

Задача 1.

Больной К. 36 лет обратился в поликлинику по месту жительства 22.01.2018г. Жалобы на приступообразную боль в межреберной области спины справа, температуру до 37, 5°С, наличие элементов сыпи.

Анамнез заболевания С 20.01. беспокоит постоянная боль справа, в межреберной области спины, усиливающаяся при движении и трении одеждой. Самостоятельно применил эмульсию диклофенака местно. Вечером отметил познобливание, подъем температуры до 37,2°С, появление жжения и покраснения между 8 и 9 ребром справа. Утром 21.01. были обнаружены первые элементы мелкой сыпи, которую расценил как аллергическую реакцию. Боль в спине усилилась. Вечером на месте элементов сыпи сформировались пузырьки.

Анамнез жизни Строитель, последнее время работает на улице. Проживает в отдельной квартире с семьей. Аллергоанамнез: не отягощен. Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. Вредные привычки: курение, алкоголь умеренно. Парентеральный анамнез не отягощен. Объективный статус Температура тела 37,4 °С. Склеры и кожа вне очага обычной окраски. Язык влажный без налета. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления соответствуют норме. АД – 125/70 мм.рт.ст, ЧСС – 80 уд. в мин. На спине между 8 и 9 ребром по ходу нервного окончания, умеренно отечная красноватая экзантема, на фоне которой регистрируются мелкие папулезно-везикулезные элементы сыпи в виде гроздьев, располагающиеся на гиперемизованном и отечном основании. Часть элементов вскрыта, отделяемое серозное.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) ИФА • ПЦР
2. Какой основной диагноз? Опоясывающий лишай, период высыпаний, типичное течение
3. Предшественником данного заболевания является ранее перенесенная ветряная оспа
4. Тяжелое течение данного заболевания наблюдается при генерализации и трансформации в буллезную форму
5. Критерии тяжести при опоясывающем лишае включают выраженность интоксикационного синдрома на фоне полилимфоаденопатии и снижения массы тела
6. Неоднократные повторные случаи опоясывающего лишая можно наблюдать у пациентов с выраженной иммунносупрессией
7. К основным кожным симптомам, характерным для опоясывающего лишая относят гиперемию на коже и слизистых с элементами везикулезной сыпи
8. Основными клиническими симптомами, характерными для опоясывающего лишая являются приступообразные корешковые боли с местной гиперестезией и везикулезная сыпь на фоне эритемы
9. К возможным осложнениям опоясывающего герпеса относят парезы глазодвигательного и лицевого нервов
10. Госпитализация при опоясывающем лишае показана больным с поражением глаз, ЦНС
11. Схема лечения для данного пациента включает назначение валацикловира — 1000 мг 3 раза в сутки 7 дней

12. Допуск реконвалесцентов опоясывающим лишаем в организованные коллективы детей и взрослых разрешается после их клинического выздоровления

Задача 2.

К врачу-терапевту участковому обратился больной 57 лет.

Жалобы на надсадный постоянный малопродуктивный кашель, скудное кровохарканье, одышку при быстрой ходьбе, слабость, прогрессирующее похудание.

Анамнез заболевания Имеет длительный стаж табакокурения, с 45 лет беспокоит хронический малопродуктивный кашель, с 50 лет присоединилась одышка с затруднённым выдохом при быстрой ходьбе, к врачу не обращался. В течение последних 6 месяцев отмечает значительное усиление кашля, который приобрёл надсадный характер, появились прогрессирующая слабость, похудание. 10 дней назад впервые заметил примесь небольшого количества крови в мокроте, с этого времени в утренние часы сохраняется откашливание кровянистой мокроты (1 чайная ложка). Обратился в районную поликлинику.

Анамнез жизни Рос и развивался нормально. Работает водителем автобуса.

Перенесённые заболевания, операции: аппендэктомия. Наследственность и алергоанамнез не отягощены. Вредные привычки: курит с 15 лет (20 сигарет в день).

Объективный статус При осмотре состояние средней тяжести, астенического телосложения, рост – 178 см, масса тела – 58 кг, индекс массы тела – 18,3 кг/м², температура тела – 36,4°С. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Грудная клетка астенической формы, при перкуссии грудной клетки справа в I и II межреберьях определяется притупление лёгочного звука, при аускультации в зоне притупления – резкое ослабление дыхания. В остальных точках аускультации – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту, SaO₂ – 96%. Тоны сердца ритмичные, пульс – 75 в минуту, АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из под края рёберной дуги. Индекс одышки по шкале mMRC = 1.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) D-димер, общий анализ мокроты, клинический анализ крови

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 3) рентгенография органов грудной клетки, электрокардиография, спирометрия с тестом обратимости бронхиальной обструкции

3. В данной клинической ситуации предполагаемым основным диагнозом является Центральный рак верхней доли правого лёгкого

4. В данной клинической ситуации сопутствующим заболеванием является хроническая обструктивная болезнь лёгких, средняя степень тяжести (GOLD 2), группа A (mMRC 1, редкие обострения).

5. Для верификации основного диагноза следует назначить бронхоскопию и компьютерную томографию органов грудной клетки

6. Для базисной фармакотерапии сопутствующего заболевания пациенту следует назначить длительно действующие антихолинергические препараты

7. Для устранения симптомов сопутствующего заболевания в режиме «по требованию» пациенту следует назначить коротко действующие бронходилататоры

8. Пациенту показано проведение вакцинации против пневмококковой инфекции и гриппа

9. В качестве нефармакологических методов лечения сопутствующего заболевания следует рекомендовать прекращение курения и проведение **лёгочной реабилитации**

10. Учитывая сопутствующее заболевание, пациент относится к **3а** группе состояния здоровья **IIIa**

11. Кратность ежегодного посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения по сопутствующему заболеванию составляет **2** раз/раза

12. Кратность ежегодного посещения врача-пульмонолога в рамках диспансерного наблюдения по сопутствующему заболеванию составляет **2** раз/раза

Задача 3.

Больная Т. 31 года обратилась в поликлинику к терапевту по месту жительства. Жалобы на слабость, снижение работоспособности, ночную потливость, сердцебиение, округлые образования на шее, в подмышечных областях, левом и правом паху, отечность нижней конечности справа, ежевечерние подъемы температуры до 37,4 С, кашель с отделением слизистой мокроты.

Анамнез заболевания. Считает себя больной с начала августа 2017 года, когда впервые отметила появление слабости, повышенной ночной потливости и округлых, безболезненных образований на шее, в подмышечных и паховых областях с обеих сторон. Небольшой отек правой нижней конечности. Больная обратилась к сосудистому хирургу, который при доплеровском исследовании сосудов нижних конечностей не выявил никакой сосудистой патологии, а обнаружил увеличение паховых лимфоузлов с обеих сторон до 1,8 см. Была рекомендована консультация терапевта по месту жительства. Обратилась к врачу только в конце сентября 2017 года, когда уже появилась субфебрильная температура, усилилась слабость и отек правой нижней конечности, появилось сердцебиение. Последнюю неделю до обращения появился кашель с отделением светлой мокроты.

Анамнез жизни. Росла и развивалась нормально, менструации с 12 лет. Аллергоанамнез не отягощен. Работает библиотекарем. Контакт с профессиональными вредностями не было. Перенесенные заболевания - детские инфекции. Беременность 1, роды без особенностей. Наследственность не отягощена.

Объективный статус: Состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные. Умеренные отеки правой нижней конечности до уровня средней трети бедра.

Пальпируются шейные лимфоузлы до 1,5 см; подмышечные и паховые лимфоузлы до 2,0 см средней степени плотности, безболезненные. В легких дыхание жесткое, хрипов нет, ЧДД-16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет. ЧСС – 112 ударов в мин. АД 135 и 80 мм рт. ст. Зев слегка гиперемирован. Язык чистый. Живот, мягкий, безболезненный, чувствителен при пальпации в правом и левом подреберьях. Печень выступает на 4 см ниже реберной дуги, селезенка пальпируется на 5-6 см ниже края левой реберной дуги. Стул полуоформленный. Очаговой неврологической симптоматики нет.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) биохимический анализ крови, клинический анализ крови

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 3) Трепанобиопсия, КТ органов грудной и брюшной полости, биопсия лимфоузла с последующим его морфологическим и иммуногистохимическим исследованием

3. Какой основной диагноз? Неходжкинская лимфома

4. У больной _____ стадия заболевания III

5. Больную для дообследования и лечения следует направить к гематологу

6. Тактика ведения данной больной включает применение полихимиотерапии

7. В комбинации с цитостатиками при лечении лимфом используют преднизолон
8. К частым побочным эффектам глюкокортикоидов относят синдром Кушинга, стероидную язву
9. Синдром иммунодефицита при лимфомах чаще всего проявляется развитием пневмонии
10. При необходимости стационарного лечения больная должна быть госпитализирована в отделение гематологии
11. Длительность лечения данной больной для достижения стойкой ремиссии заболевания должна составить не менее 12 месяца/ месяцев
12. Для коррекции анемии при лимфопролиферативных заболеваниях (лимфомах) можно использовать Эритроцитотранфузии

Задача 4.

Женщина 75 лет вызвала врача-терапевта участкового на дом.

Жалобы на боль в загрудинной области давящего характера, возникающую при незначительной физической нагрузке (ходьба менее 500 м), купирующуюся приемом нитратов в течение 2-х минут, на одышку при физической нагрузке, эпизоды повышения АД до 170/100 мм рт.ст.

Анамнез заболевания Считает себя больной с 45-летнего возраста, когда впервые стала отмечать повышение АД до 170/100 мм рт.ст., по поводу чего не обследовалась и постоянной терапии не получала. 10 лет назад присоединились загрудинные давящие боли при физической нагрузке, проходящие в покое. С этого же времени известно о наличии сахарного диабета 2 типа, по поводу чего постоянно принимает пероральные сахароснижающие препараты (в настоящее время – метформин 2000 мг/сутки), на фоне чего уровень гликемии 3,9-4,9-4,2 ммоль/л. Постоянно получает терапию нитратами, эналаприлом, индапамидом, аспирином. Гиполипидемические препараты принимает нерегулярно. Отмечает ухудшение состояния в течение последних 2 недель, когда приступы стенокардии стали возникать чаще, стала нарастать одышка, появились отеки ног.

Анамнез жизни Росла и развивался нормально. Образование среднее. На пенсии с 65 лет, работала продавцом. Наследственность: мать умерла от ОНМК, сестра 66-ти лет страдает ИБС, АГ. Аллергологический анамнез не отягощен. Гинекологический анамнез: беременности – 3, роды – 2, менопауза с 55 лет. Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус
Общее состояние относительно удовлетворительное. Распределение подкожной жировой клетчатки по абдоминальному типу, повышенного питания. ИМТ – 33,2 кг/м². ОТ – 98 см. Кожные покровы нормальной окраски, чистые, умеренной влажности. Пастозность голеней, стоп. Язык влажный, не обложен. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. ЧДД – 18 в минуту. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. АД – 140/80 мм рт.ст., ЧСС – 74 удара в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы исследования (выберите 4) измерение уровня гликозилированного гемоглобина крови и уровня глюкозы крови натощак,

исследование уровня общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов (ТГ)

общий анализ крови

исследование уровня креатинина крови

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 4) электрокардиография покоя в 12 отведениях эхокардиография трансэзофагеальная

ультразвуковое исследование сонных артерий

рентгенография грудной клетки

3. Какой основной диагноз? ИСБ. Стенокардия напряжения

4. У пациентки 3 функциональный класс стенокардии

5. Фоновым заболеванием является ГБ 3 стадии, АГ 2 степени, очень высокого риска

6. У пациентки сахарный диабет в стадии компенсации

7. В качестве антиишемической терапии пациентке рекомендуется назначить комбинацию бета-адреноблокатора с дигидропиридиновым антагонистом кальция

8. Целевое значение ЧСС у пациентки составляет _____ ударов в минуту 50-60

9. Для профилактики ССО всем пациентам со стабильной ИБС рекомендуется назначать статины для достижения целевого уровня ХсЛНП _____ ммоль/л <1,8

10. Инвазивная коронароангиография (КАГ) показана пациентке при неэффективности оптимальной медикаментозной терапии

11. Помимо диеты с ограничением употребления соли, животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациентке следует рекомендовать снизить массу тела

12. У пациентки ожирение 1 ст.

Задача 5.

Женщина 56 лет пришла на прием к врачу-терапевту участковому.

Жалобы на жгучие боли за грудиной, возникающие при быстрой ходьбе более 500 метров, купирующиеся после 5-10 минутного отдыха, эпизоды повышения АД до 170/100 мм рт.ст.

Анамнез заболевания Считает себя больной с 45-летнего возраста, когда впервые стала отмечать повышение АД до 150/90 мм рт.ст., по поводу чего не обследовалась и постоянной терапии не получала. В дальнейшем АД стало подниматься до 170/100 мм рт.ст., в качестве антигипертензивной терапии получала валсартан 80 мг 2 р/сут. В течение последнего года присоединились боли за грудиной, возникающие при ходьбе более 500 м в быстром темпе.

Анамнез жизни Росла и развивалась нормально. Образование среднее. Работает медицинской сестрой. Наследственность: мать умерла от ОНМК, сестра 50-ти лет страдает АГ. Аллергологический анамнез не отягощен. Гинекологический анамнез: беременности – 3, роды – 2, менопауза с 52 лет. Вредные привычки: курит более 20 лет по 3-5 сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус
Общее состояние относительно удовлетворительное. Распределение подкожной жировой клетчатки по абдоминальному типу, повышенного питания. ИМТ – 25,2 кг/м². ОТ – 84 см. Кожные покровы нормальной окраски, чистые, умеренной влажности. Отеков нет. Язык влажный, не обложен. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. ЧДД – 16 в минуту. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. АД – 160/100 мм рт.ст., ЧСС – 70 ударов в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

- 1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 4) исследование уровня креатинина крови**

измерение уровня гликозилированного гемоглобина крови и уровня глюкозы крови натощак

исследование общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов (ТГ)

общий анализ крови

- 2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 4) ЭКГ покоя в 12 отведениях**

ультразвуковое исследование сонных артерий

эхокардиография трансторакальная

рентгенография грудной клетки

- 3. План дальнейшего обследования и лечения больной строится исходя из полученных первичных данных и предтестовой вероятности (ПТВ) диагноза ИБС**

4. У пациентки предтестовая вероятность (ПТВ) диагноза стабильной ишемической болезни сердца в зависимости от характера боли в грудной клетке, пола и возраста составляет 47%. На основании этого следует направить на стресс-ЭКГ с физической нагрузкой (тредмил-тест)

5. По данным стресс-ЭКГ проба с физической нагрузкой положительная. Больной назначена антиишемическая терапия биспрололом. Через месяц от начала терапии состояние не улучшилось, сохраняются боли ангинозного характера при умеренной физической нагрузке. Пациентке показана инвазивная коронароангиография

6. По результатам коронароангиографии гемодинамически значимых стенозов в коронарных артериях не выявлено. Какой основной диагноз? Микрососудистая стенокардия
7. Фоновым заболеванием является ГБ 3 стадии, АГ 2 степени, очень высокого риска
8. Целевым значением ЧСС у пациентки является значение ___ ударов в минуту 50-60
9. Учитывая сохранение симптомов стенокардии на фоне терапии бета-адреноблокатором пациентке необходимо включить в схему лечения также иАПФ и/или никорандил
10. Целевым для пациентки является АД < ___ мм рт.ст. 140/90
11. Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациентке показан прием ацетилсалициловой кислоты в низких дозах
12. Какие рекомендации по изменению образа жизни следует дать пациентке? отказ от курения

Задача 6.

Женщина 63 лет, кассир, обратилась к врачу-терапевту участковому с просьбой обследовать и назначить лечение.

Жалобы на загрудинные колющие боли при обычной физической нагрузке с иррадиацией в левую лопаточную область, купирующиеся самостоятельно в покое в течение 5-10 минут или при приеме валокордина, на постоянный дискомфорт в левой половине грудной клетки.

Анамнез заболевания Из анамнеза известно, что с 45 лет страдает артериальной гипертонией (макс. АД до 190/100 мм рт.ст.), в последнее время принимает эналаприл 20 мг/сут., индапамид 2,5 мг, АД в пределах 130-140/80-85 мм рт.ст. В течение последних 2 лет стала отмечать боли колющего характера в загрудинной области с иррадиацией в левую лопатку, преимущественно при физической нагрузке. В течение месяца снизилась толерантность к физическим нагрузкам, в связи с чем пришла на прием к врачу.

Анамнез жизни Росла и развивалась нормально. Образование среднее. Работает. Наследственность: мать 86-ти лет страдает ИБС, АГ; отец умер от цирроза печени. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки: курит более 30 лет, по ½ пачке сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус Общее состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост – 158 см, масса тела – 92 кг, ИМТ=36,8 кг/м². Кожные покровы бледные, чистые, влажные. Лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система: без видимой патологии. Мышечная система: без патологии. ЧДД – 16 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны приглушены, ритмичны, шумов нет. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 130/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа: не пальпируется. В неврологическом статусе очаговой и менингеальной симптоматики не выявлено.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы исследования (выберите 4) **липидный спектр, креатинин крови, общий анализ крови, гликемия натощак и гликозилированный гемоглобин**
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 4) **ЭКГ покоя в 12 отведениях, рентгенография грудной клетки, ультразвуковое исследование сонных артерий, эхокардиография трансторакальная**
3. План дальнейшего обследования и лечения больной строится исходя из полученных первичных данных и **предтестовой вероятности (ПТВ) диагноза ИБС**
4. У пациентки предтестовая вероятность (ПТВ) диагноза стабильной ишемической болезни сердца в зависимости от характера боли в грудной клетке, пола и возраста составляет 28%. На основании этого следует **направить на дополнительные неинвазивные нагрузочные исследования**
5. Пациентке выполнен тредмил-тест. Проба положительная. Какой основной диагноз? **ИБС. Стенокардия напряжения**
6. У пациентки **__2__** функциональный класс стенокардии
7. Инвазивная коронароангиография (КАГ) показана при доказанной ИБС у **пациентов с тяжелой стабильной стенокардией III-IV ФК или с клиническими признаками высокого риска ССО, особенно когда симптомы плохо поддаются лечению**
8. В качестве антиишемического препарата 1-й линии пациентке рекомендуется назначить **бета-адреноблокатор или ритмурежающий антагонист кальция**
9. Для профилактики ССО в качестве антитромбоцитарного средства пациентке рекомендуется назначить **ацетилсалициловую кислоту в низких дозах**
10. Для профилактики ССО пациентке рекомендуется назначить статины для достижения целевого уровня ХсЛНП **__ ммоль/л <1,8**
11. Помимо отказа от курения и диеты с ограничением употребления животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациентке следует рекомендовать **снизить массу тела**
12. У пациентки **ожирение 2 ст.**

Задача 7.

Пациент 25 лет обратился к врачу-терапевту участковому.

Жалобы на боли в эпигастральной области, возникающие в ночное время; через 2-3 часа после приёма пищи; голодные боли, возникающие натощак и прекращающиеся после приёма пищи; отрыжку кислым, тошноту.

Анамнез заболевания Данные симптомы беспокоят в течение 5 лет, преимущественно весной и осенью. К врачу не обращался, для уменьшения болей принимает соду, Альмагель. Настоящее ухудшение развилось 10 дней назад, обратился в районную поликлинику.

Анамнез жизни Рос и развивался нормально. Работает программистом. Перенесённые заболевания: пневмония. Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. Вредные привычки: курит с 15 лет (20 сигарет в день).

Объективный статус Состояние удовлетворительное. Рост – 1,72 м, масса тела – 70 кг, индекс массы тела – 23,7 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет, температура тела – 36,3°C. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. Грудная клетка нормостенической формы, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом, живот участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет. Перкуторные размеры печени и селезёнки в пределах нормы. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул со склонностью к запорам (1 раз в 2-3 дня).

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (№3)

Клинический анализ крови

Анализ кала на скрытую кровь

2. Выберите инструментальные методы

Эзофагогастодуоденоскопия с уреазным тестом

3. Основной диагноз

Язвенная болезнь с локализацией язвы средних размеров (0,7 см) на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с *H. pylori*, рецидивирующее течение, обострение. Рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки.

4. Стандартная схема первой линии эрадикационной терапии включает комбинацию ингибитора протонной помпы, кларитромицина, амоксициллина

5. Стандартная продолжительность эрадикационной терапии составляет (в днях) – 10-14

6. Контроль эрадикации *H. pylori* после антихеликобактерной терапии следует провести через (в неделях) – 4-6

7. В период лечения пациенту показано соблюдение рекомендаций по питанию, соответствующих диете № 1

8. Ориентировочные сроки нетрудоспособности для данного больного составляют (в днях)- 25

9. Пациент относится к группе состояния здоровья 3 б

- 10. Кратность ежегодного посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки составляет 1 раз/раза**
- 11. Кратность ежегодного посещения врача-гастроэнтеролога в рамках диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки составляет 1 раз/раза**
- 12. Длительность диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с момента последнего обострения составляет (в годах) – 5**

Задача 8.

Пациентка 18 лет обратилась к врачу-терапевту участковому.

Жалобы на ежедневные приступы затруднённого дыхания до 1-2 раз в сутки, чувство заложенности в грудной клетке, преимущественно, в ночные и ранние утренние часы, приступообразный малопродуктивный кашель, затруднение носового дыхания со слизистыми выделениями.

Анамнез заболевания С детского возраста отмечает появление заложенности носа с умеренными слизистыми выделениями в период цветения деревьев (апрель-май). В 17 лет впервые развился приступ затруднённого дыхания после контакта с кошкой. Симптомы регрессировали самостоятельно, к врачу не обращалась. В течение предшествующих 3 недель на фоне цветения деревьев появились симптомы ринита, принимала антигистаминные препараты (дезлоратидин 1 таблетка в день). 10 дней назад стали регистрироваться приступы затруднённого дыхания до 1-2 раз в сутки, преимущественно в ночные и ранние утренние часы, непродуктивный кашель.

Анамнез жизни Росла и развивалась нормально. Является студенткой техникума. Перенесённые заболевания: детские инфекции. Наследственность не отягощена. Пищевая аллергия (цитрусовые – явления крапивницы). Вредные привычки отрицает.

Объективный статус
Общее состояние средней степени тяжести, температура тела – 36,5°C. Нормостенического телосложения, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Кожные покровы обычной окраски. Носовое дыхание затруднено. При перкуссии грудной клетки лёгочный звук, при аускультации – дыхание жёсткое, над всей поверхностью лёгких выслушиваются рассеянные сухие дискантовые хрипы, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 82 в минуту, АД – 110/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) специфический иммуноглобулин Е к эпителию кошки в сыворотке крови, общий анализ мокроты, клинический анализ крови

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2) пульсоксиметрия, спирометрия с тестом обратимости бронхиальной обструкции

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

Аллергическая бронхиальная астма, среднетяжелое течение. Сезонный аллергический ринит. Сенсibilизация к пыльцевым (деревья), эпидермальным (шерсть кошки), пищевым (цитрусовые) аллергенам

Для поддерживающей терапии заболевания необходимо назначить комбинацию длительнодействующих бета₂-агонистов и низких доз ингаляционных глюкокортикостероидов

Мониторинг пиковой скорости выдоха проводится ежедневно 2 раза в сутки

Уменьшение объема поддерживающей терапии при достижении контроля симптомов заболевания после начала терапии может быть проведено через (в месяцах) 3

Для устранения симптомов в режиме «по требованию» следует назначить коротко действующий бета₂-агонист

Пациентке показано проведение вакцинации против гриппа

Пациентка относится к IIIa группе состояния здоровья

Кратность посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения больных бронхиальной астмой средней степени тяжести составляет __4__ раз/раза в год

Кратность посещения врача-пульмонолога в рамках диспансерного наблюдения больных бронхиальной астмой средней степени тяжести составляет ____2__ раз/раза в год

Кратность посещения врача-аллерголога в рамках диспансерного наблюдения больных бронхиальной астмой средней степени тяжести составляет ____2__ раз/раза в год

Задача 9.

На приём к участковому терапевту обратился пациент 71 года.

Жалобы на онемение стоп, снижение чувствительности стоп, боли и слабость в ногах при подъеме на 2-3 этаж и преодолении 200-300 метров

Анамнез заболевания В течение 20 лет страдает сахарным диабетом 2 типа. Принимает Метформин 1000 мг 2 р/д, Гликлазид МВ – 60 мг перед завтраком. Эпизодов гипогликемии нет. В течение 3 месяцев гликемия натощак при самоконтроле до 10 ммоль/л. Гликированный гемоглобин 8,5%, общий холестерин – 5,2 ммоль/л Из осложнений диабета – диабетическая дистальная сенсомоторная полинейропатия.

Анамнез жизни Рос и развивался нормально. Пенсионер. Перенесённые заболевания: ИБС. Гипертоническая болезнь. Максимальный подъем АД до 190/100 мм.рт. ст. Адаптирован к АД 130-140/80 мм. рт. ст. Принимает гипотензивную терапию: лозартан 100 мг утром, амлодипин 5 мг, бисопролол 5 мг утром. Наследственность: сахарный диабет 2 типа у отца. Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус Состояние относительно удовлетворительное. Рост 1,80 м, вес 100 кг, индекс массы тела 30,8 кг/м², t тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые

нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 68 в минуту. АД 140/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

1. Выберите методы исследования обязательные для выявления макрососудистых осложнений сахарного диабета (выберите 2) пальпация периферических артерий, доплерометрия с подсчетом лодыжечно-плечевого индекса

2. Какой предполагаемый основной диагноз? Сахарный диабет 2 типа. Диабетическая дистальная сенсомоторная полинейропатия. Стенозирующий атеросклероз артерий нижних конечностей

3. Какая сопутствующая патология присутствует у пациента артериальная гипертензия 3 ст, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 1 степени.

4. К терапии необходимо добавить ацетилсалициловую кислоту, розувастатин

5. При развитии критической ишемии нижних конечностей пациенту необходимо проведение реваскуляризации конечности

6. Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c < 8,0 %

7. Для интенсификации сахароснижающей терапии к лечению необходимо добавить алоглиптин

8. При снижении скорости клубочковой фильтрации <45 мл/мин необходимо отменить Метформин

9. Необходим повторный контроль HbA1c через 3-6 месяц/месяцев

10. Рациональной комбинацией сахароснижающих препаратов является ингибиторы ДПП-4 + метформин

11. В общей структуре заболеваемости сахарным диабетом на долю диабета 2-го типа приходится

12. Ежегодный офтальмологический осмотр должен включать обязательную _____ при расширенном зрачке офтальмоскопию

Задача 10.

Родственники 85-летней женщины вызвали участкового врача-терапевта на дом
Жалобы На постоянную сонливость, одышку и покашливание

Анамнез заболевания в течение недели родственники пациентки обратили внимание на значительное ухудшение ее состояния: заметно снизился аппетит, пациентка стала больше времени проводить в постели в постоянной полудреме. 3 дня назад пациентке стало труднее дышать, дыхание участилось и стало поверхностным, при этом появился кашель, однако мокроту пациентка откашливала с большим трудом из-за выраженной слабости, а в течение последних суток перестала откашливать совсем. Утром родственники были обеспокоены тем, что с трудом смогли разбудить больную и она снова

погружалась в забытие, при этом уровень артериального давления без приема препаратов снизился до 100/60 мм рт.ст., а пульс достиг 120 ударов в минуту.

Анамнез жизни длительно страдает артериальной гипертензией с максимальными подъемами АД до 180/130 мм рт.ст., на фоне антигипертензивной терапии целевой уровень АД не достигнут. 15 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, гликированный гемоглобин 9,8%. 8 лет назад перенесла ОНМК в бассейне левой средней мозговой артерии, после которого сохранялся правосторонний гемипарез. не курит, алкоголем не злоупотребляет. менопауза с 52 лет, опущение матки. аллергологический анамнез не отягощен

Объективный статус Состояние тяжелое. Уровень сознания – сопор. Вес 90 кг, рост 169 см. Температура тела 37,8°C (ранее температуру тела не измеряли). Кожные покровы влажные, теплые, пастозность голеней. Катаральных явлений нет. Справа ниже угла лопатки отмечается укорочение перкуторного звука, там же выслушивается ослабленное жесткое дыхание и небольшое количество влажных звонких мелко- и среднепузырчатых хрипов. Над остальными отделами легких жесткое дыхание, хрипов нет. ЧДД 30/мин, дыхание поверхностное. Тоны сердца глухие, ритмичные, систолический шум на верхушке ЧСС 120/мин, АД 95/65 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стула не было 2 дня, мочеиспускание свободное. Сухожильные рефлексy справа оживлены, правосторонний гемипарез. Рефлекс Бабинского справа. Менингеальных знаков нет.

1. К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят (выберите 3) **общий анализ крови, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, электролиты, печеночные ферменты, билирубин, глюкоза, альбумин), Бактериологическое исследование крови и мокроты**
2. К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят (выберите 3) **обзорную рентгенографию легких в двух проекциях/ компьютерную томографию легких, ЭКГ в стандартных отведениях, пульсоксиметрию**
3. Наиболее вероятной причиной ухудшения состояния пациентки является **Внебольничная пневмония с локализацией в нижней доле справа**
4. Течение заболевания следует оценить как **тяжелое**
5. Данная пациентка нуждается в **немедленной госпитализации**
6. Оптимальная стартовая антибактериальная терапия включает назначение **амоксциллина/клавуланата+кларитромицина**
7. Предпочтительным путем введения препарата пациентке является **парентеральный**
8. Критерием эффективности проводимой терапии через 48-72 часа от ее начала будет являться **снижение температуры тела, уменьшение симптомов интоксикации и одышки**
9. Антибактериальная терапия в случае ее эффективности у данной пациентки должна проводиться **не менее 10 дней**
10. Повторное рентгенологическое обследование в случае благоприятного течения заболевания и клинических признаках эффективности проводимой антибактериальной терапии проводится через **2-4 недели**

11. Возможным осложнением данного заболевания, помимо деструкции легочной ткани и эмпиемы плевры, является **острый респираторный дистресс-синдром (развитие остальных перечисленных осложнений патогенетически не связано с пневмонией)**

12. К очевидным факторам затяжного течения пневмонии у пациентки, помимо наличия сопутствующих заболеваний и тяжелого течения пневмонии, относятся **возраст старше 55 лет**

Задача 11.

Мужчина 34 лет, учитель, обратился в поликлинику

Жалобы На повышение АД (максимально до 160/100 мм рт. ст.), повышенную утомляемость, периодически – тянущие боли в поясничной области, головные боли.

Анамнез заболевания Эпизоды повышения АД отмечает в течение 2 лет, к врачу не обращался, для снижения АД периодически принимал антигипертензивные препараты различных групп. Со слов больного, 7 лет назад при УЗИ были выявлены кисты в почках. Анамнез жизни Перенесенные заболевания, операции: редкие ОРВИ. Наследственность: у матери были кисты в почках, умерла в возрасте 45 лет от ОНМК, об отце ничего не знает (родители были в разводе), о других кровных родственниках данных нет. Вредные привычки: курит более 5 лет (1/2 пачки сигарет в сутки), алкоголь употребляет редко (несколько раз в месяц) в небольшом количестве.

Объективный статус При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,5°C, рост 182, вес 74 кг, ИМТ – 22,3 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ритм правильный; выслушивается систолический шум на верхушке сердца. ЧСС – 70 уд/мин., АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка перкуторно не увеличены, не пальпируются. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Выберите необходимые для постановки предварительного диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) биохимический анализ крови, общий анализ мочи

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования ультразвуковое исследование почек

Наиболее вероятным диагнозом является Поликистозная болезнь почек

Ультразвуковым критерием поликистозной болезни почек (ПБП) у пациента 34 лет является обнаружение ≥ 2 кист в каждой почке

У данного пациента стадия хронической болезни почек (ХБП) по уровню фильтрации соответствует ХБП - С2

Внепочечные проявления поликистозной болезни почек включают кисты в других органах (печень, селезенка, яичники и др.), сосудистые аневризмы различной локализации, аномалии клапанов сердца, дивертикулы кишечника, паховые и пупочные грыжи, бронхэктазы

Необследованным кровным родственникам пациента с поликистозной болезнью почек в первую очередь необходимо провести ультразвуковое обследование почек. Скрининг на наличие внутричерепных аневризм при поликистозной болезни почек необходимо проводить пациентам с отягощенным по аневризмам семейным анамнезом

Для лечения артериальной гипертензии при поликистозной болезни почек патогенетически обоснованным выбором является применение ингибиторов

ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) или блокаторов рецепторов ангиотензина (БРА)

Тактика ведения больных поликистозной болезнью почек при частых или хронических болях в проекции почек включает применение неопиоидных анальгетиков, трициклических антидепрессантов

Оптимальным методом лечения терминальной почечной недостаточности при поликистозной болезни почек является трансплантация почки

Факторами более быстрого прогрессирования поликистозной болезни почек (ПБП) являются мужской пол, выявление кист и эпизодов гематурии в возрасте до 30 лет, негроидная раса, беременности, развитие гипертензии в возрасте до 35 лет, гиперлипидемия

Задача 12.

Вызов врача на дом к пациенту 24 лет.

Жалобы на тошноту, рвоту, частый жидкий стул, боли в животе, повышение температуры тела.

Анамнез заболевания Заболел остро с появления тошноты, многократной рвоты (5 раз), приносящей кратковременное облегчение, болей в эпигастральной области.

Одновременно отметил появление жидкого стула до 4-х раз. Позже почувствовал озноб, слабость, головокружение. Появилась жажда. Температура тела колебалась в пределах 37,2-37,4°C.

Анамнез жизни Аллергоанамнез: не отягощен. Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. Вредные привычки: отрицает. Проживает в отдельной квартире, не женат, детей нет. Эпиданамнез: заболевание связывает с употреблением в пищу роллов с соусами и салатов (за 12 часов до момента появления первых признаков заболевания). Аналогичную симптоматику испытывали друзья, посещавшие суши-бар.

Объективный статус Температура тела 37,2°C. Кожные покровы бледные, сухие. Цианоза нет. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Отмечается урчание по ходу кишечника. Печень и селезенка не увеличены. АД – 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 86 уд. в мин. Стул жидкий, обильный, без патологических примесей. Диурез в норме. Судорог мышц кистей, стоп, икроножных мышц нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) бактериологический посев кала на патогенные энтеробактерии, ПЦР- диагностика кала, КЩС

Какой диагноз можно предположить у данного пациента учитывая клинико-лабораторные методы обследования? Бактериальное пищевое отравление, гастроэнтеритический вариант

У данного больного определяется __1__ степень обезвоживания

Дифференциальную диагностику БПО следует проводить с эшерихиозами, ротавирусным гастроэнтеритом, сальмонеллезом

Тяжесть течения бактериального пищевого отравления определяется степенью обезвоживания

Тактика ведения данного больного с бактериальным пищевым отравлением включает ведение пациента в амбулаторных условиях

Лечебная тактика при бактериальном пищевом отравлении включает назначение энтеросорбентов, регидратационной терапии

Средством для пероральной регидратации при бактериальном пищевом отравлении является глюкозо-электролитная смесь

Средством для парентеральной регидратации при бактериальном пищевом отравлении является трисоль

Возможным осложнением бактериального пищевого отравления является гиповолемический шок

Правилом выписки реконвалесцента после бактериального пищевого отравления является клиническое выздоровление

Длительность медицинского наблюдения за контактными лицами, относящимися к декретированному контингенту в очаге острой кишечной инфекцией составляет 1 неделю

Задача 13.

На приём к врачу-терапевту участковому обратился пациент 32 лет.

Жалобы · приступы сердцебиения, внутренней дрожи, потливости · сухость во рту, жажду

Анамнез заболевания около двух месяцев назад впервые возник приступ, сопровождающийся страхом, повышением артериального давления до 220/100 мм.рт.ст., сердцебиением и потливостью. · приступы продолжаются около 1 часа, возникают 1-2 раза в неделю, проходят самостоятельно. · к врачу с данными жалобами обратился впервые. · лекарственную терапию не получает

Анамнез жизни · Рос и развивался нормально. · Автослесарь. · Перенесённые заболевания: детские инфекции, ОРВИ. · Наследственность: у отца медуллярный рак щитовидной железы. · Аллергоанамнез: неотягощен. · Вредные привычки: курит.

Объективный статус Состояние относительно удовлетворительное. нормального питания, рост 1,76 м, вес 72 кг, индекс массы тела 23,2 кг/м², t тела 36,7°C. Кожные физиологической окраски и влажности, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 72 в минуту. Лежа АД 120/75 мм рт. ст., стоя 85/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. При осмотре конфигурация области шеи не изменена, узловое образование не пальпируется, подвижная при глотании, не увеличена. Шейные и надключичные лимфатические узлы не увеличены. Глазных симптомов нет.

1. К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят (выберите 2) метанефрины и нормметанефрины в суточной моче, глюкозу плазмы натощак

2. С учетом выявленных изменений пациенту показано проведение орального глюкозотолерантного теста

3. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются КТ надпочечников

4. Какой диагноз можно поставить данному больному? Феохромоцитома.

Нарушенная толерантность к глюкозе

5. Терапией выбора феохромоцитомы является левосторонняя адреналэктомия

6. В качестве предоперационной подготовки пациенту необходимо назначить альфа-адреноблокаторы

7. Лечение нарушенной толерантности к глюкозе в данном случае заключается в ограничении легкоусваиваемых углеводов в рационе

8. У пациента есть риск развития интраоперационного осложнения в виде неуправляемой гемодинамики

9. Пациенту была проведена лапароскопическая левосторонняя адреналэктомия. Для констатации успешного удаления опухоли лабораторное обследование должно

быть выполнено после восстановительного периода через 2-4 недели/недель после операции

10. Учитывая наследственность пациента по медуллярному раку щитовидной железы необходимо определить уровень кальцитонина

11. Функциональная топическая диагностика феохромоцитомы заключается в проведении сцинтиграфии всего тела с метайодбензилгуанидином

12. Феохромоцитома преимущественно секретирует адреналин

Задача 14.

Больная 28 лет обратилась в поликлинику

Жалобы на утомляемость, общую слабость, эпизоды головокружения, сердцебиение и одышку при физической нагрузке

Анамнез заболевания Сухость кожи и ломкость ногтей отмечает в течение нескольких лет.

Слабость, головокружения появились год тому назад во время беременности.

Анамнез жизни Росла и развивалась нормально. Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия. Наследственность не отягощена. Вредные привычки: не имеет. Менструальные с 13 лет, обильные первые 3–4 дня, продолжительностью 5–6 дней, регулярные. В настоящее время осуществляет грудное вскармливание ребенка.

Объективный статус Состояние средней тяжести. Температура 37,2. Бледность и сухость кожных покровов; ногти с поперечной исчерченностью, слоятся. Волосы ломкие. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 90 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. В лёгких везикулярное дыхание. Печень и селезёнка не увеличены

1) К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят (выберите 2) биохимический анализ крови: уровень сывороточного железа (СЖ), общая железосвязывающая способность сыворотки (ОЖСС), ферритина сыворотки (ФС) и коэффициент насыщения трансферрина железом (КНТЖ),
клинический анализ крови

2) К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят (выберите 2) гинекологическое обследование: УЗИ органов малого таза, фиброгастродуоденоскопию (ФГДС)

3) Какой предполагаемый основной диагноз? Хроническая железодефицитная анемия, средней степени тяжести на фоне меноррагий, недавней беременности, лактации

4) Дифференциальный диагноз следует провести с В12-дефицитной анемией, другими гипохромными анемиями (талассемия, сидеробластная анемия, анемия при отравлении свинцом (Рв))

5) К основным синдромам относятся анемический и сидеропенический

6) Тактика ведения данной больной предполагает ведение в амбулаторных условиях

7) К принципам ферротерапии относят назначение препаратов железа предпочтительнее перорально в достаточной суточной дозе 100-300 мг/сутки, длительностью лечения 3-6 месяцев и поддерживающей терапией

8) Лечебная тактика данной пациентки включает лечебное питание, лечение железосодержащими препаратами

9) Эффективность назначенной терапии оценивается повышением гемоглобина на 10 г/л каждые 2 недели

10) Рекомендации пациентке для дальнейшей профилактики заболевания включают проведение поддерживающей терапии приём препаратов железа короткими курсами по 5-7 дней (100 мг/сутки) ежемесячно после менструации

11) Показаний к переливанию эритроцитарной массы у данной пациентки нет, так как при анемии средней степени тяжести показаний для гемотрансфузий нет

12) К биохимическим показателям, свидетельствующим о дефиците железа в депо относятся ферритин сыворотки (ФС), коэффициент насыщения трансферрина железом (КНТЖ)

Задача 15.

Больная С., 18 лет, обратилась в поликлинику

Жалобы на слабость, снижение аппетита, ощущение тяжести в эпигастрии, желтушное окрашивание склер и кожи

Анамнез заболевания Заболела остро, когда отметила повышение температуры до 38,5°C, появление «ломоты» в теле, недомогания, слабости. Принимала самостоятельно жаропонижающие средства. Самочувствие продолжало ухудшаться, исчез аппетит, слабость нарастала, была однократная рвота, стали беспокоить тяжесть в правом подреберье, горечь во рту, температура тела повысилась до 38°C. На 6-й день болезни больная отметила снижение температуры тела и некоторое улучшение общего самочувствия, но окружающие заметили желтушность склер и кожи, что послужило причиной обращения к врачу.

Анамнез жизни Студентка. Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ.

Аллергоанамнез: не отягощен. Эпиданамнез: за месяц до настоящего заболевания отдыхала в студенческом лагере. Нередко питается в предприятиях общественного питания. Внутривенные инъекции, операции, лечение у стоматолога за последние 6 месяцев отрицает. Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус Температура тела 36,7°C. Склеры иктеричны, кожный покров желтушной окраски, чистый. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ЧСС – 56 уд. в мин, АД – 90/60 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край печени закруглен, мягко-эластичен, чувствителен. Пальпируется селезенка. Кал ахолический. Моча темная.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) иммуноферментный анализ (ИФА) для определения маркеров вирусных гепатитов в сыворотке крови, биохимический анализ крови

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования УЗИ органов брюшной полости

Какой диагноз можно установить на основании клинических данных и результатов лабораторно-инструментальных методов исследования? Вирусный гепатит А, желтушный вариант, средне-тяжелая форма

К клиническим вариантам гепатита А относят безжелтушный, стертый

Дифференциальную диагностику гепатита А в преджелтушном периоде следует проводить с гриппом и другими ОРВИ, бактериальным пищевым отравлением

Прогностическим лабораторным критерием тяжелого течения вирусного гепатита А является снижение уровня протромбинового индекса

При легкой форме вирусного гепатита А проводят базисную терапию

При среднетяжелой форме вирусного гепатита А проводят инфузионную, дезинтоксикационную

При лечении тяжелой формы гепатита А применяют антибиотик широкого спектра действия

Реконвалесценты гепатита А должны находиться на диспансерном наблюдении в кабинете инфекционных заболеваний в течение 3-6 месяцев

О каждом случае заболевания гепатита А (подозрении на гепатит А) медицинские работники в течение 12 часов посылают экстренное извещение по установленной форме в органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор
Специфическую профилактику гепатита А осуществляют с помощью проведения вакцинации

Задача 16.

Мужчина 57 лет, инженер, обратился к врачу-терапевту участковому с просьбой обследовать и назначить лечение.

Жалобы на нестабильное артериальное давление (колебания от 120/80 до 170/105 мм рт.ст.) в течение полугода, сопровождающееся головными болями.

Анамнез заболевания Из анамнеза известно, что пациент около 6 лет страдает АГ, однако, несмотря на рекомендации врачей, постоянной антигипертензивной терапии не получал. Во время последнего визита к врачу-терапевту участковому полгода назад было зарегистрировано АД 170/100 мм рт.ст.; в анализе мочи выявлялась альбуминурия 30 мг/сутки.

Анамнез жизни Рос и развивался нормально. Образование высшее. Работает.

Наследственность: мать 79-ти лет страдает АГ, ИБС, перенесла ИМ; отец умер в 50 лет от ИМ. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки: курит более 30 лет, по ½ пачке сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус Общее состояние удовлетворительное. ИМТ – 31,8 кг/м². Окружность талии – 106 см. Кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. Лимфоузлы не увеличены. ЧДД – 16 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, шумов нет. ЧСС – 72 удара в минуту, АД – 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлено.

1. Лабораторные:- ОАК; - ОАМ; - глюкоза; - исследование общего холестерина; - креатинин крови;

2. инструментальные: Суточное мониторирование АД , ЭКГ покоя в 12 отведениях , Эхокардиография трансторакальная , УЗИ почек

3.Диагноз: Гипертоническая болезнь;

4.У пациента 2 стадия ГБ

5.У пациента 2 степень АГ

6.У пациента высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений

7.Для оценки функции почек пациенту также необходимо определить уровень микроальбуминурии

8.У пациента альбуминурия составляет 100 мг/г, категория ХБП С3а, А2

9.Больному следует назначить комбинацию 2-х антигипертензивных препаратов

10.В схему лечения необходимо включить блокаторы РААС

11.Помимо отказа от курения и диеты с ограничением употребления соли, животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациенту следует рекомендовать снизить массу тела

12.У пациента имеются признаки метаболического синдрома

Задача 17.

Больной М., 40 лет, инженер, обратился к врачу-терапевту участковому

Жалобы на боли в эпигастральной области, возникающие через 30 минут после еды, отрыжку воздухом, тошноту после приема пищи. Боли без иррадиации, купируются приемом антацидных препаратов

Анамнез заболевания Считает себя больным в течение пяти лет, когда впервые отметил появление боли в эпигастральной области, по совету друга стал принимать омепразол. Ежегодно обострение заболевания отмечает в весенний и осенний период, при появлении боли принимает омепразол в течение 1 недели. Настоящее ухудшение самочувствия - в течение последних 2 недель, когда отметил усиление боли, появление тошноты и отрыжки.

Анамнез жизни Пациент работает инженером, пищу принимает нерегулярно. Курит по 2 пачки сигарет в день на протяжении 15 лет, по праздникам употребляет спиртные напитки в умеренном количестве. У младшего брата больного диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Объективный статус Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, высыпаний нет. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 68 ударов в мин. АД 120/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомы, Мюсси, Ортнера, Кера и Щеткина - Блюмберга отрицательные. Размеры печени по Курлову 9x8x7 см. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание в норме.

1. **Обязательным лабораторным методом обследования является общий анализ крови**
2. **Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является ЭФГДС с биопсией слизистой оболочки на морфологию (при необходимости)**
3. **Диагноз: Язвенная болезнь желудка в стадии обострения**
4. **Типичным осложнением, которое может возникнуть при данном заболевании, является перфорация**
5. **К фоновому заболеванию, которое имеется у пациента, относится хронический гастрит, ассоциированный с инфекцией H. Pylori**
6. **Для лечения данного пациента, ранее не получавшего антигеликобактерную терапию, наиболее рационально назначить ингибитор протонной помпы в сочетании с кларитромицином и амоксициллином**
7. **Минимальная продолжительность приема ингибитора протонной помпы для достижения заживления язвенного дефекта составляет 4-6 недель**
8. **В четырехкомпонентную схему эрадикации Helicobacter pylori входит препарат висмута трикалия дицитрат**
9. **Основным этиологическим фактором развития язвенной болезни желудка является инфицирование слизистой желудка H. Pylori**

10. Язвенное поражение слизистой желудка наиболее часто вызывает прием аспирина
11. Болевой синдром при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке характеризуется появлением боли через 1-1,5 часа после еды и в ночные часы
12. Наиболее точным неинвазивным методом диагностики инфекции *H. pylori* является уреазный дыхательный тест с использованием мочевины, меченной изотопами ^{13}C или ^{14}C

Задача 18.

Больной А., 67 лет, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому

Жалобы На боли за грудиной сжимающего характера, возникающие при выполнении физической нагрузки (прохождение более 500 метров по ровной поверхности), продолжительностью до 5 минут, которые пациент купирует приемом нитроглицерина, чувство неритмичного сердцебиения, одышку при физической нагрузке, превышающей обычную для пациента, пастозность голеней в вечернее время.

Анамнез заболевания Считает себя больным в течение пяти лет, когда впервые отметил появление болей за грудиной. При обследовании был рекомендован прием аспирина, биспролола, аторвастатина. При возникновении болей использовал нитроглицерин. Эпизодически появляются приступы неритмичного сердцебиения, со слов пациента были эпизоды фибрилляции предсердий, продолжительностью до 2 часов, которые проходили самостоятельно или при приеме седативной терапии. В течении последнего года отмечает снижение толерантности к физическим нагрузкам, появление отеков нижних конечностей.

Анамнез жизни Рос и развивался соответственно возрасту. Последние 5 лет не работает, пенсионер. Не курит, алкоголь не употребляет. В 20-летнем возрасте была диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, последнее обострение было 10 лет назад. Семейный анамнез: отец пациента умер в возрасте 57 лет от инфаркта миокарда.

Объективный статус Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Незначительный цианоз губ, акроцианоз. Пастозность голеней. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 68 ударов в мин. АД 120/80 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9x8x7 см. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2) общий анализ крови, биохимический анализ крови с определением липидного профиля, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 2) эхокардиография, суточное мониторирование ЭКГ

Какой диагноз можно поставить данному больному? ИБС: Стенокардия напряжения II ф.к

К осложнениям основного заболевания у пациента относится ХСН II ф.к. по NYHA

У пациента имеется нарушение ритма сердца пароксизмальная форма ФП

Наиболее рациональной комбинацией лекарственных препаратов для лечения пациента является бета-блокатор, антикоагулянты статины

Для профилактики пароксизмов ФП этому больному показано назначение соталола

К новым оральным антикоагулянтам, используемым для профилактики тромбоэмболических осложнений при ФП, относят дабигатран

Для лечения ХСН больному показано назначение ингибиторов АПФ

При назначении статинов необходимо рекомендовать пациенту проводить мониторинг АлТ, АсТ

При назначении варфарина для профилактики тромбоэмболических осложнений у больных ФП необходимо определять уровень МНО

Наиболее информативным методом для диагностики ИБС является коронароангиография

Задача 19.

07.04.2016г. участковый врач прибыл на вызов к пациентке 29 лет на 6-й день болезни

Жалобы на слабость, боль в глазах, слезотечение, боль в горе, заложенность носа, сыпь на теле.

Анамнез заболевания Заболела остро 02.04.16 - появилась резь в глазах, слезотечение, 03.04 - повышение температуры тела до 38,5°C, затем присоединилась боль в горле, температура тела повысилась до 39°C. 06.04. появилась сыпь на теле, 07.04. - сухой кашель. Фебрильная температура тела сохранялась все дни.

Анамнез жизни Работает экономистом в фирме, в условиях офиса. Аллергоанамнез: неотягощен. Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангины, корь, ветряная оспа. Вредные привычки: отрицает. Проживает в отдельной квартире с мужем. Эпиданамнез: среди сотрудников в офисе были случаи заболевания ОРЗ. Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививалась.

Объективный статус Температура тела 38,8°C. Состояние больной средней тяжести, положение активное. Кожные покровы бледно-розовые, на коже туловища (преимущественно) и конечностей - папулезная сыпь. Геморрагических проявлений – нет. Склеры ярко инъецированы, слезотечение. Слизистая оболочка ротоглотки умеренно гиперемирована в области дужек и по задней стенке. Миндалины увеличены до I степени, гиперемированы, налётов нет. Периферические лимфоузлы: отмечается увеличение передних шейных (до 0,5-0,6 см) и подчелюстных лимфоузлов (до 0,8 см), мягкоэластичной консистенции, чувствительны при пальпации. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 18 в мин. АД - 110/70 мм.рт.ст, ЧСС – 84 уд. в мин. Печень выступает на 0,5 см из-под края рёберной дуги, мягкая, безболезненная. Селезенка не увеличена. Стул, мочеиспускание - не нарушены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

1. Выберите лабораторные методы обследования, необходимые для подтверждения диагноза (выберите 3) серологические исследования для определения антител к аденовирусам (реакция связывания комплемента), ПЦР-диагностика (отделяемого из ротоглотки и слизистой глаз), иммуноферментный анализ соскоба из эпителия ротоглотки
2. Выберите дополнительные методы обследования, необходимые для оценки степени тяжести и уточнения локализации патологического процесса у данного больного (выберите 2) биохимический анализ крови, общий анализ крови
3. Какой основной диагноз? Аденовирусная инфекция (фарингоконъюнктивальная лихорадка), средней степени тяжести
4. Дополнительными симптомами, которые иногда выявляют при аденовирусной инфекции, являются тошнота, секреторная диарея
5. Осложнением аденовирусной инфекции является пневмония
6. Дифференциальную диагностику аденовирусной инфекции проводят с инфекционным мононуклеозом, скарлатиной, парагриппом
7. Одним из основных показаний к госпитализации при аденовирусной инфекции является развитие пневмонии
8. Этиотропным средством для лечения аденовирусной инфекции (на ранней стадии) доказанной эффективностью является умифеновир
9. Патогенетическое лечение при среднетяжёлом течении аденовирусной инфекции включает применение нестероидных противовоспалительных препаратов
10. Местно при аденовирусной инфекции следует применять сульфацил натрия (глазные капли)
11. Применение антибиотиков при аденовирусной инфекции показано при присоединении вторичной инфекции
12. Химиопрепаратами, применяемые для профилактики аденовирусной инфекции, являются умифеновир, интерферон альфа интраназальный

Задача 20.

12.12.2017г. участковый терапевт прибыл на вызов к пациенту 19-ти лет на 3-ий день болезни

Жалобы на головную боль, вялость, озноб, снижение аппетита, повышение температуры тела до 38°C, серозное отделяемое из носовых ходов, боль в горле при глотании, осиплость голоса и грубый, «лающий» кашель.

Анамнез заболевания Со слов пациента заболел остро 3 дня назад утром, когда постепенно появились озноб, слабость, головная боль, снизился аппетит, повысилась температура тела до 37,5° С. К вечеру этого же дня присоединились заложенность носа, боль в горле при глотании, осиплость голоса, «лающий» кашель, повышение температуры тела до 38° С.

Анамнез жизни Студент. Проживает в общежитии. Вредные привычки: табакокурение. Аллергоанамнез: аллергическая реакция на куриный белок. Проявление - отек Квинке. Перенесенные заболевания: детские инфекции. Эпиданамнез: в общежитии были случаи заболевания ОРЗ. Прививочный анамнез: от гриппа не прививался.

Объективный статус Температура тела 38°C. Больной вялый, ослаблен. Кожные покровы суховаты, горячие на ощупь, физиологической окраски, сыпи нет. Умеренный отек слизистой носа, небольшое серозное отделяемое из носовых ходов. Гиперемия и зернистость слизистой оболочки задней стенки глотки. Осиплость голоса.

Периферические заднешейные лимфоузлы увеличены. Грубый, «лающий» кашель. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД – 20 в мин. АД-110/70 мм.рт.ст, ЧСС – 88 уд. в мин. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) ПЦР – диагностика, иммунофлуоресцентный метод мазков-отпечатков
2. Какой основной диагноз? Ларинготрахеит парагриппозной этиологии, типичное течение, средней степени тяжести
3. Симптомом тяжелого неосложненного течения парагриппа является стенозирующий ларингит
4. Частым неспецифическим осложнением при парагриппе является вторичная бактериальная пневмония
5. Парагрипп, осложненный стенозом гортани, необходимо дифференцировать с аллергическим ларинготрахеитом, дифтерией гортани, заглоточным абсцессом
6. Тактика ведения данного больного включает госпитализацию в инфекционное отделение
7. Показанием к госпитализации при парагриппе является стеноз гортани II-III степени
8. Этиотропным средством для лечения парагриппа с доказанной эффективностью является умифеновир
9. В лечении неосложненного парагриппа средней степени тяжести используется терапия симптоматическая
10. Применение антибиотиков при парагриппе показано при присоединении вторичной инфекции
11. Для медикаментозной неспецифической профилактики парагриппа используют интерферон-альфа
12. Химиопрепаратами, применяемыми для профилактики парагриппозной инфекции, являются умифеновир

Больной 36 лет, инженер, обратился в поликлинику

Жалобы На отеки голеней и стоп, нарастающие к вечеру, уменьшение количества выделяемой мочи, изменение ее вида (пенящаяся).

Анамнез заболевания 4 месяца назад после перенесенной инфекции ОРВИ стал отмечать периодическое появление отеков на стопах. Учитывая самостоятельный регресс отеков, пациент за медицинской помощью не обращался. В течение последних двух недель отеки стоп и голеней стали носить постоянный характер, заметил, что моча пенится. Обратился к участковому терапевту.

Анамнез жизни Перенесенные заболевания и операции: частые ОРВИ. В течение 5 лет – избыточная масса тела, Наследственность неотягощена, Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет, АД – 120-130/80 мм.рт.ст.

Объективный статус Состояние средней тяжести. Вес 95 кг, рост 172 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы бледные, чистые. Зев не гиперемирован.

Периферические л.у. не пальпируются. Отеки голеней, стоп. При надавливании легко образуется ямка. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 72 в мин., АД 130/80 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет подкожной жировой клетчатки, мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное. За сутки выделяет около 700-800 мл мочи (пьет около 1, 2 л жидкости)

1. Выберите основные необходимые для постановки диагноза лабораторные методы исследования (выберите три)

Общий анализ мочи

Биохимический анализ крови

Общий анализ крови

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

УЗИ почек

3. Ведущим нефрологическим синдромом у данного пациента является

Нефротический

4. Наиболее вероятным диагнозом является

Хронический гломерулонефрит

5. Дифференциальную диагностику хронического гломерулонефрита (ХГН) с нефротическим синдромом и гематурией следует проводить с острым постстрептококковым гломерулонефритом, вторичным ХГН в рамках системной патологии

6. Показаниями к госпитализации при хроническом гломерулонефрите являются

нефротический синдром, нарушение функции почек, сохраняющаяся/нарастающая артериальная гипертензия, тяжелый отечный синдром

7. Тактика ведения данного пациента включает госпитализацию в нефрологический стационар

8. Общие немедикаментозные принципы ведения больных гломерулонефритом с нефротическим синдромом и сохранной функцией почек включают соблюдение диеты с ограничением поваренной соли, потребляемой жидкости, животных жиров, умеренным ограничением потребления белка

9. Показаниями к проведению биопсии почки являются

протеинурия более 1 г/сут, нефротический синдром, стойкая или рецидивирующая гломерулярная гематурия, быстро прогрессирующая почечная недостаточность, острое нарушение функции почек неясной этиологии

10. Причинами развития нефротического синдрома могут явиться первичный и вторичный хронический гломерулонефрит (ХГН), амилоидоз почек, диабетическая нефропатия, острый гломерулонефрит, тромбоз сосудов почек, паранеопластический ХГН

11. Нефротический синдром наиболее часто осложняется развитием инфекций, тромбозов

12. О наличии хронической почечной недостаточности (ХПН) у пациента с впервые выявленным высоким уровнем креатинина сыворотки крови могут свидетельствовать неровный контур, уменьшение размеров и толщины паренхимы почек при УЗИ; наличие других проявлений хронической почечной недостаточности (артериальной гипертонии, анемии, повышения уровня фосфора, паратгормона, калия крови)

Задача 22

Больная 23 лет, пианистка, обратилась в поликлинику по месту жительства. Жалобы на ноющие, тянущие боли в пояснице справа, появляющиеся в конце дня или после тяжелой физической нагрузки.

Анамнез заболевания с детского возраста имеет дефицит массы тела. В 20 лет – беременность, протекавшая без осложнений, нормальные роды. В течение года после родов похудела на 3 кг, после чего стала отмечать ноющие, тянущие боли в пояснице справа после долгих прогулок с коляской, при подъеме ребенка, иногда сопровождающиеся приступами сердцебиений, слабостью, потливостью. В положении лёжа тяжесть в области поясницы уменьшается. Несколько раз в анализе мочи выявлялся в следовых количествах белок без изменения мочевого осадка.

Анамнез жизни Росла и развивалась нормально. Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции - ветряная оспа. Наследственность не отягощена. Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Отеков нет. Пониженного питания. ИМТ – 17,5. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс регулярный, хорошего наполнения. ЧСС 70 в мин. АД 100/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, б/болезненный. В положении лежа на левом боку через переднюю брюшную стенку на вдохе пальпируется нижний полюс правой почки, при выдохе почка уходит в подреберье. В положении стоя отчетливо пальпируется правая почка, пальпация безболезненная. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный, дизурия отсутствуют. Стул оформленный, ежедневный.

1) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 4) ортостатическая проба, клинический анализ мочи, биохимический анализ крови, общий анализ крови

2) Выберите основные необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2) радиоизотопная реносцинтиграфия, УЗИ почек в положении лёжа и стоя

3) Наиболее вероятным диагнозом является Правосторонний нефроптоз 1 степени

- 4) У данной пациентки к развитию нефроптоза предрасполагают дефицит веса, быстрое похудание, подъём тяжестей
- 5) О функциональном характере протеинурии у данной пациентки свидетельствуют её невысокий уровень и нестойкий характер, появление в вертикальном положении
- 6) К функциональной протеинурии помимо ортостатической относят протеинурию при лихорадке, тяжелой физической нагрузке
- 7) Развитие болей в области почек при нефроптозе связывают с возможным нарушением пассажа мочи, перегибом сосудистой ножки, растяжением нервов
- 8) I степень нефроптоза диагностируют, когда при рентгеновском исследовании нижний полюс почки опущен на _____ позвонка/ позвонков
1-1,5
- 9) Общий принцип ведения данной больной заключается в консервативном амбулаторном лечении
- 10) Консервативное лечение пациентки заключается в наборе веса, укреплении мышц спины и брюшного пресса, ношении индивидуального бандажа при предстоящих повышенных нагрузках
- 11) Хирургическое лечение нефроптоза требуется при нефроптозе II-III степени, осложненном нарушением гемодинамики, уродинамики, хроническим болевым синдромом
- 12) Условием для присоединения пиелонефрита, развития гидронефроза при нефроптозе является периодический или постоянный уростаз вследствие перегиба мочеточника

Задача 23

Больной Ф., 46 лет, строитель, обратился к врачу-терапевту участковому. Жалобы на боли в левом подреберье, общую слабость, многократный жидкий стул. Анамнез заболевания. Считает себя больным в течение 3 лет, когда стал отмечать появление болей в эпигастральной области и в левом подреберье возникающие после употребления алкоголя или приема жирной пищи. Отмечает снижение массы тела за последний год, так как длительное время жалуется на частый жидкий стул. Настоящее ухудшение самочувствия возникло за день до обращения к доктору, накануне праздновал свой день рождения, вечером употреблял более 500 мл крепких спиртных напитков.

Анамнез жизни. Рос и развивался соответственно возрасту. Бытовые условия хорошие. Курит до 20 сигарет за день, 2-3 раза в неделю употребляет алкоголь до 250 мл водки. Семейный анамнез: отец пациента страдал алкоголизмом.

Перенесенные заболевания: год назад диагностирован пароксизм фибрилляции предсердий, который был купирован после внутривенной инфузии кордарона.

Объективный статус. Состояние средней тяжести. Больной астенического телосложения, пониженного питания. ИМТ=19 кг/м². Температура тела 36,6°C.

Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Границы сердца в норме, шумов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС 88 ударов в минуту. АД 140/80 мм рт.ст. Живот при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптом Орнера отрицательный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Размеры печени по Курлову 9x8x7см. Селезенка не увеличена. Стул и мочеиспускание в норме. Отеков нет.

- 1) Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является Биохимический анализ крови с определением АлТ, АсТ, амилазы, билирубина, ЩФ, ГГТП, глюкозы, гликированного гемоглобина
- 2) Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является МСКТ органов брюшной полости
- 3) Какой диагноз можно поставить данному больному? Хронический панкреатит
- 4) К возможным осложнениям основного заболевания относят – панкреонекроз
- 5) Этиологией основного заболевания у пациента является алкогольная
- 6) Рациональной комбинацией препаратов для лечения пациента является – ферментные препараты + ингибиторы протонной помпы
- 7) К клиническим показаниям для проведения заместительной ферментной терапии при панкреатите относят хроническую диарею
- 8) Увеличение уровня глюкозы плазмы крови при данном заболевании является признаком эндокринной недостаточности ПЖ
- 9) У пациента был выявлен синдром внешнесекреторной недостаточности
- 10) Показанием к проведению хирургического вмешательства при осложнениях хронического панкреатита служит обструкция общего желчного протока
- 11) К внепанкреатическим источникам гиперамилаземии и гиперамилазурии относят – болезни слюнных желез
- 12) Профилактика обострений хронического панкреатита включает отказ от употребления алкоголя.

Задача 24

Больной А. 44 года осматривается врачом-терапевтом участковым в поликлинике
 Жалобы На головную боль в затылочной области, ощущение пульсации в голове, жара, головокружение, снижение работоспособности

Анамнез заболевания Головные боли при стрессовых ситуациях беспокоят в течение нескольких лет. Не придавал этому значение. Год назад при случайном, однократном измерении артериального давления были выявлены повышенные цифры, однако к врачам не обращался. В течение последнего месяца на фоне неприятностей на работе отметил усиление головных болей, появление головокружения, пошатывания при ходьбе, что заставило обратиться к врачу по месту жительства.

Анамнез жизни рос и развивался нормально, перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронический гастрит. Наследственность: отец имеет артериальную гипертензию с 40 лет, перенес инфаркт миокарда в возрасте 53 лет. Вредные привычки: курит по 10-15 сигарет в день с 18-летнего возраста. Двигательная активность: малоподвижный образ жизни

Объективный статус Состояние относительно удовлетворительное. Вес 105 кг, рост 177 см. Кожные покровы нормальной окраски, влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 16 в минуту. Левая граница сердца определяется по 5 межреберью на 1 см кнаружи от левой срединноключичной линии. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент второго тона во втором межреберье справа от грудины. ЧСС 85 ударов в минуту. АД 170/100 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Отеков нет.

- 1) Скрининговым лабораторным методом обследования, необходимым для постановки диагноза, является (выберите 2) биохимический анализ крови, общий анализ мочи
- 2) Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является электрокардиография в покое в 12 отведениях

- 3) Какой диагноз можно поставить данному больному? Гипертоническая болезнь II стадия, 2 степень, риск высокий
- 4) К поражению органов-мишеней, связанному с артериальной гипертензией у больного относят гипертрофию левого желудочка
- 5) У больного имеется нарушение метаболизма в виде ожирения
- 6) Дополнительным инструментальным методом обследования больных артериальной гипертензией является эхокардиография
- 7) Тактика ведения данного больного включает коррекцию образа жизни в сочетании с назначением фиксированной комбинации двух антигипертензивных препаратов
- 8) Данному больному предпочтительнее назначить лизиноприл+ амлодипин
- 9) Немедикаментозный подход к лечению данного пациента должен включать регулярные физические аэробные нагрузки
- 10) Целевыми показателями при лечении данного больного является снижение артериального давления до уровня ____ мм рт.ст 120-130/70-79
- 11) Диета для данного пациента должна включать ограничение потребления поваренной соли
- 12) Контроль достижения и поддержания целевого уровня артериального давления следует осуществлять посредством проведения ежедневного домашнего самоконтроля артериального давления

Задача 25

Больная 66 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому.

Жалобы на одышку и сердцебиения при умеренной физической нагрузке (подъем на 1 лестничный пролет), отеки нижней трети обеих голеней

Анамнез заболевания с 40 лет отмечает эпизоды повышения АД до 200/100 мм рт.ст.

В 50 лет перенесла инфаркт миокарда с Q зубцом, после выписки нерегулярно принимала ингибиторы АПФ, аспирин, моночинкве. В 64 года перенесла повторный инфаркт миокарда с Q зубцом, после которого стала отмечать появление одышки и сердцебиения при физической нагрузке; постепенно появились и стали нарастать отеки голеней

Анамнез жизни около 20 лет (точно не помнит) страдает сахарным диабетом 2 типа, последние 10 лет принимает метформин 500мг в сутки. Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия в 30 лет. Наследственность отягощена по заболеваниям сердечно-сосудистой системы (мать страдала ИБС, умерла от инфаркта в 65 лет).

Вредные привычки: курит в течение 40 лет по 10 сигарет в день.

Объективный статус Состояние средней тяжести. Вес 105 кг, рост 166 см, ИМТ= 38,1 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые светло-розовые, чистые окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются, ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 84 в мин., шумов не выслушивается, АД 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1 см ниже края реберной дуги. Отеки нижней трети голеней и стоп. Выполнен тест 6-минутной ходьбы: дистанция 200 метров.

- 1) Для оценки функции почек у больной с артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа необходимо выполнить (выберите 2) биохимический анализ крови с определением креатинина сыворотки расчет СКФ по формуле EPI

- 2) Для постановки диагноза необходимы следующие методы обследования (выберите 2) ЭКГ, ЭХО-КГ
- 3) Причиной снижения толерантности к физической нагрузке у данной пациентки является хроническая сердечная недостаточность
- 4) Какой диагноз можно поставить данной больной?
ИБС: постинфарктный кардиосклероз. АГ III ст, 3 ст., риск 4. Сахарный диабет 2 типа. ХСН III ФК (NYHA), IIБ стадии
- 5) Для исключения ХОБЛ у этой пациентки с длительным стажем курения необходимо измерить модифицированный индекс Тиффно
- 6) Пациентке показано назначение бета-адреноблокатора, оптимальным препаратом в данном случае является метопролола сукцинат
- 7) Кроме бета-адреноблокатора пациентке показано назначение ингибиторов АПФ
- 8) Среди диуретиков для лечения ХСН у данной пациентки следует выбрать гидрохлортиазид
- 9) Из ингибиторов АПФ для данной пациентки препаратом выбора будет эналаприл
- 10) Модификация диеты пациентки должна включать ограничение поваренной соли и ограничение в рационе животных жиров
- 11) Модифицируемым фактором риска у данной пациентки является дислипидемия
- 12) Мероприятия по изменению образа жизни у данной пациентки должны включать отказ от курения

Задача 26

Больной М. 30 лет обратился в поликлинику по месту жительства 13.01.2018г.

Жалобы на слабость, вялость, общее недомогание, подташнивание, снижение аппетита, чувство «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье.

Анамнез заболевания Заболел около 2 недель назад, когда постепенно нарастала слабость, снижалась работоспособность, которые связывал с переутомлением на работе. Слабость, общее недомогание постепенно нарастали, около недели назад понизился аппетит, 4-5 дней назад отметил появление тяжести в эпигастрии, которую объяснял обострением гастрита. Самостоятельно принимал антацидные препараты, де-нол. К врачу не обращался. Несмотря на приём лекарственных средств, за 2 дня до обращения к врачу тяжесть в эпигастрии выросла, чувство «тяжести» появилось и в правом подреберье. Также появились подташнивание, исчез аппетит. В связи с ухудшением общего состояния обратился к врачу.

Анамнез жизни Работает кладовщиком на складе оргтехники. Проживает в отдельной квартире с супругой. Аллергоанамнез: не отягощен. Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, респираторные сезонные заболевания. Вредные привычки: курение, изредка приём алкоголя (по «праздникам»). Парентеральный анамнез не отягощен. За два месяца до настоящего заболевания лечил зубы у стоматолога, за 1,5 месяца до заболевания делал татуировку, на работе питается в столовой.

Объективный статус Температура тела 36,6°C. Кожа и склеры обычной окраски, сыпи нет. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот мягкий, умеренно чувствителен при пальпации в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, мягко-эластичной консистенции, умеренно чувствительна при пальпации. Селезенка не пальпируется. Моча светлая. АД – 110/70 мм.рт.ст, ЧСС –65 уд. в мин.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) определение протромбинового индекса, ИФА для определения маркеров вирусных гепатитов биохимический анализ крови
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования УЗИ органов брюшной полости
3. Какой основной диагноз? Вирусный гепатит С безжелтушная форма лёгкой степени тяжести
4. Признаком тяжелого течения острого вирусного гепатита является снижение протромбинового индекса ниже 50%
5. Клиническим критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита является наличие геморрагического синдрома
6. Наиболее вероятным исходом безжелтушной формы острого вирусного гепатита С является формирование хронического вирусного гепатита С
7. Возможным осложнением вирусного гепатита С является острая печеночная энцефалопатия
8. Базисная терапия вирусного гепатита С безжелтушной формы легкого течения включает назначение обильного питья до 2-3 л в сутки
9. Базисная терапия вирусного гепатита С предусматривает назначение диеты № 5
10. Базисная терапия вирусного гепатита С включает применение лактолозы
11. В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом С контактными лицам проводят лабораторное обследование
12. С целью предотвращения инфицирования вирусным гепатитом С для контактных лиц проводят беседу о клинических признаках гепатита С, способах инфицирования, факторах передачи инфекции и мерах профилактики

Задача 27

Больная 41 года, водитель троллейбуса, обратилась в поликлинику.

Жалобы ощущение задержки пищи в пищеводе при глотании, возникающее независимо от ее консистенции, необильное срыгивание недавно съеденной пищей, тяжесть и дискомфорт за грудиной, снижение массы тела.

Анамнез заболевания Впервые ощущение затруднения при глотании возникло 3 месяца назад в условиях эмоционального стресса и быстро прогрессировало. Сначала больная стала запивать плотную пищу маленькими глотками минеральной воды, ела стоя и двигаясь по комнате, что приносило временный и непостоянный эффект. Месяц назад появилось необильное срыгивание только что принятой пищей. За время болезни вес снизился на 4 кг.

Анамнез жизни Росла и развивалась нормально. Перенесенные заболевания и операции: редкие простудные, миома матки, соответствующая 5 неделям беременности, в течение 3 лет. Наследственность: у матери желчнокаменная болезнь. Вредные привычки: не курит, алкоголь и наркотики не употребляет.

Объективный статус Состояние удовлетворительное. Питание достаточное, ИМТ=21 кг/м². Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет. Пальпируется перешеек щитовидной железы. Язык влажный с сероватым налетом у корня, сосочки сохранены. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не пальпируются. Со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем – без особенностей.

- 1) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) биохимический анализ крови, клинический анализ крови**
- 2) Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2) контрастное рентгенологическое исследование пищевода, эзофагогастродуоденоскопия**
- 3) На основании клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования стенозирующее поражение пищевода обусловлено ахалазией кардии**
- 4) Обследование больной следует начинать с визуализации пищевода методом контрастной рентгеноскопии пищевода**
- 5) Информативность рентгенологического исследования пищевода повышается проведением пробы с нитроглицерином**
- 6) На развернутых стадиях заболевания контрастное рентгенологическое исследование пищевода помимо сужения дистального отдела и расширения проксимального отдела выявляет исчезновение газового пузыря желудка**
- 7) Лечение больной следует начинать с консервативной терапии**
- 8) Для консервативного лечения больной можно использовать антагонисты кальциевых каналов, нитраты, М-холинолитики**
- 9) При неэффективности консервативного лечения в качестве терапии второй линии пациентке следует рекомендовать кардиодилатацию**
- 10) Периодичность проведения визуализирующих состояние пищевода и кардии инструментальных исследований определяют по индивидуальным показаниям**
- 11) В процессе динамического наблюдения за больными с ахалазией кардии осмотры врачом-терапевтом и врачом-гастроэнтерологом проводятся не реже 2 раз в год**
- 12) Врач-терапевт участковый должен рекомендовать больной с ахалазией кардии медленный прием пищи, исключение продуктов, усиливающих дисфагию**

Задача 28

Мужчина 30 лет, инженер, обратился в поликлинику

Жалобы Слабость, потемнение цвета мочи

Анамнез заболевания 5 лет назад после переохлаждения были отеки голеней, протеинурия и гематурия. Проводилась антибактериальная терапия. В дальнейшем при простудных заболеваниях на 2-3 день отмечал потемнение цвета мочи. В анализах мочи эпизодически выявлялась микрогематурия, функция почек была сохранной. Год назад обратился к урологу - по данным МСКТ с контрастированием

данных за урологическую причину гематурии не получено. Настоящее ухудшение состояния после очередного обострения тонзиллита.

Анамнез жизни Вредные привычки: курит в течение 10 лет, алкоголь употребляет эпизодически, Травмы, операции отрицает, Обострения тонзиллита до 4 раз в год, лечение консервативное

Объективный статус Состояние средней тяжести. ИМТ 25 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, отеков нет. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичны, ясные, шумов нет. ЧСС 72 в мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области слабо положительный с 2-х сторон, дизурии нет.

1) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3)

биохимический анализ крови

общий анализ крови

общий анализ мочи

2) В качестве скринингового инструментального метода обследования пациенту необходимо выполнить ультразвуковое исследование почек

3) Наиболее вероятным диагнозом у пациента является

Хронический гломерулонефрит гематурического типа

4) Ведущим синдромом у данного пациента является мочево́й

Мочево́й синдром характерен для первичных и вторичных гломерулонефритов, тубулоинтерстициального нефрита

6) Исследования, позволяющие оценить природу гематурии, включают УЗИ почек и мочевого пузыря, цистоскопию, компьютерную томографию почек с контрастированием, фазово-контрастную микроскопию осадка мочи

7) Показаниями к иммуносупрессивной терапии при гематурическом нефрите являются

протеинурия более 1г/сут, нефротический синдром, быстро прогрессирующая почечная недостаточность

8) Общие немедикаментозные принципы лечения гематурического нефрита заключаются в

соблюдении общего режима, диеты с ограничением поваренной соли, санации очагов инфекции

9) Препаратами для лечения больных гематурическим нефритом с протеинурией 0,5-1 г/сут и нормальной СКФ являются

ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) или блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА)

10) Больным гематурическим нефритом назначение иАПФ или БРА не требуется при наличии

изолированной гематурии, протеинурии менее 0,5 г/сут с нормальным АД и сохранной функцией почек

11) Показаниями к проведению биопсии почки при гематурическом нефрите являются

персистирующая протеинурия более 1 г/сут, нефротический синдром, ренальная ОПН, быстро прогрессирующая почечная недостаточность

12) К лабораторным критериям неблагоприятного прогноза IgA-нефропатии относятся выявляемые на момент установления диагноза или в течение заболевания снижение СКФ или повышение уровня креатинина, артериальная гипертензия, персистирующая протеинурия ≥ 1 г/сут

Задача 29.

В поликлинику обратилась пациентка 20 лет

Жалобы на зуд в области заднего прохода

Анамнез заболевания Заболела около 10 дней назад, когда на фоне хорошего самочувствия стала ощущать зуд в области заднего прохода. Зуд беспокоит преимущественно по ночам.

Анамнез жизни Студентка Аллергоанамнез: неотягощен. Перенесенные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. Вредные привычки: отрицает. Проживает в отдельной квартире с родителями. Эпиданамнез: Месяц назад гостила на даче у подруги, купалась в речке, загорала на песке, играла с маленькими детьми. Имеет привычку грызть ногти.

Объективный статус Температура тела 36,7°C. Кожные покровы обычной окраски, сыпи нет. Видимые слизистые оболочки обычной окраски, влажные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание через нос свободное. В легких хрипов нет. ЧДД – 17 в мин. АД-105/60 мм.рт.ст, ЧСС – 78 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей. Мочеиспускание не нарушено. Менструальный цикл регулярный, патологических выделений нет. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

- 1) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования микроскопия соскоба, мазка кала**
- 2) Какой основной диагноз? Энтеробиоз**
- 3) К симптомам неосложненного энтеробиоза относят зуд в области заднего прохода и аногенитальной области**
- 4) Возможным осложнением энтеробиоза является парапроктит**
- 5) Дифференциальную диагностику энтеробиоза проводят с геморроем**
- 6) При массивной инвазии при энтеробиозе возможны боли и урчание в животе, метеоризм, тошнота, рвота, запор или понос, иногда с примесью слизи**
- 7) При массивной инвазии при энтеробиозе возможно появление аппендикулярной симптоматики**
- 8) Тактика ведения данного больного заключается в ведении пациента в амбулаторных условиях**
- 9) Этиотропным средством для лечения энтеробиоза является альбендазол**
- 10) Лечение энтеробиоза включает назначение _____ препаратов противонематодозных**
- 11) Повторный курс лечения энтеробиоза показано проводить через _____ день/дней после первого 14**
- 12) Профилактика энтеробиоза включает соблюдение правил личной гигиены**

Задача 30

Больная 25 лет, преподаватель, обратилась в поликлинику

Жалобы на появление отеков голеней и стоп, боли, припухание в суставах кистей, повышение температуры тела до 37,5 С, слабость.

Анамнез заболевания В течение последних 2 лет отмечала покраснение кожи в области спинки носа и щек после пребывания на солнце, проходившие самостоятельно, эпизодически боли в суставах кистей. Настоящее ухудшение после отдыха на море в январские праздники, уже в конце отдыха появились выраженные отеки стоп. После возвращения отметила ухудшение состояния: отеки нарастали, присоединились артриты мелких суставов кистей, выраженная слабость, субфебрилитет.

Анамнез жизни Перенесенные заболевания и операции: отрицает Наследственность не отягощена. Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет. Рабочее АД - 110-120/70 мм.рт.ст.

Объективный статус Состояние средней тяжести. Вес 60 кг, рост 170 см. Кожные покровы бледные. Явления хейлита. Увеличены шейные лимфузлы, при пальпации безболезненные, мягкие, подвижные. Зев не гиперемирован. Припухлость в области межфаланговых суставов кистей. Движения пальцев рук умеренно болезненные. Умеренные отеки голеней, стоп. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 80 в мин., АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное. За сутки выделила около 1800 мл мочи (выпила около 2 л жидкости).

1) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 4)

- **общий анализ крови**
- **определение антинуклеарного фактора (АНФ) и/или антител к двуспиральной ДНК (анти-ДНК)**
- **общий анализ мочи**
- **биохимический анализ крови**

2) Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

ультразвуковое исследование почек

3) Ведущим нефрологическим синдромом, выявляемым у данной пациентки, является

остронефритический

4) Наиболее вероятным диагнозом является

Системная красная волчанка (СКВ) подострого течения с поражением почек (волчаночный нефрит), системы крови, суставов, кожи, лимфаденопатией, лихорадкой

5) Дифференциальную диагностику волчаночного нефрита следует проводить с хроническим гломерулонефритом

6) Показаниями к экстренной госпитализации больных СКВ с поражением почек являются

нарушение функции почек, сохраняющаяся/нарастающая артериальная гипертензия, тяжелый отечный синдром, развитие нефротического синдрома, системная активность

7) Тактика ведения данной больной подразумевает

госпитализацию в нефрологический стационар

8) Общими немедикаментозными принципами лечения СКВ с поражением почек являются

соблюдение режима, диеты с ограничением поваренной соли, потребляемой жидкости (при выраженных отеках, олигурии, тяжелой АГ, сердечной недостаточности)

9) Всем больным СКВ с поражением почек рекомендовано назначение гидроксихлорохина

10) Показаниями для назначения иммуносупрессивной терапии при СКВ с поражением почек являются волчаночный нефрит III-V классов

11) Более благоприятный прогноз имеют обострения волчаночного нефрита (ВН), протекающие с нарастанием протеинурии без нарушения функции почек

12) Инициальная терапия волчаночного нефрита имеет цель остановить развитие повреждения в почках, восстановить функцию почек и индуцировать ремиссию

Задача 31

Пациентка 22 лет обратилась к врачу-терапевту участковому.

Жалобы на ежедневные приступы удушья до 3-4 раз в сутки преимущественно в ночные и ранние утренние часы, чувство заложенности в грудной клетке, экспираторную одышку при физической нагрузке, приступообразный кашель с отделением умеренного количества прозрачной мокроты.

Анамнез заболевания С детского возраста отмечает появление заложенности носа с умеренными слизистыми выделениями в период цветения деревьев (апрель-май). В 15 лет впервые развился приступ затруднённого дыхания после контакта с кошкой, диагностирована бронхиальная астма. В качестве поддерживающей терапии использует ингаляционные глюкокортикостероиды в средней суточной дозе. В последние 3 месяца появились эпизоды затруднённого «свистящего» дыхания до 4-5 раз в неделю, купирующиеся ингаляцией короткодействующих бронхолитиков, одышка при быстрой ходьбе. Ухудшение состояния в течение 7 дней: стали беспокоить ежедневные приступы удушья (3-4 раза), ночные пробуждения из-за симптомов заболевания, возросла потребность в бронхорасширяющих препаратах.

Анамнез жизни Росла и развивалась нормально. Работает медицинской сестрой в поликлинике. Перенесённые заболевания: детские инфекции. Наследственность не отягощена. Пищевая аллергия (цитрусовые – явления крапивницы). Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус
Общее состояние средней степени тяжести, температура тела – 36,4°C. Астенического телосложения, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Кожные покровы обычной окраски. Носовое дыхание не нарушено. При перкуссии грудной клетки лёгочный звук, при аускультации дыхание жёсткое, над всей поверхностью лёгких выслушиваются рассеянные сухие дискантовые хрипы, ЧДД – 20 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 86 в минуту, АД – 100/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

**1) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) специфический иммуноглобулин Е к эпителию кошки в сыворотке крови
клинический анализ крови
общий анализ мокроты**

**2) Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2)
спирометрия с тестом обратимости бронхиальной обструкции**

пульсоксиметрия

3) В данной клинической ситуации основным диагнозом является Аллергическая бронхиальная астма, среднетяжелое неконтролируемое течение, среднетяжелое обострение. Сезонный аллергический ринит. Сенсibilизация к пыльцевым (деревья), эпидермальным (шерсть кошки), пищевым (цитрусовые) аллергенам.

4) Для неотложной терапии заболевания необходимо назначить небулайзерную терапию короткодействующими бронходилататорами и _____ внутрь глюкокортикостероиды

5) Эффективность неотложной терапии после назначения следует оценить через (в минутах)

60

6) Суточная доза системных глюкокортикостероидов (преднизолон внутрь) для лечения обострения заболевания составляет (в мг)

40-50

7) Для поддерживающей терапии заболевания необходимо назначить комбинацию

высоких доз ингаляционных глюкокортикостероидов и длительно действующих бета2-агонистов

8) Больной показано проведение вакцинации против гриппа

9) Пациентка относится к _____ группе состояния здоровья

IIIa

10) Кратность посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения больных бронхиальной астмой средней степени тяжести составляет _____ раз/раза в год 4

11) Кратность посещения врача-пульмонолога в рамках диспансерного наблюдения больных бронхиальной астмой средней степени тяжести составляет _____ раз/раза в год 2

12) Кратность посещения врача-аллерголога в рамках диспансерного наблюдения больных бронхиальной астмой средней степени тяжести составляет _____ раз/раза в год 2

Задача 32.

Больная К., 63 лет, пенсионерка, обратилась к врачу-терапевту участковому Жалобы на головную боль в затылочной и височной областях, учащенное сердцебиение, сухость во рту, жажду.

Анамнез заболевания Считает себя больной в течение 11 лет, когда впервые появились головные боли, при измерении АД отмечала повышение до 184/112мм.рт.ст. Постоянно принимает лизиноприл 10 мг 2 раза в день, гипотиазид 12,5 мг утром. В течение последних 5 лет диагностирован сахарный диабет 2 типа, придерживается диеты, принимает гальвус и метформин. Настоящее ухудшение самочувствия в течение последнего месяца, когда появились вновь головные боли, стала отмечать жажду и сухость во рту.

Анамнез жизни Росла и развивалась соответственно возрасту. Бытовые условия хорошие. Вредных привычек нет. Семейный анамнез: у матери пациентки был сахарный диабет, гипертоническая болезнь. Перенесенные заболевания: в возрасте 53 лет оперирована по поводу миомы матки, выполнена гистерэктомия.

Объективный статус Состояние удовлетворительное. Больная гиперстенического телосложения, избыточного питания. ИМТ=30,1 кг/м². Температура тела 36,6°C. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 17 в мин. Границы сердца расширены влево, шумов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС 82 удара в мин. АД 182/110 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 11x10x9 см. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание в норме. Отеков нет.

1) Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

биохимический анализ крови с определением липидного профиля, глюкозы, гликированного гемоглобина, мочевины, креатинина, мочевой кислоты

2) Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 2)

стандартное ЭКГ в 12 отведениях

эхокардиография

3) Какой диагноз можно поставить данной больной?

Гипертоническая болезнь 3 степени, 2 стадии, высокой степени риска

4) К факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний, у больной относится гипергликемия

5) Сочетанным заболеванием у пациентки является

сахарный диабет 2 типа, ожирение 1 ст.

6) Наиболее рациональной комбинацией антигипертензивных препаратов для лечения пациентки является

иАПФ + антагонисты кальция

7) Группой лекарственных препаратов, которая обладает наиболее выраженной органопротекцией в лечении пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, является

иАПФ

8) Показателем, который определяет компенсацию сахарного диабета, является гликозилированный гемоглобин

9) Стадия гипертонической болезни устанавливается на основании оценки поражения органов-мишеней

10) Для второй стадии гипертонической болезни характерно наличие гипертрофии левого желудочка

11) К органами-мишеням, которые поражаются при гипертонической болезни, относят

почки

12) Заболеванием, при котором может возникнуть симптоматическая артериальная гипертензия, является

Гипертиреоз

Задача 33.

Больная 65 лет, пенсионерка, обратилась в поликлинику

Жалобы На выраженную общую слабость, утомляемость, сердцебиение, одышку при физической нагрузке и в покое, тошноту, отрыжку, тяжесть в эпигастрии, онемение нижних конечностей, шаткость походки.

Анамнез заболевания признаки желудочной диспепсии около 15 лет. В последние полгода появились слабость, сердцебиения, одышка при нагрузке, онемение нижних конечностей, шаткость походки. К врачам не обращалась.

Анамнез жизни росла и развивалась нормально. Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия. Наследственность неотягощена. Вредные привычки: не имеет.

Объективный статус Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы выраженной бледности, лёгкая желтушность кожи и склер лимонного оттенка. Лицо одутловато. Рост - 160 см, масса тела 68 кг. В лёгких везикулярное дыхание. ЧДД 20 в минуту. Границы сердца смещены влево на 1 см, тоны немного приглушены, ЧСС - 98 в минуту, АД - 135/85 мм рт. ст. Язык малинового цвета, сосочки сглажены. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1 см из-под края рёберной дуги, селезёнка не увеличена.

1) К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят (выберите 2)

- клинический анализ крови
- определение уровня витамина В12 и фолиевой кислоты в крови

2) К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят фиброгастродуоденоскопию (ФГДС)

3) Какой предполагаемый основной диагноз?

В12-дефицитная анемия тяжелой степени

4) Дифференциальный диагноз следует провести с гемолитической анемией, апластической анемией, анемией при дефиците фолиевой кислоты, онкопатологией

5) Тактика ведения данной больной предполагает

- госпитализацию в отделение терапевтического профиля

6) Больная нуждается в неотложной помощи в виде в/в переливания эритроцитарной взвеси

7) Дальнейшее лечение больной включает назначение витамина В12 (цианокобаламина) по 500-1000 мкг в сутки в/м (п/к)

8) Продолжительность лечения больной витамином В12 в дозировке 500-1000 мкг составляет

- до нормализации уровня Нв и эритроцитов

9) Эффективность лечения витамином В12 оценивается развитием ретикулоцитарного криза на _____ -е сутки 5-7

10) Поддерживающая терапия витамином В12 предполагает введение по 500 мкг 1 раз в неделю в течение 2-х месяцев, затем 1 раз в месяц пожизненно

11) Патогномичным признаком В12 дефицитной анемии является мегалобластический тип кроветворения

- гипохромия эритроцитов

12) Отличительной чертой при дифференциальной диагностике В12 дефицитной анемии и анемии при дефиците фолиевой кислоты является фуникулярный миелоз

Задача 34

Вызов врача на дом к пациентке 42 лет на 10-й день болезни

Жалобы на слабость, адинамию, кожные высыпания

Анамнез заболевания заболела остро с повышения температуры тела до 37,9°C, головной боли, слабости, недомогания. Позже отметила появление чувства онемения и покалывания в области скуловой дуги справа. Лечилась самостоятельно, принимала противовоспалительные средства (ибупрофен), с кратковременным эффектом. На 5-й день болезни температура тела нормализовалась, появилась сыпь на лице, сопровождающаяся болезненными ощущениями, усиливающимися в ночные часы, увеличились околоушные, поднижнечелюстные лимфатические узлы.

Анамнез жизни Работает консьержем в многоквартирном жилом доме. Проживает в отдельной собственной квартире с сыном. Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. Вредные привычки: отрицает. Прививочный анамнез не помнит (со слов пациентки прививалась «как все» в школе и в институте). От гриппа прививки не делала.

Объективный статус Температура тела 36,7°C. Лицо одутловато, гиперемировано, умеренная гиперемия конъюнктив. На коже правой щеки - сгруппированные везикулы («гроздь винограда») с мутным содержимым, располагающиеся на гиперемированном и отёчном основании. Размер их не превышает нескольких миллиметров. Сыпь имеет сегментарный, односторонний характер. Сыпь сопровождается умеренно выраженным болевым синдромом, боль приступообразная, усиливающаяся в ночные часы. Периферические лимфоузлы (околоушные, поднижнечелюстные) увеличены до размера горошин, чувствительны при пальпации. АД – 110 и 70 мм.рт.ст, ЧСС – 78 уд. в мин. В легких дыхание жесткое, проводится по всем полям, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. В сознании. Очаговой неврологической и менингеальной симптоматики не выявлено.

**1) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) ПЦР
ИФА**

микроскопический

2) Какой основной диагноз? Опоясывающий лишай [herpes zoster], период высыпаний, среднетяжелая форма, типичное течение

3) Клиническими признаками продромального периода опоясывающего лишая являются слабость, повышение температуры тела, чувство онемения, покалывания или жжения в области поражённого дерматома

4) Главным клинико-диагностическим критерием опоясывающего лишая в стадию герпетических высыпаний считают наличие

экзантемы с тесно сгруппированными везикулами с прозрачным серозным содержимым, располагающиеся на гиперемированном и отёчном основании

5) Осложнениями опоясывающего лишая являются

энцефалит, менингит

6) Дифференциальную диагностику опоясывающего лишая следует проводить с

зостериформным про-стым герпесом, рожей

7) Тактикой ведения данного больного является

амбулаторное наблюдение и лечение

8) Этиотропная терапия при опоясывающем лишае предусматривает назначение

ацикловира

9) Лечебная тактика при неосложненном опоясывающем лишае, в первую очередь, включает назначение

противовирусной терапии

10) Изоляция больного опоясывающим лишаем завершается по истечении

5 дней со времени появления последнего свежего элемента сыпи

11) Допуск реконвалесцентов опоясывающим лишаем в организованные коллективы детей и взрослых разрешается после

их клинического выздоровления

12) Разобщение контактных неиммунных лиц устанавливается на срок с _____ день с момента контакта с больным опоясывающим лишаем

11-го по 21

Задача 35

20.10.2017г. участковый врач терапевт прибыл на вызов к пациенту 20-ти лет на 4-ый день болезни.

Жалобы на повышение температуры тела, «ломоту» во всем теле, боли в горле при глотании, редкий кашель, заложенность носа, слезотечение, жжение, ощущение песка в глазах, снижение аппетита, дискомфорт в животе, послабление стула.

Анамнез заболевания Ухудшение состояния с 17.10.2017г.: познабливание, повышение температуры тела до 37,3°C, заложенность носа, боли в горле при глотании, жжение, рези в области правого глаза, слезотечение. Лечился самостоятельно: жаропонижающие средства, полоскания горла с растворами антисептиков (фурациллин, хлоргексидин), промывания правого глаза раствором спитого чая. 20.10.2017 г.: вышеперечисленные симптомы сохранялись, выросла общая слабость, отметил подъем температуры тела выше 38,0°C, «ломоту» во всем теле, возникновение влажного кашля, появление жжения, рези в области левого глаза, склеивание век правого глаза за счёт экссудата, нарушение аппетита, дискомфорт в верхних отделах живота, кашицеобразный стул без примесей 2 - 3 раза за сутки.

Анамнез жизни Студент дневного отделения. Аллергоанамнез: неотягощен.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ, аппендэктомия (2015г) Вредные привычки: отрицает. Проживает в общежитии, в комнате живут ещё 2 студента.

Эпиданамнез: сосед по комнате неделю назад обращался к офтальмологу по поводу конъюнктивита; в студенческой группе были случаи заболевания ОРЗ. Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививался.

Объективный статус Температура тела 38,4°C. Больной гиподинамичен. Кожные покровы бледные, высыпаний нет. Лицо пастозно. Веки отёчны, кожа век гиперемирована, гиперемия склер, конъюнктив, сужение глазных щелей, склеивание век правого глаза серозным экссудатом. Дыхание носом затруднено, выделения из носа слизистые, без примесей крови. Слизистая оболочка ротоглотки умеренно гиперемирована, задняя стенка глотки зерниста. Миндалины увеличены до II степени, рыхлые, лакуны расширены. На задней стенке глотки и миндалинах - нежные белесоватые плёнчатые налёты. Увеличение, умеренная болезненность подчелюстных, переднешейных и заднешейных лимфатических узлов. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. АД-115/70 мм.рт.ст, ЧСС – 96 уд. в мин. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в верхних отделах, правой подвздошной области, перитонеальных симптомов нет, перистальтика активная. Пальпируются край печени, нижний полюс селезёнки. Мочеиспускание свободное, достаточное, моча жёлтого цвета. Очаговой неврологической и менингеальной симптоматики нет.

1) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)

иммуноферментный анализ соскоба эпителия ротоглотки

ПЦР - диагностика

2) Какой основной диагноз?

Аденовирусная инфекция, фарингоконъюнктивальная лихорадка, средней степени тяжести

3) Опорными диагностическими критериями аденовирусной инфекции являются воспаление слизистых оболочек ротоглотки, глаз, системное увеличение лимфатических узлов

4) К дополнительным симптомам, которые иногда выявляют при аденовирусной инфекции, относят

тошноту, секреторную диарею

5) Дифференциальную диагностику риновирусной инфекции в начальный период заболевания проводят с дифтерией ротоглотки, инфекционным мононуклеозом

6) Стул при развитии энтерита (гастроэнтерита) аденовирусной природы становится

учащённым, кашицеобразным, без патологических примесей

7) К наиболее частым осложнениям аденовирусной инфекции относятся поражения придаточных пазух носа, пневмонии, ангины

8) Одним из основных показаний к госпитализации при аденовирусной инфекции является развитие

пневмонии

9) Этиотропным средством для лечения аденовирусной инфекции (на ранней стадии) с доказанной эффективностью является

умифеновир

10) Применение антибиотиков при аденовирусной инфекции показано при присоединении вторичной инфекции

11) Химиопрепаратами, применяемыми для профилактики риновирусной инфекции, являются

умифеновир, интерферон альфа интраназальный

12) Неспецифической профилактической мерой при аденовирусной инфекции служит

промывание носа изотоническим раствором

Задача 36.

Женщина 70 лет вызвала врача-терапевта участкового на дом
Жалобы на боль в загрудинной области давящего характера, возникающую как при незначительной физической нагрузке (ходьба менее 500 м), так и в покое, купирующуюся приемом нитратов, одышку при физической нагрузке, эпизоды повышения АД до 170/100 мм рт.ст.

Анамнез заболевания Считает себя больной с 45-летнего возраста, когда впервые стала отмечать повышение АД до 170/100 мм рт.ст., по поводу чего не обследовалась и постоянной терапии не получала. 10 лет назад присоединились загрудинные давящие боли при физической нагрузке, проходящие в покое. С этого же времени известно о наличии сахарного диабета 2 типа. Постоянно принимает пероральные сахароснижающие препараты (в настоящее время метформин 2000 мг/сутки), на фоне чего уровень гликемии 3,9-4,9-4,2 ммоль/л. Постоянно получает терапию нитратами, эналаприлом, индапамидом, аспирином. Гиполипидемические препараты принимает нерегулярно. Отмечает ухудшение состояния в течение 2 дней, когда приступы стенокардии стали возникать в покое, увеличилась их интенсивность и длительность, стала нарастать одышка, появились отеки ног. Последний приступ ангинозных болей накануне вечером, длительность более 20 минут.

Анамнез жизни Росла и развивалась нормально. Образование среднее. На пенсии с 65 лет, работала продавцом. Наследственность: мать умерла от ОНМК, сестра 66-ти лет страдает ИБС, АГ. Аллергологический анамнез не отягощен. Гинекологический анамнез: беременности – 3, роды – 2, менопауза с 55 лет. Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус
Общее состояние средней степени тяжести. Распределение подкожной жировой клетчатки по абдоминальному типу, повышенного питания. ИМТ – 33,2 кг/м². ОТ – 98 см. Кожные покровы обычной окраски, чистые, умеренной влажности. Пастозность голеней, стоп. Язык влажный, чистый. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. ЧДД – 18 в минуту. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. АД – 140/80 мм рт.ст., ЧСС – 74 удара в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

1) Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные и лабораторные методы исследования (выберите 4)

измерение уровня МВ-КФК

измерение уровня миоглобина

ЭКГ покоя в 12 отведениях

измерение уровня тропонина I /или тропонина T/или высокочувствительного тропонина

2) При подозрении на инфаркт миокарда ниже-базальной локализации необходимо использовать дополнительные отведения ЭКГ

V7-V9

3) Больную необходимо

госпитализировать в стационар, имеющий отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения

4) Какой основной диагноз?

ОКСбпST

5) У пациентки ре-тест на высокочувствительный тропонин через 3 часа не выявил повышения уровня фермента. По результатам ЭхоКГ, выполненной в стационаре больной при поступлении, зон нарушения локальной сократимости миокарда не выявлено. Какой основной диагноз?

Нестабильная стенокардия

6) Для определения тактики ведения пациентки необходимо оценить риск по шкале

GRACE

7) У пациентки сумма баллов по шкале GRACE равна 102, больной показано/показана

консервативная терапия

8) Больной в возможно более ранние сроки необходимо назначить двойную антиагрегантную терапию в нагрузочной дозе

ацетилсалициловая кислота 300 мг + клопидогрел 300 мг

9) В качестве антиишемического препарата необходимо назначить бета-адреноблокатор

10) Инвазивная коронароангиография (КАГ) показана пациентке при неэффективности оптимальной медикаментозной терапии

11) Двойная антиагрегантная терапия показана пациентке в течение ___ мес.
12

12) Помимо диеты с ограничением употребления соли, животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациентке следует рекомендовать снизить массу тела

Задача 37

Больной 46 лет обратился в поликлинику.

Жалобы на кожный зуд, желтушность кожи и склер, увеличение живота, отеки нижних конечностей к вечеру.

Анамнез заболевания Диагноз цирроза печени был установлен два года назад.

Вирусная этиология доказана не была. Алкоголь в умеренных количествах употреблял в молодости. Были исключены и редкие причины цирроза – болезнь Вильсона, гемохроматоз, аутоиммунный и билиарный варианты. Получал курсами урсодезоксихолевую кислоту, адеметионин, эссенциальные фосфолипиды.

Самочувствие оставалось удовлетворительным до последнего времени. Указанные жалобы начались с зуда кожи около месяца назад.

Анамнез жизни Рос и развивался нормально. По профессии – системный администратор. Перенесенные заболевания и операции: простудные, детские инфекции. Наследственность: у матери – сахарный диабет 2 типа, отец в возрасте 57 лет умер от инфаркта миокарда. Аллергии на медикаменты нет. Контакта с токсичными веществами не имеет. Вредные привычки отрицает.

Объективный статус Состояние средней тяжести. Рост – 180 см, масса тела – 84 кг, индекс массы тела – 25,9. Кожа и слизистые иктеричны. На коже верхней части грудной клетки единичные телеангиэктазии. Ладони «печеночные». Пастозность стоп. Живот несколько вздут, перкуторно определяется свободная жидкость. Выражена венозная сеть на передне-боковых поверхностях живота. Живот мягкий,

чувствительный при пальпации в эпигастрии. Печень перкуторно выступает из правого подреберья на 5 см, край плотно-эластический, селезенка при пальпации не определяется. Тоны сердца ритмичные, несколько приглушены. ЧСС – 80 в мин. АД – 130/80 мм рт.ст. Со стороны легких – без отклонений от нормы.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 4) маркеры вирусов гепатита

коагулограмма

клинический анализ крови

биохимический анализ крови

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 3)

компьютерная томография брюшной полости

ультразвуковое сканирование органов брюшной полости

эзофагогастродуоденоскопия

3. Какой диагноз основного заболевания и его осложнений?

Цирроз печени неустановленной этиологии, класс В по Чайлд-Пью; осложнения: портальная гипертензия (варикозно расширенные вены пищевода I-II ст., спленомегалия, асцит), печеночно-клеточная недостаточность, холестатический синдром

4. Наиболее информативным исследованием, уточняющим состояние печени, является

биопсия печени с гистологическим исследованием биоптата

5. Наиболее точно подтвердит наличие холестатического синдрома исследование

щелочной фосфатазы и гамма-глутамилтранспептидазы

6. Наиболее точно подтвердит наличие цитолитического синдрома исследование

аминотрансфераз

7. Для снижения венозного давления в портальной системе назначают

неселективные β -блокаторы

8. При выраженном кожном зуде у больных с циррозом печени лучшие результаты достигаются назначением

холестирамина

9. Лечение асцита больному следует начать с комбинации

спиронолактона и петлевого диуретика

10. Мониторинг выраженности синдрома гиперспленизма осуществляют по исследованию

тромбоцитов в клиническом анализе крови

11. При исследовании степени тяжести цирроза печени по Чайлд-Пью учитывают содержание

билирубина, альбуминов, протромбиновый индекс

12. Одним из первых проявлений печеночной энцефалопатии является нарушение ритма сна и бодрствования

Задача 38

Больная 23 года, студентка, обратилась в поликлинику

Жалобы на появление отеков на лице и лодыжках, изменение цвета и вида мочи (темная, мутная, пенится), уменьшение количества выделяемой мочи (до 500-600 мл/сут), головные боли.

Анамнез заболевания через две недели после перенесенной ангины появились отеки на лице и лодыжках, головные боли, моча вида «мясных помоев», количество выделяемой мочи уменьшилось до 500 мл/сут.

Анамнез жизни перенесенные заболевания и операции: хронический тонзиллит с частыми обострениями (лечение – самостоятельное) Наследственность неотягощена. Гинекологический анамнез: беременность – 1, роды – 1 (Без осложнений. Анализы мочи – норма, АД - норма). Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет. АД - 110-120/70 мм.рт.ст.

Объективный статус состояние средней тяжести. Вес 70 кг, рост 170 см. Кожные покровы бледные, чистые. Зев не гиперемирован. Миндалины умеренно увеличены. Параорбитальные отеки, умеренные отеки голеней, стоп. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 80 в мин., АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное. За сутки выделила около 500 мл мочи (выпила около 1,5 л жидкости).

1) Выберите основные необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3)

биохимический анализ крови
анализ титра антистрептококковых антител
общий анализ мочи

2) Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

УЗИ почек

3) Ведущим нефрологическим синдромом, выявляемым у данной пациентки, является

остронефритический синдром

4) Наиболее вероятным диагнозом является

Острый постстрептококковый гломерулонефрит

5) Дифференциальную диагностику острого постстрептококкового гломерулонефрита следует проводить с

хроническим гломерулонефритом

6) Показаниями к госпитализации при остром гломерулонефрите являются нарушение функции почек, нарастающая артериальная гипертония, тяжелый отечный синдром, развитие нефротического синдрома, признаки сердечной и дыхательной недостаточности

7) Тактика ведения данной больной заключается в

госпитализация в нефрологический стационар

8) Общие немедикаментозные принципы лечения острого гломерулонефрита включают

соблюдение постельного режима, диеты с ограничением поваренной соли, потребляемой жидкости (при выраженных отеках, олигурии, тяжелой АГ, сердечной недостаточности)

9) Препаратами первого ряда для лечения артериальной гипертонии и отеков у пациентки с остронефритическим синдромом являются

петлевые диуретики

10) Показаниями для антибиотикотерапии являются

обнаружение высоких титров антистрептококковых антител в крови и положительные результаты посева из зева

- 11) К показаниям для иммуносупрессивной терапии относятся быстро прогрессирующее течение нефрита, нефротический синдром**
12) Показаниями к проведению пункционной биопсии почки при остром гломерулонефрите являются прогрессирующее ухудшение функции почек, нарастающая протеинурия

Задача 39.

Женщина 50 лет, бухгалтер, обратилась к врачу-терапевту участковому с просьбой обследовать и назначить лечение.

Жалобы на эпизоды повышения АД до 160/100 мм рт.ст. при обычном АД 110-120/80 мм рт.ст., на периодически возникающую головную боль, особенно на фоне повышения АД, на боль в поясничном отделе позвоночника.

Анамнез заболевания Около 10-15 лет назад стала отмечать повышение АД максимально до 160/100 мм рт.ст., по поводу чего не обследовалась, постоянную терапию не получала, периодически принимала Тенорик при повышении АД.

Анамнез жизни Росла и развивалась нормально. Образование высшее. Работает. Наследственность: мать 78-ми лет страдает АГ, перенесла ОНМК, отец умер в 60 лет от острого инфаркта миокарда. Гинекологический анамнез отягощен – менопауза с 35 лет после гистерэктомии по поводу миомы матки. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает. Ведет малоподвижный образ жизни.

Объективный статус общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост – 158 см, масса тела – 67 кг, ИМТ=26,8 кг/м². Окружность талии – 86 см. Кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. Лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система: болезненность при пальпации в области паравerteбральных точек. Мышечная система: без патологии. ЧДД – 16 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны ясные, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, шумов нет. ЧСС – 68 ударов в минуту, АД – 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлено.

1) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы исследования на первом этапе обследования (выберите 5)

уровень креатинина плазмы

общий анализ мочи

исследование глюкозы в плазме крови (натощак)

общий анализ крови

исследование общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов (ТГ)

2) Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 5)

дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий

эхокардиография трансторакальная

ультразвуковое исследование почек

внеофисное измерение АД: СКАД и/или СМАД

электрокардиография покоя в 12 отведениях

3) Какой основной диагноз?

гипертоническая болезнь

4) У пациентки _____ стадия ГБ

2

5) У пациентки _____ АГ

2 степень

**6) У пациентки _____ риск развития сердечно-сосудистых осложнений
высокий**

**7) У бессимптомных больных АГ без сердечно-сосудистых заболеваний, ХБП и
диабета рекомендуется стратификация риска с помощью модели
SCORE**

**8) Помимо диеты с ограничением употребления соли, животных жиров и
легкоусвояемых углеводов пациентке необходимо рекомендовать
снижение массы тела**

**9) Больной следует назначить
комбинацию 2-х антигипертензивных препаратов**

**10) Целевым для пациентки является АД < _____ мм рт.ст.
140/90**

**11) Больной рекомендуется
лечение в амбулаторных условиях**

**12) Учитывая раннее начало менопаузы (гистерэктомия в 35 лет) и жалобы на
боли в поясничном отделе позвоночника для исключения остеопороза больной
необходимо выполнить
Денситометрию**

Задача 40

26.12.2017г. участковый врач прибыл на вызов к пациентке 64-х лет на 3-й день
болезни.

Жалобы на повышение температуры до 40°C, озноб, сильную головную боль в лобных
и параорбитальных областях, «ломоту» во всем теле, сухой кашель, першение в
горле, заложенность носа.

Анамнез заболевания Заболела остро с появления озноба, мышечных и суставных
болей, выраженной слабости, сильной головной боли в лобной и параорбитальных
областях, повышения температуры тела до 38,8°C, пропал аппетит, появилась
фотофобия. Позже присоединилось першение в горле, заложенность носа, сухой
«саднящий» за грудиной кашель.

Анамнез жизни Пенсионерка. Аллергоанамнез: не отягощен. Перенесенные
заболевания: мастэктомия, ОРЗ, ГБ I ст. Вредные привычки: отрицает. Проживает в
отдельной квартире с супругом. Эпиданамнез: сопровождала внука в детский сад, где
мог быть возможный контакт с больными ОРЗ. Прививочный анамнез: дату последней
прививки не помнит. От гриппа не привита.

Объективный статус Температура тела 39,2°C. Больная вялая, адинамична. Кожные
покровы бледные, сухие, горячие на ощупь, чистые, сыпи нет. Лицо гиперемировано и
одутловато, инъекция сосудов склер. Слизистая оболочка ротоглотки в области
мягкого неба, задней стенки глотки гиперемирована, отмечается ее зернистость,
единичные геморрагии на небной занавеске. Периферические лимфоузлы не
увеличены В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД – 22 в мин. АД-100/60 мм.рт.ст,
ЧСС – 96 уд. в мин. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено.
Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

1) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования с учетом 3-го дня болезни (выберите 2)

ПЦР- диагностика

выявление антигенов в смывах из носо- и ротоглотки (ИФА, ИФМ)

2) Какой основной диагноз?

Грипп, типичное течение, средней степени тяжести

3) Симптомом тяжелого неосложненного течения гриппа является геморрагическая сыпь

4) Патогенетическим осложнением гриппа является респираторный дистресс-синдром

5) Дифференциальную диагностику гриппа проводят с менингококковой инфекцией, ГЛПС, парагриппом

6) Показанием к госпитализации при гриппе являются одышка, боли в груди

7) Этиотропными средствами для лечения гриппа с доказанной эффективностью являются

умифеновир, осельтамивир

8) Патогенетическое лечение гриппа, тяжелого течения, включает респираторную поддержку

9) Применение антибиотиков при гриппе показано при присоединении вторичной инфекции

10) Химиопрепаратами, применяемые для профилактики гриппа, являются осельтамивир, умифеновир

11) Вакцинопрофилактику гриппа следует начинать за 1 месяц до начала сезонного подъема заболеваемости

12) Неспецифической профилактической мерой при гриппе служит промывание носа изотоническим раствором

Задача 41

Мужчина 60 лет пришел на прием к врачу-терапевту участковому в поликлинику. Жалобы на повышение артериального давления, максимально до 185/110 мм рт.ст., сопровождающееся головной болью (преимущественно теменная область), тошнотой, снижением работоспособности.

Анамнез заболевания. Повышение артериального давления отмечает более 9 лет. Первые годы артериальное давление повышалось до 150/90 мм рт.ст. возникало только на фоне выраженного эмоционального перенапряжения, последние два года повышение артериального давления стал отмечать чаще, самостоятельно принимал капотен под язык с положительным эффектом. В течение недели эпизоды повышения артериального давления были ежедневны, в связи с чем обратился к врачу. Пациент указывает, что всегда имел лишний вес, но за последние несколько лет набрал около 8 кг.

Анамнез жизни. Рос и развивался нормально. Работает юристом в строительной компании. Перенесенные заболевания, операции: детские инфекции, аппендэктомия. Наследственность: у отца была диагностирована гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа, умер в возрасте 68 лет. Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки: курение - стаж 30 лет, выкуривает по 14 сигарет в день.

Объективный статус. Состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост 1,70 м, вес 115 кг, индекс массы тела 40.14 кг/м². Кожные

покровы нормальной окраски, отмечается гиперемия кожи лица, видимые слизистые розового цвета. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. При аускультации легких дыхание везикулярное, проводится равномерно. Над всей поверхностью легких выслушиваются сухие хрипы. Пульс 79 уд/мин, ритмичный, ЧСС 79 уд/мин, АД – 150/90 ммрт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Физиологические отправления в норме (со слов).

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 3) определение липидного профиля, определение уровня глюкозы крови натощак, калия и натрия в сыворотке крови, креатинина крови с последующим расчетом СКФ, мочево́й кислоты, общий анализ крови

2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются проведение суточного мониторирования артериального давления (СМАД) измерение офисного артериального давления как минимум на одном визите самостоятельное измерение артериального давления, ведение дневника контроля АД и ЧСС

3. Какой диагноз можно поставить данному больному?

Гипертоническая болезнь 3 стадии, 3 степени, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений

4. К сопутствующим факторам, способным повысить риск сердечно-сосудистых осложнений у данного пациента относят ожирение 3 степени, сахарный диабет 2 типа, дислипидемию, наследственность, курение

5. Какое сопутствующее заболевание респираторной системы можно заподозрить у данного пациента, согласно МКБ -10 J44.9 – Хроническая обструктивная легочная болезнь неуточненная

6. Тактика ведения пациента заключается в изменении образа жизни, назначении медикаментозной терапии

7. Целевыми значениями артериального давления для пациентов, страдающих сахарным диабетом, являются < _____ мм рт.ст 140/85

8. Пациенту к рекомендованным мероприятиям по изменению образа жизни, относятся увеличение физической активности

9. Для лечения артериальной гипертензии, в качестве рутинной терапии не рекомендуется использовать альфа-адреноблокаторы

10. Пациенту с ГБ и сахарным диабетом 2 типа на начальном этапе лечения могут быть рекомендованы периндоприл

11. У больных с очень высоким исходным АД или имеющим высокий сердечно-сосудистый риск, рекомендуется начинать антигипертензивную терапию с применения _____ препарата/препаратов 2

12. Вы назначили пациенту антигипертензивную терапию, визиты пациента с целью оценки эффективности лечения должны назначаться с интервалом в среднем _____ недели/недель до достижения целевого уровня артериального давления 3-4

Задача 42

Вызов врача на дом к пациентке 72 лет на 2-й день болезни

Жалобы на озноб, повышение температуры тела, слабость, головную боль, отек, покраснение и жжение лица.

Анамнез заболевания Заболела утром остро с озноба, повышение температуры тела до 38,8°C, головной боли, слабости. Вечером заметила красное пятно в области левой щеки. На 2-й день болезни сохранялась высокая температура, появились отек, яркое покраснение и жжение в области левой половины лица, сужение глазной щели.

Лечилась самостоятельно, принимала жаропонижающие (парацетамол) без эффекта.

Анамнез жизни Пенсионерка. Проживает в отдельной квартир вместе с мужем.

Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, в том числе скарлатина, ангины, хронический гайморит, аппендэктомия. Вредные привычки: отрицает. Прививочный анамнез не помнит (со слов пациентки прививалась в школе). Делала прививку от гриппа.

Объективный статус Температура тела 39,0°C. В области левой половины лица выраженный отек, яркое покраснение с четкими, неровными контурами, горячее на ощупь. Геморрагий и булл нет. Левая глазная щель сужена. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации. Кожа туловища, конечностей обычной окраски. Периферические лимфоузлы (заднешейные, затылочные, подмышечные, паховые) не увеличены, безболезненные при пальпации. Слизистая ротоглотки розовая, миндалины не увеличены, налетов нет. АД – 130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 104 уд. в мин. В легких хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

1. Составьте план обследования данной пациентки с учетом предполагаемого диагноза (выберите 2)

анализ крови на глюкозу

общий анализ крови

2. Какой основной диагноз?

Эритематозная рожа лица, среднетяжелое течение, первичная

3. Клинические признаки начального периода рожи включают озноб, повышение температуры, слабость, головную боль

4. Патогномоничными признаками рожи являются отек, яркая горячая на ощупь эритема с неровными контурами, регионарный лимфаденит

5. Осложнениями рожи являются абсцесс, тромбофлебит, инфекционно-токсический шок

6. Дифференциальную диагностику рожи следует проводить с мигрирующей эритемой, аллергическим дерматитом, опоясывающим лишаем

7. Рожу считают часторецидивирующей при наличии рецидивов от ____ раз/раза в год 3

8. Тактика ведения данного больного заключается в госпитализации в инфекционный стационар

9. Лечебная тактика при роже заключается в назначении антибактериальной терапии в сочетании с антигистаминными препаратами

10. Нахождение больного рожей в инфекционном стационаре осуществляется до клинического выздоровления

11. Допуск реконвалесцентов рожи к работе разрешается после их клинического выздоровления

12. Профилактика часто рецидивирующей рожи проводится бициллином-5

Пациент 23 лет обратился в поликлинику на 2-й день болезни

Жалобы на повышение температуры тела, боль в горле, общее недомогание, снижение аппетита

Анамнез заболевания Заболел вчера остро с повышением температуры тела до 37,7°C, слабости, снижения аппетита, небольшой боли в горле. Кашля, насморка не было. Лечился самостоятельно жаропонижающими средствами – без эффекта. Сегодня боль в горле усилилась, температура повысилась до 38,1°C, обнаружил налеты на миндалинах, в связи с чем обратился к врачу.

Анамнез жизни Работает менеджером в торговой фирме. Проживает в отдельной квартире вдвоем с женой. Детей нет. Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, ангина в возрасте 12 лет. Вредные привычки: отрицает. Прививочный анамнез: не известен
Объективный статус Температура тела 38,1°C. Кожные покровы бледные.

Подчелюстные периферические лимфоузлы увеличены до 1-1,5 см, подвижные, умеренно болезненные при пальпации. Слизистая ротоглотки тусклая с цианотичным оттенком; в области небных дужек и миндалин отмечается умеренная гиперемия с цианотичным оттенком. Миндалины увеличены до I степени, отечны, с обеих сторон покрыты пленчатым налетом серо-белого цвета, расположенного на их поверхности («плюс ткань»), который с усилием снимается шпателем с обнажением эрозированной кровоточащей поверхности. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД – 110/70 мм.рт.ст., ЧСС – 96 уд. в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)

бактериологическое исследование мазка из носо- и ротоглотки на ВЛ РПГА с дифтерийным диагностикумом в парных сыворотках для определения титра антитоксических антител

2. Какой основной диагноз?

Дифтерия ротоглотки, локализованная форма, пленчатый вариант, средней тяжести

3. Клинические признаки дифтерии ротоглотки включают синдром тонзиллита, синдром интоксикации, возможное увеличение поднижнечелюстных лимфатических узлов

4. Поражение слизистой оболочки ротоглотки при дифтерии характеризуется наличием налетов

плотных фибринозных, серо-белого цвета, выступающих над поверхностью миндалин, с трудом снимающихся шпателем

5. Неспецифическими осложнениями дифтерии являются пневмония, бронхит, паратонзиллярный абсцесс

6. Дифференциальную диагностику локализованной дифтерии ротоглотки следует проводить с

язвенно-некротической ангиной Симановского- Венсана

7. Тактика ведения данного больного заключается в госпитализации в специализированное отделение инфекционной больницы

8. Лечебная тактика при легком течении неосложненной дифтерии ротоглотки включает назначение противодифтерийной сыворотки (ПДС) в дозе ____ тыс. МЕ
10-20

9. Лица, бывшие в контакте с больным дифтерией, подлежат бактериологическому обследованию на ВЛ не позже ____ часов с момента изоляции больного

48

10. Допуск реконвалесцентов дифтерии в организованные коллективы детей и взрослых разрешается после их клинического выздоровления и эффективной санации сразу

11. С целью верификации прививочного анамнеза у больного дифтерией серологическое исследование крови на наличие дифтерийных антител осуществляется в течение первых ____ дней от начала заболевания и до введения противодифтерийной сыворотки (ПДС)

5

12. За лицами, общавшимися с больными дифтерией, устанавливается медицинское наблюдение в течение ____ дней с момента выявления последнего случая заболевания в очаге

7

Задача 44

Больной М., 18 лет, обратился в поликлинику

Жалобы на слабость, снижение аппетита, тошноту, желтушное окрашивание кожи
Анамнез заболевания Заболел остро 15.09. 2017г. с повышения температуры тела до 38°C, появления головной боли, слабости, ломоты в суставах. Принимал жаропонижающие средства, но температура сохранялась на уровне 38–39°C, присоединились тошнота, тяжесть в правом подреберье. На 3й день болезни исчез аппетит, была двукратная рвота съеденной пищей. На 4й день болезни изменился цвет мочи (цвет темного пива), обратил внимание на желтушное окрашивание кожи. С появлением желтухи почувствовал себя лучше.

Анамнез жизни Проживает в отдельной квартире с родителями. Перенесенные заболевания: пневмония, детские инфекции. Аллергоанамнез: не отягощен.

Эпиданамнез: в августе 2017г. отдыхал на юге, питался в столовых, пил некипяченую воду. Контакт с больными, у которых были подобные симптомы заболевания, отрицает. Парентеральный анамнез не отягощен. Вредные привычки: отрицает. Объективный статус Температура тела 36,5°C. Кожный покров желтушной окраски, сыпи нет. Склеры иктеричны. ЧСС – 62 уд. в мин, АД – 100/60 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, мягко-эластичной консистенции, чувствительна при пальпации. Селезенка четко не пальпируется. Моча темного цвета. Кал ахолический.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) иммуноферментный анализ (ИФА) для определения маркеров вирусных гепатитов в сыворотке крови, биохимический анализ крови
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

УЗИ органов брюшной полости

3. Какой диагноз можно установить на основании клинических данных и результатов лабораторно-инструментальных методов исследования?
Вирусный гепатит А, желтушный вариант, средне-тяжелая форма
 4. К клиническим вариантам гепатита А относят
безжелтушный, стертый
 5. Дифференциальную диагностику гепатита А в желтушном периоде следует проводить с
иерсиниозом, лептоспирозом
 6. Прогностическим лабораторным критерием тяжелого течения вирусного гепатита А является
снижение уровня протромбинового индекса
 7. При легкой форме вирусного гепатита А проводят _____ терапию
базисную
 8. При среднетяжелой форме вирусного гепатита А проводят _____ терапию
инфузионную дезинтоксикационную
 9. При лечении тяжелой формы гепатита А применяют
антибиотик широкого спектра действия
 10. Реконвалесценты гепатита А должны находиться на диспансерном наблюдении в кабинете инфекционных заболеваний в течение
3-6 месяцев
 11. Специфическую профилактику гепатита А осуществляют с помощью
проведения вакцинации
 12. О каждом случае заболевания гепатита А (подозрении на гепатит А) медицинские работники в течение _____ часов посылают экстренное извещение по установленной форме в органы, уполномоченные осуществлять
государственный санитарно-эпидемиологический надзор
- 12

Задача 45

Больная Х. 53 лет обратилась в поликлинику к терапевту по месту жительства
Жалобы на одышку при небольшой физической нагрузке, выраженную потливость по ночам, повышенную утомляемость, кожный зуд, общую слабость, образование на шее справа

Анамнез заболевания Ухудшение состояния отмечает с сентября прошлого года, когда появилась одышка при подъеме на 2 этаж, потливость по ночам, отечность век по утрам, затем заметила увеличение лимфоузла на шее справа. Обратилась в октябре того же года в поликлинику по месту жительства: проведен рентген органов грудной клетки, при котором выявлено увеличение лимфоузлов средостения.

Самостоятельно обратилась к терапевту в лечебно-диагностическое отделение.

Анамнез жизни Росла и развивалась нормально. Аллергоанамнез: заложенность носа на домашнюю пыль. Работает технологом на агрохимическом комбинате.

Перенесенные заболевания- детские инфекции, пневмонии в 7 и 9 лет.

Наследственность неотягощена. Менструации с 13 лет. Беременности: 2, 1 роды и 1 выкидыш. Менструальный цикл 28 дней, необильные, безболезненные.

Объективный статус Состояние относительно удовлетворительное, температура - 36,5С. Кожные покровы бледные. В области шеи справа пальпируется безболезненный лимфоузел до 2,0 см в диаметре. В легких дыхание везикулярное,

проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД-18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет. ЧСС - 78 в мин. АД 115 и 60 мм рт. ст. Язык чистый. Живот, мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул регулярный, без патологических примесей. Область щитовидной железы не увеличена. Очаговой неврологической симптоматики нет.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)

клинический анализ крови
биохимический анализ крови

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 3)

трепанобиопсия
биопсия лимфоузла с последующим его морфологическим и иммуногистохимическим исследованием
КТ органов грудной и брюшной полости

3. Какой диагноз? Лимфома Ходжкина

4. У больной _____ стадия заболевания II

5. Больную для дообследования и лечения следует направить к гематологу

6. Тактика ведения данной больной включает применение полихимиотерапии

7. В комбинации с цитостатиками при лечении лимфом используют преднизолон

8. К частым побочным эффектам при применении глюкокортикоидов относят синдром Кушинга, стероидную язву

9. Синдром иммунодефицита при лимфомах чаще всего проявляется развитием Пневмонии

10. При необходимости стационарного лечения больная должна быть госпитализирована в отделение гематологии

11. Длительность лечения данной больной для достижения стойкой ремиссии заболевания должна составить не менее _____ месяца/ месяцев

12

12. Для коррекции агранулоцитоза после курса химиотерапии можно использовать колониестимулирующий фактор

Задача 46

Женщина 80 лет вызвала участкового врача-терапевта на дом

Жалобы на повышение артериального давления до 220/110 мм рт.ст., сопровождающееся головной болью, слабостью, головокружением.

Анамнез заболевания Повышение артериального давления беспокоит в течение последних 20-30 лет. неоднократно госпитализировалась по данному поводу, проводилось обследование и лечение. Со слов больной была диагностирована гипертоническая болезнь. Принимала различные комбинации антигипертензивных препаратов с положительным эффектом. Однако, при стабилизации цифр артериального давления дальнейший прием лекарственных препаратов прекращался. Последние 2 месяца в качестве антигипертензивной терапии принимала различные настойки без эффекта. Около 14 дней артериальное давление колеблется в пределах 170-200/100 мм рт.ст., но выше упомянутые жалобы появились впервые, в связи с чем пришла на прием к терапевту в сопровождении дочери.

Анамнез жизни Росла и развивалась нормально. В настоящее время не работает, около 40 лет работала няней в детском саду. Перенесённые заболевания, операции: детские инфекции, в 2015 году был эпизод транзиторной ишемической атаки (ТИА) Наследственность: мать пациентки умерла от инсульта в возрасте 70 лет, отмечала повышение артериального давления. Отец погиб, однако гипертоническая болезнь была диагностирована за год до смерти. Аллергоанамнез: не отягощен. Объективный статус Состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост 1,50 м, вес 115кг, индекс массы тела 51 кг/м^2 . Кожные покровы нормальной окраски, отмечается гиперемия кожи лица, видимые слизистые розового цвета. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. При аускультации легких дыхание везикулярное, проводится равномерно. Над всей поверхностью легких выслушиваются хрипы не выслушиваются. Пульс 89 уд/мин, ритмичный, ЧСС 89 уд/мин, АД – 180/90 ммрт.ст. Живот при осмотре увеличен, при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Физиологические отправления в норме (со слов).

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 3)

- **определение уровня глюкозы крови натощак, калия и натрия в сыворотке крови, креатинина крови с последующим расчетом СКФ**
- **общий анализ крови**
- **определение липидного профиля**

2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- **офисное измерение артериального давления не менее чем на двух последовательных визитах**

3. Какой диагноз можно поставить данной больной?

- **Гипертоническая болезнь 3 стадии, 3 степени, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений**

4. К сопутствующим факторам, способным повысить риск сердечно-сосудистых осложнений у данной пациентки относят

- **ожирение 3 степени, сахарный диабет 2 типа, дислипидемию, наследственность**

5. Какое сопутствующее заболевание дыхательной системы можно заподозрить у данной пациентки, согласно МКБ -10

- **E14 – Сахарный диабет неуточненный**

6. Тактика ведения пациента заключается в

- **изменении образа жизни и назначении медикаментозной терапии**

7. Целевыми значениями артериального давления, для пациентов, страдающих сахарным диабетом, являются < _____ мм рт.ст

- **140/85**

8. Для лечения артериальной гипертензии, в качестве рутинной терапии не рекомендуется использовать

- **альфа-адреноблокаторы**

9. Пациентке с ГБ и сахарным диабетом 2 типа на начальном этапе лечения могут быть рекомендованы

- **периндоприл**

10. У больных с очень высокими цифрами АД или имеющим высокий сердечно-сосудистый риск рекомендуется начинать антигипертензивную терапию с применения _____ препарата/препаратов

· 2

11. Вы назначили пациентке антигипертензивную терапию, визиты пациентки с целью оценки эффективности лечения должны назначаться с интервалом в среднем _____ недели/недель до достижения целевого уровня артериального давления

· 3-4

12. У больных АГ с очень высоким риском ССО (ИБС, окклюзирующий периферический атеросклероз, СД с ПОМ, ХБП с СКФ < 60 мл/мин/1,73 м²) и риском по шкале SCORE ≥ 10 рекомендуется достижение целевых уровней ОХС \leq _____ ммоль/л

· 4,0 ммоль/л и ХС ЛНП $\leq 1,8$

Задача 47

Больная 33 года, воспитатель детского сада, обратилась к врачу-терапевту участковому.

Жалобы кратковременные коликообразные боли в правом подреберье после приема пищи и при эмоциональных перегрузках, изредка утреннее ощущение тошноты, появление горечи после употребления жирной или жареной пищи, периодические эпизоды жидкого стула с примесью желчи.

Анамнез заболевания 8 лет назад во время беременности появились изжога, боли в правом подреберье после приема пищи. При УЗИ органов брюшной полости была обнаружена аномалия формы желчного пузыря с перегибом в теле, рекомендовано дробное питание с ограничением жиров и прием дротаверина. Следовала этой рекомендации и поддерживала удовлетворительное самочувствие. В последующем боли в правом подреберье возникали при пищевых погрешностях и эмоциональных нагрузках, купировались мезимом форте и дротаверином. Последнее УЗИ органов брюшной полости выполнялось полгода назад по программе диспансеризации.

Анамнез жизни Росла и развивалась нормально. Перенесенные заболевания: простудные, нижнедолевая пневмония 3 года назад, поверхностный гастрит.

Наследственность: у отца – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Роды – 1, в течение 6 лет получает гормональные контрацептивы (Ярина, Джесс). Аллергия на антибиотики пенициллинового ряда по типу крапивницы. Вредные привычки отрицает. Объективный статус Состояние удовлетворительное. Рост – 166 см, масса тела – 73 кг, индекс массы тела – 26,5 кг/м². Кожа и слизистые обычной окраски и влажности. Со стороны сердца и легких без отклонений от нормы. Язык влажный с небольшим светлым налетом у корня. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в правом подреберье, в остальных отделах – безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)

биохимический анализ крови

клинический анализ крови

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2)

УЗИ органов брюшной полости

эзофагогастродуоденоскопия

- 3.Скрининговым инструментальным исследованием для исключения холецистолитиаза является **ультразвуковое сканирование органов брюшной полости**
- 4.Какой диагноз основного заболевания можно поставить пациентке на основании клинических, лабораторных и инструментальных исследований?
Дисфункция желчевыводящих путей по гиперкинетическому типу
- 5.Немодифицируемым фактором риска дисфункции желчевыводящих путей у больной является **аномалия формы желчного пузыря**
- 6.Оптимальным скрининговым инструментальным методом контроля состояния билиарного тракта является **ультразвуковое исследование органов брюшной полости**
- 7.О функциональном характере патологии желчевыводящих путей можно судить по **отсутствию воспалительных изменений в анализе крови**
8. Пациентам с дисфункцией желчевыводящих путей по гиперкинетическому типу назначают **миогенные спазмолитики**
- 9.При усилении диспепсических явлений пациентке могут быть назначены препараты из группы **холеспазмолитиков**
- 10.Дифференцировать дисфункцию желчевыводящих путей необходимо с **хроническим холециститом**
- 11.Основным принципом диетотерапии при дисфункции желчевыводящих путей по гиперкинетическому типу является **дробное питание 4-5 раз в сутки с 3-4- часовыми интервалами между приемами пищи**
- 12.Принципы профилактики дисфункции желчевыводящих путей основаны на **сбалансированном регулярном питании**

Задача 48

Женщина 23 лет обратилась к врачу -терапевту участковому

Жалобы на интенсивные боли в области верхушки сердца колющего или давящего характера, продолжительные, не связанные с физической нагрузкой, перебои в работе сердца, одышку при повседневных нагрузках,повышение температуры до 37,4°С - 37,6°С

Анамнез заболевания Несколько дней назад переболела вирусной инфекцией, продолжала ходить на работу во время болезни. Вчера вечером поднялась температура до 37,6°С, появились боли в области верхушки сердца колющего характера, слабость, одышка. Сегодня утром обратилась к участковому терапевту.

Анамнез жизни Росла и развивалась нормально. Занималась любительским спортом в течение 3 лет. Работает медицинской сестрой в поликлинике. Перенесённые заболевания: детские инфекции. Наследственность не отягощена.Аллергологический анамнез не отягощен.Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура 37,4°С. ИМТ 24 кг/м². Отёков нет. ЧДД – 20 в мин, при аускультации лёгких дыхание жесткое, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины в V межреберье, левая – по левой срединно-ключичной линии, верхняя – нижний край III ребра. Тоны сердца ритмичные, учащены, I тон на верхушке ослаблен, выслушивается систолический шум на верхушке. Пульс 102 в мин, прерывается единичными экстрасистолами. ЧСС 102 в 1 минуту. АД 100/60 мм рт. ст.

Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Почки не пальпируются.

**1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования являются (выберите 3)
развернутый клинический анализ крови и определение уровня С-реактивного белка**

**определение тропонина Т и тропонина I
определение уровня натрийуретических пептидов (мозгового натрийуретического пептида (BNP) и/или N-терминального фрагмента натрийуретического пропептида мозгового (NT-proBNP)**

2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 3)

электрокардиография

эхокардиография

рентгенография органов грудной клетки

3 Какой основной диагноз?

Острый миокардит неуточненной этиологии. Частая желудочковая экстрасистолия. НК IIA, ФК II

4. Дифференциальный диагноз следует проводить с дилатационной кардиомиопатией, инфарктом миокарда, ревматическими и неревматическими поражениями клапанов сердца

5. Тактика ведения пациента предусматривает стационарное лечение в профильном отделении

6. К основным целям лечения больной миокардитом относится предотвращение формирования необратимой дилатации камер сердца, хронической сердечной недостаточности и

возникновения угрожающих жизни больной состояний (тяжелые нарушения ритма и проводимости)

7. Неспецифическая терапия миокардита включает назначение бета-адреноблокаторов, диуретиков, ИАПФ или БРА, ингибиторов минералокортикоидных рецепторов

8. Специфическая терапия миокардита включает назначение иммуносупрессивных, иммуномодулирующих или противовоспалительных препаратов, а также иммуноабсорбционной терапии

9. Данной пациентке показано лечение неспецифическое и реабилитация после стабилизации состояния

10. Реабилитация пациентки заключается в рекомендации прекращения занятий любительским спортом по крайней мере на 6 месяцев от начала миокардита

11. Кратность ежегодного посещения врача-терапевта после перенесенного миокардита в рамках диспансерного наблюдения составляет _____ раз /раза 3-4

12. В большинстве случаев эндомикардиальная биопсия не доступна и для постановки диагноза следует ориентироваться на ЭКГ, 24-часовое мониторирование ЭКГ и ЭХОКГ

Задача 49

Больной К. 62 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы на одышку, возникающую при обычной физической нагрузке и в покое, давящие боли за грудиной, некупирующиеся при приеме 2 таблеток нитроглицерина, общую слабость, повышенную утомляемость

Анамнез заболевания Полгода назад перенес инфаркт миокарда. 2 недели назад появились давящие боли за грудиной, одышка при обычной физической нагрузке (ходьба обычным шагом) и в покое. В течение недели боли за грудиной усилились, стали появляться в покое, прием нитроглицерина – без эффекта.

Анамнез жизни Рос и развивался нормально. Семейный анамнез: отец умер в возрасте 53 лет от инфаркта миокарда. Вредные привычки: курит по 10-15 сигарет в день с 18 лет.

Объективный статус Состояние средней тяжести. Рост 170 см, вес 86 кг. ИМТ 29,8 кг/м². Кожные покровы обычной окраски. Нерезкий цианоз губ, крыльев носа. Грудная клетка конической формы, симметричная. Частота дыхания – 18 в мин. При аускультации над легкими выслушивается везикулярное дыхание. Границы относительной тупости сердца: правая – правый край грудины, левая – в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя – верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичны, шумов нет. ЧСС – 65 в минуту, АД 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, участвует в дыхании. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

1. К лабораторным методам исследования для постановки диагноза относят определение тропонинов I и T, КФК-MB

2. Инструментальными методами для постановки диагноза являются (выберите 2)

эхокардиография

электрокардиография

3. Какой диагноз можно поставить данному больному?

ИБС. Повторный инфаркт миокарда передне-перегородочной, верхушечной области левого желудочка

4. В данной клинической ситуации пациенту показано проведение коронароангиографии

5. Астматический вариант инфаркта миокарда чаще развивается на фоне повторного инфаркта миокарда

6. Пациенту в данной клинической ситуации необходимо назначение β-блокаторов, дезагрегантов

7. В данной клинической ситуации необходимо проведение антитромбоцитарной терапии с применением клопидогреля, ацетилсалициловой кислоты

8. В качестве антиангинальной терапии пациенту в данной клинической ситуации необходимо назначить нитраты, блокаторы кальциевых каналов

9. Тактика ведения данного пациента на этапе поликлинического звена предполагает немедленную госпитализацию

10. К показаниям к проведению тромболитической терапии в данной клинической ситуации (при невозможности выполнения первичного ЧКВ) относят элевацию сегмента ST и продолжительность боли менее 12 часов

11. Перед выпиской из стационара данному пациенту необходимо проведение эндомиокардиальной биопсии ЭХО-КГ

12. После перенесенного инфаркта миокарда терапия ацетилсалициловой кислотой данному пациенту должна проводиться пожизненно

Задача 50

Мужчина 66 лет, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому.

Жалобы на эпизоды повышения АД до 180/100 мм рт.ст.

Анамнез заболевания В течение 7 лет пациента беспокоят боли в области сердца без четкой связи с нагрузками, длительностью до 10 мин, купирующиеся после использования капель Вотчала. Год назад выполнена коронароангиография, по результатам которой гемодинамически значимые стенозы не определялись. Более 5 лет страдает артериальной гипертензией с максимальными повышениями АД до 180/100 мм рт.ст. Регулярно принимал различные группы антигипертензивных препаратов без существенного эффекта. В настоящее время проводится терапия торасемидом, верошпироном, азилсартаном, лерканидипином. На этой терапии АД сохраняется в пределах 150-170/100 мм рт.ст. Также из анамнеза известно, что 5 лет назад диагностирован сахарный диабет 2 типа. В качестве сахароснижающей терапии принимает метформин 2000 мг/сутки, на фоне чего сохраняется компенсация углеводного обмена.

Анамнез жизни Рос и развивался нормально. Образование высшее, из служащих. На пенсии с 65 лет. Наследственность: мать умерла в 78 лет, страдала АГ, ИБС, перенесла ОНМК. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Рост – 176 см, масса тела – 105 кг, ИМТ – 33,14 кг/м², ОТ – 108 см.

Пастозность голеней и стоп. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ритмичны, приглушены. ЧСС – 86 ударов в минуту, АД – 160/90 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Щитовидная железа при пальпации не увеличена.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 5) уровень креатинина плазмы, общий анализ мочи, общий анализ крови, исследование общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов (ТГ), исследование глюкозы в плазме крови (натощак).

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 4) УЗИ почек, эхокардиография трансторакальная, ЭКГ покоя в 12 отведениях, внеофисное измерение АД: СКАД и/или СМАД

3. Какой основной диагноз? § Гипертоническая болезнь

4. У пациента _____ стадия ГБ § 2

5. У пациента _____ АГ § 3 степень

6. У пациента _____ риск развития сердечно-сосудистых осложнений § очень высокий

7. Для оценки функции почек пациенту также необходимо определить уровень § микроальбуминурии

8. У пациента альбуминурия составляет 100 мг/г, категория ХБП _____
§ С2, А2

9. Целевым для пациента является АД < _____ мм рт.ст. § 140/85

10. Пациенту следует § увеличить антигипертензивную терапию

11. Помимо диеты с ограничением употребления соли, животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациенту следует рекомендовать § снизить массу тела

12. Для контроля углеводного обмена пациенту рекомендуется определить уровень § гликированного гемоглобина

Задача 51

Вызов врача на дом к пациенту 23 лет на 3-й день болезни

Жалобы на повышение температуры тела, слабость, головную боль, боль в мышцах, небольшой насморк, сухой редкий кашель, кожные высыпания.

Анамнез заболевания Заболел с появления чувства недомогания, слабости, головной боли, повышение температуры тела до 37,4°C, миалгии. Далее присоединился насморк, редкий сухой кашель. Лечился самостоятельно, принимал витаминизированное питье, парацетамол. На 3-й день болезни самочувствие прежнее, появилась сыпь на лице, туловище, конечностях.

Анамнез жизни Работает курьером по доставке в интернет-магазине бытовых приборов. Проживает в квартире с родителями. Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные заболевания. Вредные привычки: отрицает. Прививочный анамнез: в детстве, со слов пациента, прививался согласно Национальному календарю профилактических прививок, отводов не было, в школе проведение ревакцинации не помнит. От гриппа прививки не делал.

Объективный статус Температура тела 37,5°C. Самочувствие удовлетворительное. На коже лица, на туловище и разгибательных поверхностях конечностей – розовая пятнисто-папулезная сыпь на неизменном фоне без склонности к слиянию.

Периферические лимфоузлы (заушные, затылочные, заднешейные) увеличены до 1см, умеренно чувствительные при пальпации, кожа над ними не изменена. Слизистая ротоглотки незначительно гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет.

АД – 120/80 мм.рт.ст, ЧСС – 78 уд. в мин. Кашель редкий, сухой. В легких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов не выслушивается. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) полимеразная цепная реакция к возбудителям, иммуноферментный анализ крови

2. Какой основной диагноз?

Краснуха, типичное течение, средней степени тяжести

3. Специфическим осложнением при приобретенной краснухе является полиартрит

4. Тяжелым специфическим осложнением краснухи, приводящим к летальному исходу, является энцефалит

5. Типичными клиническими проявлениями при краснухе являются мелкая пятнисто-папулезная сыпь, незначительный подъем температуры, лимфаденопатия
6. Дифференциальную диагностику краснухи следует проводить с инфекционным мононуклеозом, энтеровирусной инфекцией, внезапной экзантемой
7. Тактика ведения больного с краснушным энцефалитом заключается в госпитализации в ОРИТ
8. Лечебная тактика при среднетяжелом течении краснухи включает проведение _____ терапии симптоматической
9. Изоляция больного краснухой осуществляется до 7 –го дня с момента появления сыпи
10. К методам специфической профилактики и защиты населения от краснухи относят вакцинопрофилактику
11. За лицами, общавшимися с больными краснухой, устанавливается медицинское наблюдение в течение _____ дня/дней с момента выявления последнего случая заболевания в очаге
- 21
12. Индекс avidности IgG при острой краснушной инфекции составляет менее 30

Задача 52

Больной 43 лет обратился в поликлинику.

Жалобы на приступы удушья, возникающие ежедневно, чаще в дневное время, купирующиеся тербуталином, которым пользуется, как правило, не более 1 раза в день. Приступы связывает с различными раздражающими запахами, вдыханием холодного воздуха. Вне приступа удушья сохраняется небольшая «заложенность» в груди, затруднение при выдохе, периодический кашель со скудной, светлой мокротой. На ноющие боли в эпигастрии на голодный желудок, изжогу.

Анамнез заболевания В течение 12 лет страдает бронхиальной астмой, последний год постоянно получает ингаляционные глюкокортикостероиды (беклометазон (бекотид) в дозе 500 мкг/сут), на фоне которого приступы удушья в среднем возникают не чаще 1 раза в неделю, для их купирования использует тербуталин. 3 недели назад перенес ОРВИ, после этого приступы удушья стали ежедневными, увеличилась потребность в β_2 -адреномиметиках короткого действия (тербуталин ежедневно). В течение двух недель появились боли в эпигастрии на голодный желудок, изжога.

Анамнез жизни Рос и развивался нормально. Перенесенные заболевания и операции: ОРВИ, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки НР-негативная с 18 лет, обострения ежегодно. Наследственность отягощена по atopическому дерматиту. Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

Объективный статус Состояние средней степени тяжести. Масса тела – 91 кг, рост – 172 см, ИМТ – 30,7 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Язык обложен белым налетом. Грудная клетка правильная, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания, при перкуссии над легкими ясный легочный звук, при аускультации дыхание с удлинённым выдохом, единичные свистящие хрипы по передней поверхности грудной клетки. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные,

ясные. ЧСС – 74 ударов в минуту, АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень у края реберной дуги. Отеков нет.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) +микроскопическое исследование мокроты, +клинический анализ крови, +антитела к *Helicobacter pylori* (Ig G) в сыворотке крови
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 4) +пикфлоуметрия, +спирометрия с бронходилататором, +рентгенография органов грудной клетки, +фиброгастродуоденоскопия
3. Какое основное заболевание? +Бронхиальная астма, аллергическая, персистирующая, средней степени тяжести, неконтролируемая
4. Какое сопутствующее заболевание имеется у больного? +Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, рецидив, НР (+).
5. Больному необходимо провести коррекцию терапии в виде назначения муколитиков +назначения комбинированной терапии: низких доз ингаляционных глюкокортикостероидов и антагонистов лейкотриеновых рецепторов
6. Доза ингаляционных глюкокортикостероидов подбирается с учетом +степени тяжести бронхиальной астмы
7. В качестве базисной терапии целесообразно сочетание ингаляционных глюкокортикостероидов и +антагонистов лейкотриеновых рецепторов
8. При назначении β 2-адреномиметика короткого действия как средства, купирующего приступы удушья, необходимо предупредить больного о в +усилении бронхоспазма
9. Для самостоятельного контроля за бронхиальной астмой больной должен отслеживать +суточные колебания пиковой скорости выдоха
10. Лечение рецидива язвенной болезни, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, должно обязательно включать +препараты для эрадикационной терапии *Helicobacter pylori*
11. Диетическим рекомендациям больным язвенной болезнью соответствует +стол № 1 по Певзнеру
12. Профилактика астматического статуса у больного бронхиальной астмой включает применение β 2-адреномиметика короткого действия по +препаратов базисной терапии

Задача 53

Больная 19 лет, студентка, обратилась в поликлинику

Жалобы на выраженные отеки лица, ног, рук, передней брюшной стенки, уменьшение количества выделяемой мочи, изменение ее вида (пенящаяся).

Анамнез заболевания Два дня назад угостили экзотическим фруктом из Таиланда, после его употребления развился отек Квинке, который был купирован по скорой помощи введением преднизолона. Через день после этого эпизода появились и стали быстро нарастать отеки стоп, голеней, лица, моча начала пениться, уменьшилось ее количество. Обратился к участковому терапевту.

Анамнез жизни Перенесенные заболевания и операции: частые ОРВИ.

Аллергоанамнез: атопия на кошачью шерсть (ринит, конъюнктивит), пищевая аллергия

– цитрусовые (дерматит). Наследственность: у мамы и сестры – поллиноз (пыльца березы, ольхи, одуванчиков) Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет
Объективный статус Состояние средней тяжести. Вес 60 кг, рост 170 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы бледные, чистые. Зев - не гиперемирован.
Периферические л.у. не пальпируются. Выраженные отеки лица, голеней, стоп, кистей рук, передней брюшной стенки. Отеки при надавливании оставляют ямку. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 72 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное. За сутки выделяет около 800мл мочи (пьет около 1, 2 л жидкости)

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3)

общий анализ мочи

общий анализ крови

биохимический анализ крови

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования ультразвуковое исследование почек

3. Ведущим нефрологическим синдромом у данной пациентки является нефротический

4. Быстрое/внезапное развитие изолированного нефротического синдрома позволяет, в первую очередь, предполагать наличие болезни минимальных изменений

5. У данной больной развитие нефротического синдрома наиболее вероятно связано с Атопией

6. Показаниями к госпитализации при хроническом гломерулонефрите являются нефротический синдром, нарушение функции почек, нарастающая артериальная гипертония, тяжелый отечный синдром

7. Тактика ведения данной больной включает госпитализацию в нефрологический стационар

8. Общие немедикаментозные принципы ведения больных гломерулонефритом с нефротическим синдромом и сохранной функцией почек включают диету с ограничением поваренной соли, потребляемой жидкости, жиров, умеренным ограничением потребления белка

9. Для лечения дебюта нефротического синдрома при болезни минимальных изменений рекомендована монотерапия глюкокортикоидами

10. При лечении глюкокортикоидами нефротического синдрома при болезни минимальных изменений (БМИ) характерно развитие полной ремиссии

11. Нефротический синдром наиболее часто осложняется развитием инфекций, тромбозов

12. Причинами развития отеков при нефротическом синдроме являются гипоальбуминемия со снижением онкотического давления в плазме, задержка натрия и воды, повышенная проницаемость стенки капилляров

Задача 54

На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 55 лет

Жалобы на сухость во рту, Общую слабость, Чувство онемения, зябкости в нижних конечностях

Анамнез заболевания Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение 3-х последних месяцев

Анамнез жизни Контакт с пациенткой несколько затруднен ввиду мнестико-когнитивных нарушений. На вопросы отвечает односложно. Не работает.

Перенесенные заболевания: Шизофрения. В настоящий момент достигнута лекарственная ремиссия (постоянно принимает Амитриптилин, Циклодол, Галоперидол, Азолептин по схеме) Беременности – 1, роды – 1. Наследственность: неотягощена. Аллергоанамнез: аллергическая реакция на витамины группы В - крапивница Вредные привычки: курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост 1,62 м, вес 76 кг, индекс массы тела 29,1 кг/м², t тела 36,5°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 74 в минуту. АД 165/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Снижение тактильной чувствительности на нижних конечностях, другие виды чувствительности сохранены. Пульсация на a.dorsalis pedis сохранена.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) гликированный гемоглобин (HbA1c), глюкоза крови

2. Какой предполагаемый основной диагноз? Сахарный диабет 2 типа

3. Для диагностики нарушения тактильной чувствительности необходимо поставить градуированный камертон (128 Гц) на медиальную поверхность головки 1-й плюсневой кости последовательно прикасаться концом монофиламента к различным участкам кожи стопы

4. С учетом полученных данных обследования у пациентки имеет место диабетическая полинейропатия, сенсорный тип

5. Какая сопутствующая патология присутствует у пациентки артериальная гипертензия 2 ст, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений.

Избыточная масса тела

6. Рекомендации данному пациенту по изменению образа жизни включают уменьшение массы тела и низкокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)

7. Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < _____ % 7,0

8. В качестве сахароснижающей терапии необходимо назначить метформин и гликлазид МВ

9. Необходим повторный контроль HbA1c через _____ 3 _____ месяца/месяцев 3

10. Пациентка провела контроль гликированного гемоглобина через 6 месяцев, индивидуальная цель не достигнута, темп снижения <1,5%, необходимо аналог инсулина длительного действия

11. Оценка альбуминурии/протеинурии, креатинина и мочевины, липидов сыворотки, скорости клубочковой фильтрации должна проводиться 1 раз в _____ 6 _____ месяца/месяцев

12. Осмотр ног пациента с сахарным диабетом 2 типа должен проводиться при каждом посещении врача

Задача 55

26.02. врач-терапевт участковый прибыл на вызов к пациентке 53-х лет на 3-ий день болезни.

Жалобы на повышение температуры тела, озноб, общую слабость, покраснение, отёк, в области правой нижней конечности, боли в ней при движениях и при ходьбе.

Анамнез заболевания Ухудшение самочувствия с 24.02.: слабость, потрясающий озноб, подъём температуры тела до 39,0°C. Начала самостоятельно принимать жаропонижающие, обезболивающие препараты. 25.02.: появились покраснение, отёк, чувство распирания и жжения в области левой голени. Использовала местно мази троксевазин, левомеколь, спиртовые компрессы. 26.02.2018: на фоне сохраняющейся лихорадки с ознобом отметила увеличение очага в размерах и его яркости, болей в левой нижней конечности при движениях и при ходьбе.

Анамнез жизни Повар. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, краснуха, скарлатина - в детстве, артериальная гипертензия II, хронический бронхит, хроническая венозная недостаточность нижних конечностей, микоз стоп.

Аллергоанамнез: неотягощен. Вредные привычки: отрицает. Проживает с семьёй (муж, сын, жена сына, внуки) в отдельной квартире. Эпиданамнез: Работа связана с постоянной повышенной статической физической нагрузкой, микротравматизацией кожных покровов, резкой сменой температуры воздуха. Покраснение и отёк левой голени на фоне подъёма температуры тела до 37,5° – 38,0°C отмечались также в декабре предыдущего года (3 месяца назад), лечилась амбулаторно, принимала азитромицин по схеме, ортофен, местно использовала троксевазин. После выздоровления приступила к работе.

Объективный статус Температура тела 38,7°C. Положение активное. Сознание ясное, контактна, ориентирована, адекватна. В области левой голени яркая горячая на ощупь эритема, отёк. Кожа инфильтрирована, лоснится. Очаг болезненный при пальпации. Булл, геморрагий нет. Кожные покровы вне очага физиологической окраски. Увеличение и болезненность паховых лимфатических узлов слева. Другие лимфатические узлы не увеличены. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Микоз стоп. Дыхание носом свободное, выделений из носа нет. Слизистая оболочка ротоглотки физиологической окраски. Миндалины не увеличены. В легких жёсткое дыхание, хрипы не выслушиваются, ЧДД – 17 в минуту. АД-140/80 мм.рт.ст. Тоны сердца, приглушены, ритмичны, ЧСС – 102 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах, перистальтика активная. Печень, селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены. В сознании. Очаговой неврологической и менингеальной симптоматики нет.

- 1. Составьте план лабораторного обследования данной пациентки для подтверждения предполагаемого диагноза (выберите 3) клинический анализ крови, клинический анализ мочи, исследование крови для обнаружения повышения титров антистрептолизина О (АСЛО)**
- 2. Какой основной диагноз? Эритематозная рожа левой нижней конечности, средней степени тяжести, 1-й ранний рецидив**
- 3. Опорными диагностическими критериями местных изменений в очаге рожи являются наличие эритемы с неровными границами, увеличенных регионарных лимфатических узлов, отёка**
- 4. Предрасполагающим фактором для возникновения рожи является метаболический синдром**

5. Провоцирующим фактором при роже является переохлаждение
6. В классификацию рожи по распространённости местных проявлений включена форма распространённая
7. Осложнениями рожи являются абсцесс, флебит, сепсис, инфекционно-токсический шок
8. К последствиям перенесенной рожи относится развитие лимфедемы, фибредемы
9. Критерием часто рецидивирующей рожи является наличие 3-х и более рецидивов в год с той же локализацией очага
10. Лечебная тактика при повторной неосложнённой роже включает назначение однокурсовой антибактериальной терапии
11. Для лечения данной больной целесообразно назначить (при переносимости) препараты группы цефалоспоринов I-II поколений
12. Метод непрерывной круглогодичной бициллинопрофилактики рожи целесообразен при наличии 3-х и более рецидивов рожи в год с той же локализацией очага

Задача 56

Мужчина 72 лет пришел на прием к врачу-терапевту участковому. Жалобы на боль за грудиной давящего характера с иррадиацией в шею, левую половину грудной клетки и плечевого пояса при прохождении до 500 м в умеренном темпе, проходящую в покое или после приема нитроглицерина. Анамнез заболевания Считает себя больным с 60-летнего возраста, когда впервые стал отмечать загрудинные давящие боли при значительной физической нагрузке, проходившие в покое. Последние 2 года боли стали возникать при незначительной физической нагрузке – ходьба до 500 м. Отмечает ухудшение состояния в течение 1,5 месяцев, когда приступы стенокардии стали возникать чаще. На фоне терапии нитратами, бисопрололом, эналаприлом, аспирином существенного улучшения состояния не отмечает.

Анамнез жизни Рос и развивался нормально. Образование высшее. На пенсии с 68 лет, работал инженером. Наследственность: мать умерла от ОНМК, сестра 66-ти лет страдает ИБС, АГ. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус
Общее состояние относительно удовлетворительное.
Телосложение нормостеническое, рост – 187 см, масса тела – 84 кг, ИМТ=24 кг/м².
Кожные покровы обычной окраски. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичны, приглушены. ЧСС – 65 ударов в минуту, АД – 140/90 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Щитовидная железа при пальпации не увеличена.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 4) липидный спектр, гликемия натощак, гликозилированный гемоглобин, общий анализ крови, креатинин крови
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 4) эхокардиография трансторакальная, ЭКГ покоя в 12

отведениях, ультразвуковое исследование сонных артерий, рентгенография грудной клетки

3. Какой основной диагноз? ИБС. Стенокардия напряжения

4. У пациента 3 функциональный класс стенокардии

5. Учитывая отсутствие выраженного эффекта от медикаментозной терапии, пациенту показана инвазивная коронароангиография

6. По данным коронароангиографии у пациента в правой коронарной артерии выявлен стеноз до 95% на границе среднего и дистального сегментов, в связи с чем выполнена ангиопластика и стентирование правой коронарной артерии стентом с лекарственным покрытием. После проведения чрескожного коронарного вмешательства пациенту показана терапия ацетилсалициловой кислотой и клопидогрелом

7. Двойную антиагрегантную терапию при отсутствии признаков кровотечения у пациента следует проводить в течение 6 мес.

8. В качестве антиишемической терапии пациенту рекомендуется назначить комбинацию бета-адреноблокатора с дигидропиридиновым антагонистом кальция

9. Целевым значением ЧСС у пациента является значение 50-60 ударов в минуту

10. Для профилактики ССО всем пациентам со стабильной ИБС рекомендуется назначать статины для достижения целевого уровня ХсЛНП _____ ммоль/л $<1,8$

11. Пациенту показана диета для снижения уровня _____ крови общего холестерина

12. У пациента СКФ по формуле СКД-EPI = 59 мл/мин/1,73 м², что соответствует категории ХБП С3а

Задача 57

Больной 28 лет обратился в поликлинику.

Жалобы на приступы удушья и кашля, возникающие внезапно до 1-2 раз в неделю, связывает с вдыханием табачного дыма, различных химических средств, во время приступа ощущает «свист в груди», после него – отхождение вязкой, светлой, скудной мокроты.

Анамнез заболевания Приступы удушья появились 2 года назад в летнее время при проживании за городом, при возвращении в городскую среду чувствовал себя хорошо, затруднений дыхания не было. В следующий летний период приступы удушья вновь возобновились уже и при проживании в городских условиях. Затем стал отмечать, что приступы удушья появляются при вдыхании табачного дыма и различных парфюмированных средств 2-4 раза в месяц. В течение последних 2 месяцев приступы удушья стали несколько чаще (до 1-2 раз в неделю), несколько раз просыпался ночью от сухого кашля. Ранее к врачу не обращался, приступы купировались чаще самостоятельно или после приема таблетки зуфиллина.

Анамнез жизни Рос и развивался нормально. Перенесенные заболевания и операции: ОРВИ. Наследственность отягощена по бронхиальной астме. Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

Объективный статус Состояние удовлетворительное. Рост – 172 см, масса тела – 74 кг, ИМТ – 25. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Грудная клетка правильная, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания, при перкуссии над

легкими ясный легочный звук, при аускультации дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы при форсированном дыхании. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 72 ударов в минуту, АД – 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Отеков нет.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) уровень Ig E, клинический анализ крови, микроскопическое исследование мокроты
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 3) рентгенография органов грудной клетки, пикфлоуметрия, спирометрия с бронходилататором
3. Какое основное заболевание? Бронхиальная астма, аллергическая, легкой степени тяжести
4. Больному необходимо назначить в качестве базисной терапии ингаляционные глюкокортикостероиды в низкой дозе
5. Доза ингаляционных глюкокортикостероидов подбирается с учетом степени тяжести бронхиальной астмы
6. При стабилизации состояния больного коррекция дозы препаратов базисной терапии проводится через три месяца
7. Наиболее целесообразно снижение дозы препаратов базисной терапии на _____% от исходной 25
8. При назначении β_2 -адреномиметика короткого действия для купирования приступов удушья необходимо предупредить больного о возможности при передозировке препарата усиления бронхоспазма
9. Для самостоятельного контроля за бронхиальной астмой больной должен отслеживать суточные колебания пиковой скорости выдоха
10. Диетические рекомендации у больных бронхиальной астмой включают гипоаллергенную диету
11. У пациентов с коморбидным течением бронхиальной астмы и ИБС для купирования приступов удушья целесообразно применение комбинации β_2 -адреномиметика короткого действия и М-холиноблокатора
12. Профилактика астматического статуса у больного бронхиальной астмой включает наряду с применением β_2 -адреномиметика короткого действия в режиме «по требованию» постоянный прием препаратов базисной терапии

Задача 58

Вызов врача на дом к пациентке 64 лет на 4-й день болезни

Жалобы на высокую температуры тела, слабость, озноб, отек, покраснение, боль и появление пузырей в области левой голени.

Анамнез заболевания Заболевание началось днем остро с озноба, повышения температуры тела до 39,1°C, слабости, пропал аппетит, вечером заметила небольшой отек и покраснение в нижней трети левой голени. На 2-й день болезни сохранялась высокая температура, отек, яркое покраснение в области левой голени усилились, появилось жжение. На 3-й день болезни сохранялись высокая температура, слабость, отек, боль и покраснение левой голени, появились пузыри. Лечилась самостоятельно, принимала жаропонижающие (парацетамол) без эффекта. Аналогичные заболевания на этой же ноге перенесла два раза за текущий год, последний раз - три месяца назад. Анамнез жизни Пенсионерка. Проживает в отдельной квартире вместе с мужем. Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские

инфекции, ангины, хронический отит, тонзилэктомия. Перелом левой голени 20 лет назад. Вредные привычки: отрицает. Прививочный анамнез не помнит (со слов пациентки прививалась в школе). Делала прививку от гриппа.

Объективный статус Температура тела 38,6°C. В области левой голени выраженный отек, яркое покраснение горячее на ощупь, геморрагии, крупные буллы с серозно-геморрагическим содержимым. Паховые лимфоузлы слева увеличены, болезненны при пальпации. Кожа туловища, конечностей обычной окраски. Периферические лимфоузлы (заднешейные, затылочные, подчелюстные, подмышечные, правосторонние паховые) не увеличены, безболезненные при пальпации. Слизистая ротоглотки розовая. АД – 110/70 мм.рт.ст, ЧСС – 110 уд. в мин. В легких хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) анализ крови на глюкозу, общий анализ крови, общий анализ мочи

2. Какой основной диагноз? Буллезно-геморрагическая рожа левой нижней конечности, среднетяжелое течение, рецидивирующее течение

3. Клинические признаки начального периода рожи включают озноб, повышение температуры, слабость, головную боль

4. К патогномичным признакам рожи относят отек, яркую горячую на ощупь эритему с неровными контурами, геморрагии, буллы, регионарный лимфаденит

5. Местными осложнениями рожи являются абсцесс, флегмона

6. Дифференциальную диагностику рожи следует проводить с мигрирующей эритемой, аллергическим дерматитом, опоясывающим лишаем

7. Часто рецидивирующей рожей считают наличие рецидивов от 3 раз/года в год

8. Тактика ведения данной больной заключается в госпитализации в инфекционный стационар

9. Лечебная тактика при роже заключается в назначении антибактериальной терапии в сочетании с антигистаминными препаратами

10. Нахождение больного рожей в инфекционном стационаре осуществляется до клинического выздоровления

11. Допуск реконвалесцентов рожи к работе разрешается после их клинического выздоровления

12. Профилактика часто рецидивирующей рожи проводится бициллином-5 по 1,5 млн ЕД 1 раз в три недели

Задача 59

В поликлинику обратился пациент 19 лет на 3-ий день болезни

Жалобы на повышение температуры, озноб, головную боль, боль в горле, послабление стула.

Анамнез заболевания Заболел остро с появления озноба, недомогания, температуру не измерял. К исходу первого дня появились насморк, боли в горле при глотании, «резь» в глазах, усиливающаяся при ярком свете, головная боль, снижение аппетита

Анамнез жизни Студент дневного отделения ВУЗа. Аллергоанамнез: не отягощен.

Перенесенные заболевания: детские инфекции. Вредные привычки: отрицает.

Эпиданамнез: среди студентов были случаи заболевания ОРЗ. Прививочный анамнез:

дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививался.

Объективный статус Температура тела 37,9°C. Кожные покровы чистые, сыпи нет. Лицо умеренно гиперемировано, сосуды склер инъецированы, конъюнктивы гиперемированы. Слизистая оболочка ротоглотки (дужек, миндалин, язычка) гиперемирована, миндалины увеличены до 1-2 степени, в их лакунах – налеты серовато-белого цвета, легко снимающиеся шпателем. Слизистая задней стенки ротоглотки разрыхлена, с набухшими фолликулами, налетов на ней нет. Пальпируются увеличенные до размера мелкой фасоли подчелюстные, передне-и заднешейные, подмышечные лимфоузлы. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. АД-110/70 мм.рт.ст, ЧСС –84 уд. в мин. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка пальпируется на боку. Мочеиспускание не нарушено. Стул однократный, полуоформленный. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования, учитывая день болезни пациента (выберите 2) ПЦР-диагностика (отделяемого из ротоглотки и слизистой глаз), иммуноферментный анализ мазка отпечатка из полости носа и ротоглотки

2. Какой основной диагноз? Аденовирусная инфекция средней степени тяжести

3. Для диареи при аденовирусной инфекции характерными симптомами являются кашицеобразный стул без примесей 1-3 раза в день

4. Осложнением аденовирусной инфекции является евстахиит

5. Дифференциальную диагностику аденовирусной инфекции в начальном периоде заболевания проводят с гриппом

6. Показанием к госпитализации при аденовирусной инфекции являются одышка, боли в груди

7. Этиотропным средством с доказанным действием для лечения аденовирусной инфекции является умифеновир

8. Патогенетическое лечение аденовирусной инфекции, тяжелого течения, включает дезинтоксикационную терапию

9. Применение антибиотиков при аденовирусной инфекции показано при присоединении вторичной инфекции

10. Для лечения конъюнктивита и кератоконъюнктивита при аденовирусной инфекции применяют инстилляцию глазных капель интерферона альфа

11. Неспецифической профилактической мерой при аденовирусной инфекции служит промывание носа изотоническим раствором

12. Химиопрепаратами, применяемые для профилактики аденовирусной инфекции, являются умифеновир, интерферон альфа интраназальный

Задача 60

На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 35 лет

Жалобы похудание, повышенный аппетит, повышенную возбудимость, плохой сон, сердцебиение, потливость

Анамнез заболевания в течение нескольких месяцев стала отмечать сердцебиение и потливость, похудела за полгода на 4 кг, стала эмоционально лабильной, раздраженной, в связи с нарастанием вышеперечисленных симптомов пришла на прием к участковому врачу-терапевту

Анамнез жизни Росла и развивалась нормально. Работает

архивариусом. Перенесённые заболевания: инфекционный паротит. Беременности – 1,

роды – 1. Наследственность: неотягощена. Аллергоanamnez: неотягощен. Вредные привычки: курение

Объективный статус Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,68 м, вес 59 кг, индекс массы тела 21 кг/м², t тела 37,0°C. Кожные покровы физиологической окраски, влажные, бархатистые, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 108 в минуту. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации увеличена, умеренной плотности, безболезненная, подвижная при глотании. Тремор рук. ОУ положительный симптом Грефе.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) антитела к рецептору тиреотропного гормона (АТ к рТТГ) сыворотки крови, тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (Т4 св.), свободный трийодтиронин (св.Т3) сыворотки крови

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы исследования (выберите 2) ультразвуковое исследование щитовидной железы, электрокардиография

3. Какой предполагаемый основной диагноз? Диффузный токсический зоб 1 ст. (по ВОЗ). Манифестный неосложненный тиреотоксикоз

4. Перед назначением лечения пациентке необходимо исследовать биохимию крови с оценкой печеночных трансаминаз, билирубина и клинический анализ крови

5. Пациентке необходимо назначить тиамазол 30 мг, анаприлин 120 мг в сутки

6. Пациентка обратилась через 2 недели после начала терапии с жалобами на боль в горле и повышение температуры до 38,2° С. Дальнейшая тактика заключается в отмене тиамазола, срочном назначении клинического анализа крови

7. Получены результаты клинического анализа крови: абс. количество нейтрофилов – $0,4 \times 10^9/\text{л}$. Дальнейшая тактика лечения заключается в госпитализации

8. Пациентка выписана из гематологического отделения в удовлетворительном состоянии, в клиническом анализе - нормальная формула крови, предъявляет жалобы на сердцебиение, потливость, дрожь в теле. Необходимо направить на радикальное лечение тиреотоксикоза

9. При планировании хирургического лечения тиреотоксикоза операцию рекомендуется провести в объеме тиреоидэктомии

10. После тиреоидэктомии пациентка получает 100 мкг левотироксина натрия, необходимо оценить уровень ТТГ через ____ недель/недели после операции 6-8

11. Для снижения риска развития эндокринной офтальмопатии следует рекомендовать отказаться от курения

12. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после оперативного лечения диффузного токсического зоба составляют ____ (в днях) 34-40

Больной Н., 70 лет, обратился в поликлинику

Жалобы на давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, возникающие при небольшой физической нагрузке - ходьбе в пределах квартиры, приготовлении обеда, разговоре по телефону. На боли и судороги в икроножных мышцах при ходьбе
Анамнез заболевания Считал себя здоровым, занимался любительски спортом (бег, велоспорт, лыжи). Работая инженером на заводе, регулярно проходил проф. осмотры, во время которых неоднократно регистрировалось повышение АД до 170/110 мм рт.ст., однако значения этому не придавал, не обследовался, лечения не получал. Полгода назад без предшествующей стенокардии на фоне эмоционального стресса перенес инфаркт миокарда, лечился стационарно, консервативно. Через 2 месяца после инфаркта на фоне получаемой терапии (аспирином 100 мг, метопрололом 200 мг/сут, амлодипином 10 мг/сут, розувостатином 10 мг/сут) при выполнении бытовых нагрузок появились приступы давящих загрудинных болей, купированных нитроглицерином в течение 3-5 мин. С течением времени толерантность к физическим нагрузкам снижалась, возрастала потребность в нитроглицерине. Больной жил на даче, не имея возможности обратиться за медицинской помощью, самостоятельно начал принимать изосорбиддинитрат 25 мг/сут. Несмотря на это, в течение последних 6 недель приступы болей в грудной клетке возникают ежедневно, из-за чего неоднократно в течение суток пользуется нитроглицерином.

Анамнез жизни Рос и развивался нормально. Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, аппендэктомия в возрасте 15 лет. Наследственность: сведений нет Не курит. Алкоголем не злоупотребляет. Работал инженером на заводе, в настоящее время на пенсии.

Объективный статус Объективно: состояние средней тяжести, бледен, акроцианоз, отеков нет. Рост 162 см, вес 85 кг. ИМТ 32,3 кг/м². Т тела 36,7°C. Лимфатические узлы не увеличены. Липоидная дуга роговицы, на коже век – ксантелазмы. При аускультации легких - дыхание жесткое, в нижних отделах с обеих сторон ослаблено, хрипы не выслушиваются, ЧД 20 в мин. Область сердца при осмотре не изменена. Перкуторно левая граница сердца расширена до передней подмышечной линии, правая на 1 см латеральнее правого края грудины. Аускультативно тоны сердца приглушены на верхушке, акцент II тона над аортой, шумы не выслушиваются. АД 150/100 ммрт.ст., ЧСС 100 в мин. Печень пальпируется у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)

биохимический анализ крови с определением липидного профиля, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, калия, натрия, маркеров некроза миокарда (тропонина I и/или T, КФК и ее МВ-фракция)

клинический анализ крови

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2) Эхо-КГ, ЭКГ в 12 отведениях

3. Какой предполагаемый основной диагноз?

ИБС: стенокардия IV ФК. Постинфарктный кардиосклероз. Полная блокада левой ножки пучка Гиса. Гипертоническая болезнь III стадии, 2 степени, очень высокого риска ССО

4. Изменения на ЭКГ, выявленные у данного больного полная блокада левой ножки пучка Гиса

5. Основными целями медикаментозной терапии у данного больного являются

устранение симптомов и профилактика сердечно-сосудистых событий

6. Тактика лечения данного больного должна включать реваскуляризацию

7. В рационе больного следует ограничить насыщенные жирные кислоты

8. Для коррекции дислипидемии данному больному целесообразно назначение статинов

9. Противопоказанием к назначению бета-адреноблокаторов у данного больного может быть облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей

10. Препаратами выбора для купирования приступов стенокардии больного ИБС являются короткодействующие нитраты

11. Немодифицируемыми факторами риска ИБС у больного являются мужской пол, возраст

12. При невозможности назначения бета-адреноблоаторов (в связи с наличием противопоказаний) препаратами выбора для профилактики приступов стенокардии у данного больного могут быть верапамил или дилтиазем

Задача 62

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 28 лет.

Жалобы на частые (2-3 раза в неделю) эпизоды тупых, распирающих болей в нижней части живота, возникающих после еды, сопровождающихся выраженным метеоризмом и уменьшающихся после дефекации и отхождения газов, систематическую задержку дефекации (в течение 2-3 дней) с частым выделением «овечьего» кала, тошноту, изжогу, вздутие живота после еды, головную боль, бессонницу, повышенную усталость, расстройство внимания

Анамнез заболевания Данные симптомы стали беспокоить около 3 лет назад после тяжёлого психоземotionalного стресса. К врачу не обращалась, для уменьшения болей принимает спазмолитики с кратковременным эффектом, ситуационно использует слабительные. Отмечает нарастание интенсивности симптомов в период менструации. Снижения аппетита и веса не отмечает.

Анамнез жизни Росла и развивалась нормально. Профессия: банковская служащая.

Перенесённые заболевания: ОРВИ, детские инфекции. Беременности – 0.

Наследственность и аллергоанамнез неотягощены. Вредные привычки: курит с 18 лет (5 сигарет в день). Часто употребляет шоколад, газированные напитки, сладкие мучные изделия.

Объективный статус Состояние удовлетворительное. Гиперстенической конституции, рост – 1,64 м, масса тела – 82 кг, индекс массы тела – 30,5 кг/м², температура тела – 36,3°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы неувеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 72 в минуту. АД – 110/70 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот умеренно вздут, незначительная разлитая болезненность при поверхностной и глубокой пальпации, преимущественно в подвздошных областях, больше слева. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Печень и селезёнка неувеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. При опросе определяется повышенная эмоциональная лабильность, тревожность и склонность к ипохондрии.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) клинический анализ крови, биохимический анализ крови, копрограмма, кал на скрытую кровь

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 3) колоноскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия
3. В данной клинической ситуации основным диагнозом является Синдром раздраженного кишечника с запором
4. В данной клинической ситуации сопутствующей патологией является Ожирение I степени
5. Для оценки консистенции кала используют Бристольскую шкалу кала, включающую __7__ типов
6. В данной клинической ситуации показано увеличение содержания в пищевом рационе растительной клетчатки
7. Для купирования боли в данной ситуации рекомендован приём спазмолитиков
8. Для лечения хронических запоров рекомендуемый суточный объём потребляемой жидкости составляет __2__ л
9. Для коррекции эмоциональных нарушений данной пациентке целесообразно назначить антидепрессанты
10. В качестве нефармакологического метода лечения при длительном течении заболевания следует рассмотреть назначение психотерапии
11. Пациентка относится к __2__ группе состояния здоровья
12. Факторами, отягощающими течение данного заболевания, являются длительный анамнез болезни, хронический стресс и наличие психических заболеваний

Задача 63

На приём к врачу-терапевту участковому обратился мужчина 35 лет.

Жалобы на интенсивные давящие боли за грудиной накануне ночью, приступ длился около 2-х часов, приём ибупрофена без эффекта. На давящие и сжимающие боли за грудиной и одышку по дороге в поликлинику, боли проходили в покое; из-за частых остановок дорога в поликлинику вместо 10 минут заняла полчаса.

Анамнез заболевания В течение последних 2-х лет отмечает повышение АД до 180/100 мм рт.ст., по этому поводу обращался к врачу, однако рекомендованные препараты не принимает. При нерегулярных измерениях АД 140-150/80-90 мм рт.ст. Тогда же при обследовании выявлено повышение уровня общего холестерина до 7,4 ммоль/л и ЛПНП до 4,0 ммоль/л, лечение по этому поводу не назначалось – соблюдает диету. В течение 4-х лет страдает сахарным диабетом 2 типа, наблюдается у эндокринолога, принимает метформин 500 мг * 2 раза в день. На фоне терапии гликемия натощак 6,0-7,0 ммоль/л, гликозилированный гемоглобин – 6,7%.

Анамнез жизни Рос и развивался нормально. Работает продавцом в магазине мужской одежды. Перенесённые заболевания: миокардит в детстве; хронический гастрит, обострения весной/осенью не чаще 1 раза в год; аппендэктомия в 18 лет.

Наследственность: отец умер от инфаркта миокарда в 52 года, мать – СД 2 типа.

Аллергоанамнез: аллергических реакций не было. Вредные привычки: курит с 15 лет (20-30 сигарет в день).

Объективный статус Состояние тяжелое. Нормального питания, рост 1,89 м, вес 112 кг, индекс массы тела 31,35 кг/м², t тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации –

везикулярное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы в небольшом количестве в нижних отделах обоих легких (ниже угла лопатки), частота дыханий – 22 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 50 в минуту. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются определение сердечного тропонина Т или I
2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются электрокардиография
3. Какой диагноз можно поставить данному больному? Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST передне-перегородочной области левого желудочка
4. Осложнением основного заболевания является острая левожелудочковая недостаточность Killip II
5. К сопутствующим патологиям у пациента относятся гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, риск 4; сахарный диабет 2 типа, целевой уровень HbA1c <7%
6. Тактика врача первичного звена заключается в экстренной госпитализации пациента в сосудистый центр
7. Антиагрегантная терапия на первом (догоспитальном) этапе лечения этого пациента включает в себя приём 250 мг ацетилсалициловой кислоты и 600 мг клопидогреля
8. Продолжительность приёма двойной антиагрегантной терапии в этой ситуации должна составлять не менее 12 месяцев
9. Помимо антитромботиков в схему лечения пациента должны входить препараты из групп бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, статины
10. Целевые значения ЛПНП у данного пациента составляют менее 1,8 ммоль/л
11. В течение острого периода заболевания уровень гликемии у пациента должен быть менее 11,0 ммоль/л
12. В плане вторичной профилактики пациент должен изменить свой образ жизни, а именно отказаться от курения, придерживаться диеты и выполнять регулярные физические нагрузки

Задача 64

Больной 20 лет, студент, обратился в поликлинику по месту жительства. Жалобы на постоянные тянущие боли в поясничной области справа (иногда слева), усиливающиеся при физической нагрузке, длительной ходьбе или пребывании в положении «стоя», а также к концу дня.

Анамнез заболевания с детского возраста имеет дефицит массы тела, в возрасте 15 лет вырос на 25 см за 6 месяцев. В средней школе занимался в секции волейбола, в течение последних 2 лет 2 раза в неделю занимается на батуте; кроме того, с целью набора мышечной массы в течение 3 месяцев 3 раза в неделю посещает тренажерный зал (тренировки на силовых тренажерах). Указанные жалобы появились примерно с 15 лет, в течение последних 6 месяцев усилились. После тренировки несколько раз было зафиксировано повышение артериального давления до 150/90 мм рт. ст. 3 дня назад после занятия на силовых тренажерах отметил появление мочи красноватого цвета. На следующий день цвет мочи нормализовался. Боль в поясничной области ослабевает в ночное время.

Анамнез жизни Родился недоношенным с низкой массой тела, в дальнейшем рос и развивался нормально в соответствии с возрастом. Перенесенные заболевания и

операции: детские инфекции - ветряная оспа. Наследственность не отягощена.

Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус Состояние удовлетворительное. Рост 180 см, вес 59 кг, ИМТ – 18,2 кг/м². Телосложение астеническое. Кожные покровы обычной окраски, чистые.

Отёков нет. Определяется гипермобильность суставов. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс регулярный, хорошего наполнения. ЧСС 72 в мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка перкуторно не увеличены, не пальпируются. В положении лежа пальпация затруднена из-за хорошо развитых мышц брюшного пресса. В положении стоя пальпируется правая почка, пальпация безболезненная. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный, дизурия отсутствуют. Стул оформленный, ежедневный.

- 1. Выберите основные лабораторные методы обследования, необходимые для постановки диагноза (выберите 4) общий анализ крови, клинический анализ мочи, биохимический анализ крови, ортостатическая проба**
- 2. Выберите основные инструментальные методы обследования, необходимые для постановки диагноза на амбулаторном этапе (выберите 2) радиоизотопная реносцинтиграфия, УЗИ почек в положении лёжа и стоя**
- 3. Наиболее вероятным диагнозом является Правосторонний нефроптоз 3 степени, левосторонний нефроптоз 1 степени.**
- 4. У данного пациента факторами, предрасполагающими к развитию нефроптоза, являются дефицит веса, быстрый рост, упражнения, связанные с сотрясением тела, подъём тяжестей**
- 5. О функциональном характере протеинурии у данного пациента свидетельствуют её невысокий уровень и нестойкий характер, появление в вертикальном положении**
- 6. К функциональной протеинурии помимо ортостатической относят протеинурию при лихорадке, тяжелой физической нагрузке**
- 7. Развитие болей в области почек при нефроптозе связывают с возможным нарушением пассажа мочи, перегибом сосудистой ножки, растяжением нервов**
- 8. I степень нефроптоза диагностируют, когда при рентгеновском исследовании нижний полюс почки опущен на __1-1,5__ позвонка/позвонков**
- 9. Участковому терапевту следует направить данного пациента на консультацию уролога**

10. Консервативное лечение пациента заключается в исключении тяжелых физических нагрузок, поднятия тяжестей, сотрясений тела, в укреплении мышц спины и брюшного пресса, ношении индивидуального бандажа

11. Хирургическое лечение нефроптоза требуется при нефроптозе II-III степени, осложненном нарушением гемодинамики, уродинамики, хроническим болевым синдромом

12. Условием для присоединения пиелонефрита, развития гидронефроза при нефроптозе является периодический или постоянный уростаз вследствие перегиба мочеточника

Задача 65

Больной А. 42 лет обратился к врачу-терапевту участковому

Жалобы на интенсивную головную боль в теменно-затылочной области, покраснение кожи лица, преимущественно щек, мелькание «мошек», «звездочек» перед глазами, общую слабость, снижение работоспособности

Анамнез заболевания Заболел впервые после психоэмоционального напряжения, связанного с работой, неделю назад. В течение последней недели отметил частые головные боли с эпизодами головокружения. Самостоятельно принимал различные анальгетики с переменным эффектом. Коллегами на работе 2 дня назад были зафиксированы цифры АД – 150/100 мм рт.ст. в связи с чем по рекомендации коллег самостоятельно принял ½ таб. Капотена с хорошим эффектом, отметил уменьшение головной боли, снижение цифр АД до 120/85 мм рт.ст. Однако, на следующий день появились вышеописанные жалобы, что и послужило поводом для обращения к врачу-терапевту участковому.

Анамнез жизни рос и развивался нормально перенесенные заболевания и операции: хронический гастрит наследственность отягощена по гипертонической болезни: отец и мать страдали гипертонической болезнью. вредные привычки: курит в течение 10 лет по ½ пачки сигарет в день

Объективный статус Состояние средней степени тяжести. Вес 78 кг, рост 182 см.

Гиперемия кожи лица, преимущественно щек, остальные кожные покровы нормальной окраски. При пальпации и перкуссии грудной клетки патологии не выявлено, выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхания 17 в минуту.

Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, выслушивается акцент II тона над аортой. ЧСС 78 ударов в минуту. АД 180/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги.

Отеков нет.

1. Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является определение уровня гормонов щитовидной железы, надпочечников

2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является ЭХО-кардиография

3. Какой диагноз можно поставить данному больному? Гипертоническая болезнь 1 стадии, 3 степени, риск 4

4. К поражению органов мишеней, характерному для данного заболевания можно отнести гипертрофию левого желудочка (ГЛЖ)

5. К параметрам оценки в классификации степени данного заболевания относят уровень систолического и диастолического АД
6. К рациональной комбинации лекарственных препаратов для лечения данного больного можно отнести сочетание тиазидоподобных диуретиков с иАПФ
7. Целевыми значениями АД при лечении данного пациента являются показатели < ___140/90___ мм рт.ст.
8. К немедикаментозным рекомендациям при лечении данного больного относят ограничение потребления соли до 5 г в сутки
9. Абсолютным противопоказанием для назначения бета-адреноблокаторов служит бронхиальная астма
10. К группе назначаемых лекарственных препаратов, для лечения данного заболевания, относятся блокаторы рецепторов ангиотензина
11. Противопоказанием для назначения антагонистов кальция (верапамил, дилтиазем) является атриовентрикулярная блокада (2 или 3 степени)
12. К факторам риска для данного заболевания не относится возраст (мужчины <55 лет; женщины <65 лет)

Задача 66

На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 65 лет. Жалобы на периодические подъемы АД (по результатам самостоятельного измерения) до 175/100 мм рт. ст. в течение последних 2 месяцев на фоне постоянной антигипертензивной терапии, сопровождающиеся головной болью, головокружением, шумом в ушах, на общую слабость, снижение толерантности к физической нагрузке. Анамнез заболевания В 36 лет во время второй беременности была нефропатия (повышение АД до 140/145/90 мм рт. ст., отеки нижних конечностей). Лечение не проводилось. С 45 лет эпизодически стало повышаться АД до 140/90 мм рт. ст. Максимальное АД - 180/100 мм рт. ст. В 2014 г. в связи с частыми подъемами АД начала принимать лозартан в дозе 50 мг/сут. В последние годы лечилась нерегулярно. 2 месяца назад вновь стала отмечать появление головной боли и подъемы АД при перемене погоды, стрессах, при которых ситуационно принимала валокордин, валидол, анальгетики без выраженного эффекта. Постоянно у врача не наблюдается, госпитализаций не было. Кроме того, отметила увеличение массы тела за последние 3 года.

Анамнез жизни Росла и развивалась нормально. Работала бухгалтером, в настоящее время - пенсионерка. Перенесённые заболевания: хронический гастрит вне обострения. Беременности – 2, роды – 2. Наследственность: мать – гипертоническая болезнь, умерла от инсульта. Отец - страдал ИБС, перенес 2 острых инфаркта миокарда. Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки: нет. Диету с ограничением поваренной соли, углеводов, животных жиров не соблюдает. Объективный статус Состояние удовлетворительное. Абдоминальное ожирение (окружность талии - 95 см), вес - 95 кг, рост – 165 см. Индекс массы тела (ИМТ) =34,89 кг/м², Т тела 36,6°С. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отмечается пастозность голеней. Больная эмоционально лабильна. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 76 в мин. АД - 170/100 мм рт. ст. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования биохимический анализ крови, липидный спектр
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 3) электрокардиография, суточное мониторирование АД, ЭХО
3. Какой предполагаемый основной диагноз? Артериальная гипертензия (АГ) II стадии, 2 степени. Риск высокий.
4. Какая сопутствующая патология присутствует у пациентки? дислипидемия; ожирение I степени
5. Критерием постановки диагноза АГ являются уровни САД (мм рт. ст.) ≥ 140 и/или ДАД ≥ 90
6. Критериями 2-й степени АГ являются повышение САД и ДАД в диапазонах (мм рт. ст.) САД: 160-179, ДАД: 100-109
7. Критериями 3-й степени АГ являются повышение САД (мм рт. ст.) ≥ 180 и/или ДАД ≥ 110
8. II-я стадия АГ определяется наличием одного или более признаков поражения «органов-мишеней»
9. К признакам гипертрофии левого желудочка сердца на ЭКГ относят индекс Соколова-Лайона ____ мм > 35
10. Препаратами выбора для лечения АГ с ГЛЖ являются ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ); дигидропиридиновые антагонисты кальция; блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА)
11. Немедикаментозные методы лечения АГ включают нормализацию массы тела (индекса массы тела, ИМТ) < 25 кг/м²
12. Диагноз ожирения 1-й степени ставится на основании ИМТ 30,0-34,9 кг/м²

Задача 67

На приём к участковому терапевту обратился пациент 72 лет
 Жалобы на периодически возникающую сухость во рту.
 Анамнез заболевания Страдает артериальной гипертензией в течение 17 лет.
 Перенес ОНМК по ишемическому типу 5 лет назад
 Анамнез жизни Рос и развивался нормально. пенсионер вес стабильный 17 лет назад установлен диагноз артериальной гипертензии (повышение артериального давления до 180/110 мм рт ст), принимает моксонидин по 0.2 мг 2 раза в день, индапамид 1,25 мг утром Перенесённые заболевания: ОНМК 5 лет назад Наследственность: у матери - сахарный диабет 2 типа. Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки: курение. Объективный статус Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост 1,78 м, вес 84 кг, индекс массы тела 26,5 кг/м², t тела 36,7°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски и влажности, периферические лимфоузлы не увеличены, пастозность голеней и стоп. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 14 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 68 в минуту. АД 150/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) глюкоза крови, гликированный гемоглобин (HbA1c)

2. Какой диагноз можно поставить данному пациенту на основании результатов клинико-лабораторных исследований? Сахарный диабет 2 типа
3. Пациенту выполнен расчёт СКФ - 43,3 мл/мин/1,73 кв.м. Для уточнения стадии поражения почек необходимо оценить соотношение альбумин/креатинин в утренней порции мочи
4. Соотношение альбумин/креатинин в утренней порции мочи – 550 мг/г. Пациент имеет диабетическую нефропатию, хроническую болезнь почек на стадии С3б, А3
5. У пациента имеется _____ риск сердечно-сосудистых осложнений очень высокий
6. Пациенту показана комбинированная пероральная сахароснижающая терапия ингибиторами ДПП-4 и гликлазидом МВ
7. Для достижения целевых значений артериального давления с учетом наличия хронической болезни почек к лечению необходимо добавить ингибиторы АПФ
8. Уровень холестерина у пациента 7,7 ммоль/л, в связи с чем показано назначение аторвастатина
9. Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c < __8,0__ %
10. После начала сахароснижающей терапии необходим контроль HbA1c через __3__ месяца/месяцев
11. Оценка уровня гемоглобина у пациента с хронической болезнью почек 3 стадии должна проводиться 1 раз в __6__ месяца/месяцев
12. Целевым уровнем артериального давления при наличии хронической болезни почек в стадии А3 является __120-130 / 70-85__ мм.рт.ст.

Задача 68

Вызов на дом к пациенту 48 лет на 4-й день болезни

Жалобы на повышение температуры тела, боли в горле при глотании, резкую слабость, головную боль, отсутствие аппетита, припухлость в области шеи.

Анамнез заболевания Заболевания началось остро с выраженных болей в горле, озноба, повышения температуры тела до 38,0°C, появилась вялость, головная боль, снизился аппетит. На 2-ой день болезни состояние ухудшилось: температура повысилась до 38,8°C, нарастала слабость, исчез аппетит, усилились боли в горле, стал с трудом сглатывать слюну. На 3-й день обнаружил припухлость под нижней челюстью, больше справа, которая в течение суток увеличилась. Дочь пациента вызвала врача на дом.

Анамнез жизни Пациент в течение последнего года нигде не работает. За 3-4 дня до болезни пил пиво на улице из одного стакана с незнакомыми людьми. Проживает в отдельной квартире вдвоем с дочерью. Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: хронический бронхит, пневмония, инфаркт миокарда в возрасте 40 лет. Вредные привычки: курит по 1,5 пачки сигарет в день, злоупотребляет алкоголем в течение последних 2-х лет после смерти жены.

Прививочный анамнез: не известен.

Объективный статус Температура тела 38,9°C. Выраженная бледность кожных покровов, одутловатость лица. Шея увеличена в объеме за счет тестообразного отека подкожно-жировой клетчатки, справа - до середины шеи. Гиперемии кожи над поверхностью отека нет. Подчелюстные периферические лимфоузлы увеличены справа до 3 см в диаметре, умеренно болезненные при пальпации. Рот открывает

свободно. Слизистая оболочка ротоглотки в области небных дужек, язычка, мягкого неба умеренно гиперемирована с цианотичным оттенком, отечна, больше справа. Миндалины шаровидной формы, увеличены до II-III степени за счет отека, слева в области верхнего полюса определяется островчатый налет белого цвета, справа – сплошной налет беловато-серого цвета, который покрывает всю миндалину и распространяется на небную дужку, язычок и частично на мягкое небо. Налеты плотные, возвышаются над поверхностью слизистой («плюс ткань»), с усилием снимаются шпателем с обнажением кровоточащей поверхности. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД – 110/70 мм.рт. ст., ЧСС – 108 уд. в мин. В легких дыхание жесткое, с обеих сторон – множественные сухие хрипы. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень + 1,5-2,0 см из-под края реберной дуги, плотноватой консистенции, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2): **РПГА крови с дифтерийным диагностикумом в парных сыворотках для определения титра антитоксических антител, бактериологическое исследование мазка из носо- и ротоглотки на VL.**

2. Какой основной диагноз? **Дифтерия ротоглотки, токсическая форма I степени, средней тяжести**

3. Клинические признаки дифтерии ротоглотки токсической формы включают **тонзиллит, синдром интоксикации, регионарный лимфаденит, наличие отека слизистой оболочки ротоглотки и шейной подкожно-жировой клетчатки**

4. Критерием токсической формы дифтерии ротоглотки I степени является отек подкожно-жировой клетчатки **до середины шеи**

5. Клетками-мишенями для дифтерийного экзотоксина являются **кардиомиоциты**

6. Специфическими осложнениями дифтерии являются **инфекционно-токсический шок, миокардит, полинейропатия**

7. Дифференциальную диагностику токсической дифтерии ротоглотки следует проводить с **паратонзиллярным абсцессом, эпидемическим паротитом, флегмоной дна полости рта (флегмона Людвига)**

8. Тактика ведения данного больного заключается в **госпитализации в специализированное отделение инфекционной больницы**

9. Лечебная тактика при дифтерии ротоглотки токсической формы I степени включает назначение противодифтерийной сыворотки (ПДС) в дозе **30-50** тыс. МЕ

10. Выписка больного дифтерией осуществляется **после полного клинического выздоровления и 2 кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии**

11. С целью верификации прививочного анамнеза у больного дифтерией серологическое исследование крови на наличие дифтерийных антител осуществляется в течение первых **5** дней от начала заболевания и до введения противодифтерийной сыворотки (ПДС)

12. За лицами, общавшимися с больными дифтерией, устанавливается медицинское наблюдение в течение **7** дней с момента выявления последнего случая заболевания в очаге

Задача 69

Больной Б. 65 лет обратился к участковому врачу-терапевту по месту жительства. Жалобы изжога после приема пищи на икоту, не связанную с приемом пищи, периодически возникающее вздутие живота.

Анамнез заболевания. Со слов больного, в 33 года внезапно появилась изжога, которая продолжалась 2 часа и самостоятельно прекратилась. В дальнейшем приступы изжоги повторялись и самостоятельно купировались. К врачам не обращался, так как в тот момент изжога не оказывала значительного влияния на качество жизни. В 61 года изжога больного беспокоила после каждого приема пищи, присоединились жалобы на икоту, вздутие живота. Ухудшение самочувствия послужило причиной обратиться к гастроэнтерологу. При обследовании по данным ЭГДС были выявлены эзофагит, гастрит, хиатальная грыжа. Назначение ингибиторов протонной помпы и обволакивающих препаратов принесло кратковременное улучшение.

Анамнез жизни. Больной родился в 1953 г. в п. Собинка, Владимирской области. В настоящее время работает заведующим музеем. • Вредные привычки – курение, употребление алкоголя отрицает. • Указания на сопутствующую лекарственную терапию отсутствуют. • Аллергологический анамнез не отягощен. • Наследственный анамнез отягощен: отец умер в 64 года от лимфогранулематоза.

Объективный статус. Состояние относительно удовлетворительное. Индекс массы тела – 24,2 кг/м², t тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипы отсутствуют. Частота дыханий – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный с ЧСС 78 в минуту. АД 115/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

- 1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) биохимический анализ крови, кал на скрытую кровь, клинический анализ крови**
- 2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2) ЭКГ, эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)**
- 3. Какой основной диагноз? Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Гастрит. Дуоденит.**
- 4. Рекомендации по изменению образа жизни для пациента включают избегать переедания, не ложиться после приема пищи, последний прием пищи не позднее, чем за 2 часа до сна**
- 5. В качестве основного курса лечения в данной ситуации является приём ингибиторов протонной помпы**
- 6. В качестве вспомогательных средств фармакотерапии рекомендован приём прокинетиков, альгинатов, антацидов**
- 7. В качестве основного курса лечения в данной ситуации является приём ингибиторов протонной помпы в течение ___ 4 ___ недель**
- 8. Доза омепразола для данного пациента, в отсутствие эрозивного поражения пищевода, составляет ___ 20 мг 1 ___ раз/раза в день (Рабепразол 10,1)**
- 9. Пациенту омепразол рекомендовано принимать за 30 мин до еды**
- 10. К стимуляторам моторики желудочно-кишечного тракта относится итоприд**

11.Кратность ежегодного посещения врача терапевта в рамках диспансерного наблюдения основного заболевания составляет __2__ раза/раз в год

12.Пациент относится к __IIIб__ группе состояния здоровья

Задача 70

На приём к участковому терапевту обратился пациент 73 лет

Жалобы на сухость во рту, жажду, кожный зуд

Анамнез заболевания около полугода периодически беспокоят сухость во рту, жажда и кожный зуд

Анамнез жизни Рос и развивался нормально. Пенсионер. Перенесённые заболевания: полтора года назад перенес ОИМ, проведено стентирование ПКА, принимает нифедипин 60 мг в сутки, индапамид 2,5 мг в сутки, моксинидин 0,4 мг в сутки, в анамнезе повышение АД до 180 и 110 мм.рт.ст Наследственность: не отягощена Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки: курит. Питается нерегулярно, употребляет сладости, жареные и копченые мясные продукты.

Объективный статус Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост 1,72 м, вес 96 кг, индекс массы тела 32 кг/м², t тела 36,6°С. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отеки голеней и стоп. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 68 в минуту. АД 135/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

- 1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) гликированный гемоглобин (HbA1c), глюкоза плазмы натощак**
- 2. Какой предполагаемый основной диагноз? Сахарный диабет 2 типа**
- 3. Патогенез сахарного диабета 2 типа заключается в инсулинорезистентности и дефекте секреции инсулина**
- 4. Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c < __8,0__ %**
- 5. Наиболее рациональной комбинацией сахароснижающих препаратов является метформин и агонист рецептора ГПП-1**
- 6. Отеки голеней и стоп могут быть побочным эффектом приема нифедипина**
- 7. У пациента выявлен уровень холестерина 6,1 ммоль/л. К лечению необходимо добавить аторвастатин**
- 8. Пациенту, перенесшему острый инфаркт миокарда со стентированием более года назад показана _____ терапия Антиагрегантная**
- 9. Необходим повторный контроль HbA1c через __3__ месяца/месяцев**
- 10. Пациенту рекомендуется проводить самоконтроль гликемии _____ и 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю не менее 1 раза в сутки в разное время**
- 11. Наблюдение пациента с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа с артериальной гипертензией должно включать регулярную оценку микроальбуминурии**

12. Кратность ежегодного посещения врача офтальмолога в рамках мониторинга основного заболевания составляет __1__ раза/раз в год

Задача 71

Больная 35 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы на повышение температуры тела до 39,2°C, кашель с отделением небольшого количества слизисто-гноной мокроты, снижение аппетита, слабость, недомогание, жидкий стул без примеси крови до 4 раз за сутки.

Анамнез заболевания Всегда считала себя здоровым человеком. 6 дней тому назад после переохлаждения, отметила появление слабости и недомогания, повышение температуры тела до 37,8°C, сопровождающееся сильным ознобом. На следующий день присоединился кашель с отделением небольшого количества слизистой мокроты. По совету знакомых самостоятельно начала приём амоксиклава 850/125 мг 2 р/сут., однако, существенного улучшения состояния к концу 4 суток лечения амоксиклавом не отмечалось: температура тела колебалась от 37,3°C до 39,2°C, сохранялись слабость. Сегодня (на 6 сутки болезни) присоединилась диарея до 4 раз в сутки.

Анамнез жизни Вредные привычки отрицает Аллергологический анамнез не отягощён Перенесенные заболевания и операции: отрицает

Объективный статус Состояние средней тяжести. Вес 59 кг, рост 170 см. Кожные покровы горячие, влажные. Температура тела 38,7°C. Видимые слизистые не изменены, миндалины не увеличены, глотание безболезненное, отделяемого из полости носа нет. В легких дыхание везикулярное, на ограниченном участке под левой лопаткой выслушиваются влажные звонкие хрипы, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, ЧСС 88 в мин., АД 110/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом Щёткина-Блюмберга - отрицательный.

1. Для исключения/подтверждения диагноза пневмонии пациентке показано проведение (выберите 2) общего анализа крови, рентгенографии органов грудной клетки в передней прямой и боковой проекциях

2. Для исключения/подтверждения Clostridiumdifficile-ассоциированной болезни у пациентки с диареей, развившейся на 5 сутки приёма амоксиклава показано проведение (выберите 3) иммуноферментного анализа для определения токсина В Clostridiumdifficile в кале, теста амплификации нуклеиновых кислот (ПЦР) для токсигенного штамма Clostridiumdifficile, иммуноферментного анализа для определения токсина А Clostridiumdifficile в кале

3. Пневмония может быть расценена как внебольничная

4. Клинический диагноз может быть сформулирован следующим образом Внебольничная левосторонняя пневмония, средней тяжести. Clostridiumdifficile-ассоциированная болезнь лёгкого течения

5. Для исключения/подтверждения развития у пациентки дыхательной недостаточности показано проведение пульсоксиметрии

6. Оценку эффективности проводимой стартовой антибактериальной терапии следует проводить по истечении 48-72 часов

7. Проводимая терапия амоксиклавом неэффективна

8. Учитывая неэффективность терапии амоксиклавом, в качестве препарата выбора второй линии целесообразно выбрать левофлоксацин

9. Для терапии Clostridiumdifficile-ассоциированной болезни лёгкого/среднетяжёлого течения показано назначение метронидазола

10. При неэффективности терапии Clostridiumdifficile-ассоциированной болезни метронидазолом, его следует заменить на ванкомицин

11. Длительность терапии пневмонии должна быть определена индивидуально На фоне проведённой терапии через 14 дней лечения у пациентки отмечалась положительная динамика: температура тела не повышалась >37,2°C, ЧД=16 в минуту, значительно уменьшились слабость, прекратилось отделение мокроты, в анализе крови лейкоциты=6,7 тыс/мкл, однако сохраняется кашель и при аускультации под левой лопаткой выслушивается небольшое количество влажных незвонких хрипов. При контрольной рентгенографии органов грудной полости – зона инфильтрации лёгочной ткани значительно уменьшилась в размерах, однако полностью не исчезла. Диарея не беспокоит в течение 8 суток.

Дальнейшая тактика ведения пациентки должна включать прекращение лечения антибактериальными препаратами

Задача 72

Больная 62 лет обратилась в поликлинику.

Жалобы спастические боли в левом подреберье и левой подвздошной области, метеоризм и обильное кишечное газообразование, стул со склонностью к запорам, который больная регулирует диетой с большим содержанием растительной клетчатки. Анамнез заболевания Подобные боли периодически беспокоят в течение 10-12 лет, как правило, в связи с задержкой стула. Ранее не обследовалась. Поводом для обращения стал эпизод интенсивных болей той же локализации неделю назад. Вызывала бригаду скорой медицинской помощи, доставившую пациентку в приемное отделение больницы, где была осмотрена врачом-хирургом, выполнены анализы крови и мочи, ультразвуковое исследование брюшной полости. Острой хирургической патологии не выявили, от госпитализации для обследования отказалась. В последующие дни боли сохранялись, беспокоили в течение дня и даже ночью, температура тела держалась на уровне 37,2-37,5°C. Самостоятельно без заметного улучшения принимала но-шпу, активированный уголь и левомицетин.

Анамнез жизни Росла и развивалась нормально. Перенесенные заболевания и операции: простудные, дважды переносила пневмонию, аппендэктомия, последние годы повышение артериального давления, компенсировано до нормотонии приемом нолипрела и конкора. Наследственность: родители умерли в старческом возрасте, старший брат – от рака предстательной железы. Аллергии на медикаменты нет. Вредных привычек нет.

Объективный статус Состояние удовлетворительное. Рост – 160 см, масса тела – 67 кг, индекс массы тела – 26,2 кг/м². Кожа и слизистые обычной окраски и влажности. Со стороны сердца и легких без отклонений от нормы. Язык влажный, с выраженным серым налетом по спинке. Живот мягкий, несколько вздут, болезненный при пальпации по ходу кишечника с максимумом в зоне сигмовидной кишки. Печень – по краю реберной дуги. Пальпируемых образований в брюшной полости не определяется.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) клинический анализ крови, копрологическое исследование, анализ кала на скрытую кровь

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2) фиброколоноскопия, КТ-энтероколонография

3. Какой диагноз основного заболевания можно поставить пациентке на основании клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования? Дивертикулярная болезнь ободочной кишки

4. Инструментальное исследование кишечника у данной пациентки следует начать с компьютерной томографии брюшной полости

5. При отсутствии признаков осложнений дифференциальный диагноз дивертикулярной болезни ободочной кишки лучше проводить с использованием

фиброколоноскопии

6. Осложнение дивертикулеза дивертикулитом следует заподозрить при наличии

лейкоцитоза в клиническом анализе крови

7. Больной с дивертикулярной болезнью ободочной кишки следует предпочесть осмотические слабительные

8. Для лечения рецидивирующего дивертикулита следует назначить производные 5-аминосалициловой кислоты
9. При назначении противомикробных препаратов больной с дивертикулярной болезнью ободочной кишки следует предпочесть невсасывающиеся антибиотики (рифаксимин)
10. Больным с дивертикулярной болезнью ободочной кишки препараты со спазмолитическим эффектом следует комбинировать с ветрогонными пеногасителями
11. Наиболее высок риск осложнений дивертикулита ободочной кишки у больных принимающих антикоагулянты
12. Профилактика развития осложнений дивертикулярной болезни обеспечивается диетой с большим содержанием пищевых волокон

Задача 73

Больной 57 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому. Жалобы на одышку и сердцебиение при физической нагрузке (подъем на 1 этаж), отеки голеней, перебои в работе сердца, возникающие без видимых причин. Анамнез заболевания с 30 лет страдает АГ. Настоящее ухудшение состояния в течение 2 лет, когда после повторного инфаркта миокарда с Q зубцом стал отмечать появление одышки и сердцебиения при физической нагрузке, отеки голеней и перебои в работе сердца.

Анамнез жизни. Вредные привычки: курит в течение 40 лет по 20 сигарет в день.

Перенесенные заболевания и операции: Холецистэктомия в 35 лет. Перенес инфаркты миокарда в 45 и в 55 лет.

Объективный статус. Состояние средней тяжести. Вес 100 кг, рост 170 см, ИМТ= 34,6 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца аритмичные, ЧСС 64 в мин., АД 140/85 мм рт.ст. Дефицит пульса 4-6 уд в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см ниже края реберной дуги. Отеки нижних конечностей (голена и стопы). Тест 6-и минутной ходьбы: 200 метров.

1. Для оценки типа нарушений ритма сердца следует провести (выберите 2) суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, ЭКГ
2. Для верификации диагноза ХСН необходимо провести (выберите 3) регистрацию ЭКГ, ультразвуковое исследование сердца (ЭХО-КГ), определение мозгового натрий-уретического пептида
3. На представленной ЭКГ имеется АВ-блокада I степени, полная блокада ПНПГ, желудочковая экстрасистолия 2-х морфологий
4. Снижение толерантности к физической нагрузке у данного пациента обусловлено хронической сердечной недостаточностью
5. Исключить ХОБЛ у пациента с длительным анамнезом курильщика можно посредством оценки модифицированного индекса Тиффно
6. В связи с наличием ХСН пациенту необходимо назначить карведилол
7. Кроме бета-адреноблокаторов пациенту показаны ингибиторы АПФ
8. Нарушения ритма сердца, выявленные у пациента являются потенциально злокачественными
9. Пациенту с желудочковой экстрасистолией, ИБС и ХСН в качестве антиаритмических препаратов показано назначение бисопролола
10. Модификация диеты пациента должна включать ограничение поваренной соли
11. Немодифицируемым фактором риска у данного пациента является пол

12. Мероприятия по изменению образа жизни у данного больного должны включать регулярные дозированные физические нагрузки

Задача 74

На приём к участковому терапевту обратился пациент 63 лет

Жалобы на сухость во рту, жажду, онемение стоп, боли в ногах (преимущественно ночью)

Анамнез заболевания В течение 6 лет страдает сахарным диабетом 2 типа.

Принимает Метформин 1000 мг 2 р/д, Гликлазид МВ – 30 мг перед завтраком.

Эпизодов гипогликемии нет. В течение 3 месяцев гликемия натощак при самоконтроле 9-14 ммоль/л. Гликированный гемоглобин – 7,8%. Осложнений диабета ранее не диагностировано.

Анамнез жизни Рос и развивался нормально. Пенсионер. Перенесённые заболевания: гипертоническая болезнь III стадии. Максимальный подъем АД до 190/100 мм. рт. ст.

Адаптирован к АД 130-140/80 мм. рт. ст. Принимает гипотензивную терапию: лозартан 100 мг утром, амлодипин 5 мг Наследственность: сахарный диабет 2 типа у отца.

Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки: отрицает. Часто употребляет хлебо-булочные изделия, газированные напитки, жареные и копченые мясные продукты.

Объективный статус Состояние относительно удовлетворительное. Рост 1,78 м, вес 102 кг, индекс массы тела 32,19 кг/м², t тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 68 в минуту. АД 140/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

1. Методами исследования, обязательными для постановки диагноза, являются (выберите 2) оценка нарушений чувствительности, определение сухожильных рефлексов

2. Какой диагноз можно поставить данному больному? Сахарный диабет 2 типа. Диабетическая дистальная полинейропатия, сенсомоторная форма

3. Сопутствующей патологией у пациента является артериальная гипертензия 3 ст, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, ожирение 1 степени

4. Рекомендации по медикаментозному лечению осложнений сахарного диабета у пациента включают карбамазепин

5. Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c < 7,5 %

6. Для интенсификации сахароснижающей терапии назначается гликлазид МВ 60 мг и метформин 1000 мг 2 раза/день

7. Повторный контроль HbA1c необходим через 3 месяца/месяцев

8. Основой успешного лечения диабетической нейропатии является/являются достижение и поддержание индивидуальных целевых показателей гликемии

9. Для исключения диабетической ретинопатии необходимо провести офтальмоскопию при расширенном зрачке

10. При снижении скорости клубочковой фильтрации <45 мл/мин необходимо отменить метформин

11. Пациенты с диабетической дистальной полинейропатией входят в группу риска развития синдрома диабетической стопы

12. Фактором риска развития сахарного диабета 2 типа является окружность талии > 94 см у мужчин и > 80 см у женщин

Задача 75

Пациентка 28 лет обратилась к врачу-терапевту участковому.

Жалобы на повышение температуры тела до 37,6°C, интенсивный кашель со скудной желтоватой мокротой, сопровождающийся «свистящим» дыханием, головную боль, боли в мышцах, слабость.

Анамнез заболевания Больна в течение 7 дней, в дебюте заболевания отмечались слабость, субфебрилитет, миалгии, боли в горле при глотании. На 3 день заболевания присоединился кашель со скудной мокротой, эпизоды диспноэ, сопровождающиеся свистящими хрипами в грудной клетке. Подобные симптомы отмечались у членов семьи (муж, дети).

Анамнез жизни Росла и развивалась нормально. Работает уборщицей помещений.

Перенесённые заболевания: корь, скарлатина. Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. Вредные привычки: курит с 20 лет (10 сигарет в день).

Объективный статус Общее состояние средней тяжести, температура тела – 37,2°C.

Умеренная гиперемия зева. Нормостенического телосложения, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Кожные покровы обычной окраски, влажные.

При осмотре грудной клетки значимой патологии не выявлено. При сравнительной

перкуссии лёгких – лёгочный звук. При аускультации дыхание жёсткое, умеренное

количество сухих базальных хрипов, в подлопаточных областях с обеих сторон

умеренное количество влажных мелкопузырчатых хрипов, ЧДД – 20 в минуту. Пульс –

86 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца звучные, ритм правильный. АД – 110/60

мм рт.ст. Язык слегка обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный.

Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) бактериоскопия мокроты (с окраской по Цилю – Нильсену и Граму), общий анализ мокроты, клинический анализ крови

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2) пульсоксиметрия, рентгенография органов грудной клетки

3. В данной клинической ситуации основным диагнозом является Внебольничная пневмония в нижней доле левого и правого лёгкого нетяжёлого течения

4. Для оценки риска неблагоприятного прогноза и выбора места лечения следует использовать шкалу CRB-65, включающую комплекс симптомов и признаков, таких как нарушение сознания, ЧДД \geq 30/мин, систолическое АД $<$ 90 мм рт.ст. или диастолическое АД \leq 60 мм рт.ст., возраст \geq 65 лет

5. В качестве стартовой эмпирической терапии пациентке может быть назначен _____ внутрь

кларитромицин

6. Эффективность эмпирической терапии после начала приёма антибактериального препарата следует оценить через (в часах) 48-72

7. Главным критерием окончания антибактериальной терапии является стойкая нормализация температуры в течение 3 суток

8. Ориентировочные сроки разрешения рентгенологических признаков пневмонии составляют (в неделях)3-4
9. Ориентировочные сроки нетрудоспособности в данном случае составляют (в днях)20-21
10. Диспансерное наблюдение после выздоровления в данном клиническом случае проводится в течение 12 месяцев
11. Кратность осмотра врачом-терапевтом пациента, перенесшего пневмонию, в рамках диспансерного наблюдения составляет 1 раз в 3 месяца/месяцев
12. При отсутствии патологических клинико-рентгенологических признаков в лёгких по окончании диспансерного наблюдения пациентка переводится в 1 группу состояния здоровья

Задача 76

Больной В., 71 года, пенсионер, обратился к участковому терапевту. Жалобы на одышку, возникающую при минимальной физической нагрузке, проходящую в покое, боли в грудной клетке давящего и сжимающего характера, появляющиеся при умеренной нагрузке, усиление одышки в ночное время суток, вынуждающее больного принять вертикальное положение, дискомфорт в правом подреберье, отеки голеней и стоп, увеличение в объеме живота, перебои в работе сердца и учащенное сердцебиение, слабость, повышенную утомляемость. Анамнез заболевания. Около 15 лет страдает ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией с повышением АД до 180/110 мм рт.ст. Около 10 лет имеет постоянную форму фибрилляции предсердий. Регулярно проходит стационарное лечение, медикаментозной терапии привержен. В настоящее время получает: бисопролол 5 мг/сут., дабигатран 110 мг 2 р/д, торасемид 5 мг утром, верошпирон 25 мг утром. В течение 6 месяцев после выписки чувствовал себя удовлетворительно, однако в течение последних 6 недель отметил постепенное нарастание одышки, отеков, увеличение в объеме живота, снижение переносимости физической нагрузки. Рацион питания не менял. Анамнез жизни. Рос и развивался нормально. Работал слесарем. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: Отец больного умер в возрасте 72 лет от заболевания сердца. Мать умерла в 79 лет, причину назвать затрудняется. Сын 40 лет, страдает гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа. Объективный статус. Состояние тяжелое. Рост 184 см, вес 170 кг. Кожные покровы бледные. Цианоз губ, акроцианоз. Т тела 36,5°C. Симметричные отеки стоп и голеней до средней трети. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 24 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с коробочным оттенком, ниже углов лопаток с обеих сторон определяется укорочение перкуторного звука. При аускультации над легкими выслушивается жесткое дыхание, в нижних отделах с обеих сторон - влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - в VI межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя - по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, аритмичные. Дефицита пульса нет. ЧСС -74-80 удара в минуту. АД 150/90 мм рт.ст. Живот увеличен в размере за счет подкожно-жировой клетчатки и асцита: отмечается притупление перкуторного звука в отлогих местах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, чувствительная при пальпации, перкуторные размеры 14x13x11 см по Курлову. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) биохимический анализ крови с определением электролитов, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, железа, ферритина, липидного профиля, натрийуретические пептиды
2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 2) Эхокардиография, рентгенография органов грудной клетки
3. Какой предполагаемый основной диагноз?
 - ИБС: стенокардия напряжения 2 ФК. Нарушение ритма сердца: постоянная форма фибрилляции предсердий, нормосистолия. CHA2DS-VASc 4 балла (возраст, АГ, ИБС, ХСН), HAS-BLED 1 балл. Гипертоническая болезнь III ст., 2 ст., риск ССО очень высокий. ХСН со сниженной ФВ ЛЖ 35-37%, ИБ ст., IV ФК NYHA. Асцит
4. Для оценки симптомов ФП целесообразно использовать шкалу _____ EHRA с дальнейшим указанием в диагнозе Модифицированная шкала
5. При лечении больного для уменьшения застойных явлений и увеличения толерантности к физическим нагрузкам следует использовать диуретики
6. Следует незамедлительно включить в схему лечения данного пациента _____, которые отсутствуют в ранее назначенной терапии
 - ингибиторы АПФ
7. Основной целью приема дабигатрана у данного больного является профилактика тромбоэмболических осложнений
8. Тактика диуретической терапии при стационарном лечении данного пациента должна заключаться в замене торасемида на фуросемид, предпочтительнее во внутривенной форме, увеличении дозы верошпирона до 100 мг
9. Препаратом выбора для контроля ЧСС у данного больного является бисопролол
10. Советы по коррекции образа жизни, которые следует дать больному после выписки из стационара, заключаются в регулярных дозированных физических нагрузках
11. К диетическим рекомендациям, выполнение которых НЕ целесообразно в отношении данного больного, относится обильное теплое питье
12. Сывороточным маркером, определение которого необходимо для расчета СКФ, является креатинин

Задача 77

К врачу-терапевту участковому обратился больной 57 лет. Жалобы на надсадный постоянный малопродуктивный кашель, скудное кровохарканье, одышку при быстрой ходьбе, слабость, прогрессирующее похудание. Анамнез заболевания Имеет длительный стаж табакокурения, с 45 лет беспокоит хронический малопродуктивный кашель, с 50 лет присоединилась одышка с затруднённым выдохом при быстрой ходьбе, к врачу не обращался. В течение последних 6 месяцев отмечает значительное усиление кашля, который приобрёл надсадный характер, появились прогрессирующая слабость, похудание. 10 дней назад впервые заметил примесь небольшого количества крови в мокроте, с этого времени в

утренние часы сохраняется откашливание кровянистой мокроты (1 чайная ложка). Обратился в районную поликлинику.

Анамнез жизни Рос и развивался нормально. Работает водителем автобуса. Перенесённые заболевания, операции: аппендэктомия. Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. Вредные привычки: курит с 15 лет (20 сигарет в день). Объективный статус При осмотре состояние средней тяжести, астенического телосложения, рост – 178 см, масса тела – 58 кг, индекс массы тела – 18,3 кг/м², температура тела – 36,4°C. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Грудная клетка астенической формы, при перкуссии грудной клетки справа в I и II межреберьях определяется притупление лёгочного звука, при аускультации в зоне притупления – резкое ослабление дыхания. В остальных точках аускультации – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту, SaO₂ – 96%. Тоны сердца ритмичные, пульс – 75 в минуту, АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из под края рёберной дуги. Индекс одышки по шкале mMRC = 1.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) **D-димер, общий анализ мокроты, клинический анализ крови**

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 3) **рентгенография органов грудной клетки, электрокардиография, спирометрия с тестом обратимости бронхиальной обструкции**

3. В данной клинической ситуации предполагаемым основным диагнозом является **Центральный рак верхней доли правого лёгкого**

4. В данной клинической ситуации сопутствующим заболеванием является **хроническая обструктивная болезнь лёгких, средняя степень тяжести (GOLD 2), группа A (mMRC 1, редкие обострения).**

5. Для верификации основного диагноза следует назначить **бронхоскопию и компьютерную томографию органов грудной клетки**

6. Для базисной фармакотерапии сопутствующего заболевания пациенту следует назначить **длительно действующие антихолинергические препараты**

7. Для устранения симптомов сопутствующего заболевания в режиме «по требованию» пациенту следует назначить **коротко действующие бронходилататоры**

8. Пациенту показано проведение вакцинации против пневмококковой инфекции и **гриппа**

9. В качестве нефармакологических методов лечения сопутствующего заболевания следует рекомендовать прекращение курения и проведение **лёгочной реабилитации**

10. Учитывая сопутствующее заболевание, пациент относится к ____ группе состояния здоровья **IIIa**

11. Кратность ежегодного посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения по сопутствующему заболеванию составляет **__2__** раз/раза

12. Кратность ежегодного посещения врача-пульмонолога в рамках диспансерного наблюдения по сопутствующему заболеванию составляет **__2__** раз/раза

Мужчина 72 года, пенсионер обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому. Жалобы на кашель с легко отделяемой мокротой слизистого характера в небольшом количестве, больше в утренние часы, на тупые боли в правом плече, иррадиирующие по медиальной поверхности предплечья, общую слабость, похудание на 5 кг в течении 2 последних месяцев.

Анамнез заболевания “Кашель курильщика” около 50 лет, Обострение ежегодно 1-2 раза в год, Слабость и боли в плече стали беспокоить последние 2 месяца.

Анамнез жизни Рос и развивался в соответствии с возрастом. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. 40 лет назад-аппендэктомия, Курит 55 лет по 20-25 сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает. Работал инженером, профессиональные вредности отрицает.

Объективный статус.все норм)

- 1. Из лабораторных методов исследования в первую очередь необходимо провести (выбрать 3) общий анализ крови, общий анализ мокроты, бактериологическое исследование мокроты**
- 2. Из инструментальных методов исследования в первую очередь необходимо проведение (выберите 2) Рентгенография легких, спирометрия с бронхолитической пробой**
- 3. Какой предварительный диагноз? Рак верхушки правого легкого. Хронический бронхит. ДНО**
- 4. Дифференциальный диагноз необходимо проводить в первую очередь с ХОБЛ и туберкулезом**
- 5. Пациенту требуется в первую очередь консультация торакального хирурга, онколога**
- 6. Стадийность процесса определяется размером и распространением опухоли, наличием метастазов**
- 7. После дообследования пациенту вероятнее всего будет показано назначение химиотерапии**
- 8. Госпитализация пациенту показана в отделение торакальной хирургии**
- 9. После радикального лечения показано динамическое наблюдение с обследованием в течении первого года каждые 3 месяца**
- 10. С помощью опухольассоциированных маркеров можно оценить эффективность проводимой терапии**
- 11. Рак легких метастазирует в первую очередь в периферические лимфатические узлы надключичные**
- 12. При злокачественных опухолях легких наиболее частыми поражаемыми органами-мишенями, доступными для УЗИ, являются почки, надпочечники**

Задача 79

Больной Б. 36 лет обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику по месту жительства

Жалобы на боль в эпигастральной области, умеренной интенсивности, возникающую через 20 - 30 мин после приема пищи, без иррадиации. Так же беспокоит частая отрыжка, срыгивание кислым, изжога, неприятный вкус во рту, чувство быстрого насыщения, плохой сон, периодически – запор.

Анамнез заболевания Считает себя больным около года. Ранее к врачу не обращался. При появлении боли и изжоги принимал антацидные препараты с положительным

эффектом. Неделю назад вернулся из командировки, после которой самочувствие ухудшилось: вновь появилась боль в эпигастральной области.
Анамнез жизни Перенесенные заболевания: детские инфекции, острые респираторные инфекции. Профессиональный анамнез: работает шофером на междугородных перевозках, часто бывает в командировках, во время которых интервалы между приемами пищи длительные, еда всухомятку. Вредные привычки: курит 10 лет по 1 пачке сигарет в день. Алкоголь употребляет редко (не более 200 мл крепких алкогольных напитков в неделю). Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: мать здорова, у отца — язвенная болезнь желудка, дочь здорова. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6° С. Больной нормостенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластичная, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Бронхофония не изменена. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 72 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 125/70 мм рт. ст. Язык обложен тонким белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется; болезненность в области верхней и нижней мочеточниковой точках не определяется.

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2) анализ кала на скрытую кровь, клинический анализ крови

2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 3) исследование на инфекцию Helicobacter pylori, УЗИ печени, поджелудочной железы, желчного пузыря, эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)

3. Какой диагноз можно поставить данному больному на основании результатов клинко-лабораторных и инструментальных методов обследования? Хронический Helicobacter pylori-ассоциированный гастрит в фазе обострения с синдромом диспепсии

4. Наиболее вероятной причиной развития данного заболевания послужило употребление алкоголя инфицирование Helicobacter pylori

5. В случае исчезновения симптомов диспепсии после успешной эрадикации Helicobacter pylori и отсутствия клинических проявлений в течение 6–12 мес. пациента следует отнести в группу больных с диспепсией, ассоциированной с инфекцией H. pylori

6. Тактика ведения в данной ситуации подразумевает назначение схемы эрадикации Helicobacter pylori «первой линии»

7. Препаратами, входящими в трехкомпонентную схему эрадикации *Helicobacter pylori*, являются: ингибитор протонной помпы в удвоенной стандартной дозе, а также кларитромицин (500 мг 2 раза в сутки) и амоксициллин (1000 мг 2 раза в сутки)

8. Контроль эффективности эрадикации *Helicobacter pylori* проводится через 4-6 недель

9. Инвазивным методом диагностики *Helicobacter pylori* является гистологический метод

10. Неинвазивным методом диагностики *Helicobacter pylori* является уреазный дыхательный тест

11. В основе некоторых диагностических тестов для выявления *Helicobacter pylori* лежит способность этой бактерии вырабатывать фермент уреазу

12. Приоритетным методом контроля эффективности эрадикационной терапии *Helicobacter pylori* является уреазный дыхательный тест

Задача 80

Больная Т. 42 лет обратилась к терапевту

Жалобы выраженный дискомфорт в эпигастриальной области; чувство тяжести и ощущение переполнения после приема пищи; горечь во рту, усиливающаяся после еды; отрыжка воздухом вне зависимости от приема пищи; изжога 3–4 раза в неделю.

Анамнез заболевания Диагноз «ревматоидный артрит» впервые был поставлен 9 лет назад. В настоящее время принимает метипред 8 мг/сут, сульфасалазин 2 г/сут, периодически при усилении суставного синдрома – диклофенак натрия в дозе 50–150 мг/сут (старается принимать его после еды, запивать молоком), при дискомфорте в животе принимала антациды. В течение последнего месяца жалобы на ухудшение состояния в виде усиления суставного синдрома, утренней скованности.

Самостоятельно возобновила прием диклофенака натрия в дозе 100 мг, в последующем 150 мг в сутки. Скованность и боли в суставах стали значительно меньше, однако при повышении дозы нестероидных противовоспалительных препаратов до 150 мг/сут отмечает появление диспептического синдрома, выраженной изжоги и периодических болей «под ложечкой».

Анамнез жизни Больная родилась в 1976г. в Красноярске. В настоящее время не работает. Вредные привычки – курение, употребление алкоголя отрицает. Язвенной и гастроэзофагеальной болезни в анамнезе нет. Сопутствующий диагноз:

Ревматоидный артрит: полиартрит, медленно прогрессирующее течение, серопозитивный (по анти-МСV), активность 2 (DAS 28 – 6,3), рентгенологическая стадия 2, функциональная недостаточность суставов 2-й степени. Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственный анамнез не отягощен.

Объективный статус Состояние относительно удовлетворительное. Индекс массы тела – 23,4 кг/м², t тела 36,6°С. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Правый и левый лучезапястные суставы, правый локтевой сустав, мелкие суставы кистей и стоп болезненные при пальпации, ограничение в объеме пассивных и активных движений. Признаков деформаций нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипы отсутствуют. Частота дыханий – 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 72 в минуту. АД 115/70 мм рт. ст. Язык у корня обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в эпигастрии. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) клинический анализ крови ,биохимический анализ крови, кал на скрытую кровь
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2) ЭКГ, эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)
3. Какой основной диагноз? НПВП-гастропатия с поражением антрального отдела, Н. pylori (+). Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, катаральный эзофагит
4. В качестве основного курса лечения в данной ситуации является приём ингибиторов протонной помпы
5. В качестве альтернативной терапии могут быть рекомендованы аналоги простагландина E1
6. В качестве основного курса лечения в данной ситуации является приём ингибиторов протонной помпы в течение 8 недель
7. Доза омепразола для данного пациента составляет _____ раз/раза в день 40 мг 1
8. Пациенту омепразол рекомендовано принимать за 30 мин до еды
9. Схема эрадикационной терапии, рекомендованная больной, включает омепразол, кларитромицин, амоксициллин
10. Наименьший риск осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта показан на фоне приема целекоксиба
11. Для профилактики НПВП-гастропатии у пациентов высокого риска назначают ингибиторы циклооксигеназы 2 типа в комбинации с ингибиторами протонной помпы
12. Пациент относится к _____ группе состояния здоровья IIIб

Задача 81

Больной К. 36 лет обратился в поликлинику по месту жительства 05.12.2017г.

Жалобы на быструю утомляемость, дискомфорт в правом подреберье.

Анамнез заболевания болен в течение месяца. Точно дату начала заболевания указать не может. Связывал свое состояние с нерегулярным питанием и ненормированным графиком работы. Температуру не измерял. Лекарства никакие не принимал. К врачу ранее не обращался. Аппетит несколько снижен. Тошноты, рвоты не было. Периодически отмечает потемнение мочи. Кал нормальной окраски.

Анамнез жизни работает курьером. Проживает в отдельной квартире, не женат. Аллергоанамнез: неотягощен. Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ. Вредные привычки: курит в течение 5 лет. 6 месяцев назад делал татуировки на плечах. Из Москвы не выезжал, пользовался услугами общепита.

Объективный статус Температура тела 36,5°C. Кожа и склеры нормальной окраски, сыпи нет. Язык сухой, слегка обложен белым налетом. Живот мягкий,

безболезненный Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, мягко-эластичной консистенции, безболезненна. Селезенка не пальпируется. Моча ярко желтого цвета, стул нормальной окраски, оформленный. АД – 120/80 мм.рт.ст, ЧСС – 72 уд. в мин.

1) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3)
определение протромбинового индекса
биохимический анализ крови

ИФА для определения маркеров вирусных гепатитов

2) выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

УЗИ органов брюшной полости

3) Какой основной диагноз?

Острый вирусный гепатит С, безжелтушная форма, средней степени тяжести

4) Клиническим критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита является наличие

геморрагического синдрома

5) Наиболее значимым лабораторным критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита С является

снижение уровня содержания протромбина в крови

6) Возможным осложнением вирусного гепатита С является

хронизация

7) Базисной терапией острого вирусного гепатита С является

дезинтоксикационная

8) Базисная терапия острого вирусного гепатита С предусматривает назначение

лактолозы

9) При лечении острого вирусного гепатита С с холестатическим синдромом используют

урсодезоксихолевую кислоту

10) Пациенты с острым вирусным гепатитом С подлежат диспансерному наблюдению в течение ___ мес.

11) В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом С контактными лицам проводят лабораторное обследование

12) С целью предотвращения инфицирования вирусным гепатитом С для контактных лиц проводят

беседу о клинических признаках гепатита С, способах инфицирования, факторах передачи инфекции и мерах профилактики

Задача 82

Больной К. 18 лет, студент, обратился к врачу-терапевту участковому. Жалобы на ноющие боли в эпигастральной области, возникающие натощак, ночью, отрыжку воздухом, горечь во рту по утрам. Боли без иррадиации, купируются приемом пищи или альмагеля.

Анамнез заболевания. Считает себя больным в течение последнего года, когда впервые отметил появление «голодных» болей в эпигастрии, по совету друга стал использовать альмагель. Настоящее ухудшение самочувствия в течение последних 2 недель, когда стал отмечать усиление болей, появление их ночью.

Анамнез жизни. Пациент учится в техническом ВУЗе, пищу принимает нерегулярно. 4 года курит по 2 пачки сигарет в день, по праздникам употребляет спиртные напитки, пьет регулярно кофе, диету не соблюдает. Известно, что у отца больного диагностирована язвенная болезнь желудка.

Объективный статус. Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, высыпаний нет. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 76 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомы Мюсси, Ортугера, Керра и Щеткина - Блюмберга отрицательные. Размеры печени по Курлову 9x8x7 см. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание в норме.

1) Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

общий анализ крови

2) Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

эзофагогастродуоденоскопия

3) Какой диагноз можно поставить данному больному?

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, в стадии обострения

4) Осложнением, которое может возникнуть при данном заболевании является кровотечение

5) К фоновому заболеванию, имеющемуся у пациента, относится хронический *H. pylori*- ассоциированный гастрит

6) Наиболее рациональной комбинацией лекарственных препаратов для лечения пациента является

ингибитор протонной помпы + кларитромицин + амоксициллин

7) Продолжительность тройной эрадикационной терапии составляет

10-14 дней

8) В четырехкомпонентную схему эрадикации *Helicobacter pylori* входит препарат

висмута трикалия дицитрат

9) В нозологии, относящиеся к кислотозависимым заболеваниям желудка, входит

язвенная болезнь желудка

10) Препаратами, вызывающими язвенное поражение слизистой желудка, являются

нестероидные противовоспалительные

11) Для болевого синдрома при язвенной болезни в теле желудка в стадии обострения характерны боли

возникающие через 20 минут после еды

12) Для желудочно-кишечного кровотечения при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки характерно

исчезновение болей, слабость

Задача 83

23.10.2017г. участковый врач-терапевт прибыл на вызов к пациенту 67 лет на 2-ой день болезни.

Жалобы на чувство нехватки воздуха, повышение температуры до 40,1°C озноб, головную боль в лобно-височных областях, головокружение, «ломоту» во всем теле, кашель с кровянистой мокротой, резкую слабость.

Анамнез заболевания заболел остро с появления озноба, мышечных болей, слабости, выраженной головной боли в лобно-височных и параорбитальных областях, повышения температуры тела до 38,5°C. Позже присоединились заложенность носа, першение в горле, сильный кашель, вначале сухой, «саднящий» за грудиной, затем со скудной мокротой. На 2-ой день состояние резко ухудшилось, температура тела повысилась до 40,1°C, появились боли в грудной клетке.

Анамнез жизни пенсионер. Аллергоанамнез: неотягощен. Перенесенные заболевания: ОРЗ, гипертоническая болезнь II ст., острый бронхит в октябре текущего года. Вредные привычки: отрицает. Проживает постоянно в отдельной квартире с женой и сыном.

Эпиданамнез: 3 дня тому назад имел контакт с родственником, больным ОРЗ.

Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививался.

Объективный статус Температура тела 40,1°C. Больной беспокоен, мечется в постели, произвольное ортопноэ. Дыхание шумное, с участием вспомогательной мускулатуры. Кожные покровы сухие, горячие на ощупь. Резкая бледность лица, инъекция сосудов склер, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз. Слизистая оболочка ротоглотки в области мягкого неба, задней стенки глотки гиперемирована, отмечается ее зернистость, в области мягкого неба геморрагии. Периферические лимфоузлы не увеличены. При аускультации в легких во всех отделах множественные мелко- и среднекалиберные влажные хрипы. ЧДД – 43 в мин. Мокрота пенная, розового цвета. Тоны сердца глухие, АД- 70/40 мм.рт.ст, ЧСС –122 уд. в мин. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. Очаговой и менингеальной симптоматики нет. Сознание сохранено, тревожен, испытывает страх смерти.

1) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования, учитывая день болезни (выберите 2)

ПЦР - диагностика

выявление антигенов в смывах из носо- и ротоглотки (ИФА, ИФМ)

2) Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

рентгенография органов грудной клетки

3) Какой основной диагноз?

Грипп, тяжелое течение. Осложнение: респираторный дистресс-синдром, инфекционно-токсический шок I ст.

- 4) К симптомам тяжелого течения гриппа с развитием ранних осложнений относят
- быстро нарастающую одышку с кровянистой мокротой
- 5) Патогенетическим осложнением гриппа является
- острый респираторный дистресс-синдром
- 6) Дифференциальную диагностику гриппа в начальный период проводят с менингококковой инфекцией, ГЛПС, лептоспирозом
- 7) Показанием к госпитализации при гриппе является наличие
- геморрагической сыпи, одышки
- 8) Этиотропными средствами для лечения гриппа с доказанной эффективностью являются
- осельтамивир и умифеновир
- 9) Патогенетическое лечение гриппа, тяжелого течения с развитием острого респираторного дистресс-синдрома включает
- респираторную поддержку
- 10) Применение антибиотиков при гриппе показано
- при присоединении вторичной инфекции
- 11) Химиопрепаратами, применяемыми для профилактики гриппа, являются
- умифеновир и осельтамивир
- 12) Вакцинопрофилактику гриппа следует начинать за
- 1 месяц до начала сезонного подъема заболеваемости

Задача 84

Мужчина 61 год, служащий, вызвал врача-терапевта участкового на дом.

Жалобы на повышение температуры тела до 40°C, сопровождающееся потрясающим ознобом, потливость, выраженную слабость, снижение аппетита, похудание, головную боль при повышении уровня АД максимально до 160/110 мм рт.ст.

Анамнез заболевания В детстве у врача-ревматолога не наблюдался, в течение всей жизни физические нагрузки переносил хорошо. В 48 лет перенес черепно-мозговую травму (проводилось оперативное лечение), после которой стали

отмечаться подъемы АД максимально до 160/100-110 мм рт.ст., с этого времени достаточно регулярно принимает энап 10 мг утром и атенолол 25 мг утром, АД на этом фоне в пределах 135-140/90 мм рт.ст. Около 3 месяцев назад отметил повышение температуры тела до 37,0-37,5°C, сопровождающееся слабостью, ломотой в мышцах и суставах. Лечился самостоятельно жаропонижающими препаратами с положительным эффектом. Через месяц – повторное повышение температуры тела до 39°C максимально. Самостоятельно принимал амоксициллин+клавулановая кислота в течение 5 дней с эффектом. Через 8 недель вновь повышение температуры до 39°C, сопровождающееся ознобом на высоте лихорадки, выраженной слабостью, ломотой в мышцах и суставах. В связи с сохраняющейся лихорадкой вызвал врача-терапевта участкового на дом.

Анамнез жизни Рос и развивался нормально. Образование высшее. Работает, больничный лист не открывался. · Наследственность: мать умерла в 78 лет, страдала АГ, ИБС, перенесла ОНМК. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, влажные, на переходной складке конъюнктивы нижнего века и на коже ладоней и стоп безболезненные петехиальные высыпания диаметром 1-4 мм. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ослабление 2 тона над аортой, там же выслушивается диастолический шум. ЧСС – 78 ударов в минуту, АД – 135/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицателен. Щитовидная железа не изменена.

1) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 5)

- посевы крови (не менее двух)
- определение ревматоидного фактора
- биохимический анализ крови
- коагулограмма
- общий анализ крови

2) Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2)

- компьютерная томография (мультиспиральная) сердца и коронарных артерий
- ультразвуковое исследование щитовидной железы

3) Какой основной диагноз?

- Инфекционный эндокардит

4) По характеру течения у пациента признаки _____ инфекционного эндокардита

- подострого

5) Для диагностики инфекционного эндокардита используют критерии

- Low

6 «Золотым стандартом» диагностики инфекционного эндокардита является

- эхокардиография

7) При подозрении на инфекционный эндокардит в случае отсутствия характерных признаков по данным трансторакальной эхокардиографии больным необходимо провести

- чреспищеводную эхокардиографию

8) Антибактериальная терапия при инфекционном эндокардите проводится не менее ___ недель

- 4

9) Экстренное оперативное вмешательство рекомендуется пациентам с инфекционным эндокардитом при

- сердечной недостаточности (отек легких, кардиогенный шок)

10) Период реабилитации с возможностью возобновления трудовой деятельности составляет минимум

- 2 месяца

11) В период реабилитации обязательно проводится

- антибактериальная терапия

12) К группе риска по развитию инфекционного эндокардита следует относить

- инъекционных наркоманов

Задача 85

Мужчина 58 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом.

Жалобы на интенсивные боли давящего характера за грудиной длительностью более 30 минут, нитроглицерин (3 таблетки под язык последовательно через 5 мин.) без эффекта, общую слабость.

Анамнез заболевания в течение последних 3 лет страдает стенокардией напряжения (I-II ФК). На ЭКГ 2 месяца назад регистрировался синусовый ритм с ЧСС 76 в мин., выявлена депрессия сегмента ST II, III, AVF, V5-6, что расценено как снижение кровоснабжения в области ниже-боковой стенки левого желудочка. Назначена терапия аспирином, бета-адреноблокатором (бисопролол), ингибитором АПФ (эналаприл), статином. Утром резкие боли за грудиной. Попытки купировать приступ нитроглицерином без эффекта.

Анамнез жизни рос и развивался нормально. Образование высшее. Работает, предприниматель. Наследственность: отец умер от ИМ в 60 лет, мать 84-х лет страдает ИБС, сестра 60-ти лет страдает ИБС, АГ. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки: курит около 40 лет по $\frac{1}{2}$ - 1 пачке сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные. ИМТ=28 кг/м². ЧДД – 18 в минуту. В лёгких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 50 ударов в минуту, АД – 120/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отёков нет.

1) Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные и лабораторные методы исследования (выберите 3)

- измерение уровня МВ-КФК
- ЭКГ покоя в 12 отведениях
- измерение уровня тропонина I или тропонина T

2) При подозрении на инфаркт миокарда правого желудочка необходимо использовать дополнительные отведения ЭКГ

- V3R и V4R

3) Больного необходимо

- госпитализировать в ближайшую медицинскую организацию, имеющую в своей структуре отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения

4) Какой основной диагноз?

- ОКСнST

5) Для стратификации риска неблагоприятного исхода необходимо определить сумму баллов по шкале

- GRACE

6) Пациенту необходимо выполнить чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ)

7) Больному в возможно более ранние сроки необходимо назначить двойную антиагрегационную терапию в нагрузочной дозе

ацетилсалициловая кислота 300 мг + тикагрелор 180 мг

8) Пациенту показан/показано введение парентеральных антикоагулянтов

9) В качестве антиишемического препарата необходимо назначить бета-адреноблокатор

10) Пациенту необходимо назначить аторвастатин в дозе _____ мг/сут
80

11) Двойная антиагрегационная терапия показана пациенту в течение ____ мес.

12

12) Помимо диеты с ограничением употребления животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациенту необходимо рекомендовать

отказаться от курения

Задача 86

Женщина 45 лет обратилась в поликлинику

Жалобы на слабость, анорексию, снижение массы тела на 2 кг за 6 месяцев, никтурию, полиурию

Анамнез заболевания с 12 лет выявлялась следовая протеинурия, эритроцитурия, ассоциированная с обострением хронического тонзиллита, диагностирован хронический гломерулонефрит (ХГН) гематурического типа. С 22 лет отмечались эпизоды повышения артериального давления (АД), с 28 лет - стойкая артериальная гипертония (АГ) с повышением АД до 150/90 мм рт. ст. Принимала ингибитор АПФ эналаприл 5 мг в сутки. В 27 летнем возрасте беременность, в 3- триместре - усиление протеинурии, АГ, функция почек сохранна. На сроке 29 недель выполнено родоразрешение путем кесаревого сечения без осложнений. В последующем сохранялась протеинурия до 1 г/л и эритроцитурия до 10 в поле зрения, АД контролировала приемом эналаприла в дозе 5 мг/сут, уровень креатинина сыворотки не определяла. С 40 летнего возраста появилась никтурия, полиурия, усилилась АГ, что потребовало дополнительного приема препарата дилтиазем в дозе 90 мг/сут, выявлено умеренное увеличение креатинина сыворотки крови – 140 мкмоль/л. Настоящее ухудшение состояния в течение последних 3-х месяцев – появились слабость, быстрая утомляемость, отеки лица, лодыжек и стоп.

Анамнез жизни Перенесенные заболевания и операции: с 7-летнего возраста хронический тонзиллит, с 12 лет ХГН гематурического типа, в возрасте 22 лет тонзилэктомия. Наследственность не отягощена Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет

Объективный статус Состояние средней тяжести. Вес 72 кг, рост 165 см. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 80 в мин., АД 160/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Нижняя граница печени - у края реберной дуги. Пастозность лица, нижних конечностей (голена и стопы). За сутки выделила около 2,5 л мочи (выпила 2,8 л жидкости).

1) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3)

- биохимический анализ крови
- общий анализ крови
- общий анализ мочи

2) В качестве скринингового инструментального метода обследования пациентке необходимо выполнить

ультразвуковое исследование (УЗИ) почек

3) Наиболее вероятным диагнозом является

- Хронический гломерулонефрит гематурического типа с нарушением функции почек, хроническая почечная недостаточность

4) Ведущими осложнениями хронической почечной недостаточности (ХПН) являются

- артериальная гипертония, анемия, гиперкалиемия, вторичный гиперпаратиреоз

5) Дифференциальную диагностику хронической почечной недостаточности (ХПН) необходимо проводить с

с острой почечной недостаточностью

6) Стадия хронической болезни почек (ХБП) у данной больной соответствует

ХБП-С4

7) Признаками гиперкалиемии на ЭКГ являются

повышенный зубец Т, расширение комплекса QRS, удлинение интервала P-R

8) Показаниями к началу терапии диализом у больных с ХПН являются

- снижение СКФ ниже 10 мл/мин, гиперкалиемия свыше 6,5 ммоль/л, анурия более 24 часов, угрожающая жизни гипергидратация

9) Общие принципы немедикаментозного лечения пациентки с додиализной стадией ХПН заключаются в

диете с ограничением в рационе суточной квоты белка, поваренной соли, продуктов, богатых калием, фосфором, адекватном потреблении жидкости

10) Для коррекции гиперкалиемии у данной пациентки необходимо

ограничить прием продуктов, богатых калием; отменить и-АПФ; назначить фуросемид

11) Основными препаратами, используемыми для лечения анемии у больных с ХПН являются

препараты железа и эритропоэтины

12) Данной больной проведение пункционной биопсии почки не показано по причине выявления

хронической почечной недостаточности (ХБП С4)

-

Задача 87

Больной Г. 57 лет обратился к врачу-терапевту участковому

Жалобы на головные боли преимущественно в затылочной области, периодическое повышение АД.

Анамнез заболевания считает себя больным в течение последних 13 лет, когда стал отмечать периодическое повышение АД до максимальных цифр 170/100 мм рт.ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области. ИМ, ОНМК, СД, снижение толерантности к физической нагрузке за счет одышки или болей за грудиной отрицает. За медицинской помощью не обращался, эпизодически самостоятельно по совету знакомых принимал каптоприл в таблетках.

Анамнез жизни Рос и развивался нормально. Работает менеджером. Перенесенные заболевания и операции: ветряная оспа. Наличие хронических заболеваний отрицает. Наследственность: отец страдает артериальной гипертензией, перенес ИМ в 45 лет. Вредные привычки: курит в течение 25 лет по пачке сигарет в сутки, алкоголь не употребляет

Объективный статус состояние относительно удовлетворительное. В сознании, своевременно и адекватно отвечает на вопросы. Вес 78 кг, рост 185 см. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски и влажности.

Периферических отеков нет. При аускультации легких дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхания 16 в минуту. Левая граница сердца смещена на 2 см латеральнее левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 80 ударов в минуту. АД 165/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Физиологические отправления в норме.

1) Необходимым для диагностики лабораторным методом обследования является

- определение содержания общего холестерина и его фракций ЛПНП, ЛПВП в сыворотке крови

2) Необходимыми для диагностики инструментальными методами обследования являются (выберите 2)

- ЭхоКГ
- ЭКГ

3) Какой диагноз можно поставить данному больному?

- Эссенциальная артериальная гипертензия 2 степени 2 стадии высокого сердечно-сосудистого риска

4) Предположительно к физикальным признакам поражения органов-мишеней можно отнести

- высокое пульсовое давление

5) Дифференциальную диагностику эссенциальной артериальной гипертензии следует проводить с

- вторичными артериальными гипертензиями

6) Препаратами первой линии для лечения эссенциальной артериальной гипертензии являются

- ингибиторы АПФ

7) Тактика ведения данного больного включает

- изменение образа жизни (отказ от курения, ограничение потребления поваренной соли, динамические физические нагрузки)

8) Длительность антигипертензивной терапии показана

- неопределенно долго

9) Критерием эффективности антигипертензивной терапии служит

- достижение целевых значений АД ниже 140 и 90 мм рт.ст.

10) Поражением органов-мишеней является

- ишемический инсульт

11) К факторам сердечно-сосудистого риска относится курение и

- дислипидемия

12) Степень артериальной гипертензии определяется

- цифрами АД

Задача 88

Больная С., 23 лет обратилась в поликлинику по месту жительства 16.09.2017г.

Жалобы на тошноту, снижение аппетита, слабость, утомляемость, боль в эпигастрии и правом подреберье, желтушное окрашивание кожи и склер.

Анамнез заболевания Заболела 12 дней назад, когда отметила повышение температуры тела от 37,2 до 38,5°C, появление слабости, утомляемости, тошноты, снижения аппетита, болей в крупных и мелких суставах конечностей. Лечилась дома самостоятельно от «простуды». К врачу не обращалась. В последующие дни появились тошнота, ощущение «тяжести» и тупые боли в эпигастрии и правом подреберье, пропал аппетит. На 10-й день болезни отметила потемнение мочи. Родственники заметили желтуху, что послужило причиной обращения к врачу.

Анамнез жизни Работает юристом в консалтинговой компании. Проживает в отдельной квартире с матерью и старшим братом. Аллергоанамнез: не отягощен. Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. Вредные привычки: отрицает. Оперативные вмешательства, аутогемотрансфузии отрицает. В течение 6 месяцев за пределы Москвы, МО, РФ не выезжала. Нередко обедает в общепите. Постоянно посещает маникюрный салон.

Объективный статус Температура тела 37°C. Кожа и склеры желтушны, сыпи нет. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, мягко-эластичной консистенции, болезненна при пальпации.

Пальпируется полюс селезенки. Моча темная, стул ахоличен. АД – 110 и 70 мм.рт.ст, ЧСС – 74 уд. в мин.

1) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3)

определение протромбинового индекса

ИФА для определения маркеров вирусных гепатитов

биохимический анализ крови

2) Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

УЗИ органов брюшной полости

3) Какой основной диагноз?

Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, средней степени тяжести

4) Клиническим критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита является наличие

геморрагического синдрома

5) Наиболее значимым лабораторным критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита В является

снижение уровня содержания протромбина в крови

6) Возможным осложнением вирусного гепатита В является

острая печеночная энцефалопатия

7) Базисной терапией острого вирусного гепатита В средне-тяжелого течения является

дезинтоксикационная

8) Патогенетическая терапия острого вирусного гепатита В предусматривает назначение

лактолозы

9) В случае снижения ПТИ ниже 40% при фульминантной форме острого вирусного гепатита В дополнительно показано назначение

энтекавира

10) За лицами, перенесшими острый вирусный гепатит В, устанавливается диспансерное наблюдение в течение _____ после выписки из стационара

6 месяцев

11) В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом В назначают

Вакцинацию

12) Вакцинации против вирусного гепатита В подлежат новорожденные

в первые сутки жизни

Задача 89

Участковый врач терапевт прибыл на вызов к пациенту 74 лет на 2-ой день болезни

Жалобы на повышение температуры, озноб, сильная головная боль в лобных областях, «ломота» во всем теле, сухой кашель, першение в горле, заложенность носа.

Анамнез заболевания заболел остро с появления озноба, мышечных болей, слабости, выраженной головной боли в лобной и параорбитальных областях, повышения температуры тела до 38,8°C. Позже присоединилось першение в горле, заложенность носа, сухой «саднящий» за грудиной кашель

Анамнез жизни Пенсионер, не работает. Аллергоанамнез: не отягощен. Перенесенные заболевания: ИБС, артериальная гипертензия. Вредные привычки: отрицает. Проживает в отдельной квартире с дочерью и внуками 2-х и 6-ти лет. Эпиданамнез: контактировал с внуками, больными ОРЗ. Неспецифическую профилактику не проводил. Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививался

Объективный статус температура тела 39,2°C. Больной вял, адинамичен. Кожные покровы сухие, горячие на ощупь, чистые, сыпи нет. Лицо несколько гиперемировано и одутловато, инъекция сосудов склер. Слизистая оболочка ротоглотки в области мягкого неба, задней стенки глотки гиперемирована, отмечается ее зернистость, единичные геморрагии на небной занавеске. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД – 22 в мин. АД-100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 96 уд. в мин. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

1) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)

ПЦР- диагностика

иммунолюминесцентный метод мазков-отпечатков

2) Какой основной диагноз?

Грипп, типичное течение, средней степени тяжести

3) К симптомам тяжелого неосложненного течения гриппа относят геморрагическую сыпь и носовые кровотечения

4) Патогенетическим осложнением гриппа является острый дистресс-синдром

5) Дифференциальную диагностику гриппа в начальный период проводят с менингококковой инфекцией, ГЛПС, лептоспирозом

6) Показанием к госпитализации при гриппе являются наличие одышки, боли в груди

7) Этиотропными средствами для лечения гриппа с доказанной эффективностью являются

умифеновир, осельтамивир

8) Патогенетическое лечение гриппа тяжелого течения включает респираторную поддержку

9) Применение антибиотиков при гриппе показано при присоединении вторичной инфекции

10) Химиопрепаратом, применяемый для профилактики гриппа, является осельтамивир

11) Вакцинопрофилактику гриппа следует начинать за 1 месяц до начала сезонного подъёма заболеваемости

12) Неспецифической профилактической мерой при гриппе служит промывание носа изотоническим раствором

Задача 90

Больной Н. 32 лет обратился к врачу-терапевту участковому

Жалобы на сжимающие боли в области сердца, возникающие при умеренной физической нагрузке, головокружения, повышенную утомляемость, одышку при обычной физической нагрузке

Анамнез заболевания настоящее ухудшение в течение последних двух недель после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции

Анамнез жизни Из анамнеза известно, что в детстве часто болел ангинами. С 17 лет врачи говорили об изменениях со стороны сердца

Объективный статус При осмотре состояние больного средней тяжести. Кожные покровы бледные. Подкожный жировой слой развит умеренно. Отеков нет. Грудная клетка конической формы, симметричная. Частота дыхания 18 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук. При аускультации над легкими выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок разлитой, куполообразный, пальпируется в VI межреберье на 2,5 см снаружи от левой среднеключичной линии. При пальпации во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина определяется систолическое дрожание. Границы относительной тупости сердца: правая - на 1 см от правого края грудины в IV межреберье, левая - на 2,5 см снаружи от левой среднеключичной линии в VI межреберье, верхняя - нижний край III ребра. При аускультации сердца определяется ослабление I и II тонов на верхушке и во II межреберье справа от грудины. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 66 ударов в минуту. На верхушке выслушивается дующий систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область, во II межреберье справа от грудины выслушивается интенсивный систолический шум, проводящийся на сонные артерии. Пульс слабого наполнения, ритмичный, 66 ударов в минуту. АД 105/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9x8x7см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

1) К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят (выберите 2)

общий анализ крови

ревмопробы

2) Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 2)

ЭКГ

ЭХО-КГ

3) Данному больному можно поставить диагноз: хроническая ревматическая болезнь сердца

комбинированный ревматический митрально-аортальный порок сердца (митральная недостаточность и аортальный стеноз). ХСН IIA стадии, ИФК NYHA

4) Причиной возникновения клапанных нарушений у данного больного является

ревматизм

5) Систолический шум, выслушиваемый во II точке аускультации, является проявлением

аортального стеноза

6) Систолический шум на верхушке, проводящийся в левую аксиллярную область, является проявлением

митральной недостаточности

7) Тактика ведения больного включает лечение ХСН общепринятыми методами, а также

консультацию кардиохирурга для решения вопроса об оперативном лечении комбинированного митрально-аортального порока сердца

8) Хирургическим методом лечения комбинированного порока сердца является

протезирование клапанов

9) При проведении манипуляций в ротовой полости у больного с ревматическим пороком сердца за час до процедуры показано назначение

амоксциллина

10) При проведении манипуляций на желудочно-кишечном тракте у больного с ревматическим пороком сердца за час до процедуры показано назначение

амоксциллина

11) Риск развития инфекционного эндокардита у данного больного с ревматическим пороком сердца стратифицируется как

умеренный

12) Больному с ревматическим пороком сердца проводится профилактика повторной ревматической атаки

экстенциллином

Задача 91

Мужчина 28 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы на изжогу, боли за грудиной, усиливающиеся при наклонах вперед и в горизонтальном положении. отрыжку кислым, которая усиливается после еды и приема газированных напитков, сухой кашель, усиливающийся в положении лежа, осиплость голоса

Анамнез заболевания страдает изжогой в течение нескольких лет, за медицинской помощью не обращался. Отмечает усиление симптомов в течение последних нескольких месяцев. Самостоятельно периодически принимал антацидные препараты

Анамнез жизни Рос и развивался в соответствии с возрастом. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. В возрасте 5-ти лет – аппендэктомия. Курит 5 лет по 20 сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает. Работает менеджером, профессиональные вредности отрицает

Объективный статус Состояние удовлетворительное. ИМТ 20 кг/м². Кожа обычной окраски, влажности. ЧДД 16 в минуту. Грудная клетка нормостеническая, симметрична, перкуторный звук ясный легочный. При аускультации над лёгкими выслушивается везикулярное дыхание. Пульс на лучевых артериях ритмичный, удовлетворительных качеств, 76 в мин., АД 120/80 мм рт. ст. Границы сердца соответствуют норме. Тоны сердца ритмичные, звучные. Язык влажный, чистый, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги, селезёнка не пальпируется. Поколачивание по поясничной области безболезненное. Стул регулярный, мочеиспускание без особенностей. Периферических отёков нет.

1. Из лабораторных методов исследования для постановки диагноза в первую очередь необходимо провести

общий анализ крови

2. Из инструментальных методов обследования в первую очередь для постановки диагноза необходимо проведение (выберите 2)

- эзофагогастродуоденоскопии

pH-метрии

3. Какой предполагаемый основной диагноз?

- Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: рефлюкс-эзофагит степени В

4. Дифференциальный диагноз необходимо проводить в первую очередь с

- ИБС, хроническим бронхитом

5. У пациента присутствуют признаки

неосложненного течения

6. В качестве фармакотерапии необходимо назначить

ингибитор протонной помпы

7. Ингибиторы протонной помпы необходимо назначить

- на срок в 4-6 недель

8. Из немедикаментозных методов лечения пациента применяют

- сон с приподнятым головным концом кровати; исключение нагрузки, повышающей внутрибрюшное давление

9. Госпитализация пациента в гастроэнтерологический стационар

не проводится

10. Оценку клинической эффективности назначенного лечения и эзофагодуоденоскопию необходимо провести через

1 месяц

Необходимо динамическое диспансерное наблюдение; согласно клиническим рекомендациям ведения пациента после проведения полного курса (4–8 нед.) лечения ИПП в стандартной (один раз в сутки) дозе

11. Пациенту хирургическое лечение

- не проводится

12. Активное диспансерное наблюдение пациента проводится 1 раз в _____ год/года

- 1

Задача 92

Больной К., 63 лет обратился в поликлинику

Жалобы на одышку, возникающую при обычной физической нагрузке, проходящую в покое, слабость, повышенную утомляемость, сердцебиение при физической нагрузке.

Анамнез заболевания из анамнеза известно, что с 40-летнего возраста страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 210/120 мм рт.ст. При обследовании в условиях стационара симптоматический характер гипертонии был исключен, даны рекомендации по коррекции образа жизни, назначены ингибиторы АПФ, от приема которых пациент самостоятельно отказался из-за возникновения мучительного сухого кашля. За назначением альтернативных

антигипертензивных препаратов не обращался, мотивируя занятостью. АД регулярно не контролировал. При редких измерениях АД, как правило, составляло более 180/110 мм рт.ст., однако это не вызывало у больного ухудшения общего самочувствия. Около двух лет назад заметил появление немотивированной слабости, утомляемости, что связал с прибавкой массы тела, а также обратил внимание на самопроизвольное снижение цифр АД до 160/90 мм рт.ст. Поводом для обращения к врачу стало появление одышки при ходьбе по лестнице до 2 этажа, сопровождавшейся сердцебиением и слабостью.

Анамнез жизни Рос и развивался нормально, служил в армии. Генеральный директор предприятия, отмечает частые стрессы на рабочем месте. Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, аппендэктомия в возрасте 20 лет. Наследственность: отец, мать и сестра больного страдали артериальной гипертензией. Вредные привычки: курит с 18 летнего возраста по 1-1,5 пачки в день, алкоголем не злоупотребляет. Аллергологический анамнез и лекарственная непереносимость: ингибиторы АПФ – сухой кашель.

Объективный статус при осмотре состояние средней тяжести. Рост 165 см, вес 92 кг. ИМТ = 33,7 кг/м². Окружность живота – 101 см, окружность бедер 90 см. Цианоз губ, акроцианоз. Т 36,4° С. Лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 20 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации над верхними отделами обоих легких выслушивается жесткое дыхание, ниже углов лопаток дыхание ослаблено, выслушиваются единичные незвонкие влажные хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - в V межреберье по переднеподмышечной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 86 ударов в минуту. АД - 155/90 мм рт.ст. Пульс 86 ударов в минуту. Живот мягкий, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, безболезненный. Размеры печени: 10x8x7 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет. Стул, диурез в норме.

1) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)

клинический анализ крови

биохимический анализ крови с определением электролитов, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, железа, ферритина, липидного профиля

2) Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2)

Эхо-КГ

ЭКГ в покое

3) Какой предполагаемый основной диагноз?

Гипертоническая болезнь III ст, АГ 3 ст, риск ССО очень высокий. ХСН с промежуточной ФВ ЛЖ 45% IIA ст., III ФК NYHA

4) Какие изменения на ЭКГ вы наблюдаете у больного

признаки ГЛЖ

5) Учитывая непереносимость ингибиторов АПФ у больного в качестве препаратов «первой линии» следует использовать

блокаторы рецепторов ангиотензина II

6) Начальная терапия ХСН у больного должна включать назначение следующих групп препаратов

блокаторов рецепторов ангиотензина+бета-адреноблокаторов+ антагонистов минералокортикоидных рецепторов

7) Диетические рекомендации для больного с декомпенсацией ХСН включают

ограничение потребления соли и жидкости

8) Антагонистом кальция, включение которого допустимо в схему лечения данного больного при недостаточной антигипертензивной эффективности проводимой терапии, является

амлодипин

9) Побочный эффект, возникновение которого ожидаемо у данного больного на фоне терапии бета-адреноблокаторами

импотенция

10) Уменьшению риска госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН у больного могут способствовать

физические тренировки

11) Для объективизации степени тяжести ХСН у больного следует использовать шкалу

ШОКС

12) Мероприятие по коррекции образа жизни, соблюдение которого не является обязательным для данного пациента

отказ от любых видов физической нагрузки

Задача 93

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 36 лет.

Жалобы на быструю утомляемость, сонливость, снижение памяти, сухость кожи, выпадение волос на голове.

Анамнез заболевания В течение года беспокоит утомляемость, сонливость, снижение памяти. В течение месяца отмечает сухость кожных покровов, выпадение волос.

Анамнез жизни Росла и развивалась нормально. Работает менеджером. Перенесённые заболевания: детские инфекции. Беременности – 2, роды – 2. Наследственность: неотягощена. Аллергоанамнез: неотягощен. Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост – 166 см, масса тела – 63 кг, индекс массы тела – 22,5 кг/м², температура тела – 36,2°C. Кожные покровы обычной окраски, сухие, периферические лимфоузлы не увеличены, отмечаются плотные отеки голеней и стоп. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 14 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 50 в минуту. АД – 120/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации мягко-эластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании, пальпируется узловое образование в левой доле. Глазные симптомы отрицательные.

1) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)

тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (св.Т4)

антитела к тиреоидной пероксидазе (АТ к ТПО), антитела к тиреоглобулину (АТ к ТГ)

2) Выберите необходимые для обследования инструментальные методы исследования (выберите 2)

ультразвуковое исследование щитовидной железы

электрокардиография

3) Дополнительно пациентке необходимо определить _____ сыворотки крови

кальцитонин

4) Пациентке показано проведение

тонкоигольной аспирационной биопсии узла

5) Какой предполагаемый основной диагноз?

Аутоиммунный тиреоидит. Первичный манифестный гипотиреоз. Узловой зоб 1 ст.

6) Пациентке необходимо назначить

левотироксин натрия в дозе 100 мкг

7) Для контроля лечения необходимо оценить уровень

ТТГ

8) Определение уровня ТТГ необходимо провести через ____ недель/недели после начала терапии

8

9) В случае наступления беременности пациентке необходимо рекомендовать

увеличить дозу левотироксина натрия на 30-50%

10) После подбора заместительной дозы левотироксина натрия уровень ТТГ необходимо контролировать

1 раз в год

11) УЗИ щитовидной железы необходимо проводить ____ раза/раз в год

1

12) Профилактика осложнений первичного гипотиреоза заключается в

поддержании стойкого эутиреоза

Задача 94

Больная 40 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы на частые ноющие боли в правом подреберье через 1,5 часа после употребления жирной пищи и при иногда физической нагрузке (наклоны, быстрая ходьба), с иррадиацией под правую лопатку; на сухость, горечь во рту, метеоризм, запоры

Анамнез заболевания Считает себя больной около 4-х лет, когда стали беспокоить боли в правом подреберье после употребления жирной пищи и иногда – после физической нагрузки. К врачу не обращалась по данному поводу, лечилась самостоятельно, при боли принимала дротаверин с хорошим эффектом. Старалась ограничивать употребление жиров. Настоящее ухудшение в течение 4-х дней (после дня рождения): после употребления большого количества жирной, жареной пищи появилась описанная выше боли, с

приступами тошноты и чувством познания; отмечалось кратковременное повышение температуры тела до 37,3° С.

Анамнез жизни Росла и развивалась нормально. Работает менеджером. Имеет 2-х взрослых детей. Перенесенные заболевания и операции: редкие простудные заболевания. Наследственность: мать пациентки страдает артериальной гипертензией, желчнокаменной болезнью, ожирением. Вредные привычки: не курит, алкоголь и наркотики не употребляет. Питание нерегулярное. В течение последних трех месяцев целенаправленно придерживалась диеты с целью снижения массы тела, похудела на 2 кг.

Объективный статус Общее состояние удовлетворительное. ИМТ - 29,0. Кожа и видимые слизистые розовые, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечная система визуально не изменена, тонус нормальный, активные и пассивные движения в полном объеме. Щитовидная железа не увеличена. Область сердца не изменена. Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье по среднеключичной линии, ограниченный, умеренной силы и резистентности. Пульс 80 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, симметричный. АД – 130 и 80 мм рт. ст. Перкуторно: границы сердца в пределах возрастной нормы. Аускультативно: тоны сердца ясные, ритмичные. Частота дыхания 18 в минуту. При пальпации грудной клетки: безболезненности не отмечается, голосовое дрожание проводится симметрично. При перкуссии - ясный легочный звук, одинаковый в симметричных участках грудной клетки; границы легких - в пределах нормы. При аускультации в легких везикулярное дыхание. Слизистая рта и зева чистая, нормальной окраски. Язык влажный, обложен у корня тонким сероватым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье; определяется пальпаторная болезненность в точке желчного пузыря. Симптомы Мерфи, Василенко, Ортнера-Грекова не определяются. Размеры печени по Курлову – 10-9-7 см. При пальпации печень плотно-эластической консистенции, край закруглен, безболезненный. Селезенка не пальпируется, по данным перкуссии ее размеры 8x5 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез без особенностей.

1. К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят (выберите 3)

- общий анализ крови
- общий анализ мочи
- биохимическое исследование крови

2. К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят (выберите 2)

- электрокардиографическое исследование
- ультразвуковое исследование печени и желчевыводящих путей

3. Какой предполагаемый основной диагноз?

- Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит с приступами билиарной боли

4. Больной показана консультация

- хирурга

5. Показания к холецистэктомии включают

- острый холецистит, при котором не отмечается улучшения на фоне консервативного лечения, и его осложнения

6. В данной клинической ситуации обоснованными консервативными мероприятиями являются диета,

- прием спазмолитиков, также возможен прием препаратов урсодезоксихолевой кислоты

7. Что верно в отношении опыта применения урсодезоксихолевой кислоты при желчнокаменной болезни?

- рецидивы в ближайшие 5 лет наблюдаются в $\approx 25\%$ случаев

8. Оптимальный интервал ультразвукового контроля растворения желчных камней при лечении урсодезоксихолевой кислотой составляет (в мес.)

- 3-6

9. Основным методом хирургического лечения ЖКБ является

- холецистэктомия

10. В отсутствие осложнений наблюдение пациентов с желчнокаменной болезнью осуществляется

- терапевтом или гастроэнтерологом

11. Билиарная колика характеризуется признаками

захватывает эпигастральную область, нередко возникает в ночные часы, быстро нарастает, достигая «плато», может сопровождаться тошнотой и рвотой

12. К факторам, предрасполагающим к образованию холестериновых камней, относят

соблюдение очень низкокалорийной диеты, голодание

Женщина 65 лет обратилась на прием в поликлинику.

Жалобы на сильную, жгучую, распирающую боль в левой руке, распространяющуюся вниз до пальцев кисти, не связанную с движением левой рукой. Слабость, выраженное чувство нехватки воздуха на фоне незначительной нагрузки

Анамнез заболевания Боль впервые возникла около 20 минут назад на фоне выраженного психоэмоционального перенапряжения (поругалась с соседкой во время ожидания приема эндокринолога). С 2010 года пациентка наблюдается у терапевта по поводу периодически (редко) возникающих болей в области сердца на фоне чрезмерной физической нагрузки, а также зимой, при вдыхании холодного воздуха. Около 20 лет беспокоит повышение артериального давления, максимально до 180/90 мм рт.ст., адаптирована к 140/90 мм рт.ст. С 2008 года постоянно принимает назначенную терапию (бисопролол 5 мг, т ромбо-АСС 100 мг, аторвастатин 20 мг, валсартан 80 мг 1 раз). На фон терапии по цифрам артериального давления компенсирована (со слов). С 2014 года выставлен диагноз гипотиреоз, наблюдается у эндокринолога, получает заместительную гормональную терапию. Перенесенные инсульты и инфаркты отрицает.

Анамнез жизни росла и развивалась нормально. Работает поваром в школьной столовой. Перенесенные заболевания, операции: холецистэктомия по поводу ЖКБ от 2001 года; двухсторонний гонартроз, протезирование левого коленного сустава от 2010 года; гистерэктомия по поводу миомы от 2003 года; аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз с 2014 года. Наследственность: сирота. Аллергоанамнез: неотягощен. Вредные привычки: отрицает

Объективный статус Состояние тяжелое. Отмечается выраженное беспокойство, пациентка возбуждена, не может найти себе место. Телосложение гиперстеническое, рост 1,55 м, вес 97 кг, индекс массы тела 40.37 кг/м². Кожные покровы бледные, видимые слизистые бледно-розового цвета, пастозность голеней. При осмотре и пальпации левой верхней конечности патологических изменений, способных вызвать болевой синдром, не выявлено. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. При аускультации легких дыхание везикулярное, проводится равномерно, влажные мелкопузырчатые хрипы выслушиваются более чем над 50% легочных полей. Пульс 120 уд/мин, ритмичный, ЧСС 120 уд/мин, АД – 100/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена.

1) Для постановки диагноза через два часа необходимо выполнить количественный анализ уровня

тропонина Т

2) Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

электрокардиография

3) Какой основной диагноз?

Ишемическая болезнь сердца. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST. Предположительно поражение ствола левой коронарной артерии.

4) Состояние данной пациентки осложнилось

острой сердечной недостаточностью Killip III

5) Сопутствующий диагноз у данной пациентки звучит как гипертоническая болезнь

3 стадии, 1 степени, достигнутая на терапии. Риск сердечно-сосудистых осложнений очень высокий. Ожирение III степени. Аутоиммунный тиреодит, гипотиреоз. Двухсторонний гонартроз, протезирование левого коленного сустава от 2010 года

6) Вы диагностировали у пациентки острый коронарный синдром с предположительным поражением ствола левой коронарной артерии, дальнейшая тактика заключается в обеспечении

незамедлительной (в пределах 90 минут) транспортировки пациентки в стационар, обладающий возможностью круглосуточного выполнения ЧКВ

7) Нагрузочная доза аспирина должна составлять ____ мг

250-500

8) Нагрузочная доза тикагрелора должна составлять _____ мг

180

9) Среди антикоагулянтов наиболее оправданным является назначение низкомолекулярных гепаринов

10) Мероприятия, направленные на борьбу с отеком легких включают обеспечение доступа кислорода

11) В качестве диуретического препарата для лечения отека легких используется лазикс

12) Диспансерное наблюдение больных при осложненном ОКС осуществляется _____ до стабилизации состояния

4 раза в месяц

Задача 96

Больной Б., 38 лет, обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику по месту жительства

Жалобы на слабость, повышенную утомляемость, одышку и сердцебиение при физической нагрузке, периодические головные боли, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами, значительное снижение работоспособности. Последнее время так же стал отмечать периодическое ощущение кома за грудиной и затруднения при глотании твердой пищи, изменение вкуса и обоняния, сильную сухость кожи

Анамнез заболевания данные симптомы появились полгода назад, с течением времени интенсивность их усилилась. Прежде к врачам не обращался, не обследовался.

Анамнез жизни Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.

Профессиональный анамнез: работает художником. При детальном расспросе выяснено, что по религиозным соображениям продукты животного происхождения уже много лет не употребляет. Питается не регулярно. Вредные привычки – курит по полпачки сигарет в день. Алкоголь не употребляет. Любит крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: мать и отец здоровы. Аллергологический анамнез не отягощен

Объективный статус Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6° С. Больной нормостенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, чистые, сухие. Отмечается умеренное шелушение кожных покровов, поперечная исчерченность ногтей. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Бронхофония не изменена. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 2 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, над всеми точками аускультации определяется нежный систолический шум. Пульс 92 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 115/70 мм рт. ст. Отмечается сглаженность сосочков языка. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой методической пальпации по Образцову – Стражеско - Василенко сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется; болезненность в области верхней и нижней мочеточниковой точках не определяется

1) Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 3)

анализ кала на скрытую кровь

клинический анализ крови

исследование обмена железа

2) Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 2)

колоноскопия

ЭГДС

3) Какой диагноз можно поставить данному больному?

Железодефицитная анемия легкой степени тяжести алиментарного генеза

4) Причиной развития железодефицитной анемии у данного больного послужило неполноценное питание (вегетарианство)

5) Критерием оценки степени тяжести железодефицитной анемии является уровень гемоглобина

6) Тактика ведения данного пациента обязывает

назначить препараты железа

7) Предпочтительным способом введения препаратов железа этому больному является

пероральный

8) Для контроля эффективности лечения препаратами железа на 5-7 сутки определяют

количество ретикулоцитов

9) Показанием для парентерального введения препаратов железа является

резекция желудка и/или двенадцатиперстной кишки

10) Одним из основных принципов лечения железодефицитной анемии является

долгое лечение пероральными препаратами железа

11) Патогномоничным симптомом для анемического синдрома является

тахикардия

12) К симптомам, патогномоничным для сидеропенического синдрома, относят

сухость кожи, ломкость и выпадение волос

Задача 97

Пациент 45 лет на осмотре у врача-терапевта участкового

Жалобы на дискомфорт и боль в правой половине эпигастральной области, возникающие через 2,5 часа после приема пищи и в ночное время; тошноту натощак, отрыжку кислым содержимым; общую слабость; снижение работоспособности; головную боль.

Анамнез заболевания Боль в подложечной области преимущественно возникает в осеннее время. Обострения со сходной симптоматикой отмечает ежегодно на протяжении 3 лет. Самостоятельно принимает антацидный препарат или пищевую соду с временным эффектом. Общая слабость нарастает в последние 6 месяцев. Головная боль беспокоит в течение месяца, связь с каким-либо провоцирующим фактором назвать затрудняется.

Анамнез жизни Рос и развивался нормально. Работает служащим в банке. Наличие других хронических заболеваний отрицает. Наследственность: у отца – инфаркт миокарда в возрасте 73 лет. Курит по 1 пачке в день на протяжении 10 лет, алкоголь не употребляет. Аллергологический анамнез не отягощен. Прием каких-либо лекарственных препаратов, кроме антацидов, отрицает. Часто употребляет в пищу копчености, шоколад, газированные напитки

Объективный статус Состояние средней тяжести. Астенического телосложения, рост 1,82 м, вес 61 кг, индекс массы тела 18,4 кг/м², t тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, сухие; кожа на ладонях шелушится; ногтевые пластинки несколько истончены. Периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 90 в минуту. АД 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, не вздут, болезненность при пальпации в эпигастральной области, там же локальная перкуторная болезненность. Печень не выступает из-под края рёберной дуги, селезенка не пальпируется.

1) Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2)

определение уровня общего железа сыворотки, ферритина

общий анализ крови

2) Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с проведением теста на инфекцию *Helicobacter pylori*

3) Какой диагноз можно поставить у данного пациента на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с инфекцией *H.pylori*, обострение

4) К неинвазивным методам определения *H.pylori* относится

дыхательный тест

5) У пациента развилось осложнение в виде анемии

железодефицитной, легкой степени тяжести

6) Лечение основного заболевания включает

проведение эрадикационной антихеликобактерной терапии

7) Трехкомпонентная схема эрадикационной терапии первой линии включает кларитромицин в сочетании с

ингибитором протонной помпы и амоксициллином

8) Контроль эффективности эрадикационной антихеликобактерной терапии

проводится через 4-6 недель после завершения эрадикационной терапии

9) Основу лечения развившегося у больного осложнения составляет

назначение препаратов железа

10) Самым ранним (на 7-10 день) показателем эффективности лечения железодефицитной анемии препаратами железа является

ретикулоцитарная реакция (повышение содержания ретикулоцитов) на 7-10 день терапии

11) Для улучшения всасывания пероральных препаратов железа назначают

аскорбиновую кислоту

12) Осложнением, не характерным для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, является

Малигнизация

Задача 98

Больная 3., 82 лет поступила в кардиологическое отделение

Жалобы на боли сжимающего характера за грудиной, возникающие при незначительной физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином в течение 2-3 минут, одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, повышенную утомляемость, сердцебиение

Анамнез заболевания Из анамнеза известно, что боли за грудиной беспокоят около 15 лет. Около 5 лет назад появились приступы сердцебиения, на снятой ЭКГ регистрировалась «аритмия», с этого же времени беспокоит одышка при бытовых физических нагрузках. Пациентка наблюдается терапевтом в районной поликлинике, при ЭхоКГ полгода назад отмечено снижение ФВ ЛЖ до 40%, постоянно принимает бисопролол, аспирин, при болях в грудной клетке пользуется нитроглицерином. Отмечает, что в течение последнего года одышка и приступы стенокардии беспокоят при ходьбе по лестнице до 1 пролета и по ровной местности менее 200 м.

Анамнез жизни росла и развивалась нормально. Пенсионерка, в прошлом преподаватель вуза. Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, ОРВИ. Наследственность: отец и мать больной умерли в старческом возрасте от онкологических заболеваний. Гинекологический анамнез: Б-3, Р-2, 1 медицинский аборт. С 50 лет – менопауза. Гинекологические заболевания отрицает. Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Рост 160 см, вес 60 кг. Т 36,5°C. Лимфатические узлы не увеличены. Акроцианоз, цианоз губ. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧДД 20 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется звук с коробочным оттенком. При аускультации над легкими выслушивается жесткое дыхание, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - в V межреберье по передней подмышечной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 90 ударов в минуту. На верхушке выслушивается тихий систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область. АД - 120/80 мм рт.ст. Пульс 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени: 9x8x7 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет.

1) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)

биохимический анализ крови с определением электролитов, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, железа, ферритина, липидного профиля

клинический анализ крови

2) Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2)

Эхо-КГ

ЭКГ в покое

3) Какой предполагаемый основной диагноз?

Основное: ИБС: стабильная стенокардия III ФК. Трепетание предсердий.

Осложнение: ХСН со сниженной ФВ ЛЖ 40%, II А ст., III ФК NYHA

4) Какие изменения на ЭКГ вы наблюдаете у больной

трепетание предсердий с правильным проведением. Гипертрофия левого желудочка

5) Основой патогенетической терапии ХСН у больной являются

ингибиторы АПФ

6) Для профилактики тромбоэмболических осложнений пациентке с трепетанием предсердий показаны новые оральные антикоагулянты

7) Стратегия терапии нарушения ритма сердца у данной больной контроль ЧСС

8) Препараты, назначение которых наряду с бета-блокаторами показано больной для контроля ЧСС при постоянной форме трепетания предсердий сердечные гликозиды (дигоксин)

9) Для оценки риска тромбоэмболических осложнений у пациентки с ХСН и трепетанием предсердий используется шкала

CHA2DS2-VASc

10) Диетические рекомендации для больной включают

ограничение потребления соли и жидкости

11) Наиболее вероятным механизмом появления систолического шума на митральном клапане у данной больной является

относительная недостаточность митрального клапана

12) Какой препарат, обладающий брадикардизирующим действием, противопоказан больной верапамил

Задача 99

13.10.2017г. на прием к участковому врачу прибыл пациент 25 лет на 3-й день болезни.

Жалобы на повышение температуры до 37,3°C, общую слабость, чувство познабливания, затруднение носового дыхания, чихание, обильное серозное отделяемое из носа, першение в носоглотке, снижение обоняния.

Анамнез заболевания Заболел остро с повышения температуры тела до 37,4°C, чувства сухости в носу и першения в носоглотке. Через несколько часов присоединились обильные серозные выделения из носа, затруднение носового дыхания. На второй день отмечено снижение обоняния.

Анамнез жизни Менеджер в офисе. Аллергоанамнез: не отягощен. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, краснуха, ОРВИ. Вредные привычки: отрицает. Проживает в отдельной квартире один. Эпиданамнез: в офисе были случаи заболевания ОРЗ Прививочный анамнез: от гриппа привит 3.09.2017

Объективный статус Температура тела 37,3°C. Больной контактен, адекватен. Кожные покровы умеренной влажности, чистые, сыпи нет. Инъекция сосудов склер и конъюнктивы. Кожа вокруг носовых отверстий мацерирована. Слизистая оболочка ротоглотки в области мягкого неба, миндалин, дужек, задней стенки глотки неярко гиперемирована. Энантемы нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. АД-120/75 мм.рт.ст, ЧСС – 80 уд. в мин. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

1) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)

ПЦР-диагностика

реакция иммунофлюоресценции с отделяемым из носоглотки

2) Какой основной диагноз?

Риновирусная инфекция, типичное течение, легкой степени тяжести

- 3) К симптомам среднетяжелого течения риновирусной относят боли и чувство распирания в области околоносовых пазух
- 4) Патогенетическим осложнением риновирусной инфекции является гайморит
- 5) Дифференциальную диагностику риновирусной инфекции в начальный период проводят с аденовирусной инфекцией, гриппом, РС-инфекцией
- 6) В острый период риновирусной инфекции требуется амбулаторное лечение
- 7) Антибактериальная терапия при риновирусной инфекции показана при развитии гайморита
- 8) Симптоматическое лечение риновирусной инфекции включает применение сосудосуживающих препаратов интраназально
- 9) Для этиотропной терапии неосложненной риновирусной инфекции возможно применение умифеновира
- 10) Профилактические меры при риновирусной инфекции включают изоляцию больного, влажную уборку и проветривание помещений
- 11) Для неспецифической профилактики риновирусной инфекции применяют умифеновир
- 12) Неспецифической профилактической мерой при риновирусной инфекции служит промывание носа изотоническим раствором

Задача 100

Женщина 72 лет обратилась к участковому врачу-терапевту

Жалобы на ноющие боли в области верхушки сердца, которые возникают при быстрой ходьбе и проходят после 5-минутного отдыха.

Анамнез заболевания боли беспокоят на протяжении года. Заметного учащения или изменения характера болей за это время не отмечает. Ранее с заболеваниями сердечно-сосудистой системы к врачу не обращалась, АД не измеряла.

Анамнез жизни хронические заболевания отрицает не курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональных вредностей не имела, аллергических реакций не было

Объективный статус общее состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 75 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 84 в 1 мин, АД 175/105 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

1). К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся (выберите 3)

регистрация ЭКГ в 12 отведениях

трансторакальное эхокардиографическое исследование

нагрузочная проба под визуальным контролем (стресс-ЭхоКГ)

2. К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся (выберите 3)

клинический анализ крови

определение уровня креатинина в крови

исследование липидного спектра крови

3. Жалобы пациента соответствуют клинической картине

атипичной стенокардии

4. Жалобы пациента позволяют диагностировать стенокардию напряжения

II функционального класса

5. Предтестовая вероятность ИБС у данной пациентки

промежуточная (15–65 %)

6. Сопутствующим заболеванием служит гипертоническая болезнь

III стадии с артериальной гипертензией 2-й степени

7. **Общий сердечно сосудистый риск у данной пациентки является**

очень высоким

8. **В качестве стартовой антиангинальной и антигипертензивной терапии можно назначить комбинацию**

бисопролола 5 мг 1 раз в день и периндоприла 5 мг 1 раз в день

9. **Прием бета-адреноблокатора должен обеспечить снижение ЧСС в покое до 50–60 в 1 мин**

10. **При сохранении приступов стенокардии на фоне целевой ЧСС к терапии можно добавить**

нитросорбид 10 мг 2 раза в день

11. **Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациенту должны быть назначены статины в дозе, обеспечивающей уровень ХС ЛПНП не выше**

1,8 ммоль/л

12. **Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациенту следует назначить**

ацетилсалициловую кислоту 100 мг 1 раз в день

Задача 101

Пациент 43 года, рабочий обратился в поликлинику. **Жалобы** На изменение цвета мочи - покраснение, повышение АД до 150/100 мм.рт.ст **Анамнез заболевания** Впервые эпизод макрогематурии отметил около 5 лет назад после употребления больших доз алкоголя, в течение 3-х дней цвет мочи нормализовался, не обследовался. В последующем подобные кратковременные эпизоды макрогематурии повторялись дважды, также после употребления крепких спиртных напитков. Настоящее ухудшение после очередного многодневного (10 дней) употребления алкоголя (водка 0,5 л/сут): макрогематурия (сохраняющаяся на протяжении 5 дней), головные боли, при самостоятельном измерении АД - повышение до 150/100 мм.рт.ст., что послужило поводом для обращения в поликлинику. **Анамнез жизни** Перенесенные заболевания и операции: отрицает; Наследственность не отягощена; Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет регулярно (2-3 раза в неделю), преимущественно крепкие спиртные напитки (водка 0,5 л/день). **Объективный статус** Состояние средней тяжести. Вес 60 кг, рост 172 см. Кожные покровы бледные, чистые. Зев не гиперемирован. Умеренные отеки голеней, стоп. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 80 в мин., АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – выступает из под края реберной дуги на 1,5 см. Мочеиспускание безболезненное. За сутки выделил около 1500 мл мочи (выпил около 1,5 л жидкости).

1. Выберите основные лабораторные методы обследования? **Общий анализ мочи, Биохимический анализ крови, Исследование иммуноглобулина А (IgA)**

2. Инструментальные методы обследования: **УЗИ почек**

3. Ведущим нефрологическим синдромом у данного больного является: **мочевой**

4. Наиболее вероятным диагнозом является :**Хронический гломерулонефрит гематурического типа**

5. Дифференциальную диагностику IgA нефропатии следует проводить с **другими формами хронического гломерулонефрита (ХГН), протекающими с гематурией, наследственными нефропатиями**

6. Показаниями к госпитализации при гематурическом гломерулонефрите являются **персистирующая протеинурия более 1 г/сут, нефротический синдром, ренальная ОПН, быстро прогрессирующая почечная недостаточность**

7. Тактика ведения данного больного подразумевает **ведение пациента в амбулаторных условиях**

8. Общими немедикаментозными принципами лечения IgA-нефропатии являются **санация очагов инфекции, устранение факторов, провоцирующих обострение заболевания**

9. Нефропротективная терапия, рекомендуемая больным IgA нефропатией включает **ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или блокаторы рецепторов ангиотензина**

10. Риск прогрессирования нефропатии у данного больного можно оценить как **умеренный**

11. Показаниями для иммуносупрессивной терапии при IgA-нефропатии являются **нарастание ПУ >1 г/с, несмотря на нефропротективную терапию в течение 6 мес, присоединение артериальной гипертензии и/или нарушение функции почек**

12. Показаниями к проведению пункционной биопсии почки при IgA нефропатии являются **ухудшение функции почек, нарастающая протеинурия**

Задача 102

Вызов врача на дом к пациентке 65 лет . Жалобы на повышение температуры тела, слабость, головную боль, покраснение левой половины лица, чувство жжения и распирания в ней. Анамнез заболевания Заболела вечером остро с озноба, повышение температуры тела до 38,2°C, головной боли, слабости. Лечилась самостоятельно, принимала жаропонижающие (парацетамол) с кратковременным эффектом. Утром заметила отек и покраснение в области щек и носа Анамнез жизни. Пенсионерка. Проживает в отдельной квартире с дочерью и внуком. Данным заболеванием болеет первый раз. Вредные привычки: отрицает. За несколько дней до заболевания пациента перенесла ОРВИ, после которого на слизистой носа оставались корочки и трещинки Объективный статус Температура тела 38,2°C. В области щек и носа яркая эритема с четкими неровными контурами в виде зубцов. Кожа в области эритемы инфильтрирована, напряжена, горячая на ощупь, умеренно болезненна при пальпации, имеются мелкие геморрагии, отек лица. Подчелюстные лимфоузлы увеличены и болезненны при пальпации. АД – 140/80 мм.рт.ст, ЧСС – 92 уд. в мин. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

1. Составьте план лабораторного обследования данной пациентки для подтверждения предполагаемого диагноза (выберите 2)

+общий анализ мочи

+общий анализ крови

2. Какой основной диагноз?

+Эритематозно-геморрагическая рожа лица, первичная, средней тяжести

3. Диагностическим критерием местного очага воспаления при роже является эритема

+с четкими границами и неровными контурами, горячая на ощупь

4. К первичным элементам рожистого очага относят

+эритему

5. К провоцирующим факторам при роже относят

+нарушение целостности кожных покровов

6. Предрасполагающим фактором для возникновения рожи является

+метаболический синдром

7. К общим осложнениям рожи относится

+инфекционно-токсический шок

8. Для лечения первичной неосложненной рожи применяют

+бензилпенициллин натриевую соль

9. В комплексном лечении рожи используют

+физиотерапию

10. Вариантом бициллинопрофилактики при роже является

+курсовая

11. Показанием для профилактического назначения бициллина-5 больным рожей является

+рецидивирующее течение

12. Методом профилактики рецидивов рожи является

+полноценное лечение первичной рожи

Задача 103

Больная Н., 62 лет обратилась в поликлинику. **Жалобы** на боли в левой руке, возникающие при ходьбе в умеренном темпе до 200 метров, эмоциональные переживания, быстро проходящие в покое и после приема нитроглицерина. **Анамнез заболевания** Более 10 лет страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 180/100 мм рт.ст. На фоне терапии эналаприлом 10 мг х 2 раза в день и гипотиазидом 25 мг/сут удается достичь АД 140/90 мм рт.ст., но при эмоциональном стрессе, перемене погоды отмечает повышения АД, сопровождающиеся головными болями, головокружениями. Наблюдается в поликлинике, ежегодно проходит обследования: ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, анализ мочи, консультация гинеколога и терапевта. В течение последних 5 лет на основании гипергликемии до 6,5 ммоль/л был установлен диагноз нарушения толерантности к углеводам, рекомендована диетотерапия и метформин. Около года назад по результатам орального глюкозотолерантного теста был установлен диагноз сахарного диабета, была увеличена доза метформина и добавлены препараты сульфонилмочевины, проводит самоконтроль гликемии.

В течение последних 3-4 месяцев обратила внимание на появление болей в левой руке, которые возникали при физической нагрузке (работа в саду). Первоначально пациентка приняла их за явления остеохондроза и мышечного перенапряжения, однако прием НПВС не оказал эффекта. В последующем боли в левой руке стали возникать при ходьбе в умеренном темпе до 200 метров, эмоциональных

переживаниях, быстро проходили в покое и после приема нитроглицерина, попробовать который ей посоветовала соседка, страдающая ИБС. Пациентка обратилась в поликлинику для обследования и подбора терапии.

Анамнез жизни Росла и развивалась нормально. Домохозяйка. Мать больной страдала сахарным диабетом 2 типа и гипертонической болезнью, отец – раком легких. Умерли в возрасте более 70 лет. Замужем. Имеет 4 взрослых детей. В течение длительного времени наблюдается гинекологом по поводу множественной миомы матки. Вредные привычки отрицает.

Объективный статус. Состояние средней тяжести. Рост 165 см, вес 88 кг, ИМТ 32,2 кг/м², окружность талии 90 см. Кожные покровы бледно-розовые, обычной влажности. Т 36,6°C. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в минуту. Границы сердца расширены вверх до II межреберья, влево на 2 см от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 70 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 160/100 мм рт.ст. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 12x10x9 см. Почки не пальпируются. Стул, диурез в норме.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) **клинический анализ крови, биохимический анализ крови с определением липидного профиля, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, калия, натрия, маркеров некроза миокарда (тропонины I и/или T, КФК и ее МВ-фракция)**
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2) **Эхо-КГ, ЭКГ в 12 отведениях**
3. Какой предполагаемый основной диагноз? **ИБС: стабильная стенокардия III ФК болезнь III стадии, 3 степени, очень высокого риска. Сахарный диабет 2 типа. Абдоминальное ожирение 1 ст.**
4. Изменения на ЭКГ, выявленные у данной больной **признаки гипертрофии левого желудочка**
5. Препаратами выбора для купирования приступов стенокардии у больной являются **короткодействующие нитраты (нитроглицерин)**
6. терапия ИБС антиагрегантами, бета-адреноблокаторами и статинами у данной пациентки, страдающей гипертонической болезнью и сахарным диабетом, должна быть усилена назначением **ингибитора АПФ**
7. Диетические рекомендации данной больной должны включать **ограничение насыщенных жирных кислот**
8. Для контроля безопасности терапии ингибиторами АПФ необходим динамический контроль биохимического анализа крови определением **уровня креатинина и расчетом СКФ**
9. Побочным эффектом, возникновение которого возможно у данной больной на фоне терапии бета-адреноблокаторами, является **брадикардия**
10. Для уточнения диагноза ИБС при отсутствии явных ишемических изменений на ЭКГ покоя у больной с ФР ИБС и атипичной локализацией болей в грудной клетке. Необходимо проведение **проб с дозированной физической нагрузкой**
11. В качестве дополнительного фактора риска неблагоприятного прогноза ИБС у данной больной следует рассматривать **сахарный диабет**
12. В случае непереносимости бета-блокаторов в качестве антиангинальных препаратов у данной больной могут быть использованы **антагонисты кальция**

Задача 104

Больной М., 48 лет, инженер, обратился к врачу. Жалобы На головную боль в затылочной области, перебои в работе сердца, учащенное сердцебиение. Анамнез заболевания Считает себя больным в течение 8 лет, когда впервые появились головные боли, учащенное сердцебиение. При измерении АД отмечал повышение до 160/100 мм.рт.ст. Постоянной гипотензивной терапии не получал. Последний год стал отмечать перебои в работе сердца, на ЭКГ находили какое-то нарушение ритма, от госпитализации в стационар отказывался. Настоящее ухудшение самочувствия в течение последних 2 дней, когда возник приступ неритмичного сердцебиения. Анамнез жизни Рос и развивался соответственно возрасту. Профессиональных вредностей нет. Курит по 30-40 сигарет каждый день на протяжении 20 лет, алкоголь не употребляет. Семейный анамнез: отец больного умер от инфаркта миокарда в возрасте 58 лет. Перенесенные заболевания: бронхиальная астма в детском возрасте, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Объективный статус Состояние удовлетворительное. Больной нормального телосложения. ИМТ=26,3кг/м². Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Температура тела 36,6°C. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД 17 в мин. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца звучные, ритм неправильный. ЧСС 122 ударов в мин. АД 160/106 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 11x10x9 см. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание в норме. Отеков нет.

- 1.Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2) **биохимический анализ крови с определением липидного профиля, глюкозы, мочевины, креатинина, мочевой кислоты, анализ крови на гормоны щитовидной железы**
- 2.Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 2) **ЭКГ, эхокардиография**
3. Какой диагноз можно поставить данному больному? **Гипертоническая болезнь 2 степени, 2 стадии, высокой степени риска**
- 4.К факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний у больного относится **гиперхолестеринемия**
- 5.Нарушением ритма у пациента является **пароксизмальная форма фибрилляция предсердий**
- 6.Наиболее рациональной комбинацией антигипертензивных препаратов для лечения пациента является **блокаторы рецепторов к ангиотензину + диуретик**
- 7.Для восстановления синусового ритма этому больному показано назначение **пропафенона**
- 8.Для снижения уровня холестерина пациенту показано назначение **статинов**
- 9.При назначении статинов необходимо рекомендовать пациенту проводить мониторинг **АлТ, АсТ**
- 10.Шкала CHARDS2-VASC у пациентов с фибрилляцией предсердий позволяет оценить риск развития **тромбоэмболических осложнений**
- 11.К органам-мишеням, которые поражаются при гипертонической болезни, относят **почки**
- 12.Заболеванием, при котором может возникнуть симптоматическая артериальная гипертензия, является **гипертиреоз**

Задача 105

На прием к участковому терапевту обратился пациент 65 лет. Жалобы на эпизоды тошноты, потливости, чувство голода в дневное время, купирующиеся приемом пищи. Анамнез заболевания: в течение 8 лет страдает СД, принимает метформин 1000 мг 2 р/д, глибенкламид 3.5 мг 2р/д. , самоконтроль гликемии не осуществляет, последний контроль гликир гемоглобина 12 мес назад 8.4%, осложнений диабета ранее не диагностировано. Анамнез жизни рос и развивался норм. Работает курьером. Перенесенные заболевания: ГБ 11 стадии. Максимальный подъем АД до 180/100. Адаптирован к АД 135-140/85. Принимает лозартан 100 мг утром амлодипин 5мг. Наследственность: СД 2 тип у матери. Аллергоанамнез не отягощен. Вредные привычки: курение. Объективный статус. Состояние удовлет. Рост 1.75, вес 84. ИМТ 28кг/м. темпер 36.6. Кожные покровы норм окраски, периферич л/у не пальпируются, отеков нет. Ясный легочный звук, везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 в мин. Тоны сердца приглушены ритмичные, ЧСС 88 в мин. АД 130/80. Живот мягкий , безболезн. Печень не выступает из-под края реб.дуги.

- 1.Для обследования пациенту необходимо назначить? **б/х анализ крови, гликирован гемоглобин**
- 2.Какой диагноз можно поставить данному больному? **СД 2 типа. Гипогликемия.**
3. У пациента выявлена микроальбуминурия 70 мг/сут, что соответствует диабетической нефропатии, ХБП, стадия **2**
- 4.Рекомендации по лечению СД у пациента включают **отмену глибенкламида и назначение ингибитора ДПП 4**
- 5.Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является **HbA1c < 7,5%**
- 6.Мероприятия по купированию гипогликемии у больных с СД, получающих сахароснижающую терапию , необходимо начинать при гликемии менее **3.9 ммоль/л**
- 7.Повторный контроль HbA1c необходим через **3** месяц/месяцев
8. рекомендации по профилактике гипогликемических состояний заключаются в **регулярном самоконтроле гликемии**
- 9.К мероприятиям по купированию легкой гипогликемии относят **прием 1-2 ХЕ легкоусвояемых углеводов**
10. При снижении СКФ <45 мл/мин необходимо **отменить метформин**
11. пероральный глюкозотолерантный тест проводится при глюкозе плазмы натощак **6.1-6.9 ммоль/л**
- 12.Фактором риска развития СД 2 типа является **окружность талии >94 см у мужчин и >80 см у женщин**

Задача 106

Больной В. 70 лет обратился к участковому-терапевту по месту жительства. **Жалобы**

- горечь во рту
- отрыжка воздухом
- слабость
- головокружение

Анамнез заболевания Со слов больного, жалобы на горечь во рту, отрыжку воздухом беспокоят в течение последних 2-3 лет. Жалобы на головокружение, слабость, усиливающиеся после ходьбы, присоединились в последний год. По данным

предыдущих обследовании в клиническом анализе крови отмечено снижение гемоглобина до 73 г/л.

Анамнез жизни Больной родился в 1948г. в Москве. В настоящее время пенсионер. всю жизнь работал учителем математики в школе. Вредные привычки – курение, употребление алкоголя отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Инфекционные болезни ВИЧ, гепатит, сифилис отрицает. Наследственный анамнез: отец умер в 73 года, мать – в 78. Причины смерти назвать не может.

Объективный статус Состояние относительно удовлетворительное. Индекс массы тела – 22,5 кг/м², t тела 36,5°C. При осмотре кожные покровы и видимые слизистые бледные, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание с жестким оттенком. Частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, лёгкий систолический шум на верхушке, ЧСС 78 в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом. При осмотре обращает внимание, высокое стояние купола диафрагмы. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень не увеличена.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) **клинический анализ крови. биохимический анализ крови. кал на скрытую кровь**
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2) **ЭКГ. эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)**
3. Какой основной диагноз? **Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Катаральный рефлюкс-эзофагит. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Эрозивный гастрит. Дуоденит**
4. Какой сопутствующий диагноз? **Железодефицитная анемия, среднетяжелого течения**
5. Рекомендации по изменению образа жизни для пациента включают **избегать переедания, не ложиться после приема пищи, последний прием пищи не позднее, чем за 2 часа до сна**
6. В качестве лечения основного заболевания в данной ситуации является приём **ингибиторов протонной помпы**
7. Суточная доза железа в данной ситуации составляет ____ мг **200; 1 раз в сут**
8. Пероральные препараты железа назначаются сроком на ____ (мес.) **4-6**
9. Критерий эффективности лечения железо-дефицитной анемии пероральными препаратами железа является ретикулоцитарная реакция на ____ день от начала лечения **7-10й**
10. Пациенту омепразол рекомендовано принимать **за 30 мин до еды**
11. Мерой общественной профилактики железодефицитной анемии, которая предусматривает обогащение железом наиболее употребляемых населением продуктов, является **фортификация**
12. Пациент относится к ____ группе состояния здоровья **IIIБ**

Задача 107

На приём к участковому терапевту обратился пациент 29 лет. Жалобы на сухость кожи сонливость

Анамнез заболевания в течение года беспокоит сонливость, снижение памяти, сухость кожных покровов Анамнез жизни Рос и развивался нормально. Работает водителем Перенесённые заболевания: гепатит А в детстве Наследственность: не отягощена. Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки: курение

Объективный статус Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,81 м, вес 79 кг, индекс массы тела 23,9 кг/м², t тела 36,5°C. Кожные покровы обычной окраски, сухие, периферические лимфоузлы не увеличены, периферических отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 66 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации увеличена, мягко-эластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании, узлы не пальпируются. Глазные симптомы отрицательные.

Вопросы

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) **тиреотропный гормон(ТТГ), свободный тироксин(Т4 св.); антитела к тиреодной пероксидазе(АТ к ТПО), антитела к тиреоглобулину (АТ к ТГ)**
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы исследования **УЗИ щитовидной железы**
3. Какой предполагаемый основной диагноз? **Аутоиммунный тиреоидит с зобом 1 ст.Первичный субклинический гипотиреоз.**
4. Пациенту необходимо рекомендовать **повторить ТТГ, Т4св., через 3 мес**
5. При повторном исследовании через 3 месяца - ТТГ – 12,1 (норма 0,4-4,0 мЕд/л), Т4 св. – 8,1 (норма 10,8 - 22,0 пмоль/л) Пациенту необходимо назначить **левотироксин натрия в дозе 125 мкг**
6. Контроль лечения проводится по уровню **ТТГ**
7. Определение уровня ТТГ необходимо провести через _____ недель/недели **8**
8. При обследовании через 8 недель ТТГ – 1,8 мЕд/л, необходимо рекомендовать **продолжить проводимую терапию**
9. Вследствие хронической передозировки левотироксина может развиваться **остеопороз**
10. После подбора заместительной дозы левотироксина натрия уровень ТТГ необходимо контролировать **1 раз в год**
11. Исследование динамики содержания циркулирующих антител к щитовидной железе при аутоиммунном тиреоидите для оценки его прогрессирования **не проводят**
12. Приём _____ может снижать абсорбцию левотироксина натрия в кишечнике, что потребует увеличение его дозы **антацидов**

Задача 108

Вызов врача на дом к пациенту 19 лет на 2-й день болезни. **Жалобы** на повышение температуры тела, слабость, головную боль, озноб, боль в горле при глотании, снижение аппетита, боли в животе, жидкий стул 1-2 раза в день, боль в правом коленном суставе.

Анамнез заболевания Заболел остро с озноба, повышение температуры тела до 38,3°C, головной боли, слабости, заложенности носа, боли в горле при глотании. Далее стал раздражать яркий свет, слезились глаза, появилось ощущение «песка» в глазах, беспокоили ноющая боль в животе и жидкий стул. Лечился самостоятельно, принимал жаропонижающие (парацетамол) и энтеросорбенты (смекту) с кратковременным эффектом. На 2-й день болезни температура тела повысилась до 39,1°C, появилась мелкоточечная сыпь на боковых поверхностях туловища, на сгибательных поверхностях конечностей с концентрацией вокруг суставов.

Анамнез жизни Студент дневного отделения сельскохозяйственного ВУЗа Проживает в отдельной квартире с родителями. Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. Вредные привычки: отрицает. Прививочный анамнез не помнит (со слов пациента прививался в школе и в институте). Эпид. анамнез: в течение последнего месяца несколько раз работал в теплице (на практике)

Объективный статус Температура тела 39,1°C. Лицо одутловато, гиперемировано, веки припухшие, выраженная гиперемия конъюнктив. На коже туловища и конечностей обильная мелкоточечная сыпь на фоне гиперемии, более обильная в области отека кистей и стоп. Периферические лимфоузлы (заднешейные, подчелюстные) увеличены до размера горошин, незначительно болезненные при пальпации. Слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, миндалины гипертрофированы. Язык обложен белым налетом, кончик языка ярко красный. АД – 110/70 мм.рт.ст, ЧСС – 106 уд. в мин. В легких жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, слегка болезненный в правой половине, печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги. Диурез не нарушен, моча обычного цвета. Стул жидкий, без патологических примесей. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) **молекулярно-биологические методы диагностики (ПЦР), иммуноферментный анализ крови**
2. Какой основной диагноз? **Псевдотуберкулез, генерализованная форма, смешанный вариант, средней степени тяжести**
3. Клинические признаки абдоминального синдрома при псевдотуберкулезе включают **острый аппендицит, мезаденит, терминальный илеит**
4. Характерным для поражения кожных покровов в начальный период болезни при псевдотуберкулезе является **обильная мелкоточечная скарлатиноподобная сыпь со сгущением в местах естественных складок, вокруг суставов, которая появляется на 2-4-й день болезни**
5. Осложнениями генерализованной формы псевдотуберкулеза являются **инфекционно-токсический шок, диффузный илеит с перфорацией кишечника и развитием перитонита**
6. Дифференциальную диагностику псевдотуберкулеза в ранние сроки болезни следует проводить с **гриппом, скарлатиной, менингококцемией**
7. Тактика ведения данного больного заключается в **госпитализации в инфекционное отделение**
8. Лечебная тактика при генерализованной форме псевдотуберкулеза заключается в назначении **антибиотикотерапии**
9. Для этиотропной терапии псевдотуберкулеза используется **ципрофлоксацин**
10. Диспансерное наблюдение реконвалесцентов после перенесенного псевдотуберкулеза осуществляется до _____ месяцев после выписки из стационара **12-ти**
11. Выписка больных из стационара возможна после **их полного клинического выздоровления**
12. Профилактика псевдотуберкулеза заключается в **осуществлении мероприятий, направленных на предупреждение контаминации возбудителями пищевых продуктов**

Задача 109

Больная Ж., 73 лет обратилась в поликлинику

Жалобы на приступы одышки с преимущественным нарушением вдоха и чувства нехватки воздуха при бытовых физических нагрузках, сжимающие боли за грудиной, при бытовых физических нагрузках, продолжающиеся до 10 минут, купирующиеся приемом нитроглицерина, перебои в работе сердца

Анамнез заболевания Более 30 лет страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 240/120 ммрт.ст. В течение 12-13 лет периодически беспокоили приступы сжимающих, давящих болей за грудиной, первоначально при значительных физических нагрузках, подъемах АД. Затем толерантность к физической нагрузке стала снижаться. Около 6 лет беспокоят перебои в работе сердца, с этого времени для постоянного приема рекомендованы метопролол 50 мг и аспирин 100 мг. Десять лет страдает сахарным диабетом 2 типа, последние 4 года постоянно принимает пероральные сахароснижающие препараты, диету не соблюдает. В течение последнего полугодия приступы одышки и стенокардии нарушают бытовую активность больной, возникают при ходьбе по ровной местности не более 200 м, при подъеме на 1 лестничный пролет

Анамнез жизни Росла и развивалась нормально. Работала директором фабрики до 65 лет. Мать больной страдала сахарным диабетом 2 типа, отец – ХОБЛ. Умерли в возрасте более 70 лет. Замужем. Имеет 2 взрослых детей. В возрасте 40 лет перенесла ампутацию матки с придатками по поводу миомы. Не курит. Алкоголь не употребляет.

Объективный статус Состояние средней тяжести. Рост 165 см, вес 105 кг, окружность талии 102 см. На коже верхних век плоские, слегка возвышающиеся образования желтого цвета. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в минуту. Границы сердца расширены вверх до II межреберья, влево до левой передней-подмышечной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичны. ЧСС 90 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения, напряжен, 84 в минуту. Дефицит пульса около 6 в мин. АД 160/90 ммрт.ст. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 12x10x9 см. Почки не пальпируются. Стул, диурез в норме

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) **клинический анализ крови, биохимический анализ крови с определением липидного профиля, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, калия, натрия, маркеров некроза миокарда (тропонины I и/или T, КФК и ее МВ-фракция)**
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2) **Эхо-КГ. ЭКГ в 12 отведениях**
3. Какой предполагаемый основной диагноз? **ИБС: стабильная стенокардия III ФК. Трепетание предсердий, перманентная форма. Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, очень высокого риска. Сахарный диабет 2 типа. ХСН I ст., III ФК NYHA**
4. Изменения на ЭКГ, выявленные у данной больной **трепетание предсердий с неправильным (вариабельным) проведением. Гипертрофия левого желудочка**
5. Препаратами выбора для купирования приступов стенокардии у больной являются **короткодействующие нитраты**
6. Терапия больной ИБС, страдающей гипертонической болезнью и сахарным диабетом, наряду с антиагрегантами, бета-адреноблокаторами и статинами должна включать

ингибиторы АПФ

7. Диетические рекомендации у данной больной, страдающей ИБС и сахарным диабетом, должны содержать **ограничение насыщенных жирных кислот и легкоусваиваемых углеводов**

8. Целевые значения ЛПНП у данной больной при назначении ей статинов составляют

менее 1,8 ммоль/л

9. У данной больной при назначении ей бета-адреноблокаторов возможно развитие такого побочного эффекта, как **гипогликемия/сокрытие признаков гипогликемии**

10. При неэффективности консервативной антиангинальной терапии пациентке может быть рекомендовано проведение

чрезкожного коронарного вмешательства

11. Для максимальной профилактики рестеноза на месте чрезкожного коронарного вмешательства у больной целесообразно использование **стентов с лекарственным покрытием**

12. Неблагоприятным побочным эффектом коронароангиографии со стороны почек у больной с сахарным диабетом и гипертонической болезнью может стать **прогрессирование ХБП**

-

Задача 110

Больная В. 33 лет обратилась в поликлинику к участковому врачу-терапевту. **Жалобы** на приступообразный кашель с небольшим количеством светлой мокроты, «заложенность» в грудной клетке, потливость, общую слабость. **Анамнез заболевания** с детского возраста страдает хроническим тонзиллитом. В течение последних двух лет после респираторных инфекций длительно беспокоил приступообразный сухой кашель. По данному поводу обследование не проводилось. Три месяца назад после переохлаждения перенесла двустороннюю пневмонию, проводилась антибактериальная терапия, с положительным эффектом. После лечения сохранялся приступообразный сухой кашель. Самостоятельно принимала противокашлевые препараты без отчетливого эффекта. Кроме того, стала отмечать постепенное учащение и усиление приступов кашля, появление небольшого количества светлой мокроты. Настоящее ухудшение в течение последних двух недель, когда после участия в двухдневной ревизии библиотеки стали беспокоить ежедневные приступы кашля в дневное время, однократно возник эпизод кашля ночью, появились ощущение «заложенности» в грудной клетке, потливость, общая слабость.

Анамнез жизни Росла и развивалась соответственно возрасту. Наследственность: отец страдает ревматоидным артритом, у матери бронхиальная астма; у сестры аллергия на шерсть кошек; дочь – практически здорова. Аллергологический анамнез, лекарственная непереносимость: пищевая аллергия (при употреблении в пищу цитрусовых – отек Квинке); лекарственную непереносимость отрицает. Профессиональный анамнез: работает библиотекарем в течение 10 лет. Вредные привычки: не курит; алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус Состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,5° С. Кожные покровы обычной окраски, повышенной влажности. ИМТ 36,8 кг/м². Носовое дыхание не затруднено. Небные миндалины увеличены в размерах, не

гиперемированы, видны беловатые образования в лакунах миндалин. ЧД 18 в мин. SpO₂ 96% при дыхании атмосферным воздухом. При перкуссии легких ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, выслушиваются сухие свистящие над всеми легочными полями. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 86 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

1. Лабораторное обследование данной пациентки предусматривает проведение (выберите 2) **клинического анализа крови. общего анализа мокроты**

2. Исследование уровня _____ в крови позволит выявить системную аллергическую реакцию у пациентки **общего IgE**

3. Обязательными инструментальными методами диагностики в данном случае являются (выберите 2)

рентгенография органов грудной клетки. спирография с фармакологической пробой

4. Учитывая жалобы, анамнез, данные объективного осмотра и результатов обследования наиболее вероятным диагнозом у больной является **Бронхиальная астма, инфекционно-аллергическая, кашлевая форма, среднетяжелого течения, в стадии обострения**

5. С целью уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики лечения больной необходимо проведение _____ вне обострения заболевания **кожных скарификационных аллергопроб**

6. В качестве фактора риска развития основного заболевания у данной пациентки можно выделить **генетическую предрасположенность**

7. Среди сопутствующих заболеваний можно выделить **хронический тонзиллит и ожирение II степени**

8. Базисная терапия основного заболевания предусматривает назначение **низких доз ингаляционных ГКС/ β_2 -адреномиметиков длительного действия**

9. Назначенная базисная терапия соответствует _____ степени лечения **3**

10. В случае недостаточного контроля бронхиальной астмы у данной пациентки возможно рассмотрение вопроса о добавлении к терапии _____ препаратов **антилейкотриеновых**

11. Рекомендации по изменению образа жизни у данной пациентки должны включать **смену рода деятельности, снижение массы тела**

12. Дальнейшая тактика ведения пациентки подразумевает **направление на амбулаторное наблюдение к пульмонологу**

Задача 111

Больная 21 года, студентка, обратилась в поликлинику. **Жалобы** На появление отеков голеней и стоп, боли в суставах кистей, выпадение волос, повышение температуры тела до 37,5 С, покраснение в области носа и щек, слабость. **Анамнез заболевания** В июле впервые отдыхала на море в Турции, уже в конце отдыха появились эритематозные высыпания в области спинки носа и щек, по типу «бабочки», отеки стоп. После возвращения отметила ухудшение состояния: увеличились отеки, появились артралгии мелких суставов кистей, выраженная слабость, субфебрилитет, стали выпадать волосы.

Анамнез жизни Перенесенные заболевания и операции: отрицает Наследственность неотягощена. Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет. АД - 110-120/70 мм.рт.ст.

Объективный статус Состояние средней тяжести. Вес 50 кг, рост 160 см. Кожные покровы бледные, на коже лица эритема по типу «бабочки». Зев не гиперемирован. Умеренные отеки голеней, стоп. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 80 в мин., АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное. За сутки выделила около 1500 мл мочи (выпила около 1,5 л жидкости).

1. Выберите основные необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 4) **определение антинуклеарного фактора (АНФ) и/или антител к двуспиральной ДНК (анти-ДНК), биохимический анализ крови, общий анализ крови, общий анализ мочи**
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования **УЗИ почек**
3. Ведущим нефрологическим синдромом, выявляемым у данной пациентки, является **остронефритический**
4. Наиболее вероятным диагнозом является **Системная красная волчанка (СКВ) с поражением почек, системы крови, суставов, кожи, лихорадкой**
5. Дифференциальную диагностику волчаночного нефрита следует проводить с **первичным хроническим гломерулонефритом**
6. Показаниями к госпитализации при СКВ с поражением почек являются **нарушение функции почек, сохраняющаяся/нарастающая артериальная гипертония, тяжелый отечный синдром, развитие нефротического синдрома, признаки сердечной и дыхательной недостаточности, полиорганная патология**
7. Тактика ведения данной больной заключается в **госпитализации в нефрологический стационар**
8. Общими немедикаментозными принципами лечения СКВ с поражением почек являются **соблюдение постельного режима, диеты с ограничением поваренной соли, потребляемой жидкости (при выраженных отеках, олигурии, тяжелой АГ, сердечной недостаточности)**
9. Всем больным СКВ с поражением почек рекомендовано назначение **гидроксихлорохина**
10. Показаниями к проведению пункционной биопсии почки при СКВ являются **прогрессирующее ухудшение функции почек, нефротический синдром, активный мочево́й синдром**
11. Показаниями для назначения иммуносупрессивной терапии при СКВ с поражением почек являются **остронефритический синдром, быстро прогрессирующая почечная недостаточность, нефротический синдром**
12. Таргетная терапия ритуксимабом при СКВ с поражением почек оправдана при **отсутствии ответа более чем на один режим стандартной иммуносупрессивной терапии**

Задача 112

Больной М. 26 лет обратился в поликлинику по месту жительства 22.08.2017г. Жалобы на слабость, повышение температуры до 37, 4°С, тошноту, снижение аппетита, рвоту после еды, «тяжесть» в эпигастрии и дискомфорт в правом подреберье, потемнение мочи, желтушное окрашивание склер. Анамнез заболевания Заболел остро с повышения температуры до 37,5°С, головной боли, ломоты в мышцах и суставах. Раздражали запахи пищи, отмечал тошноту. Высокая лихорадка до 38,5°С

сохранялась в течении первых 3-х дней. Лечился дома, самостоятельно принимал сорбенты и жаропонижающие препараты. К врачу не обращался.

В последующие дни появились рвота после еды и послабление стула до 3 раз в сутки, ощущение «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье, пропал аппетит.

На 5-й день болезни отметил потемнение мочи. Окружающие заметили желтуху, что послужило причиной обращения к врачу.

Анамнез жизни Журналист Проживает в отдельной квартире с семьей. **Аллергоанамнез:** не отягощен. **Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания:** детские инфекции, простудные заболевания, вирусный гепатит А. **Вредные привычки:** отрицает. **Парентеральный анамнез** не отягощен. Последняя командировка была в Таджикистан за 16 дней до начала заболевания. **Объективный статус** Температура тела 37,8°C. Кожа и склеры желтушны, сыпи нет. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, чувствителен при пальпации в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, мягко-эластичной консистенции, чувствительна при пальпации. Пальпируется полюс селезенки. Моча темная, стул ахоличен. АД – 110/70 мм.рт.ст, ЧСС – 72 уд. в мин.

Вопросы

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) **биохимический анализ крови. ИФА для определения маркеров вирусных гепатитов. определение протромбинового индекса**
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования **УЗИ органов брюшной полости**
3. Какой основной диагноз? **Вирусный гепатит E, желтушная форма, средней степени тяжести**
4. Клиническим критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита является наличие **геморрагического синдрома**
5. Наиболее значимым лабораторным критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита E является **снижение уровня содержания протромбина в крови**
6. Возможным осложнением вирусного гепатита E является **острая печеночная энцефалопатия**
7. Высокая летальность при остром ВГ E регистрируется у **беременных женщин в 111 триместре**
8. Базисной терапией вирусного гепатита E является **дезинтоксикационная**
9. Базисная терапия вирусного гепатита E предусматривает назначение **лактолозы**
10. При лечении вирусного гепатита E с холестатическим синдромом используют **урсодезоксихолевую кислоту**
11. Лечение больных с тяжелым течением вирусного гепатита E должно включать **гипоаммониемические препараты**
12. В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом E назначают **соблюдение санитарно-гигиенических мероприятий**

Задача 113

Больная С. 44 лет обратилась к врачу-терапевту участковому в 1 день болезни. **Жалобы** на головную боль, на боль в глазных яблоках, на ломоту в теле, повышение температуры тела до 39°C, сухой кашель, заложенность носа. **Анамнез заболевания** Заболела накануне вечером, когда появились головная боль, боль в глазных яблоках, ломота в теле, повышение температуры тела до 39 °C, сухой кашель, заложенность носа. **Объективный статус** При осмотре: состояние средней тяжести, лицо гиперемировано, склеры инъецированы, лимфатические узлы не увеличены. При осмотре ротоглотки: миндалины, язычок, дужки набухшие, гиперемированы, с небольшим цианотичным оттенком. В лёгких при аускультации дыхание везикулярное. Пульс – 95 ударов в минуту, АД – 100/70 мм рт.ст.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) **иммунохроматографический экспресс-тест для качественного определения антигенов вируса гриппа в носоглоточных образцах. полимеразная цепная реакция к возбудителям**
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2) **электрокардиография. рентгенография (томография) органов грудной клетки**
3. Какой основной диагноз? **Грипп, среднетяжёлая форма**
4. Осложнением гриппа является **острая дыхательная недостаточность**
5. Дифференциальную диагностику гриппа следует проводить с **вирусными инфекциями (аденовирус, парагрипп, риновирус и др.)**
6. К противовирусным препаратам прямого действия для лечения гриппа относят **ингибиторы вирусной нейраминидазы (осельтамивир, занамивир)**
7. Тактика ведения данного больного включает **госпитализацию пациента в инфекционное отделение**
8. Симптоматическая терапия гриппа включает назначение **сосудосуживающих препаратов**
9. Длительность этиотропной терапии при гриппе составляет **5 дней**

10. В одной капсуле осельтамивира содержится _____ мг действующего вещества **75**
11. Изоляция больных гриппом проводится на _____ дня/дней **7**
12. В РФ против гриппа используется вакцина **для профилактики гриппа инактивированная**

Задача 114

Мужчина 55 лет, служащий, обратился к врачу-терапевту участковому с просьбой обследовать и назначить лечение. **Жалобы** на сжимающие боли в грудной клетке с иррадиацией в левую руку длительностью до 5 минут, ощущение нехватки воздуха при умеренной физической нагрузке (быстрая ходьба более 500 м, подъем более 2-х пролетов). **Анамнез заболевания** Из анамнеза известно, что боли в грудной клетке при физической нагрузке появились около 2-х лет назад, купировались самостоятельно после прекращения нагрузки. Кроме этого, в последние полгода стал отмечать появление и постепенное нарастание одышки при физической нагрузке. Ранее за медицинской помощью не обращался, лечения не получал. **Анамнез жизни** Рос и развивался нормально. Образование высшее. Работает. Наследственность: мать 79-ти лет страдает АГ, ИБС, перенесла ИМ; отец умер в 50 лет от ИМ. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки: курит более 30 лет, по ½ пачке сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает. **Объективный статус** Общее состояние относительно удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост – 179 см, масса тела – 93 кг, ИМТ=29 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. Лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система: без патологии. Мышечная система: без патологии. ЧДД – 16 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены. Тоны приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 72 удара в минуту, АД – 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа: пальпируется перешеек щитовидной железы. В неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлено.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 5)

- исследование уровня общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов (ТГ)
- исследование уровня креатинина крови
- исследование уровня гормонов щитовидной железы
- измерение уровня гликозилированного гемоглобина крови и уровня глюкозы крови натощак
- общий анализ крови

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 4)

- ультразвуковое исследование сонных артерий
- эхокардиография трансторакальная
- электрокардиография покоя в 12 отведениях
- рентгенография грудной клетки

3. План дальнейшего обследования и лечения больного строится исходя из полученных первичных данных и предтестовой вероятности (ПТВ) диагноза ИБС

4. Какой основной диагноз? ИСБ. Стенокардия напряжения

5. У пациента _____ функциональный класс стенокардии 2

6. У пациента предтестовая вероятность (ПТВ) диагноза стабильной ишемической болезни сердца в зависимости от характера боли в грудной клетке, пола и возраста составляет 77%. На основании этого следует не проводить дальнейшие исследования для подтверждения диагноза, а приступить к стратификации риска ССО и назначению лечения

7. Инвазивная коронароангиография (КАГ) показана при доказанной ИБС у пациентов с тяжелой стабильной стенокардией III-IV ФК или с клиническими признаками высокого риска ССО, особенно когда симптомы плохо поддаются лечению

8. В качестве антиишемического препарата 1-й линии пациенту рекомендуется назначить бета-адреноблокатор или ритмурежающий антагонист кальция

9. Для профилактики ССО в качестве антитромбоцитарного средства пациенту рекомендуется назначить ацетилсалициловую кислоту в низких дозах

10. Для профилактики ССО пациенту рекомендуется назначить статины для достижения целевого уровня ХсЛНП _____ ммоль/л <1,8

11. Помимо отказа от курения и диеты с ограничением употребления животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациенту следует рекомендовать снизить массу тела

12. У пациента избыточная масса тела

Задача 115

Мужчина 72 лет обратился к участковому врачу-терапевту. Жалобы на давящие загрудинные боли, которые появляются при спокойной ходьбе на расстояние до 100 м и проходят через несколько минут после прекращения нагрузки. Анамнез заболевания Боли при ходьбе беспокоят на протяжении года. Отмечает постепенное снижение толерантности к физической нагрузке.

Анамнез жизни хронические заболевания отрицает. в настоящее время не курит, алкоголем не злоупотребляет. профессиональных вредностей не имел. аллергических реакций не было.

Объективный статус: Общее состояние удовлетворительное. Рост 175 см, масса тела 75 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в 1 мин, АД 165/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Вопросы

1. К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся (выберите 3) **регистрация ЭКГ в 12 отведениях, трансторакальное эхокардиографическое исследование, нагрузочная проба под визуальным контролем (стресс-ЭхоКГ)**
2. К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся (выберите 3) **клинический анализ крови, определение уровня креатинина крови, исследование липидного спектра крови**
3. Жалобы пациента соответствуют клинической картине **типичной стенокардии**
4. Жалобы пациента позволяют диагностировать стенокардию напряжения _____ функционального класса **111**
5. Предтестовая вероятность ИБС у данного пациента **очень высокая (>85%)**
6. Результаты _____ позволяют констатировать у данного пациента высокий риск смерти **стресс-эхокардиографии**
7. Сопутствующим заболеванием служит гипертоническая болезнь **111 стадии с артериальной гипертензией 2й степени**
8. В качестве стартовой антиангинальной терапии можно назначить комбинацию бисопролола 5 мг 1 раз в день и _____ раз(а) в день **амлодипина 5 мг 1 раз/д**
9. Прием бета-адреноблокатора должен обеспечить снижение ЧСС в покое до _____ в 1 мин **50-60**
10. При сохранении приступов стенокардии на фоне целевой ЧСС к терапии можно добавить _____ раза в день **нитросорбид 10 мг 2 раза/д**
11. Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациенту должны быть назначены статины в дозе, обеспечивающей уровень ХС ЛПНП не выше _____ ммоль/л **1,8**
12. Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациенту следует назначить _____ мг 1 раз в день **ацетилсалициловую 100**

Задача 116

мужчина 35 лет вызвал участкового врача-терапевта на дом. Жалобы на повышение температуры тела до 38,80С, кашель с отделением небольшого количества «ржавой» мокроты, боль в правом боку при глубоком дыхании. Анамнез заболевания 2 дня назад сильно переохладился на зимней рыбалке. В ночь после этого почувствовал сильный жар, температура тела повысилась до 39,30С, принял 1 г ацетилсалициловой кислоты и уснул, ночью обильно потел. Утром самочувствие ухудшилось: появилась выраженная слабость, пропал аппетит, температура тела - 38,10С. Самостоятельно принимал комбинированные препараты от «простуды» (колдрекс, терафлю), однако самочувствие от этого не улучшалось, а температура тела лишь кратковременно снижалась до 37,80С, быстро повышаясь вновь. Пациента познанивало весь день, а к вечеру появились боль в боку и кашель с трудноотделимой мокротой ржавого цвета. На следующее утро вызвал врача на дом. Анамнез жизни хронических заболеваний нет, не курит, алкоголем не злоупотребляет.

профессиональных вредностей не имеет аллергическая реакция на амоксициллин в виде крапивницы. Объективный статус: Состояние средней тяжести. Вес 90 кг, рост 179 см. Температура тела 38,80С. Кожные покровы влажные, теплые, лихорадочный румянец на лице. Herpes labialis. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Справа ниже угла лопатки отмечается укорочение перкуторного звука, там же выслушивается бронхиальное дыхание и крепитация. Справа по задней подмышечной линии выслушивается нежный шум трения плевры. ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 98/мин, АД 110/65 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стула не было 2 дня, мочеиспускание свободное.

Вопросы

1. К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят **общий анализ крови**
2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является **обзорная рентгенография легких в двух проекциях**
3. Какой диагноз можно поставить данному больному? **Внебольничная пневмония с локализацией в нижней доле справа**
4. Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в **амбулаторных условиях(на дому)**
5. Пациенту показано назначение **кларитромицина 0.5 г 2 раза в сутки**
6. Предпочтительным путем введения препарата данному пациенту является **энтеральный**
7. Повторный осмотр пациента для определения эффективности лечения необходим через **48-72 часа**
8. К критериям эффективности проводимой терапии через 48-72 часа от ее начала относят **снижение температуры тела, уменьшение симптомов интоксикации и одышки**
9. К критериям прекращения антибактериальной терапии относят **стойкую нормализацию температуры тела в течение 48-72 часов**
10. В качестве симптоматической терапии данному пациенту показано назначение **муколитиков**
11. К возможным осложнениям данного заболевания относится **острый респираторный дистресс-синдром**
12. По условиям задачи очевидные факторы риска затяжного течения заболевания у пациента **отсутствуют**

Задача 117

Женщина 71 года, пенсионерка, обратилась к врачу-терапевту участковому с просьбой назначить лечение. **Жалобы** на одышку при небольшой физической нагрузке, редко в покое, повышение АД до 160/100 мм рт.ст., шум в ушах, боли в пояснице. **Анамнез заболевания** Считает себя больной в течение 10 лет, когда стала отмечать повышение АД с максимальными значениями 160-170/100 мм рт.ст., сопровождающееся ухудшением состояния, появилась одышка при умеренной физической нагрузке, эпизодически шум в голове. До этого времени АД не контролировала, гипотензивную терапию не получала. Больной была подобрана антигипертензивная терапия эналаприлом, амлодипином и индапамидом. В дальнейшем чувствовала себя хорошо, АД находилась на уровне целевых значений. В течение последних 3 месяцев отмечает повышение АД до 170/100 мм рт.ст. и появление указанных жалоб. **Анамнез жизни** Росла и развивалась нормально. Образование среднее. На пенсии с 65 лет. Наследственность: отягощена по

сердечно-сосудистым заболеваниям. Гинекологический анамнез: менопауза с 50 лет, миома матки. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает. **Объективный статус** Общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. ИМТ=36 кг/м². Пастозность голеней. Лимфоузлы не увеличены. ЧДД – 18 в минуту. Перкуторный звук легочный. Дыхание жесткое, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны не изменены, шумов нет. ЧСС – 80 ударов в минуту, экстрасистолия. АД – 160/80 мм рт.ст. Невправимая пупочная грыжа. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе очаговой и менингеальной симптоматики не выявлено.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы исследования на первом этапе обследования (выберите 4) **общий анализ мочи. исследование глюкозы в плазме крови (натощак). уровень креатинина плазмы. исследование общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов (ТГ)**
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 4) **ЭКГ покоя в 12 отведениях. УЗИ почек. внеофисное измерение АД: СКАД и/или СМАД. эхокардиография трансторакальная**

3. Какой основной диагноз? **Хронический пиелонефрит. Поликистоз почек. Почечная АГ.**

4. У пациентки _____ АГ **2 степень**
5. Для оценки функции почек пациентке необходимо определить уровень **микроальбуминурии**
6. У пациентки альбуминурия составляет 250 мг/г, категория ХБП **С3b, A2**
7. У пациентки _____ риск развития сердечно-сосудистых осложнений **высокий**
8. Больной необходимо назначить **Провести бактериологический посев мочи для выбора антибактериальной терапии**
9. Целевым для пациентки является АД < _____ мм рт.ст. **140/90**
10. Больной следует **увеличить комбинированную антигипертензивную терапию с обязательным назначением блокаторов РААС**
11. Больной рекомендуется **лечение в амбулаторных условиях**
12. После купирования обострения хронического пиелонефрита пациентке показана **длительная терапия отварами мочегонных и антисептических трав или официальными растительными препаратами (цистоном, канефроном Н) и постоянная гипотензивная терапия**

Задача 118

На приём к врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 64 лет. Жалобы на сухость во рту, частое и обильное мочеиспускание. Анамнез заболевания Страдает артериальной гипертензией в течение 5 лет перенесла ОНМК по ишемическому типу 2 года назад Анамнез жизни Росла и развивалась нормально. Пенсионерка В течение последних 10 лет отмечает постепенное увеличение веса на 6 кг 7 лет назад установлен диагноз артериальной гипертензии (повышение артериального давления до 175/105 мм рт ст). Получает периндоприл 8 мг, гипотиазид 12,5 мг, розувастатин 10 мг Перенесённые заболевания: холецистэктомия 10 лет назад, ОНМК по

ишемическому типу 2 года назад Беременности – 4, роды – 2. Наследственность: у матери - артериальная гипертензия, ишемический инсульт в возрасте 58 лет, у отца – рак прямой кишки. Аллергоanamнез: не отягощен. Вредные привычки: отрицает. Объективный статус Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост 1,62 м, вес 71 кг, индекс массы тела 27,3 кг/м², t тела 36,7°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 64 в минуту. АД 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Вопросы

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) **глюкоза крови, гликированный гемоглобин**
2. Какой диагноз можно поставить данной пациентке на основании результатов клинико-лабораторных исследований? **Сахарный диабет 2 типа**
3. Пациентке выполнен расчёт СКФ: СКД-ЕПІ – 48,3 мл/мин/1,73 кв.м Для уточнения стадии поражения почек необходимо **оценить соотношение альбумин/креатинин в утренней порции мочи**
4. Соотношение альбумин/креатинин в утренней порции мочи составил 450 мг/г. С учетом полученных данных обследования у пациентки имеет место диабетическая нефропатия, хроническая болезнь почек **С3а,А3**
5. Фактором риска развития сахарного диабета 2 типа является **избыточная масса тела**
6. Рекомендации по изменению образа жизни включают уменьшение массы тела и **низкокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, ограничением животного белка(не более 0.8 г/кг массы тела в сутки), физические нагрузки (не менее 150 мин в неделю)**
7. Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < ____ % **8.0**
8. В качестве сахароснижающей терапии надо назначить **вилдаглиптин и метформин**
9. У пациентки уровень общего холестерина – 5,7 ммоль/л. Учитывая отсутствие достижения целевых значений холестерина, показано **увеличение дозы розувастатина**
10. Необходим повторный контроль HbA1c через _____ месяц/месяцев **3-6**
11. Оценка альбуминурии/протеинурии, креатинина и мочевины, липидов сыворотки, скорости клубочковой фильтрации должна проводится 1 раз в ____ месяца/месяцев **6**
12. Исследование гемоглобина, уровня железа, ферритина сыворотки крови у пациента с хронической болезнью почек С3аА3 и сахарным диабетом 2 типа должно проводиться _____ раз /раза в год **2**

Задача 119

Вызов врача на дом к пациенту 30 лет на 7-й день болезни. **Жалобы** на озноб, повышение температуры тела, повышенную потливость, слабость, головную боль. **Анамнез заболевания.** Заболел остро с озноба, повышения температуры тела до 39,2°C, головной боли, слабости. Лечился самостоятельно, принимал жаропонижающие (парацетамол) с кратковременным эффектом, сопровождаемым обильным потоотделением. На 7-й день болезни ознобы усилились, температура тела

периодически повышалась до 40,0°C. **Анамнез жизни** Инженер горнорудной промышленности. Проживает в отдельной квартире с семьей (жена и двое детей). Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. Вредные привычки: отрицает. Прививочный анамнез: со слов пациента в последние 2 года прививался против желтой лихорадки и брюшного тифа. Неделю назад вернулся из отпуска из Эфиопии, где работал инженером-консультантом в горнорудной промышленности.

Объективный статус Температура тела 39,4°C. Лицо гиперемировано. Кожные покровы горячие на ощупь, сухие, сыпи на теле нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Слизистая ротоглотки обычной физиологической окраски, энантемы нет. АД – 110/60 мм.рт.ст, ЧСС – 102 уд. в мин. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Нижняя граница печени определяется на уровне края реберной дуги, селезенка пальпаторно не увеличена. Очаговых и менингеальных знаков нет.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) **микроскопическое исследование «толстая капля» крови.** **микроскопическое исследование тонкого мазка крови**
2. Какой основной диагноз? **Малярия, вызванная Plasmodium vivax, среднетяжелое течение**
3. Характерными клиническими признаками малярии являются **повторно развивающиеся лихорадочные пароксизмы, включающие последовательно появляющиеся признаки: озноб- жар- пот**
4. Для малярии характерно наличие **лихорадочных пароксизмов, гепатолиенального синдрома, гемолитической гипохромной анемии**
5. Дебют малярии может проявляться **инициальной лихорадкой (лихорадка неправильного типа)**
6. Дифференциальную диагностику малярии следует проводить с **сепсисом**
7. Наиболее тяжело, с развитием тяжелых осложнений протекает малярия **Falciparum**
8. Специфическим осложнением малярии является **разрыв селезенки**
9. Тактика ведения больного малярией заключается в **госпитализации в диагностическое отделение**
10. Купирующая терапия при неосложненной малярии включает назначение _____ препаратов **гематошизотропных**
11. Для купирующей терапии данного больного целесообразно использовать **хлорохин**
12. Наблюдение за больными, перенесшими малярию, осуществляется в течение **1-1,5 месяцев**

Задача 120

25.10.2017г. на прием к участковому врачу пришел пациент 62-х лет на 3-ий день болезни.

Жалобы на небольшое повышение температуры, познабливание, умеренную головную боль, першение и сухость в горле и носу, заложенность носа, скудный насморк, приступообразный сухой кашель. **Анамнез заболевания** Заболевание началось постепенно с недомогания, познабливания, небольшой головной боли, повышения температуры тела до 37,3°C, першения, сухости, жжения в ротоглотке, заложенности носа. На 2-ой день появились скудные слизистые выделения из носа и сухой кашель.

Анамнез жизни Пенсионер. Аллергоанамнез: не отягощен. Перенесенные заболевания: аппендэктомия, ОРВИ, детские инфекции. Вредные привычки: отрицает. Проживает в отдельной квартире с женой, дочерью, зятем, 7-летним внуком. Эпиданамнез: внук на

дней перенес респираторно-синцитиальную инфекциюПрививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививался.

Объективный статус Температура тела 37,5°C. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, сыпи нет. Инъекция сосудов склер не выражена. Слизистая оболочка ротоглотки в области мягкого неба, миндалин, дужек, задней стенки глотки умеренно гиперемирована с усиленным сосудистым рисунком. Отмечается ее зернистость за счет увеличенных фолликулов по задней стенке глотки, там же стекают прозрачные слизистые выделения. Миндалины не увеличены, налетов нет. Периферические лимфоузлы не увеличены В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. АД-130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 86 уд. в мин. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. Физиологические опавления в норме. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования, учитывая 3-й день болезни (выберите 2) **выявление антигенов вирусов эпителии ротоглотки методом ИФА, РИФ. ПЦР – диагностика**
2. Какой основной диагноз? **Респираторно-синцитиальная инфекция, назофарингит, легкой степени тяжести**
3. Для респираторно-синцитиальной инфекции наиболее характерно развитие **бронхита, бронхоолита**
4. Симптомами тяжелого течения респираторно-синцитиальной инфекции являются **нарастающая одышка, акроцианоз**
5. Одним из осложнений респираторно-синцитиальной инфекции является **отит**
6. Дифференциальную диагностику респираторно-синцитиальной инфекции в начальный период проводят с **менингококковым назофарингитом, аденовирусной инфекцией, парагриппом**
7. Показанием к госпитализации при респираторно-синцитиальной инфекции является **одышка с болями в грудной клетке**
8. Патогенетическое и симптоматическое лечение респираторно-синцитиальной инфекции средне-тяжелого течения, включает назначение **сосудосуживающих препаратов интраназально**
9. Применение антибиотиков при респираторно-синцитиальной инфекции показано **при присоединении вторичной инфекции**
10. В лечении неосложненной респираторно-синцитиальной инфекции средней степени тяжести используется терапия **симптоматическая**
11. Химиопрепаратом, применяемым для профилактики респираторно-синцитиальной инфекции, является **умифеновир**

12. Неспецифической профилактической мерой при респираторно-синцитиальной инфекции служит промывание носа изотоническим растворами

121. Больной 52 лет, инвалид II группы, обратился в поликлинику для обследования перед очередным освидетельствованием МСЭК. Жалобы тупые боли после еды в эпигастрии и левом подреберье с иррадиацией в спину, метеоризм и выраженное кишечное газообразование, обильный кашицеобразный стул с жирным блеском 4-5 раза в день, общая слабость. Анамнез заболевания Много лет злоупотреблял алкоголем. Три года назад в связи с деструктивным панкреатитом проведена некрсеквестрэктомия поджелудочной железы, дренирование сальниковой сумки, была установлена II группа инвалидности. Анамнез жизни Рос и развивался нормально. Перенесенные заболевания и операции: простудные, аппендэктомия в детстве. Наследственность: у отца была язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Аллергии на медикаменты нет. Вредные привычки: курит по 1 пачке сигарет в день, последние 3 года алкоголь не употребляет, наркотики не употреблял никогда. Объективный статус Состояние удовлетворительное. Рост – 178 см, масса тела – 55 кг, индекс массы тела – 17,4 кг/м². Кожа и слизистые обычной окраски и влажности. Со стороны сердца и легких без отклонений от нормы. Язык влажный с выраженным серым налетом по спинке. Живот мягкий, несколько вздут, болезненный при пальпации в эпигастрии, обоих подреберьях. В эпигастрии пальпируется малоблезненное плотное несмещаемое образование 8×5 см. Отчетливая пульсация аорты в левом подреберье. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги (опущена).

- 1. Выберите необходимые для постановки диагноза и экспертизы трудоспособности лабораторные методы обследования (выберите 3)**
биохимический анализ крови Обоснование копрологическое исследование
Обоснование глюкоза крови, гликированный гемоглобин Обоснование
- 2. Выберите скрининговые инструментальные методы для диагностики хронического панкреатита (выберите 2)** ультразвуковое сканирование органов брюшной полости Обоснование обзорная рентгенография брюшной полости
Обоснование
- 3. Какой диагноз основного заболевания? Хронический алкогольный фиброзно-склеротический панкреатит, персистирующая болевая форма с экзо- и эндокринной панкреатической недостаточностью**
- 4. Осложнением основного заболевания, в наибольшей степени определяющим стойкую утрату трудоспособности пациента, является синдром панкреатогенной мальабсорбции Обоснование**
- 5. Инструментальным исследованием, уточняющим состояние панкреатобилиарной зоны, с которого следует начать обследование, является ультразвуковое сканирование органов брюшной полости Обоснование**
- 6. Наиболее точно эндокринную недостаточность поджелудочной железы подтверждает определение панкреатической эластазы в кале Обоснование**

7. Заместительная полиферментная терапия больному должна назначаться из расчета 25-40 тыс. ед. липазы в основной прием пищи + 10-25 тыс. ед. в промежуточный прием Обоснование
8. Для заместительной полиферментной терапии больному следует предпочесть препараты в форме минимикросфер
9. Критерием адекватности заместительной полиферментной терапии является исчезновение полифекалии
10. Для уменьшения протокового давления в поджелудочной железе больному целесообразно назначить комбинацию мебеверина и рабепразола
11. Диетическая терапия больного с панкреатитом помимо низкого содержания жиров предполагает низкое содержание углеводов, высокое содержание белков
12. Панкреатогенный сахарный диабет характеризуется абсолютной недостаточностью инсулина и глюкагона

122. Вызов врача на дом к пациенту 20 лет на 3-й день болезни Жалобы на повышение температуры тела, рвоту, боли в животе, более выраженные в правой половине, боли в суставах. Анамнез заболевания Заболел остро с озноба, повышения температуры тела до 39,3°C, головной боли, болей в животе, более выраженных в правой половине, жидкого стула. На 3-й день болезни беспокоили боли в суставах, рвота 2-3 раза в сутки, боли в животе усилились, локализовались в правой подвздошной области. Стул нормализовался. Лечился самостоятельно, принимал жаропонижающие (парацетамол), энтеросорбенты (энтеросгель) и спазмолитики (но-шпу) - без эффекта. Анамнез жизни Студент дневного отделения ВУЗа Проживает в отдельной квартире с родителями. Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. Вредные привычки: отрицает. Прививочный анамнез не помнит (со слов пациента прививался в школе). Эпид. анамнез: в течение последнего месяца 2 раза работал на овощной базе; ежедневно употребляет в пищу салаты, приготовленные из моркови, капусты, листовых овощей. Объективный статус Температура тела 39,1°C. Лицо одутловато, гиперемировано, веки припухшие, выраженная гиперемия конъюнктив. Кисти и стопы гиперемированы, отечные. Периферические лимфоузлы (заднешейные, подчелюстные) увеличены до размера горошин, незначительно болезненные при пальпации. Слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, миндалины гипертрофированы. Язык обложен белым налетом, кончик языка ярко красный. АД – 110/65 мм.рт.ст, ЧСС – 116 уд. в мин. В легких жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, напряженный и болезненный в правой подвздошной области, положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Ситковского, Ровзинга. Диурез не нарушен, моча обычного цвета. Стул оформленный. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) иммуноферментный анализ крови к антигенам *Y.Pseudotuberculosis* Обоснование молекулярно-биологические методы диагностики (ПЦР) к ДНК *Yersinia pseudotuberculosis* Обоснование
2. Какой основной диагноз? Псевдотуберкулез, абдоминальная форма, острый аппендицит, средней степени тяжести Обоснование
3. Клинические признаки абдоминального синдрома при псевдотуберкулезе включают мезаденит, терминальный илеит, острый аппендицит Обоснование

4. Характерным для поражения кожных покровов в начальный период болезни при псевдотуберкулезе является обильная мелкоочечная скарлатиноподобная сыпь со сгущением в местах естественных складок, вокруг суставов, которая появляется на 2-4-й день болезни
5. Осложнениями абдоминальной формы псевдотуберкулеза являются перитонит, стеноз терминального отдела подвздошной кишки, спаечная болезнь
Обоснование
6. Дифференциальную диагностику абдоминальной формы псевдотуберкулеза следует проводить с острым аппендицитом, кишечной непроходимостью, ущемленной грыжей
Обоснование
7. Тактика ведения данного больного заключается в госпитализации в хирургическое отделение (ред.)
8. Лечебная тактика при абдоминальной форме псевдотуберкулеза заключается в назначении антибиотикотерапии
9. Для этиотропной терапии псевдотуберкулеза используется ципрофлоксацин
10. Диспансерное наблюдение реконвалесцентов после перенесенного псевдотуберкулеза осуществляется до _____ месяцев после выписки из стационара 12 -ти
11. Выписка больных из стационара возможна после их полного клинического выздоровления
Обоснование
12. Профилактика псевдотуберкулеза заключается в осуществлении мероприятий, направленных на предупреждение контаминации возбудителями пищевых продуктов

123. На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 37 лет. Жалобы сухость кожи сонливость ломкость ногтей, выпадение волос Анамнез заболевания в течение полугода беспокоит сонливость, сухость кожных покровов, ломкость ногтей, выпадение волос около года страдает олигоменореей Анамнез жизни Работает бортпроводницей Перенесённые заболевания: аппендэктомия в 14 лет Наследственность: неотягощена. Аллергоанамнез: неотягощен. Вредные привычки: отрицает Объективный статус Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,74 м, вес 80 кг, индекс массы тела 26,5 кг/м², t тела 36,5°C. Кожные покровы обычной окраски, сухие, периферические лимфоузлы не увеличены, отмечаются периорбитальные отеки. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 58 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации увеличена, мягко-эластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании, узлы не пальпируются. Глазные симптомы отрицательные.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (Т₄ св.) Обоснование антитела к тиреоидной пероксидазе (АТ к ТПО), антитела к тиреоглобулину (АТ к ТГ)
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования ультразвуковое исследование щитовидной железы
3. Какой предполагаемый диагноз? Аутоиммунный тиреоидит с зобом 1 ст.
Первичный манифестный гипотиреоз

4. Пациентке необходимо рекомендовать левотироксин натрия из расчета 1,6 мкг/кг массы тела
5. Контроль лечения проводится по уровню ТТГ
6. Определение уровня ТТГ необходимо провести через _____ недель/недели 8
7. Целевым уровнем ТТГ на фоне заместительной терапии гипотиреоза является _____ мЕд/л 0,4 – 4,0
8. При повторном исследовании через 2 месяца - ТТГ – 7,1 (норма 0,4-4,0 мЕд/л), пациентке рекомендовано увеличить дозу левотироксина натрия
9. Наиболее вероятной причиной олигоменореи при гипотиреозе является гиперпролактинемия
10. Вследствие хронической передозировки левотироксина натрия может развиваться остеопороз
11. В случае наступления беременности у данной пациентки необходимо увеличить дозу левотироксина натрия на 30%
12. Вторичная профилактика осложнений первичного гипотиреоза заключается в поддержании стойкого эутиреоза

124. В поликлинику обратилась пациентка 35 лет Жалобы На повышенную утомляемость, периодически – тянущие боли в поясничной области, полиурию, головные боли Анамнез заболевания Около 5 лет беспокоит дискомфорт в области поясницы, было 2 эпизода пиелонефрита. 2 года назад появилась полиурия. Последний год беспокоят головные боли, при разовых измерениях артериальное давление (АД) 140-150/90-100 мм.рт.ст. Анамнез жизни С трех лет воспитывалась бабушкой, жила с ней в деревне, болела редко, в основном ОРВИ. Наследственность: отец – пропал без вести, мать - умерла в возрасте 55 лет от терминальной почечной недостаточности неизвестной этиологии. У матери растет дочь от второго брака, 20 лет, страдает заболеванием почек, каким не знает. Бабушка по материнской линии (80 лет) – артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет 2 типа. Тетя по материнской линии (60 лет) – кисты в почках, АГ. У пациентки – сын 5 лет, УЗИ почек не делали. Вредные привычки: курит более 5 лет (1/2пачки сигарет в сутки), алкоголь употребляет редко (несколько раз в месяц) в небольшом количестве. Объективный статус Состояние удовлетворительное. Вес 60 кг, рост 165 см. Кожные покровы бледные, чистые. Отеков нет. Зев чистый. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 78 в мин., АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги. Поколачивание по поясничной области чувствительно с обеих сторон. Пальпируются увеличенные бугристые почки. Мочеиспускание безболезненное.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) анализ мочи общий Обоснование биохимический анализ крови
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования ультразвуковое исследование почек
3. Наиболее вероятным диагнозом является Поликистозная болезнь почек
4. Ультразвуковым критерием поликистозной болезни почек (ПБП) у 35-летней пациентки является обнаружение ≥ 2 кист в каждой почке
5. У данной больной стадия хронической болезни почек (ХБП) по уровню фильтрации соответствует ХБП-С2

6. Внепочечные проявления поликистозной болезни почек включают кисты в других органах (печень, селезенка, яичники и др.), сосудистые аневризмы различной локализации, аномалии клапанов сердца, дивертикулы кишечника, паховые и пупочные грыжи, бронхэктазы

7. Необследованным кровным родственникам пациента с поликистозной болезнью почек в первую очередь нужно провести ультразвуковое обследование почек

8. Скрининг на наличие внутричерепных аневризм необходимо проводить больным с поликистозной болезнью почек с нетипичной головной болью, с предыдущей историей разрыва аневризм, с семейными случаями аневризм

9. Первоочередными при выборе антигипертензивной терапии у больных поликистозной болезнью почек являются ингибиторы

ангиотензинпревращающего фермента и блокаторы рецепторов ангиотензина

10. Тактика ведения больных поликистозной болезнью почек при частых или хронических болях в проекции почек включает в себя применение неопиоидных анальгетиков, трициклических антидепрессантов, при резистентных болях – хирургическое лечение

11. Хирургические методы лечения кист применяются при сдавлении кистами соседних органов, нарушении оттока мочи; наличии резистентных к анальгетикам болей; развитии кровотечения, угрозе разрыва, нагноении, малигнизации кисты

12. При подозрении на инфицирование кист(ы) препаратами выбора являются фторхинолоны, триметоприм, клиндамицин

125. Больная К. 66 лет, библиотекарь, обратилась к врачу-терапевту участковому. Жалобы на давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, возникающие при подъеме по лестнице до 3-го этажа, ходьбе ускоренным темпом более 500 м, проходящие в покое в течение 5-7 минут.

Анамнез заболевания Считает себя больной около 15 лет, когда при эмоциональном перенапряжении стали беспокоить головные боли, впервые было зафиксировано повышение АД до 150/90 мм рт.ст. По этому поводу к врачам не обращалась, не обследовалась, АД систематически не контролировала, по совету подруг принимала папазол, редко капотен. В последующем эпизоды повышения АД участились, стали достигать значений 170/100 мм рт.ст., что стало причиной обращения к врачу-терапевту участковому, которым после обследования больной (ЭКГ, биохимический анализ крови, общий анализ крови и мочи) был установлен диагноз «гипертоническая болезнь», назначено лечение эналаприлом по 5 мг 2 раза в день, которое пациентка продолжает до настоящего времени. АД контролирует редко, считает, что адаптирована к АД 140/90 мм рт.ст. Боли в грудной клетке, провоцирующиеся физической нагрузкой, беспокоят около 2-х лет. Анамнез жизни Росла и развивалась нормально. Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции.

Наследственность: отец умер от инфаркта в возрасте 50 лет, мать 86-ти лет жива, перенесла ишемический инсульт в возрасте 80 лет, родной брат перенес инфаркт миокарда в возрасте 58 лет. Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

Объективный статус Состояние средней тяжести. Нормостенического телосложения, избыточного питания. Масса тела – 78 кг, рост – 165 см. При перкуссии легких ясный легочный звук. Дыхание везикулярное с жестким оттенком, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания – 20 в минуту. Границы сердца расширены влево на 2 см от срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над

аортой. ЧСС – 80 ударов в минуту. АД – 160/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Отеков нет.

- 1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2) клинический анализ крови Обоснование биохимический анализ крови с определением липидного профиля, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина**
- 2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 3) ЭКГ в покое Обоснование ЭКГ в пробе с дозированной физической нагрузкой Обоснование ЭхоКГ и стресс-ЭхоКГ**
- 3. Какой диагноз можно поставить данной больной? ИБС: стабильная стенокардия II ФК.**
- 4. Немодифицируемым фактором риска ИБС у данной больной является возраст**
- 5. Основным дифференциально-диагностическим критерием стабильной стенокардии является связь с физической нагрузкой**
- 6. Препаратом выбора для купирования приступа стабильной стенокардии является нитроглицерин**
- 7. Тактика ведения данной больной включает амбулаторное лечение комбинированной антиишемической терапией**
- 8. Терапия стабильной стенокардии включает назначение кардиоселективных бета-адреноблокаторов**
- 9. К основному классу липид-снижающих препаратов, используемых у больных ИБС, относятся статины**
- 10. Противопоказанием к назначению кардиоселективных бета-адреноблокаторов является АВ-блокада II-III ст**
- 11. Целевым уровнем холестерина ЛПНП у больного ИБС является значение _____ ммоль/л менее 1,8**
- 12. Медикаментозная схема, используемая в лечении больных стабильной стенокардией, включает антиагреганты + бета-адреноблокаторы + статины**

126. мужчина 75 лет вызвал участкового врача-терапевта на дом Жалобы на одышку при нагрузке, эпизодические боли в сердце, головокружение и предобморочные состояния Анамнез заболевания считает себя больным в течение последних пяти месяцев, предобморочные состояния появились около месяца назад. Лечение не получал Анамнез жизни Перенесенные заболевания: хронический гастрит не курит, алкоголем не злоупотребляет профессиональных вредностей не имел Объективный статус Состояние удовлетворительное. Вес 70 кг, рост 169 см. ИМТ= 24,51. Температура тела 36,80С. Кожные покровы чистые. Над легкими дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 18/мин. Границы сердца увеличены влево + 1,0, верхушечный толчок смещен влево, второй тон на аорте ослаблен, выслушивается грубый систолический шум у левого края грудины над аортой, проводится на сонные артерии и на верхушку сердца, ЧСС 84/мин, АД 155/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены, поколачивание по пояснице с обеих сторон безболезненно. Стул - запоры, мочеиспускание свободное.

- 1. Основным инструментальным методом обследования для постановки диагноза является эхокардиография с доплерографией**
- 2. Перед эхокардиографией больному рекомендуется провести обзорную и боковую рентгенографию органов грудной клетки**

3. На основании полученных данных больному установлен диагноз Аортальный стеноз умеренной степени. Изолированная артериальная гипертензия
4. Данному пациенту с аортальным стенозом показано лечение хирургическое (протезирование аортального клапана)
5. Показанием для протезирования аортального клапана умеренной степени симптомным больным являются градиент давления менее 40 мм рт.ст., низкая скорость кровотока, сохраненная фракция выброса
6. Для лечения артериальной гипертензии пациенту с артериальным пороком умеренной степени рекомендуется бисопролол
7. При появлении обморочных состояний средняя выживаемость больных со стенозом аортального клапана без оперативного лечения составляет 2 года
8. Перед протезированием аортального клапана коронарная ангиография рекомендуется пациентам с риском ИБС
9. Пациенту после протезирования аортального клапана показан пожизненно прием варфарина при имплантации механического клапана
10. После протезирования аортального клапана биологическим протезом рекомендуется прием ацетисалициловой кислоты в дозе 75-100 мг в течение _____ месяца/месяцев 3
11. Реабилитационный период больного аортальным стенозом после оперативного лечения для возобновления трудовой деятельности составляет минимум _____ месяца/месяцев 3
12. Диспансерное пожизненное наблюдение пациента после неосложненного протезирования аортального клапана проводится 1 раз в год

127. Мужчина 52 лет обратился в поликлинику к участковому врачу-терапевту для прохождения планового осмотра (диспансеризации) Жалобы Не предъявляет Анамнез заболевания В течение 3 лет при самоконтроле регистрируются значения АД 145-150/90-95 мм рт. ст. Антигипертензивную терапию не получает. Наличие сахарного диабета, перенесенные инфаркт миокарда, инсульт, отрицает. Анамнез жизни Отец умер в 55 лет от инфаркта миокарда. Курит по 20 сигарет в день на протяжении 30 лет. Работает механиком, толерантность к физической нагрузке высокая. Аллергоанамнез не отягощен Объективный статус Состояние удовлетворительное. Вес 78 кг, рост 176 см (ИМТ=25,2 кг/м²). Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС 72 уд./мин., АД 160/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеков нижних конечностей нет. Щитовидная железа не увеличена.

1. К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относятся (выберите 4) клинический анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, расчет скорости клубочковой фильтрации
2. К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся (выберите 3) электрокардиограмма Обоснование эхокардиография, УЗДГ сонных артерий
3. Какой диагноз можно поставить данному больному? Артериальная гипертензия 2 степени
4. Так как у пациента в биохимическом анализе крови выявлено, что уровень общего холестерина составляет 6,7 ммоль/л., то следующим этапом

исследования является липидный спектр (определение ЛНП, ЛВП, триглицеридов)

5. Оценкой величины сердечно-сосудистого риска у этого пациента является шкала SCORE

6. Вариантом, отражающим правильный подход к началу антигипертензивной терапии является немедленное ее начало

7. К антигипертензивным препаратам первой линии можно отнести ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, диуретики

8. Дополнительными препаратами, которые должны быть назначены пациенту, являются статины

9. Мероприятия по изменению образа жизни у этого пациента включают отказ от курения, нормализация массы тела, увеличение физической активности, ограничение потребления соли

10. Гиполипидемическую терапию статинами для этого пациента необходимо проводить пожизненно, целевое значение ЛНП <1,5 ммоль/л

11. Терапию антигипертензивными препаратами для этого пациента необходимо проводить пожизненно, целевое АД <140/90 мм рт.ст.

12. К возможным методам лечения никотиновой зависимости у этого пациента относятся обучение (школы здоровья), никотиновая заместительная терапия, блокаторы никотиновых рецепторов

128. На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 26 лет. Жалобы на выпадение волос на голове сердцебиение потливость Анамнез заболевания 3 месяца назад – срочные роды. Вес ребенка при рождении 3100 г, рост 49 см. В настоящее время - физиологическая лактация. в течение последней недели отметила появление сердцебиения и потливости. около месяца назад стали выпадать волосы на голове Анамнез жизни Росла и развивалась нормально. Является домохозяйкой.

Перенесённые заболевания: детские инфекции Беременности – 1, роды – 1.

Наследственность: неотягощена. Аллергоанамнез: неотягощен. Вредные привычки: отрицает. Объективный статус Состояние относительно удовлетворительное.

Нормального питания, рост 1,62 м, вес 56 кг, индекс массы тела 21,5 кг/м², t тела 36,4°С. Кожные покровы физиологической окраски, влажные, отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 100 в минуту. АД 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации безболезненная, 0 ст. по ВОЗ. Шейные и надключичные лимфатические узлы не увеличены. Легкий тремор пальцев рук.

Глазные симптомы - положительный симптом Грефе

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (Т4 св.) антитела к тиреоидной пероксидазе (АТ к ТПО) и рецептору ТТГ (АТ к рТТГ)

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы исследования ультразвуковое исследование щитовидной железы

3. Какой предполагаемый основной диагноз? Послеродовой тиреоидит, тиреотоксическая фаза

4. Пациентке необходимо динамическое наблюдение

5. В качестве симптоматической терапии тиреотоксикоза пациентке могут быть назначены неселективные β -адреноблокаторы
6. Пациентка вернулась на прием через 4 месяца, после периода улучшения самочувствия появились сонливость и апатия. После обследования выявлено: ТТГ – 7,6 мЕд/л, Т4 св. – 18 (норма 10,8 - 22,0 пмоль/л). У пациентки имеет место субклинический гипотиреоз
7. Учитывая наличие субклинического гипотиреоза пациентке необходимо рекомендовать контроль ТТГ, Т4св. в динамике
8. ТТГ и Т4 св. необходимо проконтролировать через _____ месяца/месяцев 3-6
9. Пациентка вернулась через 6 месяцев. Жалоб нет. При обследовании ТТГ – 1,2 мЕд/л, Т4 св. – 19 (норма 10,8 - 22,0 пмоль/л). У пациентки имеет место спонтанная ремиссия
10. Послеродовой тиреоидит имеет _____ этиологию аутоиммунную
11. Заместительная терапия левотироксином натрия в случае субклинического гипотиреоза показана при повышении уровня ТТГ в крови более _____ мЕд/л 10
12. Какую рекомендацию по употреблению йода можно дать пациентке с учётом диагноза и физиологической лактации? 200 мкг йодида калия ежедневно

129. Пациент 26 лет обратился к врачу-терапевту участковому. Жалобы на кашель с трудноотделяемой ржавой мокротой, повышение температуры тела до 38,2°C, общую слабость, головную боль. Анамнез заболевания Заболел остро после переохлаждения 2 дня назад: повысилась температура до 38,2°C, появились непродуктивный кашель, озноб, общая слабость. На второй день заболевания при кашле стала отделяться мокрота с ржавым оттенком, принимал жаропонижающие без эффекта. Анамнез жизни Рос и развивался нормально. Работает банковским служащим. Перенесённые заболевания: корь, скарлатина. Наследственность и алергоанамнез не отягощены. Вредные привычки: отрицает. Объективный статус Общее состояние средней тяжести, температура тела – 38,2°. Нормостенического телосложения, рост – 176 см, масса тела – 75 кг, индекс массы тела – 24,2 кг/м², периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Определяются гиперемия щек, более выраженная справа, herpes labialis. Дыхание поверхностное, ЧДД – 18 в минуту. При осмотре грудной клетки определяется усиление голосового дрожания и бронхофонии в правой подключичной области. При сравнительной перкуссии легких отмечается притупление перкуторного звука в правой надключичной области, в I и II межреберье справа. При аускультации над местом притупления выслушивается крепитация. Пульс – 96 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца звучные, ритм правильный. АД – 100/65 мм рт.ст. Язык слегка обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) клинический анализ крови, общий анализ мокроты, бактериоскопия мокроты (с окраской по Цилю – Нильсену и Граму)
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2) рентгенография органов грудной клетки, пульсоксиметрия

3. В данной клинической ситуации основным диагнозом является Внебольничная правосторонняя верхнедолевая пневмония
4. Для оценки риска неблагоприятного прогноза и выбора места лечения следует использовать шкалу CRB-65, включающую комплекс симптомов и признаков, таких как нарушение сознания ЧДД ≥ 30 /мин систолическое АД < 90 или диастолическое АД ≤ 60 мм рт.ст. возраст ≥ 65 лет
5. В качестве стартовой эмпирической терапии в амбулаторных условиях пациенту может быть назначен _____ внутрь амоксициллин
6. Эффективность эмпирической терапии после начала приёма антибактериального препарата следует оценить через (в часах) 48-72
7. Главным критерием окончания антибактериальной терапии является стойкая нормализация температуры в течение 3 суток
8. Ориентировочные сроки разрешения рентгенологических признаков пневмонии составляют (в неделях) 3-4
9. Ориентировочные сроки нетрудоспособности в данном случае составляют (в днях) 20-21
10. Диспансерное наблюдение после выздоровления в данном клиническом случае проводится в течение (в месяцах) 12
11. Кратность осмотра врачом-терапевтом пациента, перенесшего пневмонию, в рамках диспансерного наблюдения составляет 1 раз в _____ месяца/месяцев 3
12. При отсутствии патологических клинико-рентгенологических признаков в лёгких по окончании диспансерного наблюдения данный пациент переводится в _____ группу состояния здоровья I

130. Мужчина 58 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом. Жалобы на интенсивные боли давящего характера за грудиной длительностью более 30 минут, нитроглицерин (3 таблетки под язык последовательно через 5 мин.) без эффекта, общую слабость. Анамнез заболевания В течение последних 3 лет страдает стенокардией напряжения (I-II ФК). На ЭКГ 2 месяца назад регистрировался синусовый ритм с ЧСС 76 в мин., выявлена депрессия сегмента ST II, III, AVF, V5-6, что расценено как снижение кровоснабжения в области нижне-боковой стенки левого желудочка. Назначена терапия аспирином, бета-адреноблокатором (бисопролол), ингибитором АПФ (эналаприл), статином. Утром резкие боли за грудиной. Попытки купировать приступ нитроглицерином без эффекта. Анамнез жизни Рос и развивался нормально. Образование высшее. Работает, предприниматель. Наследственность: отец умер от ИМ в 60 лет, мать 84-х лет страдает ИБС, сестра 60-ти лет страдает ИБС, АГ. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки: курит около 40 лет по $\frac{1}{2}$ - 1 пачке сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает. Объективный статус Общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные. ИМТ=28 кг/м². ЧДД – 18 в минуту. В лёгких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 50 ударов в минуту, АД – 120/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отёков нет.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные и лабораторные методы исследования (выберите 3) ЭКГ покоя в 12 отведениях, измерение уровня тропонина I или тропонина T, измерение уровня МВ-КФК

2. При подозрении на инфаркт миокарда правого желудочка необходимо использовать дополнительные отведения ЭКГ V3R и V4R
3. Больного необходимо госпитализировать в ближайшую медицинскую организацию, имеющую в своей структуре отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения
4. Какой основной диагноз? ОКСпST
5. Для стратификации риска неблагоприятного исхода необходимо определить сумму баллов по шкале GRACE
6. Пациенту необходимо выполнить чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ)
7. Больному в возможно более ранние сроки необходимо назначить двойную антиагрегационную терапию в нагрузочной дозе ацетилсалициловая кислота 300 мг + тикагрелор 180 мг
8. Пациенту показан/показано введение парентеральных антикоагулянтов
9. Первичное коронарное вмешательство пациенту должно быть выполнено в пределах _____ после первичного контакта с медицинским работником 120 минут
10. Пациенту необходимо назначить аторвастатин в дозе _____ мг/сут 80
11. Двойная антиагрегационная терапия показана пациенту в течение ____ мес. 12
12. Помимо диеты с ограничением употребления животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациенту необходимо рекомендовать отказаться от курения

131. На приём к врачу-терапевту участковому в поликлинику обратилась пациентка 63 лет

Жалобы на кашель с трудноотделяемой слизисто-гноющей мокротой • экспираторная одышка в покое, усиливающаяся при небольшой физической нагрузке • общая слабость • повышенное потоотделение • субфебрильная температура • отеки голеней и стоп

Анамнез заболевания С детства пациентка часто страдала острыми респираторными заболеваниями, характеризовавшимися затяжным течением. Неоднократно лечилась амбулаторно и стационарно по поводу повторных пневмоний. В течение последних 15 лет беспокоит постоянный кашель со слизисто-гноющей мокротой, затем появилась одышка. В течение последних 1,5 - 2 лет возникли отеки на ногах. Лечение ранее не получала, к врачам не обращалась. Настоящее ухудшение около 1 недели назад, связано с ОРВИ, на фоне которой усилились кашель и одышка, увеличилось количество отделяемой мокроты

Анамнез жизни • пациентка курила на протяжении 28 лет по 1-1,5 пачки сигарет в сутки • работала в химической промышленности, в условиях воздействия органических веществ, в настоящее время не работает • аллергоанамнез не отягощен

Объективный статус Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, выраженный диффузный цианоз. Грудная клетка бочкообразная. Перкуторный звук коробочный. При аускультации дыхание ослабленное, с удлиненным выдохом, большое количество сухих свистящих и жужжащих хрипов. ЧДД = 26 в мин. Границы сердца: правая на 2,5 см вправо от правого края грудины, верхняя в III межреберье, левая на 1,5 см кнутри от *lin. medioclavicularis sinistra*. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС = 92 в минуту. АД = 135/85 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий,

безболезненный во всех отделах. Печень выступает из-под края правой реберной дуги на 4 см. Голени и стопы отечны.

- 1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) клинический анализ крови, цитологический анализ мокроты, микробиологическое исследование мокроты**
- 2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2) функция внешнего дыхания, рентгенография органов грудной клетки**
- 3. Выберите дополнительные методы обследования, необходимые для постановки диагноза и проведения дифференциальной диагностики (выберите 3) электрокардиография, трансторакальная эхокардиография, пульсоксиметрия**
- 4. У пациента с приведенной клинической картиной дифференциальный диагноз должен проводиться между пневмонией, обострением хронического бронхита и ХОБЛ**
- 5. Основной диагноз можно сформулировать как Хроническая обструктивная болезнь лёгких III степени нарушения бронхиальной проходимости, с выраженными симптомами, в фазе обострения**
- 6. Как осложнения основного заболевания у пациента развились дыхательная недостаточность и правожелудочковая сердечная недостаточность**
- 7. Причиной выявленных изменений в общем анализе крови служит развитие вторичного эритроцитоза**
- 8. Для лечения обострения заболевания необходимо назначить бронходилататор короткого действия (беродуал) через небулайзер**
- 9. Наряду с бронхолитическими средствами пациенту необходимо назначить муколитический (N-ацетилцистеин) и антибактериальный препарат (амоксциллин / клавуланат)**
- 10. После проведенного лечения у пациента купировано обострение заболевания. Для дальнейшего лечения стабильного течения заболевания необходимо назначить β_2 -адреномиметик длительного действия и M-холинолитик длительного действия**
- 11. В качестве лечения осложнений основного заболевания необходимо назначить длительную кислородотерапию, мочегонные препараты**
- 12. Необходимо предусмотреть вакцинацию против гриппа**

132. Больная 37 лет, менеджер, обратилась в поликлинику

Жалобы на появление мочи вида «мясных помоев», уменьшение количества мочи, отеки лица, кистей рук, ног, повышение АД до 160/90 мм рт. ст., головные боли.

Анамнез заболевания Через 4 недели после перенесенного острого рожистого воспаления левой голени (проводилась антибактериальная терапия в условиях инфекционного отделения, достигнут положительный эффект) появились отеки на лице и лодыжках, моча вида «мясных помоев», уменьшилось количество мочи (до 500 мл/сут), зарегистрировано повышение АД до 160/90 мм рт. ст.

Анамнез жизни · Перенесенные заболевания и операции: хронический тонзиллит с частыми обострениями (лечение – самостоятельное). · Наследственность не отягощена. · Гинекологический анамнез: беременность – 1, роды – 1 (без осложнений, анализы мочи – норма, АД - норма). · Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет эпизодически (реже 1 раза в месяц). · Привычное АД - 110-120/70 мм рт. ст.

Объективный статус Состояние средней тяжести. Вес 68 кг, рост 169 см. Кожные покровы бледные, на передней поверхности нижней трети левой голени явления лимфедемы, незначительная гиперемия. Параорбитальные отеки, умеренные отеки голеней, стоп. Зев чистый. Миндалины умеренно увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 78 в мин., АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка перкуторно не увеличены, не пальпируются. Мочеиспускание безболезненное. За прошедшие сутки выделила около 500 мл мочи (выпила около 1,5 л жидкости).

- 1. Выберите основные необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) общий анализ мочи\ анализ титра антистрептококковых антител (АСЛО) \биохимический анализ крови**
- 2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования** Ответ: УЗИ почек
- 3. Ведущим синдромом у данной пациентки является** Ответ: остронефритический
- 4. Наиболее вероятным диагнозом является** Ответ: Острый постстрептококковый гломерулонефрит
- 5. Дифференциальную диагностику острого постстрептококкового гломерулонефрита следует проводить с** Ответ: хроническим гломерулонефритом
- 6. Показаниями к госпитализации при остром гломерулонефрите являются** Ответ: нарушение функции почек, нарастающая артериальная гипертензия, тяжелый отечный синдром, развитие нефротического синдрома, признаки сердечной и дыхательной недостаточности
- 7. Тактика ведения данной больной заключается в** Ответ: госпитализации в нефрологический стационар
- 8. Общие немедикаментозные принципы лечения острого гломерулонефрита включают** Ответ: соблюдение постельного режима, диеты с ограничением поваренной соли, потребляемой жидкости
- 9. Препаратами первого ряда для лечения артериальной гипертензии и отеков у пациентки с остронефритическим синдромом являются** Ответ: петлевые диуретики
- 10. Показаниями для антибиотикотерапии являются** Ответ: обнаружение высоких титров антистрептококковых антител в крови в сочетании с положительными результатами посева из зева или кожи
- 11. Показаниями для иммуносупрессивной терапии являются** Ответ: быстро прогрессирующее течение нефрита, нефротический синдром
- 12. Показаниями к проведению пункционной биопсии почки при остром гломерулонефрите являются** Ответ: прогрессирующее ухудшение функции почек, нарастающая протеинурия

133. Вызов врача на дом к пациенту 38 лет

Жалобы · на повышение температуры тела до 39,0 °С, головную боль, головокружение, слабость, недомогание.

Анамнез заболевания · Заболел остро три дня назад, когда появился выраженный озноб, повышение температуры тела до 39°С, головная боль, ломота в мышцах и суставах · Лечился самостоятельно противогриппозными и жаропонижающими средствами без эффекта. · На 3-ий день состояние ухудшилось, усилилась головная

боль, появилась тошнота, отмечалась повторная рвота, головокружение. Температура тела сохраняется на высоких цифрах.

Анамнез жизни · Офисный работник. · Аллергоанамнез: неотягощен. · Перенесенные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. · Вредные привычки: отрицает. · Проживает один, в отдельной квартире, холост. · Эпиданамнез: Десять дней назад до начала заболевания вернулся из туристической поездки в Египет, отмечал там укусы комаров.

Объективный статус · Температура тела 39,1°C. · Лицо умеренно гиперемировано. Кожные покровы чистые, загорелые, сыпи нет. · Слизистая оболочка задней стенки глотки обычной окраски. Миндалины не увеличены, налетов нет. · Пальпируются умеренно увеличенные шейные лимфатические узлы. · Дыхание через нос свободное. Катаральных явлений нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 19 в мин. · АД-90/60 мм.рт.ст, ЧСС – 115уд. в мин. · Живот мягкий, безболезненный. Пальпируется печень на 1 см ниже реберной дуги. Селезенка не увеличена. Мочеиспускание не нарушено. · Отмечается ригидность затылочных мышц, симптом Кернига отрицательный.

- 1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) Ответ: ИФА крови на арбовирус, ПЦР ликвора**
- 2. Какой основной диагноз? Ответ: Лихорадка Западного Нила, менингеальная форма, средней степени тяжести**
- 3. Ведущим синдромом Лихорадки Западного Нила является Ответ: гриппоподобный**
- 4. Для тяжелого течения Лихорадки Западного Нила характерно развитие Ответ: менингоэнцефалита**
- 5. Дифференциальную диагностику Лихорадки Западного Нила проводят с Ответ: менингококковой инфекцией, гриппом**
- 6. К клиническим формам Лихорадки Западного Нила относят Ответ: субклиническую, гриппоподобную, менингеальную, менингоэнцефалическую**
- 7. Особенностью клеточного состава ликвора при Лихорадке Западного Нила является плеоцитоз Ответ: смешанный ниже 500 клеток в 1 мкл**
- 8. К показаниям к госпитализации при Лихорадке Западного Нила относят Ответ: наличие менингеальной симптоматики**
- 9. Лечение неосложненной Лихорадки Западного Нила включает назначение Ответ: симптоматической терапии**
- 10. Применение антибиотиков при Лихорадке Западного Нила показано при Ответ: присоединении вторичной инфекции**
- 11. Выписка реконвалесцентов после Лихорадки Западного Нила осуществляется после Ответ: клинического выздоровления**
- 12. К профилактическим мероприятиям при Лихорадке Западного Нила относят Ответ: применение репеллентов, средств индивидуальной защиты от комаров**

134. Пациентка 56 лет обратилась к врачу-терапевту участковому.

Жалобы на · кашель с трудноотделяемой вязкой желтоватой мокротой, · повышение температуры тела до 37,3°C, · слабость, недомогание.

Анамнез заболевания · С 48 лет беспокоит хронический кашель со скудным количеством светлой мокроты в утренние часы. · В течение последних 3 лет ежегодно, не менее 4 раз переносила эпизоды бронхолегочной инфекции (усиление кашля с отделением гнойной мокроты на фоне простудных заболеваний). · Настоящее

ухудшение в течение 4 дней – на фоне простудного заболевания (боли в горле, першение, заложенность носа) усилился кашель, увеличилось количество мокроты, которая приобрела желтоватый оттенок.

Анамнез жизни · Росла и развивалась нормально. · Работает кассиром. · Перенесённые заболевания: пневмония, частые ОРВИ. · Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. · Вредные привычки: курит с 18-летнего возраста (30 сигарет в день).
Объективный статус
Общее состояние средней тяжести, температура тела – 37,2°C. Нормостенического телосложения, рост – 160 см, масса тела – 56 кг, индекс массы тела – 21,9 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Грудная клетка правильной формы, при перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – жёсткое везикулярное дыхание, рассеянные сухие базовые хрипы в умеренном количестве, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 78 в минуту. АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из под края рёберной дуги.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) Ответ: общий анализ мокроты\ клинический анализ крови\ бактериологическое исследование мокроты с окраской по Цилю – Нильсену и по Граму

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 3) Ответ: пульсоксиметрия\ спирометрия с тестом обратимости бронхиальной обструкции\ рентгенография органов грудной клетки

3. В данной клинической ситуации основным диагнозом является Ответ: Хронический слизисто-гнойный бронхит, обострение

4. Факторами риска обострения заболевания у пациентки являются курение и Ответ: частые респираторные инфекции

5. В связи с частыми ежегодными обострениями заболевания у больной повышен риск развития Ответ: бронхоэктазов

6. Для лечения обострения заболевания показано комбинированное назначение Ответ: антибиотиков и муколитиков

7. Пациентка относится к ____ группе состояния здоровья Ответ: IIIa

8. Ориентировочные сроки нетрудоспособности составляют (в днях) Ответ: 12-14

9. Пациентке показано проведение вакцинации против пневмококковой инфекции и Ответ: гриппа

10. Кратность ежегодного посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения больного хроническим бронхитом с обострениями заболевания более 3 раз в год составляет ____ раз/раза Ответ: 2

11. Лабораторные исследования при диспансерном наблюдении больного хроническим бронхитом включают клинический анализ крови и Ответ: общий анализ мокроты

12. Инструментальные исследования при диспансерном наблюдении больного хроническим бронхитом включают спирометрию и Ответ: рентгенографию органов грудной клетки

135. Больной А. 66 лет, пенсионер, обратился к участковому терапевту

Жалобы · на одышку, возникающую при умеренной физической нагрузке, · отеки голеней и стоп, · слабость, повышенную утомляемость, · сухость во рту, жажду, · дискомфорт в правом подреберье

Анамнез заболевания Около 10 лет отмечает эпизоды повышения АД максимально до 160/90 мм рт.ст. 3 года назад перенес острый инфаркт миокарда, протекавший без интенсивного болевого синдрома, но с выраженной одышкой и слабостью, по поводу которого лечился стационарно, консервативно. Тогда же впервые была выявлена гипергликемия натощак, при дальнейшем обследовании установлен диагноз сахарного диабета 2 типа. В настоящее время получает терапию лозартаном 50 мг/сут., кардиомагнилом 75 мг/сут., аторвастатином 20 мг/сут., метопрололом 25 мг/сут., на фоне чего приступы стенокардии не рецидивируют, АД варьирует в диапазоне 120-140/70-80 мм рт.ст. Сахароснижающие препараты не получает, диету старается соблюдать, проводит самоконтроль гликемии, которая составляет 6,5-7 ммоль/л натощак, до 9 ммоль/л постпрандиально. Настоящее ухудшение самочувствия связывает с перенесенной ОРВИ, которую лечил «народными средствами», в том числе употребляя до 2 л чая с лимоном и медом.

Анамнез жизни · Рос и развивался нормально · Работал мастером по металлу · Вредные привычки отрицает · Семейный анамнез: Отец больного умер в возрасте 77 лет от заболевания сердца. Мать страдала ГБ, СД 2 типа, умерла в 80 лет.

Объективный статус Состояние средней тяжести. Рост 175 см, вес 82 кг. ИМТ 26,7 кг/м². Кожные покровы бледно-розовые. Симметричные отеки стоп, голеностопных суставов. Т тела 36,90С. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 22 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук, в нижних отделах с обеих сторон ниже углов лопаток – притупление перкуторного звука, там же аускультативно ослабление дыхания, выслушиваются единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. В верхних отделах легких выслушивается жесткое дыхание. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - в V межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя – по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 72 удара в минуту. АД - 140/80 мм рт.ст. Пульс 72 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени: 11x10x8 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) Ответ: биохимический анализ крови\ натрийуретические пептиды

2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 2) Ответ: ЭКГ\ Эхо-КГ

3. Какой предполагаемый диагноз? Ответ: ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ОИМ трехлетней давности). Гипертоническая болезнь III стадии, 2 степени, риск ССО очень высокий. Сахарный диабет 2 типа, среднетяжелого течения. ХСНпФВ ЛЖ 46%, IIБ ст., IIФК NYHA

4. Для определения адекватности сахароснижающей терапии у пациента необходимо определение Ответ: HbA1c = 7,6%

5. Препаратом выбора в лечении сахарного диабета у данного больного, страдающего ХСН, является Ответ: метформин

6. В стандартной терапии бета-адреноблокатором, аспирином, статинами при наличии у больного ХСН и сахарного диабета, блокатор рецепторов ангиотензина целесообразно заменить на Ответ: ингибитор АПФ

7. Тактика терапии бета-блокаторами, наиболее целесообразная в отношении данного больного, страдающего сахарным диабетом, заключается в Ответ: замене метопролола на бисопролол, карведилол или небиволол

8. У данного больного при приеме бета-адреноблокаторов возможно развитие такого побочного эффекта, как Ответ: гипогликемия/сокрытие признаков гипогликемии

9. Целевым показателем липидного обмена при сочетании сахарного диабета и сердечно-сосудистых заболеваний является достижение _____ ммоль/л Ответ: ХС-ЛНП менее 1,8

10. К препаратам, применяемым у данного больного в качестве дополнения к ингибиторам АПФ с целью снижения риска госпитализации и смерти, относятся Ответ: бета-блокаторы

11. Острый инфаркт миокарда в анамнезе, протекавший без «интенсивного болевого синдрома, но с выраженной одышкой и слабостью», может быть связан с наличием у больного Ответ: сахарного диабета

12. У данного пациента с ИБС, ХСН и сахарным диабетом, имеющего признаки повреждения печени (повышение сывороточных трансаминаз, дискомфорт и чувствительность при пальпации в правом подреберье, увеличение печени) при отсутствии маркеров вирусных гепатитов, в первую очередь необходимо обследование пациента для уточнения наличия Ответ: неалкогольной жировой болезни печени

136. Больная К., 19 лет, обратилась в поликлинику

Жалобы на слабость, снижение аппетита, ощущение тяжести в эпигастрии, особенно после еды, желтушное окрашивание склер и кожи

Анамнез заболевания · Заболела остро, когда отметила повышение температуры до 38,7°C, появление «ломоты» в теле, недомогания, слабости. Принимала самостоятельно жаропонижающие средства. Самочувствие продолжало ухудшаться, исчез аппетит, слабость нарастала, была однократная рвота, стали беспокоить тяжесть в правом подреберье, горечь во рту, температура тела повысилась до 38°C. · На 6-й день болезни больная отметила снижение температуры тела и некоторое улучшение общего самочувствия, но окружающие заметили желтушность склер и кожи, что послужило причиной обращения к врачу.

Анамнез жизни · Студентка. · Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. · Аллергоанамнез: неотягощен. · Эпиданамнез: за месяц до настоящего заболевания отдыхала в студенческом лагере. Нередко питается в предприятиях общественного питания. Внутривенные инъекции, операции, лечение у стоматолога за последние 6 месяцев отрицает. Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус · Температура тела 36,7°C. · Склеры иктеричны, кожный покров желтушной окраски, чистый. · В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 16 в мин. · Тоны сердца ясные, ЧСС – 56 уд. в мин, АД – 90/60 мм рт.ст. · Язык влажный, обложен белым налетом. · Живот при пальпации мягкий, чувствительный в правом подреберье. · Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край печени закруглен, мягко-эластичен, чувствителен. Пальпируется селезенка. · Кал ахоличен. Моча темная.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) иммуноферментный анализ (ИФА) для определения маркеров вирусных гепатитов в сыворотке крови| биохимический анализ крови

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

УЗИ органов брюшной полости

3. Какой диагноз можно установить на основании клинических данных и результатов лабораторно-инструментальных методов исследования?
Вирусный гепатит А, желтушный вариант, средне-тяжелая форма
4. К клиническим вариантам гепатита А относят безжелтушный, стертый
5. Дифференциальную диагностику гепатита А в преджелтушном периоде следует проводить с
гриппом и другими ОРВИ, бактериальным пищевым отравлением
6. Прогностическим лабораторным критерием тяжелого течения вирусного гепатита А является
снижение уровня протромбинового индекса
7. При легкой форме вирусного гепатита А проводят _____ терапию
базисную
8. При среднетяжелой форме вирусного гепатита А проводят _____ терапию
инфузионнодетоксикационную
9. При лечении тяжелой формы гепатита А применяют энтеросорбент
10. Реконвалесценты гепатита А должны находиться на диспансерном наблюдении в кабинете инфекционных заболеваний в течение 3-6 месяцев
11. О каждом случае заболевания гепатита А (подозрении на гепатит А) медицинские работники в течение ____ посылают экстренное извещение по установленной форме в органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор 12 часов
12. Специфическую профилактику гепатита А осуществляют с помощью проведения вакцинации

137. На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 42 лет
Жалобы Жалоб не предъявляет, пришла на диспансеризацию
Анамнез заболевания · Хронические заболевания отрицает · Отмечает набор массы тела за последние 5 лет на 10 кг · В ходе диспансеризации впервые выявлено повышение глюкозы капиллярной крови до 6,7 ммоль/л
Анамнез жизни · Росла и развивалась нормально · Работает продавцом
Перенесённые заболевания: простудные · Беременности – 1, роды – 1 (вес ребенка при рождении 4400 г) · Наследственность: у матери инфаркт миокарда в 54 года · Аллергоанамнез: не отягощен · Вредные привычки: отрицает
Объективный статус Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост 1,65 м, вес 88 кг, индекс массы тела 32,6 кг/м², t тела 36,6°С. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 68 в минуту. АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) Ответ: глюкоза плазмы натощак\ гликированный гемоглобин (HbA1c)
2. Какой предполагаемый основной диагноз? Ответ: Сахарный диабет 2 типа
3. Какая сопутствующая патология присутствует у пациентки? Ответ: артериальная гипертензия 1 ст, высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 1 степени

4. Рекомендации по изменению образа жизни включают Ответ: низкокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела
5. Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < ____ % Ответ: 6,5
6. В качестве сахароснижающей терапии первого ряда назначается Ответ: метформин
7. Пациентке необходимо рекомендовать проводить самоконтроль гликемии _____ раз/раза в сутки и один гликемический профиль в неделю Ответ: 1
8. Патогенез сахарного диабета 2 типа заключается в Ответ: инсулинорезистентности и дефекте секреции инсулина
9. Для лечения артериальной гипертензии пациентке показано назначение Ответ: эналаприла, нифедипина
10. Эффективность сахароснижающей терапии оценивается по _____ через 3-6 месяцев после начала лечения Ответ: гликированному гемоглобину
11. Для профилактики поздних осложнений сахарного диабета показано достижение целевого уровня холестерина < ____ ммоль/л Ответ: 4.5
12. Для профилактики микро – и макро-сосудистых осложнений сахарного диабета показано достижение целевого уровня артериального давления _____ мм.рт.ст. Ответ: 120-140 / 70-85

138. 13.10.2017г. к участковому врачу терапевту в поликлинике обратился пациент 22-х лет на 2-ой день болезни.

Жалобы на заложенность носа, чиханье, слизистые и водянистые выделения из носа, покашливание и першение в горле, слезотечение.

Анамнез заболевания Заболел остро с появления познания и чувства тяжести в голове, слабости, повышения температуры тела до 37,2°C, одновременно присоединилось заложенность носа, чиханье, обильные слизистые и водянистые выделения из носа, охриплость голоса, покашливание и першение в горле, слезотечение, снижение обоняния.

Анамнез жизни · Студент очного отделения. · Аллергоанамнез: неотягощен.

· Перенесенные заболевания: детские инфекции. · Вредные привычки: курит до одной пачки в день. · Проживает в отдельной квартире с матерью. · Эпиданамнез: в студенческой группе были случаи заболевания ОРЗ · Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививался.

Объективный статус · Температура тела 37,0°C. · Кожные покровы чистые, сыпи нет. В области носа мацерация кожи. Инъекция сосудов склер. Конъюнктивы умеренно гиперемированы, слезотечение. · Слизистая оболочка ротоглотки в области мягкого неба, задней стенки глотки, небных дужек, язычка слабо гиперемирована, отечна. По задней стенке глотки стекает слизь. · Региональные лимфоузлы не увеличены. · Носовое дыхание затруднено. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. · АД-110/70 мм.рт.ст, ЧСС – 76 уд. в мин. · Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. · Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) ответ: ПЦР – диагностика\ реакция иммунофлюоресценции с отделяемым из носоглотки

2. Какой основной диагноз? ответ: Риновирусная инфекция, типичное течение, легкой степени тяжести

3. Симптомами неосложненной риновирусной инфекции являются ответ: ринорея, осиплость голоса, сухой кашель
4. Патогенетическим осложнением риновирусной инфекции является ответ: острый синусит
5. Дифференциальную диагностику риновирусной инфекции в начальный период проводят с ответ: гриппом, аденовирусной инфекцией, парагриппом
6. Показанием к госпитализации при риновирусной инфекции является наличие ответ: распирающей боли в области лобных, гайморовых пазух, повышение температуры выше 39 °С
7. Этиотропным средством для лечения риновирусной инфекции с доказанной эффективностью является ответ: умифеновир
- Срок изоляции больного с риновирусной инфекцией составляет Ответ: 5-6
8. Патогенетическое лечение риновирусной инфекции легкого течения включает ответ: санацию верхних дыхательных путей (носовых ходов)
9. Применение антибиотиков при риновирусной инфекции показано ответ: при присоединении вторичной инфекции
10. Химиопрепаратами, применяемые для профилактики риновирусной инфекции, являются ответ: умифеновир, интерферон альфа интраназальный
11. Профилактические меры при риновирусной инфекции включают ответ: изоляцию больного, влажную уборку и проветривание помещений
12. Неспецифической профилактической мерой при риновирусной инфекции служит ответ: промывание носа изотоническим раствором

139. Больная З., 57 лет, юрист, обратилась к врачу-терапевту участковому. Жалобы на боли в эпигастральной области опоясывающего характера, тошноту, однократную рвоту, многократный жидкий стул, сухость во рту, жажду. Анамнез заболевания. Считает себя больной в течение 5 лет, когда впервые появились боли в эпигастральной области, возникающие после приема жирной пищи (жареная утка, торт со взбитыми сливками), выраженная диарея, сохраняющаяся до 5 дней, при болях принимала но-шпу, мезим. Отмечает появление диареи при небольшой погрешности в диете, употреблении жирной жареной пищи, пирогов, обострения заболевания бывают 3-4 раза в год. В течение последнего года стала отмечать жажду и сухость во рту, диагностирован сахарный диабет. Настоящее ухудшение самочувствия в течение последней недели, когда после употребления жареной картошки с курицей появились опоясывающие боли в эпигастрии, возникла диарея до 7 раз в сутки, однократно была рвота съеденной пищей. Анамнез жизни. Росла и развивалась соответственно возрасту. Бытовые условия хорошие. Вредных привычек нет. Семейный анамнез: отец пациентки умер в возрасте 59 лет от меланомы кожи. Перенесенные заболевания: в возрасте 46 лет оперирована по поводу желчно-каменной болезни, проведена эндоскопическая холецистэктомия. На протяжении последних 7 лет диагностирована гипертоническая болезнь, с максимальными подъемами АД до 162/100 мм.рт.ст. постоянно принимает лизиноприл 10 мг 2 раза в день. Объективный статус. Состояние удовлетворительное. Больная гиперстенического телосложения, избыточного питания. ИМТ=30,3 кг/м². Температура тела 36,6°С. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 17 в мин. Границы сердца в норме, шумов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС 78 ударов в минуту. АД 132/80 мм рт ст. Живот при пальпации умеренно

болезненный в эпигастральной области. Симптом Ортнера отрицательный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Размеры печени по Курлову 9x8x7см. Селезенка не увеличена. Стул и мочеиспускание в норме. Отеков нет.

- 1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2) ответ: общий анализ крови\ биохимический анализ крови с определением АлТ, АсТ, амилазы, билирубина, ЩФ, ГГТП, глюкозы, гликированного гемоглобина**
- 2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 2) ответ: МСКТ органов брюшной полости. УЗИ органов брюшной полости**
- 3. Какой диагноз можно поставить данной больной? ответ: Хронический панкреатит, в стадии обострения**
- 4. К возможным осложнениям основного заболевания относится ответ: псевдокисты**
- 5. Сочетанным заболеванием у пациентки является ответ: гипертоническая болезнь**
- 6. Пациентке необходимо назначить ответ: ферментные препараты**
- 7. Для коррекции гипергликемии больной показано назначение ответ: инсулина**
- 8. Показателем определения компенсации сахарного диабета является ответ: гликозилированный гемоглобин**
- 9. К выявленным синдромам у пациентки относится ответ: внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы**
- 10. Наиболее вероятной причиной возникновения гипергликемии у данной пациентки является ответ: панкреатогенный сахарный диабет**
- 11. К внепанкреатическим источникам гиперамилаземии и гиперамилазурии относят ответ: болезни слюнных желез**
- 12. Препаратами выбора для лечения гипертонической болезни у данной больной являются ответ: ингибиторы АПФ**

140. Больной Р. 37 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому Жалобы на кашель с вязкой мокротой зеленого цвета, одышку при ходьбе до 50 метров, повышение температуры тела до 37,5°C, общую слабость, повышенную утомляемость, потливость.

Анамнез заболевания с 32-летнего возраста отмечал частые респираторные инфекции (около 5 раз в год), после которых в течение нескольких месяцев беспокоил кашель с отделением небольшого количества трудноотделяемой вязкой мокроты желтого цвета. В связи с этим часто проводились курсы антибактериальной и муколитической терапии, с положительным эффектом. С 35 лет пациент отметил появление и постепенное прогрессирование одышки, в настоящее время одышка возникает при преодолении 250 метров Настоящее ухудшение состояния в течение 4 дней, когда после длительного нахождения на холоде, стали беспокоить кашель с мокротой зеленого цвета, выраженная общая слабость, утомляемость, одышка при ходьбе до 50 метров, повысилась температура тела до 37,5° С.

Анамнез жизни · Рос и развивался соответственно возрасту. · Наследственность: у отца пациента - ишемическая болезнь сердца; мать страдает остеоартрозом тазобедренных суставов; у сестры – аденомиоз, дочь – практически здорова. · Аллергологический анамнез: при приеме амоксициллина - крапивница. ·

Профессиональный анамнез: работает трактористом в течение 12 лет. · Вредные

привычки: больной курит около 10 лет по 1/2 пачки сигарет в день ИЧК=22 пачка/лет; алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус Состояние средней тяжести. Температура тела 37,4° С. Кожные покровы с цианотичным оттенком, повышенной влажности. ИМТ 27,5 кг/м². ЧД 17 в мин. SpO₂ 93% при дыхании атмосферным воздухом. При перкуссии легких – коробочный звук. Аускультативно в легких жесткое дыхание, выслушиваются сухие свистящие и жужжащие хрипы над всей поверхностью лёгких. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 91 в мин. АД 130/75 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

1. К основным лабораторным методам обследования данного пациента относят (выберите 2) ответ: клинический анализ крови\ общий анализ мокроты

2. Пациенту в качестве дообследования необходимо провести (выберите 2) ответ: рентгенографии органов грудной клетки\ спирометрии с бронходилатационной пробой

3. Факторами риска развития заболеваний дыхательной системы является ответ: курение

4. Для подбора адекватной антибиотикотерапии следует провести ответ: бактериологический посев мокроты

5. Учитывая клинические данные диагноз пациента может быть сформулирован следующим образом ответ: Хронический обструктивный гнойный бронхит среднетяжелого течения в стадии обострения

6. При определении степени тяжести основного заболевания учитывалось значение ответ: объема форсированного выдоха за 1 сек

7. Осложнениями основного заболевания у данного пациента являются ответ: эмфизема легких, дыхательная недостаточность

8. При наличии гнойной мокроты обязательным является назначение ответ: антибиотиков

9. Учитывая алергоanamnez в качестве этиотропной терапии пациенту необходимо назначить ответ: азитромицин

10. Патогенетическая терапия у данного пациента предусматривает назначение ответ: муколитических препаратов и бронхолитических средств

11. В стадии ремиссии пациенту необходимо рекомендовать ответ: использование ингаляционных бронходилататоров

12. Для профилактики прогрессирования хронического бронхита и развития его обострений пациенту необходимо ответ: отказаться от курения

ситуация 151

Больной В., 53 лет, обратился к кардиологу поликлиники

Жалобы на сжимающие, давящие боли за грудиной, иррадиирующие в левое плечо, сопровождающиеся общей слабостью, возникающие при значительном повышении бытовых физических нагрузок - быстром подъеме на 4 этаж, беге, чаще при эмоциональном перенапряжении, купирующиеся в состоянии покоя и при приеме нитроглицерина.

Анамнез заболевания Указанные жалобы отмечает в течение последних 1,5 лет, однако за медицинской помощью не обращался, не обследовался. По совету матери пробовал принимать нитроглицерин, который быстро купировал боли за грудиной, однако вызывал интенсивные головные боли и чувство прилива кров и к лицу, из-за чего пациент отказался от его использования. При болях стал принимать валидол с менее выраженным антиангинальным эффектом. Обратился в поликлинику после внезапной смерти отца в возрасте 77 лет, который в течение более 10 лет предъявлял аналогичные жалобы.

Анамнез жизни Рос и развивался нормально, служил в армии Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронический фарингит, хронический гастрит. Наследственность: отец больного страдал ИБС, умер внезапно в возрасте 78 лет работает водителем-дальнобойщиком, 32 года курит по 20 сигарет в день. Сопутствующие заболевания: отрицает

Объективный статус При осмотре: больной нормостенического телосложения, рост 180 см, вес 102 кг, окружность талии 104 см. Кожные покровы обычной окраски. Т тела 36,7⁰С. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритм сердца правильный, шумов нет, ЧСС 86 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения, 86 в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10х9х8 см. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)

клинический анализ крови

биохимический анализ крови с определением липидного профиля, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, калия, натрия

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2)

Эхо-КГ

ЭКГ в 12 отведениях

Какой предполагаемый основной диагноз?

ИБС: стенокардия напряжения I ФК. Ожирение I ст.

Для уточнения диагноза ИБС у данного больного показано проведение проб с дозированной физической нагрузкой

Тактика лечения данного больного должна включать

комбинированную терапию бета-блокаторам в адекватной дозе, аспирином, статинами

Доза аспирина, которую следует назначить данному больному, составляет _____ мг/сут

75-150

Для уменьшения ульцерогенного эффекта аспирина, назначаемого пациенту с хроническим гастритом, рекомендуется

использование препарата в кишечнорастворимой оболочке

В рационе больного следует увеличить

полиненасыщенные жирные кислоты

Препаратами выбора для коррекции дислипидемии у больного являются

Статины

Побочным эффектом статинов, развитие которого следует контролировать у больного после начала терапии, является

повышение активности печеночных трансаминаз

Неинвазивным методом визуализации, который можно использовать для уточнения наличия и выраженности коронарного атеросклероза у больного, является

MPT-ангиография коронарных артерий

Для оценки суммарного сердечно-сосудистого риска смертельных осложнений в течение ближайших 10 лет у данного больного целесообразно использование шкалы

SCORE

Задача 141

Больная 54 лет обратилась в поликлинику. Жалобы боли в левой подвздошной области тянущего характера, склонность к запорам – стул через день, иногда через 2 дня. Анамнез заболевания Подобные боли периодически беспокоят последний год, как правило, в связи с задержкой стула. Ранее не обследовалась. Поводом для обращения стал совет врача-гинеколога провести исследование кишечника, поскольку была отмечена выраженная болезненность при вагинальном исследовании. Анамнез жизни Росла и развивалась нормально. Перенесенные заболевания и операции: простудные, аппендэктомия, перелом лучевой кости в типичном месте два года назад. Наследственность: родители умерли в старческом возрасте. Аллергии на медикаменты нет. Вредных привычек нет. Объективный статус Состояние удовлетворительное. Рост – 163 см, масса тела – 66 кг, индекс массы тела – 24,8 кг/м². Кожа и слизистые обычной окраски и влажности. Со стороны сердца и легких без отклонений от нормы. Язык влажный с выраженным серым налетом по спинке. Живот мягкий, болезненный при пальпации по ходу кишечника с максимумом в зоне сигмовидной кишки. Печень – по краю реберной дуги. Пальпируемых образований в брюшной полости не определяется. Вопросы 1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) клинический анализ крови, копрологическое исследование, анализ кала на скрытую кровь 2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2) КТ-энтероколонография, фиброколоноскопия 3. Какой диагноз основного заболевания можно поставить больной на основании клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования? Дивертикулез ободочной кишки 4. Инструментальное исследование кишечника данной пациентке следует начать с фиброколоноскопии 5. Болевые ощущения у пациентки в первую очередь следует дифференцировать с колоректальным раком 6. Развитие дивертикулита следует заподозрить при наличии лейкоцитоза в клиническом анализе крови 7. Больной с дивертикулезом ободочной кишки следует рекомендовать осмотические слабительные 8. При развитии дивертикулита в качестве базисного противовоспалительного средства следует назначить производные 5-

аминосалициловой кислоты 9. Больной с дивертикулезом ободочной кишки, осложнившимся дивертикулитом, следует назначить невсасывающиеся антибиотики 10. Больным с дивертикулезом ободочной кишки препараты со спазмолитическим эффектом следует комбинировать с ветрогонными пеногасителями 11. Наиболее высок риск кишечных кровотечений у больных с диаметром дивертикулов свыше 3 см 12. Профилактика развития осложнений дивертикулярной болезни обеспечивается диетой с большим содержанием пищевых волокон

Задача 142

На приём к участковому терапевту обратился мужчина 40 лет. Жалобы На головные боли, мелькание «мушек» перед глазами при физической нагрузке При медицинском освидетельствовании для оформления справки в ГИБДД зарегистрировано АД 180/100 мм рт.ст. Анамнез заболевания Вышеуказанные жалобы в течение последних 2-х лет, эпизодически при измерениях АД на работе – 150-160/90 мм рт.ст. К врачу по этому поводу не обращался, лекарства не принимал. После прохождения водительской комиссии решил обратиться в поликлинику. Анамнез жизни Рос и развивался нормально. Работает, слесарь МУП Лифтремонт. Перенесённые заболевания: около 10 лет болен язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, старается соблюдать диету. В настоящий момент вне обострения, при ЭГДС 6 месяцев назад патологии не выявлено. Наследственность: отец умер от инфаркта миокарда в 70 лет, мать – гипертоническая болезнь, фибрилляция предсердий. Аллергоанамнез: новокаин – анафилаксия. Вредные привычки: курит с 15 лет (20 сигарет в день), алкоголь употребляет умеренно. Объективный статус Состояние средней тяжести. Нормального питания, рост 1,78 м, вес 65 кг, индекс массы тела 20,52 кг/м², t тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – жесткое дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 60 в минуту. АД справа 150/90 мм рт.ст., АД слева 160/95 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Вопросы 1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови с определением глюкозы плазмы крови (натощак) общего холестерина, ЛПНП, ЛПОНП, ЛПВП, триглицеридов, креатинина (СКФ), натрия, калия

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2) ЭКГ, ЭхоКГ 3. Какой основной диагноз? Гипертоническая болезнь 11 стадии, 3 степени, высокого риска 4. Какая сопутствующая патология имеется у пациента? Язвенная болезнь ДПК в стадии ремиссии, хроническое течение 5. Какое фоновое заболевание имеется у пациента? гиперлипидемия 2а типа 6. Тактика врача первичного звена заключается в рекомендациях по коррекции образа жизни и назначении лекарственной терапии 7. Данному пациенту лечение артериальной гипертензии следует начать с комбинации минимум 2х препаратов 8. Рациональной комбинацией антигипертензивных препаратов является сочетание ингибитора АПФ и антагониста кальция 9. Учитывая наличие гипертрофии левого желудочка у пациента, предпочтительным является назначение препаратов из группы ингибиторов АПФ 10. Целевые значения АД у пациента менее _____ мм рт.ст. 140/90 11. Учитывая анамнез, данные клинико-лабораторных исследований и

рассчитанный риск по шкале SCORE (3%), пациенту для лечения дислипидемии необходимо рекомендовать коррекцию факторов риска 12. К немедикаментозным методам лечения АГ у данного пациента относятся отказ от курения, ограничение употребления поваренной соли

Задача 143

30-летняя женщина на приеме у участкового врача-терапевта. Жалобы На «выкручивающие» боли в животе, чаще в левой подвздошной области, возникающие на фоне стрессовых и конфликтных ситуаций, обычно во второй половине дня, уменьшающиеся или исчезающие после дефекации; на тянущие и боли, дискомфорт в животе без определенной локализации, возникающие обычно после обеда, сопровождающиеся вздутием и урчанием в животе и проходящие после отхождения газов или приема адсорбентов (энтеросгель, эспумизан); на головные боли, возникающие во второй половине дня Анамнез заболевания С молодости на фоне сильных волнений (конфликты, экзамены и т.п.) отмечала послабление стула, чему пациентка не придавала особого значения, поскольку подобные ситуации возникали редко, а в остальное время она чувствовала себя хорошо. С 27 лет самочувствие ухудшилось: большое количество конфликтных ситуаций на работе стало сопровождаться послаблением стула и учащением дефекаций до 3-4 раз в дневное время (без примеси крови и непереваренной пищи), редкий день обходился без приема лоперамида. Около года назад присоединилась боли в животе и вздутие, последние полгода чтобы уменьшить их и избежать неловких ситуаций на работе стала принимать адсорбенты (3-4 раза в неделю). Кратковременное улучшение состояния было во время двухнедельного отпуска, но после возвращения на работу боли в животе, вздутие и послабление стула возобновились. Обратилась к участковому терапевту для обследования, поскольку сильно обеспокоена состоянием своего здоровья и в последнее время стала испытывать все больше затруднений на работе в связи с имеющимися симптомами. Анамнез жизни Бабушка со стороны матери умерла в 77 лет от рака сигмовидной кишки, у матери пациентки (58 лет) выявлена аденокарцинома толстой кишки, частный предприниматель, замужем, есть дочь, не курит, алкоголем не злоупотребляет, питается нерегулярно, избегает жирной и острой пищи, употребляет большое количество сырых овощей и фруктов, месячные обильные, болезненные, цикл регулярный, гинекологических заболеваний нет, аллергологический анамнез не отягощен. Объективный статус Состояние удовлетворительное. Вес 70 кг, рост 169 см. Температура тела 36,8°C. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Отеков нет. Катаральных явлений нет. Над легкими везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет, ЧДД 15/мин Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, ЧСС 68/мин, АД 105/75 мм рт.ст. Живот мягкий, пальпируется спазмированная сигмовидная кишка, при пальпации слепой кишки определяется урчание. Перитонеальные симптомы отрицательные. Печень, селезенка не увеличены. Стул послабленный (6 тип по Бристольской шкале), мочеиспускание свободное. Per rectum: перианальная область не изменена, при пальцевом исследовании тонус сфинктера сохранен, геморроидальные узлы не пальпируются, объемных образований не выявлено, на перчатке кал коричневого цвета. Вопросы 1. К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования, помимо общих анализов крови, мочи и кала относят (выберите 2) определение уровня С-реактивного белка, определение антител IgA или IgG к тканевой трансглутаминазе-2 2. К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относится колоноскопия с биопсией слизистой оболочки при необходимости 3. Какой диагноз

можно поставить данной больной? Синдром раздраженного кишечника 4. Рациональной диетической рекомендацией пациентке является избегать приема пищи в спешке, в процессе работы 5. Для лечения абдоминальной боли пациентке показано назначение спазмолитиков 6. Для купирования диареи пациентке показано назначение лоперамида гидрохлорида 7. Альтернативным препаратом для купирования диареи является диоктаэдрический смектит 8. К «симптомам тревоги» у пациентки относится отягощенная наследственность 9. Элиминационная диета характеризуется ограничением употребления продуктов, вызывающих усиление симптомов заболевания 10. Профилактика данного заболевания не разработана 11. Для оценки характера кала используется Бристольская шкала 12. Прогноз *quoad vitam* при данном заболевании благоприятный

Задача 144

Женщина 38 лет, учительница средней школы, обратилась к врачу-терапевту участковому с просьбой обследовать и назначить лечение. Жалобы на эпизоды повышения АД до 150/95 мм рт.ст. при обычном АД 110-120/80 мм рт.ст. Анамнез заболевания Около 5 лет назад стала отмечать повышение АД максимально до 155/95 мм рт.ст., по поводу чего не обследовалась, антигипертензивную терапию не получала. В настоящее время беременность 16 недель, последний месяц АД в пределах 150/85-155/90 мм рт.ст. Анамнез жизни Росла и развивалась нормально. Образование высшее. Работает. Наследственность: мать 68-ми лет страдает АГ, отец 70-ти лет перенес инфаркт миокарда. Гинекологический анамнез: беременности – 2, роды – 1. Во время первой беременности часто отмечались повышенные цифры АД. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает. Объективный статус Общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост – 160 см, масса тела – 66 кг (до беременности – 63 кг), ИМТ=24,6 кг/м² (до беременности). Кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. Лимфоузлы не увеличены. ЧДД – 16 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны ясные, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, шумов нет. ЧСС – 68 ударов в минуту, АД – 155/95 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлено.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 5) общий анализ крови, уровень креатинина плазмы. исследование глюкозы в плазме крови (натощак). общий анализ мочи. исследование общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов (ТГ)
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 4) УЗИ почек. эхокардиография трансторакальная. внеофисное измерение АД: СКАД и/или СМАД. ЭКГ покоя в 12 отведениях
3. Какой основной диагноз? Гипертоническая болезнь
4. У пациентки _____ стадия ГБ 1
5. У пациентки _____ АГ 1 степень
6. У пациентки _____ риск развития сердечно-сосудистых осложнений средний

7. У бессимптомных больных АГ без сердечно-сосудистых заболеваний, ХБП и диабета рекомендуется стратификация риска с помощью модели SCORE
8. Пациентке следует рекомендовать ограничить потребление соли
9. Больной следует назначить метилдопу
10. Целевым для пациентки является АД < _____ мм рт.ст.
- 140/90
11. Больной показана/показано лечение в амбулаторных условиях
12. Учитывая уровень гемоглобина, больной необходимо назначить препараты железа внутрь

Задача 145

Больной Ш., 73 года, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому. Жалобы на перебои в работе сердца, одышку при небольшой физической нагрузке, отеки голеней. Анамнез заболевания считает себя больным в течение 10 лет, когда впервые появились боли за грудиной сжимающего характера. При госпитализации в стационар был диагностирован инфаркт миокарда, постоянно принимает аспирин, бисопролол, аторвастатин. Последние 5 лет стал отмечать появление одышки при незначительной физической нагрузке, перебои в работе сердца. При выполнении суточного мониторирования ЭКГ выявлена полная блокада левой ножки пучка Гиса, частая желудочковая экстрасистолия. Настоящее ухудшение самочувствия в течение последнего месяца, когда стала нарастать одышка, появились отеки голеней. Анамнез жизни Рос и развивался соответственно возрасту. Последний год не работает, пенсионер. 5 лет назад диагностирован сахарный диабет, постоянно принимает метформин. Не курит, алкоголь не употребляет. Семейный анамнез: не отягощен. Перенесенные заболевания: холецистэктомия по поводу желчно-каменной болезни более 15 лет назад, пневмония в прошлом году. Объективный статус Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Цианоз губ, акроцианоз. Отеки голеней и стоп. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание жесткое, единичные влажные хрипы в нижних долях обоих легких. ЧД 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. ЧСС 68 ударов в мин. АД 120/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 11x10x9 см. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание в норме.

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2) общий анализ крови, Б/х анализ крови с определением липидного профиля, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, гликированного гемоглобина
2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (2) суточное мониторирование ЭКГ, ЭхоКГ
3. Какой диагноз можно поставить? ИБС: постинфарктный кардиосклероз
4. К осложнениям у пациента относится ХСН 2Б стадии
5. У пациента диагностирована аритмия частая желудочковая экстрасистолия
6. Для лечения ХСН больному показано назначение иАПФ
7. Для лечения желудочковой экстрасистолии этому больному показано назначение бета-блокаторов + амиодарона
8. Фоновым заболеванием для ИБС у данного пациента является атеросклероз коронарных артерий
9. Сочетанной патологией, которая выявлена у пациента, является сахарный диабет 2 типа

10. При назначении статинов необходимо рекомендовать пациенту проводить мониторинг АлТ, АсТ
11. Показателем, который определяет компенсацию сахарного диабета, является гликозилированный гемоглобин
12. Наиболее информативным методом для диагностики ИБС является коронароангиография

Задача 146

Больной М. 26 лет обратился в поликлинику по месту жительства

22.08.2017г. Жалобы На слабость, повышение температуры до 37,4°C, тошноту, снижение аппетита, рвоту после еды, «тяжесть» в эпигастрии и дискомфорт в правом подреберье, потемнение мочи, желтушное окрашивание склер. Анамнез заболевания Заболел остро с повышения температуры до 37,5°C, головной боли, ломоты в мышцах и суставах. Раздражали запахи пищи, отмечал тошноту. Высокая лихорадка до 38,5°C сохранялась в течении первых 3-х дней. Лечился дома, самостоятельно принимал сорбенты и жаропонижающие препараты. К врачу не обращался. В последующие дни появились рвота после еды и послабление стула до 3 раз в сутки, ощущение «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье, пропал аппетит. На 5-й день болезни отметил потемнение мочи. Окружающие заметили желтуху, что послужило причиной обращения к врачу. Анамнез жизни Журналист Проживает в отдельной квартире с семьей. Аллергоанамнез: не отягощен. Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, вирусный гепатит А. Вредные привычки: отрицает. Парентеральный анамнез не отягощен. Последняя командировка была в Таджикистан за 16 дней до начала заболевания. Объективный статус Температура тела 37,8°C. Кожа и склеры желтушны, сыпи нет. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, чувствителен при пальпации в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, мягко-эластичной консистенции, чувствительна при пальпации. Пальпируется полюс селезенки. Моча темная, стул ахоличен. АД – 110/70 мм.рт.ст, ЧСС – 72 уд. в мин.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) биохимический анализ крови. ИФА для определения маркеров вирусных гепатитов. определение протромбинового индекса
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования УЗИ органов брюшной полости
3. Какой основной диагноз? Вирусный гепатит E, желтушная форма, средней степени тяжести
4. Клиническим критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита является наличие геморрагического синдрома
5. Наиболее значимым лабораторным критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита E является снижение уровня содержания протромбина в крови
6. Возможным осложнением вирусного гепатита E является острая печеночная энцефалопатия
7. Высокая летальность при остром ВГ E регистрируется у беременных женщин в 111 триместре
8. Базисной терапией вирусного гепатита E является дезинтоксикационная
9. Базисная терапия вирусного гепатита E предусматривает назначение лактулозы
10. При лечении вирусного гепатита E с холестатическим синдромом используют урсодезоксихолевую кислоту
11. Лечение больных с тяжелым течением вирусного гепатита E должно включать гипоаммониемические препараты
12. В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом E назначают соблюдение санитарно-гигиенических мероприятий

Задача 147

Больной Н. 61 года, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому. Жалобы на одышку, возникающую при небольшой физической нагрузке, проходящую в покое, эпизоды удушья в ночное время суток, вынуждающие больного принять вертикальное положение, тяжесть в правом подреберье, отеки голеней и стоп, слабость, повышенную утомляемость, уменьшение объема выделяемой мочи.

Анамнез заболевания В течение длительного времени (приблизительно с 45 лет) страдал артериальной гипертензией с повышением АД до 170/100 мм рт.ст., однако не обследовался, лечения не получал. В возрасте 60 лет без предшествующей стенокардии перенес инфаркт миокарда, лечился стационарно консервативно. Рекомендованную при выписке из стационара терапию принимал в течение 1 месяца, затем все препараты самостоятельно отменил, мотивируя удовлетворительным самочувствием. В течение года после инфаркта миокарда больной отметил снижение цифр АД и появление одышки сначала при обычной, потом и при незначительной физической нагрузке, что ограничивало его повседневную активность. В последующем присоединились отеки нижних конечностей, обратил внимание на уменьшение количества выделяемой мочи, особенно в дневное время.

Анамнез жизни Рос и развивался нормально. Работал токарем. С 16 лет курил по 1 пачке в день. После перенесенного инфаркта курить бросил. Семейный анамнез: отец больного умер в возрасте 52 лет от заболевания сердца, мать 83-х лет жива, страдает артериальной гипертензией.

Объективный статус Состояние тяжелое. Рост – 177 см, масса тела – 85 кг. Кожные покровы бледные. Цианоз губ, акроцианоз. Температура тела – 36,4°C. Симметричные отеки стоп и голеней до средней трети. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД – 23 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с коробочным оттенком, ниже углов лопаток с обеих сторон определяется укорочение перкуторного звука. При аускультации над легкими выслушивается жесткое дыхание, в нижних отделах с обеих сторон – влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудины, левая – в VI межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя – по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные, на верхушке выслушивается ритм галопа и мягкий систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область. ЧСС – 94 удара в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Пульс – 94 удара в минуту. Живот мягкий, чувствительный в области правого подреберья. Размеры печени: 15×12×9 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) биохимический анализ крови с определением электролитов, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, железа, ферритина, липидного профиля. клинический анализ крови

2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 2) ЭКГ в покое. Эхо-КГ

3. Какой предполагаемый основной диагноз?

ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III ст., артериальная гипертензия 2 ст., риск ССО очень высокий. ХСН со сниженной ФВ ЛЖ 35%, IIБ ст., IV ФК NYHA. Приступы сердечной астмы.

4. С целью подтверждения диагноза ХСН больному целесообразно определение следующего биохимического показателя мозгового натрийуретического пептида (МНУП)
5. Для объективной оценки переносимости физических нагрузок, в том числе для уточнения ФК ХСН, а также для оценки эффективности проводимого лечения, больному показано проведение теста 6-минутной ходьбы
6. Препаратами «первой линии» в лечении больного, в клинической картине которого превалирует симптоматика ХСН, являются ингибиторы АПФ
7. Диетические рекомендации для данного больного должны включать ограничение потребления соли и жидкости
8. Комбинированная терапия ХСН со сниженной фракцией выброса левого желудочка у данного больного наряду с ингибиторами АПФ должна включать следующие группы препаратов диуретиков, антагонистов минералокортикоидных рецепторов
9. В настоящее время Противопоказанием к назначению бета-адреноблокаторов у данного больного является тяжелая декомпенсация ХСН
10. Учитывая тяжесть декомпенсации ХСН больному в стационаре показана дегидратационная терапия, начинать которую следует с внутривенного введения петлевых диуретиков (торасемид, фуросемид)
11. У больного с декомпенсированной ХСН, получающего ингибитор АПФ, фуросемид и спиронолактон для мониторинга за развитием нежелательных побочных эффектов необходима динамическая оценка показателя СКФ
12. При уменьшении явлений декомпенсации ХСН, но сохраняющейся синусовой тахикардии. Данному пациенту со сниженной ФВ ЛЖ с целью уменьшения ЧСС противопоказано назначение верапамила и дилтиазема

Задача 148

Вызов врача на дом к больному А. 48 лет 18.06.2018г. Жалобы на слабость, недомогание, снижение аппетита, повышение температуры тела, чувство жара, головные боли, 2-кратную рвоту, боли в шее и мышцах верхних и нижних конечностей. Анамнез заболевания: заболел остро 13.06.18 с повышением температуры до 39,2°C, появления болей в мышцах и суставах, чувства жара. Принимал самостоятельно ибупрофен, ингавирин – с непродолжительным эффектом в виде снижения температуры тела до 37,5°C. В последующие дни сохранялось повышение температуры тела по вечерам до 38,8°-39,4°C. На 6 день болезни температура тела – 38,6°C, сохранение мышечных болей, появление головных болей и рвоты, что послужило причиной обращения в поликлинику. Анамнез жизни: Работает учителем физики в общеобразовательной школе. Проживает в отдельной квартире с женой и ребёнком. Аллергоанамнез: неотягощен. Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. Вредные привычки: отрицает. Парентеральный анамнез неотягощен. Больной 2 недели назад был на даче в Тверской области. Отмечал укусы клеща, который заметил через несколько часов. Со слов, клеща извлёк самостоятельно.

Объективный статус

- Температура тела 38,7°C.
- Кожа лица умеренно гиперемирована, сыпи нет.
- Язык влажный, обложен тонким белым налетом.
- В лёгких – везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 18 /мин.
- АД – 110/65 мм.рт.ст, ЧСС – 90 уд. в мин.

- Живот мягкий, при пальпации безболезнен во всех отделах. Перитонеальные симптомы отрицательны. Симптом поколачивания – отрицателен.
- Печень не увеличена, мягко-эластичной консистенции, безболезненна при пальпации. Селезенка не пальпируется.
- Моча светло-жёлтая, стул оформленный.
- Отмечается ригидность затылочных мышц. Симптомы Брудзинского и Кернига отрицательны. Сознание сохранено.
- 1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) ПЦР (ликвора). ИФА на антитела к антигену вирусных инфекций

· 2. Какой основной диагноз?

Клещевой вирусный энцефалит, менингеальная форма, среднетяжёлое течение

· 3. Особенностью клеточного состава ликвора при клещевом вирусном энцефалите является лимфоцитарный плеоцитоз ниже 500 клеток в 1 мкл

4. Относительно тяжёлым течением характеризуется _____ клиническая форма клещевого вирусного энцефалита менингоэнцефалитическая

· 5. К характерным проявлениям полиомиелитической формы клещевого вирусного энцефалита относят симптом «свислой» головы

· 6. Дифференциальную диагностику клещевого энцефалита следует проводить с лайм-боррелиозом, полиомиелитом, эрлихиозом

· 7. Этиотропная терапия клещевого вирусного энцефалита включает назначение специфического иммуноглобулина

· 8. В качестве патогенетической терапии при клещевом вирусном энцефалите используются диуретики

· 9. В лечении клещевого вирусного энцефалита важным компонентом патогенетической терапии являются глюкокортикостероиды

· 10. Первоочередной мерой экстренной профилактики при укусе клеща в эндемичном по клещевому вирусному энцефалиту регионе является введение иммуноглобулина

· 11. Для профилактики клещевого вирусного энцефалита перед выездом в эндемичный регион используется вакцинация

· 12. В качестве неспецифической меры профилактики клещевого вирусного энцефалита следует применять репеллентные средства против клещей

Задача 149

Больная 73-х лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому
Жалобы на одышку и учащённое сердцебиение при небольшой физической нагрузке (ходьба на 100 метров), отеки лодыжек

Анамнез заболевания С 37 лет отмечаются эпизоды повышения АД до 170/115 мм рт.ст. В 65 лет перенесла инфаркт миокарда с Q зубцом, в последующем принимала ингибиторы АПФ, тромбо-АСС и кардикет. Настоящее ухудшение состояния на протяжении последних 1,5 лет, когда после повторного инфаркта миокарда без Q зубца стала отмечать появление одышки и учащённого сердцебиения при физической нагрузке; 6 месяцев тому назад к вечеру стали появляться отеки лодыжек

Анамнез жизни Курит в течение 40 лет по 5 сигарет в сутки С 59 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, принимает метформин 500 мг/сут Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия в возрасте 20-и лет

Объективный статус Состояние средней тяжести. Вес 90 кг, рост 158 см, ИМТ= 36 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 21 в мин. Тоны сердца ритмичные,

приглушены, ЧСС 94 в мин., АД 150/95 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см ниже края реберной дуги. Отеки стоп. Тест 6-и минутной ходьбы: пройдено 250 метров.

1. У больной с АГ и сахарным диабетом II типа оценить функцию почек можно посредством (выберите 3) определения креатинина сыворотки . расчета СКФ по формуле EPI . пробы Реберга
2. Обследование пациентки должно включать (выберите 3) мозговой натрий-уретический пептид. ультразвуковое исследование сердца (ЭХО-КГ). ЭКГ
3. Причиной снижения толерантности к физической нагрузке у пациентки является хроническая сердечная недостаточность
4. Диагноз может быть сформулирован следующим образом ИБС: постинфарктный кардиосклероз. ГБ III ст, 3 ст. Сахарный диабет II типа. ХСН III ФК (NYHA), II Б стадии. ХБП III А. Риск 4
5. Для исключения хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ) у больной с длительным стажем курения необходимо оценить модифицированный индекс Тиффно
6. Для лечения ХСН пациентке показано назначение бета-блокатора метопролола сукцината
7. Кроме бета-адреноблокаторов пациентке показаны ингибиторы АПФ
8. При невозможности назначения иАПФ, они могут быть заменены блокаторами рецепторов ангиотензина II
9. Пациентке с ХСН следует ограничивать применение НПВС
10. Модификация диеты пациентки должна включать ограничение поваренной соли
11. Среди факторов сердечно-сосудистого риска у пациентки немодифицируемым является возраст
12. Мероприятия по изменению образа жизни у данной больной должны включать регулярные дозированные физические нагрузки

Задача 150

Больной 44 лет, сотрудник МВД, обратился в поликлинику. Жалобы На потемнение цвета мочи, в течение суток после начала носоглоточной инфекции, пастозность ног. Анамнез заболевания Подобные эпизоды потемнения цвета мочи вслед за обострением фарингита, тонзиллита стереотипно наблюдаются в течение последних пяти лет, в течение недели нормальный цвет мочи обычно восстанавливался. В клинических анализах мочи в этот период: белка до 1 г/л, в осадке эритроцитов до 80-100 в п/з. Дважды исследовал в период обострения уровень иммуноглобулина А (IgA) – он был повышен. Креатинин за эти годы – в пределах нормы -78-80 мкмоль/л. Анамнез жизни Перенесенные заболевания и операции: хронический тонзиллит с частыми обострениями (лечение – самостоятельное) Наследственность не отягощена Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет Рабочее АД - 110-130/90 мм.рт.ст. Объективный статус Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 173 см. Кожные покровы бледные, чистые. Зев не гиперемирован. Миндалины умеренно увеличены. Периферических отеков нет. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 80 в мин., АД 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное.

- 1) Выберите основные необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) общий анализ мочи. биохимический анализ крови

- 2) В качестве скринингового инструментального метода обследования пациенту необходимо выполнить УЗИ почек
- 3) Ведущим нефрологическим синдромом, выявляемым у пациента, является остронефритический
- 4) Наиболее вероятным диагнозом является IgA-нефропатия (болезнь Берже)
- 5) Дифференциальную диагностику IgA-нефропатии следует проводить с другими вариантами хронического гломерулонефрита
- 6) Показаниями к госпитализации при IgA-нефропатии являются остронефритический синдром, нефротический синдром, быстро прогрессирующая почечная недостаточность, тяжелая АГ, массивные отеки
- 7) Тактика ведения данного больного заключается в
 - госпитализации пациента в нефрологический стационар для биопсии почки и определения программы иммуносупрессии
- 8) Общие немедикаментозные принципы лечения IgA-нефропатии заключаются в
 - соблюдении режима согласно тяжести состояния, диеты с ограничением поваренной соли, санации очагов инфекции, провоцирующих обострение заболевания
- 9) Препаратами для лечения пациентов с IgA-нефропатией с протеинурией до 1 г в сутки при нормальной СКФ являются
 - ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) или блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА)
- 10) Показаниями к иммуносупрессивной терапии IgA-нефропатии являются
 - быстро прогрессирующее течение нефрита, нефротический синдром
- 11) Показаниями к проведению пункционной биопсии почки при изолированном мочевоом синдроме являются
 - прогрессирующее ухудшение функции почек, нарастающая протеинурия
- 12) К лабораторным критериям неблагоприятного прогноза IgA-нефропатии относятся
 - выявляемые на момент установления диагноза или в течение заболевания снижение СКФ или повышение уровня креатинина, артериальная гипертензия, персистирующая протеинурия ≥ 1 г/сут

Ситуация 152

Больная С. 35 лет обратилась в поликлинику к врачу терапевту участковому
Жалобы на повышение температуры тела до 37,5°C, боль в горле, затруднение носового дыхания

Анамнез заболевания Заболела остро 2 недели назад, когда появились повышение температуры тела до 37,7°C, боли в горле, заложенность носа. Самостоятельно лечилась народными средствами, но без выраженного эффекта.

Обратилась в поликлинику. При осмотре врач обратила внимание на увеличение лимфатических узлов, гиперемию задней стенки глотки, затруднение носового дыхания, увеличение печени при пальпации. Назначено лабораторное обследование. Через неделю больная вновь пришла на прием: самочувствие без улучшения, температура тела не снижалась, боль в горле, затруднение носового дыхания сохранялись.

Анамнез жизни Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. Аллергоанамнез: не отягощен. Эпиданамнез: больная в течение трех месяцев

имеет полового партнера – безработного, ранее длительно употреблявшего наркотики.

Объективный статус Температура тела 37,5°C. Кожный покров физиологической окраски, сыпи нет. Склеры не инъецированы. Пальпируются затылочные, заднешейные, подмышечные, локтевые лимфатические узлы до 1,5 см, плотноэластической консистенции, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ЧСС – 68 уд. в мин, АД – 100/70 мм рт.ст. Слизистая оболочка ротоглотки умеренно гиперемирована, миндалины гипертрофированы до II степени, наложений на миндалинах нет. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,0 см, край печени чувствителен. Пальпируется селезенка. Кал обычной окраски. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Менингеальных, очаговых явлений нет.

ВОПРОСЫ:

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3)

клинический анализ крови

реакция Хоффа-Бауэра

иммунный блоттинг

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

УЗИ органов брюшной полости

Какой основной диагноз?

Острая ВИЧ-инфекция, стадия 2Б: мононуклеозоподобный синдром

Дифференциальную диагностику острой ВИЧ-инфекции следует проводить с инфекционным мононуклеозом, краснухой, аденовирусной инфекцией

Антитела к ВИЧ после инфицирования появляются в течение

3-6 месяцев

Значимым лабораторным критерием оценки прогрессирования ВИЧ-инфекции является уровень CD4-лимфоцитов и вируса в крови

Критериями для начала антиретровирусной терапии при ВИЧ-инфекции могут быть

уровень CD4-лимфоцитов, концентрация вируса в крови, клиническое течение болезни

Для этиотропной терапии ВИЧ-инфекции применяют

зидовудин

Для антиретровирусной терапии при ВИЧ-инфекции используют

ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ

К оппортунистическим заболеваниям при ВИЧ-инфекции относят

пневмоцистную пневмонию

С целью выявления ВИЧ-инфекции для скринингового обследования используют

иммуноферментный анализ

Для предотвращения заражения ВИЧ-инфекцией при попадании крови или других биологических жидкостей на кожный покров это место обрабатывают

70%-м спиртом

Ситуация 153

Больная 46 лет обратилась в поликлинику

Жалобы тупые боли после еды в верхних отделах живота с иррадиацией в спину тошноту по утрам и после еды горечь во рту снижение аппетита метеоризм и

кишечное газообразование обильный кашицеобразный стул с жирным блеском 2-3 раза в день.

Анамнез заболевания Пять лет назад при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости были обнаружены множественные конкременты в желчном пузыре диаметром от 5 до 18 мм. На рекомендованную холецистэктомию не согласилась. В течение последнего года появились и нарастали указанные жалобы. Из-за ограничений в питании и диареи снизила массу тела на 6 кг.

Анамнез жизни Росла и развивалась нормально. Перенесенные заболевания и операции: редкие простудные, миома матки, соответствующая 5 неделям беременности, в течение 3 лет. Наследственность: у матери желчнокаменная болезнь. Родов 2. Менструальный цикл не изменен. Вредные привычки: не курит, алкоголь и наркотики не употребляет.

Объективный статус Состояние удовлетворительное. Индекс массы тела 24. Кожа и слизистые обычной окраски и влажности. Со стороны сердца и легких без отклонений от нормы. Язык влажный с выраженным белым налетом по спинке. Живот мягкий, несколько вздут, болезненный при пальпации в эпигастрии, обоих подреберьях. Множество мелких гемангиом на коже верхних отделов живота. Печень перкуторно – по краю реберной дуги.

1) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3)

[биохимический анализ крови](#)

[клинический анализ крови](#)

[копрологическое исследование](#)

2) Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2)

[ультразвуковое сканирование органов брюшной полости](#)

[магнитно-резонансная томография брюшной полости](#)

3) Какой диагноз основного заболевания?

[Хронический билиарнозависимый паренхиматозный панкреатит с экзогенной панкреатической недостаточностью, персистирующее течение на фоне желчнокаменной болезни](#)

4) Уточнение состояния панкреатобилиарной зоны у пациентки следует начать с [ультразвукового сканирования органов брюшной полости](#)

5) Наиболее точно экзокринную недостаточность поджелудочной железы у больной подтвердит

[определение панкреатической эластазы в кале](#)

6) Помимо низкого содержания жиров диетическая терапия при функциональной панкреатической недостаточности предусматривает

[достаточное содержание белков и углеводов](#)

7) Оптимальная заместительная полиферментная терапия предполагает преимущественное использование препаратов

[в форме минимикросфер](#)

8) Критерием достаточности заместительной полиферментной терапии являются [исчезновение полифекалии и диспепсии](#)

9) Для купирования болевых ощущений у пациентки целесообразно назначение комбинации препаратов

[гимекромона и рабепразола](#)

10) Показания к оперативному лечению пациентки определяются

возможностью осложнений желчнокаменной болезни

11) Помимо больших размеров конкрементов возможность эффективной литолитической терапии у пациентки ограничена

давностью конкрементов свыше 5 лет, наличием хронической диареи

12) Заместительная полиферментная терапия должна назначаться из расчета 25-40 тыс. ед. липазы в основной прием пищи + 10-25 тыс. ед. в промежуточный прием

Ситуация 154

Больной А. 44 года осматривается врачом-терапевтом участковым в поликлинике

Жалобы На головную боль в затылочной области, ощущение пульсации в голове, жара, головокружение, снижение работоспособности

Анамнез заболевания Головные боли при стрессовых ситуациях беспокоят в течение нескольких лет. Не придавал этому значение. Год назад при случайном, однократном измерении артериального давления были выявлены повышенные цифры, однако к врачам не обращался. В течение последнего месяца на фоне неприятностей на работе отметил усиление головных болей, появление головокружения, пошатывания при ходьбе, что заставило обратиться к врачу по месту жительства.

Анамнез жизни рос и развивался нормально

перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронический гастрит

наследственность: отец имеет артериальную гипертензию с 40 лет, перенес инфаркт миокарда в возрасте 53 лет.

вредные привычки: курит по 10-15 сигарет в день с 18-летнего возраста

двигательная активность: малоподвижный образ жизни

Объективный статус Состояние относительно удовлетворительное. Вес 105 кг, рост 177 см. Кожные покровы нормальной окраски, влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 16 в минуту. Левая граница сердца определяется по 5 межреберью на 1 см кнаружи от левой срединноключичной линии. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент второго тона во втором межреберье справа от грудины. ЧСС 85 ударов в минуту. АД 170/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Отеков нет.

1) Скрининговым лабораторным методом обследования, необходимым для постановки диагноза, является (выберите 2)

биохимический анализ крови

общий анализ мочи

2) Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

электрокардиография в покое в 12 отведениях

3) Какой диагноз можно поставить данному больному?

Гипертоническая болезнь II стадия, 2 степень, риск высокий

4) К поражению органов-мишеней, связанному с артериальной гипертензией у больного относят

гипертрофию левого желудочка

5) У больного имеется нарушение метаболизма в виде

ожирения

6) Дополнительным инструментальным методом обследования больных артериальной гипертензией является

эхокардиография

- 7) Тактика ведения данного больного включает коррекцию образа жизни в течение первых 6 месяцев наблюдения, с последующим назначением антигипертензивных препаратов сочетании с назначением фиксированной комбинации двух антигипертензивных препаратов
- 8) Данному больному предпочтительнее назначить лизиноприл+ амлодипин
- 9) Немедикаментозный подход к лечению данного пациента должен включать регулярные физические аэробные нагрузки
- 10) Целевыми показателями при лечении данного больного является снижение артериального давления до уровня ____ мм рт.ст 120-130/70-79
- 11) Диета для данного пациента должна включать ограничение потребления поваренной соли
- 12) Контроль достижения и поддержания целевого уровня артериального давления следует осуществлять посредством проведения ежедневного домашнего самоконтроля артериального давления

Ситуация 155

Больной Н. 38 лет обратился в поликлинику по месту жительства на 5-й день болезни. **Жалобы** на кожные высыпания в области груди, сопровождающиеся болевым синдромом, слабость, недомогание.

Анамнез заболевания Заболел остро с озноба, повышения температуры тела до 37,5°C, головной боли, слабости. Далее стал отмечать появление чувства онемения и покалывания в области грудной клетки слева. Самостоятельно принимал парацетамолсодержащие препараты (Терафлю), с незначительным эффектом.

На 3-й день болезни температура тела нормализовалась, появилась сыпь на коже груди слева, сопровождающаяся появлением боли в этой области, усиливающейся в ночные часы, сенсорными нарушениями в зоне высыпаний в виде расстройства чувствительности, увеличились аксиллярные лимфатические узлы.

Анамнез жизни Работает специалистом в IT-компании.

Проживает один в отдельной собственной квартире.

Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.

Вредные привычки: отрицает.

Прививочный анамнез не помнит (со слов пациента прививался «как все» в школе и в институте). От гриппа прививки не делал.

Объективный статус Температура тела 36,8°C.

На коже груди слева - сгруппированные везикулы («гроздь винограда») с мутным содержимым, располагающиеся на гиперемизованном и отёчном основании. Размер их не превышает нескольких миллиметров. Сыпь имеет сегментарный, односторонний характер. Сыпь сопровождается умеренно выраженным болевым синдромом, боль приступообразная, усиливающаяся в ночные часы, сенсорными нарушениями в зоне высыпаний в виде расстройства чувствительности.

Периферические лимфоузлы (аксиллярные) увеличены до размера горошин, умеренно болезненны при пальпации.

Слизистая оболочка ротоглотки в области мягкого неба, задней стенки глотки гиперемизована, отмечается ее зернистость, везикулезных высыпаний не обнаружено.

АД – 120 и 80 мм.рт.ст, ЧСС – 80 уд. в мин.

В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин.

Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены.

Признаков поражения ЦНС и менингеальной симптоматики не выявлено.

Диагноз

Опоясывающий лишай [herpes zoster], период высыпаний, легкая форма, типичное течение

1) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3)

микроскопический

иммунофлуоресцентный анализ

бактериологический посев из зева и носоглотки

ПЦР

2) Какой основной диагноз?

Опоясывающий лишай [herpes zoster], период высыпаний, легкая форма, типичное течение

3) Патогномичным признаком опоясывающего лишая является наличие экзантемы с тесно сгруппированными везикулами с прозрачным серозным содержимым, располагающиеся на гиперемизированном и отёчном основании

4) Клинические признаки продромального периода опоясывающего лишая включают чувство онемения, покалывания или жжения в области поражённого дерматома

5) Главным клинко-диагностическим критерием опоясывающего лишая в стадию герпетических высыпаний считают наличие

экзантемы с тесно сгруппированными везикулами с прозрачным серозным содержимым, располагающиеся на гиперемизированном и отёчном основании

6) Дифференциальную диагностику опоясывающего лишая с представленной локализацией до момента появления сыпи следует проводить с

пневмонией, стенокардией

7) Дифференциальную диагностику опоясывающего лишая следует проводить с зостериформным простым герпесом, рожей

8) Тактикой ведения данного больного является

амбулаторное наблюдение и лечение

9) Этиотропная терапия при опоясывающем лишае предусматривает назначение ацикловира

10) Лечебная тактика при неосложненном опоясывающем лишае, в первую очередь, включает назначение

противовирусной терапии

11) Изоляция больного опоясывающим лишаем завершается по истечении 5 дней со времени появления последнего свежего элемента сыпи

12) С целью пассивной иммунизации специфический (противоветряночный) иммуноглобулин вводится в течение ____ дней после контакта с больным опоясывающим лишаем

3-4

Ситуация 156

Вызов врача на дом к пациентке 22 лет.

Жалобы

на повышение температуры тела, тошноту, рвоту, частый жидкий стул, боли в животе, слабость.

Анамнез заболевания

Заболевание развилось остро, ночью с появления тошноты, спонтанной многократной рвоты (до 6-ти раз), приносящей кратковременное облегчение, чувства тяжести в эпигастральной области. Спустя 1,5-2 часа от начала заболевания отметила появление жидкого водянистого стула до 10-ти раз.

Позже почувствовала озноб, слабость, головную боль. Появилась жажда, головокружение. Температура тела не превышала 37,5°C.

Анамнез жизни

Аллергоанамнез: не отягощен.

Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.

Вредные привычки: отрицает.

Проживает в отдельной квартире с родителями.

Эпиданамнез: со слов пациентки питается дома, однако в день заболевания встречала подругу на вокзале, там же перекусила вместе с ней пирожком с повидлом. В настоящее время у подруги отмечаются схожие симптомы.

Объективный статус

Температура тела 37,2°C.

Кожные покровы бледные, сухие. Цианоз носогубного треугольника.

Голос несколько ослаблен.

Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Отмечается урчание по ходу кишечника. Печень и селезенка не увеличены.

АД – 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 92 уд. в мин.

Тошноты, позывов на рвоту нет. Стул жидкий, обильный, без патологических примесей.

Диурез снижен.

Судороги мышц кистей, кратковременные.

Вопрос 1:

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3

исследование кислотно-щелочного состояния

ПЦР- диагностика кала

бактериологический посев кала на патогенные энтеробактерии

Вопрос 2:

Какой диагноз можно предположить у данной пациентки, учитывая клинико-лабораторные методы обследования?

Бактериальное пищевое отравление, гастроэнтеритический вариант

Вопрос 3:

У данной больной определяется ____ степень обезвоживания

II

Вопрос 4:

Дифференциальную диагностику бактериального пищевого отравления следует проводить с

сальмонеллезом, эшерихиозами, ротавирусным гастроэнтеритом

Вопрос 5:

Тяжесть течения бактериального пищевого отравления определяется

степенью обезвоживания

Вопрос 6:

Тактика ведения данной больной с бактериальным пищевым отравлением включает ведение пациентки в амбулаторных условиях

Вопрос 7:

Лечебная тактика при бактериальных пищевых отравлениях включает назначение регидратационной терапии, ферментов

Вопрос 8:

Средством для пероральной регидратации при бактериальных пищевых отравлениях является

глюкозо-электролитная смесь

Вопрос 9:

Средством для парентеральной регидратации при бактериальных пищевых отравлениях является

трисоль

Вопрос 10:

Возможным осложнением бактериальных пищевых отравлений является

гиповолемический шок

Вопрос 11:

клиническое выздоровление

Вопрос 12:

Длительность медицинского наблюдения за контактными лицами, относящимися к декретированному контингенту в очаге острой кишечной инфекции составляет

1 неделю

Ситуация 157

Больной П. 37 лет обратился в поликлинику по месту жительства 20.10.2017г.

Жалобы

на слабость, недомогание, снижение аппетита, тошноту, усиливающуюся на запахи приготовленной пищи и никотина, однократную рвоту, ощущение «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье, потемнение мочи.

Анамнез заболевания

Заболел подостро, появились слабость, анорексия, тошнота, неприятные ощущения в эпигастриальной области, однократно жидкий стул;

Отмечался кратковременный подъем температуры тела до фебрильных значений;

Лечился самостоятельно по поводу острой кишечной инфекции (накануне заболевания вернулся из экспедиции), без успеха;

В последующие дни narосли слабость, недомогание, усилилась анорексия, тошнота, особенно на кулинарные запахи, запах никотина, была однократная рвота;

На 6-7 день болезни отметил потемнение мочи в течение суток.

Отсутствие положительной динамики в самочувствии пациента послужило основанием обращения за медицинской помощью.

Анамнез жизни

Работает руководителем небольшой коммерческой компании по продаже косметических средств.

Проживает в отдельной квартире с семьей (жена и один ребенок).

Аллергоанамнез: не отягощен.

Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, два года назад перенес острый вирусный гепатит А.
Вредные привычки: отрицает.

Парентеральный анамнез не отягощен.

За два месяца до настоящего заболевания выехал в Китай (провинции Гуйчжоу и Сычуань), где находился в командировке по вопросам своего бизнеса. Проживал в гостиницах, преимущественно питался самостоятельно, имел множественные контакты. Вернулся домой за 2-3 дня до начала заболевания.

Год назад прошел курс вакцинации против вирусного гепатита В.

Объективный статус

Температура тела 37,1°C.

Кожа и склеры субъиктеричные, сыпи нет.

Язык сухой, обложен белым налетом.

Живот мягкий, чувствителен при пальпации в правом подреберье.

Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, мягко-эластичной консистенции, чувствительна при пальпации. Селезенка отчетливо не пальпируется.

Моча темная, стул частично ахоличен.

АД – 110/60 мм.рт.ст, ЧСС – 62 уд. в мин.

Диагноз

Вирусный гепатит Е, желтушная форма, средней степени тяжести

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3)

ИФА для определения маркеров вирусных гепатитов
биохимический анализ крови

определение протромбинового индекса

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

комплексное УЗИ органов брюшной полости

Какой основной диагноз?

Вирусный гепатит Е, желтушная форма, средней степени тяжести

Критерием тяжелого течения острых вирусных гепатитов является наличие **Энцефалопатии**

Наиболее значимым лабораторным критерием тяжелого течения острого вирусного

снижение уровня содержания протромбина в крови

Возможным осложнением вирусного гепатита Е является

острая печеночная энцефалопатия

Базисной терапией вирусного гепатита Е является

дезинтоксикационная

Базисная терапия вирусного гепатита Е предусматривает назначение лечебного стола №

5

Базисная терапия вирусного гепатита Е предусматривает назначение **лактолозы**

При лечении холестатического варианта вирусного гепатита Е используют

урсодезоксихолевую кислоту

Все контактные лица по вирусному гепатиту Е подвергаются первичному медицинскому осмотру с последующим медицинским наблюдением в течение _____ со дня разобщения с источником инфекции

35 дней

В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом Е рекомендуют **соблюдение санитарно-гигиенических мероприятий**

Ситуация 158

Мужчина 59 лет, менеджер, обратился к врачу-терапевту участковому с просьбой обследовать и назначить лечение

Жалобы

на дискомфорт, появление давящих болей за грудиной, возникающие при быстрой ходьбе, подъеме по лестнице выше 2 -3 -го этажа, или при ходьбе более 500 м. Боли периодически отдают в левую руку, проходят после прекращения нагрузки в течение 5 минут или купируются нитроглицерином в течение 2-3 минут. Снижение толерантности к нагрузкам.

Анамнез заболевания

Впервые дискомфорт в груди заметил около года назад при быстрой ходьбе в гору, боль прошла после прекращения нагрузки. Стал ограничивать нагрузку, ходил медленнее. В последующем стал отмечать появление давящих болей за грудиной при подъеме по лестнице выше 3 этажа, ходьбе более 500 м. Предположил, что это связано с курением и бронхами, уменьшил число выкуриваемых сигарет. К врачу не обращался. При медленной ходьбе и в покое болей не было, но при увеличении темпа возникал дискомфорт. За последние полгода частота, длительность и интенсивность болей не изменилась. По рекомендации знакомого стал использовать нитроглицерин для купирования приступов с хорошим эффектом.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально. Служил в армии.

Образование высшее.

Работает.

Перенесенные заболевания и операции: отрицает

Наследственность: мать умерла в 64 года, ОНМК, страдала АГ; отец – умер в 50 лет от острого инфаркта миокарда.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Вредные привычки: курит 25 лет, по 5-7 сигарет в день, алкоголь употребляет редко в малых дозах.

Ведет малоподвижный образ жизни.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 171 см, вес 89 кг, ИМТ 30,44 кг/м².

Окружность талии – 104 см. В легких – дыхание везикулярное. ЧД = 16 в 1 минуту.

Тоны сердца умеренно приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты..

ЧСС – 86 уд. в 1 минуту. АД – 130/85 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий,

безболезненный. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Печень и селезенка не увеличены.

ВОПРОСЫ:

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)

развернутый анализ крови с определением уровня гемоглобина, эритроцитов и лейкоцитарной формулы

липидограмма

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 3)

эхокардиография трансторакальная

электрокардиограмма (ЭКГ) покоя в 12 отведениях

нагрузочные пробы – велоэргометрия или тредмилл-тест, или стресс ЭХО-КГ

Какой диагноз можно поставить данному больному?

ИБС: стабильная стенокардия напряжения 2 ФК

Ведущим модифицируемым фактором риска развития атеросклероза, выявленным при первичном осмотре у данного пациента, является

курение

Пациента следует направить на коронароангиографию при отсутствии приступов стенокардии на фоне лечения

неэффективности оптимальной медикаментозной терапии

Для купирования приступов стенокардии пациенту следует назначить

нитраты короткого действия под язык

В качестве антиангинальной терапии в первую очередь пациенту необходимо назначить

бета-адреноблокаторы

При лечении больного со стабильной стенокардией напряжения бета-адреноблокаторами необходимо достигнуть целевые значения ЧСС _____ в минуту

55-60

Для профилактики атеротромботических осложнений пациенту следует назначить

ацетилсалициловую кислоту (аспирин) в низких дозах 75-150 мг/сут

При недостижении целевых уровней холестерина больному стабильной стенокардией, получающему статины, следует добавить

эзитимиб

Для определения показаний к назначению статинов у больного со стабильной стенокардией использование шкалы SCORE

невозможно

Контрольные амбулаторные осмотры больному со стабильной ИБС на первом году лечения рекомендуется проводить

каждые 4-6 месяцев

Ситуация 159

Больной Б. 52 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом

Жалобы

на интенсивные боли за грудиной «сжимающего» характера с иррадиацией в оба плеча, чувство нехватки воздуха, страха

Анамнез заболевания

В течение месяца впервые отметил появление загрудинных болей при быстрой ходьбе.

Самостоятельно принимал нитроглицерин под язык, что способствовало купированию приступов в течение 2-3 мин.

Эпизод длительного болевого синдрома около 3-х часов, прием нитроглицерина эффекта не оказал.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

Семейный анамнез: отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 65 лет.

Вредные привычки: курит по 10-15 сигарет в день с 20 лет.

Объективный статус

Объективно: состояние средней тяжести. Рост 176 см, вес 92 кг. Отёков нет. Кожные покровы влажные, бледные. В лёгких – жёсткое дыхание по всем легочным полям, перкуторный звук с коробочным оттенком. Число дыханий - 20 в мин. Пульс - 90 уд/мин, ритмичный. АД 120/75 мм рт. ст. Границы относительной тупости сердца: правая — правый край грудины, верхняя - верхний край III ребра, левая — в V межреберье по срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичны, приглушены, акцент II тона во II межреберье справа от грудины. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги

К лабораторным методам исследования для постановки диагноза относят **определение тропонинов I и T, КФК – МВ**

Инструментальными методами для постановки диагноза являются (выберите 2)

электрокардиография

эхокардиография

Какой диагноз можно поставить данному больному

Инфаркт миокарда с зубцом Q, подъемом сегмента ST, в области передней стенки, межжелудочковой перегородки и верхушки левого желудочка, острый период

В данной клинической ситуации пациенту показано проведение

коронароангиографии

Кардиогенный шок у данного пациента следует диагностировать в случае **снижения САД ≤ 90 мм рт. ст.**

В данной клинической ситуации дифференциальный диагноз следует проводить с **расслаивающейся аневризмой аорты**

Для купирования болевого синдрома, в данной клинической ситуации показано назначение

1% раствора морфина гидрохлорида

В данной клинической ситуации необходимо проведение антитромбоцитарной терапии с применением

клопидогреля, ацетилсалициловой кислоты

Тактика ведения данного пациента на этапе поликлинического звена предполагает **немедленную госпитализацию**

Абсолютным противопоказанием к назначению β -адреноблокаторов больным с инфарктом миокарда является

AV-блокада 3 степени

Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности в данном случае составляют _____ дней

90-120

На основании клинических и морфологических признаков инфаркт миокарда у данного пациента будет считаться зажившим начиная с _____ суток

29

Ситуация 160

25.09.17. участковый врач-терапевт прибыл на вызов к пациентке Н. 36 лет на 4 день болезни.

Жалобы

На отсутствие аппетита, тошноту, горечь во рту, ощущение «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье, желтушное окрашивание кожи и склер.

Анамнез заболевания

Заболела остро с появления тошноты, однократной рвоты съеденным накануне. К врачу не обращалась.

В последующие дни тошнота сохранялась, пропал аппетит, появилась горечь во рту и ощущение «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье, отмечался двукратный кашицеобразный стул.

На 4-й день болезни окружающие заметили желтуху, что послужило причиной обращения к врачу.

Анамнез жизни

Работает помощником воспитателя в младшей группе детского сада.

Проживает в отдельной квартире с мужем.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, пневмония.

Вредные привычки: отрицает. Парентеральный анамнез не отягощен.

Указывает на погрешность в диете накануне заболевания (отмечали день рождения на работе). Окружающие на работе и дома здоровы. Отпуск во второй половине августа провела на даче в Подмоскowie. Среди детей после открытия детского сада и возвращения с летних каникул отмечались единичные случаи ОРВИ.

Объективный статус

Больная повышенного питания. Температура тела 36,5°C.

Кожа и склеры ярко желтушны, сыпи нет.

Язык суховат, уздечка языка иктерична.

Живот мягкий, чувствителен при пальпации в правом подреберье. Симптом поколачивания по краю правой реберной дуги отрицательный.

Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, мягко-эластичной консистенции, чувствительна при пальпации. Пальпируется полюс селезенки.

Моча темная, стула в течении последних суток не было.

АД – 120/80мм.рт.ст, ЧСС – 72 уд. в мин.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3)

биохимический анализ крови

Определение протромбинового индекса

ИФА для определения маркеров вирусных гепатитов

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

УЗИ органов брюшной полости

3. Какой основной диагноз?

Острый вирусный гепатит А, желтушная форма, средней степени тяжести

4. Возможным осложнением вирусного гепатита А является

Синдром холестаза

5. При желтушной форме вирусного гепатита с холестатическим синдромом в биохимическом анализе крови отмечается развитие

Билирубин-трансаминазной диссоциации

6. Возможным исходом вирусного гепатита А является

Дискинезия желчевыводящих путей

7. Базисной терапией острого вирусного гепатита А лёгкого и среднетяжелого течения является **дезинтоксикационная**
8. Базисная терапия вирусного гепатита А предусматривает назначение лечебного стола № 5
9. При ведущей роли синдрома холестаза в затяжном течении желтушного периода острого вирусного гепатита на фоне базовой терапии целесообразно использовать **урсодезоксихолевую кислоту**
10. В терапии вирусного гепатита А предусмотрено назначение **лактолозы**
11. Иммунизацию сывороточным иммуноглобулином проводят **не позже 6 дней при внутрисемейных и близких контактах**
12. В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом А назначают **вакцинацию**

Ситуация 161

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 32 лет.

Жалобы

на

частые (2-3 раза в неделю) эпизоды схваткообразных болей в подвздошных областях, возникающих после еды, сопровождающихся выраженным метеоризмом и уменьшающихся после дефекации, рецидивирующее учащение стула разжиженной консистенции до 3-4 раз в сутки в дневные часы, сопровождающееся чувством неполного опорожнения кишечника, тошноту, изжогу после еды, головную боль, ощущение внутренней дрожи, неполного вдоха, бессонницу.

Анамнез заболевания

Данные симптомы стали беспокоить около 2 лет назад после длительного тяжёлого психоэмоционального стресса.

К врачу не обращалась, для уменьшения болей принимает спазмолитики с кратковременным эффектом. Связь диареи с характером пищи отсутствует. Отмечает нарастание интенсивности симптомов в период менструации.

Снижения аппетита и веса не отмечает.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Профессия: преподаватель вуза.

Перенесённые заболевания: ОРВИ.

Беременности – 3, роды – 2.

Наследственность и аллергоанамнез не отягощены.

Вредные привычки: курит с 20 лет (5 сигарет в день).

Часто употребляет шоколад, газированные напитки, основной приём пищи в вечерние часы, перед сном.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Гиперстенической конституции, рост – 1,60 м, масса тела – 80 кг, индекс массы тела – 31,2 кг/м², температура тела – 36,3°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены,

ритмичные, ЧСС – 88 в минуту. АД – 110/70 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот умеренно вздут, незначительная разлитая болезненность при поверхностной и глубокой пальпации, преимущественно в подвздошных областях, больше слева. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

При опросе определяется значительно сниженный фон настроения, склонность к ипохондрии.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3)

копрограмма, анализ кала на скрытую кровь

клинический анализ крови

биохимический анализ крови

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 3)

колоноскопия

ультразвуковое исследование органов брюшной полости

эзофагогастродуоденоскопия

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

Синдром раздраженного кишечника с диареей

В данной клинической ситуации сопутствующей патологией является

Ожирение I степени

Для оценки консистенции кала используют Бристольскую шкалу кала, включающую ___ типов

7

В данном клиническом случае целесообразно исключить

целиакию

Для купирования боли в данной ситуации рекомендован приём

спазмолитиков

Для купирования диареи в данной ситуации рекомендован приём

лоперамида

Для коррекции эмоциональных нарушений пациентке целесообразно назначить

антидепрессанты

Ориентировочные сроки нетрудоспособности в данном случае составляют ___ дней

18-20

Пациентка относится к _ группе состояния здоровья

II

Факторами,отягощающими течение данного заболевания, являются длительный анамнез болезни, хронический стресс и

Длительный анамнез

Ситуация 162

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 42 лет.

Жалобы

на

изжогу после еды, при физическом напряжении, наклонах и в горизонтальном положении,

отрыжку кислым содержимым,

боли за грудиной, дискомфорт во время приёма пищи, усиливающиеся при наклонах и в горизонтальном положении, прогрессирующую слабость.

Анамнез заболевания

Более 15 лет беспокоит изжога и отрыжка кислым содержимым.

К врачу не обращалась, самостоятельно использовала антацидные препараты. В течение последних 4 месяцев изжога приобрела постоянный характер, появились вышеописанные боли за грудиной.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Работает кассиром.

Перенесённые заболевания, операции: ОРВИ, аппендэктомия.

Беременности – 2, роды – 1.

Наследственность и аллергоанамнез не отягощены.

Вредные привычки: курит с 15 лет (30 сигарет в день).

Часто употребляет копчёности, шоколад, газированные напитки, основной приём пищи в вечерние часы, перед сном.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Избыточного питания, рост – 162 см, масса тела – 81 кг, индекс массы тела – 30,8 кг/м², температура тела – 36,8°C.

Кожные покровы и видимые слизистые с бледным оттенком, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 78 в минуту. АД – 120/70 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный.

Выберите необходимые лаб методы

Клин. Анализ крови

Биохим анализ крови

Кал на скрытую кровь

Необходимые инструментальные

Эзофагогастродуоденоскопия

Основной диагноз

Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь. Рефлюкс-эзофагит 2 ЖДанемия

В данной клинической ситуации сопутствующей патологией является

Ожирение I степени

Рекомендации по изменению образа жизни для данной пациентки включают отказ от курения, уменьшение массы тела и приём пищи

3-4 раз/раза в день

Продолжительность основного курса лечения ингибиторами протонной помпы в данной ситуации составляет не менее (в **неделях**)

4

Продолжительность поддерживающего курса лечения ингибиторами протонной помпы в данной ситуации составляет не менее

6

В состав комплексной терапии данного заболевания включают приём **прокинетиков**

Диетические рекомендации для данной пациентки содержат исключение жирной пищи, шоколада, томатов и

кислых фруктовых соков

Для лечения анемии в данной клинической ситуации следует назначить **препараты железа**

Пациентка относится к группе состояния **здоровья IIIб**

Кратность ежегодного посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения пациента с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью составляет

2

Ситуация 163

Пациент 59 лет, агроном, обратился в поликлинику

Жалобы

На слабость, быструю утомляемость, отсутствие аппетита, обильное мочеотделение, преимущественно в ночное время.

Анамнез заболевания

Около 20 лет страдает подагрой с ежегодными рецидивами артрита первого плюснефалангового сустава правой стопы, по поводу чего самостоятельно принимал НПВП (индометацин) с эффектом. Низкопуриновую диету не соблюдал, аллопуринол принимал эпизодически. Более 5 лет – артериальная гипертензия (АГ) с подъемами АД до 150-160/90-100 мм рт.ст., нерегулярно принимает амлодипин. Последние 6 месяцев – никтурия, полиурия.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания и операции: отрицает

Наследственность отягощена по МКБ (отец, дядя)

Вредные привычки: не курит, регулярно (2-3 раза в неделю) употребляет пиво (1-2 л/сут)

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 89 кг, рост 182 см. Кожные покровы нормальной окраски, чистые. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 80 в мин., АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги.

Мочеиспускание безболезненное.

1. Выберите основные необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3)

общий анализ крови

биохимический анализ крови

общий анализ мочи

2. В качестве скринингового инструментального метода обследования пациенту необходимо выполнить

Ультразвуковое исследование почек

3. Ведущим нефрологическим синдромом у данного больного является

хроническая почечная недостаточность

4. Возможные варианты уратного поражения почек при подагре включают

тубулоинтерстициальный нефрит, иммунный гломерулонефрит острую мочекислую блокаду, уратный нефролитиаз, хронический уратный

5. Наиболее вероятным диагнозом у данного больного является

Хронический уратный тубулоинтерстициальный нефрит с нарушением функции почек

6. Хроническую почечную недостаточность (ХПН) у пациента с уратным

тубулоинтерстициальным нефритом следует дифференцировать с

острым почечным повреждением

7. Показаниями к госпитализации при подагре являются

олиго-анурия, нарушение функции почек, почечная колика, гипертонический криз, некупируемый приступ артрита

8. Показаниями для назначения урикостатилов (аллопуринол, фебуксостат) являются

персистирующая гиперурикемия, в том числе в сочетании с подагрической артропатией, тофусами, уратным нефролитиазом и уратной нефропатией

9. Общими немедикаментозными принципами лечения подагры с поражением почек является

соблюдение питьевого режима (2–2,5 л/сут, эпизодически ощелачивающее питье), низкопуриновой диеты

10. К нефропротективному препарату с дополнительным урикозурическим эффектом относится

блокатор рецепторов ангиотензина II (БРА) - лозартан

11. К препаратам, способствующим развитию вторичной гиперурикемии, относятся

тиазидные и петлевые диуретики, салицилаты, противотуберкулезные средства, циклоспорин, рибоксин

12. К заболеваниям, при которых часто наблюдается вторичная гиперурикемия, относятся

ХПН, хроническая свинцовая интоксикация; псориаз; саркоидоз; гипотиреоз; миелопролиферативные заболевания; гемоглобинопатии

Ситуация 164

На приём к врачу-терапевту участковому обратился пациент 28 лет.

Жалобы

на сухость во рту,

жажду,

учащенное мочеиспускание,

снижение массы тела,

общую слабость.

тошноту, однократную рвоту

Анамнез заболевания

около 2-х месяцев беспокоит сухость во рту и жажда, учащенное мочеиспускание

за последние 2,5 месяца отметил снижение массы тела на 10 кг

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

Работает программистом.

Перенесённые заболевания: простудные, хронический вазомоторный ринит.

Наследственность: не отягощена.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Вредные привычки: курит, алкоголем не злоупотребляет.

Питается регулярно.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Отмечается запах моченых яблок изо рта. Телосложение нормостеническое, рост 1,72 м, вес 61 кг, индекс массы тела $20,6 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,6^\circ\text{C}$.

Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 86 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2)

экспресс-анализ гликемии

экспресс-анализ мочи на кетоновые тела

Какой диагноз можно поставить данному больному?

Сахарный диабет 1 типа. Диабетический кетоацидоз

Дальнейшая тактика ведения пациента заключается в

госпитализации в стационар

Пациент завершил стационарное лечение, выписан на инсулинотерапии в базис-болюсном режиме.

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является $\text{HbA1c} < \text{_____} \%$

6,5

Побочным эффектом инсулинотерапии является

риск гипогликемии

Необходим повторный контроль HbA1c через _____ месяца/месяцев

3

Пациенту необходимо рекомендовать контролировать глюкозу капиллярной крови

не менее 4 раз ежедневно

В клинической картине диабетического кетоацидоза часто развивается

абдоминальный синдром

Основной задачей во время физической нагрузки является

профилактика гипогликемии, связанной с физической активностью

Рекомендации по питанию при 1 типе сахарного диабета заключаются в

общем потреблении белков, жиров и углеводов, не отличающемся от такого у здорового человека

Скрининг диабетической нефропатии у больных СД 1 типа, заболевших в постпубертатном возрасте, с определением МАУ и СКФ показан

через 5 лет от дебюта сахарного диабета, далее – ежегодно

Кратность ежегодного посещения врача офтальмолога в рамках мониторинга сахарного диабета составляет _____ раза/раз в год

1

Ситуация 165

Женщина 28 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому повторно через 2 недели после первого посещения.

Жалобы

на интенсивный непродуктивный кашель

на одышку смешанного характера в покое, усиливающуюся до степени удушья при физической нагрузке

на общую слабость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр

Анамнез заболевания

кашель и слабость появились 2 недели назад, в связи с чем и обращалась первично в поликлинику, где был поставлен диагноз ОРЗ «острый бронхит».

при рентгенографии легких выявлялось усиление легочного рисунка

по назначению участкового врача принимала амоксициллин 5 дней, затем азитромицин 3 дня и амброксол

на фоне лечения кашель и слабость усилились, появилась нарастающая одышка, в связи с чем обратилась к участковому врачу повторно

Анамнез жизни

росла и развивалась в соответствии с возрастом

жилищно-бытовые условия удовлетворительные

в течение последнего месяца живет в сельской местности, занимается

животноводством, помогает мужу заниматься разведением голубей

хронических сопутствующих заболеваний нет

не курит, злоупотребление алкоголем отрицает

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы чистые, обычной окраски; температура тела 37,5°C. Пульс на лучевых артериях ритмичный, удовлетворительных качеств. ЧСС — 100 в мин, АД — 120/80 мм рт. ст. Верхушечный толчок в 5 межреберье по левой срединно-ключичной линии, сердечный толчок не определяется. Перкуторно границы сердца не изменены. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 100 в минуту. ЧДД 22 в минуту. SpO₂ 92%. Грудная клетка нормостенической формы. При аускультации дыхание везикулярное, над нижними отделами с обеих сторон выслушивается звучная крепитация. Язык влажный, чистый, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Поколачивание поясничной области безболезненное. Стул регулярный, мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.

1) Из лабораторных методов исследования для постановки диагноза в первую очередь необходимо провести

общий анализ крови

2) Из инструментальных методов обследования в первую очередь для постановки диагноза необходимо проведение

компьютерной томографии органов грудной клетки

3) Какой диагноз можно поставить данной больной?

Экзогенный аллергический альвеолит, острое течение. ДН1

4) Дифференциальный диагноз необходимо проводить в первую очередь с пневмонией

5) У пациентки признаки легочной гипертензии при физическом обследовании

не выявлены на момент осмотра

6) Пациентке необходимо в первую очередь назначить

глюкокортикостероиды per os

7) Дополнительно к основному лечению при данном варианте течения показано назначение

плазмафереза

8) Продолжительность противовоспалительной терапии при данном варианте течения заболевания должна составлять _____ мес.

1

9) Критерием излеченности является стабилизация клинических и рентгенологических признаков болезни после прекращения лечения в течение _____ мес.

3

10) Остроту течения заболевания в большей степени определяет

интенсивность действия внешнего фактора

11) Основным средством профилактики заболевания является

использование индивидуальных средств защиты

12) Поражение легких по типу альвеолита может вызывать

амиодарон

Ситуация 166

Вызов врача на дом к пациентке 42 лет на 2-й день болезни.

Жалобы

на повышение температуры тела, недомогание, тошноту, рвоту, частый жидкий стул, боли в животе, нарастающую слабость, головокружение, судороги в кистях рук.

Анамнез заболевания

Заболела остро, ночью с появления озноба, головной боли, тошноты, многократной рвоты (до 4-х раз), приносящей кратковременное облегчение, болей в эпигастральной области.

Позже присоединились схваткообразные боли по всему животу, частый водянистый стул до 15-ти раз.

Температура тела поднялась до 38,7°C. Больная отметила нарастающую слабость, головокружение при вставании, чувство жажды.

Анамнез жизни

Работает на хлебопекарном комбинате.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные заболевания, пневмония (2 года назад). Гинекологический анамнез не отягощен.

Вредные привычки: отрицает.

Не замужем, детей нет. Проживает в отдельной квартире.

Эпиданамнез: со слов пациентки питается дома и на работе. Выяснено, что ежедневно по утрам выпивает по два сырых перепелиных яйца.

Объективный статус

Температура тела 38,3°C.

Кожные покровы бледные, сухие, кисти и стопы холодные. Цианоз носогубного треугольника.

Язык сухой, обложен белым налетом. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания, симптомов раздражения брюшины нет. При пальпации живот мягкий, болезненный по ходу тонкого кишечника. Определяется урчание. Сигма безболезненная, не спазмирована. Печень и селезенка не увеличены.

АД – 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 92 уд. в мин.

Тошноты, позывов на рвоту нет. Стул обильный, водянистый, зловонный зеленоватого цвета до 15 раз.

Диурез снижен.

Судороги мышц кистей, кратковременные.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3)

анализ кислотно-щелочного состояния

ПЦР- диагностика кала

бактериологический посев кала на патогенные энтеробактерии

Какой диагноз можно предположить у данной больной?

Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, гастроэнтеритический вариант

У данной больной определяется _____ степень обезвоживания

II

Дифференциальную диагностику сальмонеллеза следует проводить с

эшерихиозами, ротавирусным гастроэнтеритом, кампилобактериозом

ботулизмом, паратифом В, амебиазом

Тяжесть течения гастроинтестинальной формы сальмонеллеза определяется степенью обезвоживания и

выраженностью интоксикационного синдрома

Тактика ведения данного больного включает

госпитализацию в инфекционный стационар

Лечебная тактика гастроинтестинальной формы сальмонеллеза среднетяжелого течения включает назначение

регидратационной терапии, пероральных антибактериальных препаратов

Средством для пероральной регидратации при сальмонеллезе является

глюкозо-электролитная смесь

Средством для парентеральной регидратации при сальмонеллезе является

трисоль

При гастроинтестинальной форме сальмонеллеза целесообразно назначение

фторхинолонов

Правилом выписки реконвалесцента, относящегося к декретированной группе после сальмонеллеза является

однократный отрицательный бактериальный посев кала

Длительность медицинского наблюдения за контактными лицами, относящимися к декретированному контингенту в очаге острой кишечной инфекцией составляет

1 неделю

Ситуация 167

Мужчина 68 лет обратился на прием в поликлинику.

Жалобы

На ноющую, давящую, сжимающую боль за грудиной, отдающую в левую руку, возникающую на фоне повседневной (пройтись до автобусной остановки, подняться на второй этаж) физической нагрузки, купирующуюся самостоятельно после прекращения нагрузки

На периодическое повышение артериального давления, максимально до 200/180 мм рт.ст, адаптирован к 140/80 мм рт.ст.

Анамнез заболевания

Болевой синдром в грудной клетке начал беспокоить около 10 лет назад. Эпизоды возникали редко (до 1-2 раз в год), только на фоне чрезмерной нагрузки. По этому поводу однократно был консультирован терапевтом на профосмотре, рекомендованную терапию не принимал, не обследовался. Во время приступа болей самостоятельно, однократно пробовал принимать нитроглицерин, однако в связи с возникшей головной болью в дальнейшем от препарата отказался.

Настоящее ухудшение около месяца назад, когда впервые стал ощущать прогрессивное снижение переносимости физических нагрузок, возникновение приступов загрудинных болей на фоне незначительной нагрузки (подъем на 1 лестничный пролет). В связи с этим обратился на прием к терапевту поликлиники. Повышение артериального давления беспокоит около 15 лет, по этому поводу не обследовался, постоянная гипотензивная терапия не назначалась. Перенесенные инсульты и инфаркты отрицает.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

Работает учителем труда в школе.

Перенесённые заболевания, операции: геморрой, ремиссия; хронический гастрит, ремиссия; трансуретральная резекция предстательной железы (по поводу ДГПЖ).

Наследственность: отец – смерть в возрасте 65 лет от инфаркта миокарда, старший брат – в 2016 году перенес операцию аортокоронарного шунтирования

Аллергоанамнез: аллергия на пенициллин (отек Квинке)

Вредные привычки: курение – стаж 45 лет, бросил месяц назад

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Телосложение гиперстеническое, рост 1,95 м, вес 105кг, индекс массы тела 27.61кг/м^2 . Кожные покровы нормальной окраски, видимые слизистые розового цвета. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичные, в области верхушки сердца выслушивается систолический шум малой интенсивности. При аускультации легких дыхание везикулярное, проводится равномерно, над всей поверхностью легочных полей выслушиваются рассеянные сухие хрипы. Пульс 79 уд/мин, ритмичный, ЧСС 79 уд/мин, АД – 140/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена.

Выберите наиболее правильное сочетание лабораторных методов обследования, необходимое для постановки диагноза

общий анализ крови (определение уровня Hb и лейкоцитов); определение уровня гликированного гемоглобина и глюкозы крови натощак; определение уровня креатинина крови, подсчет СКФ; анализ липидного спектра крови натощак

Для постановки диагноза из инструментальных методов обследования предпочтительно провести **инвазивную коронароангиографию**

Какой основной диагноз?

Ишемическая болезнь сердца. Атеросклероз коронарных артерий (стеноз п/с ПНА до 75%). Стенокардия напряжения III ФК

К сопутствующим факторам, способным повысить риск сердечно-сосудистых осложнений у данного пациента относятся

гипертоническая болезнь 3 стадии, 3 степени; избыточная масса тела; дислипидемия; наследственность; длительный анамнез употребления табака

У данного пациента можно заподозрить следующее сопутствующее заболевание респираторной системы **J42 – хронический бронхит неуточненный**

Для предотвращения развития сердечно-сосудистых событий данному пациенту необходимо назначить следующие группы препаратов

антиагреганты, гиполипидемические средства (статины), ингибиторы АПФ

Терапия стабильной ишемической болезни сердца первой линии для контроля ЧСС и симптомов подразумевает назначение короткодействующих нитратов и

β -адреноблокаторов или блокаторов медленных Ca^{2+} -каналов (длительного действия)

Терапия стабильной ишемической болезни сердца второй линии для контроля ЧСС и симптомов подразумевает сочетание таких препаратов как ивабрадин/никорандил/ранолазин/ триметазидин и нитратов средней продолжительности действия

продолжительности действия

продолжительности действия
У пациента со стабильной ишемической болезнью сердца (с точки зрения эффективности и безопасности) оптимальной является доза аспирина _____ мг/сут

75-150

В случае данного, конкретного пациента должно быть достигнуто целевое значение уровня ЛПНП менее _____ ммоль/л или уменьшение более чем на 50% от исходного, если невозможно достичь уровня ЛПНП в _____ ммоль/л

1,8 и 1,8

У пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией предпочтительно использование следующей комбинации препаратов

ингибитор АПФ + длительно действующий дигидропиридиновый антагонист

медленных Ca^{2+} -каналов

Вы направили пациента в специализированный стационар, для проведения инвазивной коронароангиографии. Пациент находится в очереди на госпитализацию. Больные со стенокардией ИФК наблюдаются врачом-кардиологом поликлиники с частотой визитов до _____ раз в год.

3 (в случае обострения или стабильного течения заболевания, сроки наблюдения определяются врачом индивидуально в каждом конкретном случае)

Ситуация 168

Женщина 66 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы

Ноющие боли в левой половине грудной клетки продолжительностью несколько часов, без четкой связи с физической нагрузкой,

Перебои в работе сердца

Анамнез заболевания

В течение 12 лет страдает артериальной гипертензией, 8 лет назад на фоне гипертонического криза перенесла транзиторную ишемическую атаку На протяжении 3 лет относительно регулярно принимает комбинированный препарат, содержащий индапамид 2,5 мг и периндоприл 8 мг, а также розувастатин 10 мг.

Пять лет назад диагностирован сахарный диабет 2 типа, регулярно принимает метформин 2000 мг в сутки.

Год назад в анализе крови отмечено повышение уровня креатинина до 120 мкмоль/д

При самоконтроле АД (по дневнику) значения АД находятся в пределах 160-170/90-100 мм рт. ст.

Анамнез жизни

Мать умерла от инсульта в 70 лет.

Не курит, алкоголь не употребляет.

Пенсионер, не работает, инвалид 2 группы по общему заболеванию.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 98 кг, рост 173 см (ИМТ=32,7 кг/м²). Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 19 в мин. Тоны сердца приглушены, выслушиваются единичные экстрасистолы (1-2 в мин). ЧСС 78 уд./мин., АД 170/100 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, безболезненный. Отеков нижних конечностей нет. Щитовидная железа не увеличена.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 5)

- определение микроальбуминурии**
- определение уровня гликированного гемоглобина**
- биохимический анализ крови**
- общий анализ мочи**
- липидный спектр**

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 4)

- суточное мониторирование ЭКГ**
- электрокардиограмма**
- эхокардиография**
- УЗДГ сонных артерий**

Какой диагноз можно поставить данному больному?

Гипертоническая болезнь III стадии, 2 степени повышения АД, риск очень высокий

Для оценки величины сердечно сосудистого риска

применение специальных шкал не требуется

В анализах выявлено: скорость клубочковой фильтрации = 40,5 мл/мин, микроальбуминурия = 250 мг/г, следовательно, диагноз почечной патологии следует сформулировать как

хроническая болезнь почек 3b, A2

У пациентки на фоне терапии розувастатином 10 мг уровень липопротеидов низкой плотности составляет 4,5 ммоль/л. правильной тактикой лечения является

увеличение дозы розувастатина до 20 мг, контроль уровня ЛНП через 1-2 месяца. Целевой уровень ЛНП <1,5 ммоль/л

При коррекции антигипертензивной терапии у пациентки показано(а)

дополнительное назначение препарата из группы антагониста кальция (амлодипин)

Целевым уровнем АД для пациентки с артериальной гипертензией и сахарным диабетом является < _____ мм рт. ст.

140/85

У пациентки на фоне терапии метформином 2000 мг уровень гликозилированного гемоглобина составляет 6,0%. правильной тактикой лечения является

продолжение терапии в прежнем объеме, поскольку пациентка компенсирована

Правильными рекомендациями по нефропротекции для этой пациентки являются

прием ингибиторов АПФ, статинов, ограничение нефротоксичных препаратов (в т.ч. НПВП), контроль уровня креатинина и калия

По данным холтеровского мониторирования ЭКГ у пациентки выявлено 5000 желудочковых экстрасистол. Правильной тактикой лечения является

назначение бета-адреноблокаторов, отказ от агрессивной антиаритмической терапии

У пациентки, перенесшей ишемический инсульт, выявлен стеноз правой внутренней сонной артерии до 70%. Правильной тактикой лечения является

назначение аспирина 100 мг, направление на каротидную эндартерэктомию

Ситуация 169

Больной К. 73 лет осматривается врачом-терапевтом в стационаре

Жалобы

на слабость, утомляемость, тошноту без связи с приемом пищи, ухудшение аппетита, зрения, памяти

Анамнез заболевания

С 54 лет периодически беспокоили головные боли в затылочной области. При обращении к врачу регистрировались повышенные цифры АД (систолического до 150-160 и диастолического до 90-100 мм рт.ст.). Больному назначались антигипертензивные препараты, которые он принимал нерегулярно. С 60 лет АД стабилизировалось на цифрах 160 и 100 мм рт.ст. Постепенно стало нарастать ухудшение зрения. К врачам не обращался и не лечился. Использовал нетрадиционные методы лечения. В 68 лет уровень АД составлял 180-190 и 100-120 мм рт.ст, выявлялась протеинурия, отмечалось прогрессивное ухудшение памяти. За последний год появились жалобы на быструю утомляемость, слабость, снижение работоспособности, ухудшение аппетита, в связи с чем обратился к врачу и был госпитализирован для обследования и лечения.

Анамнез жизни

рос и развивался нормально,

перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронический гастрит, наследственность: отец имел артериальную гипертензию с 35 лет, перенес ОНМК в возрасте 53 лет,

вредные привычки: курит по 20 сигарет в день с 20-летнего возраста,

двигательная активность: малоподвижный образ жизни, отдает предпочтение соленой пище.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. ИМТ 18кг/м². Кожные покровы бледные с землистым оттенком, сухие, тургор снижен. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД 20 в мин. Размеры относительной сердечной тупости: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая - на 2 см кнаружи от левой срединноклювической линии в 5 межреберье, верхняя - по верхнему краю 3 ребра. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в мин, приглушены, акцент II тона во 2 межреберье справа от грудины. Пульс ритмичный, 88 ударов в минуту, напряженный. АД 170/115 мм рт.ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9x8x6см. Нижний край печени мягкий, острый, безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Неврологической симптоматики нет.

Вопросы

Скрининговыми лабораторными методами обследования, необходимыми для постановки диагноза, являются (выберите 2)

общий анализ мочи

биохимический анализ крови

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

эхокардиография

Какой диагноз можно поставить данному больному?

Гипертоническая болезнь III стадия, 3 степень, риск очень высокий. Хроническая болезнь почек С4, А3

К поражению органов-мишеней, связанному с артериальной гипертензией у больного относят

гипертрофию левого желудочка

У больного имеется метаболическое нарушение в виде

Гиперлипидемии

Дополнительным инструментальным методом обследования больных артериальной гипертензией является

УЗИ сонных артерий

Тактика ведения данного больного включает коррекцию образа жизни в сочетании с назначением комбинации двух антигипертензивных препаратов

Данному больному предпочтительнее назначить

лизиноприл + фуросемид

Немедикаментозный компонент лечения данного пациента должен включать отказ от курения

Целевыми показателями при лечении данного больного является снижение артериального давления до отметки _____ мм рт.ст

130-139/70-79

Диета для данного пациента должна включать

ограничение потребления поваренной соли

У данного пациента следует воздержаться от назначения препаратов из группы нестероидных противовоспалительных средств

Ситуация 170

На приём к врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 42 лет

Жалобы

на непродуктивный кашель,
повышенную утомляемость, общую слабость,
потерю аппетита,
повышение температуры 37,0° С,
ухудшение состояния в ночное время с приступообразным удушливым кашлем.

Анамнез заболевания

перенесла ОРВИ, около 2-х недель назад, с повышением температуры до 38,5°С, беспокоили насморк, головная боль.

После чего появился непродуктивный кашель.

Ранее к врачу не обращалась лечилась народными средствами.

Кашель возникает во время частых простудных заболеваний в холодное время года и отмечается в течение 2-3 месяцев в течение последних пяти лет. На этом фоне сохраняются субфебрильная температура тела 37,0° слабость.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Работает учителем физики в школе.

Перенесённые заболевания: Сезонный аллергический ринит интермиттирующий, лёгкой степени тяжести. Принимает во время сезона цветения Назоваль, Аллергодил назальный спрей по 1 впрыскиванию в каждую ноздрю 2 раза в день утром и вечером, Антигистаминные препараты второго поколения.

Беременности – 2, родов -2.

Наследственность: у отца –Бронхиальная астма с детства

Аллергоанамнез: аллергическая реакция на цветение в конце апреля до середины мая.

Вредные привычки: нет.

Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,75 м, вес 65 кг, t тела 37,0°C. Кожные покровы чистые, влажные, видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание жесткое, единичные сухие рассеянные хрипы, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 65 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС 65 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2)

определение общего иммуноглобулина E в сыворотке крови

клинический анализ крови

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 2)

рентгенография грудной клетки

функция внешнего дыхания

Какой диагноз можно поставить данной больной?

Бронхиальная астма персистирующая средней тяжести, смешанная форма

К сопутствующей патологии у пациентки относится

сезонный аллергический ринит интермитирующий, лёгкой степени тяжести

Для лечения бронхиальной астмы применяют

ингаляционные глюкокортикостероиды + β2-агонист длительного действия и/или антагонисты лейкотриеновых рецепторов

Для терапии персистирующей бронхиальной астмы среднетяжелого течения ингаляционные глюкокортикостероиды показаны в _____ дозах

высоких и средних

Для конца апреля- середины мая характерно цветение таких растений, как

берёза, ольха, лещина, клён

Перекрёстную пищевую реакцию пыльца берёзы даёт с

яблоками, грушами, персиками, черешней, вишней

Доза ингаляционных глюкокортикостероидов для лечения бронхиальной астмы подбирается с учётом

степени тяжести

При назначении β2-адреномиметика короткого действия как средства, купирующего приступы удушья, необходимо предупредить больного о возможности передозировки препарата с

Тахикардия

Больной для самостоятельного контроля за бронхиальной астмой должен отслеживать

суточные колебания пиковой скорости выдоха

Факторами, провоцирующими проявление сезонной бронхиальной астмы, сезонного аллергического ринита являются

контакт с химическими веществами: стиральные порошки, моющие средства, употребление продуктов вызывающих перекрестную реактивность

Ситуация 171

Пациент 18 лет, студент, в начале учебного года обратился в студенческую поликлинику

Жалобы

На общую слабость, ухудшение аппетита, тошноту, двукратную рвоту после приема пищи, дискомфорт и ощущение "тяжести" в эпигастрии и в правом подреберье, темный цвет мочи.

Анамнез заболевания

- Пациент в течение недели амбулаторно лечился по поводу «ОРВИ» в студенческой поликлинике. Заболел остро с повышения температуры до 38,8°C, головной боли, боли в мышцах и суставах, першения в горле. На 5 день болезни температура тела нормализовалась.
- В день предполагаемой выписки на учебу, на фоне нормальной температуры, отметил ухудшение самочувствия: ухудшился аппетит, появились общая слабость, тошнота, рвота после приема пищи, дискомфорт и ощущение "тяжести" в эпигастрии и в правом подреберье. На 5 день потемнела моча, окружающие заметили желтушность склер.

Анамнез жизни

- Студент 2 курса.
- Проживает в общежитии; в комнате 3 человека.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.
- Вредные привычки: отрицает.
- Парентеральный анамнез не отягощен.
- В июле - августе месяце проживал у родственников в сельской местности, купался в пруду, употреблял в большом количестве овощи и фрукты (нередко в немывтом виде). Контакты с больными гепатитом отрицает.

Объективный статус

- Температура тела 36,7°C.
- Кожа и склеры желтушны, сыпи нет.
- Язык влажный, обложен белым налетом.
- Живот мягкий, чувствителен при пальпации в правом подреберье.
- Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, мягко-эластичной консистенции, чувствительна при пальпации. Пальпируется полюс селезенки.
- Моча темная, стул ахоличен.
- АД – 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 60 уд. в мин.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3)
 - **ИФА для определения маркеров вирусных гепатитов**
 - **определение протромбинового индекса**
 - **биохимический анализ крови**
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования
 - **УЗИ органов брюшной полости**
3. Какой основной диагноз?
 - **Острый вирусный гепатит А, желтушная форма, средней степени тяжести**
4. Клиническим критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита является наличие
 - **геморрагического синдрома**
5. Наиболее значимым лабораторным критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита А является
 - **снижение уровня содержания протромбина в крови**
6. Возможным исходом вирусного гепатита А является
 - **дискинезия желчевыводящих путей**
7. Врачебная тактика в данной клинической ситуации состоит в
 - **госпитализации в инфекционное отделение**
8. Терапия вирусного гепатита А предусматривает назначение
 - **лактолозы**
9. При лечении вирусного гепатита А с холестатическим синдромом используют
 - **урсодезоксихолевую кислоту**
10. Базисная терапия вирусного гепатита А предусматривает назначение лечебного стола №
 - **5**
11. В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом А назначают
 - **вакцинацию**
12. Иммунизацию сывороточным иммуноглобулином проводят
 - **не позже 6 дней при внутрисемейных и близких контактах**

Ситуация 172

Больной С. 43 лет обратился в поликлинику по месту жительства 16.01.2017г.

Жалобы

На снижение работоспособности, чувство недомогания, повышенную утомляемость, снижение аппетита, тошноту, ощущение «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье, желтушное окрашивание кожи и склер.

Анамнез заболевания

- Заболел неделю назад с появления повышенной утомляемости, недомогания, снижения аппетита, ощущение «тяжести» в эпигастрии. Данное состояние сохранялось в течении 3-4 дней. Лечился дома самостоятельно, принимал но-шпу, мезим, соблюдал диету. К врачу не обращался.
- В последующие дни появились ощущение «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье, тошнота, отметил отсутствие аппетита.
- На 7-й день болезни отметил потемнение мочи, желтушность склер, что послужило причиной обращения к врачу.

Анамнез жизни

- Работает главным специалистом по защите информации.
- Проживает в отдельной квартире с женой и дочерью 16 лет.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. Острый ВГВ, весна 2015г.
- Вредные привычки: отрицает.
- Парентеральный анамнез: удаление зуба 2 месяца назад.
- В декабре 2016г. находился в Тайланде в течение 10 дней. Жил в отеле, питался
- После выписки из больницы в 2015г., где находился по поводу ОВГВ, к врачам не обращался, диспансерное наблюдение после перенесенного вирусного гепатита не проходил.

Объективный статус

- Температура тела 36,7°C.
- Кожа и склеры неярко желтушны, чистые.
- Язык влажный, скудно обложен белым налетом.
- Живот мягкий, чувствителен при пальпации в правом подреберье.
- Печень выступает из-под края реберной дуги на 2см, плотно-эластичной консистенции, чувствительна при пальпации. Селезенка не пальпируется.
- Моча темная, стул осветлен.
- АД – 120/70 мм.рт.ст, ЧСС – 68 уд. в мин.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3)

- **биохимический анализ крови**
- **определение протромбинового индекса**
- **ИФА для определения маркеров вирусных гепатитов**

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- **УЗИ органов брюшной полости**

3. Какой основной диагноз?

- **Хронический вирусный гепатит В в стадии обострения, желтушная форма, средней степени тяжести**

4. Клиническим критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита является наличие

- **геморрагического синдрома**

5. Наиболее значимым лабораторным критерием тяжелого течения вирусного гепатита В является

- **снижение уровня содержания протромбина в крови**

6. Возможным осложнением вирусного гепатита В является

- **острая печеночная энцефалопатия**

7. Базисной терапией вирусного гепатита В является

- **дезинтоксикационная**

8. Базисная терапия вирусного гепатита В предусматривает назначение

- **основного варианта стандартной диеты**

9. Базисная терапия вирусного гепатита В предусматривает назначение

- **лактолозы**

10. При лечении вирусного гепатита В с холестатическим синдромом используют
 - **урсодезоксихолевую кислоту**
11. Лица, перенесшие острый вирусный гепатит В, должны находиться под диспансерным наблюдением в течение _____ месяцев
 - **6-ти**
12. Для специфической профилактики вирусного гепатита В в настоящее время используют
 - **Вакцинацию**

Ситуация 173

Пациент 45 лет, водитель, обратился в поликлинику

Жалобы

На умеренные боли в области большого пальца правой стопы, покраснение и припухание пальца. Дискомфорт в области поясницы.

Анамнез заболевания

Периодически отмечал дискомфорт в области поясницы, расценивал как проявление остеохондроза поясничного отдела позвоночника, связанного с особенностями профессии. Периодически – дизурии. Около 2 лет назад при случайном УЗИ выявлены микролиты обеих почек. Не обследовался. Настоящее ухудшение состояния около 2 дней назад: ночью появились выраженные боли в области 1-го плюснефалангового сустава правой стопы, гиперемия и отечность 1-го плюснефалангового сустава правой стопы. Накануне употреблял в пищу жареное мясо с большим количеством пива (1,5 литра). Самостоятельно начал прием ибупрофена внутрь по 400 мг 2 раза в сутки и наружно в виде мази с эффектом – интенсивность боли и отека уменьшились.

Анамнез жизни

- Перенесенные заболевания и операции: отрицает
- Наследственность отягощена по желчно-каменной болезни (мать, тетя) и мочекаменной (МКБ) (отец, старший брат)
- Вредные привычки: не курит, регулярно (2-3 раза в неделю) употребляет пиво (1-2 л/сут)

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 80кг, рост 182 см. Кожные покровы нормальной окраски, чистые. Отеков нет. Отмечается припухлость в области 1-го плюснефалангового сустава правой стопы с гиперемией кожных покровов над ним. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 80 в мин., АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное.

1. Выберите основные необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3)
 - **общий анализ крови**
 - **общий анализ мочи**
 - **биохимический анализ крови**
2. В качестве скринингового инструментального метода обследования пациенту необходимо выполнить
 - **ультразвуковое исследование почек**
3. Возможные варианты уратного поражения почек при подагре включают

- острую мочекислую блокаду, уратный нефролитиаз, хронический уратный тубулоинтерстициальный нефрит, иммунный гломерулонефрит
- 4. Наиболее вероятным диагнозом у данного больного является
 - **Подагра с поражением суставов (острый подагрический артрит), почек (уратный нефролитиаз)**
- 5. Показаниями к госпитализации при подагре являются
 - **развитие анурии, нарушение функции почек, почечная колика, гипертонический криз, некупируемый приступ подагрического артрита**
- 6. Тактика ведения данного больного включает
 - **ведение в амбулаторных условиях**
- 7. Общие немедикаментозные принципы лечения подагры с поражением почек заключаются в соблюдении
 - **низкопуриновой диеты и питьевого режима, предупреждении факторов, провоцирующих приступы подагры**
- 8. Основными направлениями фармакотерапии уратной нефропатии при подагре являются
 - **угнетение синтеза мочевой кислоты, увеличение экскреции мочевой кислоты, химический распад мочекислых соединений**
- 9. Показаниями для назначения урикостатигов (аллопуринол, фебуксостат) являются
 - **персистирующая гиперурикемия, в том числе в сочетании с подагрической артропатией, тофусами, уратным нефролитиазом и уратной нефропатией**
- 10. Препаратами первой линии для лечения острого приступа подагрического артрита являются
 - **нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и колхицин**
- 11. Оптимальными для кристаллизации солей мочевой кислоты являются значения
 - **pH мочи -5,0-6,0**
- 12. Больному подагрой с мочекаменной болезнью необходимо ограничение
 - **продуктов, богатых пуринами (мясные бульоны, консервы, мясо молодых животных, субпродукты, колбаса, сосиски, рыбные консервы, копченая рыба, жареная рыба, креветки, бобовые, грибы, орехи, горячий шоколад, крепкий кофе, какао и алкоголь)**

Ситуация 174

Мужчина 37 лет обратился к участковому врачу-терапевту

Жалобы

на одышку при доступных ранее нагрузках и быструю утомляемость

Анамнез заболевания

самочувствие ухудшилось несколько дней назад после злоупотребления алкоголем

Анамнез жизни

- хронических заболеваний в анамнезе нет
- не курит, регулярное злоупотребление алкоголем отрицает

- профессиональных вредностей не имеет
- аллергических реакций не было

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 180 см, масса тела 82 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца аритмичные, ЧСС 112 в 1 мин, пульс 96 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

1. К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования относятся (выберите 2)
 - **регистрация ЭКГ в 12 отведениях**
 - **трансторакальное эхокардиографическое исследование**
2. К необходимым для выяснения причины аритмии лабораторным исследованиям относятся определение в крови уровня (выберите 2)
 - **тиреоидных гормонов**
 - **калия**
3. Выявленное нарушение ритма является
 - **фибрилляцией предсердий**
4. Фибрилляцию предсердий в данном случае следует рассматривать как
 - **впервые выявленную**
5. Результаты проведенного обследования позволяют считать, что аритмия является
 - **идиопатической**
6. Для оценки риска тромбоэмболических осложнений следует использовать шкалу
 - **CHA2DS2-VASc**
7. Оценка риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2-VASc равна
 - **0**
8. Постоянная медикаментозная профилактика тромбоэмболических осложнений у данного пациента
 - **не желательна (класс рекомендаций III)**
9. Восстановление синусового ритма можно провести не ранее, чем через _____ адекватной антикоагулянтной терапии
 - **3 недели**
10. Восстановление синусового ритма без трехнедельной антикоагулянтной подготовки возможно, если
 - **при чреспищеводной эхокардиографии не выявлены противопоказания к кардиоверсии**
11. До восстановления синусового ритма для уменьшения ЧСС можно использовать
 - **бета-адреноблокаторы**
12. После восстановления синусового ритма прием антикоагулянтов следует
 - **продолжать не менее 4 недель**

Женщина 72 года обратилась на прием в поликлинику.

Жалобы

- На чувство сдавления за грудиной, возникающее на фоне чрезмерной физической нагрузки (подъем до 8 этажа)
- На постоянное повышение артериального давления, максимально до 170/100 мм рт.ст., адаптирован к 130/80 мм рт.ст., сопровождающееся покраснением лица, пульсирующей головной болью

Анамнез заболевания

Боли за грудиной впервые начали беспокоить около трех месяцев назад, возникли на фоне чрезмерной физической нагрузки (подъем до 8 этажа), купировались самостоятельно через 10 минут в состоянии покоя. В дальнейшем отмечала возобновление симптоматики при нагрузке той же интенсивности. Самостоятельно начала принимать нитроглицерин с положительным эффектом (купирование болей спустя 5-7 минут после сублингвального приема). Пациентка указывает на снижение качества жизни, связанное с тем, что в ее доме не работает лифт, нитроглицерин постоянно принимать не может в связи с возникающими на фоне приема головными болями. По настоянию родственников обратилась на консультацию к врачу поликлиники.

Повышение артериального давления беспокоит около 20 лет, по этому поводу была однократно консультирована кардиологом, постоянно принимает периндоприл в дозе 8 мг 1 раз в сутки. Указывает, что в течение последних 3 лет эффективность терапии снизилась, артериальное давление постоянно находится на уровне 150/90 мм рт.ст.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Работала преподавателем английского языка в университете, на данный момент на пенсии.
- Перенесённые заболевания, операции: хронический гастрит, ремиссия; мочекаменная болезнь, ремиссия.
- Наследственность: мать страдала гипертонической болезнью, перенесла инсульт в возрасте 65 лет.
- Аллергоанамнез: не отягощен
- Вредные привычки: отрицает

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Телосложение гиперстеническое, рост 1,55 м, вес 92 кг, индекс массы тела 37.88 кг/м². Кожные покровы нормальной окраски, видимые слизистые розового цвета. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичные, акцент второго тона во втором межреберье справа, патологические шумы не выслушиваются. При аускультации легких дыхание везикулярное, проводится равномерно. Патологические шумы не выслушиваются. Пульс 68 уд/мин, ритмичный, ЧСС 68 уд/мин, АД – 150/90 ммрт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Физиологические отправления в норме (со слов).

1. Выберите необходимое для постановки диагноза сочетание лабораторных методов обследования

- **общий анализ крови; определение уровня HbA1c; определение уровня глюкозы крови натощак, определение уровня креатинина крови, подсчет СКФ; определение уровня общего холестерина, ЛПНП, ЛПВП, ТГ**

2. Выберите необходимый для постановки диагноза инструментальный метод обследования, учитывая, что предстесовая вероятность ИБС у данной пациентки составляет от 66-85%
- **стресс-метод визуализации миокарда**
3. Какой основной диагноз?
- **Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения I ФК**
4. У данного пациента повышение риска сердечно-сосудистых осложнений может быть связано с
- **гипертонической болезнью 3 стадии, 2 степени; ожирением 2 степени; дислипидемией; наследственностью**
5. Для предотвращения развития сердечно-сосудистых событий пациенту необходимо назначить следующие группы препаратов
- **антиагреганты, гиполипидемические средства (статины), ингибиторы АПФ**
6. Терапия стабильной ишемической болезни сердца первой линии для контроля ЧСС и симптомов подразумевает назначение короткодействующих нитратов и
- **β -адреноблокаторов или блокаторов медленных Ca^{2+} -каналов (длительного действия)**
7. Терапия стабильной ишемической болезни сердца второй линии для контроля ЧСС и симптомов подразумевает сочетание таких препаратов, как ивабрадин/никорандил/ранолазин/ триметазидин и
- **пролонгированных нитратов**
8. У пациента со стабильной ишемической болезнью сердца (с точки зрения эффективности и безопасности) оптимальной является доза аспирина _____ мг/сут
- **75-150**
9. В случае данного, конкретного пациента должно быть достигнуто целевое значение уровня ЛПНП менее _____ ммоль/л или уменьшение более чем на 50% от исходного, если невозможно достичь уровня в _____ ммоль/л
- **1,8 и 1,8**
10. У пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией предпочтительно использование следующей комбинации препаратов
- **ингибитор АПФ + длительнодействующий дигидропиридиновый антагонист медленных Ca^{2+} -каналов**
11. Больные со стенокардией I ФК наблюдаются врачом-кардиологом поликлиники (в течение первого года после установки диагноза) с частотой ____ раза в год
- **2**
12. Больные ИБС со стабильной стенокардией напряжения I функционального класса в течение первого года после постановки диагноза наблюдаются врачом-кардиологом, а затем
- **врачом-терапевтом (участковым), врачом-терапевтом цехового лечебного участка, врачом общей практики (семейным врачом)**

Ситуация 176

Женщина 54 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы

- Головная боль (ощущение сдавления головы обручем) в вечернее время
- Одышка при подъеме на 3-4 этаж

- Дневная сонливость, общая утомляемость

Анамнез заболевания

- Страдает артериальной гипертензией с 48 лет, после наступления менопаузы, с максимальными значениями АД 180/100 мм рт. ст.
- С этого же времени отмечает прибавку массы тела на 25 кг.
- Постоянной гипотензивной терапии не получает.
- В течение последнего года беспокоит нарушение сна с частыми и длительными периодами остановки дыхания во сне, компенсируемое дневной сонливостью.
- Отмечает сниженное настроение. Ведет малоподвижный образ жизни.
- Инфаркт миокарда, инсульт в анамнезе отрицает.

Анамнез жизни

- Наследственный анамнез: мать 74 года - страдает ИБС, артериальной гипертензией, сахарным диабетом 2 типа. Брат умер в возрасте 50 лет от ОНМК.
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

- Состояние удовлетворительное. Повышенного питания. Рост 156 см, вес 94 кг. ИМТ - 38.6 кг/м². Окружность талии - 111 см.
- Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности.
- Периферических отеков нет. Лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены. Щитовидная железа не увеличена.
- В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 16 в мин.
- Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС - 90 в минуту, акцент II тона во 2 межреберье справа от грудины, АД - 170/100 мм рт.ст.
- Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка непальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 4)

- **определение уровня гликированного гемоглобина**
- **биохимический анализ крови**
- **общий анализ мочи**
- **определение микроальбуминурии**

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 3)

- **полисомнография**
- **эхокардиография**
- **электрокардиограмма**

3. Какой предполагаемый основной диагноз?

- **Артериальная гипертензия 3 ст., риск IV(очень высокий). Сахарный диабет 2 типа. Хроническая болезнь почек ст IIIa, A3. Экзогенно-конституциональное ожирение II ст. Синдром обструктивного апноэ сна**

4. Наиболее распространенной причиной ожирения в популяции является

- **экзогенно-конституциональное ожирение**

5. Лечение артериальной гипертензии в представленной клинической ситуации включает в себя назначение

- **комбинации блокаторов ренин-ангиотензиновой системы (ингибиторы АПФ или блокаторы ангиотензиновых рецепторов) в сочетании с антагонистами кальция и/или диуретиками**
6. Фармакотерапия дислипидемии у пациентов с сахарным диабетом подразумевает
- **назначение статинов в высоких дозах до достижения целевого ЛНП <1,8 ммоль/л**
7. Стратегия нефропротекции в отношении этой пациентки включает в себя следующие мероприятия
- **назначение ингибиторов АПФ, статинов, ограничение нефротоксичных препаратов (в т.ч. НПВП), контроль уровня креатинина и калия**
8. Стартовая терапия сахарного диабета 2 типа у этой пациентки заключается в назначении
- **бигуанидов (метформин)**
9. Лечение ожирения у этой пациентки предусматривает
- **модификацию образа жизни, возможно назначение орлистата и/или лираглутида**
10. Лечение синдрома обструктивного апноэ сна предусматривает
- **снижение массы тела, возможное назначение СИПАП-терапии**
11. Для оценки величины сердечно сосудистого риска у данной пациентки
- **применение специальных шкал не требуется**
12. Для уточнения причины одышки у пациентов с сохраненной фракцией выброса левого желудочка возможно определение уровня
- **мозгового натрийуретического пептида (BNP)**

Ситуация 177

Больная 45 лет обратилась в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На боли, припухание и деформацию мелких суставов рук и ног, утреннюю скованность, отеки лица, стоп, голеней, поносы.

Анамнез заболевания

10 лет назад диагностирован серопозитивный ревматоидный артрит, в течение 5 лет лечилась нестероидными противовоспалительными препаратами с малым эффектом. Последние 5 лет сохраняется высокая активность болезни, выявляются эрозивные изменения суставных поверхностей (рентгенологическая стадия III), обнаруживаются ревматоидные узелки. Проводилась базисная терапия метотрексатом, лефлуномидом без эффекта, коротко использовался генно-инженерный биологический препарат - инфликсимаб с временным эффектом (сохранялся высокий уровень С-реактивного белка, артралгии, скованность). Более 2-х лет выявляется белок в моче до 1 г в сутки, артериальная гипертензия до 160/100 мм рт. ст., принимает ренитек 10 мг в сутки, амлодипин 5 мг в сутки. В течение последнего года беспокоят поносы до 3 раз в день, появились отеки ног, лица.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально
- Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции- краснуха, ветряная оспа

- Наследственность: у матери с 35 лет ревматоидный артрит, лечилась преднизолоном, метотрексатом, умерла в 75 лет от инсульта. Отец – ожирение, сахарный диабет, диабетическая нефропатия с почечной недостаточностью, умер от сердечной недостаточности.

- Вредные привычки: отрицает

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. В области локтевых суставов пальпируются плотные, безболезненные подкожные узелки. Увеличены шейные л/у. Припухлость, S-образная деформация и вальгусная девиация пальцев рук по типу «ластообразная кисть», деформация мелких суставов стоп. Движения в суставах кистей и стоп ограничены, болезненные. Выраженная гипотрофия мышц. Отеки лица, голени. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс регулярный, хорошего наполнения. ЧСС 70 в мин. АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий. Пальпируются плотная, увеличенная печень и селезенка. Перкуторно печень увеличена на 2 см, селезенка - на 1,5 см. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный, дизурия отсутствуют. Стул неоформленный, ежедневный.

1. Выберите основные необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 4)
 - **уровень С-реактивного белка в сыворотке крови**
 - **клинический анализ крови**
 - **биохимический анализ крови**
 - **клинический анализ мочи**
2. В качестве первоочередного инструментального метода обследования пациентке необходимо выполнить (выберите 2)
 - **биопсию слизистого и подслизистого слоя прямой кишки с окраской на амилоид**
 - **УЗИ почек и брюшной полости**
3. Наиболее вероятным диагнозом является
 - **Вторичный системный АА-амилоидоз**
4. Вторичный АА-амилоидоз необходимо дифференцировать с
 - **первичным AL-амилоидозом**
5. В группу риска развития АА-амилоидоза входят пациенты с
 - **хроническими воспалительными заболеваниями**
6. Сывороточным предшественником образования амилоидных фибрилл у данной больной является
 - **острофазовый белок SAA**
7. Наиболее приемлемым в рутинной практике показателем острой фазы воспаления является
 - **сывороточный уровень С-реактивного белка**
8. Общая тактика ведения данной больной заключается в
 - **госпитализации в стационар**
9. Целью терапии любого типа амилоидоза является
 - **уменьшение количества белков-предшественников**
10. Основной стратегией лечения АА-амилоидоза у данной пациентки является
 - **эффе́ктивная базисная терапия ревматоидного артрита**
11. Антиамилоидная терапия при вторичном АА-амилоидозе может включать

- колхицин, диметилсульфоксид, фибриллекс
12. Для АА типа амилоидоза при ревматоидном артрите не характерно поражение
- Сердца

Ситуация 178

Юноша 20 лет, студент, обратился в поликлинику.

Жалобы

Слабость, одышка, массивные отеки лица, стоп, голеней, уменьшение количества мочи, выделяемой за сутки.

Анамнез заболевания

2,5 недели назад появился насморк, першение в горле, кашель со скудной мокротой серого цвета, общее недомогание. Температуру не измерял, к врачу не обращался, продолжал ходить на занятия. Самостоятельно дважды принимал аспирин, использовал отривин, сироп от кашля. Через 10 дней от начала заболевания указанные симптомы постепенно стали уменьшаться до полного исчезновения, оставалась небольшая общая слабость.

Вчера утром внезапно обнаружил появление массивных отеков, отметил, что стал мало мочиться, в связи с чем обратился к терапевту

Анамнез жизни

В детстве частые респираторные инфекции (4-5 в год).

В 14 лет – аппендэктомия, без осложнений.

Страдает атопическим дерматитом с сезонными обострениями, использует кортикостероидные мази.

1-2 раза в неделю беспокоят головные боли, которые связывает с перегрузками в университете, купирует приемом пенталгина.

При прохождении медицинских осмотров изменений в анализах мочи, биохимическом анализе крови никогда не отмечалось. Повышения артериального давления, гипергликемии никогда не отмечалось.

Среди ближайших прямых родственников заболеваний почек не было.

Не курит. С физическими нагрузками на уроках физкультуры всегда справлялся удовлетворительно. Спортом не занимается.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 185 см. Вес 82 кг (до болезни 77-78 кг), Кожные покровы бледные, чистые. Слизистая стенка зева не гиперемирована. Миндалины не увеличены. Массивные отеки лица, стоп и голеней. Отеки симметричные, равномерные, умеренной плотности, при надавливании легко образуется отчетливая «ямка». Гиперемии, гипертермии кожи в месте формирования отеков не отмечается. При перкуссии – тупой звук над нижними отделами легких, справа – до угла лопатки, слева – на 2 см ниже. При аускультации легких дыхание везикулярное, в нижние отделы не проводится, крепитации нет, хрипы не выслушиваются, перкуторно – притупление звука в нижних отделах (гидроторакс). ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 80 в мин., АД 105/65 мм рт.ст. При перкуссии живота определяется умеренное количество жидкости в брюшинной полости. Живот мягкий, безболезненный. В проекции аорты, почечных артерий шумов не выслушивается. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное. Диурез не измерял. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)
 - **общий анализ мочи**
 - **биохимический анализ крови**
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования
 - **ультразвуковое исследование почек**
3. Наиболее вероятной причиной отеков у данного пациента является
 - **Нефротический синдром**
4. Наиболее вероятным нозологическим диагнозом у данного больного является
 - **хронический гломерулонефрит**
5. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) у данного пациента соответствует следующей стадии хронической болезни почек (ХБП)
 - **ХБП-С1**
6. Оптимальной тактикой ведения данного пациента является
 - **госпитализация в нефрологический стационар**
7. Диета для данного больного должна предусматривать
 - **умеренное ограничение потребления белка (0,8 г/кг/сут) + количество белка, теряемое за сутки с мочой**
8. Основные требования, предъявляемые к водно-солевому режиму у данного больного, включают
 - **контроль суточного диуреза, потребление жидкости в количестве, не превышающем ее выделение, строгое ограничение соли до 4 г/сут**
9. Для патогенетической терапии хронического гломерулонефрита с изолированным нефротическим синдромом и сохранной функцией почек применяются
 - **стероидные противовоспалительные препараты, ингибиторы кальциневрина**
10. При нефротическом синдроме внутривенная инфузия донорского альбумина должна проводиться пациентам с
 - **гиповолемией и тяжелыми рефрактерными отеками**
11. Методом исследования, на основании которого строится современная классификация хронического гломерулонефрита и определяется тактика лечения, является
 - **морфологическое исследование ткани почки, полученной путем пункционной биопсии**
12. Нефротический синдром наиболее часто осложняется развитием
 - **инфекций, тромбозов**

Ситуация 179

Больной М. 25 лет обратился в поликлинику по месту жительства 17.01.2018 г.

Жалобы

На лихорадку до 38,5°C, отсутствие аппетита, тошноту, рвоту до 2-3 раз в день, поверхностный сон, головную боль, боли в суставах, боли в правом подреберье, темную мочу, желтушность склер.

Анамнез заболевания

- Заболел остро 4 дня назад, когда температура тела повысилась до 38,5-39°C, снизился аппетит, появились тошнота, боли в крупных суставах, тяжесть в правом подреберье. Лечился дома самостоятельно, принимал жаропонижающие. К врачу не обращался.
- В последующие дни пропал аппетит, появились рвота до 2-3 раз в день, боли давящего характера в правом подреберье, поверхностный сон.
- На 3-й день болезни отметил потемнение мочи и желтушность склер, геморрагические элементы сыпи на коже.
- В связи с отсутствием эффекта от лечения в домашних условиях и ухудшением общего состояния обратился к врачу.

Анамнез жизни

- Работает курьером в интернет-магазине.
- Проживает в отдельной квартире один.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, аппендэктомия, хронический вирусный гепатит В с 2012г.
- Вредные привычки: курит, злоупотребляет алкоголем (преимущественно пиво, водку), периодически принимает в/венно наркотики.
- Парентеральный анамнез: в/венно наркотики в течение 7 лет, беспорядочные половые связи.

Объективный статус

- Температура тела 38,3°C.
- Кожа и склеры желтушны, единичные геморрагии на туловище и верхних конечностях.
- Язык сухой, обложен бурым налетом.
- Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в эпигастрии и правом подреберье.
- Печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги, болезненная при пальпации, мягкой консистенции, край заострен. Пальпируется полюс селезенки.
- Моча темная, стул задержан 2 дня.
- АД – 130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 92 уд. в мин.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3)
 - **биохимический анализ крови**
 - **ИФА для определения маркеров вирусных гепатитов**
 - **определение протромбинового индекса**
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования
 - **УЗИ органов брюшной полости**
3. Какой основной диагноз?
 - **Острая дельта- (супер) инфекция хронического гепатита В, желтушная форма, тяжелое течение**
4. Критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита является
 - **снижение протромбинового индекса ниже 50%**
5. Возможным осложнением острой дельта- (супер) инфекции хронического гепатита В является

- **острая печеночная энцефалопатия**
- 6. Наиболее вероятным исходом острой дельта- (супер) инфекции хронического гепатита В является
 - **хронический, активно прогрессирующий вирусный гепатит с формированием цирроза**
- 7. Базисной терапией острой дельта- (супер) инфекции хронического гепатита В является
 - **интенсивная дезинтоксикационная**
- 8. Базисная терапия острой дельта- (супер) инфекции предусматривает назначение
 - **растворов разветвленных аминокислот**
- 9. Базисная терапия острой дельта- (супер) инфекции предусматривает назначение
 - **лактолозы**
- 10. Все контактные лица с острой дельта- (супер) инфекцией хронического гепатита В подвергаются первичному медицинскому осмотру с последующим медицинским наблюдением в течение _____ мес. со дня разобщения с источником инфекции
 - **6 -ти**
- 11. В целях профилактики инфицирования острой дельта- (супер) инфекции хронического гепатита В назначают
 - **вакцинацию против гепатита В**
- 12. Медицинское наблюдение контактных лиц с острой дельта- (супер) инфекцией хронического гепатита В включает лабораторное обследование с определением
 - **аланинаминотрансферазы и HBsAg**

Ситуация 180

Пациент 43 лет обратился в поликлинику.

Жалобы

на

- ноющие боли в эпигастральной области, которые возникают через 10-15 минут после приема пищи,
- тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение,
- снижение аппетита.

Анамнез заболевания

- Данные симптомы беспокоят в течение 6 лет, купируются приемом Альмагеля. К врачу ранее не обращался.
- Отмечает весенне-осенние обострения заболевания.
- Ухудшение самочувствия около двух дней, после употребления алкоголя и жареной пищи.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Работает автослесарем.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ.
- Наследственность: отец страдал язвенной болезнью желудка.
- Аллергоанамнез неотягощен.

- Вредные привычки: курит с 15 лет (20 сигарет в день), часто употребляет алкоголь

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Астеник, пониженного питания, рост – 176 см, масса тела – 56 кг, индекс массы тела – 18,1 кг/м², температура тела – 36,5°C. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 74 удара в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 74 удара в минуту. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации умеренно вздут, болезненный в эпигастриальной области, симптом раздражения брюшины не выявляется. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневно, без патологических примесей.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)
 - **анализ кала на скрытую кровь**
 - **клинический анализ крови**
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования
 - **эзофагогастродуоденоскопия с уреазным тестом**
3. В данной клинической ситуации основным диагнозом является
 - **Язвенная болезнь с локализацией язвы малых размеров (0,5 см) по большой кривизне желудка, ассоциированная с H. pylori, рецидивирующее течение, обострение.**
4. Стандартная схема первой линии эрадикационной терапии включает комбинацию
 - **ингибитора протонной помпы, кларитромицина, амоксициллина**
5. Стандартная продолжительность эрадикационной терапии составляет (в днях)
 - **10-14**
6. Контроль эрадикации H. pylori после антихеликобактерной терапии следует провести через (в неделях)
 - **4-6**
7. В период лечения пациенту показано соблюдение рекомендаций по питанию, соответствующих диете №
 - **1**
8. Ориентировочные сроки нетрудоспособности для данного больного составляют (в днях)
 - **25**
9. Пациент относится к группе состояния здоровья
 - **IIIa**
10. Кратность ежегодного посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью желудка неосложнённого течения составляет ____ раз/раза
 - **1**
11. Кратность ежегодного посещения врача-гастроэнтеролога в рамках диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью желудка неосложнённого течения составляет _____ раз/раза

1

12. Длительность диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью желудка с момента последнего обострения составляет (в годах)

5

Ситуация 181

Больная 36 лет обратилась в поликлинику

Жалобы

На слабость, утомляемость, дискомфорт в поясничной области справа, учащенное болезненное мочеиспускание, увеличение количества выделяемой мочи (в том числе в ночное время – до 3-4 раз большими порциями), повышение температуры тела до 37,8°C, познabливание

Анамнез заболевания

В юности наблюдались эпизоды болезненного мочеиспускания (после переохлаждения, половых контактов), иногда сопровождавшиеся ухудшением общего самочувствия, повышением температуры тела до 37,2-37,5°C, по поводу которых короткими курсами по 3-5 дней самостоятельно принимала противомикробные препараты (5-НОК, нолицин, палин) с положительным эффектом. К врачу не обращалась, анализы мочи не контролировала.

В 25 лет на ранних сроках беременности перенесла острый пиелонефрит, проводилась антибактериальная терапия с положительным эффектом. В последующие годы наблюдалось несколько эпизодов болезненного мочеиспускания с тянущими болями в поясничной области справа, лейкоцитурией, повышением температуры тела до 37,5°C, лечилась антибиотиками, фитопрепаратами. Примерно 6 лет назад отметила нарастание слабости, быструю утомляемость, головные боли, было выявлено повышение АД (максимально до 170/100 мм рт. ст.); в течение последних 3-4 лет непостоянно принимает амлодипин в дозе 5 мг/сут, а также капотен в дозе 25 мг/сут (при АД > 150/90 мм рт. ст.).

Указанные жалобы появились 2 дня назад после переохлаждения. Начала прием канефрона без четкого положительного эффекта.

Анамнез жизни

- Перенесенные заболевания и операции: В 23 года – аппендэктомия.
- Наследственность: артериальная гипертензия, сахарный диабет по материнской линии (мать, бабушка), по отцовской линии генерализованный атеросклероз (отец, дед), мочекаменная болезнь (дед).
- Гинекологический анамнез: беременность – 1, роды – 1. Периодически наблюдаются обострения кандидоза половых органов, по поводу которого проводится терапия флуконазолом.
- Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет редко (несколько раз в месяц) в небольшом количестве.

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 37,2°C. Рост 162 см, масса тела 71 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски, отеков. ЧД 18 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ритм правильный. ЧСС – 78 уд. в мин., АД – 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации чувствительный в надлобковой области. Печень и селезенка перкуторно не увеличены, не пальпируются. Мочеиспускание свободное, периодически болезненное.

Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 4)
 - **биохимический анализ крови**
 - **общий анализ крови**
 - **бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности к антибиотикам**
 - **общий анализ мочи**
2. В качестве скринингового инструментального метода обследования пациентки необходимо использовать
 - **УЗИ почек**
3. Наиболее вероятным диагнозом является
 - **Обострение хронического пиелонефрита**
4. Помимо консультации уролога данной пациентке показана консультация
 - **гинеколога**
5. Ультразвуковым признаком обструкции мочевыводящих путей является
 - **расширение чашечно-лоханочной системы**
6. Перед началом антибактериальной терапии обострения хронического пиелонефрита в первую очередь необходимо
 - **исключить обструкцию мочевыводящих путей**
7. Тактика ведения данной больной заключается в
 - **амбулаторном лечении**
8. Антибактериальная терапия данной пациентки заключается в
 - **пероральном приеме левофлоксацина внутрь по 500 мг 1 р/сут**
9. Продолжительность курса антибактериальной терапии у данной больной должна составлять
 - **10-14 дней**
10. К антибактериальным препаратам, оказывающим нефротоксическое действие, относятся
 - **аминогликозиды**
11. Дальнейшая тактика ведения данной пациентки после купирования обострения пиелонефрита заключается в
 - **длительном приеме мочегонных и антиспитических трав, коррекции артериального давления**
12. Показанием к нефрэктомии при хроническом пиелонефрите является
 - **развитие пионефроза**

Ситуация 182

Вызов врача на дом к пациентке 19 лет на 4-й день болезни

Жалобы

на повышение температуры тела, слабость, головную боль, боль в мышцах, суставах, небольшой насморк, ощущение «першения» в горле, сухой редкий кашель, кожные высыпания.

Анамнез заболевания

Считает себя больной, когда вечером заметила появление небольшой болезненности и увеличения затылочных и заднешейных лимфоузлов, слабость, головную боль. Температуру не измеряла.

Утром температура тела до 37,6°C, миалгии, артралгии.

Присоединился насморк, редкий сухой кашель.

Лечилась самостоятельно, принимала жаропонижающие препараты (парацетомол), щелочное питье, витамин С.

На 4-й день болезни появилась сыпь на лице, которая в течение нескольких часов распространилась на туловище и конечности, самочувствие без ухудшения.

Анамнез жизни

Студентка дневного отделения ВУЗа.

Проживает в квартире с родителями.

Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: ОРВИ.

Вредные привычки: отрицает.

Прививочный анамнез: со слов пациентки, в детском возрасте прививки сделаны согласно Национальному календарю профилактических прививок. В школе проведение профилактических прививок, согласно рекомендациям врача, какие точно не помнит. От гриппа не прививалась.

Объективный статус

Температура тела 37,5°C.

Самочувствие удовлетворительное.

На коже лица, на туловище, ягодицах и разгибательных поверхностях конечностей – мелкая, розовая, пятнисто-папулезная сыпь на неизменном фоне без склонности к слиянию.

Периферические лимфоузлы (затылочные, заднешейные) диаметром до 1см, умеренно чувствительные при пальпации, подвижные, кожа над ними не изменена.

Слизистая ротоглотки незначительно гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет. Глотание безболезненное.

АД – 110/70 мм.рт.ст, ЧСС – 74 уд. в мин.

В легких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. Кашель редкий, сухой.

Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

В сознании. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)
 - **полимеразная цепная реакция к возбудителям**
 - **иммуноферментный анализ крови**
2. Какой основной диагноз?
 - **Краснуха, типичное течение, средней степени тяжести**
3. Специфическим осложнением при краснухе является
 - **тромбоцитопеническая пурпура**
4. Тяжелым специфическим осложнением краснухи является
 - **энцефалит**
5. Типичными клиническими проявлениями при краснухе являются
 - **мелкая пятнисто-папулезная сыпь, незначительный подъем температуры, лимфоаденопатия**
6. Дифференциальную диагностику краснухи следует проводить с

- **инфекционным мононуклеозом, псевдотуберкулезом, скарлатиной**
7. Лечебная тактика при краснухе с развитием полиартрита заключается в применении
- **нестероидных противовоспалительных средств**
8. Лечение краснухи при среднетяжелом течении включает проведение _____ терапии
- **симптоматической**
9. Индекс avidности IgG при острой краснушной инфекции составляет
- **менее 30**
10. За лицами, общавшимися с больными краснухой, устанавливается медицинское наблюдение в течение _____ дня/дней с момента выявления последнего случая заболевания в очаге
- **21**
11. К методам специфической профилактики и защиты населения от краснухи относят
- **вакцинопрофилактику**
12. Показателем наличия иммунитета к краснухе является присутствие в крови специфических
- **IgG**

Ситуация 183

Мужчина 47 лет обратился к участковому врачу-терапевту

Жалобы

на короткие эпизоды слабости и сердцебиения, возникающие по несколько раз в день

Анамнез заболевания

эпизоды сердцебиения отмечает на протяжении нескольких месяцев, но за последнее время они значительно участились

Анамнез жизни

- хронических заболеваний нет
- не курит, алкоголем не злоупотребляет
- профессиональных вредностей не имеет
- аллергических реакций не было

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 75 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

1. К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования относятся (выберите 2)
 - **регистрация ЭКГ в 12 отведениях**
 - **амбулаторное (холтеровское) мониторирование ЭКГ**
2. Для выявления (исключения) кардиальных причин развития аритмии следует провести
 - **трансторакальное эхокардиографическое исследование**

3. Для выявления (исключения) внекардиальных причин развития аритмии следует определить содержание в крови (выберите 2)
 - **калия**
 - **тиреоидных гормонов**
4. Выявленное нарушение ритма является
 - **фибрилляцией предсердий**
5. Фибрилляцию предсердий у данного пациента следует рассматривать как
 - **пароксизмальную**
6. Результаты проведенного обследования позволяют считать, что аритмия является
 - **идиопатической**
7. Для оценки риска тромбоэмболических осложнений следует использовать шкалу
 - **CHA2DS2-VASc**
8. Оценка риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2-VASc равна
 - **0**
9. Пациенту показано назначение
 - **антиаритмические препаратов**
10. Для профилактики рецидивов фибрилляции предсердий могут быть назначены антиаритмические препараты _____ класса
 - **I или III**
11. Из антиаритмических препаратов III класса пациенту может быть назначен _____ раза в день
 - **соталол по 80 мг 2**
12. При неэффективности медикаментозной профилактики рецидивов аритмии следует рассмотреть вопрос о
 - **катетерной абляции устьев легочных вен**

Ситуация 184

Пациентка 65 лет обратилась к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

на

- кашель с трудноотделяемой мокротой жёлтого цвета,
- повышение температуры тела до 38,2°C,
- одышку при незначительной физической нагрузке,
- учащённое сердцебиение, отёки ног,
- озноб, общую слабость, головную боль.

Анамнез заболевания

- Заболела остро после переохлаждения 2 дня назад: повысилась температура до 38,2°C, появились кашель с мокротой жёлтого цвета, озноб, общая слабость.
- Одновременно отметила усиление одышки при ходьбе и в ночные часы.
- С 50 лет страдает артериальной гипертонией с повышением АД до 170/110 мм рт.ст.
- В 60 лет перенесла инфаркт миокарда без подъёма сегмента ST с локализацией в передне-перегородочной области левого желудочка.

- С 63 лет присоединились одышка при обычной физической нагрузке, отёки ног. Постоянно принимает статины и ацетилсалициловую кислоту, нерегулярно – ингибиторы АПФ, тиазидовые диуретики.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Перенесённые заболевания, операции: холецистэктомия.
- Наследственность и аллергоанамнез: без особенностей.
- Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести, температура тела – 38,2°C. Гиперстенического телосложения, рост – 158 см, масса тела – 72 кг, индекс массы тела – 28,8 кг/м², периферические лимфоузлы не увеличены, отёчность стоп и нижней трети голеней. Дыхание поверхностное, ЧДД – 20 в минуту. При сравнительной перкуссии легких отмечается притупление перкуторного звука в подлопаточных областях с обеих сторон. При аускультации в зонах притупления выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца звучные, ритм правильный, ЧСС – 100 в минуту. АД – 160/95 мм рт.ст. Пульс – 100 ударов в минуту, ритмичный. Язык слегка обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из под рёберной дуги на 3 см. Симптом поколачивания отрицательный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3)
 - **клинический анализ крови**
 - **бактериоскопия мокроты (с окраской по Цилю – Нильсену и Граму)**
 - **общий анализ мокроты**
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2)
 - **пульсоксиметрия**
 - **рентгенография органов грудной клетки**
3. В данной клинической ситуации основным диагнозом является
 - **Внебольничная пневмония нижней доли левого и правого лёгкого**
4. В данной клинической ситуации к сопутствующей патологии можно отнести
 - **ИБС: постинфарктный кардиосклероз, ХСН IIБ ст. III ФК. Артериальная гипертония 3 ст., III ст., риск 4. Избыточная масса тела.**
5. В данной клинической ситуации наблюдение и лечение пациентки следует проводить в
 - **отделении общего профиля**
6. В качестве стартовой эмпирической антибактериальной терапии пациентке показано внутривенное введение
 - **ингибиторзащищённого аминопенициллина**
7. Для лечения сопутствующей патологии данной пациентке показано назначение комбинации
 - **ингибиторов АПФ, бета-адреноблокаторов, антагонистов минералокортикоидных рецепторов, диуретиков**

8. Вторичная профилактика пневмонии включает проведение вакцинации против пневмококковой инфекции и

- **гриппа**

9. Пациентка относится к _____ группе состояния здоровья

- **IIIa**

10. Целевым значением систолического артериального давления для пациентки является _____ мм рт.ст.

- **140-150**

11. Целевым значением диастолического артериального давления для пациентки является величина менее _____ мм рт.ст.

- **90**

12. Суточный объем потребляемой жидкости для данной пациентки не должен превышать _____ л

- **2**

задачи №185

Ситуация

Больная 65 лет, учитель на пенсии, обратилась в поликлинику

Жалобы

На повышенную утомляемость, полиурию, полидипсию, головокружения и головные боли при подъемах артериального давления (АД).

Анамнез заболевания

С 45 лет – менопауза, избыточная масса тела, артериальная гипертония (подъемы АД до 150/100 мм рт ст), постоянно принимает фозиноприл 10 мг в сутки с эффектом. В 49 лет выявлено нарушение толерантности к глюкозе, в 52 года – диагностирован сахарный диабет 2 типа (СД2) (гипергликемия до 8,2 ммоль/л), назначен глюкофаж (метформин) 1500 мг в сутки, (гликированный гемоглобин HbA1c 7,2-7,4%), в связи с гиперхолестеринемией – торвакард 20 мг. После выхода на пенсию живет на даче, анализы сдает нерегулярно. Два года назад в связи с ухудшением зрения обследовалась у окулиста, диагностирована пролиферативная диабетическая ретинопатия обоих глаз, выполнена лазерокоагуляция сетчатки. В ан.мочи в тот период – белок не выявлялся, альбуминурию не исследовала, креатинин сыворотки 100 мкмоль/л. Ухудшение состояния в течение последнего месяца – АД стала хуже поддаваться коррекции, беспокоят слабость, головокружения, более выраженные, чем ранее, жажда и полиурия. Обратилась к участковому терапевту.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания и операции: в течение 20 лет – избыточная масса тела

Наследственность отягощена по материнской линии: ожирение, АГ, желчно-каменная болезнь

Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 90 кг, рост 162 см. Температура тела 36,60С. Кожные покровы бледные, чистые. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 78 в мин., АД 140/75 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет подкожной жировой клетчатки, мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное.

Вопросы

1. Выберите основные необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 4)

общий анализ мочи

биохимический анализ крови

общий анализ крови

исследование альбуминурии

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

УЗИ почек

3. О развитии диабетической нефропатии (ДН) у данной больной могут свидетельствовать

повышенная альбуминурия, снижение СКФ, длительность течения сахарного диабета, наличие других микрососудистых осложнений (диабетической ретинопатии)

4. Больным СД 2 типа скрининг на выявление диабетической нефропатии, включающий определение альбуминурии/протеинурии и СКФ, необходимо проводить

сразу при постановке диагноза, далее - ежегодно

5. У данной пациентки хроническая болезнь почек по уровню фильтрации соответствует следующей стадии

ХБП-С3а

6. При лечении сахарного диабета (СД) выбор целевого уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) зависит от

возраста пациента, ожидаемой продолжительности его жизни, наличия тяжелых осложнений и риска тяжелой гипогликемии

7. Регулярная физическая активность при сахарном диабете 2 типа способствует

компенсации углеводного обмена, снижению и поддержанию массы тела, уменьшению инсулинорезистентности и гиперлипидемии, повышению сердечно-сосудистой тренированности

8. Общие принципы ведения данной больной СД 2 типа включают

коррекцию веса, физическую активность, соблюдение диеты, достижение индивидуальных целевых значений HbA1c, прием и-АПФ или БРА; коррекцию АД и дислипидемии

9. Показаниями к проведению биопсии почки при сахарном диабете являются

остронефритический синдром, быстро прогрессирующая почечная недостаточность, развитие большой протеинурии и нефротического синдрома при длительности СД менее 5 лет, стойкая или рецидивирующая гломерулярная гематурия

10. Применение метформина при сахарном диабете допустимо на стадиях хронической болезни почек

C1-3a

11. К немодифицируемым факторам риска развития диабетической нефропатии относятся

длительность сахарного диабета, генетические особенности

12. Оптимальными методами заместительная почечной терапии при терминальной ХПН у больных сахарным диабетом являются

перитонеальный диализ, гемодиализ, трансплантация почки, сочетанная трансплантация почки и поджелудочной железы

Ситуация 186

Больной А. 44 года осматривается врачом-терапевтом участковым в поликлинике

Жалобы

На головную боль в затылочной области, ощущение пульсации в голове, жара, головокружение, снижение работоспособности

Анамнез заболевания

Головные боли при стрессовых ситуациях беспокоят в течение нескольких лет. Не придавал этому значение. Год назад при случайном, однократном измерении артериального давления были выявлены повышенные цифры, однако к врачам не обращался. В течение последнего месяца на фоне неприятностей на работе отметил усиление головных болей, появление головокружения, пошатывания при ходьбе, что заставило обратиться к врачу по месту жительства.

Анамнез жизни

рос и развивался нормально

перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронический гастрит

наследственность: отец имеет артериальную гипертензию с 40 лет, перенес инфаркт миокарда в возрасте 53 лет.

вредные привычки: курит по 10-15 сигарет в день с 18-летнего возраста

двигательная активность: малоподвижный образ жизни

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 105 кг, рост 177 см. Кожные покровы нормальной окраски, влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 16 в минуту. Левая граница сердца определяется по 5 межреберью на 1 см снаружи от левой срединноключичной линии. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент второго тона во втором межреберье справа от грудины. ЧСС 85 ударов в минуту. АД 170/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Отеков нет.

1) Скрининговым лабораторным методом обследования, необходимым для постановки диагноза, является (выберите 2)

биохимический анализ крови

общий анализ мочи

2) Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

электрокардиография в покое в 12 отведениях

3) Какой диагноз можно поставить данному больному?

Гипертоническая болезнь II стадия, 2 степень, риск высокий

- 4) К поражению органов-мишеней, связанному с артериальной гипертензией у больного относят гипертрофию левого желудочка
- 5) У больного имеется нарушение метаболизма в виде ожирения
- 6) Дополнительным инструментальным методом обследования больных артериальной гипертензией является эхокардиография
- 7) Тактика ведения данного больного включает коррекцию образа жизни в сочетании с назначением фиксированной комбинации двух антигипертензивных препаратов
- 8) Данному больному предпочтительнее назначить лизиноприл+ амлодипин
- 9) Немедикаментозный подход к лечению данного пациента должен включать регулярные физические аэробные нагрузки
- 10) Целевыми показателями при лечении данного больного является снижение артериального давления до уровня _____ мм рт.ст 120-130/70-79
- 11) Диета для данного пациента должна включать ограничение потребления поваренной соли
- 12) Контроль достижения и поддержания целевого уровня артериального давления следует осуществлять посредством проведения ежедневного домашнего самоконтроля артериального давления

Ситуация 187

Больной М. 26 лет обратился в поликлинику по месту жительства 22.08.2017г.

Жалобы

На слабость, повышение температуры до 37,4°C, тошноту, снижение аппетита, рвоту после еды, «тяжесть» в эпигастрии и дискомфорт в правом подреберье, потемнение мочи, желтушное окрашивание склер.

Анамнез заболевания

Заболел остро с повышением температуры до 37,5°C, головной боли, ломоты в мышцах и суставах. Раздражали запахи пищи, отмечал тошноту. Высокая лихорадка до 38,5°C сохранялась в течении первых 3-х дней. Лечился дома, самостоятельно принимал сорбенты и жаропонижающие препараты. К врачу не обращался.

В последующие дни появились рвота после еды и послабление стула до 3 раз в сутки, ощущение «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье, пропал аппетит.

На 5-й день болезни отметил потемнение мочи. Окружающие заметили желтуху, что послужило причиной обращения к врачу.

Анамнез жизни

Журналист

Проживает в отдельной квартире с семьей.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, вирусный гепатит А.

Вредные привычки: отрицает.

Парентеральный анамнез не отягощен.

Последняя командировка была в Таджикистан за 16 дней до начала заболевания.

Объективный статус

Температура тела 37,8°C.

Кожа и склеры желтушны, сыпи нет.

Язык сухой, обложен белым налетом.

Живот мягкий, чувствителен при пальпации в правом подреберье.

Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, мягко-эластичной консистенции, чувствительна при пальпации. Пальпируется полюс селезенки.

Моча темная, стул ахоличен.
АД – 110/70 мм.рт.ст, ЧСС – 72 уд. в мин.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3)

[биохимический анализ крови](#)

[ИФА для определения маркеров вирусных гепатитов](#)

[определение протромбинового индекса](#)

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

[УЗИ органов брюшной полости](#)

Какой основной диагноз?

[Вирусный гепатит А, желтушная форма, средней степени тяжести](#)

Клиническим критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита является наличие

[геморрагического синдрома](#)

Наиболее значимым лабораторным критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита А является

[снижение уровня содержания протромбина в крови](#)

Возможным осложнением вирусного гепатита А является

[острая печеночная энцефалопатия](#)

Базисная терапия вирусного гепатита А предусматривает назначение лечебного стола №

[5](#)

Базисной терапией вирусного гепатита А является

[дезинтоксикационная](#)

Базисная терапия вирусного гепатита А предусматривает назначение

[лактолозы](#)

При лечении вирусного гепатита А с холестатическим синдромом используют

[урсодезоксихолевую кислоту](#)

В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом А назначают

[вакцинацию](#)

Пациенты, перенесшие острый вирусный гепатит А подлежат диспансеризации в течение _____ месяцев

[3-6](#)

Условие ситуационной задачи №188

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратился пациент 50 лет.

Жалобы

на

периодически беспокоящую сухость во рту,

онемение и жжение в стопах.

Анамнез заболевания

в течение полугода беспокоят онемение и жжение в стопах,
накануне обращения появилась боль в правой ноге при ходьбе более 300 м.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

Работает строителем.

Около 3 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, получает пероральную сахароснижающую терапию (метформин 2000 мг в сутки, алоглиптин 25 мг в сутки).

Около года отмечается повышение артериального давления до 155/100 мм рт.ст., регулярной гипотензивной терапии не получает.

Перенесённые заболевания: простудные.

Наследственность: у деда сахарный диабет 2 типа.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Вредные привычки: курение.

Питание включает продукты с большим количеством простых углеводов и животных жиров.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост – 177 см, масса тела – 105 кг, индекс массы тела – 33,5 кг/м², температура тела – 36,7°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, периферических отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 15 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 78 в минуту. АД – 145/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Кожные покровы правой стопы бледные, холодные на ощупь, пульсация тыльной артерии правой стопы снижена. На дистальной фаланге безымянного пальца правой стопы язвенный дефект 0,5×0,5 см без гнойного отделяемого, без эритемы. Снижена тактильная и болевая чувствительность правой стопы.

Вопросы

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3)
гликированный гемоглобин (HbA1c)
биохимический анализ крови
бактериологическое исследование отделяемого раны
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2)
ультразвуковая доплерография нижних конечностей
рентгенография стоп
3. Какой предполагаемый основной диагноз?

Сахарный диабет 2 типа. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Синдром диабетической стопы, нейроишемическая форма. Язвенный дефект IV пальца правой стопы.

4. Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c < _____ %

7,5

5. Какая сопутствующая патология присутствует у пациента?

Артериальная гипертензия 2 ст., очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 1 степени.

6. Рекомендации данному пациенту по изменению образа жизни включают

отказ от курения, уменьшение массы тела, гипокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, ношение разгрузочного башмака

7. Для коррекции сахароснижающей терапии необходимо

добавить базальный инсулин

8. Пациенту с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы показаны обработка раны и консультация сосудистого хирурга

9. Необходим повторный контроль HbA1c через _____ месяца/месяцев

3

10. Через 6 месяцев после интенсификации сахароснижающей терапии у пациента уровень HbA1c составил 9,0 % . Пациенту необходимо

отменить алоглиптин, интенсифицировать и оптимизировать инсулинотерапию

11. Профилактика образования язвенных дефектов в области стопы заключается в регулярном посещении кабинета диабетической стопы

12. У пациента с сахарным диабетом 2 типа на инсулинотерапии необходимо осматривать места инъекции инсулина не реже 1 раза в _____ месяцев

6

Условие ситуационной задачи №189

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратился пациент 62 лет.

алобы

на

сухость во рту,

жажду.

Анамнез заболевания

Год назад при диспансерном обследовании на работе была выявлена гипергликемия натощак (7,6 ммоль/л), было рекомендовано обследование, однако пациент рекомендации не выполнил, к врачу не обращался. В течение 3-х месяцев стала беспокоить сухость во рту и жажда, боли в ногах по ночам.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

Работает инженером.

Перенесённые заболевания: в течение 4-х лет в связи с повышением артериального давления получает моксонидин 0,4 мг в сутки, на этом фоне периодически при самоконтроле отмечает повышение артериального давления, максимально до 175 и 100 мм рт.ст.

Наследственность: у отца – сахарный диабет 2 типа.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Вредные привычки: курит.

Питается нерегулярно, употребляет фастфуд.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост – 174 см, масса тела – 93 кг, индекс массы тела – 31 кг/м², температура тела – 36,4°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Осмотр нижних конечностей: кожа сухая, участки гиперкератоза в областях избыточного давления на стопах, пульсация на артериях стопы сохранена с обеих сторон. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 68 в минуту. АД – 155/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Вопросы

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)

глюкоза плазмы натощак

гликированный гемоглобин (HbA1c)

2. Какой предполагаемый основной диагноз?

Сахарный диабет 2 типа

3. У пациента предполагается осложнение сахарного диабета в виде

сенсорной полинейропатии

4. Для подтверждения наличия сенсорной полинейропатии пациенту необходимо провести

оценку нарушений чувствительности

5. У пациента из сопутствующей патологии присутствует

артериальная гипертензия 2 ст., очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, ожирение 1 ст.

6. Рекомендации для данного пациента по изменению образа жизни включают уменьшение массы тела

низкокалорийную диету с исключением легкоусвояемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)

7. Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c < _____ %

7,5

8. В качестве стартовой сахароснижающей терапии необходимо назначить комбинацию инсулина

базального и метформина

9. Необходим повторный контроль HbA1c через _____ месяца/месяцев

3

10. Для лечения сопутствующей патологии данному пациенту показано назначение

эналаприла, нифедипина

11. Пациенту на комбинированной терапии пероральным сахароснижающим препаратом с базальным инсулином необходимо рекомендовать контролировать глюкозу капиллярной крови

не менее 1 раза в сутки в разное время + 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю

12. Наблюдение пациента с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа и артериальной гипертензией должно включать регулярную оценку

микроальбуминурии **Обоснование**

Условие ситуационной задачи №190

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 38 лет.

Жалобы

на периодически беспокоящую сухость во рту,
кожный зуд,
мелькание «мушек» перед глазами.

Анамнез заболевания

В течение нескольких месяцев беспокоит сухость во рту и кожный зуд.
Около недели отмечает появление «мушек» перед глазами.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Работает менеджером.

В течение последних 6 месяцев отмечает постепенное снижение веса на 5 кг.

В 16 лет установлен диагноз «сахарный диабет 1 типа», получает инсулин гларгин 32 Ед в сутки, инсулин аспарт по 8-10 Ед на основные приемы пищи, самоконтроль гликемии нерегулярный, последний визит к врачу-эндокринологу более года назад.

Перенесённые заболевания и операции: аппендэктомия в детстве.

Беременности – 1, роды –1 (масса тела ребенка при рождении – 3800 г).

Наследственность: у отца инфаркт миокарда.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Вредные привычки: курит.

Питание включает продукты с большим количеством легкоусваиваемых углеводов, подсчет ХЕ не проводит.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост – 174 см, масса тела – 51 кг, индекс массы тела – 16,8 кг/м², температура тела – 36,5°С. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, периферических отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 15 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 78 в минуту. АД – 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Осмотр нижних конечностей: кожа чистая, сухая, пульсация на артериях стопы сохранена с обеих сторон, чувствительность не снижена.

Вопросы

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)

биохимический анализ крови

определение уровня гликированного гемоглобина (HbA1c)

2. Необходимо провести следующие инструментальные методы обследования (выберите 2)

офтальмоскопию при расширенном зрачке

электрокардиографию

3. Пациентке необходимо оценить (выберите 2)

микроальбуминурию

общий анализ мочи

4. С учетом полученных данных обследования у пациентки имеет место

пролиферативная диабетическая ретинопатия, диабетический макулярный отек ОУ

5. Рекомендации по изменению образа жизни включают

общее потребление белков, жиров и углеводов, не отличающееся от такового у здорового человека

6. Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < _____ %

6,5

7. Для компенсации углеводного обмена пациентке показано обучение в школе Диабета, самоконтроль гликемии, подсчет ХЕ, интенсифицированная инсулинотерапия

8. Для лечения диабетической ретинопатии показано проведение лазеркоагуляции сетчатки

9. Пациентке с диабетическим макулярным отеком может быть показана терапия ранибизумабом

10. Необходим повторный контроль HbA1c через (в месяцах)(1)

3

11. Оценка микроальбуминурии, креатинина и мочевины, липидов сыворотки, скорости клубочковой фильтрации при отсутствии изменений должна проводиться 1 раз в _____ месяца/месяцев

12

12. Вторичная профилактика диабетической ретинопатии у данной пациентки заключается в достижении уровня гликированного гемоглобина менее _____ %

6,5

Ситуация 191

Мужчина 58 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом.

Жалобы

на боль в загрудинной области сжимающего характера, возникшую после эмоционального стресса впервые в жизни, с иррадиацией в левую половину туловища, длящуюся более 20 минут.

Анамнез заболевания

Ранее болей в грудной клетке не отмечал, физическую нагрузку переносил удовлетворительно, цифры АД не измерял, последний медицинский осмотр более 2-х лет назад.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

Образование высшее.

Работает программистом, ведет малоподвижный образ жизни.

Наследственность: мать 78-ми лет страдает ИБС, отец умер в 60 лет от ИМ, брат 60-ти лет страдает АГ.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Вредные привычки: курит в течение 40 лет по ½ пачке сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Нормального питания. ИМТ – 25,2 кг/м².

Кожные покровы обычной окраски, чистые, умеренной влажности. Периферических отеков нет. Язык влажный, чистый. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. ЧДД – 18 в минуту. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. АД – 140/80 мм рт.ст., ЧСС – 74 удара в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна.

Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Щитовидная железа не увеличена.

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные и лабораторные методы исследования (выберите 4)

измерение уровня тропонина I /или тропонина T/или высокочувствительного тропонина

ЭКГ покоя в 12 отведениях
измерение уровня МВ-КФК
измерение уровня миоглобина

При подозрении на инфаркт миокарда ниже-базальной локализации необходимо использовать дополнительные отведения ЭКГ

V7-V9

Больного необходимо

госпитализировать в стационар, имеющий отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения

Какой предварительный диагноз?

ОКСбпСТ

У пациента ре-тест на высокочувствительный тропонин через 3 часа выявил дальнейшее повышение уровня фермента. По результатам ЭхоКГ, выполненной в стационаре больному при поступлении, зон нарушения локальной сократимости миокарда не выявлено. Какой основной диагноз?

ИМбпСТ

Для определения тактики ведения пациента необходимо оценить риск по шкале

GRACE

У пациента сумма баллов по шкале GRACE равна 105, пациенту показана/показано

консервативная терапия

Больному в возможно более ранние сроки необходимо назначить двойную антиагрегантную терапию в нагрузочной дозе

ацетилсалициловая кислота 300 мг + клопидогрел 300 мг

В качестве антиишемического препарата необходимо назначить

бета-адреноблокатор

Инвазивная коронароангиография (КАГ) показана пациенту при

неэффективности оптимальной медикаментозной терапии

Двойная антиагрегантная терапия показана пациенту в течение ___ мес.

12

Помимо диеты с ограничением употребления животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациенту следует рекомендовать

отказаться от курения

Условие ситуационной задачи №192

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 21 года.

Жалобы

слабость, плохой аппетит,

похудание,

головокружение.

Анамнез заболевания

Пациентка затрудняется сказать, когда появилась слабость, снизился аппетит.

В течение последнего месяца похудела на 4 кг, появилось головокружение, особенно выраженное при перемене положения тела.

2 месяца назад обращалась к врачу-психиатру с жалобами на плохое настроение, был назначен антидепрессант агомелатин 25 мг в сутки. В связи с отсутствием положительного эффекта самостоятельно отменила лечение 3 недели назад.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Является студенткой.

Перенесённые заболевания: детские инфекции.

Менструации регулярные, средней обильности, безболезненные.

Наследственность: у матери аутоиммунный тиреоидит, принимает левотироксин натрия около 10 лет.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Вредные привычки: курит.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Сниженного питания, рост – 172 см, масса тела – 56 кг, индекс массы тела – 18,7 кг/м², температура тела – 36,4°C. Кожные покровы оттенка легкого загара, влажные, кожные складки и слизистая оболочка полости рта гиперпигментированы, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. Лобковое оволосение по женскому типу, скудное. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 72 в минуту. АД – 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации не увеличена, безболезненная, узловые образования не пальпируются, подвижная при глотании.

Вопросы

1. Для постановки диагноза необходимо определение _____ сыворотки крови утром натощак (выберите 2)

кортизола

адренкортикотропного гормона

2. Для подтверждения диагноза необходимо провести тест с

1-24-АКТГ

3. Для косвенного подтверждения диагноза необходимо сделать (выберите 2)

клинический анализ крови

биохимический анализ крови

4. Определение антител к _____ позволяет идентифицировать этиологию заболевания

21-гидроксилазе

5. Какой диагноз вы поставите пациентке?

Первичная хроническая надпочечниковая недостаточность, легкого течения.

Декомпенсация.

6. Пациентке необходимо назначить

гидрокортизон 25 мг в сутки в 2 приема, флудрокортизон 100 мкг в сутки утром

7. Оценивать адекватность заместительной терапии необходимо по

клиническому состоянию

8. Заместительную терапию пациентке необходимо продолжать

пожизненно

9. На фоне заместительной терапии у пациентки отмечается повышение АД до 130/100 мм рт.ст.; вы порекомендуете ей

снизить дозу флудрокортизона до 50 мкг

10. У пациентки есть риск развития

пернициозной анемии

11. Профилактика развития адреналового криза при интеркуррентном заболевании заключается в

увеличении дозы глюкокортикоидов

12. Пациентам с первичной надпочечниковой недостаточностью, получающим заместительную терапию, показана консультация врача-эндокринолога 1 раз в

1 год

Ситуация 193

На приёме у врача-терапевта участкового пациент 43 лет.

Жалобы

на сухость во рту,; жажду; избыточный вес.

Анамнез заболевания

Около 3-х месяцев беспокоит сухость во рту и жажда, с подросткового возраста имеет избыточную массу тела.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

Работает системным администратором.

Перенесённые заболевания: 2 года назад установлен диагноз «артериальная гипертензия» (повышение артериального давления максимально до 175 и 105 мм рт.ст.), получает моксонидин 0,4 мг в сутки.

Наследственность: у отца – ожирение и сахарный диабет 2 типа.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Вредные привычки: курит.

Питается нерегулярно, любит и часто употребляет фастфуд.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост – 176 см, масса тела – 113 кг, индекс массы тела – 36,5 кг/м², температура тела – 36,3°С.

Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 72 в минуту. АД – 128/98 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)
 - **глюкоза плазмы натощак**
 - **гликированный гемоглобин (HbA1c)**
2. Какой предполагаемый основной диагноз?
 - **Сахарный диабет 2 типа**
3. Какая сопутствующая патология присутствует у пациента?
 - **Артериальная гипертензия 2 ст., очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 2 ст.**
4. Рекомендации для данного пациента по изменению образа жизни включают уменьшение массы тела и
 - **низкокалорийную диету с исключением легкоусвояемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)**
5. Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c < _____ %
 - **6,5**
6. В качестве приоритетного препарата сахароснижающей терапии необходимо назначить
 - **лираглутид**
7. Необходим повторный контроль HbA1c через _____ месяца/месяцев
 - **3**
8. Пациенту необходимо проводить самоконтроль гликемии _____ и 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю
 - **1 раз в сутки в разное время**
9. Для лечения сопутствующей патологии показано назначение
 - **эналаприла, моксонидина**
10. Для диагностики наличия диабетической нефропатии пациенту необходимо
 - **оценить микроальбуминурию**
11. Данному пациенту рекомендовано проведение самоконтроля артериального давления
 - **2-3 раза в день Обоснование**
12. Кратность посещения врача-офтальмолога при непролиферативной ретинопатии составляет _____ раза/раз в год

Ситуация 194

Больная 19 лет обратилась в поликлинику

Жалобы

На сильные боли в поясничной области справа, учащенное болезненное мочеиспускание, повышение температуры тела до 38-38,5°C с ознобом.

Анамнез заболевания

Неделю назад после переохлаждения отметила появление учащенного болезненного мочеиспускания, выделение мутной мочи с неприятным запахом, «тянущих» болей внизу живота. Самостоятельно принимала фитопрепараты без положительного эффекта. 3 дня назад отметила повышение температуры тела до 38,5°C с ознобом, боли в правой поясничной области, в связи с чем самостоятельно два дня назад начала прием левофлоксацина по 500 мг 1 р/сут. В течение последних двух дней температура снизилась до 37,2-37,5°C, уменьшилась интенсивность болей в правой поясничной области.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания и операции: хронический тонзиллит с обострениями 2-3 раза в год (лечение – самостоятельное).

Наследственность: артериальная гипертензия, сахарный диабет у бабки и деда по материнской линии, у деда по отцовской линии генерализированный атеросклероз, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Гинекологический анамнез: беременность – 0, роды – 0. Половая жизнь с 18 лет, один постоянный партнер. Периодически наблюдаются обострения кандидоза половых органов, по поводу которого проводится терапия флуконазолом.

Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет редко (несколько раз в месяц) в небольшом количестве.

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 37,2°C. Рост 172 см, масса тела 62 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. ЧД 16 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ритм правильный. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/75 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации чувствительный в надлобковой области. Печень и селезенка перкуторно не увеличены, не пальпируются. Мочеиспускание свободное, болезненное, моча мутная. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 4)
 - **общий анализ мочи**
 - **общий анализ крови**
 - **бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности к антибиотикам**
 - **биохимический анализ крови**
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2)
 - **УЗИ почек**
 - **экскреторная урография**
3. Наиболее вероятным диагнозом является
 - **Острый необструктивный пиелонефрит**
4. Помимо уролога пациентке показана консультация
 - **гинеколога**
5. Ультразвуковым признаком обструкции мочевыводящих путей служит
 - **расширение чашечно-лоханочной системы и мочеточника**

6. При остром обструктивном пиелонефрите перед началом антибактериальной терапии в первую очередь необходимо
 - **восстановить пассаж мочи**
7. Тактика ведения данной больной заключается в
 - **ведении в амбулаторных условиях**
8. Тактика антибактериальной терапии у данной больной предполагает
 - **продолжение терапии левофлоксацином по 500 мг 1 р/сут**
9. Продолжительность курса антибактериальной терапии у данной больной составляет
 - **10-14 дней**
10. К антибактериальным препаратам с нефротоксическим действием относят
 - **аминогликозиды**
11. Осложнениями острого пиелонефрита являются
 - **абсцесс почки, карбункул почки, паранефрит, уросепсис, бактериемический шок**
12. Тактика ведения данной пациентки после купирования атаки острого пиелонефрита и нормализации анализов мочи состоит в
 - **длительном приеме растительных препаратов (цистона или канефрона)**

Ситуация 195

К врачу-терапевту участковому обратился больной 57 лет.

Жалобы

На тянущие боли в эпигастрии и левом подреберье, усиливающиеся через 40-60 минут после еды (чаще после приёма обильной, жирной, жареной пищи и алкоголя), с иррадиацией в спину, отрыжку воздухом, изжогу, тошноту, вздутие живота, кашицеобразный стул до 5-6 раз в сутки с кусочками непереваренной пищи, сухость во рту, прогрессирующее похудание (за последний год похудел на 8 кг).

Анамнез заболевания

Длительное время злоупотребляет алкоголем, 7 лет назад стали беспокоить вышеописанные боли, которые носили интермиттирующий характер и уменьшались при приёме обезболивающих. За медицинской помощью не обращался.

В течение последнего года интенсивность и продолжительность болей значительно прогрессировали, присоединились изжога, тошнота, метеоризм, нарушения стула, потеря веса. Обратился в районную поликлинику.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

Работает курьером.

Перенесённые заболевания: пневмония.

Наследственность и аллергоанамнез не отягощены.

Вредные привычки: курит с 15 лет (30 сигарет в день), в течение последних 20 лет злоупотребляет алкоголем.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести, температура тела – 36,8°C. Пониженного питания, рост – 173 см, масса тела – 54 кг, ИМТ=18,0 кг/м². Гипотрофия скелетной мускулатуры. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не пальпируются, отёков нет. При перкуссии грудной клетки лёгочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 110/70 мм рт.ст. Язык подсушен. Живот вздут, при пальпации определяется умеренная болезненность в области эпигастрия и левого подреберья. Перкуторные размеры печени и селезёнки в пределах нормы. Симптомов раздражения брюшины нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3): **б/х анализ крови, клинический анализ крови, копрограмма.**

Выберете необходимые для постановки инструментальные методы

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

Хронический панкреатит токсической этиологии, персистирующая болевая форма с экзокринной и эндокринной недостаточностью. Панкреатогенный сахарный диабет. Нутритивная недостаточность.

Для верификации диагноза показано проведение **мультидетекторной компьютерной томографии органов брюшной полости**

Консервативная тактика ведения больного включает отказ от курения и алкоголя, купирование болевого синдрома, лечение экзокринной и эндокринной недостаточности и **нутритивная поддержка**

Для купирования болевого синдрома данному пациенту показано назначение **парацетамола**

Показаниями для заместительной ферментной терапии являются стеаторея, диарея и **потеря в весе**

Ферментные препараты следует принимать **во время еды**

Принципом диеты для пациента является дробный приём пищи с **высоким содержанием белка и углеводов, низким содержанием насыщенных жиров и холестерина**

Пациент относится к **IIIБ** группе состояния здоровья

К осложнениям хронического панкреатита, требующим хирургического вмешательства, относятся непроходимость двенадцатиперстной кишки, обструкция общего желчного протока и **симптоматические псевдокисты**

У пациента повышен риск развития **аденокарциномы поджелудочной железы**

Ситуация 196

На приём к врачу-терапевту участковому пришла пациентка 42 лет.

Жалобы

На сухость во рту, жажду, частое мочеиспускание.

Анамнез заболевания

В течение последнего месяца беспокоит сухость во рту и жажда, учащенное мочеиспускание.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Работает воспитателем в детском саду.

Перенесённые заболевания, операции: аппендэктомия 16 лет назад.

Беременности – 3, роды – 3 (масса тела детей при рождении 3400 г, 3600 и 4700 г).

Наследственность: у матери – сахарный диабет.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Вредные привычки: курит.

Часто употребляет мучные и кондитерские изделия, сладкие газированные напитки.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост – 168 см, масса тела – 79 кг, индекс массы тела – 28,2 кг/м², температура тела – 36,4°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 68 в минуту. АД – 125/88 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)
 - **глюкоза плазмы натощак**

- **гликированный гемоглобин (HbA1c)**
2. Какой предполагаемый основной диагноз?
 - **Сахарный диабет 2 типа**
 3. После установки диагноза необходимо провести
 - **определение микроальбуминурии**
 4. Рекомендации по изменению образа жизни включают уменьшение массы тела
 - **низкокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)**
 5. Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < _____ %
 - **6,5**
 6. В качестве сахароснижающей терапии первого ряда назначается
 - **метформин**
 7. Необходим повторный контроль HbA1c через _____ месяца/месяцев
 - **3**
 8. Пациентке необходимо рекомендовать контролировать глюкозу капиллярной крови _____ и гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) 1 раз в неделю
 - **1 раз в сутки в разное время**
 9. Через 6 месяцев у пациентки уровень HbA1c 7,1% на монотерапии метформином в дозе 2000 мг. Вы порекомендуете
 - **добавить к метформину ингибиторы дипептидилпептидазы 4 типа**
 10. Целевой уровень общего холестерина для пациентки составляет < _____ ммоль/л
 - **4,5**
 11. Контролировать клинический анализ крови у больных с сахарным диабетом 2 типа без осложнений необходимо _____ раз/раза в год
 - **1**
 12. Целевые цифры артериального давления у больных с сахарным диабетом без хронической болезни почек составляют для систолического АД _____ мм рт.ст., для диастолического АД _____ мм рт.ст.
 - **>120 и ≤140; >70 и ≤85**

Ситуация 197

Больная 40 лет, медсестра, обратилась в поликлинику

Жалобы

На слабость, утомляемость, дискомфорт в поясничной области справа, повышение температуры тела до 37,8°C, ознобы, повышение АД до 150/100 мм рт. ст., плохо поддающееся коррекции приемом 20 мг ренитека.

Анамнез заболевания

В юности после переохлаждения эпизоды болезненного мочеиспускания с повышением температуры тела до 37,2-37,5°C, лечилась фитопрепаратами (фитолизин, цистон)

В 25 лет на ранних сроках беременности перенесла острый пиелонефрит, проводилась антибактериальная терапия с положительным эффектом. При УЗИ почек после родов – неполное удвоение ЧЛС правой почки. В последующие годы наблюдалось несколько эпизодов болей в пояснице справа, сопровождавшихся лейкоцитурией и повышением температуры тела до 37,5°C, самостоятельно принимала антибиотики, фитопрепараты с положительным эффектом. На прием амоксицикла развилась крапивница. Более 5 лет отмечается повышение АД (максимально до 170/100 мм рт. ст.), принимает ренитек 20мг/сут, рабочее АД на его фоне - 130/80 мм рт. ст.).

Указанные жалобы появились 2 дня назад после посещения бассейна. Начала прием канефрона без четкого положительного эффекта.

Анамнез жизни

- Перенесенные заболевания и операции: Хронический бронхит
- Наследственность: артериальная гипертензия, сахарный диабет по материнской линии (мать, бабушка).
- Гинекологический анамнез: в 23 года – аднексит. Беременность – 2, роды – 1, аборт -
- 1. Периодически наблюдаются обострения кандидоза половых органов, по поводу которого проводится терапия флуконазолом.
- Аллергоанамнез: крапивница на прием амоксициклава
- Вредные привычки: курит, алкоголь не употребляет

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 37,7°C. Рост 162 см, масса тела 78 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски, отеков. ЧД 18 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ритм правильный. ЧСС – 78 уд. в мин., АД – 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации чувствительный в надлобковой области. Печень и селезенка перкуторно не увеличены, не пальпируются. Мочеиспускание свободное, периодически болезненное. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 4)

бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности к антибиотикам

исследование суточной протеинурии
проведение преднизолонового теста

биохимический анализ крови

Обоснование

трехстаканная проба

общий анализ мочи

исследование морфологии эритроцитов

общий анализ крови

посев мочи на микобактерии туберкулеза

2. В качестве скринингового инструментального метода обследования пациентки необходимо использовать

цистоскопию

ретроградную пиелографию

позитронно-эмиссионную томографию

УЗИ почек

Обоснование

ангиографию почечных сосудов

3. Наиболее вероятным диагнозом является

Обострение хронического гломерулонефрита

Опухоль почки

Обострение хронического интерстициального цистита

Острый пиелонефрит

Обострение вторичного хронического пиелонефрита

4. Помимо уролога данной пациентке показана консультация отоларинголога

гинеколога

Обоснование

фтизиатра

кардиолога

Инфекциониста

5. Ультразвуковым признаком обструкции мочевыводящих путей является

расширение чашечно-лоханочной системы

Обоснование

увеличение толщины паренхимы почки
увеличение эхогенности паренхимы почки
снижение подвижности почки

6. При пиелонефрите показаниями к экстренной госпитализации являются хронический пиелонефрит вне обострения, обострение первичного хронического пиелонефрита без признаков обструкции

обострение вторичного пиелонефрита, острый обструктивный пиелонефрит

Обоснование

острый необструктивный пиелонефрит легкой степени, хронический пиелонефрит вне обострения

острый необструктивный пиелонефрит легкой степени, обострение первичного хронического пиелонефрита

7. Перед началом антибактериальной терапии обострения хронического

пиелонефрита в первую очередь необходимо

ограничить количество потребляемой жидкости до менее 1 л

перевести пациента на постельный режим

назначить диету с ограничением белков и жиров

исключить обструкцию мочевыводящих путей

8. Тактика ведения данной больной заключается в

амбулаторном лечении

санаторно-курортном лечении

госпитализации в урологическое отделение

Обоснование

госпитализации в кардиологическое отделение

9. Тактика антибактериальной терапии данной пациентки заключается в

однократном назначении фосфомицина в дозе 3 г внутрь

назначении амоксициллина 250 мг 3 раза в день 10-14 дней

назначении левофлоксацина в дозе 500 мг 1 раз в день

Обоснование

назначении левофлоксацина в дозе 500 мг 1 раз в день на 5 дней

10. Продолжительность курса антибактериальной терапии у данной больной должна составлять

3-5 дня

21-28 день

5-7 дней

10-14 дней

11. К антибактериальным препаратам, оказывающим нефротоксическое действие, относятся

макролиды

фторхинолоны

пенициллины

Аминогликозиды

12. Факторами риска развития инфекции мочевых путей у женщин являются

короткая и широкая уретра, близость ее к анусу и влагалищу, сопутствующие

воспалительные процессы во влагалище

Ситуация 198

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 57 лет.

Жалобы

На похудание, плохой сон, раздражительность, сердцебиение, потливость.

Анамнез заболевания

В течение полугода похудела на 4 кг, появились сердцебиение, потливость, нарушился сон, стала эмоционально лабильной, раздражительной.

В анамнезе – узловой зоб в течение 15 лет, проводилась тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (заключение: коллоидный зоб), лечение не получала.

В связи с нарастанием вышеперечисленных симптомов пришла на прием к врачу-терапевту участковому.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Работает кассиром.

Перенесённые заболевания, операции: детские инфекции, аппендэктомия в 12 лет.

Беременности – 1, роды – 1.

Наследственность: неотягощена.

Аллергоанамнез: неотягощен.

Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост – 172 см, масса тела – 61 кг, индекс массы тела – 20,3 кг/м², температура тела – 37,0°C. Кожные покровы физиологической окраски, влажные, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 18 в минуту.

Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 96 в минуту. АД – 130/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Щитовидная железа при пальпации умеренной плотности, безболезненная, подвижная при глотании, в правой доле пальпируется узловое образование. Положительные симптомы Кохера, Грефе.

1. Выберите необходимый для постановки диагноза лабораторный метод обследования
 - **тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (Т4 св.), свободный трийодтиронин (Т3 св.) сыворотки крови**
2. Необходимыми инструментальными методами исследования являются (выберите 2)
 - **ультразвуковое исследование щитовидной железы**
 - **электрокардиография**
3. Для проведения дифференциальной диагностики необходимо (выберите 2)
 - **определить уровень антител к рецептору тиреотропного гормона**
 - **провести скintiграфию щитовидной железы**
4. Какой предполагаемый основной диагноз?
 - **Узловой токсический зоб 1 ст. (по ВОЗ). Манифестный неосложненный тиреотоксикоз.**
5. Тактика лечения пациентки заключается в
 - **тиреоидэктомии или радиоiodтерапии**
6. Перед хирургическим лечением пациентке необходимо назначить
 - **тиамазол, анаприлин до компенсации тиреотоксикоза**
7. Перед назначением тиреостатической терапии пациентке необходимо оценить
 - **клинический и биохимический анализы крови**
8. Определение уровня св. Т4 необходимо провести через _____ недель/недели от начала лечения
 - **4-6**
9. После тиреоидэктомии пациентке показана пожизненная терапия
 - **левотироксином натрия**
10. Для оценки адекватности заместительной терапии пациентке необходимо контролировать
 - **тиреотропный гормон**
11. После радикального лечения и подбора заместительной дозы левотироксина натрия уровень ТТГ необходимо контролировать

- **1 раз в год**
12. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после оперативного лечения узлового токсического зоба составляют (в днях)
- **34-40**