Результат гистологического исследования биоптата: слизистая желудка с атрофией и хронической полиморфноклеточной инфильтрацией.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте медикаментозное лечение, обоснуйте свой выбор.
5. Разработайте план диспансерного наблюдения пациента.

Эталонные ответы. Задача №1.

1. Хронический атрофический гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*, обострение. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром.

2. Диагноз «хронический гастрит» поставлен на основании данных анамнеза (страдает хроническим гастритом в течение 20 лет), данных осмотра (болезненность в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне при пальпации), данных фиброгастроскопии (гиперемия слизистой желудка), гистологического исследования (полиморфноклеточная инфильтрация слизистой). Атрофический гастрит ставится на основании данных эндоскопии, подтверждённых гистологическим исследованием биоптата слизистой. Связь с хеликобактерной инфекцией доказана положительным быстрым уреазным тестом. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром поставлен на основании жалоб пациента на тяжесть, чувство переполнения в животе после еды, тошноту.

3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, анализ кала, рН-метрия желудка, УЗИ органов брюшной полости.

4. Прежде всего, необходимо назначение эрадикационной терапии. Рекомендовано применение терапии первой линии: ингибитор протонной помпы 2 раза в день (например, Рабепразол 20 мг 2 раза в день) вместе с Амоксициллином 1 г 2 раза в день и Кларитромицином 500 мг 2 раза в день продолжительностью 10-14 дней. Возможно добавление к этой схеме Висмута трикалия дицитрата 240 мг 2 раза в день и *Saccharomyces boulardii* (по 250 мг 2 раза в сутки) для повышения эффективности эрадикации. Для купирования симптомов постпрандиального дистресс-синдрома назначают прокинетики, например, Итоприд 50 мг 3 раза в день на 3 недели.

5. Пациенты с хроническим атрофическим гастритом находятся на диспансерном учёте у врача-терапевта участкового по месту жительства пожизненно. Рекомендуется осмотр 1 раз в год, с проведением общего анализа крови и фиброгастроскопии с биопсией. По возможности - анализ желудочного сока 1 раз в 5 лет. Рекомендуется соблюдение щадящей диеты, отказ от раздражающей пищи и напитков.

Задача №2

Больная А., 45 лет, жалуется на чувство тяжести и распирания в эпигастрии сразу после приема пищи, пониженный аппетит, общую слабость, запоры, чередующиеся с поносами. Более 10 лет лечилась по поводу какого-то заболевания желудка. На диспансерном наблюдении не состоит. Ухудшение состояния отмечает в течение недели. За врачебной помощью не обращалась.

Объективно: состояние удовлетворительное. Нормального питания. Кожа чистая. Периферические лимфоузлы не увеличены. Со стороны сердца и легких без патологии. Язык влажный, обложен белым налетом, сосочки сглажены. Живот внешне не изменен, активно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, слегка болезнен в подложечной области. Большая кривизна желудка на 2 см ниже пупка. Печень у края реберной дуги. Отрезки кишечника обычных пальпаторных свойств.

Результаты дополнительного обследования:

1. Общий анализ крови: Нв — 106 гл, эритроциты — $3,2 \times 10^{12}$ л, ц.п. — 1,0, ретикулоциты — 1%, лейкоциты — $6,4 \times 10^9$ л, СОЭ — 16 ммч.

2. Общий анализ мочи: уд. вес — 1024, лейкоциты — 1-2-3 в поле зрения, белка, сахара нет.
 3. Сывороточное железо — 9 мкмольл.
 4. Хеликобактер в мазках-отпечатках, полученных из биоптатов не обнаружен.
 5. Реакция Грегерсена отрицательная.
 6. Анализ желудочного сока (метод фракционного непрерывного зондирования): базальная секреция дебит соляной кислоты — 0,8 ммольл, стимулированная секреция — 1,2 ммольл.
 7. рН — метрия: рН в корпусном отделе — 7,2; рН в антральном отделе — 7,7; после стимуляции гистамином реакции нет.
 8. Рентгенологически определяется выраженная сглаженность складок слизистой, большая кривизна желудка на уровне гребешковой линии.
 9. ФГДС — пищевод не изменен. Кардия смыкается. В желудке умеренное количество жидкости и слизи. Складки слизистой не утолщены. Слизистая желудка розовая, пятнистая. Слизистая двенадцатиперстной кишки не изменена.
- Задание к ситуационной задаче по терапии:
- 1 Установить предварительный диагноз.
 - 2 Наметить план дополнительного обследования.
 - 3 Провести дифференциальную диагностику.
 - 4 Определить тактику лечения.

Эталоны ответов. Задача №2.

1. Диагноз: Хронический гастрит, тип А, в стадии обострения, со сниженной кислотообразующей функцией, анемический синдром.
2. Обследование: анализ крови общий, анализ мочи общий, копрограмма, сывороточное железо, анализ желудочного сока, рН-метрия, рентген желудка, ФГДС, флюорография, биопсия слизистой желудка с гистологическим исследованием, с целью исключения хеликобактериоза исследования мазков — отпечатков, полученных из биоптатов, УЗИ органов брюшной полости
3. Дифференциальная диагностика:— панкреатит,холецистит,дуоденит
4. Лечение:
 - 1) диета
 - 2) полиферментные препараты (фестал, энзистал, панзинорм и др.)
 - 3) витаминотерапия: В12 с фолиевой кислотой, С
 - 4) солкосерил в/м
 - 5) никотиновая кислота
 - 6) в/в капельно р-ры альбумина, аминокислот в сочетании с анаболическими стероидами
 - 7) устранение диспептических расстройств: реглан, эглонил
 - 8) препараты железа9) физиотерапия: аппликации озокерита, диатермия, электрофорез с лекарственными препаратами.

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.

Задача №1.

Больной С. 69 лет, пенсионер, обратился в поликлинику к терапевту с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли и ощущение тяжести в подложечной области через 15-20 минут после еды, тошноту, изжогу. Болевые ощущения усиливаются при погрешностях в питании. Периодически беспокоят одышка, давящие боли за грудиной, возникающие при умеренных физических нагрузках (подъём на 2-й этаж), купируются приемом нитраминта и при прекращении нагрузки

Из анамнеза: боли в подложечной области беспокоят последние 4-5 недель, несколько уменьшаются после приёма ношпы, альмагеля. Около недели назад пациент отметил эпизод появления чёрного стула в течение 2-х суток. В возрасте 49 лет диагностировали язвенную болезнь ДПК, лечился в стационаре, в последующем

обострений заболевания никогда не фиксировалось. Последние 10 лет к врачам по этому поводу пациент не обращался. Больной страдает ИБС; 1,5 года назад перенёс инфаркт миокарда, 10 месяцев назад проведена операция стентирования коронарных артерий (установлено 2 стента). Пациент получает медикаментозное лечение по поводу ИБС, в том числе, тромбоасс и клопидогрел, последние 5 месяцев прекратил приём крестора.

При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 27 кг/м², кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Голени пастозны. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 130/85 мм рт.ст. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность в эпигастрии по средней линии тела и в пилоро-дуоденальной зоне, остальные отделы живота безболезненны. Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени и селезёнки по Курлову: 11х9х8 см и 6х4 см соответственно. Край печени плотно-эластической консистенции определяется на 2 см ниже реберной дуги, безболезненный. Пальпация отделов толстой кишки безболезненна. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

В анализах: эритроциты $3,11 \times 10^{12}/л$, Hb 103 г/л, MCH - 22p/g, MCHC – 300 г/л, лейкоциты $5,6 \times 10^9/л$. СОЭ 8 мм/час. Общий холестерин 7,8 ммоль/л, триглицериды 2,6 ммоль/л. ЭКГ: ритм синусовый, 72 в 1 мин; R1 > RII > RIII, в I, avL, v1-4 отведениях зубец Q > 1/3 зубца R, зубец T отрицательный.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?
4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов лечения.
5. Укажите препараты из группы ИПП, которые Вы выбрали бы в данном случае. Обоснуйте Ваш выбор. Укажите дозы препаратов. Выберите схему эрадикационной терапии.

Эталонные ответы. Задача №1.

1. НПВП – ассоциированная гастропатия: эрозивно-язвенное поражение желудка, осложнившееся состоявшимся желудочно-кишечным кровотечением. Постгеморрагическая анемия легкой степени. ИБС: стабильная стенокардия II ФК, ПИКС по передней стенке и верхушке ЛЖ. Стентирование ЛКА, ПМЖА, ХСН III ФК (NYHA)

2. Пациент, страдающий ИБС и получающий двойную антитромбоцитарную терапию (ДАТТ): Аспирин и Клопидогрел, имеет несколько факторов риска развития у него НПВП-ассоциированной гастропатии (пожилой возраст, ИБС, наличие в анамнезе ЯБ ДПК, проведение в течение 1,5 лет ДАТТ, отсутствие указаний на применение антисекреторных средств на фоне ДАТТ). НПВП – ассоциированная гастропатия представлена множественными гастродуоденальными эрозиями и/или язвами, характеризуется мало- или бессимптомным течением и высокой частотой манифестации с развитием осложнений – кровотечений. У пациента имеются убедительные диагностические критерии указанного диагноза: синдром желудочной диспепсии, эпизод желудочно-кишечного кровотечения, наличие клинических признаков анемии (тахикардия, снижение уровня гемоглобина, эритроцитов, снижение показателей MCH и MCHC в общем анализе крови).

3. Дополнительно к проведенному обследованию пациенту рекомендовано: проведение ФГДС с биопсией слизистой оболочки желудка из зоны поражения (язвенного дефекта) и стандартных зон биопсии с целью оценки стадии гастрита, уточнения характера поражения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны; диагностика наличия инфекции *H. pylori* морфологическим методом, либо выявление антигена *H. pylori* в кале методом ИФА, либо обнаружение ДНК *H. pylori* в кале методом ПЦР.

Использование серологического метода нецелесообразно, т. к. неизвестно проводилась ли эрадикационная терапия ЯБ ДПК в прошлом. В соответствии со Стандартом оказания медицинской помощи при ЯБЖ и ЯБ ДПК рекомендуется анализ крови биохимический (билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза, а также железо сыворотки, общая железосвязывающая способность сыворотки, ферритин), ультразвуковое исследование внутренних органов, анализ кала на скрытую кровь.

4. Выбор тактики лечения, в том числе решение вопроса о необходимости стационарного лечения, должен быть осуществлен с учетом результатов эндоскопического обследования пациента. Эталонном лечением НПВП - ассоциированных гастропатий является назначение антисекреторной терапии с целью коррекции факторов агрессии, воздействующих на слизистую оболочку желудка. Препаратами выбора являются ингибиторы протонной помпы (ИПП), используемые в стандартных дозах в острой стадии патологического процесса в гастродуоденальной зоне и в поддерживающих дозах в качестве профилактического средства. Пациенту показана терапия ИПП в постоянном режиме в сочетании с постоянным приемом ДАТТ. В период острых проявлений НПВП-гастропатии в комбинации с ИПП показана терапия гастропротекторами (Висмута трикалия дицитрат, Ребамипид, Сукральфат) курсами не менее 4 недель. В случае выявления инфекции *H. pylori* пациенту показана эрадикация инфекции с целью снижения степени риска ulcerогенных воздействий на слизистую оболочку гастродуоденальной зоны при продолжающейся терапии аспирином и клопидогрелем. Пациенту показана в постоянном режиме терапия ИБС: помимо ДАТТ рекомендуется прием гиполипидемического средства (Аторвастатина, Розувастатина), селективного β -блокатора (Бисопролола), мочегонного средства (Верошпирона, Торасемида), ингибитора АПФ в связи с наличием симптомов сердечной недостаточности и с учетом уровня артериального давления. В случае выявления сидеропении показана терапия препаратами железа до достижения уровня нормальных значений гемоглобина. Медикаментозная терапия должна проводиться на фоне использования диетотерапии. Показана диета в рамках стола 1 в период обострения на 4-6 недель с последующим индивидуальным расширением в рамках стола 5п.

5. При выборе ИПП следует руководствоваться сведениями о лекарственном взаимодействии препаратов. С учетом необходимости использования комбинированной терапии, включающей Клопидогрел, следует выбирать ИПП с наименьшими лекарственными взаимодействиями: оптимальный выбор – Пантопразол 40 мг 2 раза в день или Рабепразол 20мг 2 раза в день не менее 4 недель, далее препарат ИПП может применяться в половинной дозе. В качестве схемы эрадикации инфекции *H. pylori* возможно использование 10-дневной тройной терапии с добавлением Висмута трикалия дицитрата с последующей пролонгацией курса цитопротектора до 4 недель. 4-хнедельные курсы цитопротекторов (Ребамипид) целесообразно повторять 3-4 раза в год.

Дифференциальная диагностика при кишечной диспепсии. Заболевания толстой кишки (язвенный колит, болезнь Крона, синдром раздраженной толстой кишки).

Задача №1.

В стационар госпитализирован мужчина 30 лет, с жалобами на боли в правом нижнем квадранте живота, возникают через 1-2 часа после приема пищи, боли носят нарастающий характер, уменьшаются после дефекации или рвоты; чувство тошноты, метеоризм, понос до несколько раз в сутки, иногда с примесью крови, слабость, недомогание, снижение работоспособности, повышение температуры тела до субфебрильной с ознобом, похудание. Считает себя больным в течение недели.

Объективно. Температура тела 37, 1С 0, тургор кожи снижен, при пальпации живот вздут, прощупывается утолщенный, болезненный терминальный отрезок тонкой кишки. При лабораторном исследовании получены следующие данные: ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Копроцитограмма: стеаторея, эритроциты, слизь. При

рентгеноскопии кишечника: ригидность тонкого кишечника, сужение просвета, отек и линейные язвы.

1. Поставьте диагноз. Дайте определение данному заболеванию.
2. Перечислите этиологические факторы данного заболевания.
3. Перечислите ведущие синдромы.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.
5. Перечислите методы обследования и их результаты для подтверждения диагноза.

Эталонные ответы. Задача №1.

1. Болезнь Крона (регионарный илеит, энтерит) - неспецифический воспалительный гранулематозный процесс, локализующийся в любом отделе тонкого кишечника (чаще в терминальном отрезке подвздошной кишки), ведущий к образованию некротических участков, язв, гранулем с последующим сужением просвета кишки и рубцеванием.

2. Инфекционный фактор, генетическая предрасположенность, аутоиммунный механизм развития болезни

3. Диспептический (тошнота, рвота, метеоризм, понос с примесью крови), болевой (боли нарастающего характера в правом нижнем квадранте живота, через 1-2 часа после приема пищи, уменьшаются после дефекации)

4. Злокачественная опухоль в пораженном отделе кишечника

Вторичный амилоидоз с поражением почек, печени, селезенки

5. Лабораторные данные: В ОАК: признаки анемии, нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ. БАК: гипоальбуминемия, увеличение содержания α_2 - и у-глобулинов, гипокальциемия, гипокалиемия, гипопротромбинемия, гипохлоремия. Копроцитограмма: стеаторея, эритроциты, слизь. Инструментальные исследования. Рентгеноскопия кишечника: ригидность пораженных петель кишечника, сужение просвета, мозаичная картина с мелкими дефектами наполнения за счет отека и линейных язв, «симптом струны» (резкое сужение просвета конечного отдела подвздошной кишки). Колоноскопия, ректороманоскопия исследование биоптатов тонкой кишки: гранулематозное воспаление всех слоев, некротизация, изъязвление. ФЭГДС – поражение желудка до 1,5%. Исследование биоптатов, полученных при эндоскопическом исследовании.

Задача №2

Больной С. 29 лет, программист, обратился в поликлинику к терапевту с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли в нижних отделах живота ближе к левому флангу, возникающие перед дефекацией, либо усиливающиеся сразу после опорожнения кишечника, длящиеся около 30-40 минут, разжиженный стул с примесью слизи и небольших количеств алой крови, частота стула до 5-6 раз в сутки, в том числе, в ночное время, ложные позывы на дефекацию с выделением из прямой кишки только слизи с примесью алой крови, ощущение урчания, бурления в животе в течение дня, снижение веса на 5 кг за прошедшие 4 месяца.

Из анамнеза: нарушение стула впервые отметил 5 месяцев назад после поездки на юг в летнее время и связал указанный симптом с особенностями питания (употребление больших количеств овощей и фруктов). Диарея сохранялась и прогрессировала и после возвращения из отпуска. Самостоятельно принимал смекту, мезим с незначительным и нестойким эффектом. Через 1,5 месяца отметил появление в кале слизи и прожилок крови, затем появились слабые боли по левому флангу живота. Начал прием но-шпы. По совету родственницы 2 недели назад в течение 5 дней принимал левомецетин по 3 таблетки в день, на этом фоне значительно усилились диарея и боли в животе, увеличилась примесь крови в кале, что и послужило поводом для обращения к участковому врачу. Обращение за медицинской помощью откладывал, поскольку считал, что у него имеет место какое-то инфекционное заболевание кишечника и опасался госпитализации в инфекционное отделение, предпочитая лечиться самостоятельно. В

прошлом в период студенчества имели место неоднократные эпизоды жидкого стула, появление которых пациент связывал с употреблением якобы недоброкачественных продуктов. Лечился, как правило, самостоятельно, употреблял отвары вяжущих средств.

При осмотре: состояние удовлетворительное, $t - 36,8^{\circ}\text{C}$, рост 178 см, вес 61 кг, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны звучные, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 120/85 мм рт.ст. Язык умеренно диффузно обложен сероватым налётом, влажный. Живот участвует в дыхании, умеренно равномерно вздут, при поверхностной пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность по левому флангу живота, при глубокой пальпации отчётливая болезненность в левой подвздошной области, где пальпируется спазмированная, плотноэластическая, болезненная сигмовидная кишка; остальные отделы толстой кишки безболезненны. Пальпация эпигастральной и подрёберных областей безболезненна. Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени и селезёнки по Курлову: 10x8x7 см и 6x4 см, соответственно. Край печени не определяется. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

В анализах: эритроциты = $3,02 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb = 103 г/л, MCH - 23p/g, MCHC – 300 g/l, лейкоциты = $12,6 \times 10^9/\text{л}$. СОЭ = 38 мм/час. Копрограмма: кал разжиженный, неоформленный, мышечные волокна, крахмал внутриклеточный в небольшом количестве, лейкоциты до 30-40 в поле зрения, эритроциты в значительном количестве, слизь в большом количестве. Фекальный кальпротектин 532 мкг/г. Общий белок сыворотки 62,3 г/л, альбумины – 49,3%, глобулины 50,7%, СРП – 95мг/л.

Ректороманоскопия без подготовки: аппарат введен до 18 см. Слизистая оболочка прямой кишки диффузно гиперемирована, отёчна, выраженная контактная кровоточивость, множественные эрозии, местами, сливные, покрытые фибрином. В просвете кишки слизь, окрашенная кровью, и жидкие каловые массы в небольшом количестве.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?

4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов.

5. Проведите экспертизу трудоспособности пациента.

Эталонные ответы. Задача №2.

1. Язвенный колит впервые выявленный, дистальная форма, активность средней степени. Хроническая постгеморрагическая анемия лёгкой степени.

2. Пациент имеет диарейный синдром, патологические примеси в кале (слизь, кровь), ложные позывы на дефекацию, умеренные боли в проекции сигмовидной кишки, маркеры синдрома системного воспаления, высокие показатели фекального кальпротектина и достаточно специфические эндоскопические изменения слизистой оболочки прямой кишки. Заболевание манифестировалось после поездки на юг (воздействие инсоляции, диета с большим содержанием растительной клетчатки).

3. Дополнительно к проведенному обследованию пациенту рекомендовано проведение ФКС (оценка протяжённости поражения толстой кишки) с биопсией слизистой оболочки толстой кишки из зоны максимального поражения с целью оценки степени тяжести воспалительного процесса. Бактериологическое исследование кала с целью исключения микробного генеза воспаления слизистой толстой кишки. Исследование кала на предмет исключения глистно-паразитарной инвазии. Серологическая диагностика CMV-инфекции, ВИЧ – инфекции. Биохимический анализ крови (билирубин, АЛТ, АСТ, протеинограмма, железо сыворотки, ферритин, общая железосвязывающая способность крови, глюкоза), ультразвуковое исследование брюшной полости.

4. У больного имеет место впервые выявленное серьезное непрерывно прогрессирующее в течение минимум 5 месяцев заболевание кишечника в фазе обострения. Пациент нуждается в динамическом врачебном наблюдении с целью своевременной и адекватной коррекции лечения при необходимости. Показано стационарное лечение в условиях специализированного гастроэнтерологического отделения. Диетотерапия – стол 4. Активная комплексная медикаментозная терапия, включающая применение стероидных гормонов (системных и местнодействующих: Преднизолон, Будесонид, Гидрокортизон), воздействующих на слизистую оболочку толстой кишки. Препаратами выбора в острой стадии патологического процесса (дистального или левостороннего) являются топические стероиды стандартных дозах (0,5-1,0 мг/кг/с) в течение не менее 8 недель. Препараты 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК): Месалазин, Сульфасалазин - в виде перорального средства и местнодействующих лекарственных форм (суспензия, суппозитории, пена) назначаются длительно, на стадии достижения клинической и эндоскопической ремиссии - в поддерживающих дозах постоянно. В случае достижения клинической и эндоскопической ремиссии с использованием стероидных гормонов поддержание ремиссии осуществляется с использованием иммунодепрессантов (Азатиоприн, Метатрексат) Используется симптоматическая терапия по показаниям (панкреатические полиферментные средства, препараты железа и т. д.).

5. Пациент временно нетрудоспособен в течение 4 недель. Продолжительность пребывания на больничном листе будет определяться степенью тяжести процесса, эффективностью применяемой схемы лечения. После завершения стационарного этапа лечения пациент будет продолжать лечение под наблюдением гастроэнтеролога с переводом на поддерживающие дозы базисных препаратов не менее 5 лет. В случае достижения стойкой ремиссии вопрос о прекращении динамического наблюдения решается индивидуально.

Заболевания тонкой кишки: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика при заболеваниях тонкой кишки (глютеновая энтеропатия-целиакия, энтерит, болезнь Уиппла, поражения кишечника при СПИДе).

Задача №1.

За медицинской помощью обратилась женщина 30 лет, находящаяся на 3-ем месяце беременности с жалобами на снижение аппетита, снижение работоспособности, сонливость, стул частый 5 и более раз в сутки, обильный, жидкий, пенистый с остатками непереваренной пищи, каловые массы плохо смываются с унитаза, имеют зловонный, прогорклый запах; сухость кожных покровов. Помнит, что в детстве не употребляла в пищу молоко, настоящее заболевание связывает с употреблением в пищу свежей выпечки.

При осмотре выглядит уставшей. Кожные покровы сухие, ногти тусклые, ломаются, волосы секутся. Живот при пальпации вздут, болезненный вокруг пупка, слышна перистальтика кишечника.

1. Ваш диагноз. Дайте определение заболеванию.
2. Дайте определение синдрому мальабсорбции. Какие его клинические проявления у данной больной?
3. Перечислите факторы, способствующие развитию данного заболевания
4. В чем особенность лечения данного заболевания.
5. Что такое стеаторея?

Эталонные ответы. Задача №1.

1. Целиакия (глютеновая энтеропатия) – заболевание, характеризующееся хроническим воспалением слизистой тонкого кишечника, сопровождающимся нарушением всасывания и возникающим в результате непереносимости глютена (белка, который содержится в хлебных злаках: пшеницы, ржи и ячмене).

2. Мальабсорбция - нарушение всасывания из тонкой кишки пищевых веществ, приводящее к выраженному расстройству питания, гиповитаминозу, анемии, гипопротеинемии, дистрофии, отёкам. Диарея, стеаторея, похудание.

3. Беременность, операционные вмешательства, инфекции.

4. Цель терапии – восстановление функции кишечника, нормализовать массу тела, соблюдать безглютеновую диету (отказ от хлеба, изделий из пшеничной, овсяной, ячменной, ржаной муки, макаронных изделий, манной крупы).

5. Жирный, «масляный стул», обнаружение в кале нейтрального жира

Задача 2.

Женщина, 27 лет, предъявляет жалобы на тупые, распирающие боли вокруг пупка, возникающие через 3-4 часа после еды, вздутие живота, сильное урчание в животе, обильный жидкий стул 2-3 раза в день, слабость, быструю утомляемость, похудание. Отмечается непереносимость молока. Эти симптомы беспокоят в течение 2-х лет, ухудшение состояния провоцируется приемом острой пищи.

Объективно: температура 36,9°C. Состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки чистые, бледные, сухие. В углах рта определяются —заеды. Подкожно-жировой слой развит недостаточно. Со стороны легких и 31 сердца патологии нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в околопупочной области.

Задания 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов. Задача №2

1. Хронический энтерит в стадии обострения. Обоснование:

1) данные анамнеза: тупые, распирающие боли вокруг пупка, возникающие через 3-4 ч. после приема пищи, метеоризм, урчание в животе, понос 2-3 раза в день (стул обильный), слабость, утомляемость, похудание; непереносимость молока; обострения в связи с приемом острой пищи; длительность заболевания;

2) объективные данные : при осмотре: бледность и сухость кожи, —заеды в углах рта, недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки; при пальпации живота: умеренная болезненность в околопупочной области;

2. Общий анализ крови: возможна анемия, микроскопическое исследование кала: признаки недостаточного переваривания и ускоренной эвакуации из тонкого кишечника, исследование бактериальной микрофлоры кала: уменьшение количества бифидо- и лактобактерий, увеличение количества гемолитических и лактозонегативных эшерихий, рентгенологическое исследование тонкого кишечника: нарушение моторики, изменение рельефа слизистой оболочки.

3. Дисбактериоз, значительная потеря массы тела, нарушение функции других отделов желудочно-кишечного тракта (желудка, печени, поджелудочной железы)

4. Пациентка нуждается в стационарном лечении.

Принципы лечения: Режим полупостельный Диета № 4. Нормальное количество углеводов, жиров, увеличенное количество белков, исключают жиры животного происхождения, ограничивают продукты, богатые клетчаткой. Пища должна быть механически щадящей, питание дробное, 4-5 раз в день. Эубиотики: колибактерин, бифидумбактерин, бификол Производные 8-оксихинолина (энтеросептол, интестопан) Вяжущие средства (висмут, дерматол) Имодиум Ферментные препараты (панзинорм, мезимфорте, полизим) Витаминотерапия (В1, В6, РР, С) Белковые препараты, растворы электролитов, анаболические стероиды - при тяжелом течении

Прогноз в отношении здоровья благоприятный при отсутствии осложнений.
Профилактика: рациональное питание; устранение переедания и однообразного питания; своевременное лечение заболеваний органов пищеварения.

Дифференциальная диагностика при заболеваниях гепатобилиарной зоны. Хронический холецистит, дискинезия желчных путей.

Задача №1.

В клинику машиной скорой помощи доставлена больная 82 лет с жалобами на тупые боли в правом подреберье, желтушность кожных покровов. Страдает хроническим калькулезным холециститом на протяжении 20 лет. Периодически появлялась желтуха. Последний приступ начался 5 дней назад, последние 3 дня появилась желтушность кожи и склер. Из анамнеза жизни выявлено, что больная длительное время страдает гипертонической болезнью, 5 лет назад перенесла инфаркт миокарда.

При объективном исследовании установлено: общее состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые желтушны. Пульс 72 уд. в мин.; мерцательная аритмия. Температура тела 37,8°C. АД 190/100 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, симптомы раздражения брюшины отрицательны.

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите?
2. Какие методы исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза и какие при этом характерные данные могут быть получены?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
4. Назначьте консервативную терапию данной больной.
5. Какая операция наиболее целесообразна этой больной?
6. Укажите возможные осложнения ЭПТ и РПХГ.

Эталоны ответов. Задача №1.

1. ЖКБ. Холедохолитиаз. Механическая желтуха, хронический холангит.
2. Общий анализ крови (лейкоцитоз, ускорение СОЭ) Общий анализ мочи (моча цвета пива, микроскопия без существенных изменений). Биохимический анализ крови (повышение билирубина за счёт прямой фракции, ЩФ).

УЗИ (расширены внепечёночные желчные протоки, конкременты в желчном пузыре и холедохе). ФГДС (при ущемлении камня в БСДК сосочек выбухает в просвет ДПК, слизистая его гиперемирована, из устья желчь не поступает) РПХГ (расширение внутри- и внепечёночных желчных протоков, дефекты заполнения в холедохе).

3. Гепатит, острый панкреатит, стриктура или опухоль БСДК, опухоль внепечёночных желчных протоков; рак головки поджелудочной железы
4. Аналгетики, спазмолитики, антибиотики, инфузионная терапия под контролем ЦВД, АД, диуреза, гипотензивная терапия.
5. Эндоскопическая папиллотомия, удаление конкремента из холедоха.
6. Острый панкреатит, кровотечение из папиллотомной раны, ретродуоденальная флегмона.

Задача 2.

В клинику машиной скорой помощи доставлена больная 46 лет с жалобами на тупые боли в правом подреберье, желтушность кожных покровов. Приступ начался с острых болей 5 дней назад, последние 3 дня появилась желтушность кожи и склер. Из анамнеза жизни выявлено, что больная не страдает соматическими заболеваниями.

При объективном исследовании установлено: общее состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые желтушны. Пульс 72 уд. в мин. Температура тела 37,6°C. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Ответьте на вопросы по тактике в отношении описанной больной:

1. Какой предварительный диагноз вы поставите?

2. Назовите возможные причины механической желтухи.
3. Какие при УЗИ данные могут указывать на холедохолитиаз?
4. Назовите рентгеноконтрастные методы исследования, которые применяются для уточнения причины желтухи, какие возможны осложнения этих методов.
5. Назовите интраоперационные способы устранения желтухи и как следует завершить операцию?

Эталоны ответов. Задача №2.

1. Обострение хронического калькулезного холецистита. Холедохолитиаз. Механическая желтуха.

2. Холедохолитиаз. Заболевания БСДК (опухоли, ущемлённые камни, стриктуры); рак желчных протоков, рубцовые стриктуры желчных протоков, рак головки поджелудочной железы, острый панкреатит

3. УЗИ – увеличение желчного пузыря и расширение желчных протоков выше конкремента, наличие конкремента в просвете ОЖП.

4. Ретроградная панкреатохолангиорентгенография позволяет контрастировать желчные пути, выявить дефекты заполнения, обусловленные конкрементами, расширение желчных протоков вследствие затрудненного оттока желчи. РПХГ может осложниться острым панкреатитом, обострением холангита. Чрескожная чреспеченочная холангиография может осложниться кровотечением из раны печени, желчеистечением. Данный вид исследования показан, если другие рентгенологические методы не позволяют контрастировать желчные протоки.

5. Холедохотомия, литоэкстракция, наружное дренирование желчного протока, дренирование брюшной полости.

Хронический панкреатит.

Задача №1.

Больная 39 лет поступила с жалобами на боли в эпигастрии, правом подреберье, тошноту. Из анамнеза известно, что 6 месяцев назад выполнена холецистэктомия по поводу ЖКБ.

При осмотре кожа и видимые слизистые иктеричны. Язык влажный, обложен белым налетом, живот мягкий болезненный в правом подреберье. При УЗИ имеется умеренное расширение ОЖП, подозрение на конкремент в их просвете. С целью уточнения патологии ОЖП выполнена ЭРПХГ. Констатированы частично ГППЖ и ОЖП, в просвете которого определяется конкремент. К вечеру у больной появились боли, вздутие живота, многократная рвота, показатели амилазы крови-72г/л, мочи-240г/л

1. Какое заболевание развилось у больной и чем оно было вызвано?
2. Какими доступными инструментальными методами можно подтвердить диагноз и ожидаемые результаты?
3. Составьте программу лечения.
4. Какие возможны исходы заболевания?

Эталоны ответов. Задача №1.

1. У больной развился острый панкреатит, как результат осложнений РПХГ и ЭПТ

2. УЗИ. Для острого панкреатита характерно: увеличение размеров поджелудочной железы, смазанность контуров, снижение эхогенности из-за отека. Может наблюдаться скопление жидкости в сальниковой сумке, забрюшинном пространстве.

3. Устранение этиологического фактора.

Борьба с болевым синдромом (баралгин, анальгин).

Спазмолитики (папаверин, платифиллин и др.).

Создание функционального покоя железе (голод, сандастатин, аспирация желудочного содержимого и др).

Устранение водно-электролитных нарушений (кристаллоиды, коллоиды).

Экстракорпоральные методы детоксикации(плазмоферез, гемабсорбция).

Профилактика септических осложнений (антибиотики широкого спектра действия).

Лапароскопическое дренирование брюшной полости, так как имеется ферментативный перитонит.

4. Оборотирование процесса, выздоровление. При значительных масштабах панкреонекроза возможно развитие: парапанкреотического инфильтрата, парапанкреотического абсцесса, перитонита, септической флегмоны забрюшинной клетчатки, дигестивных свищей.

Задача 2.

Больная 76 лет поступила с жалобами на резкие опоясывающие боли в верхней половине живота. Боли появились внезапно после употребления жирной пищи. Боли нестерпимые, беспокоит многократная рвота, не дающая облегчение, слабость, обильное потоотделение. Страдает много лет ЖКБ, ИБС, ГБ. Температура тела 37,2С.

При осмотре состояние тяжелое, склеры иктеричны, акроцианоз, кожа покрыта холодным потом. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации умеренно вздут, мягкий, печёночная тупость сохранена. Амилаза мочи 840г/л.

При УЗИ органов брюшной полости: желчный пузырь увеличен, напряжен, стенка -1-2мл. толщиной в просвете мелкие конкременты, внепеченочные желчные протоки расширены, в просвете мелкие конкременты. Поджелудочная железа увеличена, эхогенности снижена, контуры смазанные.

1. Какой диагноз можно поставить в данном случае?
2. Определите и обоснуйте лечебно-диагностическую тактику?
3. Укажите необходимый объём обследования больной?

Эталонные ответы. Задача №2.

1. Острый билиарный панкреатит, ЖКБ, холелитиаз, механическая желтуха
2. Больную необходимо поместить в палату интенсивной терапии проводить лечение острого панкреатита
3. Клинический анализ мочи, крови, время свертывания крови, кровоточивость. Биохимические исследования: билирубин, общий белок, мочевины, креатинин, АСТ, АЛТ,

Дифференциальный диагноз при желтухе. Хронические гепатиты.

Задача №1.

Мужчина 48 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, тупые ноющие боли в области правого подреберья, тошноту, отрыжку воздухом, снижение аппетита, периодически возникающий кожный зуд.

Из анамнеза известно, что пациент употребляет алкоголь (более 60 г этанола в сутки) в течение 13 лет. Два года назад появились боли ноющего характера в области правого подреберья, общая слабость, тошнота, периодически возникающий кожный зуд, усиливающийся в вечернее время. За медицинской помощью пациент не обращался. Периодически принимал баралгин, антигистаминные средства, ферментные препараты: креон по 25000 Ед. два раза в сутки; эффекта от принимаемых препаратов не отметил.

Настоящее обострение в течение последних трех недель, когда после употребления алкоголя появились слабость, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом, снижение аппетита. Операций, гемотрансфузий не было.

При осмотре: состояние удовлетворительное; рост 178 см, вес 79 кг, ИМТ 24,9кг/м². Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны; выявляются телеангиэктазии на груди, спине, плечах, «пальмарная» эритема. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 70 в 1 мин; АД 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Живот мягкий, при поверхностной пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9 (+2)×8×7 см; при глубокой пальпации печень

плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность. Селезёнка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты исследований: Общий анализ крови: эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $6,3 \times 10^9/л$; нейтрофилы сегментоядерные – 64%; нейтрофилы палочкоядерные – 1%; лимфоциты – 28%; моноциты – 4%; эозинофилы – 2%; базофилы – 1%; Hb – 148 г/л; тромбоциты – $217 \times 10^9/л$; СОЭ – 18 мм/ч.

Биохимия крови: общий билирубин – 25 мкмоль/л; непрямого билирубин – 22,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,5 мкмоль/л; АЛТ – 203 ед/л; АСТ – 214 ед/л; ГГТП – 89 ед/л; ЩФ – 298 ед/л; ТГ – 3,9 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 2,8 ммоль/л; ХС-ЛПВП – 1,5 ммоль/л; глюкоза – 5,0 ммоль/л; креатинин – 62 мкмоль/л; мочевины – 2,8 ммоль/л; альбумин – 43 г/л; общий белок – 71,5 г/л; альфа-1-глобулины – 3,2 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бетаглобулины – 7,1 г/л; γ -глобулины – 12,5 г/л; альфа-фетопропротеин – 3,1 ед/л; ферритин – 54 мкг/л; трансферрин – 2,6 г/л; калий – 3,7 ммоль/л; Na – 137,5 ммоль/л; железо – 21,5 мкмоль/л; амилаза – 44 ед/л; ХС – 5,3 ммоль/л. ПТИ – 84

Иммуноферментный анализ (исследование крови на маркеры гепатитов В, С): HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-HCV – отриц.

Эластометрия печени: определена стадия F2 (по шкале METAVIR), умеренный фиброз. Кал на скрытую кровь – отриц. Рентгенологическое исследование лёгких: без патологических изменений. ЭКГ – без патологических изменений. Общий анализ мочи: в пределах нормы.

Вопросы:

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

При обращении к врачу через месяц после лечения пациент отметил улучшение самочувствия: исчезли слабость, повышенная утомляемость, тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом. При объективном осмотре: кожные покровы чистые, обычной окраски. Размеры печени по Курлову: $9 \times 8 \times 7$ см. Селезёнка не увеличена. Общий анализ крови – в пределах нормы. Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямого билирубин – 16 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 38 ед/л, ГГТП – 26 ед/л; ЩФ – 125 ед/л; ТГ – 2,6 ммоль/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные дистрофические изменения в паренхиме печени.

Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Эталонные ответы. Задача №1.

1. Хронический гепатит алкогольной этиологии, умеренной степени активности, стадия F2 (умеренный фиброз).

2. Диагноз «хронический алкогольный гепатит» установлен на основании жалоб больного на общую слабость, повышенную утомляемость, тупую ноющую боль в правом подреберье, тошноту, снижение аппетита, периодический кожный зуд; данных анамнеза (пациент злоупотребляет алкоголем в течение 13 лет); данных объективного осмотра (желтушность кожных покровов, иктеричность склер, наличие у больного телеангиэктазий, «пальмарной» эритемы, гепатомегалии). Подтверждают диагноз «хронический алкогольный гепатит» данные лабораторных исследований (повышение АЛТ, АСТ, ГГТП, общего билирубина, щелочной фосфатазы, а также повышение уровня триглицеридов). Исключена другая (вирусная) этиология хронического гепатита: исследование крови на маркеры гепатита В, С: HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-HCV – отрицательный. Степень активности хронического алкогольного гепатита определена на основании повышения

уровня АЛТ и АСТ (в 5 раз по сравнению с нормой). Стадия хронического алкогольного гепатита F2 установлена на основании данных эластометрии печени (по шкале METAVIR), умеренный фиброз.

3. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (для исключения очаговых образований печени, признаков портальной гипертензии, сопутствующей патологии); ЭГДС – для выявления и/или определения состояния вен пищевода и /или желудка; дуплексное сканирование сосудов печеночно-селезеночного бассейна для выявления признаков портальной гипертензии.

4. Рекомендуется соблюдение диеты. Исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао. Целесообразно назначение диеты, богатой белками (не менее 1 г на 1 кг массы тела), с высокой энергетической ценностью (не менее 2000 ккал/сут), с достаточным содержанием витаминов (особенно группы В, фолиевой и липоевой кислот) и микроэлементов – цинка и селена, дефицит которых наиболее часто наблюдается при злоупотреблении алкоголем. Пациенту показано назначение Адemetионина (Гептрал) в дозе 1600 мг в сутки в течение 4-8 недель. Применение экзогенного адemetионина позволяет снизить накопление и отрицательное воздействие токсических метаболитов на гепатоциты, стабилизировать вязкость клеточных мембран, активизировать работу связанных с ними ферментов.

5. В результате проведенного лечения отмечена положительная динамика: наблюдается отсутствие болевого, диспепсического, астенического синдромов. Исчезли желтушность кожных покровов, иктеричность склер, телеангиэктазии, «пальмарная» эритема. Отмечена также положительная динамика биохимических показателей: снижение общего билирубина, АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ, ТГ.

Так как при УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные дистрофические изменения в паренхиме печени, рекомендуется продолжить прием Адemetионина (Гептрал) в дозе 1600 мг в сутки внутрь в течение 1 месяца. Диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога.

Дифференциальный диагноз при асците. Циррозы печени. Печеночная энцефалопатия и кома.

Задача №1.

Больной Т. 42 лет госпитализирован в стационар по направлению врача-терапевта участкового с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в объёме, отёки на нижних конечностях в области стоп и голеней.

В анамнезе: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних 3 месяцев. За последний месяц отметил нарастание общей слабости, увеличение живота и желтуху. Употребляет водку по 200 г ежедневно в течение последнего года, наблюдается у нарколога. Употребление наркотиков отрицает. Гемотрансфузий, оперативных вмешательств не было.

Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Тест связывания чисел – 40 сек. Рост – 178 см, вес – 62 кг. Кожа обычной влажности, желтушная. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры глаз иктеричны. Отёки стоп и нижней трети голеней. В лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в мин. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объёме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. В положении лёжа живот распластан. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову - 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневый, без патологических примесей. Размеры селезёнки - 15×12. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча тёмно-жёлтая.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$; Нв– 122 г/л; цветовой показатель – 0,9%; тромбоциты – $98 \times 10^9/л$, лейкоциты – $3,2 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 22 мм/ч.

Биохимические анализы: общий билирубин – 130 мкмоль/л, прямой билирубин – 100 мкмоль/л, АЛТ – 120 Ед/л, АСТ – 164 Ед/л. МНО – 2, альбумин – 28 г/л.

Фиброгастроуденоскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст.

Ультразвуковое исследование брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры чёткие и неровные. Паренхима неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 16 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Гепатикохоледох не расширен. Селезёнка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезёнки – 36,1 см². Свободная жидкость в брюшной полости.

Вопросы:

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

Эталонные ответы. Задача №1.

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

2. У больного выявлены желтуха, цитоллиз, «печёночные знаки»: малиновые ладони, «сосудистые звёздочки», синдром портальной гипертензии (гепатоспленомегалия, асцит, варикозное расширение вен пищевода, передней брюшной стенки, расширение портальной вены), признаки печёночной недостаточности (гипоальбуминемия, гипокоагуляция). По данным УЗИ – паренхима печени, неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Алкогольный анамнез свидетельствует о наиболее вероятной этиологии цирроза печени. Класс С выставлен согласно классификации Чайльд-Пью – 11 баллов. Снижение скорости теста связывания чисел свидетельствует о I степени печёночной энцефалопатии. Тромбоцитопения в данной ситуации связана с гиперспленизмом.

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

4. Отказ от алкоголя. Диета с содержанием белка 1,0 г/кг/сут. Калорийность пищи - 1800–2500 ккал/сут. Ограничение содержания соли до 5,2 г/сут. Санация кишечника с целью уменьшения эндотоксинемии. Лактулоза - 15-45 мл 2-3 раза в сутки (стул до 2-3 раз в сутки). Возможен приём невсасывающихся антибиотиков (Рифаксимин 1200 мг/сут. 7-10 дней). Высокие очистительные клизмы.

Уменьшение токсического действия аммиака. Орнитин-аспартат - 5 г по 1-2 пакетика гранул, растворённых в воде × 3 раза в день после еды.

Мочегонная терапия. Спиринолактон - 50–200 мг/сут. Фуросемид - 40 мг/сут (повышение дозы на 40 мг каждые 7 дней до 160 мг/сут, критерий эффективности - уменьшение массы тела на 2 кг/нед.).

Снижение давления в портальной вены. Анаприлин - 40 мг 1 раза в сутки.

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

Задача 2

Мужчина 48 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту, нарушение сна.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение двух лет, когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья, периодическое повышение температуры до субфебрильных цифр. За медицинской помощью не обращался. При появлении болевого синдрома принимал эссенциале форте

по 2 капсуле три раза в день, ферментные препараты: креон по 10000 Ед. два раза в сутки, но-шпу; улучшения самочувствия не отметил. Настоящее обострение в течение месяца, когда после перенесенного гриппа усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет, гепатотоксичные лекарственные средства не принимал, был донором.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост – 165 см, вес – 70 кг, ИМТ – 25,7 кг/м². Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и спине. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС = 74 в 1 мин; АД = 130/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 12 (+3)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезёнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

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

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

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

Эластометрия печени: определена стадия F4(по шкале METAVIR), цирроз печени. При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени. Анализ кала на скрытую кровь – отрицательный. Общий анализ мочи: в пределах нормы. Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений. ЭКГ – без патологических изменений.

Вопросы:

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

Через 4 недели терапии пациент отметил улучшение самочувствия, уменьшение общей слабости; уровень РНК ВГС (количественный анализ) составил 24 МЕ/мл.- Биохимия крови: АЛТ – 108 ед/л, АСТ – 72 ед/л, ГГТП – 29 ед/л; общий билирубин – 34 мкмоль/л; ПТИ - 60%; общий анализ крови – в пределах нормы. При оценке по шкале Бека депрессии не выявлено.

Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Эталоны ответов. Задача №2.

1. Цирроз печени, ассоциированный с HCV-инфекцией, класс А по Child-Pugh (компенсированный).

2. Диагноз «цирроз печени, ассоциированный с HCV-инфекцией, класс А по Child-Pugh» установлен на основании жалоб больного на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, тупую боль в правом подреберье; данных анамнеза, объективного осмотра (желтушность кожных покровов, иктеричность склер, наличие у больного телеангиэктазий, гепатомегалии).

Подтверждают диагноз «цирроз печени С» данные исследований (выявление анти-HCV; ПЦР: РНК HCV - положительный, уровень РНК ВГС (31000 МЕ/мл).

Исключена другая этиология цирроза печени: (исследование крови на маркеры гепатита В: HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-)), а также исключено злоупотребление алкоголем, приём гепатотоксичных лекарственных средств.

Класс А ЦП установлен на основании классификации Child-Pugh. Согласно классификационным критериям (печёночная энцефалопатия, асцит не выявлены, общий билирубин – 36 мкмоль/л, альбумин – 38 г/л, ПТИ – 57%) определено 5 баллов, что соответствует классу А по Child-Pugh.

Диагноз «цирроз печени» подтверждается данными эластометрии печени: F4 (по шкале METAVIR), что соответствует циррозу печени.

Зарегистрировано изменение биохимических показателей крови: повышение АЛТ, АСТ, общего билирубина, ГГТП, гамма-глобулинов, снижение ПТИ.

При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени.

3. ЭГДС – для выявления и/или определения состояния вен пищевода и /или желудка; дуплексное сканирование сосудов печеночно-селезеночного бассейна для выявления портальной гипертензии.

4. Рекомендовано соблюдение диеты: исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао.

Пациенту с циррозом печени С класс А по Child-Pugh, генотип 1 рекомендовано назначение тройной схемы противовирусной терапии (ПВТ) с включением ингибитора протеазы второй волны Симепревира.

Симепревир назначают в дозе 150 мг 1 раз в сутки внутрь в комбинации с пегилированным интерфероном (ПЕГ/ИФН) альфа2а в дозе 180 мкг 1 раз в неделю подкожно и рибавирином в дозе 1000 мг в сутки ежедневно внутрь (при массе тела пациента 73 кг) в течение 12 недель; затем терапия ПЕГ/ИФН альфа2а и рибавирином должна быть продолжена в течение 12 недель (общая продолжительность терапии – 24 недели)

Для оценки эффективности ПВТ используется определение уровня РНК ВГС после 4, 12, 24 недели терапии, а также через 24 недели после ее окончания.

5. У пациента отмечено снижение уровня РНК ВГС.

Отмечена положительная динамика биохимических показателей (снижение АЛТ, АСТ, ГГТП). Продолжить противовирусную терапию по указанной схеме до 24 недель.

Рекомендовано определение уровня РНК ВГС после 12, 24 недели терапии, а также через 24 недели после ее окончания. С целью определения биохимического ответа – определение активности АЛТ после 12, 24 недели терапии, а также через 24 недели после ее окончания.

Один раз в 4 недели необходимо проводить исследование клинического анализа крови с подсчетом абсолютного числа нейтрофилов, определением уровня гемоглобина, количества эритроцитов и тромбоцитов. В период ПВТ пациенту необходимо исследовать уровень ТТГ и свободного тироксина каждые 3 месяца.

Рекомендован осмотр офтальмологом (в том числе - исследование глазного дна) с учетом возможных побочных действий противовирусных препаратов.

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

Диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога.

Дифференциальная диагностика при измененном мочевом осадке

Ситуационная задача № 1.

Больная 37 лет, при поступлении в стационар предъявляла жалобы на боли в поясничной области слева постоянного характера, временами усиливающиеся, учащенное до 10 раз в сутки болезненное мочеиспускание, выделение мутной мочи, повышение температуры тела, сопровождающееся ознобами. Считает себя больной в течении 5 лет, последнее обострение связывает с переохлаждением.

При поступлении общее состояние средней степени тяжести, температура тела 37,5°C. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не изменены, ЧСС 92 в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. Размеры печени не увеличены. Симптом поколачивания положительный слева.

Обследование: общий анализ крови - гемоглобин 116 г/л, лейкоциты $9 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 38 мм/ч. Креатинин - 90 мкмоль/л, мочевины - 4,0 мкмоль/л; общий анализ мочи - мутная, относительная плотность 1005, белок 0,33 г/л, лейкоциты до 50 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты - 20000, эритроциты - 600. Анализ мочи по Зимницкому: разброс относительной плотности 1005 - 1010, дневной диурез - 820 мл, ночной диурез - 900 мл, суточный диурез - 1720 мл. При бак.посеве мочи получена культура *E. coli*, чувствительная к ампициллину.

При внутривенной урографии форма и размеры почек обычные, справа чашечно - лоханочная система сохранена, слева контуры чашечек нечеткие, размытые, лоханки умеренно расширены.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать и почему?
2. Укажите, если возможно факторы риска?
3. Укажите основные звенья патогенеза.
4. Данные лабораторных и инструментальных методов лечения, позволяющих верифицировать диагноз?
5. Сформулируйте диагноз.
6. Принципы лечения и тактика ведения.

ОТВЕТЫ к ситуационной задаче №1.

Можно думать о хроническом пиелонефрите, учитывая субфебрилитет с ознобами, болевой синдром в поясничной области, дизурический синдром (учащенное болезненное мочеиспускание), мочевой синдром (изогипостенурия, лейкоцитурия, бактериурия), при внутривенной урографии деформация чашечно - лоханочной системы слева.

2. Переохлаждение.

3. Большинство грамм «-» бактерий имеют фимбрии, рецепторами для которых структуры мембран клеток мочевых путей - феномен бактериальной адгезии к уроэпителию → продвижение по стенке мочеточника → проникновение в почку → пиелонефрит.

Гематогенно: инфекция → повреждение перитубулярных капилляров → воспаление интерстиция → поражение канальцев → проникновение бактерий в просвет канальцев → перенос бактерий с током мочи в лоханку → рефлюкс → проникновение в интерстиций → пиелонефрит.

1. Общий анализ крови: лейкоцитоз, палочко - ядерный сдвиг влево, ускорение СОЭ; общий анализ мочи: лейкоцитурия с преобладанием нейтрофилов, бактериурия, протеинурия; анализ мочи по Нечипоренко: лейкоцитурия; анализ мочи по Зимницкому: изогипостенурия, никтурия. УЗИ: деформация чашечно - лоханочной системы, изменение размеров, контуров почек; внутривенная урография Деформация чашечно - лоханочной системы; изотопная ренография: замедление экскреторной функции.

2. Хронический левосторонний пиелонефрит, латентное течение, фаза обострения. Анемия легкой степени тяжести.

3. Диета (сбалансированная по белкам, жирам, углеводам и витаминам, с достаточным количеством жидкости), этиотропная терапия: антибиотикотерапия (пенициллины, цефалоспорины, карбапенемы, фторхинолоны, макролиды), химиотерапия (сульфаниламиды, хинолоны, нитрофураны, растительные антисептики); патогенетическая терапия: препараты, влияющие на иммунные процессы (дибазол, тималин, В -активин, солкоурувак, интрон - А, средства, улучшающие состояния почек и мочевых путей (трентал, троксевазин, антигиппоксанты, антиоксиданты, адаптогены); симптоматическая терапия (антигипертензивные), физиолечение (УВЧ, диатермия, ультразвук в латентную фазу).

Ситуационная задача № 2.

Больная К, 48 лет, обратилась к участковому врачу с жалобами на боли при мочеиспускании, боль в левой поясничной области, учащенное мочеиспускание, озноб, повышение температуры до 38°C. Объективно: лихорадка, положительный симптом Пастернацкого слева, моча мутная с хлопьями, удельный вес мочи умеренно повышен, реакция щелочная, лейкоциты покрывают все поля зрения, единичные эритроциты, цилиндры, хвостатые лоханочные клетки. Кровяное давление нормальное. Со стороны других органов патологии не обнаружено. В анамнезе хронический колит.

Вопросы:

1. О какой патологии прежде всего следует подумать врачу?
2. Что получим при исследовании мочи по Нечипоренко?
3. В какой порции будут изменения при проведении пробы Томпсона?
4. Какое исследование подтвердит диагноз?
5. Какое исследование необходимо провести для правильного выбора терапии?

ОТВЕТЫ к ситуационной задаче №2.

1. Острый пиелонефрит слева.
2. Значительное увеличение лейкоцитов (более 4000).
3. Во всех 3-х.
4. Экскреторная урография, УЗИ почек.
5. Бактериологическое исследование.

Дифференциальная диагностика при нефротическом синдроме.

Ситуационная задача № 1.

Больной М., 17 лет, при поступлении жалоб не предъявлял. Неделю назад появились катаральные явления, поднялась субфебрильная температура. На 3-й день от начала заболевания заметил изменение цвета мочи — стала красноватая. Направлен в стационар.

При поступлении состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски и влажности. АД — 120/80 мм рт. ст. В легких при аускультации дыхание

везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, отеков нет. При обследовании — общий анализ мочи: уд. вес — 1018, белок — 0,18 г/л, лейкоц. — 1-2-3 в п/зр., эр. — много в п/зр., цилиндры гиалиновые, зернистые; общий анализ крови : без особенностей.

Задание к задаче №1.

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз.
4. Лечение.

Результаты дополнительного обследования к задаче №1 :

1. УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, размеры 10-5 см, паренхима — 19 мм, несколько повышенной эхогенности, ЧЛК не изменен, подвижность почек в положении стоя не увеличена. Теней подозрительных на конкременты не выявлено.

2. УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, размеры справа 11-5,5 см, слева 10,5-5 см, паренхима — 16 мм, не уплотнена, однородной структуры. ЧЛК справа деформирован, в нижней чашечке эхопозитивная тень размером 1*0,8 см. Подвижность почек не изменена.

3. Анализ мочи на БК люминесцентным методом: не обнаружено.

4. Проба Зимницкого: дневной диурез — 700 мл, ночной диурез — 500 мл, уд. вес — 1008-1026.

5. Проба Зимницкого: дневной диурез — 900 мл, ночной диурез — 1300 мл, уд. вес — 1001-1006.

6. Уровень креатинина — 88 мкмоль/л, мочевины — 4,0 ммоль/л.

7. Проба Реберга: клубочковая фильтрация — 100 мл/мин., канальцевая реабсорбция — 99%, креатинин крови — 80 мкмоль/л, мин. диурез — 1,1 мл/мин.

8. Проба Реберга: клубочковая фильтрация — 40 мл/мин., канальцевая реабсорбция — 97%, креатинин крови — 250 мкмоль/л, мин. диурез — 1,3 мл/мин.

9. Анализ крови на иммуноглобулины: уровень IgG — 14 г/л(N), IgM — 1,9 г/л (N), IgA — 5,3 г/л (повышены).

10. Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы с числом клубочков до 10, во всех клубочках отмечается пролиферация клеток мезангия, расширение мезангиального матрикса. Заключение: данная морфологическая картина может быть расценена как мезангиопролиферативный гломерулонефрит.

11. При иммуногистологическом исследовании в мезангии обнаружены депозиты, содержащие преимущественно IgA. Заключение: IgA нефрит.

ОТВЕТЫ к ситуационной задаче №1.

1. Предварительный диагноз: хронический гломерулонефрит, гематурическая форма.

2. Диф. диагноз: мочекаменная болезнь, травмы почек, опухоли, туберкулез, интерстициальный нефрит.

3. План обследования: УЗИ почек, обзорная урография для исключения конкрементов, новообразований, при необходимости в/в урография, цистоскопия, компьютерная томография.

4. Анализ мочи на БК, туберкулиновые пробы

5. Проба Зимницкого.

6. Уровень креатинина, мочевины. Проба Реберга.

7. Уровень иммуноглобулинов А.

8. Нефробиопсия.

9. Лечение: гематурический гломерулонефрит специального лечения не требует, нетрудоспособность на время макрогематурии. Целесообразно ограничение белка, полезен зеленый чай. Прогноз благоприятный.

Ситуационная задача № 2.

У больного М., 30 лет, через 2 недели после перенесенной ангины, утром внезапно появились отеки. В анамнезе заболевания почек нет. При поступлении: общее состояние средней тяжести, бледность и одутловатость лица, массивные отеки ног, поясницы, асцит, жидкость в плевральной полости. В легких при аускультации в нижних отделах дыхание ослабленное. Сердечные тоны ритмичные, ясные. АД — 190/120 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в области проекции почек. Общий анализ мочи: уд. вес — 1010, белок — 0,6 г/л, эр. — 50-60 в п/зр., цилиндры: гиалиновые, зернистые. Общий анализ крови: Нв — 120 г/л, эритроциты — $4,6 \times 10^{12}/л$, лейкоц. — $8,3 \times 10^9/л$, СОЭ — 20 мм/час.

Задание к задаче №2.

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение.

Результаты дополнительного обследования к задаче №2 :

1. Динамика уровня креатинина: 200 мкмоль/л — 130 мкмоль/л -100 мкмоль/л ; 80 мкмоль/л — 90 мкмоль/л — 88 мкмоль/л ; 120 мкмоль/л — 200 мкмоль/л — 350 мкмоль/л (нарастание креатинина в течение трех месяцев).

2. Анализ крови на электролиты: К — 5,3 ммоль/л, Na — 150 ммоль/л, Ca — 2,2 ммоль/л, Cl — 97 ммоль/л

3. АСЛ-О — 320 ед.

4. Общий белок: 65 г/л

5. УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, размеры 12,5x7 см, паренхима отечная 22 мм, ЧЛК не изменен.

6. Глазное дно: признаки почечной ретинопатии.

7. Глазное дно: диски зрительных нервов с четкими контурами, артерии и вены не изменены. Патологии не выявлено.

8. Рентгенография грудной клетки: усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента, корни расширены, слабо дифференцируются.

9. Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы с числом клубочков до 8, во всех клубочках отмечается выраженная пролиферация эндотелия капилляров и клеток мезангия с расширением мезангиального матрикса. Мембраны тонкие. Во всех клубочках отмечается наличие лейкоцитов. Морфологическая картина может быть расценена как острый гломерулонефрит.

10. Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы корковый и мозговой слой с числом клубочков до 18, в 12 отмечается пролиферация капсулы с формированием полулуний, в оставшихся клубочках диффузная пролиферация клеток мезангия эндотелия, базальные мембраны на отдельных участках разрыхлены. Эпителий канальцев в состоянии белковой дистрофии, умеренная лимфогистиоцитарная инфильтрация интерстиция. Заключение: экстракапиллярный гломерулонефрит (нефрит с полулуниями).

Эталон ответов к задаче №2

1. Предварительный диагноз: острый нефритический синдром.

2. Диф. диагноз: острый гломерулонефрит, обострение хронического гломерулонефрита, начало подострого гломерулонефрита.

3. План обследования: динамика уровня креатинина, электролитов. Уровень противострептококковых антител. Общий белок, фракции. УЗИ почек (увеличение размеров, отек паренхимы). Глазное дно: ретинопатия при хроническом и подостром гломерулонефрите. Рентгенография грудной клетки (признаки застойных явлений). Нефробиопсия.

4. Лечение: при остром — симптоматическое (бессолевая диета, ограничение белка, салуретики, гипотензивные), антиагреганты, антикоагулянты, глюкокортикостероиды при неэффективности, при хроническом — патогенетическая терапия, при подостром — пульс-терапия, плазмоферез.

Дифференциальная диагностика при почечной недостаточности.

Ситуационная задача № 1.

Больной С., 22 лет, строитель, жалуется на одышку, повсеместные отеки, уменьшение количества мочи, жажду, отсутствие аппетита, тошноту, рвоту, не приносящую облегчение, головные боли, ухудшение зрения.

Около 4 мес. назад перенес фолликулярную ангину. Спустя 2 недели после ангины появились отеки на ногах, лице, пояснице, уменьшилось количество мочи до 300 мл/сут. В течение 3.5 мес. находился на лечении в терапевтическом отделении. Проводимая терапия: преднизолон 60 мг/сут., гипотензивные, мочегонные препараты - не эффективна. Состояние прогрессивно ухудшалось, нарастали отеки, слабость, появилась тошнота, рвота. В моче постоянно массивная протеинурия, АД стойко повышено.

Объективно: положение вынужденное, с приподнятым головным концом, цианоз губ, большие рыхлые отеки на ногах, пояснице, бледное одутловатое лицо. Над легкими ясный легочный звук, дыхание везикулярное, в нижних отделах - ослаблено, ЧДД 22 в мин. Пульс 96 в мин., АД 200/110 мм рт ст. Живот увеличен в объеме за счет асцита, передняя брюшная стенка пастозна. Печень увеличена и выступает из-под края реберной дуги на 4 см, умеренно болезненна, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Лабораторные данные: общий анализ крови Эр $2.8 \times 10^{12}/л.$, Нв -76 г/л, ЦП 0.8, Л- $7,2 \times 10^9/л.$, э-2, п-4, с-67, л-22, м-7, СОЭ- 60 мм/час.

Мочевина 35 ммоль/л, креатинин 1.5 ммоль/л, холестерин 16.6 ммоль/л, бета-липопротеиды 1.75, общий белок крови 45 г/л, альбумины 20%, $\alpha 1$ -5%, $\alpha 2$ -33%, β -12%, γ -20%, рН крови 7.24, К-7.0 ммоль/л

Общий анализ мочи уд. вес 1010, белок 10.2 г/л, Л- 3-4 в поле зрения, Эр 15 - 17 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 5-6 в поле зрения.

Суточная протеинурия 12 г

По Зимницкому уд. вес 1008 - 1012, ДД= 220, НД=270 мл

УЗИ почек: почки расположены типично, размеры 12.5 x 6.5 см, паренхима 2.5 см, эхогенность паренхимы повышена, выражены пирамидки, ЧЛС не расширена, конкременты не определяются.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз заболевания.
2. Какая предполагается морфологическая картина этого заболевания.
3. Назначьте патогенетическую терапию.
4. Есть ли показания к заместительной почечной терапии?
5. Каков прогноз заболевания?

ОТВЕТЫ к ситуационной задаче №1.

1. ХБП 3-4ст., в исходе быстро прогрессирующего гломерулонефрита. Нефротический синдром. Нефрогенная анемия средней степени. Нефрогенная гипертензия.

2. Экстракапиллярный пролиферативный гломерулонефрит с полулуниями.

3. Пульс- терапия преднизолон 1000мг в/в 1 раз в 3 дня, цитостатики (циклофосфан) 500мг 1 раз в 7 дней

Антикоагулянты: гепарин 5000 Ед. п/к 4 раза в день.

Антиагреганты: курантил 75 мг 3 раза в день

Диуретики (лазикс, фуросемид)

Гипотензивные средства (иАПФ, БРА, антагонисты кальция)

Альбумин 100 мл в/в кап

Плазмаферез.

Лечение анемии препаратми Fe.

4. Да, гемодиализ.

5. Требуется консультация ревматолога.

Ситуационная задача № 2.

Больной С., 25 лет, плотник, поступил с жалобами на одышку в покое, кашель со скудным количеством мокроты слизистого характера с прожилками крови, уменьшение количества мочи, массивные отеки, жажду.

Около 2-х недель назад переохладился, появилась ломота во всем теле, повысилась температура до 39°C, боль в горле. Лечился домашними средствами. Через 4 дня температура нормализовалась. Спустя неделю стала беспокоить жажда, заметил отеки под глазами, на ногах, появилась одышка, развился приступ удушья, отходила розовая пенная мокрота. Была вызвана машина скорой помощи, срочно госпитализирован в клинику.

Объективно при поступлении: положение вынужденное, с приподнятым головным концом, цианоз губ, ЧДД 32 в мин., лицо одутловатое, анасарка. Пульс 90 в мин., ритм правильный, АД 190/110 мм рт ст., границы относительной сердечной тупости: правая на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - верхний край 3 ребра, левая - на 2 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца резко ослаблены. Над легкими - ясный легочный звук, от углов лопаток с обеих сторон - притупление перкуторного звука, дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах, здесь же - обилие влажных незвучных хрипов. Живот увеличен в размерах за счет асцита, симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Лабораторные данные: ОАК - Эр 4,2 x10¹²/л., Нв-132 г/л, ц.п. 0,9, Л- 7,0 x10⁹/л, э-4, п-4, с- 60, л-22, м-10, СОЭ 20 мм/час

Общий белок крови 52 г/л, альбумины 30%, α1-4%, α2-12%, β -12%, γ- 16%, Холестерин 9.8 ммоль/л, β-липопротеиды 1.5, мочевины 6.2 ммоль/л, креатинин 0.088 ммоль/л. К-4,5 ммоль/л

Общий анализ мочи: уд.вес 1020, белок 5.5 г/л, Л-4-5, Эр - 15-20, цилиндры гиалиновые 1-2, эритроцитарные 3-4 в поле зрения. Суточный диурез 400 мл.

Вопросы:

- 1.Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
- 2.Какое осложнение основного заболевания имеется у больного?
- 3.Назначьте экстренную терапию развившегося осложнения.
- 4.Назначить патогенетическую терапию основного заболевания.
- 5.Имеются ли показания для экстракорпорального очищения крови?

ОТВЕТЫ к ситуационной задаче №2.

1. ХБП 2-3 ст., в исходе острого гломерулонефрита с нефротическим синдромом.

Период развернутых клинических проявлений. Нефрогенная гипертония.

2. Осложнение: острая левожелудочковая недостаточность(отек легких)

3.Увлажненный кислород, пропущенный через пары этилового спирта или ингаляция противоотечной смеси.

Жгуты резиновые на нижние конечности, морфин 1%-1,0 в/м или промедол 2%-1,0 в/м

Корглюкон 0,06% 0,5мл в/в струйно на физ.растворе

Лазикс 2,0 в/в струйно

Нитроглицерин 0,1 %-1,0 на 200,0 физ.р-ра в/в капельно медленно 4-5 часов

4.Преднизолон 60 мг /сутки

Курантил 125-250 мг/сутки

Гепарин 5 тыс.ЕД 4 раза п/к

Лазикс 2.0 в/в кап. 2-3 раза в день.

Альбумин 100 мг в/в кап.

Верошпирон 50мг 3 раза в день

5.Показаний для экстракорпорального очищения крови нет.

Ситуационная задача № 3.

Больная Т., 35 лет, поступила с жалобами на общую слабость, тошноту, периодические головные боли. При просмотре амбулаторной карты выявлены изменения в анализах мочи в виде протеинурии.

При осмотре лицо пастозное, кожные покровы бледные, сухие. АД — 170/110 мм рт. ст., сердечные тоны ритмичные, акцент II тона над аортой. В легких без особенностей. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются.

Общий анализ крови: эр. — $3,0 \times 10^{10}/л$, Нв — 100 г/л, ц.п.- 0,9, лейкоц. — $7,8 \times 10^9/л$, формула без отклонений, СОЭ — 35 мм/час. Общий анализ мочи: уд. вес — 1002, белок — 1,0 г/л, лейкоц. — 4-5 в п/зр., эр. — 5-8 в п/зр, цилиндры гиалиновые, зернистые. Проба Реберга : креатинин — 250 мкмоль/л, клубочковая фильтрация — 30 мл/мин., канальцевая реабсорбция — 97%.

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, контуры ровные, мелковолнистые, размеры — 7,8-4,0 см, паренхима истончена, значительно уплотнена — 0,9 см, отсутствие дифференциации между корковым и мозговым слоем. Признаки нефросклероза. ЧЛК без особенностей, подвижность почек в пределах нормы.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение. Показания к гемодиализу.

ОТВЕТЫ к ситуационной задаче №3.

Диагноз: ХБП 3-4ст., в исходе хронического гломерулонефрита, латентный (по клинической классификации Тареева), осложнение: нефрогенная артериальная гипертензия, анемия.

2. План обследования: УЗИ почек с целью уточнения размеров почек, состояния паренхимы. Проба Реберга.

3. Диф. диагноз: с острой почечной недостаточностью, так как есть гиперкреатининемия. В пользу хронической — протеинурия в анамнезе, сухость, бледность кожи, анемия, гипертония, уменьшение размеров почек по УЗИ.

4. Причина ХБП — латентный гломерулонефрит или латентный пиелонефрит. Наиболее вероятен гломерулонефрит (умеренная протеинурия а анамнезе, нет клиники обострений пиелонефрита: боли, дизурия, повышение температуры тела, лейкоцитурия, по данным УЗИ симметричный процесс в почках). На данный момент диф. диагноз причины ХПН труден. Важно выявление и уточнение стадии ХБП, так как от этого зависит тактика ведения больного.

5. Лечение: низкобелковая диета, некоторое ограничение соли (так как есть АГ, полное исключение соли при ХБП противопоказано, особенно в начальных стадиях). Водный режим адекватный диурезу, жидкость не ограничивать.

6. Гипотензивные (в данной стадии применение ИАПФ и БРА осторожно, опасно снижение клубочковой фильтрации и гиперкалиемия).

7. Энтеросорбенты. Слабительные.

8. Лечение анемии рекомбинантным эритропоэтином в преддиализный период или во время диализа.

9. Показания к гемодиализу: снижение клубочковой фильтрации 15 — 10 мл/мин, важно не пропустить срок ввода больного в гемодиализ при ХПН.

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 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 - рейтинговые баллы	Оценка зачета (нормативная) в 5-балльной шкале	Уровень достижений компетенций	Критерии оценки образовательных результатов
90-100	Зачтено	Высокий (продвинутый)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обладавший 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, обладавший осознанное (твердое) 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>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обладающий 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>НЕ ЗАЧТЕНО 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.

Задание состоит из 2 теоретических вопросов и выполнения практического/мануального навыка.

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