

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

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

*«ПОДГОТОВКА К СДАЧЕ И СДАЧА ИТОГОВОГО ЭКЗАМЕНА»*

<b>Уровень образования:</b>	Специалитет
<b>Специальность</b>	31.05.01 Лечебное дело
<b>Направленность программы</b>	Лечебное дело
<b>Форма обучения</b>	Очная
<b>Срок освоения образовательной программы в соответствии с ФГОС (очная форма)</b>	6 лет
<b>Год начала подготовки</b>	2023
<b>В соответствии с утвержденным УП:</b>	Протокол № 14 от 07.08.2023 г.
<b>шифр и наименование дисциплины</b>	Б3.01 Подготовка к сдаче и сдача итогового экзамена
<b>семестры реализации дисциплины</b>	12
<b>форма контроля</b>	

г. Москва 2023 г.

## **1. Область применения.**

Фонд оценочных средств (ФОС) является неотъемлемой частью программы подготовки к сдаче и сдача итогового экзамена 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 полученным выпускниками результатам обучения по дисциплинам (модулям) и практикам образовательной программы, освоение которых имеет определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников, а также оценить уровень подготовленности выпускников к самостоятельной профессиональной деятельности.

## **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 программы.**

### *Темы для подготовки к итоговому экзамену*

#### **Поликлиническая терапия**

1. Права и обязанности участкового врача терапевта. Организация рабочего времени участкового-терапевта. Оснащение кабинета участкового врача-терапевта.
2. Понятие о диспансерном методе. Показания для взятия на диспансерный учет. Организация проведения дополнительной диспансеризации населения. Принципы и задачи дополнительной диспансеризации. Основные этапы дополнительной диспансеризации.
3. Виды профилактических медицинских осмотров. Цели и задачи проведения профосмотров. Организация проведения профилактических медицинских осмотров.
4. Цели и задачи санитарно-просветительной работы. Виды санитарно-просветительной работы в амбулаторных условиях.
5. Планирование работы участкового врача-терапевта. Заполнение и ведение учетной и отчетной медицинской документации на амбулаторном приеме.
6. Принципы проведения МСЭ. Основные цели и задачи МСЭ. Критерии инвалидности. Порядок освидетельствования больного на МСЭ. Заполнение посылочного листка.
7. Порядок выдачи и сроки выдачи и продления листков временной нетрудоспособности.
8. Амбулаторная диагностика, тактика лечения, реабилитация, диспансеризация, профилактика кардиологических заболеваний.
9. Амбулаторная диагностика, тактика лечения, реабилитация, диспансеризация, профилактика ревматических заболеваний.
10. Амбулаторная диагностика, тактика лечения, реабилитация, диспансеризация, профилактика заболеваний органов дыхания.
11. Амбулаторная диагностика, тактика лечения, реабилитация, диспансеризация, профилактика заболеваний органов пищеварения.
12. Амбулаторная диагностика, тактика лечения, реабилитация, диспансеризация, профилактика органов мочевого выделения.
13. Амбулаторная диагностика, тактика лечения, реабилитация, диспансеризация, профилактика заболеваний органов кровотока.
14. Амбулаторная диагностика, тактика лечения, реабилитация, диспансеризация, профилактика эндокринных заболеваний.
15. Амбулаторная диагностика, симптоматическая терапия, профилактика онкологической патологии в практике участкового врача.

## **Поликлиническая терапия (Кардиология)**

1. Этиология и патогенез атеросклероза. Основные теории развития атеросклероза. Факторы риска. Клинические проявления атеросклероза сосудов различной локализации.
2. Основы лабораторно-инструментальной диагностики атеросклероза. Медикаментозное и немедикаментозное лечение атеросклероза. Профилактика.
3. Этиопатогенез ИБС. Классификация ИБС. Клинические проявления стенокардии.
4. Дифференциальная диагностика болей в левой половине грудной клетки.
5. Основы лабораторно-инструментальной диагностики ИБС (изменения в биохимическом анализе крови, ЭКГ-диагностика, нагрузочные пробы).
6. Медикаментозная терапия больных со стенокардией. Экспертиза нетрудоспособности.
7. Основные клинические варианты инфаркта миокарда. Лабораторно-инструментальные методы диагностики инфаркта. Тактика ведения больных с инфарктом миокарда на догоспитальном этапе.
8. Лечение инфаркта миокарда. Реабилитация больных с инфарктом. Экспертиза нетрудоспособности.
9. Диспансеризация больных с ИБС. Методы профилактики ИБС.
10. Классификация нарушений ритма. ЭКГ-диагностика аритмий.
11. Классификация нарушений ритма. ЭКГ-диагностика блокад.
12. Медикаментозное и немедикаментозное лечение аритмий. Показания к имплантации ЭКС, медикаментозной и электрической кардиоверсии.
13. Этиология и патогенез АГ. Факторы риска. Основные клинические проявления АГ. Поражение органов-мишеней.
14. Лабораторно-инструментальная диагностика АГ. Методы профилактики АГ и ее осложнений.
15. Немедикаментозная коррекция АГ. Основные гипотензивные препараты и их комбинации.
16. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности больных с АГ. Диспансеризация.
17. Классификация симптоматических гипертензий. Особенности клинических проявлений САГ. Медикаментозное лечение.
18. Осложненный и неосложненный гипертонический криз: клиника, лечение.
19. Этиология, патогенез НЦД. Основные клинические проявления. Медикаментозное и немедикаментозное лечение НЦД.
20. Особенности гемодинамики при митральных пороках сердца. Основные клинические проявления митрального стеноза и митральной недостаточности. Методы инструментальной диагностики митральных пороков.
21. Особенности гемодинамики при аортальных пороках сердца. Основные клинические проявления аортального стеноза и аортальной недостаточности. Методы инструментальной диагностики аортальных пороков.
22. Особенности гемодинамики при пороках межжелудочковой и межпредсердной перегородки. Основные клинические проявления и методы инструментальной диагностики.
23. Экспертиза нетрудоспособности при пороках сердца. Диспансерное наблюдение за больными с пороками сердца.
24. Проплап митрального клапана: этиология, клинические проявления, тактика ведения больных.
25. Этиология и патогенез миокардитов. Основные клинические проявления миокардитов. Дифференциальная диагностика миокардитов.
26. Лабораторно-инструментальные методы диагностики миокардитов. Медикаментозное лечение миокардитов. Профилактика. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности при миокардитах.
27. Этиология и патогенез кардиомиопатий. Классификация кардиомиопатий. Основные клинические проявления кардиомиопатий. Дифференциальная диагностика.
28. Лабораторно-инструментальные методы диагностики кардиомиопатий. Медикаментозное и немедикаментозное лечение кардиомиопатий. Диспансерное наблюдение.
29. Этиология и патогенез эндокардитов. Основные клинические проявления эндокардитов. Дифференциальная диагностика.
31. Лабораторно-инструментальные методы диагностики эндокардитов. Медикаментозное и немедикаментозное лечение эндокардитов. Меры профилактики инфекционного эндокардита.
32. Диспансерное наблюдение при инфекционном эндокардите. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности. Прогноз при инфекционном эндокардите.
33. Этиология и патогенез перикардитов. Основные клинические проявления перикардитов. Дифференциальная диагностика.
34. Лабораторно-инструментальные методы диагностики перикардитов. Медикаментозное и немедикаментозное лечение перикардитов. Меры профилактики перикардита.

35. Диспансерное наблюдение при перикардите. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности. Прогноз при перикардите.
36. Техника проведения пункции перикарда. Показания к перикардиоцентезу.
37. Этиология и патогенез ХСН. Классификация ХСН. Основные клинические проявления левожелудочковой и правожелудочковой сердечной недостаточности.
38. Основные методы лабораторно-инструментальной диагностики ХСН. Профилактика ХСН
39. Медикаментозное и немедикаментозное лечение ХСН. Рациональное назначение лекарственных средств. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности при ХСН.

#### **Поликлиническая терапия (Пульмонология)**

1. Этиология и патогенез острого бронхита. Основные клинические проявления острого бронхита. Методы лечения и профилактики острого бронхита. Экспертиза временной нетрудоспособности.
2. Этиология и патогенез ХОБЛ. Основные фенотипы ХОБЛ. Дифференциальная диагностика ХОБЛ. Методы лабораторно-инструментальной диагностики ХОБЛ.
3. Современные подходы к терапии ХОБЛ. Профилактика ХОБЛ. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности при ХОБЛ. Диспансерное наблюдение.
4. Этиология и патогенез бронхиальной астмы. Основные клинические проявления бронхиальной астмы. Дифференциальная диагностика бронхиальной астмы.
5. Лабораторно-инструментальная диагностика бронхиальной астмы. Ступенчатая терапия бронхиальной астмы. Профилактика обострений. Экспертиза нетрудоспособности и диспансерное наблюдение при бронхиальной астме.
6. Этиология и патогенез пневмоний. Классификация пневмоний. Основные клинические проявления пневмонии. Дифференциальная диагностика пневмоний.
7. Лабораторно-инструментальные методы диагностики пневмонии. Современные методы лечения пневмонии. Профилактика пневмонии. Экспертиза временной нетрудоспособности и диспансерное наблюдение при пневмонии.
8. Этиология и патогенез саркоидоза. Классификация. Основные клинические проявления саркоидоза. Методы диагностики и лечения саркоидоза. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности при саркоидозе. Диспансерное наблюдение.
9. Этиология и патогенез идиопатического фиброзирующего альвеолита. Основные клинические проявления идиопатического фиброзирующего альвеолита. Методы диагностики и лечения идиопатического фиброзирующего альвеолита. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности при идиопатическом фиброзирующем альвеолите. Диспансерное наблюдение. Реабилитация больных с идиопатическим фиброзирующим альвеолитом
10. Этиология и патогенез абсцесса легкого. Основные клинические проявления абсцесса легкого. Методы диагностики и лечения абсцесса легкого. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности при абсцессе легкого. Диспансерное наблюдение.
11. Этиология и патогенез бронхоэктатической болезни. Классификация. Основные клинические проявления бронхоэктатической болезни. Методы диагностики и лечения бронхоэктатической болезни. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности при бронхоэктазах. Диспансерное наблюдение.
12. Этиопатогенез хронического легочного сердца. Основные клинические проявления хронического легочного сердца. Методы параклинической диагностики. Лечение и профилактика хронического легочного сердца. Экспертиза нетрудоспособности и диспансерное наблюдение при легочном сердце.
13. Этиология и патогенез дыхательной недостаточности. Классификация. Клинические проявления дыхательной недостаточности. Современные методы диагностики и лечения дыхательной недостаточности. Профилактика. Диспансерное наблюдение.
14. Этиология и патогенез плевритов. Основные клинические проявления сухого и экссудативного плеврита. Дифференциальная диагностика плевритов.
15. Методы лабораторно-инструментальной диагностики плевритов. Современные подходы к терапии плевритов. Профилактика. Экспертиза нетрудоспособности при плевритах.

#### **Поликлиническая терапия (Гастроэнтерология)**

1. Этиология и патогенез ахалазии кардии. Клинические проявления ахалазии кардии. Методы инструментальной диагностики. Лечение и профилактика ахалазии кардии. Экспертиза нетрудоспособности, диспансерное наблюдение при ахалазии кардии.
2. Этиология и патогенез дивертикулов пищевода. Виды дивертикулов. Клинические проявления дивертикулов пищевода и ГПОД. Методы инструментальной диагностики.

3. Этиология и патогенез ГЭРБ. Классификация ГЭРБ. Основные клинические проявления ГЭРБ. Методы лабораторно-инструментальной диагностики.
4. Медикаментозное и немедикаментозное лечение ГЭРБ. Показания к хирургическому лечению. Профилактика ГЭРБ. Экспертиза нетрудоспособности, диспансерное наблюдение при ГЭРБ.
5. Этиология и патогенез хронического гастрита. Клинические проявления хронического гастрита и функциональной диспепсии. Методы лабораторно-инструментальной диагностики. Лечение гастритов. Экспертиза нетрудоспособности, диспансерное наблюдение при гастритах.
6. Этиология и патогенез язвенной болезни. Клинические проявления язвенной болезни. Классификация. Методы лабораторно-инструментальной диагностики.
7. Лечение и профилактика язвенной болезни. Схемы эрадикационной терапии и порядок их назначения. Показания к хирургическому лечению. Экспертиза нетрудоспособности, диспансерное наблюдение при язвенной болезни.
8. Основные клинические варианты болезни оперированного желудка: механизмы развития и клиника. Принципы терапии болезней оперированного желудка. Экспертиза нетрудоспособности и диспансерное наблюдение больных с болезнью оперированного желудка.
9. Этиология и патогенез хронической функциональной диспепсии. Клинические проявления различных вариантов функциональной диспепсии. Методы лабораторно-инструментальной диагностики. Лечение функциональных расстройств желудка.
10. Этиология и патогенез СРК. Клинические проявления различных вариантов СРК. Методы лабораторно-инструментальной диагностики. Лечение и профилактика обострений СРК.
11. Этиология и патогенез невоспалительных энтеритов (глютенная энтеропатия, лактазная недостаточность). Клинические проявления. Методы лабораторно-инструментальной диагностики невоспалительных энтеритов. Дифференциальная диагностика.
12. Этиотропная и симптоматическая терапия невоспалительных энтеритов. Экспертиза нетрудоспособности и диспансерное наблюдение при невоспалительных энтеритах.
13. Этиология и патогенез болезни Крона. Клинические проявления при различной локализации поражения. Методы лабораторно-инструментальной диагностики болезни Крона.
14. Дифференциальная диагностика болезни Крона. Базисная и симптоматическая терапия болезни Крона. Экспертиза нетрудоспособности и диспансерное наблюдение при болезни Крона.
15. Этиология и патогенез язвенного колита. Клинические проявления при различной локализации поражения. Методы лабораторно-инструментальной диагностики болезни язвенного колита.
16. Дифференциальная диагностика язвенного колита. Базисная и симптоматическая терапия язвенного колита. Экспертиза нетрудоспособности и диспансерное наблюдение при язвенном колите.
17. Этиология и патогенез псевдомембранозного колита. Клинические проявления. Методы лабораторно-инструментальной диагностики псевдомембранозного колита. Дифференциальная диагностика. Базисная и симптоматическая терапия псевдомембранозного колита. Экспертиза нетрудоспособности и диспансерное наблюдение при псевдомембранозном колите.
18. Этиология и патогенез ишемического колита. Клинические проявления. Методы лабораторно-инструментальной диагностики ишемического колита. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения ишемического колита. Экспертиза нетрудоспособности при ишемическом колите.
19. Этиология и патогенез острых гепатитов. Клинические проявления острого гепатита. Методы лабораторно-инструментальной диагностики острых гепатитов.
20. Дифференциальная диагностика острого гепатита. Лечение острого гепатита. Показания к госпитализации в ОРИТ. Экспертиза нетрудоспособности и диспансерное наблюдение при острых гепатитах.
21. Этиология и патогенез хронических гепатитов. Клинические проявления хронического гепатита. Методы лабораторно-инструментальной диагностики. Дифференциальная диагностика.
22. Этиотропная, патогенетическая и симптоматическая терапия хронических гепатитов. Экспертиза нетрудоспособности и диспансерное наблюдение при хронических гепатитах.
23. Этиология и патогенез цирроза печени. Клинические проявления цирроза печени. Классификация и правила построения диагноза при циррозе печени. Осложнения цирроза печени. Методы лабораторно-инструментальной диагностики.
24. Дифференциальная диагностика. Патогенетическая и симптоматическая терапия цирроза печени и его осложнений. Экспертиза нетрудоспособности и диспансерное наблюдение при циррозе печени.
25. Этиопатогенез печеночно-клеточной недостаточности. Стадии развития печеночной энцефалопатии. Основные подходы к медикаментозной терапии печеночной недостаточности.
26. Этиология и патогенез дискинезий желчевыводящих путей. Клинические проявления различных вариантов дискинезий желчевыводящих путей. Методы лабораторно-инструментальной диагностики. Дифференциальная диагностика. Медикаментозная терапия дискинезий желчевыводящих путей.

27. Этиология и патогенез некалькулезных холециститов. Клинические проявления хронического некалькулезного холецистита. Методы лабораторно-инструментальной диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение некалькулезного холецистита. Экспертиза нетрудоспособности и диспансерное наблюдение при хроническом некалькулезном холецистите.

28. Этиология и патогенез калькулезного холецистита. Клинические проявления хронического калькулезного холецистита. Методы лабораторно-инструментальной диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение калькулезного холецистита. Показания к холецистэктомии. Экспертиза нетрудоспособности и диспансерное наблюдение при хроническом калькулезном холецистите.

29. Этиология и патогенез хронического панкреатита. Клинические проявления хронического панкреатита. Методы лабораторно-инструментальной диагностики. Дифференциальная диагностика.

30. Лечение хронического панкреатита: методы коррекции болевого синдрома и экзокринной панкреатической недостаточности. Понятие об относительной панкреатической недостаточности. Экспертиза нетрудоспособности и диспансерное наблюдение при хроническом панкреатите.

### **Поликлиническая терапия (Ревматология)**

1. Этиология и патогенез острой ревматической лихорадки. Основные клинические проявления острой ревматической лихорадки. Лабораторно-инструментальные методы диагностики. Дифференциальный диагноз острой ревматической лихорадки.

2. Основные принципы терапии острой ревматической лихорадки. Профилактика ревматизма. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности при острой ревматической лихорадке. Диспансерное наблюдение.

3. Основные клинические проявления ХРБС. Инструментальные методы диагностики. Лечение ХРБС. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности при ХРБС. Диспансерное наблюдение.

4. Этиология и патогенез ревматоидного артрита. Основные клинические проявления ревматоидного артрита. Лабораторно-инструментальные методы диагностики. Дифференциальный диагноз ревматоидного артрита.

5. Основные принципы терапии ревматоидного артрита: базисная и симптоматическая терапия. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности при ревматоидном артрите. Диспансерное наблюдение.

6. Этиология и патогенез подагры. Основные клинические проявления подагры. Лабораторно-инструментальные методы диагностики. Дифференциальный диагноз подагры.

7. Основные принципы терапии подагры: базисная и симптоматическая терапия. Методы профилактики обострений подагрического артрита. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности при подагре. Диспансерное наблюдение.

8. Этиология и патогенез остеоартрита. Основные клинические проявления остеоартрита. Лабораторно-инструментальные методы диагностики. Дифференциальный диагноз остеоартрита.

9. Основные принципы терапии остеоартрита. Показания к хирургическому лечению. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности при остеоартрите. Диспансерное наблюдение.

10. Этиология и патогенез реактивных артритов. Основные клинические проявления реактивных артритов. Лабораторно-инструментальные методы диагностики. Дифференциальный диагноз реактивных артритов.

11. Основные принципы терапии реактивных артритов. Методы профилактики реактивного артрита. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности при реактивном артрите. Диспансерное наблюдение.

12. Этиология и патогенез анкилозирующего спондилоартрита. Основные клинические проявления анкилозирующего спондилоартрита. Лабораторно-инструментальные методы диагностики. Дифференциальный диагноз анкилозирующего спондилоартрита.

13. Основные принципы терапии анкилозирующего спондилоартрита: базисная и симптоматическая терапия. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности при анкилозирующем спондилоартрите. Диспансерное наблюдение.

14. Этиология и патогенез псориатического артрита. Основные клинические проявления псориатического артрита. Лабораторно-инструментальные методы диагностики. Дифференциальный диагноз псориатического артрита.

15. Основные принципы терапии псориатического артрита. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности при псориатическом артрите. Диспансерное наблюдение.

16. Этиология и патогенез системных васкулитов. Классификация системных васкулитов. Основные клинические проявления системных васкулитов. Лабораторно-инструментальные методы диагностики. Дифференциальный диагноз системных васкулитов.

17. Основные принципы терапии системных васкулитов. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности при системных васкулитах. Диспансерное наблюдение.

18. Этиология и патогенез системной красной волчанки. Классификация СКВ. Основные клинические проявления СКВ. Лабораторно-инструментальные методы диагностики СКВ. Дифференциальный диагноз СКВ.

19. Основные принципы терапии СКВ: базисная и симптоматическая терапия. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности при СКВ. Диспансерное наблюдение.

20. Этиология и патогенез системной склеродермии. Классификация системной склеродермии. Основные клинические проявления системной склеродермии. Лабораторно-инструментальные методы диагностики системной склеродермии. Дифференциальный диагноз системной склеродермии.

21. Основные принципы терапии системной склеродермии: базисная и симптоматическая терапия. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности при системной склеродермии. Диспансерное наблюдение.

22. Этиология и патогенез дерматомиозита. Основные клинические проявления дерматомиозита. Лабораторно-инструментальные методы диагностики дерматомиозита. Дифференциальный диагноз дерматомиозита.

23. Основные принципы терапии дерматомиозита: базисная и симптоматическая терапия. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности при дерматомиозите. Диспансерное наблюдение.

#### **Поликлиническая терапия**

##### **(Нефрология)**

1. Этиология и патогенез нефротического синдрома. Основные клинические проявления нефротического синдрома. Основы терапии нефротического синдрома.

2. Этиология и патогенез острого пиелонефрита. Основные клинические проявления острого пиелонефрита. Дифференциальная диагностика. Лабораторно-инструментальные методы диагностики. Лечение и профилактика острого пиелонефрита. Экспертиза нетрудоспособности.

3. Этиология и патогенез хронического пиелонефрита. Классификация. Основные клинические проявления хронического пиелонефрита.

4. Лабораторно-инструментальная диагностика хронического пиелонефрита. Лечение и профилактика хронического пиелонефрита.

5. Экспертиза нетрудоспособности при хроническом пиелонефрита. Диспансерное наблюдение.

6. Этиология и патогенез хронического гломерулонефрита. Классификация. Основные клинические проявления хронического гломерулонефрита.

7. Лабораторно-инструментальная диагностика хронического пиелонефрита. Лечение и профилактика хронического пиелонефрита.

8. Экспертиза нетрудоспособности при хроническом гломерулонефрита. Диспансерное наблюдение.

9. Этиология и патогенез острого гломерулонефрита. Основные клинические проявления острого гломерулонефрита. Дифференциальная диагностика. Лабораторно-инструментальные методы диагностики. Лечение и профилактика острого гломерулонефрита. Экспертиза нетрудоспособности.

10. Этиология и патогенез ОПП. Основные клинические проявления ОПП. Параклиническая диагностика. Методы лечения и профилактики ОПП. Экспертиза нетрудоспособности.

11. Этиология и патогенез ХБП. Основные клинические проявления ХБП. Классификация. Параклиническая диагностика ХБП.

12. Медикаментозные и немедикаментозные методы лечения ХБП. Профилактика ХБП. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности.

13. Этиология и патогенез амилоидоза. Основные клинические проявления. Классификация. Параклиническая диагностика.

14. Медикаментозные и немедикаментозные методы лечения амилоидоза. Профилактика. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности.

#### **Поликлиническая терапия**

##### **(Гематология)**

1. Этиология анемий. Патогенез железодефицитной анемии. Основные клинические проявления ЖДА. Лечение и профилактика ЖДА. Экспертиза нетрудоспособности и диспансерное наблюдение при анемиях.

2. Этиология анемий. Патогенез В12-дефицитной анемии. Основные клинические проявления В12-дефицитной анемии. Лечение и профилактика В12-дефицитной анемии. Экспертиза нетрудоспособности и диспансерное наблюдение при анемиях.

3. Этиология анемий. Патогенез гемолитической анемии. Основные клинические проявления гемолитической. Лечение и профилактика гемолитической анемии. Экспертиза нетрудоспособности и диспансерное наблюдение при анемиях.

4. Этиология и патогенез острого лейкоза. Основные клинические проявления острого лейкоза. Методы параклинической диагностики острого лейкоза.

5. Дифференциальная диагностика при остром лейкозе. Основные методы терапии острого лейкоза, сопроводительная терапия. Профилактика осложнений острого лейкоза. Экспертиза нетрудоспособности.

6. Этиология и патогенез хронического миелолейкоза. Основные клинические проявления хронического миелолейкоза. Методы параклинической диагностики хронического миелолейкоза.

7. Дифференциальная диагностика при хроническом миелолейкозе. Основные методы терапии хронического миелолейкоза, сопроводительная терапия. Профилактика осложнений хронического миелолейкоза. Экспертиза нетрудоспособности.

8. Этиология и патогенез хронического лимфолейкоза. Основные клинические проявления хронического лимфолейкоза. Методы параклинической диагностики хронического лимфолейкоза.

9. Дифференциальная диагностика при хроническом лимфолейкозе. Основные методы терапии хронического лимфолейкоза, сопроводительная терапия. Профилактика осложнений хронического лимфолейкоза. Экспертиза нетрудоспособности.

10. Этиология и патогенез миеломной болезни. Основные клинические проявления миеломной болезни. Классификация. Методы параклинической диагностики миеломной болезни.

11. Дифференциальная диагностика при миеломной болезни. Основные методы терапии миеломной болезни. Экспертиза нетрудоспособности.

12. Этиология и патогенез эритремии. Основные клинические проявления эритремии. Методы параклинической диагностики.

13. Дифференциальная диагностика при эритремии. Основные методы терапии эритремии. Экспертиза нетрудоспособности.

14. Этиология и патогенез идиопатической тромбоцитопенической пурпуры. Основные клинические проявления тромбоцитопенической пурпуры. Методы параклинической диагностики.

15. Дифференциальная диагностика при тромбоцитопенической пурпуре. Основные методы терапии идиопатической тромбоцитопенической пурпуры. Экспертиза нетрудоспособности.

16. Этиология и патогенез гемофилии. Основные клинические проявления гемофилии. Методы параклинической диагностики.

17. Дифференциальная диагностика при гемофилии. Основные методы терапии гемофилии. Профилактика осложнений гемофилии. Экспертиза нетрудоспособности.

18. Этиология и патогенез геморрагического васкулита. Основные клинические проявления геморрагического васкулита. Методы параклинической диагностики.

19. Дифференциальная диагностика при геморрагическом васкулите. Основные методы терапии геморрагического васкулита. Экспертиза нетрудоспособности.

20. Этиология и патогенез ДВС-синдрома. Основные клинические проявления ДВС-синдрома. Терапия и профилактика ДВС-синдрома.

### **Поликлиническая терапия (Эндокринология)**

1. Этиология и патогенез сахарного диабета 1 и 2 типа. Основные клинические проявления сахарного диабета. Ранние и поздние осложнения.

2. Лабораторно-инструментальная диагностика сахарного диабета. Дифференциальная диагностика сахарного диабета. Современные методы терапии сахарного диабета 1 и 2 типа.

3. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности при сахарном диабете. Реабилитация больных сахарным диабетом. Диспансерно наблюдение при сахарном диабете.

4. Этиология и патогенез диффузно-токсического зоба. Классификация зоба. Основные клинические проявления диффузно-токсического зоба.

5. Лабораторно-инструментальная диагностика диффузно-токсического зоба. Современные принципы медикаментозной терапии диффузно-токсического зоба. Показания к хирургическому лечению.

6. Экспертиза нетрудоспособности при диффузно-токсическом зобе. Осложнения диффузно-токсического зоба.

7. Этиология и патогенез аутоиммунного тиреоидита. Основные клинические проявления аутоиммунного тиреоидита. Осложнения.

5. Лабораторно-инструментальная диагностика аутоиммунного тиреоидита. Современные принципы медикаментозной терапии аутоиммунного тиреоидита. Дифференциальная диагностика.

6. Экспертиза нетрудоспособности при аутоиммунном тиреоидите. Осложнения аутоиммунного тиреоидита.

8. Основные причины развития гипотиреоза. Клиника и лабораторно-инструментальная диагностика гипотиреоза. Медикаментозная коррекция гипотиреоза. Профилактика.

9. Этиопатогенез феохромоцитомы. Основные клинические проявления. Методы диагностики и лечения феохромоцитомы.
10. Этиопатогенез альдостеромы. Основные клинические проявления. Методы диагностики и лечения альдостеромы.
11. Этиопатогенез кортикостеромы. Основные клинические проявления. Методы диагностики и лечения кортикостеромы.
12. Экспертиза нетрудоспособности и диспансерное наблюдение при гормонально-активных опухолях надпочечников.
13. Этиология и патогенез надпочечниковой недостаточности. Основные клинические проявления надпочечниковой недостаточности. Лабораторно-инструментальная диагностика надпочечниковой недостаточности.
14. Лечение и профилактика надпочечниковой недостаточности. Экспертиза нетрудоспособности при надпочечниковой недостаточности.
15. Факторы риска развития ожирения. Классификация ожирения. Основные методы терапии ожирения.
16. Этиология и патогенез болезни Иценко-Кушинга. Лабораторно-инструментальная диагностика и лечение болезни Иценко-Кушинга.
17. Этиология и патогенез юношеского диспитуитаризма. Основные клинические проявления. Параклиническая диагностика и методы терапии.
18. Этиология и патогенез несахарного диабета. Основные клинические проявления. Лабораторно-инструментальная диагностика несахарного диабета. Методы терапии.
19. Этиология и патогенез акромегалии. Основные клинические проявления. Лабораторно-инструментальная диагностика акромегалии. Методы терапии.

#### **Инфекционные болезни**

1. Место инфекционных заболеваний в патологии человека. Определение понятий «инфекция», «инфекционный процесс», «инфекционная болезнь». Течение инфекционного заболевания. Его циклы. Острые и хронические формы инфекционных болезней. Медленные инфекции.
2. Структура инфекционной службы в Российской Федерации (приказ 220).
3. Аденовирусная инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
4. Амебиаз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клиника и осложнения. Диагностика. Лечение. Профилактика.
5. Аскаридоз. Источник инфекции. Особенности распространения. Патогенез. Клиника. Осложнения. Лечение. Профилактика
6. Ботулизм. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Диагностика в поликлинических условиях.
7. Вирусные гастроэнтериты. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
8. Грипп. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
9. Дизентерия. Диагностика. Лечение. Показания к обязательной госпитализации. Профилактика.
10. Дифтерия. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Осложнения.
11. Кишечный иерсиниоз. Этиология. Эпидемиология. Клинические формы и отличие от псевдотуберкулеза. Диагностика. Лечение. Профилактика.
12. Коронавирусная инфекция. Этиология. Эпидемиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
13. Парагрипп. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
14. Пищевые токсикоинфекции. Наиболее частые их возбудители. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
15. Риновирусная инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
16. Рожа. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
17. Сальмонеллез. Диагностика. Лечение. Показания к обязательной госпитализации. Профилактика.
18. Клещевой боррелиоз (болезнь Лайма). Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
19. Энтеровирусная инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
20. Эшерихиозы. Этиология. Классификация эшерихий. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.

#### **Клиническая онкология**

1. Организация помощи онкологическим больным в России. Маршрутизация больных с подозрением на злокачественное новообразование (ЗНО). Правила составления плана лечения онкологического больного.

2. Клинические группы в онкологии. Медицинские документы, заполняемые на онкобольных. Понятие о скрининговых исследованиях и онкомаркерах в онкологии. Наиболее информативные онкомаркеры.

3. Методы диагностики онкологических заболеваний, место морфологических исследований, виды биопсий. Виды профилактики онкозаболеваний.

4. Понятие о комбинированном, комплексном лечении онкобольных, адъювантном и неадъювантном лечении.

5. Паллиативное лечение онкологических больных. Принципы лечения болевого синдрома. Основные группы лекарственных препаратов для лечения хронической боли.

6. Рак легкого. Этиология, патогенез рака легкого. Клиника и диагностика рака легкого.

7. Рак кожи. Этиология, патогенез рака кожи. Клиника и диагностика рака кожи. Предраковые заболевания кожи при раке кожи.

8. Злокачественная меланома кожи. Этиология, патогенез, клиника меланомы кожи. Предраковые заболевания кожи при ЗМК.

9. Рак желудка. Этиология, патогенез рака желудка. Клиника и диагностика рака желудка. Предраковые заболевания для рака желудка.

10. Рак молочной железы. Предраковые заболевания для рака молочной железы. Мастопатия: этиопатогенез, классификация, особенности клиники. Принципы дифференциальной диагностики различных форм мастопатии и рака молочной железы.

### **Практические задания к итоговому экзамену (примеры)**

#### **Примеры ситуационных клинических задач**

#### **СИТУАЦИОННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 1**

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

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

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

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

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

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

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

#### **ОТВЕТ**

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с *Helicobacter pylori*, одиночная малая (0,5 см) язва задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки впервые выявленная,

рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), I стадия. Хронический фарингит стадия ремиссии. Ожирение 1 ст.

2. У пациента имеются голодные боли, ночные боли, изжога, которые характерны для язвенной болезни 12-перстной кишки. Диагноз подтверждают данные ЭФГДС: луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют четкие границы, гиперемизированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Ассоциация язвенной болезни с *Helicobacter pylori* определена по положительному уреазному тесту. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), I стадия выставлена на основании жалоб на изжогу, отрыжку кислым; наличия факторов риска: хронического фарингита у пациента (данные анамнеза), при обследовании выявлено ожирение I степени; данных ЭФГДС – пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода (изменения соответствуют I стадии ГЭРБ). Ожирение 1ст. выставлено на основании показателя индекса массы тела - 32,0 кг/м<sup>2</sup>, который соответствует 1 ст. ожирения.

3. Пациенту с целью исключения осложнений рекомендовано следующее обследование: полный гематологический анализ крови, трансаминазы (АЛТ, АСТ), сахар крови, креатинин крови. Проведение ЭКГ для дифференциального диагноза с ИБС; УЗИ брюшной полости для исключения сопутствующей патологии; для уточнения степени воспаления и выявления метаплазии – цитологическое и гистологическое исследование биоптата краёв язвы и слизистой в месте поражения пищевода, суточная внутрипищеводная рН-метрия для уточнения характера рефлюктата. Консультация врача-хирурга - по показаниям (при наличии осложнения язвенной болезни), врача-онколога – при подозрении на злокачественный характер изъязвления. Консультация врача-отоларинголога для уточнения стадии хронического фарингита.

4. Трёхкомпонентная схема эрадикации *Helicobacter pylori*: ИПП в стандартной дозе (Омепразол – 20 мг, Лансопразол – 30 мг, Рабепразол – 20 мг или Эзомепразол – 20 мг); Кларитромицин - 500 мг; Амоксициллин - 1000 мг или Метронидазол (МТР) - 500 мг. Все препараты назначить 2 раза в день, длительностью не менее 10-14 дней. При неэффективности данной терапии назначается квадротерапия. Учитывая наличие ГЭРБ необходимо назначить прокинетики, которые стимулируют опорожнение желудка: Итоприда гидрохлорид. Итоприда гидрохлорид усиливает пропульсивную моторику ЖКТ за счёт антагонизма с допаминовыми D2- рецепторами и дозозависимого ингибирования активности ацетилхолинэстеразы. Активирует высвобождение ацетилхолина и подавляет его разрушение. Оказывает специфическое действие на верхний отдел ЖКТ, ускоряет транзит по желудку и улучшает его опорожнение. Назначается по 50 мг 3 раза до еды. Через 14 дней продолжить прием ИПП в стандартной дозе ещё 2-5 недель для эффективного заживления язвы под контролем ФГДС.

5. Все пациенты с язвенной болезнью и ГЭРБ должны состоять на диспансерном учёте. Рекомендуются немедикаментозная терапия с учётом сочетания язвенной болезни с ГЭРБ: 1) избегать обильного приёма пищи; 2) после приёма пищи избегать наклонов вперёд и горизонтального положения; последний приём пищи не позднее, чем за 3 часа до сна; 3) ограничить приём продуктов, снижающих давление нижнего пищеводного сфинктера и оказывающих раздражающее действие на слизистую оболочку пищевода: богатых жирами (цельного молока, сливок, тортов, пирожных), жирной рыбы и мяса, алкоголя, кофе, крепкого чая, шоколада, цитрусовых, томатов, лука, чеснока, жаренных блюд; отказаться от газированных напитков; 4) спать с приподнятым головным концом кровати; 5) исключить нагрузки, повышающие внутрибрюшное давление – не носить тесную одежду и тугие пояса, корсеты, не поднимать тяжести более 8-10 кг на обе руки, избегать физических нагрузок, связанных с перенапряжением брюшного пресса; 6) отказаться от курения; нормализовать и поддерживать массу тела в норме. Профилактическую терапию «по требованию» назначают при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни. Показано назначение Омепразола в полной суточной дозе (40 мг) в течение 2-3 дней, а затем в половинной дозе (20 мг) в течение двух недель.

## **СИТУАЦИОННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 2.**

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

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

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

При осмотре состояние больного средней тяжести. Телосложение правильное, рост – 168 см, вес – 70 кг.

Форма грудной клетки коническая, дыхание свободное через нос. Заметна пульсация шейных вен. ЧД – 17 уд/мин. При перкуссии звук ясный, лёгочный, границы лёгких в пределах нормы. При аускультации дыхание жёсткое, хрипов нет.

Система кровообращения. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 112 уд/мин, дефицит пульса. АД – 130/80 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется, размеры по Курлову – 9х8х7 см.

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

Записана ЭКГ: зубцы Р во всех отведениях отсутствуют. Между комплексами QRS, мелкие волны «f», частота желудочков 110-150 в минуту.

Вопросы:

1. Какое нарушение ритма у больного?
2. С какими наджелудочковыми аритмиями необходимо провести дифференциальный диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования вы назначите больному? Обоснуйте ответ.
4. На основании каких параметров оценивается риск развития инсульта и системных тромбоэмболий (ТЭО) у данного больного? Является ли необходимым назначение антикоагулянтов у данного больного?
5. Перечислите, что относится к сердечно-сосудистым и другим состояниям, ассоциирующимся с фибрилляцией предсердий; назовите какие состояния ассоциируются с развитием фибрилляции предсердий у данного больного.

**ОТВЕТ**

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

### **СИТУАЦИОННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 3.**

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

Больной 25 лет, водитель, обратился к участковому терапевту с жалобами на появление эпизодов удушья с затрудненным выдохом, кашель с трудно отделяемой мокротой практически ежедневно. Приступы удушья возникают 2-3 раза в неделю чаще ночью и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Незначительная одышка при физической нагрузке. Лекарства не принимал. Считает себя больным около 3 мес. За медицинской помощью обратился впервые. С детства частые бронхиты с обострениями в весенне-осенний периоды. Другие хронические заболевания отрицает. Операций, травм не было. Курит по 1,5 пачки в день 5 лет. У матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь.

Аллергологический анамнез не отягощён. Профессиональных вредностей не имеет.

При физикальном осмотре: состояние больного лёгкой степени тяжести. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы чистые, влажные. Рост 175 см, вес 81 кг. Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При перкуссии – ясный лёгочный звук. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание везикулярное, проводится во все отделы,

выслушивается небольшое количество сухих, рассеянных, высокодискантных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 80 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 120/80 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10x9x7 см. Дизурических явлений нет.

Вопросы:

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

**ОТВЕТ**

1. Неаллергическая бронхиальная астма, среднетяжёлое течение, впервые выявленная, неконтролируемая. Дыхательная недостаточность 1 степени.

2. План обследования: клинический анализ крови; ЭКГ, спирометрия; рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях; общий анализ мокроты; консультация врача-пульмонолога.

3. План лечения: отказ от курения; с целью купирования приступа заболевания ингаляционно применять  $\beta_2$ -адреномиметики короткого действия (Сальбутамол или Фенотерол). Для постоянного приёма - комбинация низких доз ингаляционных ГКС (Флутиказон 100-250 мкг/сут, Будесонид 200-400 мкг/сут или Беклометазон дипропионат 200-500 мкг/сут) с длительно действующими  $\beta_2$ -агонистами (Салметерол 100 мкг/сут или Формотерол 9-18 мкг/сут). Обучение навыкам самоведения бронхиальной астмы.

4. Временно нетрудоспособен. Выдать ЛН на 3-4 дня. Нетрудоспособность при среднетяжёлом течении бронхиальной астмы продолжается до стабилизации процесса. Противопоказан тяжёлый физический труд, контакт с токсическими веществами, работа в неблагоприятных метеорологических условиях, длительные командировки, работа в горячих цехах, длительная ходьба, профессиональная речевая нагрузка. Рациональное трудоустройство через ВК.

5. Неудовлетворительный ответ на лечение (ОФВ1 < 50% от должного после применения бронходилататоров). Симптомы обострения астмы нарастают, или отсутствует положительная динамика в течение 3 часов с момента начала неотложных лечебных мероприятий. Не наблюдается улучшения в течение 4-6 часов после начала лечения системными глюкокортикостероидами.

#### **СИТУАЦИОННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 4.**

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

Пациент А.Т. 49 лет, инженер, обратился к участковому терапевту с жалобами на эпизодическое повышение АД до 150/90-160/95 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области. По совету своих знакомых при плохом самочувствии, связанном с высоким АД, принимает эналаприл по 10 мг. Кроме того, в последние 2-3 мес. стал отмечать появление ноющих болей в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250-300 метров, купирующихся в покое. Считает себя больным около 2-х лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Ранее не обследовался. Систематической терапии не получает. Максимальные цифры АД – 170/100 мм рт. ст. Около 10 лет назад была выявлена язвенная болезнь 12-перстной кишки, после курса консервативной терапии обострений больше не было. Другие хронические заболевания отрицает. Курит около ½ пачки в день – 30 лет. Алкоголь употребляет умеренно. Семейный анамнез: мать страдает ИБС, ГБ; отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. Операций, травм не было.

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

Вопросы:

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

5. Какие комбинации групп гипотензивных препаратов противопоказаны данному пациенту?

**ОТВЕТ**

1. Гипертоническая болезнь II стадии. Степень АГ 2. Риск 3 (высокий). ХСН 0 ст., ФК 0. Атеросклероз артерий нижних конечностей.

2. Диагноз «гипертоническая болезнь» установлен на основании жалоб больного на эпизодическое повышение АД до 150/90-160/95 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей установлен на основании данных анамнеза (в последние 2-3 месяца стал отмечать появление ноющих болей в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250-300 метров, купирующиеся в покое); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней - системный атеросклероз.

3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ, калий, натрий, креатинин с расчётом СКФ, мочевиная кислота, АЛТ, АСТ), глюкоза плазмы натощак, ЭКГ, ЭхоКГ, исследование глазного дна, СМАД, УЗИ сосудов нижних конечностей с последующей консультацией сосудистого врача-хирурга (при необходимости), консультация невролога.

4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Гипотензивная терапия (возможно назначение ИАПФ, БРА, АК, диуретиков). Например, Периндоприл 2,5 мг 1 раз в день, Амлодипин 5 мг 1 раз в день, после достижения целевых цифр АД - дезагреганты (Аспирин 75 мг/сут).

5. Противопоказаны комбинации БАБ и АК (недигидропиридинового ряда).

**СИТУАЦИОННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 5.**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

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

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

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Телосложение правильное. ИМТ – 37 кг/м<sup>2</sup>. Окружность талии – 104 см. Кожные покровы обычного цвета, чистые. Видимые слизистые бледно-розовые. Периферические л/узлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 72 в мин. Гемодинамика стабильная. АД – 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень – по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

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

**ОТВЕТ**

1. Сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный, целевой уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) ≤ 7 %. Ожирение 2 ст. Диабетическая нефропатия? АГ I степени, риск III.

2. Диагноз «сахарный диабет» установлен на основании результатов анализов (гипергликемия - 6,9 ммоль/л, глюкозурии). Целевой уровень HbA1c ≤ 7 %, так как возраст пациентки 50 лет, нет тяжелых осложнений и нет риска гипогликемической комы. Диагноз «артериальная гипертония» (АГ) установлен на основании данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 6 месяцев); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Степень риска ССО поставлена на основании наличия сахарного диабета. Необходимо исключить вторичный характер артериальной гипертонии. Возможно наличие диабетической нефропатии, так как в общем анализе мочи - протенинурия (0,15 г/л). Ожирение 2 ст., так как ИМТ = 37 кг/м<sup>2</sup>.

3. Пациенту рекомендовано: определение уровня HbA1c, гликемический профиль, исследование мочи на альбуминурию, БАК: ОХ, ТГ, ЛПНП, ЛПВП, АЛТ, АСТ, общий билирубин, мочевиная, креатинин, расчёт СКФ, УЗИ почек, ЭКГ, ФЛГ, консультации эндокринолога, офтальмолога, невролога, проведение суточного мониторинга АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ.

4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ХБП I-III стадии, с диабетической нефропатией. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает Рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II - Лозартан.

5. Метформин, так как он является препаратом первой линии при СД 2 типа, особенно в сочетании с ожирением.

#### **СИТУАЦИОННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 6.**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

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.

**ОТВЕТ**

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 Амоксицилином 1 г 2 раза в день и Кларитромицином 500 мг 2 раза в день продолжительностью 10-14 дней. Возможно добавление к этой схеме Висмута трикалия дицитрата 240 мг 2 раза в день и *Saccharomyces boulardii* (по 250 мг 2 раза в сутки) для повышения эффективности эрадикации. Для купирования симптомов постпрандиального дистресс-синдрома назначают прокинетики, например, Итоприд 50 мг 3 раза в день на 3 недели.

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

#### **СИТУАЦИОННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 7.**

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

Мужчина 57 лет вызвал врача на дом. Предъявляет жалобы на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. Вышеописанная симптоматика появилась около 2 часов назад после интенсивной физической нагрузки. Самостоятельно принял 2 таблетки нитроглицерина – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили.

В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 10 лет с максимальными цифрами артериального давления 200/100 мм рт.ст. Регулярно лекарственные препараты не принимал. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет. Газоэлектросварщик. Аллергические реакции отрицает.

При объективном обследовании: кожные покровы влажные. В легких перкуторный звук лёгочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

На ЭКГ зарегистрировано: синусовый ритм, подъем сегмента ST > 0,2 мВ в отведениях II, III, aVF. Транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии, располагающего возможностью проведения первичного ЧКВ – 30 мин.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какой должна быть тактика ведения пациента на догоспитальном этапе? Обоснуйте свой выбор.
4. Какой объём медикаментозной помощи должен быть оказан пациенту на догоспитальном этапе?
5. Достаточно ли данных для постановки диагноза инфаркт миокарда? Обоснуйте свой ответ. При необходимости предложите дополнительные методы исследования.

**ОТВЕТ**

1. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST в нижней стенке левого желудочка. Артериальная гипертензия III стадии, III степени, риск 4.

2. Диагноз «ОКС» поставлен на основании жалоб пациента на типичные ангинозные боли, продолжающиеся около 2 часов, не купирующиеся приёмом Нитроглицерина; характерных изменений ЭКГ: подъем сегмента ST > 0,2 м в более чем в двух смежных отведениях для мужчины старше 40 лет. Диагноз «артериальная гипертония» (АГ) установлен на основании данных анамнеза (повышение АД в последние 10 лет), стадия АГ установлена на основании наличия ОКС, свидетельствующего о заболевании сердца как ассоциированном клиническом состоянии. Постановка степени АГ основана на цифрах повышения АД в анамнезе и при объективном осмотре. Риск ССО определён в соответствии со степенью повышения АД и наличия ассоциированного клинического состояния.

3. Пациенту требуется экстренная госпитализация. Необходим вызов бригады скорой медицинской помощи - бригады интенсивной терапии. Учитывая то, что транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии составляет менее 120 минут с момента первого медицинского контакта, наиболее целесообразной тактикой является выполнение первичного ЧКВ.

4. На догоспитальном этапе (на этапе поликлиники, на дому): повторно - Нитроглицерин, Аспирин 500 мг разжевать. На этапе скорой медицинской помощи: купирование болевого синдрома - Нитроглицерин в/в, при неэффективности - Морфин в/в дробно. Антитромботическая терапия: Аспирин 250 мг разжевать, нагрузочная доза Клопидогрела - 300 мг внутрь, прямые антикоагулянты в/в болюсно - Гепарин. Кислородотерапия.

5. Данных недостаточно. «Золотым стандартом» диагностики инфаркта миокарда является обнаружение в крови кардиоспецифических ферментов. Диагноз может быть установлен на госпитальном этапе при обнаружении в крови наиболее специфических маркеров некроза миокарда - КФК-МВ, сердечных тропонинов.

**СИТУАЦИОННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 8.**

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

Мужчина 59 лет находился на стационарном лечении в кардиологическом диспансере с 01.09.2016 г. по 14.09.2016 г. по поводу переднего Q-образующего инфаркта миокарда от 01.09.2016 г. Поступал с жалобами на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в область левой лопатки, одышку, возникшие после стрессовой ситуации.

Из анамнеза известно, что в последние 2 года периодически повышалось АД до максимальных цифр 160/90 мм рт.ст. Постоянно лекарственную терапию не получал, эпизодически принимал каптоприл 25 мг. При физической нагрузке периодически возникал дискомфорт в области сердца, одышка. За медицинской помощью не обращался. Курит более 30 лет по ½ пачке сигарет в день. Семейный анамнез: отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 60 лет. Работает машинистом башенного крана.

При поступлении проведена коронароангиография, обнаружена окклюзия передней межжелудочковой артерии, выполнены ЧТКА и эндопротезирование передней межжелудочковой артерии.

В анализах: общий холестерин - 6,36 ммоль/л, ЛПНП - 3,69 ммоль/л, ЛПВП - 1,25 ммоль/л, ТГ - 2,26 ммоль/л, глюкоза натощак - 4,5.

ЭХО-КГ: гипертрофия левого желудочка, увеличение полости левого предсердий. Локальная гипокинезия боковой стенки левого желудочка. Митральная регургитация 2 ст., трикуспидальная регургитация 1 ст. Нарушение диастолической функции левого желудочка (VE/VA <1,0). ФВ - 48%.

Период стационарного лечения протекал без особенностей, после выписки пациент направлен в специализированный кардиореабилитационный стационар, где находился до 30.09.2016 г.

Результаты велоэргометрии: субмаксимальная ЧСС 137 уд/мин достигнута при нагрузке 100 Вт.

Результаты теста с 6-минутной ходьбой: за 6 мин пройдено 412 метров.

30.09.2016 г. явился на приём в поликлинику по месту жительства. Боли в сердце не беспокоят, при быстрой ходьбе появляется одышка.

Постоянно принимает аспирин 100 мг/сут, клопидогрел 75 мг/сут, аторвастатин 40 мг/сут, бисопролол 2,5 мг/сут, лизиноприл 5 мг 2 раза в сутки.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ - 37 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. ЧСС - 70 уд. в мин., АД - 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Отеков нет. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Разработайте программу реабилитации на поликлиническом этапе.
4. Оцените данные лабораторных анализов и объективного осмотра пациента, проведите коррекцию медикаментозной терапии.
5. Укажите сроки временной нетрудоспособности. Разработайте план диспансерного наблюдения.

**ОТВЕТ**

1. ИБС: стенокардия напряжения II ФК. Постинфарктный кардиосклероз (01.09.2016 г.). ЧТКА и эндопротезирование передней межжелудочковой артерии (01.09.2016 г.). Артериальная гипертензия III стадии, II степени, риск 4. Ожирение 2 ст. Гиперлипидемия. Хроническая сердечная недостаточность IIА стадии, II ФК.

2. Диагноз «ИБС: стенокардия напряжения» поставлен на основании жалоб пациента на типичные ангинозные боли, данных анамнеза, наличия стенозирующего атеросклероза коронарных артерий (по данным коронароангиографии), перенесённого инфаркта миокарда. Постинфарктный кардиосклероз выставлен, поскольку с момента перенесённого инфаркта миокарда прошло более 28 суток. Функциональный класс стенокардии напряжения определён в соответствии с результатами велоэргометрии (нагрузка 100 Вт соответствует второму ФК). Диагноз гипертонической болезни (ГБ) установлен на основании данных анамнеза (повышение АД в последние 2 года), стадия ГБ установлена на основании наличия ИБС, постинфарктного кардиосклероза как ассоциированного клинического состояния. Постановка степени ГБ основана на цифрах повышения АД в анамнезе и при объективном осмотре. Риск ССО определён в соответствии со степенью повышения АД и наличия ассоциированного клинического состояния. Ожирение 2 ст. установлено на основании значения ИМТ. Гиперлипидемия установлена на основании повышения уровня общего холестерина, ЛПНП, ТГ. Диагноз «хроническая сердечная недостаточность» установлен на основании жалоб пациента на одышку при физической нагрузке, наличия диастолической дисфункции ЛЖ по данным ЭХО-КГ. Стадия ХСН определена в соответствии с классификацией Василенко-Стражеско по наличию умеренных признаков недостаточности кровообращения по малому кругу. ФК ХСН определён в соответствии с пройденной дистанцией теста с 6-минутной ходьбой.

3. После выписки больного из стационарного кардиореабилитационного отделения он направляется в поликлинику по месту жительства, в котором наблюдается в течение 1 года врачом-кардиологом. При отсутствии врача-кардиолога пациент наблюдается врачом-терапевтом участковым. Через год пациент переводится в группу наблюдения с другими формами ИБС. Программа кардиореабилитации на поликлиническом этапе включает в себя программы контролируемых физических тренировок (ФТ). Пациент должен выполнять аэробную ФТ средней интенсивности и длительностью по 30 мин  $\geq 3$  раза в неделю. ФТ осуществляются под контролем клинического состояния пациента, АД, ЧСС, ЭКГ.

В первые недели занятий ЧСС на высоте ФТ и в первые 3 минуты после неё не должна превышать исходную более чем на 20 ударов в минуту, а дыхание - не более чем на 6 в минуту. Допускается повышение (от исходного) систолического АД на 20-40 мм и диастолического АД на 10-12 мм рт. ст. Данному пациенту в качестве физической нагрузки может быть назначена дозированная ходьба. Для дозированной ходьбы ЧСС остаётся основным методом контроля правильного дозирования нагрузки. Тренировочная ЧСС может быть рассчитана по формуле: ЧСС тренировочная = (ЧСС максимальная О ЧСС покоя) × 60% + ЧСС покоя. Период активного контроля за пациентом должен продолжаться от 3 до 6 месяцев.

Далее больному назначаются неконтролируемые ФТ, легко и без всяких опасений выполняемые в домашних условиях под самоконтролем. Посещение образовательных программ «Школа для больных, перенёвших инфаркт миокарда». При необходимости - программы психологической реабилитации. Программы по модификации факторов риска - занятия с диетологом, специалистом по отказу от курения. Медикаментозная терапия: блокаторы P2Y12 рецепторов - в течение 1 года после перенесённого инфаркта миокарда; Аспирин, ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, статины - постоянно, в дозах, необходимых для поддержания целевых показателей АД, ЧСС, ЛПНП. Профессиональная реабилитация: работа по основной профессии невозможна (значительное физическое и эмоциональное напряжение, работа на высоте). Показано направление пациента на МСЭ для установления группы инвалидности на 1 год. Переобучение на профессию, не связанную с значительным физическим и эмоциональным напряжением.

4. В объективном осмотре обращают на себя внимания значения ЧСС и АД, которые выше целевых после перенесённого инфаркта миокарда, что требует коррекции медикаментозной терапии - увеличение дозы бета-адреноблокаторов и ингибиторов АПФ до достижения целевых значений ЧСС и АД. В лабораторных анализах обращает на себя внимание гиперхолестеринемия (увеличение уровня общего холестерина, ЛПНП, ТГ). Рекомендуются выполнить повторное исследование липидного спектра крови через 4-6 недель после инфаркта миокарда, при необходимости произвести коррекцию дозы статинов до достижения уровня ЛПНП менее 1,8 ммоль/л.

5. Срок временной нетрудоспособности для пациента с трансмуральным инфарктом миокарда передней стенки ЛЖ без существенных осложнений составляет 70-90 суток. Пациенту необходимо ежемесячное диспансерное наблюдение врача-кардиолога с выполнением ряда диагностических исследований с определённой периодичностью: ЭКГ в покое - не менее 1 раза в 2 месяца (кратность проведения зависит от наличия и частоты приступов стенокардии); суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру - 1 раз в год; ЭХО-КГ - 1 раз в 6 месяцев; исследование липидного спектра крови - через 4-6 недель после инфаркта миокарда и через 3 месяца после начала медикаментозной терапии. При достижении целевого уровня общего холестерина и ЛПНП повторные измерения необходимо проводить 4 раза в первый год лечения и 2 раза в год в последующие годы. Проба с физической нагрузкой (не ранее 3-6 недель после инфаркта миокарда) данному пациенту выполнена в условиях реабилитационного центра.

#### **СИТУАЦИОННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 9.**

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

Пациент Д. 50 лет обратился в поликлинику с жалобами на частые головные боли, периодическую жажду, сухость во рту, учащённое мочеиспускание днём и до 6 раз последние несколько дней, тяжесть в поясничной области, особенно последние несколько дней после переохлаждения и повышенную утомляемость около недели. Однократно поднималась температура до 37,8 °С. Из анамнеза – СД 2 типа 3 года, получает метформин 2000 мг/с, глюкоза крови больше 6 ммоль/л натощак не повышается. Гипертоническая болезнь около 5 лет. Принимает валсартан 40 – 80 мг/сутки в зависимости от уровня АД. Максимальное повышение АД до 150/90 мм рт.ст. при рабочем 135/80 мм рт. ст. Ведёт малоподвижный образ жизни, работает посменно менеджером. Головные боли чаще возникают после ночной смены. У матери гипертоническая болезнь, у отца ИМ. Курит по 5-6 сигарет с течение 10 лет.

При осмотре – повышенного питания. ИМТ – 29 кг/м<sup>2</sup>, объём талии (ОТ) 100 см. Кожные покровы и слизистые обычной окраски. Перкуторно над лёгкими звук лёгочный. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 17 в минуту. В сердце тоны ослаблены, ритм правильный, акцент II тона над аортой, ЧСС – 78 уд. в мин. АД – 135/85 мм.рт.ст. (S=D) Язык влажный чистый, живот пальпаторно безболезненный, слегка увеличен в объёме за счёт подкожно-жировой клетчатки. Размеры печени не увеличены. Селезёнка не увеличена. Симптом Пастернацкого положителен с обеих сторон. Периферическая пульсация на артериях стоп сохранена, не снижена.

В общем анализе крови: эритроциты – 4,4 \*10<sup>12</sup>/л, гемоглобин – 142 г/л, цветовой показатель – 0,85, лейкоциты 11\*10<sup>9</sup>/л, палочкоядерные 8%, сегментоядерные 72%, лимфоциты 16%, моноциты 4%. СОЭ - 25 мм/ч.

В общем анализе мочи: удельный вес – 1018, белок – следы, лейкоциты – 20-30 в поле зрения, эритроциты 1-2 в поле зрения.

В биохимическом анализе крови: глюкоза крови 5.2 ммоль/л, HbA1c 5.6%, АЛТ 25 МЕ/л, АСТ 15 МЕ/л, креатинин 75 мкмоль/л. Рентгенография легких – без патологии.

ЭКГ – синусовый ритм, признаки гипертрофии левого желудочка, ЧСС – 84 уд/мин.

УЗИ брюшной полости – печень не увеличена, эхогенность не изменена, желчный пузырь не увеличен, стенка 2 мм, конкрементов нет, поджелудочная железа неравномерно уплотнена, не увеличена. Почки не увеличены, деформация ЧЛС с обеих сторон, кисти конкрементов нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте терапию. Обоснуйте свой выбор.

5. Через 10 дней после лечения нормализовался общий анализ мочи – белка нет, лейкоциты 1-2 в поле зрения, нормализовался общий анализ крови – лейкоциты  $5 \cdot 10^9$ , СОЭ 10 мм/ч. Продолжали оставаться нормальными целевыми АД – 130/80 и гликемия 5.5 ммоль/л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**ОТВЕТ**

1. Гипертоническая болезнь, 2 стадия, 2 степень, риск 4. Вторичный хронический двусторонний пиелонефрит, обострение. Сахарный диабет 2 типа, средней тяжести. Целевой уровень Hb A1c 6,5%. Избыток веса. Дислипидемия.

2. Диагноз «гипертоническая болезнь» (ГБ) установлен на основании жалоб больного на боли в затылке, особенно после стрессов; установление степени ГБ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Стадия ГБ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (сердца). Степень риска ССО поставлена на основании наличия ожирения, атерогенной дислипидемии, отягощенной по ГБ наследственности, мужского пола. Диагноз «обострение хронического пиелонефрита» установлен на основании жалоб на тяжесть боли в пояснице, учащённое мочеиспускание, повышение температуры, возникших после переохлаждения; данных осмотра – положительный симптом Пастернацкого; данных лабораторного обследования – лейкоцитоз, лейкоцитурия и белок в моче, а также инструментального обследования: УЗИ почек – деформации ЧЛС. Диагноз «сахарный диабет (СД) 2 типа» установлен на основании жалоб на жажду и сухость во рту, анамнеза заболевания. Целевой уровень Hb A1c 6,5% установлен в связи с небольшой длительностью СД, стабильным течением заболевания, соматической сохранностью больного и долгой предполагаемой продолжительностью жизни компенсированным и стойко невысоким уровнем гликемии. Диагноз «избыток веса» установлен на основании повышенного ИМТ и ОТ. Диагноз «атерогенная дислипидемия» установлен на основании повышенных общего холестерина и ЛПНП и сниженного уровня ЛПВП.

3. Пациенту рекомендовано: исследование дневной гликемии через 2 часа после основных приёмов пищи и натошак на фоне лечения для оценки эффективности проводимой терапии и компенсации диабета; проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической ретинопатии; доплерография сонных артерий (для выявления ранних признаков атеросклероза: бляшки, утолщение слоя интима-медиа); анализ мочи по Нечипоренко и общий анализ мочи в динамике для оценки эффективности терапии; определение микроальбуминурии, расчёт скорости клубочковой фильтрации по формуле CDF-EPI - для исключения ХБП, посев мочи на возбудителя и чувствительность к антибиотикам.

4. Для лечения ГБ на фоне СД - ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их метаболической нейтральности и кардиопротективных и нейропротективных свойствах. Для лечения обострения хронического пиелонефрита антибиотик группы пероральных цефалоспоринов III поколения Цефексим 400 мг однократно в день по 1 таблетке 10 дней - бактерицидное действие, широкий спектр против грамположительных и грамотрицательных бактерий, удобство применения - приём 1 раз в сутки. Канефрон Н по 50 капель 3 раза в день 1 месяц - комбинированный препарат растительного происхождения, оказывающий уросептическое и спазмолитическое действие.

Спазмолитики: Дротаверин 40 мг 3 раза в день (для снятия спазма мочевых путей). Для лечения СД на фоне избыточного веса - Бигуанид метформин 1000 мг по 2 т. во время завтрака и на ночь назначен в соответствии с алгоритмом ведения больных - отсутствие гипогликемий и метаболическая нейтральность, максимальное сохранение инсулиновой секреции в условиях ожирения и инсулинорезистентности, то есть патогенетически подобранное лечение. Для лечения дислипидемии

необходим статин Розувастатин 10 мг в сутки в связи с механизмом действия - снижает общий холестерин, ТГ, ЛПНП, имеет плейотропные эффекты (уменьшает эндотелиальную дисфункцию и воспаление на фоне инсулинорезистентности и гипергликемии - кардиопротективное действие).

5. Отменить антибиотики и до 1 месяца продолжить принимать Канефрон, раз в месяц общий анализ мочи, так как на фоне СД может поддерживаться латентное воспаление в почках, которое будет в свою очередь способствовать декомпенсации СД. Продолжить антигипертензивную терапию без изменений, продолжить сахароснижающую терапию под контролем гликемии и Hb A1c, продолжить приём статинов под контролем биохимического анализа крови 1 раз в 3 месяца в первый год терапии. Продолжить динамическое наблюдение. Продолжить рекомендовать рацион с ограничением жиров и быстроусвояемых углеводов и соли, продолжить дозированные физические нагрузки с целью снижения веса.

### **СИТУАЦИОННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 10.**

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

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

Из анамнеза известно, накануне был в гостях у друга, где употреблял мясо и красное вино в большом количестве. Боль возникла впервые, внезапно, около 6 часов утра и локализовалась преимущественно в области I плюснефалангового сустава правой стопы. Работает стоматологом.

Семейный анамнез: мать – страдает сахарным диабетом 2 типа, АГ, отец - страдает подагрой, подагрическим полиартритом.

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

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

В анализах: общий анализ крови: эритроциты –  $5,1 \cdot 10^{12}/л$ , лейкоциты –  $11,8 \cdot 10^9/л$ , тромбоциты –  $280 \cdot 10^9/л$ , СОЭ – 30 мм/час. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,0 ммоль/л, ТГ – 2,0 ммоль/л, ХС - ЛПВП – 0,86 ммоль/л; глюкоза – 5,7 ммоль/л; мочевая кислота – 576 мкмоль/л, СРБ – 18 мг/л, ревматоидный фактор – отрицательный, серомукоид – 0,15 ед, креатинин – 87 мкмоль/л. СКФ (СКД-ЕР1) – 92 мл/мин 1,73 м<sup>2</sup>. Альбуминурия – 10 мг/сутки.

Вопросы:

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

### **ОТВЕТ**

1. Подагра. Острый артрит I плюсне-фалангового сустава правой стопы, первая атака. Экзогенно-конституциональное ожирение 2 степени. Гиперлипидемия (гиперхолестеринемия, гипертриацилглицеридемия).

2. Диагноз «подагра» установлен на основании жалоб больного на сильную боль в плюсне-фаланговом суставе I пальца правой стопы, припухлость I пальца правой стопы, гиперемия кожи над суставом, повышение температуры тела до 37,5°C; данных анамнеза (накануне был в гостях у друга, где употреблял мясо и красное вино в большом количестве, боль возникла впервые, внезапно, около 6 часов утра и локализовалась преимущественно в области I плюсне-фалангового сустава правой стопы); данных объективного обследования (при осмотре I плюсне-фалангового сустава правой стопы: кожные покровы над I плюсне-фаланговым суставом резко гиперемированы, горячие на ощупь, отёк сустава распространяется на соседние мягкие ткани, пальпация сустава резко болезненна, движения и ходьба практически невозможны. Интенсивность боли по шкале ВАШ - 7 баллов); стадия подагры на основании анамнеза заболевания (боль возникла впервые, внезапно) и на основании данных лабораторного

исследования (повышение уровня мочевой кислоты). Диагноз «экзогенно-конституциональное ожирение (ЭКО)» установлен на основании показателя ИМТ ( $>35,59$  кг/м<sup>2</sup>). Диагноз «гиперлипидемия» установлен на основании повышения общего холестерина, повышения уровня ТГ и снижения уровня ЛПВП.

3. Пациенту рекомендовано: рентгенография I плюсне-фаланговых суставов обеих стоп - для определения стадии подагры; общий анализ мочи + альбуминурия - для выявления кристаллов уратов, поражения почек; пункция I плюсне-фалангового сустава для исследования суставной жидкости - выявление кристаллов моноуратов натрия; ревматологические пробы: ревматоидный фактор, АЦЩП - для исключения ревматоидного артрита; биохимические показатели: аминотрансферазы, креатинин крови - с целью персонификации фармакотерапии и уточнения коморбидного статуса пациента.

4. Оптимальное лечение подагры требует комбинации нефармакологических и фармакологических подходов и должно учитывать: а) специфические факторы риска (уровень мочевой кислоты, количество предшествующих атак, рентгенография); б) стадию болезни (асимптоматическая гиперурикемия, острый/интермиттирующий артрит, межприступный период, хроническая тофусная подагра); в) общие факторы риска (возраст, пол, ожирение, гиперурикемические препараты).

Обучение больного правильному образу жизни (уменьшение веса тела при ожирении, диета, уменьшение приёма алкоголя, особенно пива) - ключевой аспект лечения. Ограничение в пищевом рационе богатых пуринами продуктов животного происхождения и снижение массы тела способствует снижению сывороточного уровня мочевой кислоты, а алкоголь, особенно пиво, является независимым фактором риска для подагры. Лечение острого приступа подагрического артрита. НПВП и Колхицин могут быть эффективны в терапии острого приступа артрита и являются первой линией терапии. Высокие дозы Колхицина приводят к побочным эффектам, а низкие дозы (например, 0,5 мг 3 раза в день) могут быть достаточны у ряда пациентов. Удаление синовиальной жидкости и введение внутрисуставно длительно действующих глюкокортикоидов может быть эффективным и безопасным лечением острого приступа артрита. Антигиперурикемическая терапия показана больным с острыми атаками. Проведение антигиперурикемической терапии показано при неэффективности нефармакологических методов лечения. Решение о подобной терапии должно быть принято индивидуально, учитывая баланс между пользой и потенциальными рисками, и согласовано с больным. Целью антигиперурикемической терапии является предупреждение образования и растворение имеющихся кристаллов моноурата натрия, это достигается поддержанием уровня МК ниже точки супернасыщения сыворотки уратами ( $<360$  мкмоль/л), так как предотвращение образования и растворение уже имеющихся кристаллов моноурата натрия возможно при достижении указанного сывороточного уровня мочевой кислоты. Профилактика суставных атак в течение первых месяцев антигиперурикемической терапии может достигаться Колхицином (0,5-1,0 грамм в день) и/или НПВП (с гастропротекцией при показании). И Колхицин и НПВП имеют потенциально серьёзные побочные эффекты, и их назначение предопределяет необходимость соотносить потенциальную пользу и вред. При наличии противопоказаний и/или неэффективности НПВП и Колхицина для профилактики приступов артрита в первые месяцы антигиперурикемической терапии возможно назначение ингибиторов Интерлейкина-1. Данному пациенту назначена следующая терапия - немедикаментозная: питание при подагре предусматривает снижение общего калоража. Необходимо уменьшить поступление в организм экзогенных пуринов и животных жиров. Жиры снижают экскрецию мочевой кислоты почками.

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

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

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

#### **Критерии и шкалы оценивания.**

Итоговая оценка определяется по окончании итогового экзамена на закрытом заседании экзаменационной комиссии. По окончании заседания результаты объявляются Председателем экзаменационной комиссии.

Оценка «отлично» выставляется обучающемуся в том случае, если, по мнению членов ЭК, выпускник дал полные развернутые ответы на вопросы билета, продемонстрировал:

- высокий уровень освоения материала, предусмотренного содержанием образовательной программы;
- знания и умения, позволяющие решать задачи профессиональной деятельности;
- обоснованность, четкость, полноту изложения ответов на дополнительные вопросы;
- высокий уровень информационной и коммуникативной культуры.

Оценка *«хорошо»* выставляется в том случае, если, по мнению членов ЭК, выпускник дал полные развернутые ответы на вопросы билета, однако не ответил на ряд дополнительных вопросов. Также может быть выставлена в случае, если ответ на один из вопросов неполный. В целом обучающийся продемонстрировал хороший уровень освоения материала, предусмотренного содержанием образовательной программы; знания и умения, позволяющие решать задачи профессиональной деятельности. Ответ обучающегося носил обоснованный и четкий характер.

Оценка *«удовлетворительно»* выставляется в том случае, если, по мнению членов ЭК, выпускник дал неполные ответы на вопросы билета. Однако в целом обучающийся продемонстрировал достаточный уровень освоения материала, предусмотренного содержанием образовательной программы; знания и умения, позволяющие решать задачи профессиональной деятельности. Ответ обучающегося по большей части носил обоснованный характер.

Оценка *«неудовлетворительно»* выставляется в том случае, если ответы на вопросы экзаменационного задания отсутствуют, либо содержат существенные фактические ошибки.